



การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย
A NEED ASSESSMENT TO ALLOW THE DOCTOR TO END END-STAGE CANCER
PATIENTS LIFE IN THAILAND.



บุญภิชา ภูศรี

การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการจัดการสาธารณะ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2568
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

A NEED ASSESSMENT TO ALLOW THE DOCTOR TO END END-STAGE CANCER
PATIENTS LIFE IN THAILAND.



BOONPICHA PHUSRI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION
(Public Policy and Management)

Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University

2025

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย

ของ

บุญภิชา ภูศรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานโยบายและการจัดการสาธารณสุข
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จัตตราชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

ที่ปรึกษาหลัก

(อาจารย์ ดร. รุ่งฉาย เย็นสบาย)

ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร. เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปรีชญาณ์ นักพื่อน)

| | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อเรื่อง | การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย |
| ผู้วิจัย | บุญภิษา ภูศรี |
| ปริญญา | รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต |
| ปีการศึกษา | 2568 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | อาจารย์ ดร. รุ่งฉาย เย็นสบาย |

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 23 คน ประกอบกับการค้นคว้าทางเอกสาร โดยนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง และความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้ทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter H. Rossi ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก เพราะจากแนวโน้มของปัญหาที่มีสถานการณ์ที่จะเพิ่มมากขึ้น สังเกตได้จากสถิติสาธารณสุข ที่พบว่า ในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 84,073 ราย ส่วนในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 86,310 ราย จากความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ ที่ถึงแม้จะมีความเห็นทั้งด้วยและไม่เห็นด้วยต่อการยุติชีวิตผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ไม่ได้ชัดเจน ขาดกรอบวงกล่าว เหตุเพราะด้วยสภาพสังคมและสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การยุติชีวิตตัวเองของผู้ป่วยภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ อาจจะเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอนาคต บุคลากรทางด้านนโยบาย ส่วนใหญ่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น แต่ก็ได้มีความคิดที่จะต่อต้าน เพียงแต่อยากให้นักศึกษาครบถ้วนก่อน และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาผ่านเอกสาร พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ยอยู่ที่ 20,000 บาท ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายแฝงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะสามารถเข้าถึงสิทธิการดูแลแบบประคับประคอง แต่สิทธิประโยชน์ที่ได้รับกลับไม่ได้เท่ากัน การเบิกจ่ายของผู้ป่วยจากทั้ง 3 สิทธิก็มีอัตราการเบิกจ่ายที่ไม่เท่ากัน ทำให้คุณภาพในการดูแลอาจจะไม่เท่ากัน

คำสำคัญ : การยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การรณรงค์, การประเมินความจำเป็น

| | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Title | A NEED ASSESSMENT TO ALLOW THE DOCTOR TO END END-STAGE CANCER PATIENTS LIFE IN THAILAND. |
| Author | BOONPICHA PHUSRI |
| Degree | MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION |
| Academic Year | 2025 |
| Thesis Advisor | Dr. Rungchai Yensabai |

This thesis assesses the necessity of physician-assisted dying for terminal cancer patients in Thailand. The methodology combines in-depth interviews with 23 key informants and documentary research, where data were analyzed to compare stakeholder perspectives using Peter H. Rossi's needs assessment framework. The study finds that while legalizing PAD is not considered an immediate necessity, it warrants future consideration as a voluntary option for patients. This recommendation is supported by the escalating trend of cancer-related deaths, which increased from 84,073 in 2019 to 86,310 in 2023, a situation that is projected to worsen. Among stakeholders, most healthcare professionals, despite having divided opinions, are open to considering PAD as a future component of end-of-life care due to dynamic socioeconomic conditions. Policymakers largely view it as non-essential for now but are not opposed, underscoring the need for comprehensive research prior to any implementation. The study reveals significant disparities in palliative care. Documentary analysis indicates an average pre-death palliative care cost of 20,000 THB, excluding indirect expenses. Although patients can access care through Thailand's three main health schemes, the benefits are unequal. Disparities, in coverage such as hospital-only versus home-based care and inconsistent reimbursement rates can lead to variations in the quality of care

Keyword : End-of-life care, Euthanasia, Needs Assessment

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของผู้มีพระคุณทั้งหลาย ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.ดร.เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ ที่ให้เกียรติเป็นประธานในการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณ อ.ดร.รุ่งฉาย เย็นสบาย ที่ได้รับเป็นที่ปรึกษาหลัก ในการให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ รศ.ดร.ปรีชาญาณ์ นักพ่อน ตลอดจนคณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ ภาควิชา รัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ สมบูรณ์

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ อันประกอบด้วย แพทย์และพยาบาล จากโรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลหัวเฉียว สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และเยือนเยิน วิสาหกิจเพื่อสังคม ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และกลุ่มบุคลากรทางด้านนโยบาย อันประกอบด้วย ผู้แทนจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนจากพรรคประชาชน พรรคเพื่อไทย และพรรคภูมิใจไทย ผู้แทนจากคณะกรรมการสาธารณสุข ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบพระคุณพ่อ แม่ พี่สาว บุคคลในครอบครัว และโอเลี้ยง ที่ได้ให้กำลังใจและผลักดันจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ที่เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

และงานวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขออุทิศให้เป็นเครื่องระลึกถึงคุณยายสุขวรรณ ภูศรี ผู้ที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

บุญภิษา ภูศรี

สารบัญ

| | หน้า |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฌ |
| บทที่ 1 | 1 |
| บทนำ..... | 1 |
| ที่มาและความสำคัญ..... | 1 |
| คำถามการวิจัย | 6 |
| วัตถุประสงค์..... | 6 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 6 |
| ขอบเขตของการศึกษา..... | 6 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 6 |
| บทที่ 2 | 8 |
| ทบทวนวรรณกรรม | 8 |
| แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ..... | 8 |
| กระบวนการของนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)..... | 9 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความจำเป็น | 11 |
| แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน ของ Peter Henry Rossi | 15 |
| ทฤษฎีการประเมินความจำเป็น (Need Assessment) ของ Peter Henry Rossi..... | 18 |
| แนวคิดว่าด้วยเรื่องผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย..... | 28 |

| | |
|------------------------------------------------|----|
| แนวคิดที่ด้วยเรื่องการการุณยฆาต..... | 35 |
| ความหมายของการการุณยฆาต..... | 35 |
| ประเภทของการการุณยฆาต | 36 |
| ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต..... | 40 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 43 |
| กรอบแนวคิดการวิจัย | 47 |
| บทที่ 3 | 48 |
| ระเบียบวิธีวิจัย | 48 |
| ขอบเขตของการศึกษา..... | 48 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 48 |
| เครื่องมือการศึกษา..... | 49 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 50 |
| บทที่ 4 | 52 |
| ผลการศึกษา | 52 |
| บทที่ 5 | 82 |
| สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 82 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 82 |
| การอภิปรายผล | 84 |
| ข้อเสนอแนะ | 89 |
| บรรณานุกรม..... | 91 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 99 |

สารบัญตาราง

| | หน้า |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตาราง 1 ตารางสรุปทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter Henry Rossi..... | 28 |
| ตาราง 2 ตารางแสดงประเทศที่การการรณยฆาตและการช่วยเหลือภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์เป็นเรื่องถูกกฎหมาย..... | 39 |
| ตาราง 3 ตารางแสดงประเทศที่การการรณยฆาตและการช่วยเหลือภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์เป็นเรื่องถูกกฎหมาย(ต่อ) | 40 |
| ตาราง 4 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย | 70 |
| ตาราง 5 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย (ต่อ)..... | 71 |
| ตาราง 6 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งสุดท้ายของประเทศไทย (ต่อ)..... | 72 |

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับ) ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุทางบก หากพิจารณาเฉพาะโรคมะเร็งที่เป็นโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด ข้อมูลทางสถิติพบว่าปี 2560 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีจำนวน 78,540 ราย แต่ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 83,795 ราย ดังนั้นแล้ว โรคมะเร็งจึงเป็นโรคหนึ่งที่ต้องจับตาและให้ความสำคัญ

สิ่งที่ควรคิดต่อมาว่า หากความเจ็บไข้จนไปสู่ความทรมานในการมีชีวิตอยู่ เราสามารถเลือก “การตาย” ตามความต้องการของเราได้หรือไม่ หากเราสามารถปลดเปลื้องความทรมานต่อการมีอยู่ สู่ความสงบอันเป็นนิรันดร์ จะเป็นการดีกว่าหรือไม่ และหากสามารถเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั้นจะทำได้หรือไม่ หากการเรียกร้องนั้นอยู่ภายใต้สิทธิในการตาย (Right to Die) ที่เป็นสิทธิส่วนบุคคลในการที่จะเลือกที่จะตายมากกว่ามีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน และบนพื้นฐานของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) และแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน (Human Right) ในการกำหนดวิธีที่จะยุติชีวิตของตนเองโดยไม่ต้องทรมานเพราะโรคร้ายอีกต่อไปซึ่งทางเลือกในการยุติชีวิตมีทั้งสิ้น 6 ทางเลือก (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563) ได้แก่

1. การุณยฆาต (Euthanasia) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยเอง
2. การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตได้
3. การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Ending of Life without the Patient's Explicit Request) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตนารมณ์ไว้ว่าให้แพทย์กระทำการดังกล่าว
4. การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการรับบริการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อยืดชีวิตของตนเอง เจตนาดังกล่าวไว้ล่วงหน้า โดยระบุความประสงค์อย่างชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาหรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ในสภาวะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. การฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองเสียชีวิตด้วยตัวเอง

6. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึงการดูแลที่มีเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

แต่ทางเลือกทั้ง 6 ทางเลือกนั้น มีเพียงแค่การการุณยฆาต การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ การปฏิเสธการรักษาในช่วงวาระท้ายของชีวิต ที่เป็นการยุติชีวิตที่เกิดจากความมุ่งหมายโดยตรงของผู้ป่วยเอง ถึงแม้การุณยฆาตจะใกล้เคียงกับการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือ การุณยฆาตจะเป็นผู้ให้ยากับผู้ร้องขอโดยตรงจนทำให้ผู้ร้องขอเสียชีวิต แต่การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ จะเป็นการที่แพทย์เตรียมยาไว้ให้ หากผู้ร้องขอเมื่อไหร่จะใช้นั้นในการทำให้ตัวเองเสียชีวิต ส่วนการยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากความมุ่งหมายโดยตรงของผู้ป่วย การฆ่าตัวตายถึงแม้จะเป็นจะเป็นยุติชีวิตแต่อาจจะมีปัจจัยทางด้านจิตใจเข้ามา และการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ได้มุ่งหมายให้ผู้ป่วยยุติชีวิต แต่มุ่งหมายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประเด็นสำคัญที่ต้องศึกษาต่อว่า เหตุใดจึงต้องศึกษาการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ เหตุเพราะ ในปัจจุบัน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ยังคงเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีการดูแลประคับประคองที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การรักษายังคงให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความทุกข์ทรมานผ่านการให้ยาแก้ปวดและการดูแลทางจิตใจ ดังนั้น จึงต้องมีการศึกษาทางเลือกอื่น ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลุดพ้นจากความทรมาน เช่น การุณยฆาต การฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ หรือจะเป็นการทำหนังสือปฏิเสธการรักษาในช่วงวาระท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งการที่จะยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์นั้น เกิดจากการตัดสินใจโดยตรงจากตัวผู้ป่วยเอง เพื่อเป็นการอ้างไว้ซึ่งสิทธิของความ เป็นมนุษย์ในเส้นทางที่ตนสามารถเลือกได้ หากแต่ ณ ขณะนั้น ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่ควรจะยึดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ การให้สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้าย อยู่ในสภาพที่พร้อมตายอย่างมีศักดิ์ศรี สงบ มีสติรู้ตัว โดยมีคนรักรอบข้างอาจจะเป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องการ มากกว่าที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรืออาจจะมีชีวิตอยู่ได้แต่อาจจะไม่สตริบรู้

จากสถิติของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งเป็นประเทศที่อนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยวิธีการฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ พบว่า ตั้งแต่ปี 1999-2016 มีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการยุติชีวิตมากที่สุด 2,704 ราย คิดเป็น 41.3% ของทั้งหมด (G. Montagna, C. Junker, C.

Elfgen, A. R. Schneeberger & U. Güth⁴, 2022) หรือจะเป็นกรณีตัวอย่างที่มีผู้ป่วยมะเร็งได้สัมผัสภาวะไว้วางใจรับการยุติชีวิต เช่น Brittany Maynard ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งสมอง ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และยังมีอาการปวดหัวที่เกิดขึ้นจากโรค โดยเธอกล่าวว่า เธอรู้สึกโล่งใจเมื่อรู้ว่าเธอมีตัวเลือกที่จะตาย "ตามเงื่อนไขของตัวเอง" และต้องการให้คนอื่น ๆ ที่อยู่ในสถานการณ์ของเธอมียุติชีวิตแบบเดียวกัน (BBC, 2014) กรณีของ Kerry Robertson ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายคนแรก ที่จบชีวิตภายใต้กฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือการเสียชีวิตโดยสมัครใจฉบับใหม่ของรัฐวิคตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย โดยเธอได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนเต็มที่แล้ว แต่ยังคงทนทุกข์ทรมานต่ออาการป่วย ซึ่งเจ็บปวดจนทนไม่ไหว (The Guardian, 2019) และกรณีของคุณกอล์ฟ หรือผู้ใช้ชื่อในเฟซบุ๊ก ว่า Vis Arshanakh ที่ป่วยด้วยโรคเนื้องอกในสมอง ซึ่งเขาต้องผ่าตัดถึง 3 ครั้ง เพราะเนื้องอกงอกในจุดเดิม ทำให้เขามีร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันอย่างที่เคยทำได้ ต้องเสียเงินไปกับการรักษา คุณภาพชีวิตลดลง เขาได้ร้องขอการุณยฆาตกับแพทย์แต่แพทย์ไม่สามารถทำให้ได้ จนสุดท้ายเขาต้องเดินทางไปการุณยฆาต ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Vis Arshanakh, 2562) ยังไม่นับรวมกรณีของ David Goodall วัย 104 ปี ที่เข้ารับการุณยฆาตแม้จะไม่ได้ป่วยด้วยโรคระยะสุดท้าย แต่เพราะ "อริสราภาพของเขาที่ลดลง" ที่เกิดจากเขาไปสามารถทำกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยทำได้เพราะอายุมากขึ้น เขาได้สัมผัสภาวะไว้วางใจว่า "ผมรู้สึกว่าคุณจะมีความดีใจที่ผมจะเสียชีวิตอย่างเต็มที่ รวมถึงสิทธิในการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางการแพทย์" และเขาหวังว่า ประชาชนจะเข้าใจการตัดสินใจของเขา โดยกล่าวว่า "ถ้าใครเลือกที่จะฆ่าตัวเอง ก็คงจะชอบธรรมพอ ผมคิดว่าคนอื่นไม่ควรเข้าไปแทรกแซง" (BBC, 2561)

หากเราวิเคราะห์ลงไปอีก จะพบถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่นอกจากจะทรมานเพราะอาการป่วยแล้ว ยังจะต้องทุกข์ทรมานเพราะคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย กล่าวคือ แม้ว่าจะมีการดูแลแบบประคับประคองอยู่ แต่นั่นก็หมายถึงผู้ป่วยจะทรมานยาวนานมากขึ้น ต้องได้รับยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความทรมานจากโรค ยังไม่รวมอาการเจ็บปวดอื่น เช่น การถูกเจาะคอ การถูกดูดเสมหะ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น คุณภาพชีวิตลดลง จากการที่ไม่สามารถทำกิจวัตรที่เคยทำ ต้องอาศัยผู้อื่นในการช่วยเหลือ ทรัพย์สินที่เคยเก็บไว้ก็ลดลงเพราะต้องนำมารักษาและดูแลผู้ป่วย ยังไม่รวมถึงคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วย ค่ารักษาและค่าดูแล ที่แม้จะมีการดูแลแบบประคับประคอง ก็ไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ดังเดิม

เมื่อพิจารณาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ในมิติภาคการผลิตและบริการเป้าหมาย ได้ระบุถึงหมุดหมายการพัฒนาที่ 4 ไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง กลยุทธ์การพัฒนา กลยุทธ์ที่ 1 การส่งเสริมบริการทาง

การแพทย์ที่มีศักยภาพในการสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ กุลยุทธ์ย่อยที่ 1.2 ปรับปรุงแก้ไขระเบียบให้เอื้อต่อการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพ “ข้อ 1. ศึกษาความเป็นไปได้ในการออกกฎหมายเฉพาะเพื่อรองรับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพที่ครอบคลุมข้อจำกัดในการดำเนินการ อาทิ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดิจิทัลทางการแพทย์ การใช้ระบบประกันสุขภาพและสวัสดิการจากต่างประเทศ การอนุญาตด้านการตรวจลงตรา ตลอดจนการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินการ” (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, 2565) แสดงให้เห็นว่าตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ได้มีการวางแผนให้เกิดการศึกษาการออกกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสุขภาพ โดยอาจใช้ระบบประกันสุขภาพจากต่างประเทศเป็นตัวตั้งต้น ถ้าหากมีการศึกษาการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เหมือนที่ในต่างประเทศได้มีการศึกษาและพัฒนารูปแบบและกฎหมายจนสามารถทำให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ ย่อมจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยไม่น้อย นอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยแล้ว ย่อมจะเกิดประโยชน์ต่อระบบสาธารณสุขของประเทศที่มีการพัฒนาทัดเทียมกับต่างประเทศ เหตุเพราะประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับจากชาวต่างชาติมีชาวต่างชาติมาใช้บริการทางการแพทย์ 3.6 ล้านคน สร้างรายได้ให้กับประเทศจำนวน 41,000 ล้านบาท จากราคาค่าบริการและชื่อเสียงของบุคลากรทางการแพทย์ที่ดีกว่าประเทศอื่นเมื่อเทียบบริการในระดับเดียวกัน หากเรามีการศึกษาจนสามารถผลักดันให้เกิดการอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถยุติชีวิตผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจากโรคอื่น ๆ และอนุญาตในชาวต่างชาติได้ ย่อมอาจทำให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการดังกล่าว ทำให้ประเทศได้รับประโยชน์จากส่วนต่าง ๆ มากขึ้น เช่น ด้านการท่องเที่ยว ด้านสินค้าอุปโภคและบริโภค ที่จะได้รับผลพลอยได้ตามมาจากการที่มีชาวต่างชาติเข้ารับบริการดังกล่าว

และประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อมาคือ ถึงข้อจำกัดทั้งมิติด้านกฎหมายและสุขภาพะของประชากรประเทศไทยในอนาคต ที่มีประเด็นพิจารณาประกอบด้วย

1. จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564 พบว่า สาเหตุการตายของไทย 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับ) คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุทางบก (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) หากพิจารณาเฉพาะโรคมะเร็งที่เป็นโรคที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด และโรคที่เป็นสาเหตุลำดับต่อมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งสิ้น ซึ่งเมื่อเป็นแล้วการดำรงอยู่คงโรคจนกว่าจะเสียชีวิตนั้นมีระยะเวลาสั้น นั้นหมายถึงความทรมาณที่ยาวนานตามไปด้วย

2.วัยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อไม่เรื้อรังมากกว่าวัยอื่น ๆ คือ ผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Aged Society) เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ที่มีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584 (วิชช์ เกษมทรัพย์, 2564) กลายเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 3 ของโลก

3.ต้นทุนของความจำป่วยที่มีค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐ เอกชน หรือแม้กระทั่งครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องแบกรับ เช่น ค่าเวชภัณฑ์ ค่าสาธารณูปโภค ค่าอาหาร ค่าดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น รวมไปถึงจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว ที่สืบเนื่องมาจากความทรมาณในช่วงใกล้เสียชีวิต ต้นทุนที่จับต้องได้นั้นนับว่าสูงพอสมควร มีการคาดการณ์ว่าค่าใช้จ่ายด้านการดูแลในระบบสุขภาพ ในปี 2580 อาจสูงถึง 1.9 แสนล้านบาท หนึ่งในสาเหตุที่ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น สืบเนื่องจากผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งจะต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยพบว่าในเดือนสุดท้าย ก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต นั้นมีค่ารักษาพยาบาลเฉลี่ยถึง 45,000 บาท/คน หรือบางรายอาจสูงถึง 340,000 บาท/คน ถึงแม้ว่าจะมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในที่พักของผู้สูงอายุเอง ค่าใช้จ่ายก็ยังคงอยู่ 24,000 – 40,000 บาท ซึ่งยังคงถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงอยู่ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2559)

4.ความคาดหวังของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันสังคมไทยมีแนวโน้มที่ยืดหยุ่นต่อการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจในเรื่องส่วนบุคคล ซึ่งอาจสะท้อนถึงความต้องการในบางเรื่องเช่น กฎหมายที่เอื้อต่อการยุติการตั้งครรภ์ กฎหมายที่เอื้อให้เกิดความเท่าเทียมทางสิทธิของคนทุกเพศ รวมถึงการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต ที่ในปัจจุบันมีการพยายามผ่านร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวในรัฐสภา จะเห็นได้ว่า จากร่างกฎหมายข้างต้น ถือว่าสร้างปรากฏการณ์และการถกเถียงอย่างเป็นวงกว้างในสังคมไทย เหตุเพราะร่างกฎหมายดังกล่าวถือว่าเป็นเรื่องขัดศีลธรรม จารีต ความเชื่อในบางศาสนา และ”ความเป็นมนุษย์” แต่ร่างกฎหมายข้างต้นได้ผ่านกระบวนการการตัดสินใจถึงความสำคัญและประโยชน์อย่างถี่ถ้วนแล้ว จึงสามารถผลักดันจนสามารถเข้าสู่รัฐสภา ดังนั้นแล้ว การการุณยฆาตที่บางส่วนอาจมองว่าเป็นเรื่องขัดศีลธรรม หรือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการพิจารณาถึงความเหมาะสมว่ามีความจำเป็น และสมควรผลักดัน ดังเช่นร่างกฎหมายข้างต้นหรือไม่

จากเหตุผลและความสำคัญข้างต้น จึงนำไปสู่แนวคิดที่ว่า หากมีการศึกษาทางเลือกจะ ช่วยพัฒนาคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้ เทียบเท่าสากล ตอบสนองความต้องการของสังคมและผู้ป่วย รวมไปถึงช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ส่วนเกิน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงความจำเป็นในการอนุญาตให้แพทย์ สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

คำถามการวิจัย

ประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องมีการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายหรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ประเทศไทย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ทราบถึงความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายใน ประเทศไทย ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รวมไปถึงนำไปสู่การ พัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การยุติชีวิตด้วยวิธีการรุกรณฆาต (Euthanasia) การ ฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) และการปฏิเสธการรักษา ในช่วงวาระท้ายของชีวิต ด้วยการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตามมาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เฉพาะประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 ถึง พ.ศ.2568

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (End-Stage Cancer Patients) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่มีการลุกลามของเนื้อมะเร็งไปทั่วร่างกาย และไม่มีโอกาสรักษาหายขาด

การรุกรณฆาต (Euthanasia) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามเจตนาและคำ ร้องขอของผู้ป่วย

การฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย

การยุติชีวิตภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ด้วยการให้สารเคมี หรือยาบางอย่าง โดยบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำให้เสียชีวิต หรือผู้ป่วยเลือกที่จะรับสารเคมี หรือยานั้น ด้วยการกิน หรือวิธีอื่นใด เพื่อให้เสียชีวิตโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย

บุคลากรทางการแพทย์ หมายถึง แพทย์ หรือพยาบาล ที่มีประสบการณ์การรักษาหรือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บุคลากรทางด้านนโยบาย หมายถึง บุคลากรที่มีความเกี่ยวข้องในการร่าง หรือผลักดัน ข้อกฎหมายและนโยบาย เช่น ข้าราชการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข คณะกรรมการการสาธารณสุข ผู้แทนจากพรรคการเมือง เป็นต้น

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

สำหรับวิทยานิพนธ์เรื่อง “การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย” ประกอบไปด้วยการศึกษาในหัวข้อ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความจำเป็น
3. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินนโยบาย ของ Peter Henry Rossi
4. แนวคิดว่าด้วยเรื่องผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
5. แนวคิดว่าด้วยการการุณยฆาต
6. แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ซึ่งสาเหตุที่วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ใช้ทฤษฎีการประเมินความจำเป็น (Need Assessment) ของ Peter Henry Rossi เป็นทฤษฎีหลัก เนื่องจากเป็นทฤษฎีที่ง่ายต่อความเข้าใจกับการประเมินความจำเป็นนโยบาย โดยแบ่งออกเป็นช่วง ๆ รวมไปถึงยังเป็นประโยชน์ต่อนโยบายที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

ความหมายของนโยบายสาธารณะ

William Greenwood (1965) ให้ความหมายไว้ว่า “คือการตัดสินใจที่จะกำหนดแนวทาง เพื่อนำไปเป็นแนวปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้”

Datye, K. & Mishra, S. (1984) ให้ความหมายว่า “สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ สิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำ ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดของรัฐบาล”

Thomas Dye (1984) ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลต้องทำ หรือเลือกที่จะไม่กระทำ”

มยุรี อนุমানราชธน (2549) ให้ความหมายว่า “กิจกรรม หรือการกระทำของรัฐบาล ซึ่งรัฐบาลได้ทำการตัดสินใจและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้ นำให้มีกิจกรรมหรือหรือการกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ “

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550) ให้ความหมายว่า “การนำความรู้ความคิดที่มีเหตุผล และตั้งใจ เพื่อนำไปแก้ปัญหา เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อการปฏิบัติของรัฐบาล เป็นการกำหนดแนวทางในอนาคต และเป็นความพยายามที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะ”

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ (2553) ให้ความหมายว่า “นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติงานของรัฐ หรือโครงการที่รัฐกำหนดให้มีขึ้น โดยบ่งบอกถึงเป้าหมาย ปัญหาในสังคม และวิธีการเพื่อให้บรรลุ เพื่อจัดสรรคุณค่าแก่สังคมส่วนรวม”

โดยสรุปแล้ว นโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรม หรือการกระทำของรัฐ โดยเลือกที่จะทำ หรือไม่กระทำกิจกรรมบางอย่าง เพื่อให้บรรลุแก่ประโยชน์ส่วนรวมของสังคม

กระบวนการของนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)

1. การก่อรูปนโยบาย (Policy Formation)

เป็นขั้นตอนที่วิเคราะห์สภาพของปัญหาสาธารณะ ว่าสิ่งที่ปรากฏอยู่เป็นปัญหาจนส่งผลกระทบต่อสังคมส่วนรวม รวมทั้งต้องการความเร่งด่วนหรือความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหานั้นหรือไม่ หากไม่แก้ไขจะส่งผลอย่างไร ใครได้รับผลกระทบบ้าง หากรัฐเข้าไปแก้ไขใครจะได้รับผลดี ผลเสีย ซึ่งการที่จะกำหนดว่าปัญหาใดเป็นปัญหาสาธารณะที่ควรจะได้รับแก้ไข จำเป็นต้องมีการคัดกรองปัญหาที่หลากหลายในระบบ เพราะปัญหาต่าง ๆ ที่ได้เกิดขึ้น ไม่ใช่ทุกปัญหาจะได้รับการแก้ไขให้เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกออกมาเป็น วาระนโยบาย (Policy Agenda) การที่ปัญหาสาธารณะจะกลายเป็นวาระนโยบายได้นั้น ปัญหาดังกล่าวจะเป็นปัญหาสาธารณะจนสามารถเข้าไปสู่กระบวนการจัดระเบียบวาระนโยบายได้ ต้องขึ้นอยู่กับความรู้และการเข้าใจของผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และระดับสถาบัน (สิริกาญจน์ เอี่ยมอาจหาญ, 2554) และต้องมีเงื่อนไขของปัญหาบางประการ (โสนน้อย พัททองอ่อน, 2554) เช่น เป็นปัญหาสาธารณะภัย มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม มีการขยายตัวของปัญหามากขึ้นหากไม่มีการแก้ไข เป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกของคนในสังคม เกี่ยวข้องต่อความชอบธรรมและอำนาจ (สัญญา เคนาภูมิ, 2561)

2. การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)

เมื่อพิจารณาปัญหาจนกลายเป็นวาระนโยบายเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย เพื่อทำการพิจารณาและอนุมัติ โดยจะต้องวิเคราะห์ทางเลือกนโยบายต่าง ๆ และเลือกนโยบายที่เหมาะสมที่สุด กล่าวคือ เป็นนโยบายที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มี สอดคล้องกับค่านิยมสังคม ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม และการตัดสินใจนโยบาย (Policy Decision – Making) ที่เป็นการทำให้ความเห็นชอบต่อนโยบายดังกล่าวจะกระทำได้จาก 2 ส่วน (สิริกาญจน์ เอี่ยมอาจหาญ, 2554) คือ Primary Policy Maker คือ ฝ่ายนิติบัญญัติ โดยนโยบายที่ออกมาจะอยู่ในรูปของการประกาศใช้เป็นกฎหมาย และ Secondary / Supportive Policy Maker คือ ฝ่ายข้าราชการ ที่ปกติ

น่านโยบาย หรือกฎหมายไปปฏิบัติ แต่เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงาน อาจพบเห็นปัญหาในระดับล่างหรือท้องถิ่นมากกว่ามากกว่าฝ่ายการเมือง จึงถือได้ว่าเป็นผู้กำหนดนโยบายในทางอ้อมได้เช่นกัน (สัญญา เคนาภูมิ, 2561)

3. การตัดสินใจนโยบาย (Policy decision)

คือการเลือกวิถีทาง หรือแนวนโยบายที่เหมาะสม ที่จะสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ตามความต้องการ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาหลาย ๆ อย่าง (สิริกาญจน์ เขียมอาจหาญ, 2554) เช่น หลักประสิทธิภาพ ความสามารถในการผลิตเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุน, หลักประสิทธิผล คือความสามารถในการบรรลุวัตถุประสงค์ของทางเลือก, หลักความพอเพียง คือ ความสามารถในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย ภายใต้ข้อจำกัดหรือทรัพยากรที่มี, หลักความเป็นธรรม คือการกระจายตัวของผลการดำเนินการตามนโยบายต่อประชาชนในสังคม, หลักการตอบสนอง คือความสามารถในการตอบสนองความต้องการของประชาชน และหลักความเหมาะสม คือพิจารณาเชิงคุณค่าและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของนโยบาย เป็นต้น (สัญญา เคนาภูมิ, 2561)

4. การน่านโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)

คือการน่านโยบายที่ได้รับการกลั่นกรองไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ และได้รับผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งการน่านโยบายไปปฏิบัตินั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อน เหตุเพราะมีบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ หลายกลุ่มเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้เกี่ยวข้องที่เข้ามานั้น อาจมีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายที่แตกต่างกัน เมื่อรัฐบาลถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางลงไปให้ส่วนราชการ ส่วนราชการก็ต้องน่านโยบายดังกล่าวมาวิเคราะห์ เพื่อดูว่านโยบายที่ได้รับสั่งการมาอยู่ในพันธกิจใด และนำพันธกิจนั้นมากำหนดเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ จากนั้นจึงมอบหมายให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ มีการกำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จ และกลยุทธ์ที่จะต้องใช้ในการให้บรรลุเป้าประสงค์และตัวชี้วัดตามที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม การน่านโยบายไปปฏิบัติ จะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สถานการณ์, โครงสร้างของนโยบาย, ทรัพยากรบุคคลที่มี, เงินทุน เป็นต้น โดยอาจจะรวมถึงกลุ่มผลประโยชน์ กลุ่มการเมือง ข้าราชการ สื่อมวลชน ที่สามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของนโยบายได้ (สัญญา เคนาภูมิ, 2561)

5. การประเมินผลนโยบายสาธารณะ (Policy Evaluation)

เป็นขั้นตอนที่ประเมินผลความสำเร็จ หรือล้มเหลวของนโยบายที่นำไปปฏิบัติ รวมไปถึงถึงการประเมินว่าวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นั้น ประสบความสำเร็จหรือไม่ การประเมินผลนโยบายสาธารณะเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประมาณการเปรียบเทียบผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ กับสิ่งที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยรวมถึงประเมินเพื่อกำหนดนโยบาย ซึ่งเป็นการประเมินก่อนการกำหนดนโยบาย ส่วนมากจะประเมินความต้องการ หรือประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายที่จะกำหนดขึ้น และการประเมินผลเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น เป็นการประเมินผลหลังนำนโยบายไปปฏิบัติในรูปแบบของแผน โดยมีการจัดทำโครงการตามแผนที่กำหนด ว่าสามารถทำได้ในระดับใด มีคุณค่าตัดสินได้ระดับใด โดยมีหลักเกณฑ์ที่นิยมใช้ในการประเมินนโยบายสาธารณะ เช่น เกณฑ์ OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), เกณฑ์ Balance Score-card หรือ BSC ที่เสนอโดย Harvard Business School, การประเมินแบบ CIPP Model เป็นต้น (สัญญา เคนาภูมิ, 2561)

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความจำเป็น

ความหมายของการประเมินความจำเป็น

Kaufman & English (1981) ให้ความหมายว่า “คือกระบวนการที่กำหนดช่องว่างระหว่างผลผลิตหรือผลลัพธ์ในปัจจุบัน กับผลลัพธ์หรือผลผลิตที่เป็นที่ต้องการ จากนั้นจึงจัดช่องว่างเหล่านั้นตามความสำคัญ และเลือกสิ่งที่เห็นว่าสำคัญที่สุดเพื่อแก้ปัญหา”

McCaslin & Tibeziinda (2014) ให้ความหมายว่า “เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบในการจัดลำดับความสำคัญ และการตัดสินใจที่สัมพันธ์กับการวางแผน การพัฒนา และการปฏิบัติ ตลอดจนเป็นการกำหนดช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็นอย่างกับสิ่งที่ควรจะเป็นของผลลัพธ์ และจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น โดยเน้นการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลจากบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ”

สุวิมล ว่องวาณิช (2550) ให้ความหมายว่า “กระบวนการประเมินเพื่อกำหนดความแตกต่างของสภาพที่เกิดขึ้น กับสภาพที่ควรจะเป็น โดยระบุสิ่งที่ต้องการให้เกิดว่ามีลักษณะแบบใด และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่ามีลักษณะเช่นใด จากนั้นจึงนำผลที่ได้มาวิเคราะห์และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นจริงว่าสมควรเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง”

กจิตตา ชินพิทักษ์วัฒนา (2557) ให้ความหมายว่า “เป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบหรือองค์กร ให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยกำหนดแนวทางแก้ไข

ให้ถึงเป้าหมาย จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญ ความเร่งด่วน และความเหมาะสม เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาต่อไป”

โดยสรุปแล้ว การประเมินความจำเป็น หมายถึง กระบวนการที่จัดทำขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาช่องว่างหรือความแตกต่างในสิ่งที่ เป็น เพื่อนำไปสู่การพัฒนา การตัดสินใจ การวางแผน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง

ความสำคัญการประเมินความจำเป็น

Kalimes (1977) มองว่า “การประเมินความจำเป็นมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผน และการพัฒนา โดยเริ่มจากจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุด ประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ การประเมินความจำเป็น และการบริหารจัดการ ทั้ง 2 ส่วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน กล่าวคือ การประเมินความจำเป็น เป็นการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน สภาพที่ควรจะเป็น และกำหนดวิธีการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย ส่วนการบริหารจัดการ คือการกระบวนการที่เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมาย วางแผนงาน การนำแผนงานไปปฏิบัติ และการประเมินผล”

Witkin & Altschuld (1995) ได้ให้ความสำคัญไว้ คือ “ทำให้ทราบปัญหาที่ต้องแก้ไข โดยเรียงตามลำดับความสำคัญว่าควรแก้ไขเรื่องใดก่อน, ช่วยในตัดสินใจทางเลือก สำหรับการแก้ปัญหาให้มีความสอดคล้องกับความต้องการ, ลดการสูญเสียงบประมาณ ทรัพยากร คน และเวลา โดยเปล่าประโยชน์, เป็นแนวทางในการวางแผน และนำแผนนั้นมาปรับใช้ สำหรับการกำหนดทิศทางการดำเนินงานและการบริหารต่อไป, เป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุงองค์กร และหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น, ช่วยให้งานดำเนินไปได้สอดคล้องตามความต้องการ, ช่วยระบุปัญหาที่แท้จริง ทำให้สามารถแก้ไขได้ถูกต้อง และหากมีการประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อช่วยในการสำรวจปัญหาและความต้องการก่อน จะทำให้โครงการนั้นน่าเชื่อถือมากขึ้น”

ประเภทของการประเมิน

การประเมินแบ่งออกเป็นหลายประเภทแล้วแต่เกณฑ์ที่ใช้แบ่ง ที่สำคัญมีดังนี้ (สมหวัง พิธิยานุวัฒน์, 2541)

1. แบ่งตามจุดมุ่งหมายของการประเมิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1. การประเมินเพื่อปรับปรุงพัฒนา เรียกว่า “การประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation)” คือประเมินขณะที่โครงการนั้นกำลังดำเนินอยู่ ซึ่งสามารถนำผลประเมินไปปรับปรุงการดำเนินงานได้ทันที และ “การประเมินเพื่อตัดสินผล (Summative Evaluation)” เป็นการประเมินเพื่อบ่งชี้ระดับความสำเร็จของโครงการ ซึ่งจะประเมินหลังจากสิ้นสุดโครงการ

2. แบ่งตามหลักยึดในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การประเมินเป้าหมายของโครงการเป็นเกณฑ์ เรียกว่า “Goal-Based Evaluation” คือ การนำผลมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงปริมาณและคุณภาพของโครงการ ส่วนอีกประเภทหนึ่งคือการประเมินที่เป็นอิสระจากเป้าหมายของโครงการ เรียกว่า “Goal-Free Evaluation” คือ การประเมินที่ผู้ประเมินไม่จำเป็นต้องทราบเป้าหมายของโครงการ จะประเมินผลที่เกิดขึ้นทั้งหมด ทั้งทางตรงและทางอ้อมของโครงการ

3. แบ่งตามลำดับเวลาที่ประเมิน แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การประเมินก่อนนำโครงการไปปฏิบัติ (Intrinsic Evaluation) คือการวิเคราะห์ความเหมาะสมของโครงการ ก่อนนำเสนอเพื่อขออนุมัติให้ดำเนินการกระบวนดังกล่าว เรียกว่า การวิเคราะห์โครงการ (Project Appraisal) ระยะที่ 2 คือ การประเมินขณะดำเนินการโครงการ (Ongoing Evaluation) เพื่อพิจารณาความก้าวหน้าของโครงการ ผลประเมินระยะนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงาน และระยะสุดท้าย คือเป็นการประเมินเมื่อสิ้นสุดโครงการ (Pay-Off Evaluation) เป็นการประเมินหลังจากโครงการสิ้นสุดไปแล้วระยะหนึ่ง เรียกว่า กระบวนการติดตามผล (Follow-up Study)

ขั้นตอนการประเมินความจำเป็น

Kaufman มองว่าขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอน เป็นการประเมินความจำเป็นทั้งหมด แต่ให้ผลของกระบวนการมีจุดมุ่งหมายต่างกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2548) ประกอบด้วย

1. การประเมินความจำเป็นแบบ Alpha เป็นการกำหนดความต้องการในรูปของปัญหาที่เกิดขึ้น โดยกำหนดสภาพที่ควรจะเป็นในระดับสังคม หรือความต้องการจำเป็นภายนอก (External Needs Assessment) ซึ่งเน้นผลที่เกิดขึ้นในระดับสังคม จากนั้นจึงออกแบบโปรแกรมหรือวิธีการที่นำไปสู่เป้าหมาย ความต้องการจำเป็นประเภทนี้ เป็นผลต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่จริงกับสภาพที่ควรจะเป็นในสังคม

2. การประเมินความจำเป็นแบบ Beta เป็นการกำหนดความจำเป็น เพื่อระบุทางเลือกและเงื่อนไขต่าง ๆ สำหรับแนวทางการแก้ไขปัญหา ในขั้นตอนนี้เป็นการกำหนดความแตกต่างระหว่างผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง กับผลที่ควรจะเป็นในระดับองค์กร

3. การประเมินความจำเป็นแบบ Gamma เป็นการกำหนดความจำเป็นเพื่อระบุทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด ที่จะนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยจะต้องมีการพิจารณาถึงความคุ้มค่า หรืออรรถประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อให้ได้แนวทางที่ดีที่สุดในการแก้ไขปัญหา

4. การประเมินความจำเป็นแบบ Delta เป็นการกำหนดความจำเป็น เพื่อนำวิธีการแก้ไขปัญหานำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยขั้นตอนนี้จะต้องมีการตรวจสอบช่องว่างของแผนการปฏิบัติงานกับผลงานที่ได้ปฏิบัติจริง ว่ามีลักษณะเป็นแบบใด

5. การประเมินความจำเป็นแบบ Epsilon เป็นการกำหนดความจำเป็น เพื่อระบุประสิทธิผลของการปฏิบัติงานว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ หรือตามเป้าหมายในระดับใด ถือเป็น การประเมินผลแบบสรุปรวม

6. การประเมินความจำเป็นแบบ Zeta เป็นการกำหนดความจำเป็น เพื่อนำข้อมูลไปใช้เพื่อปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ในกรณีที่พบว่าไม่ได้ผลตามที่ตั้งไว้

Witkin and Penta (1984) (อ้างถึงใน ศันสนีย์ จันทร์สถิตย์พร, 2549) มองว่าการประเมินความจำเป็นด้วยการสำรวจ และการใช้โมเดลแตกต่าง ประกอบด้วย

1. การเตรียมการสำหรับการประเมิน ผู้ประเมินต้องศึกษาวัตถุประสงค์ของการประเมินความจำเป็นให้ชัดเจน และจำกัดขอบเขตให้เหมาะสมกับทรัพยากร แต่ยังคงคุณค่าต่อสถาบันหรือสังคม ต้องมั่นใจว่ารายละเอียดในการดำเนินการจะเป็นตัวแทนที่บุคคลที่เกี่ยวข้องยอมรับได้ รวมทั้งศึกษากลุ่มเป้าหมายและผู้ที่จะได้รับผลของการประเมิน

2. การออกแบบแบบประเมินความจำเป็น โดยต้องเริ่มจากวัตถุประสงค์ กำหนดประเด็นที่ชัดเจน กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะในการศึกษา ของเขตของเนื้อหา และชนิดของความจำเป็นที่ที่ต้องการประเมิน ซึ่งการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนจะนำไปสู่การเก็บรวบรวม วิเคราะห์ และการรายงานผลที่ดี ซึ่งแบบประเมินความจำเป็นจะมีลักษณะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมินลักษณะกลุ่มเป้าหมาย โดยครอบคลุมถึงเรื่องการกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินความจำเป็น การกำหนดขอบข่ายของความจำเป็น การกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้ประโยชน์จากผลการประเมิน

3. การรวบรวมข้อมูลสามารถดำเนินการได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และวัตถุประสงค์ของการประเมิน เช่น การใช้แบบสอบถาม โดยผู้ตอบต้องมีความตั้งใจและตั้งใจตอบอย่างซื่อสัตย์ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ “การตอบสนองเชิงเดี่ยว (Single – Response Format)” มีลักษณะที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบคำถาม ของแบบสอบถามที่อยู่ในมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ตอบเพียงชุดเดียว และการตอบสนองคู่ (Dual – Response Format)” มีลักษณะให้ผู้ตอบเลือกตอบแบบสอบถามในมาตราส่วนประมาณค่า โดยให้ข้อมูลสองชุด

แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน ของ Peter Henry Rossi

การประเมิน คือ การใช้วิธีการวิจัยทางสังคมเพื่อตรวจสอบประสิทธิผลของแผนอย่างเป็นระบบ ใช้เทคนิคและแนวคิดของทางด้านสังคมศาสตร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงนโยบาย และผลการดำเนินการที่มุ่งแก้ไขปัญหาสังคม

การประเมินจะต้องได้รับการปรับให้เหมาะสมกับบริบททางการเมืองและองค์กรของนโยบายที่กำลังประเมิน ในทางปฏิบัตินั้น การประเมินนโยบายทำให้เกิดความท้าทายมากมายสำหรับผู้ประเมิน ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์ของนโยบายที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ในระหว่างการประเมินผล จึงจะต้องมีความสมดุลที่เหมาะสม ระหว่างการพิจารณาและการปฏิบัติในระหว่างการออกแบบการประเมิน รวมถึงมุมมองและแนวทางที่หลากหลาย เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของนโยบาย จึงมีการหลักในการประเมินออกเป็น 5 ขั้นตอนประกอบด้วย

1. การประเมินความจำเป็นของโครงการ (Needs assessment)

เหตุผลหลักสำหรับโครงการทางสังคมคือการบรรเทาปัญหาสังคม ดังนั้นการประเมินรูปแบบที่สำคัญรูปแบบหนึ่งจึงเป็นการประเมินลักษณะ การกระจายตัวของปัญหา ขอบเขต และผลกระทบของสถานการณ์ การประเมินความจำเป็นมักเป็นขั้นตอนแรกในการวางแผนโครงการใหม่ การประเมินความจำเป็นอาจเหมาะสมเพื่อตรวจสอบว่าโครงการที่ตั้งขึ้นมานั้น ตอบสนองต่อความต้องการปัจจุบันของเป้าหมายหรือไม่ โดยมุ่งเน้นใน 2 ส่วน (เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ, ม.ป.ป.)

1.1 การประเมินกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ คือ การมุ่งเน้นการระบุตัวและทำความเข้าใจกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา ซึ่งอาจเป็นบุคคลเฉพาะกลุ่ม ชุมชน หรือพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ชัดเจน ผู้ประเมินต้องพิจารณาทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และผู้ที่ได้รับผลกระทบทางอ้อม นอกจากนี้ การประเมินยังควรคำนึงถึงขนาดของกลุ่มเป้าหมาย ความหนาแน่นของประชากรในพื้นที่ และความรุนแรงของปัญหาที่ส่งผลต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบ

1.2 การประเมินสถานะแวดล้อมและบริบท คือ การพิจารณาและประเมินปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการออกแบบและดำเนินโครงการ ปัจจัยเหล่านี้อาจรวมถึงนโยบายจากหน่วยงานส่วนกลาง แผนพัฒนาระดับชาติ ทิศทางนโยบายของรัฐบาล รวมถึงปัจจัยเชิงสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม การประเมินบริบทในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนโครงการสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ และวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์จริง รวมทั้งตรวจสอบความเป็นไปได้ของโครงการในแง่ของงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และข้อกำหนดทางกฎหมาย

2. การประเมินทฤษฎีโครงการ (Assessment of Program Theory)

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาที่ได้รับการยอมรับและความจำเป็นในการแก้ไข การวางแผนความคิดและการออกแบบโครงการต้องสะท้อนถึงสมมติฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหา และแสดงถึงแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา กล่าวอีกนัยหนึ่ง โครงการทางสังคมทุกโครงการจะขึ้นอยู่กับแผนงานที่แสดงถึงวิธีที่ "ควรจะได้ผล" เนื่องจากแผนโครงการนี้ประกอบด้วยสมมติฐานและความคาดหวังว่าโครงการควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (เกษมसानต์ ไซติศาครพันธุ์ และคณะ, ม.ป.ป.) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

2.1 การประเมินทฤษฎีผลลัพธ์ คือ การประเมินที่มุ่งเน้นตรวจสอบแนวคิดพื้นฐานของโครงการ บนพื้นฐานของความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล ซึ่งผลลัพธ์สามารถเกิดขึ้นได้หลายลำดับขั้น โดยเริ่มจาก ผลลัพธ์ระยะใกล้ ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีหลังการดำเนินกิจกรรม ผลลัพธ์ระยะกลาง ที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมหรือการปรับตัวของระบบ และสุดท้ายคือ ผลลัพธ์ระยะปลาย ที่มักจะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของสังคม

2.2 การประเมินทฤษฎีกระบวนการ คือ การประเมินทฤษฎีและตรวจสอบว่ากระบวนการที่กำหนดไว้มีความสมเหตุสมผลและสามารถดำเนินการได้จริงเพียงใด การประเมินนี้ครอบคลุมสองประเด็นย่อยที่สำคัญ ได้แก่

2.2.1 การประเมินแผนปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย คือการพิจารณาแผนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ตั้งแต่จุดเริ่มต้นจนถึงจุดสิ้นสุด เพื่อวิเคราะห์ว่าการดำเนินการดังกล่าว ได้รับการออกแบบอย่างสมเหตุสมผลและสามารถปฏิบัติได้จริง โดยยังรวมถึงการตรวจสอบลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดำเนินโครงการกับกลุ่มเป้าหมาย ว่ามีประสิทธิภาพและสร้างความร่วมมือได้เพียงใด

2.2.2 การประเมินแผนการจัดการ คือการมุ่งเน้นการตรวจสอบ การบริหารจัดการในภาพรวม โดยพิจารณาความเหมาะสมของทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งการจัดสรรบุคลากรงบประมาณ และทรัพยากรอื่น ๆ ว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และแผนปฏิบัติงานหรือไม่ การประเมินต้องตรวจสอบว่าทรัพยากรที่มีเพียงพอและสามารถสนับสนุนให้การดำเนินโครงการเป็นไปอย่างราบรื่นหรือไม่ รวมถึงความสามารถในการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

3. การประเมินกระบวนการ (Assessment of program process)

เมื่อพิจารณาถึงทฤษฎีที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับวิธีการแทรกแซงปัญหาสังคมที่ได้รับการวิจัยอย่างถูกต้อง แผนงานจะต้องได้รับการปฏิบัติอย่างดีเพื่อให้มีโอกาสที่เหมาะสมในการ

ปรับปรุงสถานการณ์ได้อย่างแท้จริง รูปแบบการประเมินขั้นพื้นฐานและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การประเมินกระบวนการของโครงการ ความเที่ยงตรง และประสิทธิผลของการนำโครงการไปใช้ ประโยชน์ การประเมินกระบวนการดังกล่าวจะประเมินการปฏิบัติการ หรือการติดตามโครงการ โดยนักวิชาการบางท่านมองว่า การประเมินกระบวนการนี้จะคล้ายกับการติดตามการดำเนินงานของโครงการ (Program Monitoring) ซึ่งเป็นการประเมินและพิจารณาในช่วงระหว่างการทำโครงการ โดยสามารถพิจารณาได้เป็น 2 ส่วน คือ (เกษมศานต์ โชติชาครพันธุ์ และคณะ, ม.ป.ป.)

3.1 การประเมินการนำโครงการไปปฏิบัติ เป็นการพิจารณาการดำเนินการตามแนวโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด โดย Berman ให้ทรรศนะไว้ในการศึกษาเรื่อง "The Study of Macro and Micro Implementation of Social Policy" (Berman, 1978) ว่าปัญหาการนำนโยบาย ส่วนมากจะเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์จากสถาบันต่าง ๆ ที่รับผิดชอบต่อการนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติ Berman จึงได้เสนอกรอบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติใน 2 ระดับ คือ

3.3.1 ขั้นตอนการแปลงโครงการไปสู่การปฏิบัติในระดับมหภาค เป็นขั้นตอนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานในส่วนกลาง ซึ่งมีบทบาทควบคุมโครงการโดยตรง จะเป็นขั้นตอนของการแปลงนโยบายเป็นแนวปฏิบัติ

3.3.2 ขั้นตอนการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานในระดับหน่วยปฏิบัติซึ่งมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานตามโครงการ

3.2 การดำเนินงานตามโครงการ เป็นการประเมินและติดตามผลการดำเนินการว่า ในแต่ละขั้นตอนมีผลการดำเนินการอย่างไร ตลอดจนประเมินการดำเนินการตามแผน ว่าได้มีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมหรือไม่ ทั้งการบริหารจัดการด้านบุคลากร, ด้านการเงิน, ด้านทรัพยากร ทั้งนี้ อาจเป็นการพรรณานสิ่งที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน หรือเป็นการประเมินผลผลิต (Output) ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการในแต่ละขั้นตอน ด้วยการกำหนดเกณฑ์ และตัววัดที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนที่ปฏิบัติต่อกลุ่มเป้าหมาย

4. การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation or outcome evaluation)

การประเมินผลกระทบ หรือการประเมินผลลัพธ์ เป็นการวัดขอบเขตที่โครงการก่อให้เกิดการปรับปรุงสภาพทางสังคมที่ระบุไว้ ว่าสามารถบรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการหรือไม่ ก่อให้เกิดผลอย่างไรบ้าง หรือเงื่อนไขทางสังคมบางอย่างที่เป็นปัญหาได้มากน้อยอย่างไร และการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นมีผลข้างเคียงหรือไม่ ปัญหาหลักในการประเมินผลกระทบของโครงการ คือ

โดยปกติแล้วผลลัพธ์ที่ต้องการอาจเกิดจากปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการ การประเมินผลกระทบ มีลักษณะเฉพาะที่จะต้องใช้เวลาและความเชี่ยวชาญ เวลา และทรัพยากรจำนวนมาก และมักจะเป็นเรื่องยากที่จะเตรียมไว้อย่างเหมาะสม ภายใต้ข้อจำกัดของการดำเนินการของโครงการ ผู้ประเมินต้องประเมินให้ได้ เพื่อระบุว่าผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายนั้น เป็นผลมาจากตัวนโยบาย แผนงาน หรือโครงการที่ดำเนินการโดยตรง ไม่ได้เกิดจากปัจจัยอื่น ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายในภาพรวม นอกเหนือจากเป็นผลที่เกิดจากตัวนโยบายโดยตรงแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ โดยในส่วนของผลลัพธ์ของโครงการนั้นอาศัยแนวทางจาก logic Model ที่ได้กำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการโดยอาศัยแนวคิดจากทฤษฎีโครงการ มาเปรียบเทียบกับผลที่เกิดขึ้นจริง โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ผลลัพธ์เบื้องต้น ผลลัพธ์ขั้นกลาง และผลลัพธ์ระยะยาว (เกษม ศานต์ ไซติศาครพันธุ์ และคณะ, ม.ป.ป.)

5. การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Assessment)

การประเมินประสิทธิภาพ เป็นการคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างต้นทุนของโครงการ และประสิทธิผลที่ได้รับ การประเมินประสิทธิภาพอาจอยู่ในรูปแบบของการวิเคราะห์ในแง่ประโยชน์ที่พึงปรารถนา ซึ่งเป็นการพิจารณาถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ความคุ้มค่าของต้นทุนหรือความเสียหายกับประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการ และการแก้ไขด้วยวิธีอื่นสามารถสร้างผลประโยชน์ด้วยต้นทุนที่ต่ำกว่าได้หรือไม่ ในบางครั้งอาจต้องคำนึงถึงมูลค่าทางการเงินเพื่อประโยชน์ของโครงการ อย่างไรก็ตาม การประมาณการดังกล่าวมักจำเป็นสำหรับการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรให้กับโครงการ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลประโยชน์ต่อค่าใช้จ่าย และการประเมินประสิทธิภาพต่อค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตาม ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาเพียง การประเมินความจำเป็นของโครงการ (Needs assessment) เหตุเพราะ การอนุญาตให้เกิดการการุณยฆาตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาถึงความจำเป็นของโครงการดังกล่าว

ทฤษฎีการประเมินความจำเป็น (Need Assessment) ของ Peter Henry Rossi

การทำความเข้าใจธรรมชาติของปัญหาสังคมที่โครงการมุ่งหมายจะแก้ไข เป็นพื้นฐานของการประเมินความจำเป็นของโครงการนั้น การประเมินที่ตรวจสอบปัญหาสังคมมักเรียกว่าการประเมินความจำเป็น “การประเมินความจำเป็น” เป็นวิธีการที่ผู้ประเมินพิจารณาว่าแผนงานมีความจำเป็นหรือไม่ และถ้าหากมีความจำเป็น ความหมาย ลักษณะ ขอบเขตของความ

จำเป็น ที่เกี่ยวข้องสำหรับบริการแผนงานที่เหมาะสมเพื่อตอบสนองความจำเป็นนั้นมื่อะไรบ้าง ซึ่งแผนงานที่มีประสิทธิภาพจะเป็นเครื่องมือในการปรับปรุงสภาพสังคม ในการประเมินแผนงานทางสังคม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องถามว่าแผนงานนั้นจัดการกับปัญหาสังคมที่สำคัญหรือไม่ ตอบสนองต่อสถานการณ์อย่างเพียงพอที่จะนำมาซึ่งการปรับปรุงอย่างสมเหตุสมผลหรือไม่

การประเมินความจำเป็นอย่างละเอียดจะแจ้งถึงผู้กำหนดนโยบายและผู้สนับสนุนให้ทราบถึงความจำเป็น ประเด็นปัญหา และการตอบสนองที่กว้างขึ้นกว่าที่นโยบายและโครงการที่มีอยู่ การประเมินความจำเป็นสามารถช่วยป้องกันไม่ให้เกิดแผนงานที่ไม่จำเป็นได้รับการออกแบบและนำไปปฏิบัติ ช่วยให้เห็นใจว่าเงื่อนไขพื้นฐานและประชากรทั้งหมดได้รับการแก้ไขโดยแผนงานดังกล่าว โดยจุดประสงค์ของการกำหนดประเด็นสำคัญ คือปัญหาสังคมที่ปรากฏการณ์ขึ้นค่อนข้างจะเป็นปัญหาโครงสร้างทางสังคม ที่เกี่ยวข้องและยืนยันว่าเงื่อนไขบางอย่างเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสนใจจากสาธารณะ การประเมินความจำเป็นมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. ก่อนการประเมินความจำเป็น (Pre Assessment)
2. การประเมินความจำเป็น (Assessment)
3. หลังการประเมินความจำเป็น (Post Assessment)

ขั้นตอนของการประเมินความจำเป็น

1. ก่อนการประเมิน (Pre Assessment)

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นการจัดระเบียบและสร้างสิ่งที่รู้

1.1 กำหนดขอบเขตของปัญหาในแบบสำรวจ อะไรคือปัญหา ใครบ้างที่ได้รับผลกระทบ อะไรเป็นสาเหตุของปัญหา เมื่อกำหนดปัญหาของแผนงานไว้อย่างชัดเจนแล้ว ผู้ประเมินจะสามารถประเมินขอบเขตของแผนงานได้ โดยมีรายละเอียดประกอบด้วย

1.1.1 การใช้แหล่งข้อมูลที่มีอยู่เพื่อพัฒนาค่าประมาณ (Using Existing Data Sources to Develop Estimates and Identify Trends in Social Indicators) สำหรับประเด็นทางสังคมบางอย่าง แหล่งข้อมูลที่มีอยู่ เช่น แบบสำรวจสำมะโนประชากร อาจมีคุณภาพเพียงพอที่จะใช้ประเมินบางแง่มุมของปัญหาสังคม โดยจะต้องประเมินความถูกต้องของข้อมูลโดยตรวจสอบวิธีการรวบรวมอย่างละเอียด หลักทั่วไปที่ดีคือการประมาณว่า ในทุกประเด็น แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันอาจให้ค่าประมาณที่ต่างกันหรือขัดแย้งกัน ในบางหัวข้อ แหล่งข้อมูลที่มีการสำรวจเป็นระยะ ๆ ซึ่งแสดงแนวโน้มในอดีตร ตัวอย่างเช่น การสำรวจประชากรตัวอย่างครัวเรือนขนาดใหญ่ ข้อมูลเหล่านี้ประกอบด้วยองค์ประกอบของครัวเรือน รายได้ส่วนบุคคลและครัวเรือน อายุ เพศ และเชื้อชาติของสมาชิกในครัวเรือน การสำรวจรายได้ และการเข้าร่วมใน

โครงการทางสังคม เช่น สถิติการว่างงาน รายได้สำหรับผู้ทุพพลภาพ ประกันสุขภาพ ความช่วยเหลือด้านรายได้ สถิติการด้านอาหาร โครงการฝึกอบรมงาน เป็นต้น

มาตรการที่เกิดขึ้นเป็นประจำเช่นที่กล่าวมาข้างต้นเรียกว่า “ตัวบ่งชี้ทางสังคม (Social Indicator)” สามารถให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการประเมินปัญหาและความจำเป็นทางสังคม คือข้อมูลเหล่านี้มักจะใช้ในการประมาณขนาดและการกระจายของปัญหาสังคมที่มีการติดตามเมื่อเวลาผ่านไป และข้อมูลเหล่านี้จะแสดงแนวโน้มที่สามารถแสดงให้เห็นเพื่อตัดสินใจว่าเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องส่งผลให้ดีขึ้น คงเดิม หรือแย่ลง

1.1.2 การประมาณขอบเขตของปัญหาผ่านการวิจัยทางสังคม (Estimating Problem Parameters Through Social Research) ในหลายกรณี ที่ไม่มีแหล่งข้อมูลที่จะให้ค่าประมาณของขอบเขตและการกระจายของปัญหาได้ หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา อาจมีให้สำหรับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาคซึ่งไม่สามารถจำแนกหรือนำไปใช้ไปยังระดับท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องได้ เมื่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องไม่มีหรือไม่เพียงพอ ผู้ประเมินจะต้องพิจารณารวบรวมข้อมูลใหม่ มีหลายวิธีในการรับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงการสำรวจตัวอย่างขนาดใหญ่

1.1.3 บันทึกจากหน่วยงานต่าง ๆ (Agency Records) ข้อมูลที่อยู่ในบันทึกขององค์กรที่ให้บริการแก่ประชากรที่มีปัญหาสามารถเป็นประโยชน์ในการประมาณขอบเขตของปัญหาสังคม แต่ข้อเสียคือเข้าถึงข้อมูลได้ยาก

1.1.4 การสำรวจ และการสำรวจสำมะโนประชากร (Surveys and Censuses) เมื่อจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้องมากเกี่ยวกับขอบเขตและการกระจายของปัญหาสังคม และไม่มีข้อมูลที่น่าเชื่อถืออยู่ ผู้ประเมินอาจต้องทำการวิจัยต้นฉบับโดยใช้ตัวอย่างการสำรวจหรือการสำรวจสำมะโนประชากร แนวทางทั้งสองนี้อาจต้องใช้ความพยายามและทักษะทางเทคนิคอย่างมาก ตลอดจนทรัพยากรที่ทุ่มเทอย่างมาก ซึ่งหน่วยงานสำรวจหลายแห่งมีความสามารถในการวางแผน ดำเนินการ และวิเคราะห์ตัวอย่างการสำรวจสำหรับการประเมินความจำเป็น ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่าย ไม่ว่าแนวทางจะเป็นแบบใด จะต้องตระหนักว่าการออกแบบและดำเนินการสำรวจตัวอย่าง อาจเป็นความพยายามที่ซับซ้อนซึ่งต้องใช้ทักษะระดับสูง

1.1.5 แบบสำรวจผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant Surveys) วิธีประเมินขอบเขตของปัญหาสังคมที่ง่ายที่สุด คือการถามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ อาจเป็นบุคคลที่มีตำแหน่งหรือประสบการณ์ ทำให้พวกเขามีความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เป็นประเด็น ผู้ให้ข้อมูลหลักมักจะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับลักษณะของประชากรเป้าหมายและลักษณะความต้องการบริการ แม้ว่า

ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักจะมีข้อจำกัด แต่ได้รับข้อมูลมาค่อนข้างง่าย และเป็นให้ข้อมูลเชิงลึกที่หาไม่ได้จากแหล่งอื่น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากแบบสำรวจของผู้ให้ข้อมูลหลักจะต้องได้รับการพิจารณาอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีโอกาสเกิดข้อผิดพลาดและมีโอกาสรายงานที่ไม่สอดคล้องกันจากผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน ผู้ประเมินจึงควรเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเชี่ยวชาญ เหมาะสม รวมถึงการตรวจสอบประสิทธิภาพของผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.6 การคาดการณ์ความต้องการ (Forecasting Needs) ในการกำหนดนโยบายและในการประเมินผล มักจะจำเป็นต้องประเมินขนาดของปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ปัญหาที่ร้ายแรงในขณะนี้อาจรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลงในอนาคต การวางแผนโครงการต้องพยายามคำนึงถึงแนวโน้มดังกล่าว แต่การคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตอาจค่อนข้างเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระยะเวลายาวนานขึ้น ปัญหาทางเทคนิคและการปฏิบัติหลายประการในการพยากรณ์ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากสมมติฐานที่จำเป็นเกี่ยวกับอนาคตที่จะเกี่ยวข้องกับปัจจุบันและอดีต การคาดการณ์ที่มีระยะเวลาอันไกลโพ้นจะยิ่งเป็นปัญหามากขึ้น เช่น แนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์ การอพยพย้ายถิ่น และการตาย เป็นต้น โดยการคาดการณ์ปัญหา จะต้องมีการตรวจสอบอย่างถี่ถ้วนว่าอาจจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่ รวมไปถึงการรับรู้ซึ่งผลประโยชน์ของตนเองหรือวาระทางการเมืองโดยองค์กรที่จัดทำการคาดการณ์ดังกล่าว

1.2 ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก และจัดตั้งกลุ่มงานหรือคณะกรรมการประเมินความจำเป็น เช่น มีบุคคลหรือองค์กรใดที่มีมุมมองเน้นไปที่ปัญหานี้อยู่หรือไม่

1.2.1 การกำหนดและระบุประชากรเป้าหมายของการแทรกแซง (Defining and Identifying the Target Populations of Interventions) เพื่อให้แผนงานมีประสิทธิภาพ ผู้ประเมินจะต้องรู้ว่าประชากรเป้าหมายของตนคืออะไร จะสามารถนำบริการของตนไปยังประชากรนั้นได้อย่างไร และคัดกรองผู้ที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของประชากรนั้นออก ดังนั้น การให้บริการแก่ประชากรเป้าหมายจำเป็นต้องให้คำนิยามของประชากรเป้าหมายที่ต้องชัดเจนและมีประสิทธิภาพ การระบุประชากรเป้าหมายของแผนงานมีความซับซ้อน เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่า คำจำกัดความของประชากรและขนาดของประชากรอาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป

1.2.2 ประชากรเป้าหมายคือใคร (Who or What Is a Target Population?) เป้าหมายของแผนงานทางสังคมมักเป็นบุคคล แต่ยังมีบางที่อาจเป็นกลุ่มของบุคคล เช่น ครอบครัว ทีมงาน องค์กร พื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับภูมิศาสตร์และการเมือง เช่น ชุมชน หรือหน่วยทางกายภาพ บ้าน ถนน โรงงาน ไม่ว่าจะเป้าหมายจะเป็นเช่นไร จำเป็นอย่างยิ่งในตอนเริ่มต้นของการประเมินความจำเป็นเพื่อกำหนดหน่วยที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ในกรณีของบุคคล มักถูกระบุในแง่ของ

ลักษณะทางสังคมและประชากร หรือปัญหาความยากลำบาก และเงื่อนไขต่าง ๆ แต่ถ้าเป้าหมายเป็นกรณีกลุ่มหรือองค์กร มักจะถูกกำหนดในแง่ของลักษณะของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบของกลุ่ม

อีกเกณฑ์หนึ่งสำหรับการกำหนดประชากรเป้าหมายคือแบ่งตามภูมิศาสตร์ เช่น จังหวัด หรือภูมิภาค ขอบเขตทางภูมิศาสตร์สำหรับการประเมินความจำเป็น ควรได้รับการแก้ไขในขั้นตอนการประเมินล่วงหน้า และตรวจสอบอย่างมีวิจารณญาณผ่านการปฏิสัมพันธ์กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก นอกเหนือจากขอบเขตของภาครัฐแล้ว อาจมีขอบเขตของการส่งมอบบริการที่กำหนด แม้ว่าการกำหนดขอบเขตทางภูมิศาสตร์สำหรับการประเมินความจำเป็นมีความซับซ้อนในแง่ของการบรรลุฉันทามติระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เป้าหมายอาจเป็นทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่าเป้าหมายเป็นแบบใด จะส่งถึงพวกเขาโดยตรงผ่านแผนงาน หรือโดยอ้อมผ่านกิจกรรมที่แผนงานจัดขึ้น แผนงานส่วนใหญ่ระบุเป้าหมายโดยตรง เช่น เมื่อการแทรกแซงทางการแพทย์ปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความทุกข์ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีแผนงานอาจได้รับการออกแบบให้ส่งผลกระทบต่อประชากรเป้าหมายโดยการดำเนินการผ่านสื่อกลางหรือเงื่อนไขที่จะส่งผลกระทบต่อประชากรเป้าหมายที่ตั้งใจไว้

1.2.3 การระบุเป้าหมาย (Specifying Targets) การจำกัดความของเป้าหมายจะอาจง่าย แต่ผลลัพธ์มักจะเกี่ยวข้องเมื่อแผนงานหรือผู้ประเมินพยายามใช้คำจำกัดความเหล่านั้น เพื่อระบุผู้ที่มีหรือแยกออกจากแผนงานอย่างเหมาะสม โดยอาจจะมีปัญหาทางสังคมบางประการที่สามารถอธิบายได้ง่าย และน่าเชื่อถือในแง่ของลักษณะที่เรียบง่ายไม่คลุมเครือ

1.2.4 การจำกัดความของเป้าหมาย (Target Boundaries) คือการกำหนดว่าใครหรืออะไรจะถูกรวมหรือไม่รวมในแผนงาน ความเสี่ยงอย่างหนึ่งในการระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย คือการจำกัดความที่ครอบคลุมมากเกินไป เช่น การระบุว่าอาชญากร คือ ใครก็ตามที่เคยละเมิดกฎหมาย ซึ่งไม่เป็นประโยชน์อะไร มีเพียงประชาชนส่วนน้อยเท่านั้นที่ไม่เคยฝ่าฝืนกฎบางอย่างไม่ว่าจะโดยเจตนาหรือไม่ก็ตาม ซึ่งเป็นคำจำกัดความที่ครอบคลุมเกินไป ซึ่งคำจำกัดความที่จำกัดหรือแคบเกินไป บางครั้งอาจจะไม่มีใครอยู่ในกลุ่มประชากรเป้าหมายเลย และคำจำกัดความเป้าหมายที่เป็นประโยชน์จะต้องสามารถนำไปใช้ได้ ข้อกำหนดที่ขึ้นอยู่กับลักษณะที่สังเกตหรือบันทึก

1.2.5 มุมมองที่แตกต่างกันของประชากรเป้าหมาย (Varying Perspectives on Specification of the Target Population) ประเด็นหนึ่งในการนิยามกลุ่มประชากรเป้าหมาย อาจเกิดขึ้นได้จากมุมมองที่แตกต่างกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพ นักการเมือง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้มีโอกาสเป็นผู้รับบริการด้วย ในทำนองเดียวกัน

ความแตกต่างในมุมมองสามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างผู้สนับสนุนแผนงานและผู้รับผลประโยชน์ที่ตั้งใจไว้

แม้ว่าการประเมินความจำเป็นจะไม่สามารถระบุได้ว่ามุมมองใดต่อประชากรเป้าหมายของแผนงานนั้นถูกต้อง แต่ก็สามารถช่วยขจัดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ผู้ประเมินควรนำเสนอมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทั้งหมด โดยอาจใช้วิธีการรวมตัว การสนทนา และการพิจารณา ในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างแท้จริง ในขณะที่ลดความไม่สมดุลระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ให้น้อยที่สุด

1.2.6 การอธิบายประชากรเป้าหมาย (Describing Target Populations)

ธรรมชาติของประชากรเป้าหมายที่แผนงานพยายามให้บริการโดยธรรมชาติ มีนัยยะสำคัญสำหรับแนวทางของแผนงานและโอกาสในการประสบความสำเร็จ ในส่วนนี้ จะหารือเกี่ยวกับแนวคิดต่าง ๆ ที่มีประโยชน์สำหรับการอธิบายกลุ่มประชากรเป้าหมายในรูปแบบที่เน้นความหมายโดยนัยเหล่านั้น.

1.3 กำหนดช่องว่างระหว่างผลลัพธ์ที่ต้องการ หรือสิ่งที่ควรเป็น และเงื่อนไขที่เป็นอยู่คืออะไร สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาจากที่ไหน มีรายงาน การประเมิน หรือฐานข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา ใครได้รับผลกระทบ และบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือไม่

1.4 สังเคราะห์และสื่อสารหลักฐาน หลักฐานที่มีอยู่กล่าวถึงปัญหาอย่างไร ใครได้รับผลกระทบ และกำลังดำเนินการอย่างไร และหลักฐานดังกล่าวจะถ่ายทอดไปยังผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีความหมายและกระชับได้อย่างไร

1.5 การตัดสินใจและพิจารณาถึง ความจำเป็น ความสำคัญ และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจหรือข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจหรือไม่

2. ระหว่างการประเมิน (Assessment)

วัตถุประสงค์ : เพื่อดำเนินการประเมินความจำเป็น พัฒนาให้มากขึ้น เข้าใจความต้องการของประชากรเป้าหมาย

2.1 แนวการประเมิน ศีรษะช่องว่างของปัญหา “คืออะไร” และ “สิ่งที่ควรจะเป็น” มีอะไรบ้าง สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการ และองค์กรที่รับผิดชอบ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ เกณฑ์ในการเลือกวิธีแก้ปัญหาคืออะไร และทรัพยากรใดที่จำเป็นสำหรับการประเมินรวมถึงจะได้ทรัพยากรนั้นมาอย่างไร

2.2 แผนการเก็บข้อมูล การประเมินดังกล่าวต้องการข้อมูลอะไรบ้าง มีแหล่งข้อมูลที่มีอยู่หรือไม่ ข้อมูลนั้นจะถูกรวบรวมผ่านวิธีการใด เช่น สัมภาษณ์ สันทนาการ กลุ่ม ข้อมูลจะถูกวิเคราะห์อย่างไร และจะสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาอย่างไร

2.2.1 วิธีการเชิงคุณภาพในการอธิบายความจำเป็น (Qualitative Methods for Describing Needs) แม้ว่าการประเมินความจำเป็นหลาย ๆ ด้านสามารถบันทึกเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ แต่การวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการได้รับความรู้ที่มีรายละเอียดของความจำเป็นเฉพาะที่เป็นปัญหา การวิจัยดังกล่าวมีตั้งแต่การสัมภาษณ์บุคคลเป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม ไปจนถึงการวิจัยเชิงชาติพันธุ์ ที่พรรณนาอย่างละเอียด การศึกษาเชิงคุณภาพที่ดำเนินการอย่างระมัดระวังและละเอียดอ่อนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปิดเผยข้อมูลโดยนัยถึงการกำหนดค่าบริการของแผนงาน

เทคนิคหนึ่งที่มีประโยชน์ในการรับข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัญหาสังคมและบริบทของปัญหาคือการสนทนากลุ่ม (focus group) การสนทนากลุ่มจะนำบุคคลมารวมกันเพื่ออภิปรายหัวข้อหรือหัวข้อเฉพาะ ซึ่งอำนวยความสะดวกโดยบุคคลให้แสดงความคิดเห็นที่มีความหมาย และลดความขัดแย้งให้เหลือน้อยที่สุดเมื่อเกิดความไม่ลงรอยกัน กลุ่มผู้เข้าร่วมที่เหมาะสมโดยทั่วไปประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น ผู้นำชุมชนที่มีความรู้ ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการ บุคลากร ตัวแทนกลุ่มผู้สนับสนุน และบุคคลที่ประสบปัญหาทางหรือความจำเป็นโดยตรง ด้วยการเลือกอย่างระมัดระวังและการจัดกลุ่มบุคคล การสนทนากลุ่มที่มีจำนวนเหมาะสมจะสามารถให้ข้อมูลเชิงพรรณนามากมายเกี่ยวกับธรรมชาติและความแตกต่างของปัญหาสังคมและความจำเป็นของผู้ที่ประสบปัญหา การสนทนากลุ่มมีประโยชน์ในการได้รับมุมมองที่แตกต่างกันเกี่ยวกับปัญหาและความจำเป็น ได้รับความชัดเจนในมุมมองเหล่านั้นจากการโต้ตอบกลุ่ม การประเมินขอบเขตของมุมมองที่ยึดถือโดยทั่วไปหรือแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การได้รับแนวคิดใหม่จากผู้เข้าร่วม และสร้างความสัมพันธ์และความน่าเชื่อถือ

การใช้ผู้ให้ข้อมูลหลักในการประเมินความจำเป็นจะเกี่ยวข้องกับการเลือกบุคคลหรือกลุ่ม ที่มีการรับรู้อย่างรอบคอบ วิธีที่มีประโยชน์ในการระบุผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวคือการสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snowball sampling) ซึ่งจะมีชุดข้อมูลชุดแรกตั้งอยู่และขอให้ระบุผู้ให้ข้อมูลอื่น ๆ ที่พวกเขาเชื่อว่ามีความรู้เกี่ยวกับประเด็นที่เป็นประเด็น ในทางกลับกัน ผู้ให้ข้อมูลเหล่านั้นจะถูกขอให้ระบุผู้ให้ข้อมูลอื่นที่เหมาะสมด้วย เมื่อกระบวนการนี้ไม่ได้มีรายชื่อใหม่ที่เกี่ยวข้องอีกต่อไป เป็นไปได้ว่าส่วนใหญ่ของผู้ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับการระบุครบแล้ว

เนื่องจากข้อได้เปรียบที่โดดเด่นของแนวทางเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กลยุทธ์ที่มีประโยชน์และใช้บ่อย คือการประเมินความจำเป็นในสองขั้นตอน คือ

1. การสำรวจเบื้องต้นใช้เทคนิคเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหา

2. การสร้างจากข้อมูลที่ได้รับ เพื่อออกแบบการประเมินเชิงปริมาณที่ให้ค่าประมาณที่เชื่อถือได้ของขอบเขตและการกระจายของปัญหา ตลอดจนข้อมูลที่แน่นอนมากขึ้นเกี่ยวกับประสบการณ์ของประชากรเป้าหมายกับแง่มุมต่าง ๆ ของปัญหาที่ระบุในข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.3 รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล กำหนดว่าข้อมูลจะถูกรวบรวมจากกลุ่มเป้าหมายใด จากนั้นจึงดำเนินการสำรวจเพื่อศึกษาตัวอย่าง กำหนดเวลาและดำเนินการสัมภาษณ์หรือการสนทนากลุ่ม รับข้อมูลที่มีอยู่จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ วิเคราะห์ข้อมูลจากแต่ละแหล่งข้อมูล สังเคราะห์และสรุปข้อมูลระหว่างแหล่งที่มา และวิเคราะห์หลักฐาน

2.3.1 ความเสี่ยง ความจำเป็น และความต้องการ (Risk, Need, and Demand) แนวคิดด้านสาธารณสุข มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่เรียกว่า ประชากรที่มีความเสี่ยง (population at risk) ซึ่งเป็นประโยชน์ในการระบุคุณสมบัติ สำหรับการจัดการกับเงื่อนไขที่ยังไม่มีความเชี่ยวชาญ ประชากรที่มีความเสี่ยงประกอบด้วยบุคคลหรือหน่วยงานที่มีความน่าจะเป็นอย่างมาก ที่จะประสบหรือพัฒนาเงื่อนไขที่แผนงานได้รับการออกแบบ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว

ประชากรเป้าหมายอาจระบุในแง่ของความต้องการปัจจุบันมากกว่าความเสี่ยง ซึ่งเรียกว่าประชากรที่มีความจำเป็น (population in need.) โดยสามารถระบุสมาชิกของประชากรที่จำเป็นได้ ผ่านการประเมินสภาพของพวกเขาโดยตรง อย่างไรก็ตาม ข้อเท็จจริงที่ว่าแต่ละคนเป็นสมาชิกของประชากรที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ได้แปลว่าพวกเขาต้องการแผนงานที่ตอบสนองต่อความจำเป็นนั้นเสมอไป ความต้องการบริการและความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในแผนงาน การกำหนดขอบเขตของความต้องการบริการเฉพาะโดยไม่คำนึงถึงความจำเป็นที่มี

การประเมินความจำเป็นบางอย่าง ดำเนินการเพื่อประเมินขอบเขตของปัญหา จริง ๆ แล้วเป็นการประเมินความเสี่ยงหรือการประเมินความจำเป็นมากกว่าการประเมินความจำเป็นตามคำจำกัดความ ดังนั้น ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ความจำเป็น และความต้องการจึงมีความสำคัญต่อการประเมินขอบเขตของปัญหา การประมาณขนาดของประชากรเป้าหมาย การออกแบบ การนำไปใช้ และการประเมินแผนงาน

2.3.2 อุบัติการณ์ และความชุก (Incidence and Prevalence) ความแตกต่างที่เป็นประโยชน์อีกประการหนึ่งสำหรับการอธิบายเงื่อนไขที่แผนงานมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุง คือความแตกต่างระหว่างอุบัติการณ์และความชุก อุบัติการณ์ (Incidence) หมายถึง จำนวนของปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในพื้นที่หรือบริบทที่ระบุในช่วงเวลาที่กำหนด ความชุก (Prevalence) หมายถึง จำนวนกรณีทั้งหมดที่มีอยู่ในพื้นที่นั้น ณ เวลาที่กำหนด แนวคิดเหล่านี้มาจากด้านสาธารณสุขซึ่งมีความโดดเด่น เพื่อแสดงให้เห็นถึงอุบัติการณ์ของโรคต่าง ๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ที่เกิดขึ้นในเดือนใดเดือนหนึ่งจะถูกกำหนดเป็นจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่รายงานในเดือนนั้น ความชุกในช่วงเดือนนั้นจะเท่ากับจำนวนผู้ที่เป็นโรคทั้งหมด โดยไม่คำนึงว่าพวกเขาจะเป็นโรคนี้ครั้งแรกเมื่อใด รวมถึงใช้กับปัญหาสังคมด้วย เช่น การศึกษาผลกระทบของอาชญากรรม มาตรการที่สำคัญคืออุบัติการณ์ของการตกเป็นเหยื่อ อย่างจำนวนเหยื่อรายใหม่ในเขตอำนาจศาลที่กำหนดในช่วงเวลาที่กำหนด

2.3.3 อัตราส่วน (Rates) ในบางกรณี การแสดงอุบัติการณ์หรือความชุกเป็นอัตราส่วนภายในพื้นที่หรือประชากรจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ดังนั้น ข้อมูลต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด หรือในข้อมูลที่กำหนดอาจอธิบายได้ในรูปของเปอร์เซ็นต์ อัตราส่วนเหมาะอย่างยิ่งสำหรับการเปรียบเทียบสภาพปัญหาระหว่างพื้นที่หรือกลุ่มต่าง ๆ

2.4 การตัดสินใจ พบกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก อภิปรายถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นสำหรับการแก้ไขแต่ละวิธี

3. หลังการประเมิน (Post Assessment)

วัตถุประสงค์ : เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่อยู่ภายใต้ความจำเป็น

3.1 ทบทวนและสร้างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักขึ้นใหม่ จากการประเมินแล้วพบว่า องค์กรใดบ้างที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองของความจำเป็น มีการระบุและพิจารณาความจำเป็นของประชากรเป้าหมาย ผู้ให้บริการ และองค์กรหรือไม่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักและตัวแทนขององค์กรทั้งหมดมีส่วนร่วมในกระบวนการนี้หรือไม่ จะใช้หลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาว่าจะเลือกวิธีการรักษาแบบใด

3.2 วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้ของความจำเป็นและการแก้ไข อะไรคือสาเหตุของช่องว่างที่ควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญ พิจารณาว่าควรแก้ไขด้วยวิธีใด

3.3 เลือกวิธีแก้ปัญหาที่จะดำเนินการ เริ่มจากกำหนดอันดับของวิธีแก้ไขที่เป็นไปได้ จากนั้นเลือกวิธีการแก้ไข จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการแก้ไข ทรัพยากรเพื่อดำเนินการแก้ไข ดำเนินการแก้ไขและติดตามกระบวนการและผลลัพธ์ และประเมินผลการแก้ไข

โดยสรุปแล้วการประเมินความจำเป็นจะตอบคำถามเกี่ยวกับความจำเป็นของแผนงานและเงื่อนไขทางสังคม ที่มุ่งหมายจะแก้ไข หรือต้องการโปรแกรมใหม่ โดยทั่วไป การประเมินความจำเป็นอาจใช้เพื่อระบุ เปรียบเทียบ และจัดลำดับความสำคัญของความจำเป็น ของแผนงาน การพิจารณาปัญหาสังคมที่เพียงพอ การระบุประชากรเป้าหมายสำหรับการแทรกแซง และคำอธิบายลักษณะของประชากรเป้าหมายที่มีผลกระทบต่อบริการที่เหมาะสม การส่งมอบบริการเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการออกแบบและการดำเนินงานของแผนงานที่มีประสิทธิภาพ โดยปัญหาสังคมไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เป็นกลาง แต่เป็นโครงสร้างทางสังคมที่เกิดจากกระบวนการกำหนดวาระทางสังคมและการเมือง ผู้ประเมินสามารถมีบทบาทที่เป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้กำหนดนโยบายและผู้จัดการโครงการในการปรับปรุงคำจำกัดความของปัญหาสังคมด้วยวิธีที่ช่วยให้การแทรกแซงมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ในการระบุขนาด การกระจาย และลักษณะของปัญหา ผู้ประเมินอาจรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งที่มีอยู่ เช่น การสำรวจที่สนับสนุนโดยรัฐบาล การสัมภาษณ์ประชากร และตัวชี้วัดทางสังคม เพราะข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมดที่จำเป็นมักไม่สามารถหาได้จากแหล่งดังกล่าว ผู้ประเมินมักรวบรวมข้อมูลการประเมินความจำเป็นของตนเอง แหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับวัตถุประสงค์ดังกล่าว ได้แก่ บันทึกของหน่วยงาน การสำรวจตัวอย่าง การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก และการสนทนากลุ่ม การคาดการณ์ความจำเป็นในอนาคต มักเกี่ยวข้องกับการประเมินความจำเป็น แต่โดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนอย่างมาก และเป็นความพยายามทางเทคนิคที่ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ในการใช้การคาดการณ์ ผู้ประเมินต้องระมัดระวังในการประเมินสมมติฐานและข้อมูลที่อิงตามการคาดการณ์ เพื่อวัตถุประสงค์ในการวางแผนโครงการหรือการประเมินผล สิ่งสำคัญคือต้องมีข้อมูลเชิงบริบทโดยละเอียดเกี่ยวกับธรรมชาติของปัญหาสังคมในท้องถิ่นและสถานการณ์เฉพาะของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ข้อมูลดังกล่าวมักจะได้รับการมาอย่างดีที่สุดด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาเชิงพรรณนา การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก หรือการสนทนากลุ่มกับตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ซึ่งจากขั้นตอนการประเมินความจำเป็น สามารถสรุปเป็นตารางได้ดังนี้

ตาราง 1 ตารางสรุปทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter Henry Rossi

| ขั้นตอนการประเมิน | วัตถุประสงค์ | รายละเอียด |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ก่อนการประเมิน ความจำเป็น (Pre Assessment) | เพื่อเป็นการจัดระเบียบและ สร้างสิ่งที่รู้ | - กำหนดขอบเขตของปัญหา อะไรเป็นสาเหตุของ ปัญหา - ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก - กำหนดช่องว่างระหว่างผลลัพธ์ หรือสิ่งที่ควร เป็น - การตัดสินใจและพิจารณาถึงความจำเป็น |
| การประเมินความจำเป็น (Assessment) | เพื่อดำเนินการประเมินความ จำเป็น พัฒนาให้มากขึ้น เข้า ใจความต้องการของประชากร เป้าหมาย | - ศึกษาช่องว่างของปัญหา - วางแผนการเก็บข้อมูล - รวบรวม วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล - อภิปรายถึงประโยชน์ ข้อดี ข้อเสียของวิธีการแต่ ละวิธี |
| หลังการประเมิน ความจำเป็น (Post Assessment) | เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ อยู่ภายใต้ความจำเป็น | - ทบทวนและสร้างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักขึ้น ใหม่ - วิเคราะห์สาเหตุที่เป็นไปได้ของความจำเป็นและ การแก้ไข - เลือกวิธีแก้ปัญหาที่จะดำเนินการ |

แนวคิดว่าด้วยเรื่องผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ความหมายและชนิดของมะเร็ง

มะเร็ง (Cancer) หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ร่างกาย ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ จนเกิดเป็นก้อนเนื้อ และการลุกลามกระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ผ่านระบบเลือด หรือระบบทางเดินน้ำเหลือง (โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์, 2565) สามารถจำแนกออกได้เป็นกลุ่มตามอวัยวะที่เป็นจุดกำเนิดของเซลล์มะเร็ง ได้ดังนี้ (โรงพยาบาลเมตพาร์ค, ม.ป.ป.)

1. มะเร็งเยื่อบุ (Carcinoma)

พัฒนาขึ้นจากเซลล์เยื่อบุของพื้นผิวร่างกาย เป็นมะเร็งประเภทที่พบได้บ่อย เช่น มะเร็งชนิดต่อม (Adenocarcinoma) เกิดขึ้นในต่อมหรือเยื่อบุที่ผลิตเม็ดเลือดหรือของเหลวภายใน

ร่างกาย พบได้บ่อยในเต้านม ต่อมลูกหมาก ปอด เป็นต้น, มะเร็งผิวหนัง (Basal cell carcinoma) เกิดที่บริเวณฐานของหนังกำพร้าที่อยู่ด้านบนสุด, มะเร็งผิวหนังชนิด Squamous cell carcinomas หรือ ชนิด Epidermoid carcinomas เกิดจากเซลล์ความถี่หนังกำพร้าหรือในเยื่อบุปอด ช่องปาก ลำคอ, มะเร็งชนิด Transitional cell carcinoma (TCC) พบในเนื้อเยื่อบุชนิดแบ่งชั้นหรือเยื่อบุด้านในทางเดินปัสสาวะ เช่น กรวยไต ท่อไต และ กระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

2. มะเร็งซาร์โคมา (Sarcoma)

มีจุดกำเนิดมาจากกระดูก ไขมัน กล้ามเนื้อ ท่อน้ำเหลือง หลอดเลือด และเส้นเอ็น มะเร็งประเภทนี้ที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งกระดูก Osteosarcoma

3. มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)

เกิดจากเซลล์เม็ดเลือดขาวมีการแบ่งตัวเร็วผิดปกติ จนร่างกายไม่สามารถลำเลียงออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค และหยุดเลือดได้ มะเร็งเม็ดเลือดขาวสามารถจำแนกออกได้หลายประเภท เช่น ชนิด Acute leukemia, ชนิด Chronic leukemia, ชนิด Lymphoblastic leukemia, ชนิด Myeloid leukemia เป็นต้น

4. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma)

เกิดจากเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocyte ทำงานผิดปกติและก่อตัวในท่อน้ำเหลือง หรือต่อมน้ำเหลือง และกระจายไปอวัยวะอื่น สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ ชนิด Hodgkin lymphoma เกิดจากเซลล์ Reed-Sternberg ที่ผิดปกติซึ่งกลายพันธุ์มาจากบีเซลล์ และชนิด Non-Hodgkin lymphoma มีต้นกำเนิดในเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์และกลายพันธุ์มาจากทีเซลล์หรือบีเซลล์

5. ชนิดอื่น ๆ

มะเร็งผิวหนังเมลาโนมา (Melanoma) เป็นเซลล์พิเศษที่ผลิตเมลานินหรือเม็ดสี มีต้นกำเนิดจากเซลล์เมลานอไซต์ ดังนั้นจึงพบมะเร็งผิวหนังเมลาโนมาได้ทั้งที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่สร้างสี เช่น ดวงตา, เนื้องอกในสมองและไขสันหลัง (Brain and spinal cord tumors) ชื่อของเนื้องอกในสมองและไขสันหลังจะเรียกตามอวัยวะต้นกำเนิดและชนิดของเซลล์, เนื้องอกเซลล์สืบพันธุ์ ชนิดเจิมเซลล์ (Germ cell) มีต้นกำเนิดจากเซลล์สืบพันธุ์ สามารถพบได้ทั่วร่างกาย พบเจอทั้งชนิดที่เป็นมะเร็งและชนิดที่ไม่เป็นมะเร็ง, เนื้องอกเนื้องอก (Neuroendocrine Tumors) เกิดจากเซลล์ที่หลัง

ฮอร์โมน เมื่อถูกกระตุ้นจากระบบเส้นประสาท เนื้อเยื่อชนิดนี้จะผลิตฮอร์โมนในระดับที่สูงกว่าปกติ พบเจอทั้งชนิดที่เป็นมะเร็งและชนิดที่ไม่เป็นมะเร็ง, เนื้อเยื่อคาร์ซินอยด์ (Carcinoid tumor) เป็นเนื้อเยื่อชนิดหนึ่ง มีการเติบโตช้าพบในระบบทางเดินอาหาร ส่วนใหญ่เกิดในลำไส้เล็กหรือทวารหนัก อาจแพร่กระจายไปตับหรือส่วนอื่นของร่างกายได้

กระบวนการเกิดมะเร็ง

กระบวนการการเกิดและการดำเนินของโรค หมายถึง ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติ เป็นเซลล์มะเร็ง (Carcinogenesis) จากนั้นเซลล์มะเร็งจึงแบ่งเซลล์เพิ่มขึ้น ลูกกลมไปตามตำแหน่งที่เกิด และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย (พัสมณท์ คุ่มทวีพร, 2553) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นกำเนิด (Initiation) เป็นกลไกขั้นแรก เมื่อสารก่อมะเร็งเข้าสู่เนื้อเยื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของยีนควบคุมหรือยีนถ่ายทอดลักษณะ ทำให้เกิดยีนมะเร็งและเกิดเป็นเซลล์เริ่มต้นของมะเร็ง เชื่อว่าหากขั้นนี้ไม่ได้รับการกระตุ้นหรือสามารถกำจัดสาเหตุได้จะไม่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง

ขั้นที่ 2 ขั้นส่งเสริม (Promotion) เมื่อเกิดยีนมะเร็งและเซลล์มะเร็งในร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันจะพยายามทำลายเซลล์ที่ผิดปกติ แต่บุคคลที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันหรือได้รับสารส่งเสริมภายในร่างกาย เช่น ฮอร์โมนต่าง ๆ หรือสารส่งเสริมจากภายนอกในร่างกาย เช่น สารเคมี อาหารจำพวกหมักดอง เป็นต้น ซึ่งเซลล์มะเร็งจะสามารถตรวจพบได้โดยกล้องจุลทรรศน์ หรือมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าจะสังเกตเห็นการแบ่งเซลล์ที่เพิ่มขึ้น โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนรูปร่าง

ขั้นที่ 3 ขั้นลุกลาม (Progression) เมื่อเซลล์มะเร็งได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องในระยะแรกจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอาหารและออกซิเจนที่ลำเลียงมาตามหลอดเลือด ที่สร้างขึ้นโดยกลไกการยับยั้งการทำหน้าที่ของทรอมโบสพอนดิน (Anti - thrombospondin) และการสร้างปัจจัยกระตุ้นการเพิ่มขึ้นของหลอดเลือดจากเซลล์มะเร็ง ทำให้เกิดหลอดเลือดจำนวนมากรอบก้อนมะเร็ง ขณะที่มะเร็งขยายขนาดขึ้น เซลล์มะเร็งรอบนอกจะจับกับเซลล์ปกติที่อยู่รอบ ๆ เนื่องจากเยื่อหุ้มเซลล์มะเร็งมีตัวรับลามินินจำนวนมาก และเซลล์ปกติมีลามินิน เป็นองค์ประกอบหลักของ เบสเม้นท์ เมมเบรน (Basement membrane) หลังจากนั้นเซลล์มะเร็งจะหลั่งเอนไซม์ย่อยสลายโปรตีน และกระตุ้นให้เซลล์ปกติหลั่งเอนไซม์ย่อยโปรตีนออกมา เพื่อย่อยสลายเซลล์รอบก้อนมะเร็ง ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถลุกลามออกจากต้นกำเนิด และกระจายไปรอบ ๆ

ขั้นที่ 4 ขั้นแพร่กระจาย (Metastasis) จะเริ่มแพร่กระจายเมื่อเติบโตขึ้นจนมีขนาดประมาณ 1-2 เซนติเมตร แต่มะเร็งบางชนิดสามารถแพร่กระจายได้เร็วมาก การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งเกิดจากเซลล์มะเร็งแต่ละเซลล์เกาะกันอย่างหลวม ๆ เนื่องจากความบกพร่องของไฟโบรนิคติน ที่เชื่อมหุ้มเซลล์มะเร็งและเซลล์มะเร็งไม่มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันหุ้ม รวมทั้งเซลล์มะเร็งสร้างปัจจัยกระตุ้นการเคลื่อนไหว ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถเคลื่อนตัวออกไปยังเนื้อเยื่อรอบ ๆ หรือหลุดออกจากก้อนมะเร็งเข้าสู่หลอดเลือดและท่อน้ำเหลือง เพื่อไปจับกับเนื้อเยื่ออื่น จากนั้นจะเพิ่มจำนวนเซลล์กระจายไปส่วนอื่นที่อยู่ไกลออกไป โดยอาศัยปัจจัยสนับสนุน 2 ปัจจัย ได้แก่ 1.ความสามารถในการจับกันระหว่างเซลล์มะเร็งกับเซลล์เนื้อเยื่อของอวัยวะปลายทาง และ 2. การตอบสนองของเซลล์มะเร็งต่อการเจริญเติบโตของอวัยวะซึ่งแพร่กระจายไปถึง

อาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

อาการทั่วไป มะเร็งจะส่งผลกระทบต่อสรีระและระบบเมตาโบลิซึมของร่างกายผิดปกติ โดยเซลล์มะเร็งจะปล่อยพิษไปทั่วร่างกาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และในระยะสุดท้ายจะผอมแห้ง มะเร็งบางชนิดสามารถหลั่งฮอร์โมนได้ จึงทำให้ร่างกายมีการผิดปกติตามแต่ชนิดของฮอร์โมน (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ม.ป.ป.) ซึ่งประกอบด้วย

อาการเฉพาะที่ จะเกิดในบริเวณอวัยวะ หรือตำแหน่งที่เป็นมะเร็งก่อนซึ่งในระยะที่เพิ่งเริ่มเป็นอาจจะไม่แสดงอาการอะไร หากเป็นอวัยวะภายในทำให้วินิจฉัยโรคในระยะนี้ได้ยาก เมื่อโรคเป็นมากขึ้นจนเป็นก้อนมะเร็งจะมีการเบียดและทำลายเนื้อเยื่อของอวัยวะต้นกำเนิด ทำให้อวัยวะนั้นเสียหายที่ไป กระดูกผุกร่อน ทำให้มีเลือดออก กลืนอาหารไม่ลง หายใจไม่ออก ถ้าได้ทะเล เป็นต้น อาการแสดงของการโตของต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง เมื่อโรคเป็นมากขึ้นต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงจะโตเป็นก้อน มักจะแข็ง ระยะแรกจะเคลื่อนไหวได้เวลาจับ และต่อมาจะยึดแน่น เห็นได้ชัดเจนในมะเร็งบริเวณศีรษะ และลำคอ

อาการที่เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็ง จะขึ้นอยู่กับว่ามะเร็งทุติยภูมิจะไปแพร่กระจายไปถึงอวัยวะใด ก็จะปรากฏอาการของการผิดปกติของอวัยวะนั้นเพิ่มขึ้นมาด้วย เช่น ถ้าแพร่กระจายไปที่ปอดก็ทำให้เกิดอาการไอ หอบ หรือมีน้ำท่วมปอดถ้าแพร่กระจายไปที่สมองจะทำให้ปวดศีรษะอย่างมากจนถึงหมดสติไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นต้น อาการของโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในระยะนี้ไม่สามารถควบคุมการแพร่กระจายที่ผิดปกติได้ อวัยวะของระบบต่าง ๆ ในร่างกายถูกทำลาย ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยหอบ ร่างกายรับน้ำ และอาหารได้น้อยลง การรับสัมผัสและการสื่อสารจะน้อยลง ผู้ป่วยหลายคนอาจเกิดอาการประสาทหลอน เห็นภาพเก่า หรือญาติที่เสียชีวิตไปแล้ว ซึ่ง

อาจเป็นผลข้างเคียงจากยาหรือความผิดปกติในการทำงานของสารสื่อประสาท รวมทั้งในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักมี อาการที่เกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการ

ระยะของโรคมะเร็ง

ระยะของโรคมะเร็งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ใช้กำหนดแนวทางการรักษา พยากรณ์ผลการรักษา การจำแนกระยะนี้ช่วยให้แพทย์สามารถเลือกใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดกับสภาพร่างกายและความรุนแรงของโรค (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9, ม.ป.ป.) ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เป็นช่วงเริ่มต้นที่เซลล์มะเร็งยังมีขนาดเล็กและคงอยู่เฉพาะในอวัยวะที่เป็นต้นกำเนิดของโรค ยังไม่แพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบข้างหรือระบบอื่นของร่างกาย ระยะนี้มีโอกาสรักษาให้หายขาดสูงหากได้รับการดูแลอย่างทันที่วงที่ วิธีการรักษาอาจรวมถึงการผ่าตัดเอาก่อนเนื้องอกออก หรือใช้ยาเพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง

ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งเริ่มมีการขยายตัวมากขึ้น อาจลุกลามเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงหรือแพร่กระจายเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียงบริเวณที่เกิดโรค การรักษามักใช้วิธีผสมผสาน เช่น การผ่าตัด การฉายรังสี การให้เคมีบำบัด หรือการใช้ยาที่ออกฤทธิ์เฉพาะจุด (Targeted Therapy) เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของโรค

ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งมีการเจริญเติบโตจนมีขนาดใหญ่และลุกลามเข้าสู่อวัยวะข้างเคียงในวงกว้างขึ้น รวมถึงแพร่เข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองหลายตำแหน่ง แม้ว่าจะยังสามารถใช้การผ่าตัด ฉายแสง เคมีบำบัด หรือการรักษาแบบมุ่งเป้าเพื่อลดปริมาณเซลล์มะเร็งได้ แต่ในระยะนี้โดยทั่วไปจะไม่สามารถกำจัดเซลล์มะเร็งออกไปได้ทั้งหมด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นซ้ำ

ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งมีขนาดใหญ่และแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกลจากจุดกำเนิด โดยสามารถแพร่ผ่านทางต่อมน้ำเหลืองหรือการไหลเวียนของกระแสเลือด การรักษาในระยะนี้มักมุ่งเน้นการควบคุมโรค ลดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

การรักษาโรคมะเร็ง

ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มะเร็งสามารถรักษาหายขาดได้ โดยเฉพาะมะเร็งที่ตรวจพบในระยะเริ่มแรก การรักษาโรคมะเร็งมีวิธีการหลัก ๆ (โรงพยาบาลพญาไทย 3, ม.ป.ป.) ดังนี้

1. ผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีการรักษามะเร็งเฉพาะที่ ซึ่งการรักษามะเร็งระยะแรกส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีการผ่าตัดเพื่อหายขาด หลังจากการผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับการ

รักษาอย่างอื่นเพิ่มเติมควบคู่ไปด้วย เช่น เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ตามระยะของมะเร็ง ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยบางรายยังไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีขนาดใหญ่ จะต้องมีการรักษาด้วยการให้เคมีบำบัด หรือการฉายรังสีเพื่อให้ลดขนาดของก้อนมะเร็งลง จากนั้นจึงจะผ่าตัดเพื่อเอาก้อนของมะเร็งออก

2. การรักษาด้วยรังสี หรือการฉายแสง (Radiotherapy) เป็นการรักษา มะเร็งเฉพาะตำแหน่งที่วางแผนไว้ ใช้รังสีที่มีความถี่หรือขนาดสูงจากเครื่องกำเนิดรังสี ฉายลงไปที่ตำแหน่งของเซลล์มะเร็งที่การควบคุมมะเร็งไม่ให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การฉายแสงนี้รังสีจะผ่านผิวหนังไปตามตำแหน่งที่ต้องการ ทำให้เกิดผลข้างเคียงจึงต้องมีการวางแผนให้ปริมาณรังสีที่ฉายลงไป ไม่ให้เกิดผลข้างเคียงหรือเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดต่ออวัยวะอื่น ๆ บางกรณีแพทย์อาจใช้การใส่แร่ ไปในตำแหน่งใกล้เคียงกับก้อนมะเร็งโดยตรง ซึ่งการฉายรังสีนั้น จะช่วยในการรักษาเพื่อให้หายขาด บรรเทาอาการจากมะเร็ง และการรักษาไม่ให้มะเร็งลุกลามไปยังตำแหน่งอื่น

3. การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการรักษาด้วยสารเคมี โดยที่กลไกการออกฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดนั้น จะไปขัดขวางการแบ่งเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็วกว่าเซลล์ปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัดนั้นมีผลข้างเคียง เช่น อาเจียน อ่อนเพลีย ผมร่วง อาจมีผลข้างเคียงทางภาวะจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ร่วมด้วย การรักษาด้วยเคมีบำบัด อาจเป็นทั้งการรักษาหลัก และรักษาเสริมเพื่อให้หายขาด เช่น ให้เคมีบำบัดเสริมหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันและลดโอกาสการกลับมาเป็นซ้ำ การให้เคมีบำบัดก่อนการผ่าตัด เป็นการรักษาเพื่อให้ก้อนมะเร็งมีขนาดเล็กลง

4. ยาฮอร์โมนบำบัด (Hormonal Therapy) มีกลไกการยับยั้งการทำงานในเซลล์ผ่านตัวรับฮอร์โมน หรือผ่านเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับฮอร์โมน การรับนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ยังมีการใช้สารชีวภาพในการรักษามะเร็ง มีผลข้างเคียงน้อยกว่า เพราะไม่ได้ไปทำลายเซลล์มะเร็งเหมือนยาเคมีบำบัด

5) การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted Therapy) เป็นการรักษา มะเร็งที่มีกลไกการรักษาที่จะเน้นทำลายเซลล์มะเร็งเป็นหลัก โดยไม่ทำลายเซลล์ข้างเคียง ทำให้มีผลข้างเคียงต่ำกว่าการให้เคมีบำบัด หลักการคือ ศึกษาว่าเซลล์มะเร็งนั้นต้องการอะไรที่แตกต่างจากเซลล์ปกติ จากนั้นแพทย์จะใช้ยาเพื่อจัดการ การรักษาแบบมุ่งเป้าได้ผลดีและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าเคมีบำบัด แต่ยาบางชนิดมีราคาสูงมากและใช้ได้กับมะเร็งบางชนิดเท่านั้น ในปัจจุบันมีเพียงโรคมะเร็งบางโรค เช่น มะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในเด็ก มะเร็งต่อมไทรอยด์ และมะเร็งอวัยวะบางชนิดที่การรักษาแบบมุ่งเป้าได้ผล

ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยมะเร็ง

ผลกระทบด้านร่างกาย

การกระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปทั่วร่างกายยังก่อให้เกิดผลข้างเคียงของระบบต่าง ๆ เช่น ระบบผิวหนัง ระบบประสาท ระบบกระดูก เป็นต้น ในผู้ป่วยมะเร็งปอดจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการหายใจลำบาก เหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือในผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร ที่กลืนอาหารลำบาก ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดสารอาหาร เมื่อได้รับการรักษา ยังมีผลกระทบจากอาการข้างเคียงของการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การทำการรักษาด้วยรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคองนั้น ภาวะแทรกซ้อนจะทำให้เกิดผื่นแดง ผิวแห้ง ตกสะเก็ด และเปลี่ยนเป็นสีดำคล้ายรอยไหม้ ถ้าเป็นภาวะแทรกซ้อนในช่องปาก จะมีลักษณะ เยื่อในช่องปากอักเสบ ปากแห้ง เจ็บปวดในช่องปากและลำคอ กลืนอาหารลำบากเป็น

การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็ง มักมีอาการเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยง่าย ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เป็นต้น อาการของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดังกล่าวด้วยวิธีการผ่าตัดนั้น ส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บแผลหลังการผ่าตัด ส่วนการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้น เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องปรับตัวให้เข้ากับการรักษา และสุขภาพของผู้ป่วยอาจจะถูกกระทบกระเทือนจากอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ มีผลกระทบต่อระบบไขกระดูก โดยยาเคมีบำบัดที่ให้ผู้ป่วยได้รับจะไปกดการทำงานของไขกระดูก ส่งผลต่อเม็ดเลือดขาว เม็ดเลือดแดง และเกร็ดเลือด ทำให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ โลหิตจาง เลือดออกง่าย เป็นต้น

ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ

การที่ผู้ป่วยได้รับรู้ข้อมูลว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งต้องเสียชีวิตในเวลาต่อมา เมื่อได้รับการบอกความจริง ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ผู้ป่วยมีความทุกข์ด้านจิตใจอันเกิดจากมะเร็ง ทั้งภาพลักษณ์ภายนอกที่เปลี่ยนไป เช่น ผมร่วงหลังได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือผู้ป่วยบางรายมีอาการแพ้ยาเคมีบำบัดทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หมดแรง ไม่สุขสบาย ผู้ป่วยบางรายรู้สึกท้อ เพราะรักษาไปไม่รู้ว่าโรคจะหายขาด ผลการรักษาไม่แน่นอน และวิตกกังวลกลัวผลเลือดไม่ผ่านขณะได้รับยาเคมีบำบัดโดยเฉพาะเม็ดเลือดขาว เพราะทำให้ต้องเลื่อนการให้ยาเคมีบำบัดออกไป แผนการรักษาไม่ตรงตามแผนที่แพทย์กำหนด อาจทำให้ก้อนมะเร็งโตขึ้น ความวิตกกังวลที่เกิดจากการได้รับรังสีรักษา และยาเคมีบำบัดโดยตรงแล้ว ผลกระทบจากการอาการทางกายที่เกิดขึ้น ยังเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด รู้สึกวิตกกังวลเป็นทุกข์ และอาจเป็นปัญหาที่ลุกลามมาถึงภาวะทางจิต (วราภรณ์ สวัสดิ์สิทธิ์, 2566)

ผลกระทบด้านสังคม

ผู้ป่วยมะเร็งมีบทบาททางสังคมและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้หรือดำเนินชีวิตได้ ทำให้มีผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจ และด้วยค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งมีค่าจ่ายค่อนข้างสูง ยาในการรักษาส่วนใหญ่เป็นยาแก้ปวด รวมถึงค่ารักษาพยาบาลเมื่อมีความจำเป็นต้องรักษาอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้การรักษาโรคมะเร็งจำเป็นต้องใช้ยาเคมีบำบัด รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องฉายรังสี ที่ต้องสั่งนำเข้าจากต่างประเทศในราคาที่แพง ทำให้ประเทศชาติสูญเสียทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ได้รับผลกระทบหลาย ๆ ด้าน ในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต และมีความต้องการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไปทำงานได้เหมือนเดิม บางรายต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานหนักได้ ประสบปัญหาการเงินที่รายได้ลดลงแต่รายจ่ายเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาบางรายคนในครอบครัวต้องหยุดงานหรือออกจากงานเพื่อพาผู้ป่วยไปรักษา บางรายมีความจำเป็นต้องมีถุงทวารเทียมทางหน้าท้องเป็นอุปกรณ์ช่วยเรื่องขับถ่ายอุจจาระ ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เช่น การขับถ่ายทางหน้าท้องไม่สามารถควบคุมได้ มีกลิ่นเหม็น ไม่กล้าเดินทางหรือออกจากบ้านรู้สึกอับอายเพื่อนร่วมงาน มีเพศสัมพันธ์ลดลง ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากกระบวนการรักษา ครอบครัวบางครอบครัวเกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากโรคร้าย ทั้งยังเป็นโรคที่บั่นทอนผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมเป็นอย่างมาก

แนวคิดที่ช่วยเรื่องการการุณยฆาต

ความหมายของการการุณยฆาต

School of Medicine University of Missouri (n.d.) ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยเพื่อจำกัดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหามักจะป่วยระยะสุดท้ายหรือประสบกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอย่างมาก”

Dieter Birnbacher (2015) ให้ความหมายไว้ 5 ความหมาย ได้แก่

“1. การดูแลผู้ใกล้ตายด้วยการบรรเทาความทุกข์ทรมานทางจิตใจ ทางกาย และความช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ

2. ปลอ่ยให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่ทรมานโดยไม่ยืดชีวิตไว้

3. การเร่งการตายอย่างเพื่อลดความทุกข์ทรมานโดยการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ฆ่าตัวตาย

4. ระวังการรักษาเพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะหมดสติอย่างต่อเนื่อง

5. ยุติชีวิตของเด็กและผู้ใหญ่ที่ถูกมองว่าเป็นภาระของสังคมหรือครอบครัว”

Bernard M. Dickens, Joseph M. Boyle และ Linda Ganzini (2009) ให้นิยามไว้ว่า “เป็นการกระทำโดยเจตนาโดยบุคคลหนึ่งโดยมีเจตนาที่จะจบชีวิตของอีกคนหนึ่งเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของบุคคลนั้น”

วิสุทธิ สุขบำรุง (2544) ให้ความหมายว่า “คือการทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย ได้สิ้นชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดและรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน “

โดยสรุปแล้ว การุณยฆาต จึงหมายถึง การเจตนายุติชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย เพื่อให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ประเภทของการการุณยฆาต

1. จำแนกตามวิธีการปฏิบัติ

Active Euthanasia

คือการกระทำอย่างเฉพาะเจาะจงและโดยเจตนาเพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยแพทย์จะฉีดยาให้ผู้ป่วยด้วยปริมาณยาที่ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นยาในกลุ่มระงับประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยหลับ จากนั้นจึงฉีดยาคลายกล้ามเนื้อซึ่งลดอัตราการเต้นของหัวใจจนผู้ป่วยเสียชีวิต

Passive Euthanasia

คือการเร่งการเสียชีวิตของบุคคลโดยการเปลี่ยนรูปแบบการสนับสนุนบางอย่างและปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ เช่น การปิดเครื่องช่วยหายใจ การหยุดยา การหยุดให้อาหารและน้ำจนทำให้คนขาดน้ำหรืออดตาย หรือไม่สามารถช่วยชีวิตได้ รวมถึงการให้มอร์ฟินหรือยาบางชนิดในปริมาณมากแก่ผู้ป่วย เพื่อควบคุมความเจ็บปวดหรือความทรมานของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ที่ยาแก้ปวดจะระงับการหายใจและทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น

2. จำแนกตามความสมัครใจ

Voluntary Euthanasia

การุณยฆาตโดยสมัครใจคือเมื่อผู้ป่วยที่มีความสามารถและสภาพจิตใจที่ไม่เปลี่ยนแปลงตัดสินใจและขอให้หยุดการรักษาหรือดำเนินการเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยเองโดยรับรู้

การกระทำที่ให้ทำหรือให้งดเว้น จะเป็นการยุติชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถทำเป็นวาจาหรือลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการในเวลาผู้ป่วยต้องการให้การรักษาหยุดลง แต่อาจรวมถึงความปลอดภัยที่ได้ระบุไว้ในพินัยกรรมชีวิต

Non-voluntary euthanasia

การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจคือ เมื่อไม่สามารถขอความยินยอมของผู้ป่วยในการการุณยฆาตเนื่องจาก สภาพร่างกายไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ซึ่งอาจหมายความว่าผู้ป่วยยังเด็กเกินไป ขาดความสามารถในการตัดสินใจ หรือไม่สามารถตอบสนองทางร่างกายได้

3. จำแนกอื่น ๆ

เป็นการจำแนกตามพจนานุกรมของ เฮนรี แคมป์เบล แบล็ก (Henry Campbell Black's Law Dictionary) (วราทิพย์ ทองเดช, บุชบา คล้ายมุข, พงศ์ธารา วิจิตเวชไพศาล, 2563) แบ่งเป็น

การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Negative Euthanasia) คือการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในโรงพยาบาล โดยจะบันทึกเป็นข้อมูลการรักษาว่าผู้ป่วยไม่ต้องให้รักษา และไม่ต้องการช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้าย

การุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Positive Euthanasia) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทย่อย ได้แก่

1. การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่แพทย์จัดยาในปริมาณที่เกินขนาด หรือวางยาที่เป็นพิษไว้ใกล้ตัวผู้ป่วย เพื่อให้ตัดสินใจหยิบกินเอง จนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

2. การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจเอาไว้ล่วงหน้าว่า ถ้าหากหมดหนทางการรักษา ให้การุณยฆาตแก่ตน โดยอาจแสดงความจำนงเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรมชีวิต

3. การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสังเคราะห์ให้เพราะความสงสาร

4. การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือแพทย์

หมายถึง การฆ่าตัวตายโดยแพทย์ช่วย คือผู้ป่วยสมัครใจและยินยอมที่จะยุติชีวิตของตนเอง โดยแพทย์จะเตรียมยาบางชนิดที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการยุติชีวิตของตน มีทั้งแบบกินและแบบฉีด ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในสภาวะที่สามารถรับประทานยาหรือฉีดยาได้เอง

ขั้นตอนการร้องขอการุณยฆาตในต่างประเทศ

การร้องขอการุณยฆาตหรือการยุติชีวิตตนเองภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ มีขั้นตอนที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น

สหรัฐอเมริกา

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนที่แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ผู้ป่วยจะต้องร้องขอด้วยวาจา 2 ครั้ง ห่างกันอย่างน้อย 15 วัน และขอยาสำหรับยุติชีวิตเป็นลายลักษณ์อักษร 1 ครั้ง ต่อหน้าพยาน 2 คน และจำเป็นต้องมีความเห็นแพทย์ที่ 2 หากความเห็นของแพทย์ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเห็นว่า การตัดสินใจของผู้ป่วยเกิดจากโรคทางจิตเวช แพทย์จะส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาทางจิตเวช และไม่จ่ายยาเพื่อยุติชีวิต แพทย์จะต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยได้ตัดสินใจลงไปยังรอบคอบหรือไม่ และต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น การวินิจฉัยและพยากรณ์โรค ผลและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการใช้ยาที่จ่ายไป ทางเลือกอื่น ๆ เพิ่มเติม ผู้ป่วยจะต้องแจ้งญาติ เกี่ยวกับการร้องขอยาเพื่อยุติชีวิตตนเอง

เนเธอร์แลนด์

เพื่อหลีกเลี่ยงความผิดทางกฎหมาย แพทย์จะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน คือพิจารณาจากความสมัครใจของผู้ป่วย เข้าใจว่าผู้ป่วยทนทุกข์ทรมานและไม่มีโอกาสรักษา โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรคร้ายที่สุดท้ายหรือความทรมานทางกาย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสถานการณ์และการพยากรณ์โรคเพิ่มเติม หรือกับผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานการณ์ของโค และสรุปพร้อมกันว่าไม่มีวิธีแก้ปัญหาอื่น ปรีกษาแพทย์อื่นอีกอย่างน้อย 1 คน ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ซึ่งแพทย์ดังกล่าวจะต้องพบผู้ป่วย และระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่าแพทย์ได้เข้าร่วมตามเกณฑ์และการรักษาที่เหมาะสม

สเปน

สเปนเพิ่งผ่านกฎหมายการุณยฆาตฉบับดังกล่าวเมื่อปี 2021 เพื่ออนุญาตให้ผู้ใหญ่ ที่มีอาการป่วยสาหัส และรักษาให้หายขาดไม่ได้จนก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแสนสาหัส

โดยมีหลักเกณฑ์คือ จะต้องป่วยด้วยโรคที่เรื้อรัง หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จนก่อให้เกิด ความทุกข์ทรมานแสนสาหัส ผู้ขอการการุณยฆาตจะต้องมีสติสัมปชัญญะ และเขียนคำขอการุณย ฆาต 2 ครั้ง ห่างกัน 15 วัน โดยผู้ขอต้องมีสัญชาติสเปน หรือเป็นผู้อาศัยอยู่ในสเปนตามกฎหมาย เท่านั้น และแพทย์มีอำนาจในการปฏิเสธคำขอการุณยฆาตได้

ตาราง 2 ตารางแสดงประเทศที่การการุณยฆาตและการช่วยเหลือภายใต้ความช่วยเหลือของ แพทย์เป็นเรื่องถูกกฎหมาย

| ประเทศ | การุณยฆาต | การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ | รายละเอียด |
|----------------|-----------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| เยอรมนี | - | ✓ | ในบางสถานการณ์ |
| สวิตเซอร์แลนด์ | - | ✓ | ในบางสถานการณ์ |
| โคลอมเบีย | ✓ | - | เฉพาะกรณีเจ็บป่วย มี อายุขัยไม่เกิน 6 เดือน และได้รับความทุกข์ ทรมานทางร่างกายหรือ จิตใจ |
| ญี่ปุ่น | ✓ | - | เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่แพทย์ยืนยันว่าไม่มีวิธี รักษา และได้รับอนุญาต จากครอบครัว |
| เนเธอร์แลนด์ | ✓ | ✓ | ในกรณีที่ประสบกับความ ทุกข์ทรมานแพทย์ต้อง ปรีักษากับแพทย์อย่าง น้อยหนึ่งคน |
| สเปน | ✓ | - | อนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีโรคที่ ร้ายแรงและรักษาไม่หาย |
| แคนาดา | ✓ | ✓ | เฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ไม่มีอาการป่วยทางจิต โดยเขียนเป็นลายลักษณ์ อักษร พร้อมพยาน 2 คน |

ตาราง 3 ตารางแสดงประเทศที่การการุณยฆาตและการช่วยเหลือภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์เป็นเรื่องถูกกฎหมาย(ต่อ)

| ประเทศ | การุณยฆาต | การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ | รายละเอียด |
|----------------------------------|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| เบลเยียม | ✓ | ✓ | อนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีโรคที่ร้ายแรงและรักษาไม่หาย |
| ลักเซมเบิร์ก | ✓ | ✓ | อนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีโรคที่ร้ายแรงและรักษาไม่หาย |
| ออสเตรเลีย (อนุญาตในบางรัฐ) | ✓ | ✓ | อนุญาตให้ผู้ป่วยที่มีโรคที่ร้ายแรงและรักษาไม่หาย อันเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน |
| สหรัฐอเมริกา (อนุญาตในบางรัฐ) | - | ✓ | ศาลต้องอนุญาตและให้แพทย์เขียนใบสั่งยา และต้องมีแพทย์อยู่ด้วยเมื่อได้รับยา |

ประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต

สำหรับประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต มีอยู่ด้วยกันหลายบท สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560

มาตรา 28 วรรคหนึ่ง บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”

มาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

มาตรา 55 บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง”

ประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 59 บัญญัติว่า “บุคคลจะต้องรับผิดชอบในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดชอบเมื่อได้กระทำโดยประมาท หรือเว้นแต่ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติไว้โดยแจ้งชัดให้ต้องรับผิดชอบแม้ได้กระทำโดยไม่มีเจตนา

กระทำโดยเจตนา ได้แก่กระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำและในขณะที่เดียวกัน ผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น

ถ้าผู้กระทำมิได้รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิด จะถือว่าผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือยอมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้นมิได้

กระทำโดยประมาท ได้แก่กระทำด้วยความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นนั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่

การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการทำให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย”

มาตรา 84 บัญญัติว่า “ผู้ใดก่อให้เกิดผู้อื่นกระทำความผิดไม่ว่าด้วยการใช้ บังคับ ชู เชื้อ จ้าง วาน หรือยุยงส่งเสริม หรือด้วยวิธีอื่นใด ผู้นั้นเป็นผู้ให้กระทำความผิด

ถ้าความผิดมิได้กระทำลงไม่ว่าจะเป็นเพราะผู้ถูกใช้ไม่ยอมกระทำความผิด ยังไม่ได้กระทำหรือเหตุอื่นใด ผู้ใช้ต้องระวางโทษเพียงหนึ่งในสามของโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น

ถ้าผู้ถูกใช้ได้กระทำความผิดนั้น ผู้ใช้ต้องรับโทษเสมือนเป็นตัวการ และถ้าผู้ถูกใช้เป็นบุคคลอายุไม่เกินสิบแปดปี ผู้พิการ ผู้ทพพลภาพ ลูกจ้างหรือผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชาของผู้ใช้ ผู้ที่

มีฐานะยากจน หรือผู้ต้องพึ่งพาผู้ใช้เพราะเหตุป่วยเจ็บหรือไม่ว่าทางใด ให้เพิ่มโทษที่จะลงแก่ผู้ใช้ กิ่งหนึ่งของโทษที่ศาลกำหนดสำหรับผู้นั้น”

มาตรา 288 บัญญัติว่า “ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี”

ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

มาตรา 420 บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

มาตรา 12 ระบุว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

โดยสรุปแล้ว กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ จะมีกฎหมายหลักที่ใช้ควบคุม คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ส่วนข้อกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง จะแบ่งออกไปตามวิธีที่ใช้ในการยุติชีวิต โดยหากเป็นการปฏิเสธการรักษา จะเกี่ยวข้องกับ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แต่หากเป็นการยุติชีวิตประเภทอื่น จะเกี่ยวกับมาตรา 288 ของประมวลกฎหมายอาญาเป็นหลัก ซึ่งอาจจะมีมาตราอื่นประกอบด้วย แล้วแต่พฤติการณ์ที่เกิดขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ว่าด้วยเรื่องการรณยฆาต สามารถแบ่งออกเป็นในหลายหมวด ประกอบด้วย

1. งานวิจัยที่อธิบายในเชิงพุทธจริยศาสตร์

จากการศึกษาของพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (2557) ได้ศึกษาเรื่อง “การรณยฆาต ในสังคมไทยและเกณฑ์การตัดสินในพระพุทธศาสนา” โดยนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาในเรื่องปาณาติบาต พรหมวิหารธรรม และมโนทัศน์เรื่องความตาย พบว่า การการรณยฆาตไม่ว่าจะทำด้วยความหวังดี หรือทำกับใคร ทางพระพุทธศาสนาก็ยังคงถือว่าการฆ่าคน ถึงแม้ว่าจะเป็น การฆ่าด้วยเจตนาที่ดียอมทำให้บาปหนักผ่อนเป็นเบาได้ แต่ไม่สามารถหักล้างให้กลายเป็นที่ชอบ ด้วยศีลธรรมในทางพุทธศาสนาได้

พระมหาสุภาวิชญ์ ปภสฺสโร (2564) ศึกษาเรื่อง “การรณยฆาต : บริบทสังคมไทย และพุทธจริยศาสตร์” ได้วิเคราะห์ออกมาได้ว่า แม้การการรณยฆาตจะทำเพราะความหวังดี แต่ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าการฆ่าคน การฆ่าด้วยเจตนาที่ดี ย่อมที่จะผ่อนบาปหนักให้เป็นเบาได้ แต่ไม่สามารถหักล้างให้หายไปได้ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาทางจริยศาสตร์

ณัชปภา วาสิงหน (2557) ได้ศึกษาเรื่อง “สิทธิที่จะตายในบริบทของพระพุทธศาสนา” ผลการศึกษาพบว่า ตามหลักพระพุทธศาสนา มนุษย์มีสิทธิที่จะตายเพราะพระพุทธศาสนาเห็นว่ามนุษย์มีสิทธิในชีวิตของตน อย่างไรก็ตามสิทธินี้ไม่ได้ครอบคลุมถึงอัตวินิบาตกรรมและการรณยฆาตทุกชนิด

2. งานวิจัยที่อธิบายในเชิงกฎหมายเปรียบเทียบ และสิทธิมนุษยชน

อรรัมภา, อชิรญา, ประลอง และอารยา (ม.ป.ป.) ได้ศึกษา “การการรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน” ผลการศึกษาพบว่า การการรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจยังคงเป็นการฆ่าโดยเจตนาที่ผิดกฎหมายอยู่ แต่องค์ประกอบของการกระทำความผิดในทางข้อเท็จจริงนั้น ยังมีความแตกต่างที่สำคัญจากการฆ่าโดยเจตนาอื่นอยู่ ดังนั้นการจะดำเนินคดีกับผู้ทำการรณยฆาตให้ผู้อื่น โดยอาศัยฐานความผิดเดียวกันกับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในรูปแบบอื่นจึงไม่เหมาะสม

ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ (2563) ศึกษาเรื่อง “การรณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” โดยอธิบายถึงความจำเป็นและข้อถกเถียงทางวิชาการเกี่ยวกับการการรณยฆาตในหลายแง่มุมทั้งกฎหมาย การแพทย์ และจริยศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลบุคคลที่ต้องการรับการการรณยฆาต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในร่างกายของตนเองที่ควรสามารถเลือกได้จาก “สิทธิในการตาย”

3. งานวิจัยที่อธิบายในลักษณะของการศึกษาทัศนคติ

ประภัสสร รัตนพันธ์ (2556) ได้ทำการศึกษา “ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการการุณยฆาตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” เพื่อศึกษาความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการการุณยฆาตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยเห็นด้วยกับความคิดเห็นทั่วไปร้อยละ 63.8 แบบเร่งให้ตาย ร้อยละ 52.8 และแบบตัดการรักษา ร้อยละ 53.9

วิสุทธิ สุขบำรุง (2544) ศึกษาเรื่อง “ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา ตายอย่างสงบ” ผลการศึกษาพบว่า บุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ ประเภท Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจริยธรรมทางวิชาชีพ เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

สุทธิพงษ์ แสงทอง (2553) ศึกษาเรื่อง “การุณยฆาตกับความชอบด้วยกฎหมาย” วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตในประเทศไทย และเพื่อศึกษาถึงความเห็นของแพทย์ นักกฎหมาย และประชาชนทั่วไป ต่อการการุณยฆาต ผลการศึกษาพบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าการทำการุณยฆาตนั้นชอบด้วยกฎหมาย และประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็น เห็นด้วยร้อยละ 37.36 เห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 26.85 ไม่แน่ใจร้อยละ 14.93 ไม่เห็นด้วยร้อยละ 11.62 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 7.23 ตามลำดับ

4. งานวิจัยที่อธิบายในลักษณะของวิเคราะห์นโยบาย

นพพล วิทย์วรพงศ์ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ” วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ และเพื่อประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่าง ๆ ในประเทศไทย พบว่าเงื่อนไขสำคัญของการมีกฎหมายการุณยฆาตในไทย คือ การยอมรับต่อการุณยฆาตของประชาชน ที่เริ่มก่อตัวขึ้นจากการกระตุ้นของสื่อ อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่า การยอมรับต่อการุณยฆาตของประชาชนไม่ใช่เงื่อนไขที่เพียงพอในการทำให้การุณยฆาตเป็นนโยบายสาธารณะ จะต้องมีการวิจัยสนับสนุนอื่นด้วย เช่น ผู้นำทางการเมืองที่เป็นกระบอกเสียงให้กับความต้องการของประชาชน

บุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ดำเนินนโยบายต้องให้การยอมรับต่อการรุกรานในในระดับที่สูงเพียงพอ สังคมต้องมีองค์การทางการเมืองที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการรุกราน หรือต้องมีเหตุการณ์ที่สร้างความสิ้นสะเทือนมากเพียงพอ เช่น มีการร้องขอการรุกรานต่อศาล เป็นต้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความจำเป็น

จากการศึกษาของดร.สุจิตต์พร (2554) ที่เป็นการศึกษาการประเมินความจำเป็นของนโยบาย ในการศึกษาเรื่อง “การประเมินความจำเป็นตามความคิดเห็นของประชาชน ในการจัดการขยะมูลฝอยเทศบาลตำบลท่าสาย จังหวัดนครศรีธรรมราช” พบว่า สถานการณ์การจัดการขยะมูลฝอยของเทศบาลตำบลท่าสาย มีการดำเนินการเองและจ้างเหมา มีการปฏิบัติงานไม่สม่ำเสมอ มีขยะตกค้างส่งกลิ่นเหม็น ประชาชนมีพฤติกรรมทิ้งขยะไม่ถูกต้อง ไม่แยกขยะก่อนทิ้ง กำจัดขยะโดยการเผา และความต้องการจำเป็นตามความคิดเห็นของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย ด้านสถานการณ์ปัญหา ประชาชนมีความต้องการจำเป็นในการแก้ไขปัญหาขยะต้นตอส่งกลิ่นรบกวน ถึงขยะไม่เพียงพอ ต้องการให้มีการกวาดถนนอย่างสม่ำเสมอ เก็บขนขยะและแยกขยะให้เรียบร้อย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ทิวาริณณ์ วัฒนาวัตถุ (2551) ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย” ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีความต้องการด้านจิตวิญญาณในระดับน้อย ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของอาการ การเข้าร่วมพิธีทางศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2554) ศึกษาเรื่อง “ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา” มีวัตถุประสงค์ เพื่อทำความเข้าใจการรับรู้และการให้ความหมายความตายและภาวะใกล้ตาย รวมถึงสภาพการณ์ชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ ตามแนวคิดของ Martin Heidegger ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายรับรู้ภาวะใกล้ตาย ในลักษณะรับรู้ตามจริง และรับรู้เพียงบางส่วน ซึ่งมีผลต่อให้ความหมายชีวิตในภาวะใกล้ตายของผู้ป่วย ได้แก่ การเป็นมะเร็งยอม

หนีไม่พ้นความตาย ภาวะใกล้ตายท่ามกลางความทุกข์ทรมาน ภาวะใกล้ตายกับภาวะที่ต้องดูแล ภาวะที่คนรู้สึกแปลกแยก และความทุกข์ใจกับภาวะที่ตนต้องใกล้ตาย ผู้ป่วยมีการเผชิญหน้ากับความตายต่างกัน ได้แก่ ปฏิเสธที่จะรับรู้ในสิ่งที่เป็น การฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การปกปิดตัวตนที่อ่อนแอ การยอมรับได้ พร้อมเผชิญความตาย และการมีชีวิตอยู่เพื่อรอความตาย

วันเพ็ญ ภรณ์ธัมมี และธีระ ฤทธิรอด (2557) ศึกษาเรื่อง “ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บกับรายรับที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟ بلاสติก ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น” วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บเปรียบเทียบกับรายรับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดลิมโฟ بلاสติก ในเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ในปีงบประมาณ 2554-2556 ผลการวิจัยพบว่า ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บในปีงบประมาณ 2554 เป็นเงิน 5,626,517 บาท, ปี 2555 เป็นเงิน 4,528,930 บาท และ ปี 2556 เป็นเงิน 3,807,063 บาท ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาล 3 ปี เท่ากับ 4,654,169.99 บาท ต่อผู้ป่วย 1 ราย ค่ายามามีมูลค่าสูงสุดคือ 1,551,581.67 บาท

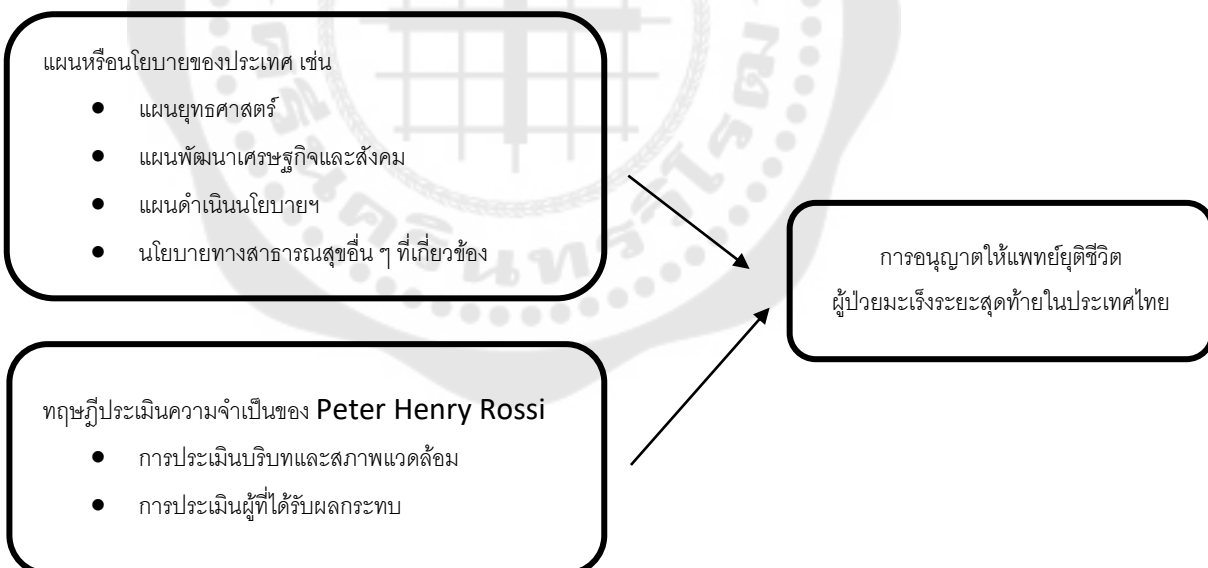
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ มุ่งเน้นที่จะศึกษาในมิติของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) อย่างไรก็ตาม เมื่อนำองค์ความรู้ทั้งหมดมาพิจารณา ผ่านกรอบทฤษฎีการประเมินความจำเป็น (Needs Assessment Theory) Peter H. Rossi ซึ่งให้เห็นว่า องค์ความรู้ที่มีอยู่ยังขาดการประเมินความจำเป็นอย่างแท้จริง กล่าวคือ ในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต หรือการการุณฆาตในประเทศไทย ยังขาดการพิจารณาระหว่าง “สภาพที่เป็นอยู่” คือ สภาพความทุกข์ทรมานทั้งทางกาย, จิตใจ, สังคม และสภาพทางเศรษฐกิจจากมุมมองของผู้ป่วย กับ “สภาพที่พึงประสงค์” คือ การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี และตายได้อย่างมีศักดิ์ศรี แต่การศึกษาปัจจุบันมัก มักจะศึกษาเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง และการยุติชีวิตแบบแยกส่วน ขาดงานวิจัยที่ประเมินว่าภายใต้ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ทางมีการอนุญาต หรือการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้น สามารถตอบสนอง "ความจำเป็น" ที่ซับซ้อนของผู้ป่วย ได้ครอบคลุมเพียงใด และความต้องการทางเลือกในการยุติชีวิตนั้น เป็นผลมาจากช่องว่างของระบบการดูแลที่มีอยู่หรือไม่อย่างไร

งานวิจัยฉบับนี้ จึงเป็นการประเมินความจำเป็นตามทฤษฎีของ Peter H. Rossi เริ่มต้นจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการประเมินบริบทแวดล้อม โดยจะเข้าไปศึกษาผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก จะทำให้งานวิจัยนี้สามารถเติมเต็มช่องว่างที่

สำคัญได้โดยตรง กล่าวคือ การนิยามปัญหาโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก, วิเคราะห์ภายใต้บริบททางของประเทศไทย, และประเมินความจำเป็นระหว่างบริการที่มีอยู่กับบริการทางเลือกใหม่ที่อาจเกิดขึ้น

ซึ่งในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะใช้ขั้นตอนที่ 1 คือ ขั้นตอนก่อนการประเมินความจำเป็น (Pre Assessment) ในการเก็บรวบรวมที่จำเป็นและสำคัญ ประกอบด้วย ข้อมูล เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งบทสัมภาษณ์เชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์ และทางด้านนโยบาย และขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการประเมินความจำเป็น (Assessment) โดยจะนำข้อมูลจากที่ได้ในขั้นตอนแรกมาประเมินว่า บริบทและสถานการณ์ในปัจจุบันของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร ความเห็นของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องดังกล่าวมีความเห็นอย่างไร เพื่อนำไปสู่การประเมินถึงความจำเป็นในการยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย” โดยภาพรวมของการกำหนดระเบียบวิธีวิจัยในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยกำหนดขอบเขตของระเบียบวิธีวิจัยสำหรับศึกษา โดยประกอบไปด้วย

1. ขอบเขตของการศึกษา
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือการวิจัย
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตด้านเนื้อหา : ศึกษาเฉพาะการยุติชีวิตแบบการุณยฆาตเฉพาะแบบ Active Euthanasia, การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือแพทย์ (Physician-Assisted Suicide : PAS) ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ขอบเขตด้านพื้นที่ : ศึกษาเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ศึกษาเฉพาะข้อมูลในปี พ.ศ.2562 ถึง พ.ศ.2568

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการ ข้อมูลจากสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศ และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม โดยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว แบ่งออกเป็น

1. ข้อมูลปฐมภูมิและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งออกเป็นหลายมิติ ตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของนโยบาย ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก อย่างน้อยจำนวน 10 ท่าน ประกอบด้วย

- 1.1 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ
 - 1.1.1 แพทย์ที่กำลังรักษาหรือเคยรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 1.1.2 พยาบาลที่บริหารหรือเคยบริหารผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มีเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นแพทย์ที่มีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา โดยยังไม่หมดอายุหรือเป็นพยาบาลที่มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล ที่ยังไม่หมดอายุ ปฏิบัติศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิขั้นสูง หรือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เต็มใจที่จะให้สัมภาษณ์ โดยลงนามในใบยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Consent Form) อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 2 ท่าน จำนวน 5 แห่ง รวม 10 ท่าน

1.2 บุคลากรทางด้านนโยบาย อย่างน้อยหน่วยงานละ 1 ท่าน รวม 5 ท่าน ประกอบด้วย

1.2.1 ผู้แทนจากพรรคการเมือง แบ่งออกเป็น

1.2.1.1 ผู้แทนจากพรรคประชาชน

1.2.1.2 ผู้แทนจากพรรคเพื่อไทย

1.2.1.3 ผู้แทนจากพรรคภูมิใจไทย

1.2.2 ผู้แทนจากคณะกรรมการสาธารณสุข

1.2.3 ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข

2. ข้อมูลทุติยภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลจากหนังสือ วารสาร เอกสารทางวิชาการต่าง ๆ บันทึกรายงานหน่วยงานราชการ เอกชน ภาคประชาสังคม และสืบค้นข้อมูลจาก Internet ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎี ซึ่งประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวกับตัวบ่งชี้ทางสังคม (Social Indicator) เช่น การสำรวจรายได้ ข้อมูลทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น

2.2 บันทึกรายงานหน่วยงานราชการ เอกชน ภาคประชาสังคมและ NGO

2.3 งานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการการุณยฆาต

2.4 เอกสารวิเคราะห์ความคาดการณ์ทางด้านการุณยฆาตในต่างประเทศ

2.5 ข้อมูลเอกสาร หรือบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

เครื่องมือการศึกษา

งานวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แบ่งเป็น

1. คำถามที่ใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์

1. สอบถามชื่อที่สะดวกให้เรียก โดยอาจไม่ใช่ชื่อจริง หรืออาจใช้นามแฝงก็ได้
2. ประสบการณ์การรักษาหรือดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3. ท่านมีทัศนคติต่อการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร
4. ท่านมีทัศนคติต่อวิธียุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร
5. ท่านคิดว่าทางเลือกอื่นที่เหมาะสมสำหรับยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคืออะไร
6. ท่านคิดว่าหากจะต้องยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องทำอย่างไรบ้าง
7. ท่านคิดว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ เพราะอะไร

2. คำถามที่ใช้สัมภาษณ์บุคลากรทางด้านนโยบาย

1. สอบถามชื่อที่สะดวกให้เรียก โดยอาจไม่ใช่ชื่อจริง หรืออาจใช้นามแฝงก็ได้
2. ท่านมีทัศนคติต่อการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร
3. ท่านมีทัศนคติต่อวิธียุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างไร
4. ท่านคิดว่าทางเลือกอื่นที่เหมาะสมสำหรับยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคืออะไร
5. ท่านคิดว่าหากจะผลักดันการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องใช้หน่วยงานใดบ้าง และมีกระบวนการอย่างไร
6. ท่านคิดว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่ เพราะอะไร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษามีลำดับขั้นตอนในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ผู้วิจัยจะค้นคว้า รวบรวมข้อมูลทั่วไปจากหนังสือ เอกสารวิชาการต่าง ๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วารสาร บทความ และสืบค้นข้อมูลจาก Internet เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง และความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือและความหนักแน่นของข้อมูล

3. นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลทางทฤษฎี เพื่อให้ทราบถึงลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน

4. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันและนำไปสู่การเชื่อมโยงข้อมูล แสดงความสำคัญของข้อมูลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น



บทที่ 4

ผลการศึกษา

งานวิทยานิพนธ์ มีคำถามการวิจัยว่า “ประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องมีการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่” โดยมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter H. Rossi ในขั้นตอนที่ 1 คือ ขั้นตอนก่อนการประเมินความจำเป็น (Pre Assessment) และขั้นตอนที่ 2 คือ ขั้นตอนการประเมินความจำเป็น (Assessment) จากการศึกษาพบว่า “ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก” เนื่องจากแม้ว่าสถานการณ์การรับรู้ของประชาชนที่ดูเหมือนจะมีการพูดคุยเรื่องนี้มากขึ้น แต่แผนยุทธศาสตร์หรือนโยบายระดับชาติยังไม่ได้มีการพูดถึง รวมถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายยังมีความเห็นที่หลากหลาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลดังต่อไปนี้

4.1 สถานการณ์การรับรู้ของประชาชน

การการุณยฆาต หรือการยุติชีวิตโดยการช่วยเหลือของแพทย์ ถูกพูดถึงครั้งแรกจากการมีขึ้นของมาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ในระยะแรกมีข้อถกเถียงว่า มาตราดังกล่าวจะเป็นการการุณยฆาต หรือเปิดช่องให้มีการการุณยฆาตในไทย แต่ความมุ่งหมายที่แท้จริงของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ต่างจากการการุณยฆาต หรือการฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ที่เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง การการุณยฆาตได้รับการพูดถึงอีกครั้งในสังคมเป็นวงกว้าง ในปี 2562 เมื่อมีข่าวที่เกี่ยวข้องกับชายไทยท่านหนึ่งที่ตัดสินใจไปยุติชีวิตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งในขณะนั้นคนในสังคมให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก เหตุเพราะ เป็นเรื่องใหม่ที่ใหม่ในสังคมไทยในเวลานั้น อีกทั้งได้มีการกล่าวถึงสาเหตุที่ชายคนนั้นได้ตัดสินใจยุติชีวิต ที่เป็นเพราะความทุกข์ทรมานจากการดำรงอยู่ของโรค ที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ซึ่งเป็นเรื่องที่คนในสังคมหลายคนกำลังประสบปัญหาอยู่ จึงทำให้ความเห็นของคนส่วนใหญ่ในสังคมไปในทางเห็นด้วย ที่อยากให้ประเทศไทยมีการการุณยฆาตเกิดขึ้น เพื่อไม่ให้ทุกข์ทรมานต่ออาการป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งกระแสการเรียกร้องการุณยฆาตในไทยมีมาเป็นช่วง ๆ กระแสการเรียกร้องการุณยฆาตในไทยยังคงมีมาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสนทนาและตั้งคำถามถึงการการุณยฆาตในไทยว่า สมควรมีหรือไม่ ผ่านทางสังคมออนไลน์ต่างๆ เช่น Facebook, X (Twitter) และ Pantip ซึ่งมีทั้งเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย

อย่างไรก็ตาม กระแสของการการุณยฆาตในสังคมไทยได้รับการพูดถึงเป็นวงกว้างอีกครั้ง จากกรณีที่มีซีรีส์ เรื่อง “การุณยฆาต” ที่ถ่ายทอดมุมมอง ที่เกี่ยวข้องกับการการุณยฆาตในกระบวนการรักษาพยาบาล และ การรักษาแบบประคับประคองเพื่อเป็นการจัดการชีวิตในช่วงเวลาบั้นปลายของผู้ป่วยในภาวะโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย โดยผลตอบรับของผู้ชมยังคงมีการตอบรับในทางบวก สร้างความตื่นตัวให้สังคมสนใจ ตระหนักรู้และเข้าใจถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงการยุติชีพแบบขอรับความช่วยเหลือโดยแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย นำไปสู่การเปิดประเด็น รวมถึงการตั้งคำถามเกี่ยวกับ “สิทธิการตายดี” ในประเทศไทยอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การสัมมนา เรื่อง “การุณยฆาต” กับการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะสุดท้ายของชีวิต เปิดพื้นที่ถก “สิทธิการตายดี” ในประเทศไทย เพื่อเปิดให้ประชาชนมีพื้นที่ในการสนทนา สร้างโอกาสในการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองตลอดจนสร้างพื้นที่รณรงค์เรียกร้องระบบกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการดูแลชีวิตในวาระสุดท้ายและการตายดี (Good Death) โดยจัดขึ้นเมื่อวันเสาร์ที่ 25 มกราคม 2568 การสัมมนาในครั้งนี้มีเป้าประสงค์เพื่อเปิดให้ประชาชนมีพื้นที่สนทนา สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น ตลอดจนสร้างพื้นที่รณรงค์เรียกร้องระบบกฎหมายและนโยบาย โดยการเสวนามีการกล่าวถึงเส้นทางความเป็นไปได้ของการุณยฆาตในไทย

จากการรับรู้ของประชาชนในสังคมที่เปิดรับแนวคิดเรื่องการยุติชีวิต หรือการการุณยฆาตมากยิ่งขึ้น แสดงให้เห็นว่าแนวคิดของคนในสังคมเริ่มยอมรับแนวคิดดังกล่าวมากขึ้น รวมทั้งมีการเรียกร้องผ่านสื่อโซเชียลมีเดียต่าง ๆ ว่า ประเทศไทยควรที่จะมีการยุติชีวิตผู้ป่วยในระยะท้ายเหตุเพราะ มีการตระหนักถึงสิทธิในการตายดีของตนเอง ถึงแม้กระแสในเรื่องการยุติชีวิตในระยะท้ายของชีวิต จะไม่ได้มีการเรียกร้องหรือรวมตัวกันจนเกิดเป็นสมาคม แต่เมื่อไหร่ที่มีกระแสหรือการจุดประเด็นดังกล่าว คนในสังคมก็ยังคงที่จะถกเถียงในประเด็นนี้ และเรียกร้องให้ประเทศไทยควรมีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย หรือการการุณยฆาต

4.2 แผนงานหรือแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้คนในสังคมได้มีการแสดงความคิดเห็นถึงประเด็นที่ว่า ประเทศไทยควรที่จะมีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์ หรือการการุณยฆาต แต่ประเทศไทยไม่ได้มีแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยตรง แต่มีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในระดับชาติ ซึ่งประกอบด้วย

4.2.1 แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ.2561)

แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ 18 พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง

ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานถึงวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง จากทีมสุขภาพครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม และเพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยใช้มาตรการที่สำคัญ คือ การให้องค์ความรู้กับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐานตลอดจนพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาล เพื่อบริการผู้ป่วยระยะท้ายได้ครอบคลุม ซึ่งเป้าหมายระยะ 20 ปี คือ โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ มีบริการผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้ตามมาตรฐาน และผู้ป่วยระยะท้ายสามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง

4.2.2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 – 2580) (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

ประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัย ภายใต้ระบบการบริหารที่มีการกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการวิจัยด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข ปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิตให้มีประสิทธิภาพ

4.2.3 แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (ธันวาคม 2566)

8. สถานชิวาภิบาล

สถานชิวาภิบาลคือ สถานที่ที่ให้บริการผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมทั้ง กาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มี

ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลระดับประคองจำนวน 185,577 ราย เข้าถึงบริการ Palliative care จำนวน 121,470 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.46 และผู้ป่วย Long-term care จำนวน 233,148 คน จึงควรมีการส่งเสริมให้จัดตั้งสถานชีวาภิบาล ที่จะรองรับผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาแบบประคอง ให้ได้รับการดูแลเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น โดยมีมาตรการ ประกอบด้วย การจัดตั้งสถานชีวาภิบาลเขตสุขภาพละ 1 แห่ง พัฒนามาตรฐาน รูปแบบบริการ และกลไกการสนับสนุน

4.2.4 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 - 2559 จากการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (ครั้งที่ 2)

หลักการและเหตุผล

นับตั้งแต่เริ่มใช้แผนพัฒนาการสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2504 - 2509) เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย อย่างดียิ่ง อย่างไม่รู้ขีด แนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคภัยแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิต อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ กลับเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ซึ่งจะส่งผลถึงภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต แต่การดำเนินการในปัจจุบัน ยังไม่มีระบบหรือรูปแบบที่เป็นมาตรฐานรองรับ เมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีความก้าวหน้า ประกอบกับความเชื่อในด้านศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การสื่อสารที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักจะถูกข่มขู่จากอาการที่เกิดจากตัวโรคเอง และจากการรักษาที่ไม่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลควรต้องรวมไปถึงสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตและตายดี ซึ่งแผนยุทธศาสตร์นี้มุ่งเน้นที่จะดูแลอย่างเป็นองค์รวม เริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค

จะสังเกตได้ว่าแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติ ไม่ได้มีการกล่าวถึง การยุติชีวิตผู้ป่วย เพียงแต่มีการพูดถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ผ่านการดูแลแบบประคองที่บ้าน โรงพยาบาล และการผลักดันให้เกิดสถานชีวาภิบาล แสดงให้เห็นว่ารัฐพยายามมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายโดยการดูแลแบบประคอง ซึ่งการดูแลแบบประคองถูกผลักดันเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติในปี 2557 เรื่อยมาจนถึงปัจจุบันที่มีการพัฒนาให้การดูแลแบบประคองเป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลักของประเทศ โดยให้กระจายไปตามโรงพยาบาลประจำจังหวัด

โดยมุ่งไว้ให้ระยะสุดท้ายในช่วงชีวิตของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ โดยในระยะหลังมีการดูแลไปจนถึงญาติของผู้ป่วยด้วย ดังนั้นแล้ว การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยได้ หากมีการผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าว อาจจะไม่ได้รับการตอบรับ หรือแรงสนับสนุนจากภาครัฐ เนื่องจาก แผนพัฒนา แผนยุทธศาสตร์ ในระดับชาติ หรือแผนการดำเนินนโยบายของกระทรวง มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ไม่ได้มีการรองรับ หรือศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต เมื่อไม่ได้มีการวางแผนรองรับในเรื่องดังกล่าว การผลักดันของบุคลากร หรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจึงเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามมากกว่าเรื่องอื่น ดังนั้นแล้ว ในอนาคตที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งที่จะมีมากขึ้น รัฐจึงควรมีการวางแผนหรือตั้งเป้าหมายทางยุทธศาสตร์เพื่อเป็นการผลักดันให้มีการศึกษาการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งมากในรูปแบบอื่น ๆ มากยิ่งขึ้น นอกจากวิธีการในปัจจุบัน หรือการพึ่งเสียงของประชาชน โดยการจัดพื้นที่ให้มีการเสวนาเพื่อนำความคิดเห็นของคนในสังคม ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ออกแบบเป็นแผนยุทธศาสตร์ในระดับกระทรวง เพื่อผลักดันเป็นแผนพัฒนาประเทศ ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถมีสิทธิตัดสินใจได้ว่าในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิตของตนต้องการที่จะใช้ชีวิตแบบใด

4.3 ความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ตามทฤษฎีการประเมินความจำเป็น ของ Peter H. Rossi เพื่อให้การอธิบายและวินิจฉัยความต้องการทางสังคมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดปัญหาที่โครงการออกแบบมาเพื่อแก้ไข โดยมีเป้าหมายเพื่อ ระบุเป้าหมายของโครงการและการออกแบบบริการที่มีศักยภาพในการตอบสนองปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจจะประกอบด้วย ชุมชนและสมาชิกในชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย (Policymakers) กลุ่มเป้าหมาย (Target Population) ความต้องการ (Need) กับ ความต้องการใช้บริการ (Demand) ดังนั้นแล้ว การทำความเข้าใจมุมมองที่แตกต่างกันของผู้เชี่ยวชาญ นักการเมือง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น ๆ รวมถึงผู้รับบริการที่มีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดขอบเขตและลักษณะของประชากรเป้าหมาย ความซับซ้อนของปัญหาสังคม

สำหรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย หากมีการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขึ้นในประเทศไทย ประกอบไปด้วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จะศึกษาความเห็นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแง่มุมต่าง ๆ ผ่านการวิเคราะห์เอกสาร และศึกษาความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ ในฐานะผู้เชี่ยวชาญในการดูแล

และรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร่วมกับบุคลากรทางด้านนโยบายในฐานะฝ่ายนิติบัญญัติ ที่ต้องผลักดันร่างกฎหมายต่าง ๆ ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในปัจจุบัน และคาดการณ์ในอนาคต

4.3.1 ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกกลุ่มหนึ่ง เหตุเพราะ เป็น "บุคลากร หรือผู้ให้บริการ" ของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยแพทย์ มีส่วนร่วมในการประเมินความจำเป็น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเข้าใจถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพอย่างลึกซึ้ง ทำให้สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตลอดจนคนในสังคมที่อาจได้รับผลกระทบ หากมีนโยบายการประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย

4.3.1.1 ความท้าทายและข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ต้องเผชิญกับความยากลำบากอย่างมากในการสื่อสารข่าวร้ายและการจัดการความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ เหตุเพราะ การรับรู้ของคนในสังคมหากรู้ว่าตนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ก็จะต้องคิดว่าต้องเสียชีวิตแน่ แต่แค่เมื่อไหร่เท่านั้น พอเข้าสู่กระบวนการรักษา เช่น เคมี การฉายแสง หรือการให้ยาแบบมุ่งเป้า ผู้ป่วยและญาติเองก็มีความหวังว่า ร่างกายจะตอบสนองต่อการรักษาและอาการของโรคดีขึ้น แต่กลับกัน หากร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษา เซลล์มะเร็งได้ขยายขึ้นและแพร่กระจายไปที่อวัยวะส่วนอื่น ผู้ป่วยก็จะได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องแบกรับความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ หากรักษาทุกวิถีทางแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ที่แบกรับความหวังอยู่แล้ว จะมีวิธีการสื่อสารข่าวร้ายให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่า ตอนนี้อยู่ระยะของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ต้องดูแลแบบประคับประคองเพื่อไม่ให้เกิดการรักษาที่ไม่จำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับผลกระทบข้างเคียง การสื่อสารในเรื่องนี้ บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เหตุเพราะ ด้วยสภาพอาการของโรค อุบัติสยของผู้ป่วยและญาติที่จะสามารถยอมรับข่าวร้ายได้มากน้อยเท่าไร โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องพบเห็นการเสียชีวิตตลอด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C01-1 ได้ให้ข้อมูลถึงความยากง่ายของการดูแลว่า “ความยากง่ายในการดูแลคนไข้มะเร็งระยะ 4 ถือว่าเป็น “ศิลปะมากกว่าศาสตร์” ต้องอาศัยศิลปะหลายอย่างซึ่งได้จากการฝึกอบรมมาตลอด และประสบการณ์จากการ

ทำงานก็เป็นส่วนสำคัญที่สอนเราในเรื่องนี้ มันไม่ได้มีความยากมากนัก แต่ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากคนไข้แต่ละคน ญาติแต่ละคน และมะเร็งแต่ละชนิดมีวิธีรับมือแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับ ความรู้ความเข้าใจ ระดับการศึกษา และภูมิหลังของคนไข้และญาติ ประเด็นคือต้องมีการสื่อสาร อย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจ ทศนคติของคนไข้ต่อโรคและวิธีการ รักษา สำหรับการดูแลคนไข้มะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลจะต้องเป็น องค์รวมมากขึ้นมากกว่าตอนที่ เป็นมะเร็งระยะ 4 แต่ก็ไม่ได้แตกต่างกันมาก เพียงแต่ต้องครอบคลุมมากขึ้น ไม่ใช่แค่การรักษาทาง กายและจิตใจ แต่ต้องเป็นการรักษาทางจิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และครอบครัวด้วย เมื่อคนไข้ เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย จะต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น ๆ มากขึ้น กว่าแพทย์และพยาบาล เช่น นักจิตวิทยา โภชนากร และในบางกรณีอาจต้องการนักบวชหรือผู้นำ ทางจิตวิญญาณตามความเชื่อที่คนไข้และญาตินับถือ การดูแลคนไข้ระยะสุดท้ายมีขอบเขตที่ กว้างขึ้นกว่าการดูแลคนไข้ระยะ 4 มาก”

การที่จะเข้าถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยจึงเป็นข้อจำกัดอีก ประการหนึ่ง อาจจะมาจกด้วยอาการของโรคที่เมื่อผู้ป่วยดำรงโรคไปในระยะหนึ่งจนเข้าสู่ระยะ สุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยอาจจะไม่สามารถสื่อสารได้ เนื่องจากการต้องใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก จึงไม่ สะดวกที่จะสื่อสารด้วยการพูด หรือผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ ทำให้แพทย์ไม่สามารถรับรู้ถึง ความ ต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ว่า อยากให้ดูแลด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือให้ยาเพื่อกระตุ้นการเต้น ของหัวใจต่อไปหรือไม่ ตามข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A01-1 ที่มองว่า “บางทีคนไข้ไม่ สามารถบอกสิ่งที่ตัวเองต้องการได้ เช่น อาจจะไม่ได้อำนาจมากก่อนว่าจะต้องมานอนโรงพยาบาล พอมาแล้วก็ต้องมีอะไรต่อไป ซึ่งเขาอาจไม่ได้วางแผนไว้ หรือบอกในสิ่งที่ต้องการกับเราไม่ได้ เช่น อยากกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน แต่กลับไปไม่ได้จริง ๆ เคยมีคนไข้มะเร็งที่บ้านอยู่ต่างประเทศ วันแรก ที่ Admit ดูดี แต่พอให้ยาไปเรื่อย ๆ อาการก็แยลง และเสียชีวิตในที่สุด เหมือนเขายังไม่ยอมไป เพราะมีลูกเล็ก น่าจะห่วงแฟน ห่วงลูก อายุยังน้อย ยังไม่ได้วางแผนว่าถ้าไปแล้วลูกกับแฟนจะอยู่ ยังไง เคยบอกว่าอยากกลับไปตายที่บ้าน แต่ไกลและไปไม่ไหว จึงเสียชีวิตที่โรงพยาบาล” ดังนั้น แล้ว การวางแผนของผู้ป่วยส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ปกติแล้ว สามารถดำเนิน กิจวัตรตามปกติได้ด้วยตัวเอง แต่พอเข้าระยะท้าย ๆ ของโรค ซึ่งอาจจะเกิดความผิดปกติของ ร่างกายมากขึ้นจนจะต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล ก็อาจจะเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับได้ เพราะจากคนปกติที่สามารถเดินได้ด้วยตัวเอง ใช้ชีวิตได้ด้วยตัวเอง แต่กลับต้องมานอนที่ โรงพยาบาลอย่างเดียว ต้องคอยให้ออกซิเจนหรือยา เพื่อไม่ให้มีอาการทุกข์ทรมานจากการ

แพร์กระจายของเซลล์มะเร็ง ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถยอมรับในความจริงข้อนี้ได้ ดังนั้นแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ จึงจะต้องใช้ทั้ง “ศาสตร์และศิลป์” เพื่อสื่อสารต่อผู้ป่วยให้ยอมรับความจริงในเรื่องนี้ได้ จึงถือว่าเป็นความท้าทายหนึ่งของแพทย์ที่จะต้องทำให้ได้ ซึ่งหากถ้าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังเป็นวัยรุ่น หรือยังอายุไม่มาก ก็จะมี ความท้าทายมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากแล้ว ตลอดจนความรู้และนิสัยของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน บุคลากรทางการแพทย์จึงจะต้องใช้ความสามารถทั้งหมดที่มี เพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความจริงในการดำรงอยู่ของโรค สภาพร่างกายในปัจจุบัน และขั้นตอนการรักษาอื่น ๆ ที่จะมีขึ้นต่อไป จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-1 ที่มองว่าความยากส่วนหนึ่งคือการยอมรับของผู้ป่วย “ความยากขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการยอมรับของผู้ป่วย คือการทลายกำแพง หรือทำให้ผู้ป่วยยอมรับในสิ่งที่ตัวเองเป็น ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่กลัวตายและอยากหาย เมื่อเข้าสู่กระบวนการประคับประคอง หมายถึงผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 4 หรือมีการแพร่กระจาย มีอาการรบกวนมาก ดังนั้น การยอมรับและปรับตัว เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เมื่อผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจว่าเป็นมะเร็งระยะ 4 จะสามารถ วางแผนการดูแลระยะท้ายของตนเองได้”

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งนั้นคือการตัดสินใจ ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-3 ที่มองว่า “ความยากส่วนใหญ่ที่พบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายคือเรื่องการตัดสินใจ เนื่องจากในบริบทของคนไทย การตัดสินใจมักไม่ได้อยู่ที่ตัวผู้ป่วยเองโดยสมบูรณ์แบบเหมือนในตะวันตก แต่ส่วนใหญ่เป็นการตัดสินใจโดยญาติ/ครอบครัว หรือแล้วแต่หมอ” บางทีการที่ญาติให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ อาจกลายเป็นข้อจำกัดอีกรูปแบบหนึ่ง จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C01-3 ที่มองว่านอกจากความยากที่ต้องเข้าถึงผู้ป่วยแล้ว ยังมีความยากอีกอย่างหนึ่งคือ การจัดการอารมณ์ของผู้ปฏิบัติงาน “การที่จะต้องเข้าถึงคนไข้และครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมสู่กระบวนการสุดท้ายของชีวิต ในการจัดการทุกสิ่งทุกอย่าง หากเป็นกลุ่มที่ต้องรักษามานาน ความสิ้นหวังของคนไข้ก็จะเป็นเรื่องยาก ความยากยังรวมถึง การจัดการกับอารมณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ยิ่งทำงานนาน ความผูกพันยิ่งสูงจำเป็นต้อง จัดการอารมณ์ตัวเองให้ดีกว่าก่อนไปจัดการกับคนไข้”

4.3.1.2 ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ในระยะท้ายที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แล้ว ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ ความขัดแย้งระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับความปรารถนาของญาติ หากผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า หรือ Living Will บุคลากรทางการแพทย์ก็ต้องปฏิบัติตามความ

ต้องการของญาติ ซึ่งบางครั้งขัดกับเจตจำนงเดิมของผู้ป่วยเอง และความเห็นที่ไม่ตรงกันในหมู่ญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้ให้ข้อมูลตรงกันว่า มีกรณีที่ญาติมีภาวะ "กตัญญูเฉียบพลัน" หรือ "กตัญญู syndrome" เช่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C01-3 บอกว่า “ส่วนใหญ่ที่เจอการทรมาน จะเป็นเรื่องของญาติมากกว่า ตัวอย่างเช่น คนไข้รักษามะเร็งมานาน ผ่านหลายวิธีหลายสูตร จนยอมรับการจากไปได้แล้ว แต่ลูกเพิ่งเรียนจบ อาจเกิดภาวะ "กตัญญูเฉียบพลัน" ต้องการให้รักษาเต็มที่ ความขัดแย้งใน จุดมุ่งหมายการรักษาสุดท้ายระหว่างคนไข้กับครอบครัว ทำให้พยาบาลจัดการได้ยาก และทำให้คนไข้ไม่ได้จากไปตามความต้องการ” ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A02-2 “เคสที่ยากมาก ๆ คือเคสที่ญาติมีความ "กตัญญู syndrome" เช่น ลูกสาวที่อยู่ต่างประเทศไม่เคยมาดูแลพ่อแม่เลย แต่เมื่อพ่อแม่ป่วยหนักกลับมาแสดงความต้องการตัดสินใจแบบเต็มที่ ความขัดแย้งภายในครอบครัวก็เป็นปัญหาใหญ่ เช่น ความขัดแย้งระหว่างภรรยาเก่ากับภรรยาใหม่ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับเรื่องมรดก” ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-1 “ปัญหาคือบางครั้งเจตนาผู้ป่วยกับญาติไม่ตรงกัน หรือมีญาติกลุ่มอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง (ภาวะกตัญญูเฉียบพลัน) ในกรณีนี้จะมองการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก และการทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่เห็นไว้ขณะมีสติ ไม่ผิดกฎหมาย อย่างไรก็ตาม จะไม่ละเลยความต้องการของญาติ และจะสื่อสารเพื่อให้ญาติเข้าใจและยอมรับ”

จะสังเกตได้ว่า ปัญหาหลักที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเจอคือความต้องการของญาติที่ไม่ตรงกัน เช่น ญาติที่อยู่ไกล ไม่เคยดูแลผู้ป่วย แต่พอผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายกลับมาแสดงความต้องการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ความขัดแย้งกันของญาติด้วยกันเองระหว่างฝ่ายที่ต้องการให้รักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ กับฝ่ายที่ไม่อยากให้มีการรักษาที่ไม่จำเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเป็นคนกลางระหว่างญาติ จนกลายเป็นความลำบากใจของบุคลากรทางการแพทย์เองที่เห็นแล้วว่าหากยังคงมีการให้การรักษาที่ไม่จำเป็น ย่อมจะเกิดผลเสียต่อตัวคนไข้เอง แต่ก็ยังไม่สามารถยุติการรักษาที่ไม่จำเป็นได้ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้การทำ Living will ไว้ อำนาจการตัดสินใจจึงยังคงอยู่ที่ญาติ ดังนั้นแล้ว บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องมีการประเมินว่า ญาติของผู้ป่วยคนไหนที่มีอำนาจการตัดสินใจมากที่สุด ตามข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B01-2 ที่ต้องมีการประเมินไปถึงว่าลักษณะของญาติเป็นอย่างไร มีผลได้เสียหรือมัย เช่น “ต้องดูก่อนว่าญาติเป็นแบบไหน ญาติสายตรงที่อยู่กับคนไข้เลย หรือแค่ญาติห่าง ๆ ต้องดูว่าญาติคนนี้มีผลได้เสียในการดูแลคนไข้หรือเปล่า ถ้ามีผลได้เสีย จะให้ข้อมูลเยอะ หรือแนะนำให้ความเข้าใจว่าต้องดูแลคนไข้ต่อไปอย่างไร และทำใจไว้เผื่อไหม ไม่ได้ให้หมายความว่าเขาไม่มีความหวังเลย แต่ให้เขารู้สึกว่า เขายอมรับในการเจ็บปวดของคนไข้ และที่จะดูแลคนไข้ไปด้วย

ญาติอีกกลุ่มที่เป็นญาติเฉย ๆ อาจจะไม่ให้ข้อมูลเยอะ จะให้ข้อมูลคนที่ดูแลคนไข้จริง ๆ เยอะ และให้เขาไปคุยกันเองครับ”

ส่วนความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่ตรงกับความต้องการของญาติ บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคนกลางจึงต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน โดยอาจจะต้องมีการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งบางทีอาจจะเกิดกรณีที่ญาติของผู้ป่วยหลายฝ่าย ไม่เข้าใจถึงอาการและวิธีการดูแลที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้อาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างญาติด้วยกันเอง และญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A02-2 เจอกรณีที่ผู้ป่วยต้องการยุติการรักษา แต่ญาติไม่ต้องการ “เคยเจอเคสลักษณะนี้บ่อย ซึ่งเป็นความขัดแย้ง ต้องแจ้งความประสงค์ของผู้ป่วยให้ญาติทราบก่อน ต้องช่วยให้ญาติมองเห็นว่าความต้องการของคนไข้คืออะไร สิ่งสำคัญคือต้องหาบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่มีอำนาจตัดสินใจสูงสุดให้ผู้ป่วย เมื่อหาบุคคลนี้ได้แล้ว คนอื่น ๆ ในครอบครัวก็จะยอมรับฟังต้องอธิบายให้ญาติเข้าใจว่าโรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ยกตัวอย่างผลกระทบจากการรักษาที่เต็มที่แต่ไม่ได้ประโยชน์ เช่น การบีบหัวใจที่อาจทำให้กระดูกซี่โครงหัก หรือมีเลือดออกได้ ต้องพูดให้ญาติเห็นภาพชัดเจน ถามญาติว่าหากบีบหัวใจไปแล้วผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และกลับมามีชีวิตแต่ไม่สามารถพูดคุยอะไรได้ เป็นเหมือนเจ้าชายนิทรา ญาติจะรับได้หรือไม่ และใครจะดูแลต่อ ให้ญาติมองเห็นจุดนั้นว่าการรักษาที่เต็มที่อาจไม่เกิดประโยชน์” หรืออย่างที่คุณให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-3 ที่เจอประสบการณ์ที่ความเข้าใจกับญาติและผู้ป่วยไม่ตรงกัน เช่น “ญาติอาจกลัวความรู้สึกผิด หรือยังทำใจไม่ได้ที่จะตัดสินใจไม่ยื้อชีวิต ขณะที่แพทย์มักมุ่งเน้นการรักษาชีวิตเป็นหลัก และกลัวความผิดพลาดไม่ทำการรักษา ทำให้การตัดสินใจเพื่อประโยชน์สูงสุดคือการรักษาชีวิต ซึ่งบางครั้งไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ บางครั้งความขัดแย้งเกิดจากความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุอาจพร้อมจะจากไปเพราะทรมาน แต่ญาติอาจรู้สึกผิดที่ดูแลไม่เต็มที่ พยาบาลจะใช้หลักการสื่อสารเพื่อจูนความเข้าใจระหว่างทั้งสองฝ่าย ให้เข้าใจตรงกันว่าความกังวลที่ซ่อนอยู่คืออะไร (เช่น ลูกกลัวแม่เสียใจ แม่กลัวลูกเสียใจ หรือกลัวถูกทอดทิ้ง) เป้าหมายคือเพื่อให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจตรงกันและร่วมกันตัดสินใจโดยยึดตามความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นหลัก”

ดังนั้นแล้ว บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นคนกลางในการประสานงานระหว่างญาติที่มีความต้องการแตกต่างกันไป และผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บางครั้งไม่สามารถสื่อสารถึงความต้องการของตนเองได้ บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องรับความกดดัน ความคาดหวัง จากทั้งญาติผู้ป่วยที่ต้องการให้ญาติของตนมีอาการที่ดีขึ้น และจากตัวผู้ป่วยเองที่ต้องเจอกับความทรมานอย่างที่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้

4.3.1.3 ความเห็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มีการให้เห็นหลากหลายทั้งเห็นด้วยและสนับสนุน ไม่เห็นด้วยแต่สนับสนุน และไม่เห็นด้วยไม่สนับสนุน ซึ่งสามารถสังเคราะห์ออกมาได้ว่า

กลุ่มหนึ่งมองว่า ไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีหลากหลายความเห็นด้วยกัน ประเด็นหนึ่งที่กลุ่มไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ เรื่องศีลธรรม เหตุเพราะ ด้วยสังคมไทยเป็นสังคมอาศัยบนพื้นฐานของศาสนา คนในสังคมยังมีความเชื่อในเรื่องศีลธรรมในระดับสูง ยกตัวอย่างเช่น ในศาสนาพุทธ มีศีล 5 ในข้อ “ปาณาติบาต” ที่ไม่ให้มีการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต หรือเบียดเบียนผู้อื่น การยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย อาจทำให้คนในสังคมยังคงไม่ยอมรับ เพราะมองว่าเป็นการฆ่าผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย แต่ก็ยังคงเป็นการฆ่าผู้อื่นอยู่ดี เช่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C01-1 ที่ให้ความเห็นว่าไม่เห็นด้วยในฐานะที่ตนเป็นชาวพุทธ “ไม่เห็นด้วย เพราะการทำการุณยฆาต แม้เจตนาดี ก็เป็นบาป แต่ในแง่การเป็นหมอ คิดว่าในบางกรณีก็เป็นเรื่องที่ซับซ้อน (dynamic) เป็นทางสองแพร่งที่ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป ส่วนที่ต้องพิจารณามากที่สุดคือ ‘เราทำได้ดีที่สุดในแล้วก่อนที่จะมาถึงสองแพร่งนี้หรือยัง’ ถ้ายังทำไม่ดีที่สุด มันก็จะมาถึงสองแพร่งนี้เร็วขึ้น” สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C02-3 ที่มองว่าเป็นเรื่องผิดศีลธรรม “ตามหลักพุทธ มีความเข้าใจผิดว่าการให้มอร์ฟินเป็นการทำให้คนไข้เสียชีวิตเร็วขึ้น แต่จริง ๆ แล้วให้เพื่อบรรเทาอาการปวดและเหนื่อยในปริมาณที่เหมาะสม ไม่ได้ให้ในโดสสูงเพื่อเร่งการเสียชีวิต คนไข้จะจากไปตามตัวโรคเอง ตนจึงไม่สนับสนุนการการุณยฆาต ระบบ Palliative Care ของไทยคืออยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องมีการการุณยฆาต”

อีกประเด็นหนึ่งที่เป็นเรื่องถกเถียงกันอยู่มาก คือ ประเด็นในเรื่องของจริยธรรมแพทย์ ที่บุคลากรทางการแพทย์หลายคนไม่เห็นด้วย เพราะมองว่า การยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ถึงแม้ว่าจะเป็นการทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย แต่การกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตามหลักจริยธรรมแพทย์การแพทย์ ระบุว่า “Non-maleficence หรือ do-no-harm” คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายหรือเกิดความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น เช่น การพยายามป้องกันไม่ให้เกิดผลข้างเคียงหรือข้อผิดพลาดจากการรักษา ฝั่ระวังตามมาตรฐาน ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงส่วน (อรรถสิทธิ์ ดุลอำนาจ, ม.ป.ป.) ดังนั้นแล้ว บุคลากรทางการแพทย์หลายท่านจึงไม่เห็นด้วยกับวิธีดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C03-1 ที่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยการการุณยฆาต ยังไม่จำเป็น ไม่ควรทำ ผิดหลักจริยธรรมแพทย์ และอยู่ฝ่ายตรงข้ามกับการการุณยฆาต “เป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายไทย ผิดหลักเวชจริยธรรมของแพทย์ที่

มีหน้าที่ ‘ไม่ทำอันตราย (Do no harm)’ การการุณยฆาตคือการยืมมือหมอฆ่าผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะขอเพื่อหนีความทรมาน ซึ่งแพทย์สามารถจัดการความทรมานทางกายได้ ผู้ป่วยจึงไม่จำเป็นต้องรีบเสียชีวิต ผิดหลักศาสนา เรื่องการฆ่า หากผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตายเพราะคิดไม่ดีก็เป็นเรื่องของตัวผู้ป่วยเอง แต่หมอไม่ควรเข้าไปมีส่วนร่วม และแม้จะดูแลแบบประคับประคองจนถึงที่สุดแล้ว คุณหมอก็ยังไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต” สอดคล้องกับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-3 ที่มองว่าขัดต่อจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องยึดถือ โดยมองว่า “การการุณยฆาตเปรียบเหมือนการเร่งความตาย หรือเป็นการตอบสนองต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการยุติชีวิตโดยการเร่ง แม้ว่าจะมีมุมมองที่มองว่าเป็นการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง แต่ในทางของบุคลากรทางการแพทย์นั้น มีเรื่องของจริยธรรมที่ต้องยึดถือ

ตลอดจนในเรื่องของกฎหมาย ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ ทำให้การกระทำนี้ยังถือเป็นความผิด และยังให้ความเห็นอีกว่า ระบบกฎหมายและการตัดสินใจในไทยยังไม่เหมือนตะวันตกที่ยึดการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นหลัก ของไทยยังขึ้นอยู่กับครอบครัวและแพทย์ หากจะมีการนำการยุติชีวิตหรือการุณยฆาตมาใช้ จะต้องมีการให้ความรู้แก่ประชาชนก่อน เพราะมีความเสี่ยงที่อาจกลายเป็นดาบสองคม เช่น ญาติอาจใช้เพื่อ ‘กำจัด’ ผู้ป่วยที่รู้สึกว่าเป็นภาระ ซึ่งต้องมีกลไกคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยกรณีที่ไม่ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง” สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C02-2 ที่มองว่าเป็นการ “ฆ่า” ผู้ป่วยในอีกรูปแบบ “ที่ไม่เห็นด้วย โดยมองว่าเป็นการฆ่า แม้จะทำให้ไม่ทรมาน แต่ร่างกายของผู้ป่วยยังไม่ถึงเวลาที่จะจากไป ซึ่งแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคอง อย่างการให้มอร์ฟิน ซึ่งเป็นการบรรเทาความทรมานในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต แต่สุดท้ายแล้ว ผู้ป่วยก็เสียชีวิตด้วยตัวโรคและสังขารของตัวเอง รวมไปถึงเข้าใจในบริบทปัจจุบันที่มีสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น บางคนเงินไม่พอใช้ชีวิต หากอยู่ต่อจะลำบาก บางคนอาจมองว่าการการุณยฆาตเป็นการจบความทรมาน แต่ตนเองมองว่า ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมตัวและวางแผนชีวิต”

ส่วนกลุ่มที่มองว่าเป็นสิทธิหรือควรเป็นตัวเลือกของผู้ป่วยเอง ซึ่งปัจจุบันกระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะใช้การดูแลแบบประคับประคอง และการใช้หนังสือปฏิเสธการรักษา ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ถ้าหากนำการยุติชีวิตเข้ามา ให้เป็นอีกตัวเลือกหนึ่ง ประโยชน์ย่อมจะตกอยู่ที่ผู้ป่วย ซึ่งก่อนที่จะเข้ากระบวนการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยแพทย์แล้ว อาจจะต้องมีการวางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ให้รัดกุมเพื่อไม่ให้เกิดข้องอแง จนไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจจะต้องผ่านกระบวนการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ก่อน หรือจะต้องมีการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่าง

ละเอียด ยกตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1B01-3 ที่มองว่าเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ แต่ต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อน “คิดว่ามีประโยชน์ แต่กว่าจะไปถึงจุดนั้นได้ ต้องผ่านการประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อน การตัดสินใจยุติชีวิตใครสักคนไม่ใช่หน้าที่ของหมอ แต่เป็นหน้าที่ของธรรมชาติ ต้องประเมินดูว่า มีความจำเป็นจริง หรือไม่ถ้าในอนาคตมีกฎหมายรองรับ ก็คิดว่า เป็นโอกาสที่ดีสำหรับผู้ป่วย ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการยุติชีวิต เพื่อลดความทุกข์ทรมานของเขา” สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A01-1 ที่มองว่าควรมีการพิจารณาอย่างถี่ถ้วน “ที่มองว่า หากประเทศไทยมีการการุณยฆาตก็น่าจะช่วยคนไข้ได้ แต่ยังคงมีความกังวลว่าการุณยฆาตจะถูกนำไปใช้ พร่ำเพรื่อ และนำไปใช้ในทางที่ผิด เพราะการตัดสินใจขึ้นอยู่กับคนไข้ เช่น คนที่ป่วยเป็นมะเร็งใกล้จะเสียชีวิต อาจเป็นผลดีกับเขา แต่สำหรับคนที่รู้สึกดีกับชีวิตก็คิดว่าไม่น่าจะเหมาะสม” ส่วนผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B01-2 มองออกเป็น 2 มุม มุมมองส่วนตัว กับในมุมที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ได้ว่า “มองออกเป็น 2 มุม มุมแรก คือ ในมุมส่วนตัว พ่อแม่ของผู้ให้ข้อมูลหลักบอกว่าหากเกิดอะไรขึ้น ไม่ประสงค์ที่จะใส่ท่อช่วยหายใจ และการปั๊มหัวใจ จึงมีความรู้สึกที่ว่า ถ้าใครเป็นอะไรที่ถึงจุดนั้นจริง ๆ ก็จะไม่ทำ ถ้าเขาสามารถเสียชีวิตไปอย่างสงบได้ก็ดี ซึ่งเป็นมุมมองก่อนมาเป็นพยาบาล แต่ถ้ามองในมุมของการที่ตนเองเป็นพยาบาล ที่เห็นคนไข้มากรู้สึกว่ามันทรมาน แต่ก็ต้องขึ้นอยู่กับว่าคนไข้มองเหมือนกันหรือไม่ หากคนไข้ไม่ได้มองในมุมเดียวกับเรา มันก็เป็นสิทธิ์ที่เขาจะเลือกว่าจะอยู่หรือจะไป แต่ถ้าคนไข้มองในมุมเดียวกับเรา โดยที่เราไม่ได้ทำให้คล้อยตาม ถ้าเขาเลือกที่จะอยากสบายแล้ว ก็ควรที่จะให้เขาตัดสินใจ” เหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C01-3 ที่มองออกเป็น 2 มุม เช่นเดียวกัน “ถ้าในมุมมองส่วนตัว ที่ถ้าตัวเองต้องเป็นโรค อยู่แบบติดเตียง ไม่มีความสุข ญาติพี่น้องหรือคนรอบข้างไม่สนใจ ไม่ได้ทำให้รู้สึกว่าการอยู่บนโลกยังมีความสุข ก็ถือว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่โอเค แต่ก็ตอบไม่ได้ว่าเมื่อถึงเวลานั้นจริง ๆ จะตัดสินใจแบบเดิมหรือไม่ แต่ถ้ามองในมุมมองของการเป็นพยาบาล มองว่าไม่ต่างจากการฆ่าตัวตาย เพราะคนไข้เป็นคนตัดสินใจ คำถามคือ คนที่ต้องทำ พร้อมทั้งจะทำหรือไม่ ตนไม่ได้เห็นด้วย 100% แต่ก็คงไม่ขัดขวางกระบวนการนั้น แต่ถ้าตนเองต้องเป็นคนฉีดยาเพื่อยุติชีวิต ตนก็ยังไม่พร้อม ที่จะยุติชีวิตคนไข้” อย่างไรก็ตาม มีความเห็นส่วนหนึ่งมองว่าเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย จากข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C02-1 ที่มองว่าเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย “ถ้าสามารถทำได้ในทางกฎหมาย ก็เป็นสิทธิ์ที่ผู้ป่วยจะทำได้ หากผู้ป่วยรับทราบและยินยอม เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย เพราะจะไม่ต้องทุกข์ทรมาน หากคุณภาพชีวิตแย่มากและไม่ต้องการอยู่ต่อแล้ว การมี การุณยฆาตน่าจะทำให้ไม่ทรมานมากกว่า เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยมองว่าการุณยฆาตส่วนหนึ่งของ Palliative care ที่ผู้ป่วยควรมีสิทธิ์เลือกได้ ควรมีทั้งสองอย่างอยู่แล้ว ควรเลือก

ได้เหมือนเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย” สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B02-1 ที่มองว่าเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วยที่ควรได้เลือก “ที่มองเป็น 2 ด้าน ด้านหนึ่งก็มองว่าผู้ป่วยน่าจะเลือกได้ เพราะมีสมุดเบาใจแล้ว แต่ก็ยังไม่ถึงที่สุด เพราะเมื่อถึงเวลาจริง ผู้ป่วยก็อาจตัดสินใจด้วยตัวเองไม่ได้ ญาติเป็นคนตัดสินใจ แต่ในอีกด้านหนึ่งคือเรื่องศาสนา เหมือนคนฆ่าตัวตาย ถ้าตัดสินใจให้ฉีดยาให้ตาย ก็เหมือนสั่งให้เขาฆ่า”

อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทยในปัจจุบัน จะใช้การดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยและญาติ โดยเริ่มจากการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นการตกลงแผนการดูแลรักษาระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน รวมไปถึงการวางแผนต่อว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ดูแลที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ตลอดจนการเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เช่น มอร์ฟิน เครื่องให้ออกซิเจน และการช่วยเหลือที่สนับสนุนจากรัฐ จึงมีความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์อีกกลุ่มที่ไม่เห็นด้วย แต่ก็ไม่ได้คัดค้าน เพราะมองว่า การดูแลแบบประคับประคองในปัจจุบันก็ได้อยู่แล้ว แต่ถ้าหากมีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดขึ้นก็ไม่ได้คัดค้าน เช่น ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C02-2 ที่มองว่า “ในความเห็นส่วนตัว คิดว่าคงไม่เห็นด้วย มองว่าเป็นการฆ่า แม้จะทำให้ไม่ทรมาน แต่สังขารของผู้ป่วยยังไม่ถึงเวลาที่จะไป ซึ่งแตกต่างจากการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Care เช่น การให้มอร์ฟิน เป็นการบรรเทาความทรมานในช่วงก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต แต่สุดท้ายผู้ป่วยก็เสียชีวิตด้วยตัวโรคและสังขารของตัวเอง เข้าใจบริบทปัจจุบันที่มีสังคมผู้สูงอายุมากขึ้น บางคนเงินไม่พอใช้ชีวิต หากอยู่ต่อจะลำบาก บางคนอาจมองว่าการการุณยฆาตเป็นการจบความทรมาน แต่คุณหมอมองว่าส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับเตรียมตัวและวางแผนชีวิต สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง มองว่าการุณยฆาตอาจไม่จำเป็น เพราะอย่างไรเสียผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตอยู่แล้ว เรามียามอร์ฟิน ยานอนหลับที่สามารถให้ผู้ป่วยเพื่อลดความทรมานก่อนเสียชีวิตได้อยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องขอให้เสียชีวิตในวันนี้ การุณยฆาตอาจจะยากกว่า ในกรณีผู้สูงอายุ (70-80 ปีขึ้นไป) ที่รู้สึกว่าจะไม่อยากอยู่แล้ว โดยเฉพาะหากเงินไม่พอหรือไม่มีคนดูแล ซึ่งในแง่ศาสนาก็ยังถือว่าผิด มองว่าประเทศไทยอาจยังไม่จำเป็นต้องมีการุณยฆาต (เป็นความเห็นส่วนตัวที่ยากจะตอบแบบฟันธง) หากมีการพิจารณาให้มีการุณยฆาตเป็นทางเลือก อาจจะต้องกำหนดเกณฑ์ที่รัดกุมมาก เพราะอาจเกิดปัญหาได้ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ตัดสินใจในขณะที่สภาพจิตใจผิดปกติ ซึ่งอาจไม่ใช่เจตนาที่แท้จริงของเขา สอดคล้องกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C02-3 ที่ว่า “มองว่าตนเองอยู่กึ่งกลาง ไม่ได้สนับสนุนให้ทำได้เลย แต่ก็ไม่ได้ต่อต้าน ต้องมองเป็นรายบุคคล ขึ้นอยู่กับสาเหตุ ซึ่งมักมาจากความทุกข์ทรมานที่แสนสาหัส การุณยฆาต

เป็นการยื่นมือเข้าไปทำให้ชีวิตสั้นลง ซึ่งแตกต่างจากหลักการ Palliative Care ที่ 'ไม่เร่ง ไม่ยื้อ' แต่การการุณยฆาตคือการ Intervention เพื่อให้ชีวิตจบลงในเวลาที่กำหนด คิดว่าในอนาคตอาจมีความจำเป็น เพราะผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย โดยเฉพาะอายุน้อย มีจำนวนมากขึ้นและประสบความทุกข์ทรมานมาก การการุณยฆาตอาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่ช่วยลดความทุกข์และทำให้ระยะเวลาสั้นลง หากเกิดขึ้นในอนาคตและเป็นทางเลือก น่าจะเป็นเรื่องที่ดี เพราะบางคนรู้สึกท้อแล้วกับชีวิตและความทุกข์ทรมาน ไม่ต้องการทนอีกต่อไป อยากให้ชีวิตจบลงแค่ตรงนี้ แต่ก็ยังต้องพิจารณาเป็นรายกรณี ว่าสมควรดำเนินการหรือไม่ ถ้าเกิดขึ้นจริง อาจมีทั้งแพทย์ที่สบายใจและไม่สบายใจที่จะทำ จึงคิดว่าการมีไว้เป็นทางเลือกอาจเป็นไปได้ในอนาคต" เหมือนกับผู้ให้ข้อมูลหลักรหัส 1C02-1 ที่มองว่า "ถ้ามีก็ดี แต่ถ้าไม่มี ก็อยู่มาได้ กว่า 10 ปีแล้ว เคยมองว่า ถ้ามีก็ดี ไม่มีก็ไม่เป็นไร ไม่จำเป็นต้องมีขนาดนั้น เพราะปัจจุบันเรามีวิธีทำให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานมากนักในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ถ้ามี ก็จะเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยได้ แต่ไม่ได้จำเป็นถึงขนาดนั้น"

4.3.1.4 ความเห็นในประเด็นเรื่องความจำเป็นของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในประเทศไทย

จากความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งมีทั้งเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย ต่อวิธีการดูแลดังกล่าว เมื่อศึกษาต่อในประเด็นที่ว่า ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย พบว่า

ส่วนหนึ่งมองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่จำเป็นแล้ว เหตุผลส่วนหนึ่งเกิดจากความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ ถึงแม้ปัจจุบันจะมีการดูแลแบบประคับประคอง ที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และหนังสือปฏิเสธการรักษา ที่ปฏิเสธการรักษาหรือดูแลที่ไม่จำเป็น ถึงแม้ว่าจะมีกระบวนการดูแลดังกล่าวทั้ง 2 วิธี ค่าใช้จ่ายหลาย ๆ อย่างก็ลดลงแต่ยังไงก็ตาม ก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่ดี จากการศึกษาของ วิณิตา วาจาเทียง เรื่อง "ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต" พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อวันลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมีค่าใช้จ่าย 809 บาท/วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 4,158 บาท/วัน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 2,197.64 บาท/วัน (วิณิตา วาจาเทียง, 2568) ซึ่งถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง จะมีส่วนต่างกันมาก แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าแรงรายวันของแรงงานในประเทศไทยที่มีค่าแรง

รายวันอยู่ที่วันละ 400 บาท ค่าใช้จ่ายดังกล่าวก็ยังคงสูงอยู่ดี สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B01-2 ที่มองว่าเป็นเรื่องที่น่าเป็น เพราะจะบรรเทาความทรมานของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลของญาติด้วยว่า “คิดว่าประเทศไทย ควรมี เพราะจากประสบการณ์ที่อยู่มา รู้สึกว่าบางกรณี การดูแลคนไข้กลุ่มนี้ไม่ได้เจ็บแค่คนไข้คนเดียว มันเจ็บไปถึงคนดูแลด้วย โดยที่คนดูแลอาจไม่รู้ตัว ร่างกายคนดูแลจะถอยลงตามกับคนไข้ ถ้าเวลาถูกยึดไป เขาจะเตือนคนดูแลเสมอว่าอย่าเอาตัวเองไปทุ่มกับคนไข้จนตัวเองทรุด เคยมีกรณีที่ญาติทุ่มเทจนตัวเองป่วย หรือญาติไม่พัก ทำให้ป่วย คนไข้มาตามนัดไม่ได้ก็มี ไม่ได้มองแค่ตัวคนไข้คนเดียว แต่รู้สึกว่าคนดูแลก็ลำบากด้วย ถ้าคนไข้มองเห็นตรงนี้ว่าเขาไม่อยากเป็นภาระ และรู้สึกว่ามันสุดแล้วอยากไป ก็ควรเคารพความรู้สึก อีกมุมมองหนึ่งที่อาจใจร้ายคือเรื่องของค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐ มีคนไข้บางกลุ่มที่รู้สึกว่า helpless แล้ว แต่ญาติบางคนยังไม่อยากให้ไป หรือหมอบางคนรู้สึกว่าควรจะอยู่ ทั้ง ๆ ที่มองว่ามันไม่ได้อะไรแล้ว ก็เสียเงินไปเปล่าประโยชน์ เพราะสุดท้ายปลายทางคือที่เดียวกัน คือคนไข้ตาย เพียงแค่ยืดเวลาไปอีก 2-3 เดือน เงินที่เสียไปตรงนั้นก็ไม่ได้อะไร ค่าใช้จ่ายห้องธรรมดาอย่างน้อยวันละ 650 บาท ไม่รวมค่ายาหรือบริการอื่น ถ้ามีอุปกรณ์อื่น ๆ เช่น ให้ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ ยาฆ่าเชื้อ ก็จะมีเพิ่มไปอีก ขึ้นอยู่กับเกรด ยาชั้นสุดก็จะแพงขึ้นไปอีก ห้อง ICU ค่าใช้จ่ายคุณ 2-3 เท่า ถ้ามีการรณยฆาตก็สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายตรงนี้ได้ ถ้าไม่มองเรื่องเงิน รู้สึกว่าเขาเงินตรงนี้ไปช่วยคนอื่นดีกว่า แต่มันก็หลายอย่าง เพราะหมอบอกทุกคนก็ไม่ได้มองเหมือนกัน หมอบางคนรู้สึกว่าคนไข้ยังอยู่ต่อได้”

สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลรหัส 1B01-2 ที่มองว่า “คนไทยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยในประเทศที่มีรายได้ไม่สูง ไม่มีกำลังในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และหากดูแลไม่ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยยิ่งทรมาน ตนเองคิดว่าถ้าเข้าข่ายเกณฑ์ การรณยฆาต จะทำให้ทุกฝ่ายโอเคหมด ผู้ป่วยหายเจ็บปวด ญาติหายทรมานจากการเห็นเขา หรือจากการดูแลที่ไม่เพียงพอ หรืองบประมาณในการดูแลไม่พอ คิดว่าน่าจะได้ประโยชน์ทุกฝ่าย ญาติไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และมองว่า ควรจะดูแลแบบประคับประคองไปก่อน จนถึงจุดที่ผู้ป่วยขอว่าอยากไปแล้วจึงค่อยทำ หรือน่าจะมี option ให้เลือกได้เลยว่าจะเลือกประคับประคองก่อน หรือเลือกการรณยฆาตเลยก็ได้ทำเป็น option ให้ผู้ป่วยเลือก อธิบายข้อดี ข้อเสียแต่ละอย่าง บางคนเลือกประคับประคองแล้วอาการดีขึ้น สบายขึ้น ก็ไม่ต้องทำ คิดว่าเป็นทางเลือกให้ดีกว่าไม่บังคับ” ซึ่งความเห็นนี้ ตรงกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A01-1 ที่มองว่านอกจากผู้ป่วยแล้ว ญาติยังเกี่ยวข้องในความทรมานในเรื่องนี้ให้ถูกจุด “ถามว่าควรแล้วหรือยัง อาจจะไม่ควรแล้ว เพราะเหมือนคนส่วนใหญ่จะคิดว่ามันเป็นเรื่องร้ายแรง แต่ในกรณีที่ญาติยังอยากให้สู้ต่อแต่คนไข้ไม่ไหว

แล้ว มองว่าเป็นการทรมานคนไข้ บางทีคนไข้ในระยะ Palliative Care อาจยืดระยะเวลาชีวิต ออกไปก็จริง แต่บางทีคนไข้เขาอาจไม่ไหวแล้ว คืออยู่ไปก็เจ็บปวด ทรมานอยู่ ถ้ามีการอนุญาต มัน ก็จะไปช่วยแก้ตรงความทรมานของคนไข้ แต่อยากให้เห็นให้ถูกจุด”

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ให้ความเห็นที่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้าย ยังคงไม่ใช่เรื่องที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี 2567 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยในระยะประคับประคองประมาณ 68,000 รายทั่วประเทศ (hfocus, 2567) แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลดังกล่าวมากขึ้น การ ยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงอาจไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น สอดคล้องกับข้อมูลผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B02-1 ให้ความเห็นว่าไม่จำเป็น เพราะด้วยสังคมไทยที่ต่างจากสังคมตะวันตก และมีการดูแลที่ดี อยู่แล้ว “การอนุญาตไม่น่าจะได้ในความคิด เพราะสังคมที่ต้องอยู่กันเป็นครอบครัว ยังเป็น ครอบครัวอยู่ ไม่เหมือนต่างประเทศที่ต่างคนต่างอยู่ และ เศรษฐกิจ ก็พอได้อยู่กับการรักษาแบบนี้ รัฐบาลดูแลได้ ถ้าปฏิเสธไปเลยก็ไม่ได้อะไร แต่ถ้าประคับประคอง ก็ยังได้บรรเทาความทรมาน จะ ได้จากไปแบบสบาย ไม่ต้องทรมาน เพราะมี Palliative Care ที่โอเคอยู่แล้ว ยังไม่จำเป็น เพราะมัน ยังเหมือนการสั่งให้เขาฆ่าตัวตายอยู่ รู้สึกยังขัดแย้งในตัวเอง”

อีกสาเหตุหนึ่งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังมองว่าไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น เกิดจากด้วย สภาพครอบครัวของประเทศไทยที่อยู่กันแบบครอบครัวขยาย มีคนหลายหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ใน พื้นที่เดียวกัน ซึ่งมีความแตกต่างจากสังคมตะวันตกที่มีการการอนุญาต หรือการยุติชีวิตผู้ป่วย ระยะสุดท้ายได้แล้ว เพราะสังคมตะวันตกอาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว ความผูกผันกันครอบครัว หรือภายในแต่ละช่วงวัยอาจจะไม่ได้เข้มข้นเท่าในประเทศไทย สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล หลัก รหัส 2C00-1 ที่มองว่าไม่จำเป็นเพราะว่าสังคมไทย เป็นสังคมที่อยู่ด้วยกันแบบครอบครัว ขยาย ที่ต่างจากตะวันตกที่เป็นสังคมแบบครอบครัวเดี่ยว “ไม่จำเป็นสำหรับประเทศไทย วัฒนธรรมสังคมไทยเป็น สังคมครอบครัว มีลูกหลาน เชื้อเรื่อง ความกตัญญู การเลี้ยงดูพ่อแม่หรือ ผู้มีพระคุณถือเป็นการ สร้างบุญสร้างกุศล ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตกที่อาจเป็นครอบครัว เดี่ยว หรืออยู่คนเดียวไม่มีใครดูแล ในอนาคต มองว่ามีทางเลือกที่ดีกว่าการอนุญาต เพราะในทาง พุทธศาสนา การอนุญาตเหมือนการจบชีวิตตัวเอง ซึ่งอาจมองว่าเป็นการทำบาป ปัจจุบันการดูแล แบบประคับประคองมีระบบที่ดีมาก ทั้งในโรงพยาบาล ชุมชน สถานชีวาภิบาล หรือ อสม. ที่เข้ามา ดูแล มีระบบรองรับมากมาย ไม่จำเป็นต้องจบชีวิตตัวเองเพียงเพราะไม่อยากจะอยู่” สอดคล้องกับ ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2A02-2 ที่ให้ความเห็นว่ายังไม่จำเป็น เพราะสังคมที่แตกต่างกัน “หากมีการ อนุญาต แม้ตัวผู้ป่วยบางคนอาจทำใจยอมรับความตายได้แล้ว คนไทยยังมีแนวทางการรักษาให้

เลือก ยังมองว่ายังมีประโยชน์จากการรักษา มีลักษณะ ‘แบ่งรับแบ่งสู้’ ยังมีความ ‘กล้า ๆ กลัว ๆ’ ต่างประเทศอาจมีการปลูกฝังหรือมีผู้นำที่เด็ดขาดกว่าในด้านกฎหมาย แต่ประเทศไทยยังมีลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง กับเรื่องการรณรงค์มาต บั้จัจัยด้านศาสนาและสังคมก็มีส่วน”

อีกหนึ่งเหตุผลสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลมองว่ายังไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น เนื่องจาก หากจะผลักดัน หรือคิดนโยบายขึ้นมาโดยนโยบายหนึ่ง ผู้ที่ได้รับผลกระทบย่อมมีจำนวนมาก ดังนั้นแล้วหากจะผลักดันนโยบายดังกล่าว จึงควรที่จะมีการศึกษาอย่างละเอียดและพิจารณาเป็นรายกรณีไป รวมไปถึงยังมีมุมมองว่า สิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ “การตายดี” ซึ่งจะต้องพิจารณาอีกว่าจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยจากไปอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การยุติชีวิตผู้ป่วยจึงอาจไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น แต่สิ่งที่จำเป็นคือการพิจารณาว่า เพราะเหตุใดผู้ป่วยถึงอยากเลือกที่จะจบชีวิตของตนเอง มีปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม เพื่อที่จะได้แก้ปัญหาเหล่านั้นได้อย่างตรงจุด ซึ่งบางทีการยุติชีวิตผู้ป่วยอาจไม่ใช่คำตอบของปัญหา ตามข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1C01-1 มองว่ายังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน เพราะต้องที่ การประเมินอย่างรอบด้านและถ่วงถ้ “มันคงไม่สามารถสรุปเป็นแบบสำเร็จรูปอย่างนั้นได้ เพราะไม่ใช่เรื่องที่ใช่ ‘เสียไหล’ ได้ ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป คิดว่ากฎหมายการรณรงค์มาตในเมืองไทย กว่าจะออกอาจนานมาก เพราะขึ้นอยู่กับหลายอย่าง ทั้งความเชื่อ ศาสนา วิถีชีวิต และวัฒนธรรม ของคนเอเชียโดยเฉพาะคนไทย ซึ่งไม่เหมือนคนตะวันตก คนไทยยังมีความผูกพันในครอบครัว ขณะที่คนตะวันตกความผูกพันน้อยกว่า ค่อนข้างอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวหรือปัจเจก แม้สังคมไทย ปัจจุบันจะคล้ายคลึงสังคมตะวันตกมากขึ้น แต่รากเหง้ายังไม่เหมือนกัน กว่าจะออกมามองอาจจะไม่ได้อยู่ในโลกนี้แล้ว ประเด็นคือ การรณรงค์มาตไม่ใช่เรื่องแบบเสียสำเร็จรูปที่ใช้ได้กับทุกคน ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป เหนืออื่นใด คือต้องยึดถือคนไข้เป็นหลัก คือคนไข้มีเจตนาอย่างไร และกฎหมายให้อำนาจไว้หรือไม่ ถ้าคนไข้มีเจตนาไม่ต้องการมีชีวิตอยู่แล้วและกฎหมายก็ให้อำนาจที่จะทำได้ด้วย อันนี้เป็นหัวข้อที่น่าสนใจ ส่วนเรื่องความจำเป็นว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีการรณรงค์มาตตอนนี้หรือไม่ คิดว่าเป็นเรื่องที่ต้องมีการระดมความคิดของหลายฝ่าย มากกว่าความเห็นของแพทย์คนเดียว ต้องมองในแง่ว่าอาจจะต้องมีนักประชากรศาสตร์มานั่งคุยด้วยว่า การยุติชีวิตคนไข้ระยะสุดท้ายจะมีผลอะไรต่อระบบประชากรใหม่ ซึ่งคิดว่าเป็นคนละประเด็น เพราะประชากรที่เพิ่มขึ้นตอนนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 62 ประชากรผู้สูงอายุเกิน 20% แล้ว ในผู้สูงอายุมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดมะเร็งหรือโรคเรื้อรังมากขึ้น และจะนำไปสู่ภาวะผู้ป่วยระยะสุดท้ายมากขึ้น นี่เป็นหน้าที่ของสำนักประชากรศาสตร์ที่จะต้องวิเคราะห์ว่ามีความจำเป็นเร่งด่วนแค่ไหนที่จะต้องขจัดประชากรส่วนนี้ออกไป รัฐมีภาระต้องดูแลคนไข้ส่วนนี้มากน้อยแค่ไหน ก็ต้อง

ซึ่งน้ำหนักดู เป็นเรื่องของนโยบายระดับชาติว่าจำเป็นหรือไม่จำเป็น ความคิดเห็นของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะแพทย์คนเดียวไม่สามารถเป็นตัวแทนของเรื่องนี้ได้ การดูแลคนไข้ระยะสุดท้าย สิ่งที่สำคัญคือ ‘การให้คนไข้ได้ตายดี’ การตายที่ดีคือ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมาน เป็นไปตามธรรมชาติ ไม่มีกรีย้อ เราต้องมาดูว่าแต่ละอย่างเราได้ทำเต็มที่เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับคนไข้หรือยัง ส่วนใหญ่แล้ว คนไข้ที่ร้องขอการุณยฆาตมักเป็นคนไข้ที่ตกอยู่ในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ยังทำไม่เต็มที่ ดังนั้น การทำการุณยฆาตจึงไม่ใช่ประเด็น ประเด็นคือเราต้องมาวิเคราะห์หาสาเหตุว่าทำไมคนไข้จึงไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพนั้น ไม่ว่าจะมีความทรมานทางกายหรือทางใจ เช่น ถูกทอดทิ้ง ไม่มีญาติมาเยี่ยม หรือมีความขัดแย้งในใจกับคนใกล้ชิด เราต้องจัดการเคลียร์ตรงนี้ให้เขา การการุณยฆาตไม่ได้ตอบปัญหาทุกอย่าง เราควรจะไปหารากเหง้ามากกว่าว่าทำไมเขาถึงคิดจะทำอย่างนั้น โดยธรรมชาติแล้ว มนุษย์ทุกคนรักชีวิต แม้ว่าป่วยอยู่ คนไข้ทุกคนก็รักชีวิต ดังนั้น เราต้องไปหาสาเหตุว่าทำไมเขาจึงไม่รักชีวิตตัวเอง

ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C01-3 ที่มองว่าในปัจจุบันยังไม่จำเป็น แต่ในอนาคตอาจจำเป็นมากขึ้นจากปัจจัยหลายอย่างที่เปลี่ยนไป “คิดว่า ณ ตอนนี้อย่างไรยังไม่จำเป็นมากนัก แต่ในอนาคต อาจจำเป็นมากขึ้น เนื่องจากสังคมเปลี่ยน ครอบครัวเล็กลง มีคนดูแลน้อยลง คนอาจไม่อยากเป็นภาระ ควรมีช่องทางให้ตัดสินใจได้ว่า เมื่อถึงเวลาที่นอนติดเตียง ก็ไม่อยากเป็นภาระสังคมหรือระบบราชการ ขอจากไปดีกว่า การตัดสินใจควรเป็นการประเมินร่วมกัน ว่าคนไข้เลือกทางนี้ไว้แล้ว และแพทย์ลงความเห็นที่สามารถทำได้ ทุกอย่างควรถูกตกลงกันไว้ตั้งแต่ตอนที่คนไข้ยัง รู้เรื่อง รู้ตัวดี”

จากความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และความจำเป็นในเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย สามารถสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้

ตาราง 4 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย

| ผู้ให้ข้อมูลหลัก | ความคิดเห็น | | ความจำเป็น | | | เหตุผล |
|------------------|-------------|-------------|------------|-----------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | จำเป็น | ไม่จำเป็น | ควรเป็นตัวเลือก | |
| 1B00-1 | | ✓ | | ✓ | | มันเป็นการจบชีวิตหนึ่งชีวิต การทำเช่นนั้นอาจทำให้บุคลากรรู้สึกผิดในใจ |

ตาราง 5 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย (ต่อ)

| ผู้ให้ข้อมูล หลัก | ความคิดเห็น | | ความจำเป็น | | | เหตุผล |
|----------------------|-------------|-------------|------------|-----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | จำเป็น | ไม่จำเป็น | ควรเป็น ตัวเลือก | |
| 2C00-1 | | ✓ | | ✓ | | วัฒนธรรมสังคมไทยเป็นสิ่งควบคุมครอบครั ปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองมี ระบบที่ดีมากอยู่แล้ว |
| 2C00-2 | | ✓ | | ✓ | | เรื่องการรณุญาตเหมือนฆ่าตัวตาย เหมือนการตัดสินใจให้จบชีวิตตัวเอง เพื่อจบกับปัญหาที่เกิดขึ้น |
| 2C00-3 | | ✓ | | ✓ | | ขัดต่อจริยธรรมของบุคลากรทาง การแพทย์ เปรียบเหมือนการเร่งความ ตาย อาจกลายเป็นดาบสองคม |
| 1C01-1 | | ✓ | | ✓ | | แม้เจตนาดี ก็เป็นบาป เป็นเรื่องที่ ซับซ้อน ที่ต้องพิจารณาเป็นราย ๆ ไป |
| 1B01-2 | ✓ | | | | ✓ | ถ้าเข้าข่ายเกณฑ์ การรณุญาตจะทำให้ ทุกฝ่ายโอเคหมด คิดว่าน่าจะได้ ประโยชน์ทุกฝ่าย น่าจะมี option ให้ เลือกได้เลยว่าจะเลือกแบบไหน |
| 1B01-3 | ✓ | | ✓ | | | เป็นโอกาสที่ดีสำหรับผู้ป่วย ที่มีความ จำเป็น เพื่อลดความทุกข์ทรมาน |
| 2A01-1 | ✓ | | | | ✓ | น่าจะช่วยคนไข้ได้ แต่ยังคงมีความกังวล จะถูกนำไปใช้พำเพื่อ และนำไปใช้ ในทางที่ผิด |
| 2B01-2 | ✓ | | ✓ | | | รู้สึกว่ามันทรมาน หากคนไข้ไม่ได้มองใน มุมเดียวกับเรา มันก็เป็นสิทธิ์ที่เขาจะ เลือกว่าจะอยู่หรือจะไป |
| 2B02-1 | | ✓ | | | ✓ | ด้านหนึ่งก็มองว่าผู้ป่วยน่าจะเลือกได้ แต่ ถ้าตัดสินใจให้ชัทยาให้ตาย ก็เหมือนสั่ง ให้เขาฆ่า |
| 2A02-2 | | ✓ | | | ✓ | มองว่าการรณุญาตไม่ดี แต่การมีกรณ ุญาตอาจช่วยประหยังบประมาณได้มาก เพราะไม่ต้องสิ้นเปลืองกับการรักษาที่ไม่เกิด ประโยชน์ |

ตาราง 6 ตารางสรุปความคิดเห็นและความจำเป็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของประเทศไทย (ต่อ)

| ผู้ให้ข้อมูล หลัก | ความคิดเห็น | | ความจำเป็น | | | เหตุผล |
|----------------------|-------------|-------------|------------|-----------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | จำเป็น | ไม่จำเป็น | ควรเป็น ตัวเลือก | |
| 2C02-3 | | ✓ | | ✓ | | เป็นเรื่องผิดศีลธรรมตามหลักพุทธ และระบบ Palliative Care ของไทยดีอยู่แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องมีการการุณยฆาต |
| 1C03-1 | | ✓ | | ✓ | | เป็นเรื่องที่ผิดกฎหมายไทย ผิดหลักเวชจริยธรรมของแพทย์ |
| 1C04-1 | | ✓ | | ✓ | | มันผิดกฎหมาย และหมอมีหน้าที่ที่จะไม่ทำ do harm ไข้ใหม่ แต่ว่าการการุณยฆาตคือยืมมือ ยืมมือหมอฆ่าเขา |

โดยสรุปแล้ว จากความคิดเห็นส่วนตัวของบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรม และจริยธรรม การยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถือว่าการฆ่าผู้ป่วยในอีกรูปแบบหนึ่ง รวมไปถึงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ด้วยการดูแลแบบประคับประคองมีประสิทธิภาพอยู่แล้ว ส่วนประเด็นเรื่องความจำเป็นของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรจะให้เป็นตัวเลือกลำดับสำหรับผู้ป่วยเลือกว่าจะเข้ารับการดูแลแบบใด ตลอดจนมองว่าที่ยังให้เป็นตัวเลือกลำดับสำหรับผู้ป่วย เพราะในอนาคตด้วยสภาพสังคม และสภาพเศรษฐกิจที่จะมีการเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้ยังไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น แต่ยังคงเป็นเรื่องที่ต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต

4.3.2 ความเห็นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

จะศึกษาความเห็นของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแง่มุมต่าง ๆ ผ่านการวิเคราะห์เอกสาร และแหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ ประกอบกับข้อมูลบางส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

4.3.2.1 ด้านร่างกายและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่มักประสบกับความเจ็บปวดอย่างรุนแรง ซึ่งเป็นอาการที่บั่นทอนคุณภาพชีวิตมากที่สุด เนื่องจากเซลล์มะเร็งจะเติบโตและลุกลามไปยังอวัยวะต่าง ๆ ผลกระทบทางร่างกายที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องประสบ มีหลายอาการ เช่น อาการปวด อาการเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องผูก นอนไม่หลับ การปวดที่อวัยวะต่าง ๆ ที่เกิดจากจุดเริ่มเซลล์มะเร็งขยายตัวไปเบียดกับอวัยวะและอาการอื่น ๆ ที่ขึ้นอยู่กับชนิดมะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ ที่จะมีอาการปวดท้องอย่างรุนแรง มะเร็งปอด ที่จะมีเจ็บหน้าอก ไออย่างรุนแรง มีเลือดหรือเสมหะปน น้ำท่วมปอด มะเร็งตับ ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ช่องท้อง เป็นต้น ยังไม่รวมถึงขั้นตอนในการรักษาจนเซลล์มะเร็งแพร่ไปทุกอวัยวะ และเข้าสู่ระยะท้ายที่มีความเจ็บปวดและทรมาน จากการให้สัมภาษณ์ของอิริชญา ใจวิจิตร ที่ให้สัมภาษณ์กับ BBC ถึงเรื่องราวของคุณแม่ที่เป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (BBC, 2023) ที่มีบทสัมภาษณ์ส่วนหนึ่งว่า "ทำคีโมหลาย ๆ ครั้งเข้า คุณแม่ก็ไม่ไหว แม่บอกว่าการทำแบบนี้ แม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งตายดีกว่า ทำคีโมอาจจะทรมานกว่า เป็นมะเร็งอาจจะไม่ทรมานเท่าคีโมก็ได้ แม่คิดแบบนี้ก็ตัดสินใจว่าหยุด"

หรือบทสัมภาษณ์ของ กฤติน ลิขิตปริญญา ที่ได้มีการพูดคุยกับพี่สาวซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย (กฤติน ลิขิตปริญญา, ม.ป.ป.) โดยได้มีการเล่าถึงความทรมานจากการป่วยส่วนหนึ่งว่า "พี่ต้องเจออะไรบ้าง ดุสิตต้องขาบวม ต้องโน้นนั่นนี่ แล้วปวดแบบมะเร็งอะ มันปวดมากจริง ๆ พี่เคยเป็น ไม้กินยา ก็คืออยู่ไม่ได้ บางคนกินยาแล้วยังไม่หายก็มี" "ปวดมะเร็งนะ รู้เลยว่าปวดมะเร็ง มันปวดมาก ๆ เหมือนของพี่มันลามไปที่กระดูกด้วย มันปวดแบบมันปวด แก...ถ้าแก้ปวดแบบนี้ทุกวันตลอดเวลา แกก็ตายได้เหมือนกัน คือพี่คิดว่า ความตายมันไม่น่ากลัวหรอก แต่ระหว่างทางก่อนที่เราจะตายนั้นแหละ น่ากลัว เบสิกเลยนะ มันมีตั้งแต่ ผมร่วง คลื่นไส้-อาเจียน ร่างกายอ่อนแอ อันนี้คืออาการเบสิกนะ แต่พี่ไม่ค่อยเป็นหรอก เป็นแต่แบบแอดวานซ์ จริง ๆ มันก็แล้วแต่ตัวยานะ เช่น บางตัวทำให้เลือดเย็น มันจะหนาว หนาวแบบหนาวสันห่มผ้าเท่าไรก็ไม่หาย หนาวเข้าไปถึงกระดูก ไม่รู้จะหายหนาวเมื่อไหร่ ยาบางตัวทำให้เป็นสิวมืดขาวสารที่หน้า เป็นเท่าไรก็ไม่หายสักที บางตัวทำให้ท้องผูก ท้องเสีย แล้วก็เข้าห้องน้ำอยู่อย่างนั้น ยาตัวล่าสุดก็ทำให้ขาบวม เพราะร่างกายขับน้ำออกได้น้อย บางตัวทำให้มือชาเท้าชา อันนี้เกลียดมากเลย มันเหมือนฉันเหยียบอยู่บนกรวดตลอดเวลา มันชาอยู่อย่างนั้น เวลานอนแล้วมันนอนลำบากมากเลย ต้องพีนฟูเยอะมาก ๆ เลยจากการรักษา" ยังมีกรณีของชายไทยเจ้าของเฟซบุ๊ก " Vis Arshanakh" ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งสมองและได้เข้ารับการรักษาที่ประเทศ

สวิตเซอร์แลนด์ได้เขียนเล่าเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตัวเองไว้ว่า ตนเองมีอาการป่วยเป็นเนื้องอกในสมองมากกว่า 10 ปีแล้ว และได้ผ่าตัดเนื้องอกในสมองมาแล้ว 3 ครั้ง แต่ก็ยังไม่หายขาด และตั้งแต่หลังผ่าตัดครั้งแรก

จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้เล่าถึงประสบการณ์ความทุกข์ทรมานที่ได้รับจากทั้งตัวโรคและการรักษา ปัจจุบันประเทศไทยมีขั้นตอนสำหรับบรรเทาความทุกข์ทรมานดังกล่าวด้วยการรักษาตามอาการ เช่น หากมีอาการปวด ก็จะให้มอร์ฟีนเพื่อบรรเทาอาการปวด ปัญหาทางการขับถ่ายก็ต้องใช้สายสวนปัสสาวะ ปัญหาการรับประทานอาหารที่จะต้องให้การเจาะคอและให้อาหารเหลวผ่านทางสายยาง ปัญหาด้านการหายใจ จะใช้การดูดเสมหะ ยังไม่รวมถึงการติดเชื้อที่ง่ายขึ้น ในระหว่างการรักษาแบบคีโม ฉายแสง หรือการให้ยาแบบมุ่งเป้า

สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2C00-3 ที่อธิบายถึงความยากลำบากทางกายของผู้ป่วยไว้ว่า “สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อแต่ยังสามารถสื่อสารได้แต่พูดไม่ได้ หากผู้ป่วยเขียนได้จะให้เขียน แต่ถ้าเขียนไม่ได้ จะใช้วิธีการสื่อสารแบบอื่น เช่น การให้ผู้ป่วยกระพริบตา (กระพริบตา 1 ที หรือ 2 ที) วิธีการนี้ใช้ได้ผลดีกว่าการให้จับมือบีบเพราะผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีแรง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว หรืออยู่ในภาวะที่เรียกว่าภาวะผัก ผู้ป่วยมะเร็งนั้นมักไม่ใช่ภาวะผักแบบโรคหลอดเลือดสมอง แต่จะเป็นเรื่องของความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของโรคมากกว่า”

4.3.2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์

ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์เป็นอีกหนึ่งมิติสำคัญที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญ ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักจะมีผลทางด้านจิตใจ เริ่มต้นตั้งแต่การรับรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็ง เมื่อการดำรงอยู่ของโรคผ่านกระบวนการรักษา หากพบว่าวิธีการรักษาที่ตนเองได้รับไม่ได้อะไร ย่อมจะเริ่มส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จนไปถึงระยะสุดท้าย ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหมดหวัง สิ้นหวัง ตามมาด้วยการเป็นโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาของสมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต เรื่อง “ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล” (สมนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต, 2562) ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งในระหว่างได้รับเคมีบำบัด มีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 4 ลักษณะ ได้แก่

1. ภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตในแต่ละวัน หากการดำเนินของโรคมะเร็งไปเรื่อย ๆ จะทำให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้

2. ความวิตกกังวล เป็นอาการของภาวะด้านจิตใจที่พบได้บ่อย เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลจะพบตั้งแต่การรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็ง นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่ใช้วิธีการรักษามากกว่า 1 วิธี จะมีระดับความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่รักษาวิธีเดียว ตลอดจนความกังวลเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่จากความเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงอย่างโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรักษาด้วยเคมีบำบัด เนื่องจากมีข้างเคียงมากมาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง อ่อนเพลีย เป็นต้น ซึ่งผลข้างเคียงในเรื่องผอมลง ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องของภาพลักษณ์มากขึ้นกว่าเดิม

3. ความกลัว ต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนการรักษาต่าง ๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษาที่ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยที่มีความไม่มั่นคงของจิตใจอยู่เดิม ยิ่งทำให้มีความกลัวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งบางรายที่อาการของโรคไม่รุนแรง หรืออาจรักษาหายแล้ว ยังคงมีความกลัวในการกลับเป็นซ้ำของโรค และ ความกลัวต่อค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษา ที่พอรักษาไปนานขึ้น ค่าใช้จ่ายก็สูงขึ้น หรืออาจจะต้องใช้ยาที่มีราคาแพงในการรักษา

4. ความรู้สึกไม่แน่นอน ผู้ป่วยมะเร็งหลายรายความรู้สึกไม่แน่นอนหลายประการ เช่น การดำเนินของโรคที่เกิดขึ้น, ผลข้างเคียงจากการรักษา, การกลับเป็นซ้ำของโรค, ความไม่รู้ว่ววิธีการรักษาที่ได้รับจะช่วยยับยั้งเซลล์มะเร็งได้หรือไม่ ต้องใช้วิธีการรักษาแบบไหน ใช้เวลานานเท่าไร ซึ่งปัจจัยที่ไม่สามารถคาดเดาต่าง ๆ ได้นั้น เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอน

ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจ ยังสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 2B01-2 ที่ให้ข้อมูลว่า “ความยากของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือเป็นเรื่องของความเข้าใจ เพราะครั้งแรกที่รู้ว่าเป็นมะเร็ง อาจจะมีเรื่องของความยังไม่ยอมรับในโรค และบางคนก็ความหวังในการรักษาหรือการใช้ชีวิตต่อ อาจจะไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่ค่อยอยากทำอะไรรับ ถ้าเจอเคสที่เหมือนไม่ค่อยมีความหวังหรือรู้สึกสิ้นหวัง ก็จะทำให้กำลังใจ หรือ empower ไปว่า ชีวิตเราไม่ได้อยู่แค่กับโรคอย่างเดียว เรายังต้องอยู่กับคนอื่น ยังมีญาติ มีชีวิตที่เราต้องอยู่ต่อ บอกเขาว่าชีวิตเขายังมีค่าอะไรบ้าง ที่จะต้องทำต่อ ให้เขามองเห็นค่าตัวเอง” สอดคล้องกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 1B00-1 ที่พบว่า ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือเรื่องของการยอมรับ “การที่ใครคนหนึ่งจะยอมรับว่า

ตัวเองกำลังจะเสียชีวิตในอนาคตเป็นเรื่องที่อาจมีปัญหา นอกจากผู้ป่วยจะต้องยอมรับแล้ว ญาติต้องยอมรับด้วย ในตอนแรกอาจต้องค่อย ๆ ค่อย ๆ เข้าไปในจิตใจพวกเขา ค่อยเป็นขั้นตอนและค่อย ๆ ทำความสนิทสนม จากนั้นค่อย ๆ ให้เขารู้ว่าในอนาคตเขาจะต้องเจออะไรบ้าง เมื่อเขารู้และพอจะยอมรับได้ ซึ่งอาจต้องใช้เวลา” และข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักรหัส 2B02-1 ที่ให้ข้อมูลของลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับเคมีบำบัดว่า “หากเป็นระยะแรก ๆ ผู้ป่วยจะมีลักษณะวิตกกังวลมาก แต่เรื่องเรียวแรงยังคงมีอยู่ จะเน้นไปที่ความวิตกกังวลมากกว่า ถ้าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย พวกเขาจะมีลักษณะท้อแท้ ซึ่งเป็นลักษณะที่แตกต่างกันไป บางคนก็ท้อแท้ ไม่เอาอะไรแล้ว ไม่อยากให้อายุแล้ว” และสอดคล้องกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักรหัส 2C00-2 ว่า “ความยากมันขึ้นอยู่กับความรู้และการยอมรับของคนไข้ คือการที่จะทลายกำแพงหรือการที่จะให้เขายอมรับในสิ่งที่ตัวเองเป็น พอคนไข้รู้แล้วว่าตัวเองเป็นมะเร็ง สิ่งแรกเลยคือเขากลับตาย ความหวังคือเขาอยากหาย”

นอกจากนี้ ยังพบความเชื่อมโยงที่ระหว่างความทุกข์ทรมานทางกาย กับทางจิตใจ เช่น การไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ หรือน้ำหนักลดลง สามารถกระตุ้นให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจ เช่น ความหงุดหงิด ความวิตกกังวล และความเศร้า ในทางกลับกัน ภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงก็ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเศร้า จนเบื่ออาหาร ทำให้สุขภาพแย่ลงไปอีก

4.3.2.3 ด้านเศรษฐกิจ

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทยนั้นมีนัยสำคัญและสร้างภาระอย่างมากต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความกังวลด้านเศรษฐกิจและสังคมนี้เป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว และอาจนำไปสู่ความปรารถนาที่จะยุติชีวิต จากงานวิจัยของวิณิตา วาจาเทียง เรื่อง “ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต” (วิณิตา วาจาเทียง, 2568) พบว่า ในกรณีที่ไม่ได้เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาที่โรงพยาบาลตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยจนเสียชีวิตแบ่งเป็น แผนก OPD มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 2,755-15,201 บาท แผนก IPD มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 31,645-145,651 บาท แผนก ICU มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 51,978.5-182,831 บาท หรือจากการศึกษาของนิลิตา ศรีไพบุณยกิจ โภคนิตย และคณะ เรื่อง “การศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ : การรักษาแบบผสมผสานกับการดูแลแบบประคับประคองเทียบกับการรักษา

มาตรฐาน” (นิลทิศา ศรีไพพลยกิจ โถคนิตย์ และคณะ, 2568) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน มีค่าใช้จ่ายมีค่าใช้จ่ายก่อนเสียชีวิตที่ 1 เดือน 258,476 บาท 3 เดือน 376,494.80 บาท และ 6 เดือนก่อน 494,303.20 บาท

โดยสรุปแล้ว ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญความทุกข์ทรมานหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ที่เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายแล้ว ร่างกายของผู้ป่วยก็มีความเปลี่ยนแปลงไป ทั้งการเบื่ออาหาร อาการปวดในอวัยวะส่วนต่าง ๆ อาการเหนื่อย ซึ่งความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันที่เคยทำได้ในปกติ จนนำไปสู่ปัญหาทางด้านจิตใจ ที่ผู้ป่วยมีความท้อแท้ ห่อเหี่ยว จนนำไปสู่การเป็นโรคซึมเศร้าต่อมา และยังส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ตั้งแต่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง จนมาถึงระยะสุดท้าย ที่มีค่าใช้จ่ายในส่วนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ค่ายารักษาโรคในระยะเวลาต่าง ๆ ค่าเคมี ค่าการฉายรังสีเพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง ค่าห้องพักผู้ป่วยในช่วงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อม เช่น ค่าเดินทางจากบ้านไปโรงพยาบาล ค่าผู้ดูแล ค่าอุปกรณ์สำหรับใช้ในชีวิตรประจำวัน ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้ เป็นค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องพบเจอ ซึ่งถึงแม้จะเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ที่ไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่ไม่จำเป็น แต่ก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายในอุปกรณ์สิ้นเปลืองต่าง ๆ เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ค่าสายยางสำหรับการให้อาหาร ค่าออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวแม้จะไม่ได้มากมาย และครอบคลุมถึงสิทธิการรักษาของคนไทย แต่สำหรับผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน ก็นับว่าเป็นความยากอย่างหนึ่ง ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปด้วยความสุขตามที่ต้องการ

จากมุมมองและความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่การกำหนดปัญหาและประชากรเป้าหมายที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น กำหนดนิยามของปัญหา และผู้ที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการวางกรอบนโยบาย และสามารถทำให้เข้าใจกับช่องว่าง (Gaps) ของปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจะช่วยให้ประเมินความสมเหตุสมผลและความเป็นไปได้

4.3.3 ความเห็นและทัศนคติของบุคลากรทางด้านนโยบายถึงความจำเป็นของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย

บุคลากรทางด้านนโยบาย เป็นผู้กำหนดนโยบาย (Decision Makers) ที่รับผิดชอบในการตัดสินใจว่าจะริเริ่ม, ดำเนินการต่อ หรือยุตินโยบายต่าง ๆ รวมไปถึงเป็นผู้ที่กำหนดทิศทางและจัดสรรงบประมาณ สำหรับการอนุญาตแพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทยไปปฏิบัติ รวมถึงเป็นผู้ประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น

ความเห็นของบุคลากรทางด้านนโยบายส่วนใหญ่ มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือมองว่ายังเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น เนื่องด้วยข้อจำกัดทั้งทางด้านกฎหมาย ที่ปัจจุบันยังไม่อนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ร้องขอก็ตาม รวมไปถึงปัจจุบันก็มีการดูแลแบบประคับประคองอยู่แล้ว จึงยังมองว่าไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น และเหตุผลทางด้านสังคมไทย ที่แตกต่างกับต่างประเทศ สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X08-1 ที่มองว่าปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายรองรับในเรื่องดังกล่าว และถ้าหากในอนาคตมีการการุณยฆาตเกิดขึ้น ก็จำเป็นที่จะต้องมีการดูแลแบบประคับประคองให้ดีที่สุดก่อน “ณ ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ยังไม่สามารถกระทำการดังกล่าวได้ แม้ว่าผู้ป่วยจะร้องขอ อย่างไรก็ตาม หากมองถึงอนาคต ถ้าเรื่องการุณยฆาตจะเกิดขึ้นได้ในสังคมไทย จะต้องมีการมีพื้นฐานของระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ค่อนข้างเข้มแข็งรองรับเสียก่อน แนวคิดคือ คนที่จะเข้ารับการุณยฆาตควรจะต้องเข้าสู่ระบบ Palliative Care ก่อน และหาก Palliative Care ไม่ได้ผล จึงจะเป็นทางเลือกของการุณยฆาต และมองว่า ทางเลือกที่ดีที่สุดในปัจจุบันคือการดูแลแบบประคับประคอง. เนื่องจากเน้นการดูแลในระยะสุดท้ายที่มุ่งให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด และไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน หากระบบ Palliative Care เข้มแข็ง การุณยฆาตก็อาจจะไม่มีความจำเป็น” ซึ่งกล่าวตรงกับความเห็นของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X05-1 ที่ว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายในเรื่องดังกล่าว “ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายที่จะรับรองว่าบุคคลสามารถจบชีวิตตนเองด้วยวิธีการการุณยฆาตได้ และยืนยันว่า คงยังไม่มีแพทย์คนไหนกล้าทำในขณะนี้ และยังไม่ใช่เรื่องเร่งด่วนสำหรับประเทศไทย ส่วนหนึ่งเชื่อว่าในอนาคต วิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งอาจมีความก้าวหน้าและดีขึ้น บางทีการการุณยฆาตก็อาจจะไม่จำเป็น”

ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X05-2 ให้ความเห็นที่ “มองว่ายังคงต้องมีการให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาให้ดีที่สุดก่อน หรือพูดง่าย ๆ คือ Palliative Care ของเรานั้นดีแล้วหรือยัง และเราได้แก้ไขปัญหา Pain point ของผู้ป่วยหมดแล้วหรือยัง เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้า (depression) ต้องถามว่าเราแก้ปัญหาลด depression ให้ผู้ป่วยได้อย่างไร ไม่ใช่แค่ให้ยา แต่ต้องแก้ด้วยการให้คำปรึกษา และมีกระบวนการที่ต้องเข้มข้น มากขึ้นสำหรับคนกลุ่มนี้ เขามองว่าไม่ว่าจะเป็นคนกลุ่มนี้ หรือคนที่ยังไม่ถึงขั้นวิกฤต ควรได้รับการแก้ไขปัญหามาให้ดีที่สุด พร้อมอธิบายว่าในตอนนี้นักกฎหมายยังไม่รองรับ หากจะพัฒนาเรื่องนี้ จะต้องนำองค์ความรู้และวิชาการมาพูดคุยกัน อ้างอิงจากต่างประเทศและข้อมูลอื่น ๆ ซึ่งเป็นเวทีสำหรับอนาคต เรื่องนี้ต้องขับเคลื่อนด้วยองค์ความรู้ โดยเริ่มจากวงวิชาการ จากนั้น ต้องนำความคิดนี้ไปสู่สังคม ให้ผ่านกลุ่มประชาสังคม และตกลึกออกมา จึงจะกลายเป็นนโยบายและกฎหมายได้ เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งในสังคม”

สอดคล้องกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X07-1 ที่มองว่าต้องมีการศึกษาให้ดีเสียก่อน “ถึงจุดหนึ่งผมก็คิดว่าจำเป็น ตอนนี้อย่างไม่จำเป็น แต่จะต้องคุยกัน จำเป็นที่จะต้องมีการศึกษา และ จำเป็นที่จะต้องพูดคุยเพื่อชี้ให้เห็นช่องว่างของระบบการตายในประเทศไทย” และผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X06-1 ที่มองว่าเรื่องดังกล่าวอาจจะเป็นเรื่องที่ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์กันในสังคม อย่างหนัก เชื่อว่าโดยแท้จริงแล้วผู้ป่วยที่ร้องขอความตายอาจไม่ได้อยากตายจริง ๆ และลูกหลานก็ ไม่ได้อยากให้ตาย การไปออกกฎหมายทำไมจึงเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็น บริบทสังคมไทยยังไม่เหมาะสม เปรียบเทียบกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีเหตุผลทางเศรษฐกิจเข้ามา เกี่ยวข้อง ค่าใช้จ่ายในการดูแลในประเทศที่เจริญแล้วนั้นสูงมาก ลูกหลานไม่มีเวลาดูแล และการ จ้างผู้ดูแลก็มีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งแตกต่างจากสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบทที่ยังอยู่กันเป็นครอบครัว และดูแลกันเองได้”

อย่างไรก็ตาม ยังมีความเห็นที่มองว่าการยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะ สุดท้ายอาจจะเป็นเรื่องจำเป็นแล้ว เหตุเพราะ ถึงแม้จะมีการดูแลแบบประคับประคองแล้ว ก็ เพียงการดูแลแบบชั่วคราวเท่านั้น และยังคงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงอยู่ โดยปัจจุบัน การดูแล แบบประคับประคอง มีอยู่ในการดูแลจาก 3 กองทุนที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนซึ่งได้แก่ สิทธิสวัสดิการ ค่าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าทั้ง 3 กองทุน มีสิทธิ ประโยชน์ในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน และมีความเหลื่อมล้ำกันมากเพราะสิทธิ ราชการและสิทธิประกันสังคมนั้นมีเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาล ใน ชุมชนและที่บ้าน (healthstation, 2565) ถ้ามีการยุติชีวิตผู้ป่วยก็จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจาก ทั้งผู้ป่วย และของรัฐเองด้วย สอดคล้องกับข้อมูลของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X08-1 ที่มองว่า หากมี การยุติชีวิตจะทำให้รัฐสามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขไปได้อีก “อาจใช้ประมาณน้อยกว่า Palliative Care เสียอีก ถ้าหากนโยบายนี้สามารถเข้าสู่ระบบ สปสช. ได้ ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ ต้องเสียเงินเลย”

ประเด็นหนึ่งที่สำคัญ จนทำให้เป็นประเด็นที่นำไปสู่การถกเถียงของคนใน สังคม คือประเด็นในเรื่องสิทธิมนุษยชน และสิทธิส่วนบุคคล กล่าวคือ คนในสังคมและคนรุ่นใหม่มี การตระหนักเรื่องสิทธิมนุษยชน และเรื่องสิทธิส่วนบุคคลมากขึ้น สังเกตได้จากการเรียกร้องสิทธิ เมื่อถูกละเมิด ก็จะออกมาเรียกร้องให้แก่ปัญหาและความเป็นธรรมมากขึ้น การให้ความสนใจกับ การเลือกปฏิบัติ ที่ผู้คนในสังคมให้ความสนใจและวิพากษ์วิจารณ์การเลือกปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ตลอดจนการเรียกร้องสิทธิต่าง เช่น การเรียกสิทธิในการสมรสระหว่างเพศเดียวกันหรือสมรสเท่าเทียม

ที่คนในสังคมให้ความสนใจและเรียกร้องจนสามารถผลักดันเป็นกฎหมายสำเร็จ เป็นต้น ดังนั้นแล้ว จึงคนในสังคมไม่น้อยที่มองว่า “ในเมื่อเลือกเกิดไม่ได้ แล้วเลือกตายได้หรือไม่” จึงมีประเด็นในการเรียกร้องให้สามารถยุติชีวิตผู้ระยะสุดท้าย ตลอดจนในปัจจุบันโครงสร้างในสังคมเปลี่ยนไป มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเดี่ยวนมากขึ้น การมีลูกลดลง รวมทั้งการเห็นภาพของผู้ป่วยติดเตียงที่ต้องอยู่คนเดียวขาดผู้ดูแล ขาดคุณภาพชีวิตที่ดี เลยมองว่าหากต้องมีชีวิตในระยะสุดท้ายแบบไม่มีความสุข ก็สมควรที่จะสามารถยุติชีวิตของตนเองภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ได้ เพื่อให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะสุดท้ายของชีวิตตนเอง สอดคล้องกับความเห็นของ ผู้ให้ข้อมูลหลัก รหัส 3X07-1 ที่มองว่า “ตอนนี้ถ้าจะมองว่ายุติชีวิตคือ Euthanasia หรือ ตายอย่างมีศักดิ์ศรีตายดี การตายดีไม่ได้มาจากแค่การยุติชีวิต แต่รวมถึงการตายตามธรรมชาติที่ได้รับการดูแลด้วย ซึ่งเป็นความหมายกว้างในเชิงบวก ในเรื่องการยุติชีวิต เรามีสิทธิ์แล้ว พรบ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 กำหนดสิทธิให้บุคคลสามารถ ปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ และได้รับ การดูแลแบบประคับประคอง นี่คือนิติสิทธิในการยุติชีวิตในเชิง passive คือไม่รับการรักษาที่รุกราน ทำร้ายร่างกาย หรือเพิ่มความทรมาน เราได้สิทธิ์นี้มาครั้งหนึ่งแล้ว ถ้ามองว่าสิทธิ์มี 3 อย่าง คือ เร่งการตาย, ตายตามธรรมชาติ, และยื้อการตาย ตอนนี้เรามีสิทธิ์ที่จะตายตามธรรมชาติและปฏิเสธการยื้อการตายแล้ว แต่ยังไม่มียุติสิทธิ์ที่จะเร่งให้การตายถึงเร็วขึ้นเพื่อข้ามช่วงที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายไป โดยรวมแล้ว เรามีสิทธิ์จำนวนหนึ่ง แต่ยังไม่ทั้งหมดเพราะเราไม่ได้เสนอแต่สิทธิ์ที่จะเร่งการตาย สิทธิ์ที่จะเร่งการตายก็ระบุไว้อย่างรัดกุมว่าบุคคลมีสิทธิ์ยุติชีวิตจาก โรคทางกายที่รักษาไม่หายไม่ได้ และต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วย ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเวช มีสติสัมปชัญญะ ไม่ใช่ชราอายุมากแล้วถึงจะตายได้ แต่ต้องป่วยซีเรียส นี่ถือว่าก้าวหน้าจากสิทธิ์ที่มีอยู่เล็กน้อย ต้องพิสูจน์ได้ก่อนว่ารักษาไม่หายแล้ว รายละเอียดในชุดนโยบายไม่ได้บอกว่าต้องมีคณะกรรมการประเมินจึงจะยุติชีวิตได้ การเสนอชุดนี้ด้านหนึ่งคือ มองว่าในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมี Palliative Care ที่ครอบคลุม แล้ว เขาก็เปิดสิทธิ์นี้ (medical assistance in dying) เพื่อสร้างบทสนทนาว่าระบบดูแลในปัจจุบันยังไม่ครอบคลุมอย่างไร เป็นโอกาสที่จะหันกลับมามองระบบ Palliative Care ว่ายังไม่เต็มที่ และผลักดันให้ครอบคลุม เต็มที่ และมีคุณภาพก่อน เราจึงเสนอเรื่องนี้เพื่อให้สังคมเห็นระบบที่ไม่เต็มที่ ประการที่สองคือ การมองเห็นประเทศที่มีการเปิดสิทธิ์นี้อยู่ และชวนให้มองว่านี่เป็นสิทธิ์ที่ประชาชนทำได้ ในประเทศที่จัดการได้ดี การเปิดสิทธิ์ medical assistance in dying เพิ่มการเข้าถึง Palliative Care เพิ่มการเรียนรู้การดูแลการตาย และ เคารพความต้องการของประชาชน คือเป็นการแพทย์แบบ เน้นคุณค่า ว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ก็พยายามจัดบริการให้ได้รับการดูแลตามนั้น

สำหรับการตอบรับในนโยบายดังกล่าว ได้รับการตอบรับเชิงบวกและเกินคาด ต่างจากช่วงปี 2550 ที่เคยคุยเรื่องการรณรงค์/การปฏิบัติการรักษา ซึ่งมีการตั้งคำถามมาก และมีกลุ่มประท้วงในประเด็นคุณค่าชีวิตหรือว่าเป็นปาณาติบาตหรือไม่ แต่พอเปิดนโยบายเลือกตั้ง ประชาชนไม่ค่อยใช้มูมนามามากถึงเท่าไรหรอก กลับกลายเป็นว่าปัจจุบันประชาชนเรียกร้องสิทธิที่จะยุติชีวิตตัวเอง มากกว่า ที่พรรคคิดเสียอีก ซึ่งค่อนข้างตรงกับบุคลากรสุขภาพที่มองว่าทำได้ ถ้า Palliative Care เข้มแข็งก่อน ตอนนี้อยู่ Palliative Care ยังอ่อนแอ ไม่ครอบคลุม คุณภาพน้อย คนทำงานยังไม่มี จึงยังจินตนาการไปถึงขั้นนั้นไม่ได้ แต่พวกเขาก็เห็นด้วยที่จะเปิดบทสนทนาเรื่องนี้ตั้งแต่ตอนนี้ เพราะกว่าจะทำได้ก็ใช้เวลาหลายปี ผังประชาชนตอบรับและต้องการ) เจอที่ไหนก็จะบอกว่า "ช่วยทำให้หน่อย" สาเหตุที่ทำให้นโยบายดังกล่าวได้รับความนิยม น่าจะมาจาก 3 ส่วนหลัก คือ

1. สิทธิมนุษยชน เสรีภาพของปัจเจกชน เป็นคุณค่าที่ผู้คนต้องการมากขึ้น ซึ่งเป็นปฏิกิริยาต่อรัฐที่ละเมิดสิทธิมนุษยชน ประชาชนรู้สึกว่าควบคุมชีวิตไม่ค่อยได้ รัฐเข้ามาจำกัดเจ้าการ ตอนมีชีวิตก็ขยับยาก จะพูดอะไรต้องระวัง ตอนตายก็ขอแล้วกัน มันเป็นชุดเดียวกันที่ขอควบคุมชีวิตตัวเอง มีดียูทานาเซียมีมติสิทธิปัจเจกเยอะมาก และเป็นสุดยอดของการควบคุมชีวิตตัวเอง ถ้าต้องการยุติชีวิตแล้วคนรอบข้าง รัฐยอมรับ/เคารพ ก็ตอบสนองความต้องการนี้

2. ความเชื่อทางศาสนาเบาบางลง คนไทยอาจบอกเป็นชาวพุทธ แต่ความเคร่งครัดหรือความหมายของความเชื่อทางศาสนาเบาบางลง ที่จะให้อธิบายว่าชีวิตที่ดีสังคมที่ดีควรเป็นอย่างไร ดังนั้นข้อถกเถียงเกี่ยวกับศาสนาจึงไม่มากนัก เบาบางลง ก็มาจากความอ่อนแอของหลักธรรมคำสอนทางศาสนาด้วย

3. มิติทางเศรษฐกิจและสังคม กังวลในภาวะที่ไม่มีลูกหลานดูแล ค่าใช้จ่ายดูแลช่วงท้าย/ผู้สูงอายุแพง ภาพอนาคตที่ดูแลผู้ป่วยติดเตียงคงแพงมากและต้องพึ่งพาคนอื่น ซึ่งขัดกับคุณค่าเรื่องการพึ่งพาตัวเอง จะดีกว่าถ้าถึงเวลาที่ช่วยตัวเองไม่ได้แล้ว ขอสิทธิที่จะไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ปวดทรมาน ไม่มีเงินรักษา/ดูแล/จ่ายค่าบริการต่างๆ สิทธิที่จะเร่งยุติชีวิตน่าจะเป็นทางออกอันหนึ่งที่จะได้ไม่ทุกข์ทรมานทางเศรษฐกิจ ทางความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาคนอื่น"

การได้รับความคิดเห็นของบุคลากรทางด้านนโยบาย ถือได้ว่าเป็นการตีความและนิยามของปัญหา และวัตถุประสงค์ของนโยบาย ที่บุคลากรทางด้านนโยบายได้มองเห็น และสะท้อนออกเป็นนโยบาย หรือกฎหมายที่จะนำไปสู่การใช้อำนาจจริง โดยความเห็นของบุคลากรทางนโยบายมีส่วนอย่างมากในการตัดสินใจ

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “การประเมินความจำเป็นในการแพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

เนื่องจากแนวโน้มของปัญหาที่มีสถานการณ์ที่จะเพิ่มมากขึ้น สังเกตได้จากสถิติสาธารณสุข ที่พบว่า ในปี 2562 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 84,073 ราย ส่วนในปี 2566 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวน 86,310 ราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2568) และมีการคาดการณ์อีกว่าสถานการณ์ดังกล่าวจะรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากสภาพปัญหา และมลพิษในปัจจุบัน รวมไปถึงในปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Aged Society) เนื่องจากอัตราการเกิดของคนไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ที่มีสัดส่วนประชากรที่อายุมากกว่า 65 ปีถึงร้อยละ 20 หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีกว่าร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2584 (วิเศษ เกษมทรัพย์, 2564) กลายเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 3 ของโลก ตลอดจนปัญหาทางด้านต้นทุนของความจำเป็น ที่มีค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐ เอกชน หรือแม้กระทั่งครอบครัวของผู้ป่วยที่ต้องแบกรับ ค่าคาดการณ์กันว่าในปี 2580 อาจสูงถึง 1.9 แสนล้านบาท และถึงแม้ว่าจะมีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ในที่พักของผู้สูงอายุเอง ค่าใช้จ่ายก็ยังคงอยู่ 24,000 – 40,000 บาท ซึ่งยังคงถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงอยู่ (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2559) และความคาดหวังของสังคมที่เปลี่ยนไป ที่มีการตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน และสิทธิส่วนบุคคลมากขึ้น สะท้อนได้จาก การผลักดันกฎหมายยุติการตั้งครรรภ์ กฎหมายสมรสเท่าเทียม เป็นต้น

จากสถานการณ์ของปัญหาดังกล่าว นำไปสู่วัตถุประสงค์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คือ “เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 23 คน ประกอบกับการค้นคว้าทางเอกสาร โดยนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง และความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter H. Rossi โดยมีคำถามการวิจัยว่า “ประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องมีการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่” ผลการวิจัยพบว่า

จากกรอบของทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter H. Rossi สามารถนิยาม "ความจำเป็น" ในฐานะ "ช่องว่าง (Gap)" ตามหลักของ Peter H. Rossi กล่าวคือ ช่องว่างระหว่างของ "สภาพที่เป็นอยู่อย่างแท้จริง" คือ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ต้องประสบปัญหาความเจ็บปวดทางร่างกาย ความทุกข์ทางจิตใจ และปัญหาทางเศรษฐกิจ ที่ถึงแม้จะมีวิธีการดูแลในรูปแบบอื่นแล้ว ผู้ป่วยจำนวนมากก็ยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพได้ กับ "สภาพที่พึงประสงค์" ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเสียชีวิตอย่างสงบ มีศักดิ์ศรี และเป็นไปตามเจตจำนงของผู้ป่วย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนสิทธิของตนเองที่จะสามารถยุติชีวิตได้ภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ดังนั้น ช่องว่างของปัญหาข้างต้น จึงกลายเป็นช่องว่างของปัญหาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย

เพื่อตอบช่องว่างของปัญหาดังกล่าว สามารถอธิบายได้ด้วยความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งประกอบด้วย

บุคลากรทางการแพทย์ ที่ถึงแม้จะมีความเห็นทั้งด้วยและไม่เห็นด้วยต่อการยุติชีวิตผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ไม่ได้ขัดขวางกระบวนการกล่าว เหตุเพราะด้วยสภาพสังคมและสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การยุติชีวิตตัวเองของผู้ป่วยภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ อาจจะเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอนาคตก็ได้ บางส่วนมองว่าสมควรที่จะเป็นตัวเลือกให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนเสียชีวิต หรือจะเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนสุดความสามารถ แล้วจึงเข้ารับการยุติชีวิตตนเองภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ซึ่งก็จะต้องมีการศึกษาถึงความเป็นไปได้และกระบวนการเพื่อให้เหมาะสมต่อบริบทของประเทศไทย โดยถึงแม้จะมีความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์จำนวนหนึ่งที่ไม่เห็นด้วยและมองว่าไม่จำเป็น แต่เนื่องด้วยสภาพปัญหาที่เป็นอยู่อย่างแท้จริง ในส่วนของข้อเรียกร้องของคนในสังคมมีจำนวนมากขึ้น ดังนั้นแล้วอาจจะต้องศึกษากระบวนการเพื่อที่จะแก้ไขสภาพของปัญหา และประโยชน์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างสูงที่สุด

บุคลากรทางด้านนโยบาย ส่วนใหญ่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น แต่ก็ไม่ได้มีความคิดที่จะต่อต้าน เพียงแต่อยากให้ศึกษาจนครบถี่ถ้วนก่อน ถ้าอยากจะทำให้มีการประกาศใช้เป็นกฎหมายหรือนโยบาย อาจจะต้องเริ่มจากการที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ลงชื่อและจัดทำเป็นหนังสือส่งให้กับฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยอาจจะเป็นคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร ที่เป็นอีกหนึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อนโยบายต่าง ๆ มีการประชุมเพื่อศึกษาความเห็นและความเป็นไปได้

ผลักดันเข้าสู่สภา และประกาศเป็นนโยบายต่อไป แต่ในปัจจุบันเรายังไม่เห็นการรวมตัวของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องการเรียกร้องให้มีการยุติชีวิตตนเอง ซึ่งอาจจะมีหลายสาเหตุ เช่น ไม่มีผู้เริ่มจุดประเด็นหรือเข้าชื่อ, อากาของโรคที่ดำรงอยู่จนไม่รู้สึกรู้สีกตัว เป็นต้น ดังนั้น หากมีการรวมตัวเรียกร้องจากทั้งผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และบุคลากรทางการแพทย์ อาจจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะมีการศึกษาการการุณยฆาตอย่างจริงจังตามบริบทของสังคมไทย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จากการศึกษาผ่านเอกสาร พบว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน ระยะสุดท้ายก่อนที่จะเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบประคับประคองเฉลี่ยอยู่ที่ 20,000 บาท ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายแฝงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ค่าไฟจากการใช้เครื่องให้ออกซิเจนเพื่อช่วยหายใจ ค่าอาหารเหลวที่ต้องให้ผ่านทางสายยาง เป็นต้น ค่าใช้จ่ายดังกล่าวยังคงเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่าแรงขั้นต่ำของคนไทยที่อยู่วันละ 400 บาท ซึ่งยังไม่รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องไปดูแลต่อที่บ้านที่อาจจะไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีเตียงไว้สำหรับดูแล อย่างไรก็ตามถึงแม้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะสามารถเข้าถึงสิทธิการดูแลแบบประคับประคอง ผ่านสิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิของข้าราชการ แต่สิทธิประโยชน์ที่ได้รับกลับไม่ได้เท่ากัน บางสิทธิสามารถดูแลแบบประคับประคองได้ทั้งที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน แต่บางสิทธิต้องดูแลที่โรงพยาบาลเท่านั้น การเบิกจ่ายของผู้ป่วยจากทั้ง 3 สิทธิก็มีอัตราการเบิกจ่ายที่ไม่เท่ากัน จุดนี้เองจึงถือว่าเป็นช่องว่างขนาดใหญ่ของ “สภาพที่เป็นอยู่อย่างแท้จริง” กับ “สภาพที่พึงประสงค์” ที่ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และบุคลากรทางดำนนโยบายมองข้ามไป

การอภิปรายผล

ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก เหตุเพราะ

1. การรับรู้ของประชาชนในสังคมที่เปิดรับแนวคิดเรื่องการยุติชีวิต หรือการการุณยฆาตมากยิ่งขึ้น ผ่านการถกเถียงและเรียกร้องผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย มีการทำซีรียที่ทำให้แง่มุมต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เกี่ยวเนื่องกับการยุติชีวิต มีเวทีเสวนาถึงการการุณยฆาตในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าแนวคิดของคนในสังคมเริ่มยอมรับแนวคิดดังกล่าวมากขึ้น ถึงแม้กระทั่งในเรื่องการยุติชีวิตในระยะท้ายของชีวิต จะไม่ได้มีการเรียกร้องหรือรวมตัวกันจนเกิดเป็นสมาคม แต่เมื่อไหร่ที่มีกระแสหรือการจุดประเด็นดังกล่าว คนในสังคมก็ยังคงที่จะถกเถียงในประเด็นนี้ และเรียกร้องให้ประเทศไทยควรมีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะท้าย หรือการการุณยฆาต ในประเด็นนี้เอง อาจสะท้อนไปถึงวิธีการหรือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในระบบสาธารณสุขของ

ประเทศไทย เหตุเพราะการดูแลแบบประคับประคองที่ถึงแม้ว่าจะประกาศเป็นหนึ่งในนโยบายกระทรวง แต่ยังมีข้อจำกัดทั้งในด้านบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองยังมีอยู่น้อยมาก ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เท่านั้น และผู้ที่มีความในเรื่องนี้ส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาล ที่ไม่สามารถมีสิทธิสั่งการหรือตัดสินใจได้ บางครั้งจะมีเรื่องที่มีความเห็นไม่ตรงกันระหว่างแพทย์ ที่อยากรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ และพยาบาลที่ประเมินแล้วว่า หากยังรักษาต่อไปจะก่อให้เกิดการรักษาที่ไม่จำเป็นและสร้างความทรมานให้กับผู้ป่วย ดังนั้นในระยะหลังจึงเริ่มมีหลักสูตรให้บุคลากรทางการแพทย์เรียนรู้เรื่องขั้นตอน และวิธีการจัดการกับผู้ป่วยที่ควรจะรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะมีการเพิ่มหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้กับบุคลากรทางการแพทย์แล้ว แต่บุคลากรส่วนใหญ่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร บางโรงพยาบาลก็ไม่ได้มีแผนกที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ แต่ยังคงอยู่กระจายอยู่ตามแผนกอายุรกรรม หรือแผนกผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นจึงมีข้อจำกัดในเรื่องของทรัพยากรที่จะต้องใช้อุดูแลผู้ป่วย เช่น เตียง ที่ต้องใช้ร่วมกับผู้ป่วยปกติ และทรัพยากรบุคคลอย่างเจ้าหน้าที่ ที่เมื่อไม่ได้มีแผนกเฉพาะ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องสังกัดในแผนกอื่น ๆ แทน ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องมีภาระหน้าที่เพิ่มเป็น 2 เท่า ทั้งต้องดูแลผู้ป่วยตามที่ตนเองสังกัด และผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง

ถึงแม้จะมีการผลักดันของรัฐจนประกาศเป็นนโยบายระดับกระทรวง ก็ยังไม่เพียงพอต่อสภาพของปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ และความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่มองว่าการดูแลแบบประคับประคองของประเทศคืออยู่แล้ว แต่จากที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถกระจายไปโรงพยาบาลอื่นในระดับโรงพยาบาลชั้นปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ลำบาก และค่าใช้จ่ายสูง ทำให้การรับรู้ของคนในสังคมที่ไปโรงพยาบาลจะต้องเจอกับภาพที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ร่วมกับผู้ป่วยปกติ การเห็นภาพที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ ทำให้คนในสังคมบางส่วนมีความคิด ถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีจำนวนมาก ความทรมานและอาการเจ็บปวดที่ได้พบเห็นนำไปสู่ความเห็นและการเรียกร้องให้มีการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. จากความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์มีการให้ความเห็นและความจำเป็นที่แตกต่างกัน โดยขณะที่สังคมหรือผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นนี้ผ่านประสบการณ์ความทรมาน แต่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่กลับมองว่ายังไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งตามกรอบ

ทฤษฎีของ Rossi แสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีนิยามของปัญหาในมุมมองและจุดยืนที่แตกต่างกัน

หากวิเคราะห์ลงไป โดยใช้ทฤษฎีของ Peter Henry Rossi เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ จะพบว่า ในมุมมองผู้ป่วยหรือสังคม มองว่า "สภาพที่เป็นอยู่" คือความทุกข์ทรมานจนไม่สามารถทนได้ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตร และศักดิ์ศรีของคนที่หายไปกับ "สภาพที่พึงประสงค์" คือ การไม่ทุกข์ทรมาน และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น "บริการที่จำเป็น" คือ ทางเลือกในการยุติความทุกข์ทรมานหรือการยุติชีวิตภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์

ส่วนมุมมองบุคลากรทางการแพทย์ มองว่า "สภาพที่เป็นอยู่" คือ ความล้มเหลวหรือความไม่สมบูรณ์ของระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงมีอาการทรมานจากการดำรงอยู่ของโรค ตลอดจนเข้าไม่ถึงการดูแล ปัญหาอาจเป็นความบกพร่องของระบบการดูแลที่ควรจะต้องป้องกันความทุกข์ทรมานนั้นตั้งแต่แรก ส่วน "สภาพที่พึงประสงค์" คือ การดูแลแบบประคับประคองที่สามารถจัดการความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น "บริการที่จำเป็น" คือ การพัฒนาและเพิ่มการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ ไม่ใช่การยุติชีวิต

ดังนั้น การที่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ที่ทำนโยบายไปปฏิบัติ มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ยังไม่จำเป็น แม้จะมีกฎหมายออกมา แต่หากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่เห็นด้วย กฎหมายนั้นก็อาจไร้ผลในทางปฏิบัติ ดังนั้น นโยบายใด ๆ ในอนาคต จะต้องคำนึงถึงมุมมองและหาทางแก้ไขข้อกังวลของบุคลากรทางการแพทย์อย่างจริงจัง ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ส่วนหนึ่งมองว่า หากมีการยุติชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตนเองก็ไม่พร้อมที่จะเป็นคนยุติชีวิตผู้ป่วย ทั้งการการุณยฆาต หรือการเจตนาเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เพราะมองว่าเป็นเรื่องที่ขัดต่อศีลธรรม และจริยธรรมของแพทย์ แต่อีกส่วนหนึ่งมองว่าสามารถเป็นผู้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะมองว่าเป็นการกระทำที่ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน จึงควรที่จะมีการถามความสมัครใจและความพร้อมของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

สอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์หลายราย ที่แม้จะไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ก็ไม่ได้คัดค้านหากจะมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวอย่างรอบคอบ หรือมองว่าควรจะทำให้เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยจะเลือกเองว่าอยากที่จะดูแลแบบประคับประคอง หรือจะเข้ารับการยุติชีวิตผู้ป่วยภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ฉะนั้นแล้ว จึงอาจต้องมีการศึกษาต่อไปอีกว่าหากมีการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขึ้นในประเทศไทย

จะต้องมีกระบวนการอย่างไร เพื่อให้ให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และความสบายใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นฝ่ายนำนโยบายไปปฏิบัติ

3. บุคลากรทางด้านนโยบาย ซึ่งเป็นบุคลากรหลักที่ผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายต่าง ๆ เช่น ตัวแทนจากพรรคการเมืองที่เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากพรรคฝั่งรัฐบาล ยังมองว่าไม่ใช่เรื่องที่สำคัญสำหรับประเทศไทย เนื่องจากมองว่าสภาพสังคมของประเทศไทย เป็นสังคมครอบครัวขยาย มีคนหลากหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน เป็นสังคมที่ยังอิงอยู่กับศาสนา และวัฒนธรรม การจะให้ยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นญาติในครอบครัว อาจจะเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม และไม่จำเป็น สามารถใช้หลักธรรมในศาสนาที่ตนเองนับถือและการดูแลของระบบสาธารณสุขในปัจจุบันได้อยู่แล้ว รวมไปถึงยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ที่บ้านได้อยู่แล้ว จึงมองว่ายังไม่ใช่เรื่องที่สำคัญ

แต่ทางตัวแทนจากพรรคการเมืองที่มาจากฝ่ายค้าน มองว่า ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษา หรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่จนถึงที่สุดแล้ว ก็ยอมที่จะสามารถเข้ารับกระบวนการการยุติชีวิตในระยะสุดท้ายได้ ซึ่งในช่วงระหว่างการหาเสียง ได้มีการนำเรื่องการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย มาเป็นหนึ่งในนโยบายทางด้านสาธารณสุขของพรรค เมื่อนโยบายนี้ออกไป ได้รับเสียงตอบรับจากประชาชนในหลายวัย ตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงวัยสูงอายุ ก็เห็นด้วยและเรียกร้องกับแนวทางดังกล่าวให้สามารถเกิดขึ้น สาเหตุที่ทำให้นโยบายดังกล่าวได้รับความนิยมเกิด สหิทธิมนุษยชน เสรีภาพของปัจเจกชน เป็นคุณค่าที่ผู้คนต้องการมากขึ้น ความความเคร่งครัดและความเชื่อทางศาสนาเบาบางลง และมีมิติทางเศรษฐกิจและสังคม ที่ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประชาชนนิยมมีลูกลดลง ค่าใช้จ่ายในช่วงระยะสุดท้ายมีราคาสูง หากนึกถึงภาพในอนาคตที่จะต้องเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแล้วต้องป่วยติดเตียง จะดีกว่าถ้าหากถึงเวลาที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว ไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ปวดทรมาน ไม่มีเงินรักษา ดูแลสิทธิที่จะสามารถยุติชีวิต น่าจะเป็นทางออกหนึ่งที่ประชาชนจะไม่ต้องทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จึงมองว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่ควรจะต้องศึกษา และผลักดันให้เกิดขึ้นในอนาคต

หากเปรียบเทียบกับประเทศที่การการุณยฆาต หรือการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างประเทศเนเธอร์แลนด์ (นพพล วิทยวรพจน์, 2563) ปัจจัยที่ทำให้การการุณยฆาตเกิดขึ้นมาจาก

1. การตระหนักถึงสิทธิที่ของปัจเจกบุคคลมีต่อร่างกาย และชีวิตของตนเองตลอดจนรวมไปถึงสิทธิในความตายในรูปแบบที่สมควร

2. ความยอมรับของสังคมต่อเรื่องความตายที่เพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีคดียุติธรรมที่กลายเป็นข่าว จนทำให้สังคมเกิดการถกเถียงในประเด็นความตายจนตกลึก

3. ความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ว่าการยึดชีวิตอาจไม่ใช่สิ่งที่แพทย์พึงกระทำกับผู้ป่วยทุกคน เนื่องจากการยึดชีวิตผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสหายขาดอาจเป็นการทำร้ายผู้ป่วยได้

4. ระบบสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์มีการดูแลแบบปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และมีแพทย์ทั่วไป (GP) เป็นผู้ดูแลประชาชนแต่ละคนอย่างต่อเนื่อง แพทย์และผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดต่อกัน ทำให้แพทย์สามารถประเมินได้อย่างถูกต้องว่าผู้ป่วยควรได้รับการกระทำการุณยฆาตหรือไม่

5. ประชาชนในประเทศเนเธอร์แลนด์ เป็นคนที่เปิดรับความคิด หากมีการถกเถียงถึงนโยบายสาธารณะใด ทศนคติของคนในประเทศ จะหาข้อมูลถึงนโยบายสาธารณะดังกล่าวอย่างเต็มที่ ตัวอย่างเช่น ในกรณีของกฎหมายการุณยฆาต ใช้เวลาถกเถียงนานถึง 18 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ. 1973-2001) ก่อนที่จะมีกฎหมายในที่สุด

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับบริบทของประเทศไทย กับประเทศเนเธอร์แลนด์ จะพบว่า

1. ประเทศไทยเริ่มมีการตระหนักถึงสิทธิที่ของปัจเจกบุคคลมีต่อร่างกาย และชีวิตของตน ตลอดจนรวมไปถึงสิทธิในความตายในรูปแบบที่ต้องการ ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยทำงานที่ได้รับอิทธิพลมาจากกระแสโลกาภิวัตน์ การเห็นตัวอย่างการเรียกร้องถึงสิทธิในตนเองจากตะวันตก ทำให้มีการตื่นตัวถึงสิทธิดังกล่าวมากขึ้น ซึ่งในอนาคตเราอาจจะเห็นการเรียกร้องสิทธิในการตายด้วยตัวเองของคนในสังคมจากหลากหลายวัยมากขึ้น

2. ความยอมรับของสังคมต่อเรื่องความตาย ส่วนใหญ่ว่าเป็นเรื่องที่ไม่ควรพูดหรือเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันในเวลาปกติ โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ไปจนถึงวัยสูงอายุเพราะมองว่าเรื่องอัปมงคลที่พูดเรื่องความตาย บางส่วนมองว่าอาจเป็นการแข่งตัวเอง ทำให้การพูดเรื่องความตายยังคงเป็นเรื่องที่ไม่ได้ถกเถียงกันเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยเริ่มยอมรับที่จะมีการพูดคุยเรื่องความตายมากขึ้น สังเกตได้จากการจัดงาน “Death Fest 2025 : Better Living, Better Leaving” เพื่อการเป็นอยู่ที่มีความหมาย และวาระสุดท้ายที่ดีที่สุด โดยในงานได้รวบรวมบริการและองค์ความรู้เพื่อการอยู่ดี-ตายดี การดูแลผู้สูงอายุ ดูแลความเจ็บป่วยไปจนถึงป่วยระยะท้าย การเตรียมตัวเพื่อการจากไป การจัดการความตาย” (Icloud, 2568) โดยมีผู้เข้าชมจำนวนมาก จากหลากหลายวัย ซึ่งถือว่าเป็นกระแสของการพูดถึงเรื่องความตายกำลังได้รับการยอมรับและถกเถียงมากขึ้น

3. ความตระหนักรู้ของแพทย์ในเรื่องการรักษาที่ไม่จำเป็น โดยปัจจุบันแพทย์เริ่มมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากขึ้น มีการเปิดเป็นหนึ่งในการศึกษาพื้นฐานของแพทย์ และแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ลดการรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมากขึ้น

4. ระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่สิทธิการรักษาของประชาชนทั้ง 3 สิทธิ ได้รับสิทธิประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองที่ไม่เท่ากัน ทำให้ได้รับการดูแลตามสิทธิที่แตกต่างกัน รวมไปถึงประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองมากนัก เนื่องมาจากยังมีบุคลากรทางการแพทย์และทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก จุดนี้เองที่แตกต่างกับประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่แพทย์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจนทำให้สามารถวินิจฉัยได้ว่าควรเข้ารับการรณยฆาตหรือไม่ แต่ประเทศไทยได้รับคุณภาพชีวิตสุดท้ายที่ไม่ดี ทำให้เรียกร้องให้มีการยุติชีวิต

5. ประชาชนในประเทศเนเธอร์แลนด์ ใช้เวลาถกเถียงนานถึง 18 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ. 1973-2001) ก่อนที่จะมีกฎหมายในที่สุด สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการถกเถียงเรื่องสิทธิของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2550 แต่จนถึงปัจจุบันยังไม่มีการถกเถียงในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตอย่างจริงจัง อีกทั้งประชาชนในประเทศไทย ยังไม่พร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วหรือทันที ดังนั้น จึงอาจจะต้องมีการถกเถียงและใช้เวลาให้คนในสังคมยอมรับในเรื่องการยุติชีวิตมากขึ้นกว่านี้

ข้อเสนอแนะ

1. การสร้างความเท่าเทียมและการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง

สร้างความเท่าเทียมการสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิข้าราชการ ให้สามารถเบิกจ่ายได้ในอัตราที่เท่ากัน จัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดปัญหาการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองจากปัญหาทางเศรษฐกิจ รวมไปถึงการสร้างแผนกสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ เพื่อให้มีทรัพยากร และบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย

2. การเริ่มศึกษาทางเลือกในวาระสุดท้ายของชีวิต

ควรเริ่มมีการศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบัน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในอนาคต ตลอดจนความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ตอบสนองทั้ง “สภาพที่เป็นอยู่” และ “สภาพที่ควรจะเป็น”

2.1 การศึกษาความไปได้ของการแก้ไขกฎหมายเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย ภายใต้การอนุญาตของแพทย์ โดยแพทย์ไม่มีความผิด เหมือนกับกรณีการยุติการตั้งครรภ์โดยถูกกฎหมาย ที่ในระยะแรกมีทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย แต่พอมีการศึกษาอย่างจริงจังก็สามารถผลักดันจนแก้ไขกฎหมายได้ ตลอดจนการทำประชามติเพื่อผลักดันร่างกฎหมายที่ให้ประชาชนมีสิทธิเลือกการตายในระยะสุดท้ายของชีวิต

2.2 การสร้างตัวเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ว่าต้องการเข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนเสียชีวิต, เข้ารับการดูแลแบบประคับประคองจนถึงที่สุด หากพบว่ายังมีความทุกข์ทรมานอยู่ อาจจะเข้ารับการยุติชีวิต ภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ โดยจะต้องมีเงื่อนไขตามที่กำหนด เช่น ต้องได้รับการประเมินจากแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และจิตแพทย์ อย่างถี่ถ้วน, จะต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประเมินแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องประสบความสำเร็จทุกข้อมติทางด้านร่างกายและจิตใจจนสามารถทนได้ เป็นต้น

3. การสร้างพื้นที่ให้มีการถกเถียงเรื่องสิทธิในการตาย และการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

บรรณานุกรม

- Abarshi, E., Onwuteaka-Philipsen, B. D., & van der Wal, G. (2009). Euthanasia requests and cancer types in the Netherlands: Is there a relationship? *Health Policy*, 89(2), 168-173.
- BBC. (2014). A cancer patient's decision to die. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/blogs-echochambers-29576003>
- BBC. (2561). นักวิทยาศาสตร์วัย 104 ปี จบชีวิตตัวเองที่สวิตเซอร์แลนด์แล้ว หลังบินจากออสเตรเลีย. Retrieved from <https://www.bbc.com/thai/international-44001955>
- BBC Thai. (2023). อยู่สบายตายสงบ (ที่บ้าน) ประสบการณ์ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้กำหนดฉากสุดท้ายของชีวิต <https://www.bbc.com/thai/articles/cd17ejx49wxo>
- Birnbacher, D. (2015). Euthanasia J. D. Wright *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 280-284). Oxford: Elsevier.
- Brigham, J. C., & Heifer, J. E. (1996). Euthanasia: An Introduction. *Journal of social Issues*, 52, 1-11.
- Buchholz, K. (2022). Where Most People Die By Assisted Suicide [Infographic]. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/katharinabuchholz/2022/08/12/where-most-people-die-by-assisted-suicide-infographic/?sh=edbcf749a335>
- Cooper, J. M. (1989). Greek Philosophers on Euthanasia and Suicide B. A. Brody *Suicide and Euthanasia: Historical and Contemporary Themes* (pp. 9-38). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Dickens, B. M., Boyle, J. M., & Ganzini, L. (2008). Euthanasia and assisted suicide A. M. Viens & P. A. Singer *The Cambridge Textbook of Bioethics* (pp. 72-77). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2018). Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. *Palliat Med*, 32(1), 114-122.
- Draper, H., & Slowther, A. (2008). Euthanasia. *Clinical Ethics*, 3(3), 113-115.
- E Garrard, S. W. (2005). Passive euthanasia. *J Med Ethics*, 31, 64-68.

- Emanuel, E. J., Daniels, E. R., Fairclough, D. L., & Clarridge, B. R. (1996). Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *The Lancet*, 347(9018), 1805-1810.
- healthstation. (2565). การดูแลแบบประคับประคอง กับสิทธิการรักษาพยาบาล 3 กองทุน และการประกันสุขภาพภาคเอกชน. สืบค้นจาก <https://main.healthstation.in.th/news/show/165>
- Heasell, S., & Heasell, S. (2001). Economics and Euthanasia. *Health Services Management Research*, 14, 62-63.
- hfocus. (2567). ไทยมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 140,000 คนต่อปี สถ.ชี้การรักษาแบบประคับประคอง ช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2024/10/31995>
- Huemer, M., Jahn-Kuch, D., Hofmann, G., Andritsch, E., Farkas, C., Schaupp, W., . . . Pichler, M. (2021). Trends and Patterns in the Public Awareness of Palliative Care, Euthanasia, and End-of-Life Decisions in 3 Central European Countries Using Big Data Analysis From Google: Retrospective Analysis. *J Med Internet Res*, 23(9), e28635.
- Icloud. (2568). Death Fest 2025 : Better Living, Better Leaving. เพื่อการเป็นอยู่ที่มีความหมาย และวาระสุดท้ายที่ดีที่สุด สืบค้นจาก <https://readthecloud.co/activity/death-fest-2025/>
- Legg, T. J. (2019). Euthanasia: Understanding the Facts. <https://www.healthline.com/health/what-is-euthanasia#types>
- Ministry of Health New Zealand. (2023). Assisted Dying Service reporting. Retrieved from <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/assisted-dying-service/assisted-dying-service-reporting>
- Missouri, S. o. M. U. o. EUTHANASIA. <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia>
- Montagna, G., Junker, C., Elfgen, C., Schneeberger, A. R., & Güth, U. (2022). Assisted suicide in patients with cancer ☆. *ESMO Open*, 7(1), 100349.
- Peaceful death. (ม.ป.ป.).คุยกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายวันที่ความตายไม่ใช่เรื่องน่ากลัว. สืบค้นจาก <https://peacefuldeath.co/%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B>

<https://www.procon.org/history-of-medical-aid-in-dying>

ProCon.org. (2022). History of Medical Aid in Dying.

<https://euthanasia.procon.org/historical-timeline/>

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Henry, G. T. (2019). *Evaluation : a systematic approach / Peter H. Rossi, Mark W. Lipsey, Vanderbilt University, Gary T. Henry, Vanderbilt University* (Eighth edition.). Los Angeles: SAGE.

Shibata, B. (2017). An Ethical Analysis of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: Rejecting Euthanasia and Accepting Physician Assisted Suicide with Palliative Care. *Journal of Legal Medicine*, 37(1-2), 155-166.

Smith, A. M. (1999). Euthanasia: The Strengths Of The Middle Ground. *Medical Law*, 7, 194-207.

The Guardian. (2019). Cancer patient the first to die under Victoria's euthanasia law.

Retrieved from <https://www.theguardian.com/australia-news/2019/aug/04/cancer-patient-is-first-to-die-under-victoria-euthanasia-law>

thisable.me. (2565). สรุปเสวนา “เลือกเกิดไม่ได้ เลือกตายได้ไหม” เสวนาว่าด้วยสิทธิที่จะเลือกความตายของคนพิการ. สืบค้นจาก <https://thisable.me/content/2022/11/854>

Vis Arshanakh. (2019). ชีวิตแสนช่วยกับน้องอกในสมอง. Retrieved from

<https://www.facebook.com/notes/673119633587712/>

Woodruff, R. (2019). Euthanasia and Physician Assisted Suicide Are they clinically

necssart or desirable? <https://hospicecare.com/members-section/euthanasia-and-physician-assisted-suicide/download/>

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ตัวชี้วัดการดูแลแบบประคับประคอง. กรุงเทพฯ:

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและ

เศรษฐกิจในประเทศไทย. <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562.

กระทรวงสาธารณสุข. (2568). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2566.

กัญญ์วิจิตร ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิง

- ปรากฏการณ์วิทยา. (วิทยาศาสตร์สุขภาพบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จิรนนท์ นุ่นชูคันธ์. (2559). การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาครูผู้สอนด้านการจัดการเรียนรู้ โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จุฬารพร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, & ยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2662). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้และรูเปิดทางหน้าทาง: ประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- จุฬารวรรณ สุระกุล, อรัญญา เชาวลิต, ช่อลดดา พันธุเสนา, & คณะ. (ตุลาคม-ธันวาคม 2545). ประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร, 20(4).
- ฉันทชาย สิทธิพันธุ์. (2563). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-59.pdf
- ชฎาภรณ์ สมทอง. (2545). การศึกษาการจัดการกับอาหาร การประเมินอาการและผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด *Non-Hodgkin*. (ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชญานุช พะลัง. (2562). วิจัยกรณีศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาญชัย วสันตยานันท์. (2551). การุณยฆาตกับสังคมไทย: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โชคนิตีพัฒน์ วิสุฎ. (2557). การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในชุมชน. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชูไฮมีน สาและ. (2562). การประเมินความต้องการจำเป็นของประชาชน ที่มีต่อบทบาทของคณะกรรมการหมู่บ้าน : กรณีศึกษาคณะกรรมการหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทิวาวิณณ์ วัฒนาวัดถุ. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรุณี สุตปราง. (2554). การประเมินความต้องการจำเป็นตามความคิดเห็นของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย เทศบาลตำบลท่าสาย จังหวัดนครศรีธรรมราช. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ดารณี ภัทรมังกร. (2548). สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ: มหาวิทยาลัย

รามคำแหง.

ดาวเรือง เขียงหลิว. (2563). การประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และ
นวัตกรรมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยศิลปากร. (ศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ถนอมขวัญ ทวีบุญรณ์. (2555). ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก
www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_3.html.

นพพล วิทย์วรพงษ์. (2563). การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจาก
ประสบการณ์ของต่างประเทศ.

นภนาท อนุพงศ์พัฒน์. (ม.ป.ป.). ข้อถกเถียงเรื่องการรณนยฆาตในอังกฤษ. สืบค้นจาก
<https://peacefuldeath.co/%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%96%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%96%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%A2/>

นิลทิศา ศรีไพบูลย์กิจ โถคนิตย์, พ. จ., ศิริพร เสมสสาร, วิชช์ เกษมทรัพย์, พงศธร เพียบเพียร และเอก
ภพ สิริชัยนันท์,. (2568). การศึกษาค่าใช้จ่ายทางตรงทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ :
การรักษาแบบผสมผสานกับการดูแลแบบประคับประคองเทียบกับการรักษามาตรฐาน.
Nurs Res Inno, 31(1), 101-118.

ประภัสสร รัตนพันธ์. (2556). ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการการรณนยฆาตผู้ป่วยที่สิ้นหวังใน
การรักษา. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ปัทมา หลวงจำเริญ. (2553). การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการเรียนรู้ด้านความ
ปลอดภัยในการทำงานสำหรับพนักงานกลุ่มบริษัทอินโนเวชั่นจังหวัดระยอง. (ศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พรรคก้าวไกล. (ม.ป.ป.). ตายดี - สิทธิยุติชีวิตตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี สำหรับคนที่ป่วยจากโรคทางกาย
ที่รักษาไม่ได้. สืบค้นจาก

https://election66.moveforwardparty.org/policy/detail/policy_244

พรสวรรค์ จันทรัตน์. (2563). บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายสาธารณะ
ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. *MFU Connexion:Journal
of Humanities and Social Sciences*, 9(1), 75-94.

- พระมหาสุภวิชัย ปภสฺสโร. (2564). การรณรงค์ : บริบทสังคมไทยและพุทธจริยศาสตร์. วารสาร มจร. เลย ปริทัศน์, 2(1), 40-50.
- พัสมณท์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย.
- พิมพ์ระภา แวนคุณ, กฤษณี สระมูณี, & สุรศักดิ์ ไชยสงค์. (2564). ต้นทุนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบ ประคับประคอง ของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 15(3).
- พิศมัย อรทัย, & ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล. (กันยายน-ธันวาคม 2554). การประเมินความ ต้องการจำเป็นด้านการจัดการศึกษาของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตตามการรับรู้ของ บัณฑิตพยาบาลรามาริบัติ. รามาริบัติพยาบาลสาร, 17(3), 463-477.
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (2552). ทำความรู้จักโรคมะเร็งกันเถอะ. สืบค้นจาก <http://www.thethaicancer.com/PDF/People/ทำความรู้จักกับโรคมะเร็งกันเถอะ>
- มาลี นิมพงษ์พันธ์. (2551). ผลของการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิต ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะระหว่างการรักษา. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- รัตนา ชัยอินทร์. (2553). การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราทิพย์ ทองเดช, บุษบา คล้ายมุข, & พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2563). วิสัยทัศน์กับการการรณรงค์ ฆาต : ความเหมือนที่แตกต่าง. วิสัยทัศน์สาร, 46(3), 181-185.
- วันเพ็ญ ภารธรรมิ, & อีระ ฤทธิรอด. (2557). ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บกับรายรับที่ได้รับจาก สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ ของโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลัน ชนิดлимโฟบ ลาสติก ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น วารสารวิจัย มข., 14(3).
- วันวิสาข์ เสงประเสริฐ. (2546). สิทธิที่จะเลือกและกำหนดการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิชช์ เกษมทรัพย์. (2564). ไทยพร้อมหรือไม่ กับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์. สืบค้นจาก <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-22-2/>
- วิณิตา วาจาเที่ยง. (2568). ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อ ค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต. วารสาร โรงพยาบาลนครพิงค์, 16(1).
- ศิริพร อาจปัญญา. (2557). การประเมินความ ต้องการจำเป็นในการพัฒนาตนเองของครูสถานศึกษา

สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชนจังหวัดราชบุรี. (ศึกษาศาสตร์
มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านภูมิคุ้มกันบำบัดมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2560).

มะเร็งคืออะไร. สืบค้นจาก <http://www.facebook.com/CUcancerIEC/posts>

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2561). มะเร็งคืออะไร. สืบค้นจาก

<http://www.nci.go.th/th/Knowledge/whatis.html>

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2559). พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาว

กับ ทางเลือกระยะท้ายของชีวิต. สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2016/09/health-at-home/>

สมพร ชินโนรส, มยุรี จิรวิญญู, & ชวัลญจิตร ปุ่นโพธิ์. (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2552). การจัดการกับ

ความปวดและความพึงพอใจต่อการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมดลูก

ออกจากหน้าท้อง. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร, 15(3).

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. (2541). รวมบทความทางวิธีวิทยาการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สรวิมล ชลชออยู่. (2565). การเข้าสู่วาระนโยบายและการก่อตัวของนโยบายจัดตั้งบริษัทวิสาหกิจเพื่อ

สังคมมาบตาพุด. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 10(5), 2065-2078.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2565). แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566-2570

สิริกาญจน์ เขียมอาจหาญ. (2556). "การนำนโยบายธรรมาภิบาลไปปฏิบัติในองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น : วิเคราะห์กรณี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดปราจีนบุรี".

(ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีปทุม

สุทวารรณ ไชยมูล. (2551). สัมพันธภาพของครอบครัวที่มีผลต่อการจัดการปัญหา เนื่องจากการ

ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุคดีดา ชัยนิกิกรรณ. (ม.ป.ป.). โรคมะเร็ง คืออะไร? สืบค้นจาก

<https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/cancer>

สุวิมล ว่องวานิช. (2542). การสังเคราะห์เทคนิคที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็นใน

วิทยานิพนธ์ของนิสิตคณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะ

ครุศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิมล ว่องวานิช. (2548). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- โสนน้อย พัทททองอ่อน. (2554). การวิเคราะห์นโยบายการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการศึกษา
ระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษาไปสู่ความเป็นเลิศของรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ
(พ.ศ. 2552-2553). (การศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อนงนาฏ เรืองคำ, & พัชรภรณ์ ทองวัฒนะ. (2561). สภาวะทางด้านจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็ง.
สืบค้นจาก <http://hocc.medicine.psu.ac.th/files/knowledge/8august2011.pdf>
- อรวรรณ รัตนสุวรรณ. (2555). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สืบค้นจาก www.haamor.com/th/
- อัญชลี เรือนแก้ว. (2560). การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาการจัดการเรียนรู้ใน
ศตวรรษที่ 21 ของครูระดับมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการ
ส่งเสริมการศึกษาเอกชน. (ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อัมภวรรณ์ ใจเปีย ปันตดา สุวรรณ ถวัลย์รัตน์ รัตนสิริ และอิสริย์ ปัญญาวรรณ. (2567). การศึกษา
เปรียบเทียบผลลัพธ์ของการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยมะเร็งและ
ผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่. *Health Science, Science and
Technology Reviews*, 17(2).
- เอกพล จันทร์สถิตย์พร. (2551). การประเมินความจำเป็นในการจัดการเรียนรู้ตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร. (การศึกษามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประวัติผู้เขียน

