

การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ระยะสุดท้ายในประเทศไทย*

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

บุญพิชา ภูศรี

Boonpicha Phusri

ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

Department of Political Science, Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University

Corresponding Author's Email : boonpicha.phusri@g.swu.ac.th

Received 24 July 2025; Revised 12 December 2025; Accepted 18 December 2025

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก มีผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ และพยาบาล และบุคลากรทางด้านนโยบาย ประกอบด้วย ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากพรรคการเมือง และผู้แทนจากคณะกรรมการการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎรรวม 23 คน โดยนำมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง และความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้ทฤษฎีการประเมินความจำเป็นของ Peter H. Rossi ผลการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือควรรออยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก เนื่องจากแนวโน้มของปัญหามีสถานการณ์ที่จะเพิ่มมากขึ้น สังเกตได้จากสถิติสาธารณสุข ที่พบว่าผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งมีจำนวนมากขึ้น และคาดการณ์อีกว่าสถานการณ์ดังกล่าวจะรุนแรงมากขึ้น จากความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ แม้จะมีความเห็นที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยต่อการยุติชีวิตผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ไม่ได้ขัดขวางกระบวนการดังกล่าว เหตุผลด้วยสภาพสังคมและสภาพเศรษฐกิจในปัจจุบันที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การยุติชีวิตตัวเองของผู้ป่วย

Citation



* บุญพิชา ภูศรี. (2569). การประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย. วารสารรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬารามราชวิทยาลัย, 6(1), 105-120.

Boonpicha Phusri. (2026). A Need Assessment To Allow The Doctor To End End-Stage Cancer Patients Life In Thailand. Journal of Political Science Mahamakut Buddhist University, 6(1), 105-120.

DOI:

Website:



ภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ อาจจะเป็นหนึ่งในวิธีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในอนาคต บุคลากรทางด้านนโยบาย ส่วนใหญ่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น แต่ก็ไม่ได้มีความคิดที่จะต่อต้าน เพียงแต่อยากให้ศึกษาจนครบถ้วนก่อน

คำสำคัญ: การยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย, การณยฆาต, การประเมินความจำเป็น

Abstract

This qualitative research aims to assess the necessity of permitting physician-assisted dying (PAD) for terminal cancer patients in Thailand. The methodology involved in-depth interviews with 23 key informants. These informants comprised two main groups: medical personnel, including physicians and nurses; and policymakers, which included representatives from the Ministry of Public Health, political parties, and the House of Representatives' Committee on Public Health. The data were analyzed to compare similarities, differences, and stakeholder perspectives using Peter H. Rossi's needs assessment theory. The findings indicate that while the legalization of PAD is not considered an immediate necessity, it warrants future study and, if implemented, should be structured as a voluntary option. This is based on the escalating trend of the problem, as public health statistics show that cancer-related deaths are increasing and this situation is projected to intensify. Stakeholder analysis revealed that among medical personnel, despite divided opinions, the majority are not opposed to considering the process. They reason that due to dynamic socioeconomic conditions, a patient's self-termination of life with medical assistance might become a future method of end-of-life care. Policymakers predominantly view PAD as non-essential at present but are not fundamentally resistant, emphasizing the need for comprehensive research prior to any implementation.

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

บทนำ

จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2564 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย 5 อันดับแรก (เรียงตามลำดับ) ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุทางบก หากพิจารณาเฉพาะโรคมะเร็งที่เป็นโรคที่



ทำให้คนไทยเสียชีวิตมากที่สุด ข้อมูลทางสถิติพบว่าปี 2560 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง มีจำนวน 78,540 ราย แต่ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 83,795 ราย ดังนั้นแล้ว โรคมะเร็งจึงเป็นโรคหนึ่งที่ต้องจับตาและให้ความสำคัญ สิ่งที่เราควรคิดต่อมามีว่า หากความเจ็บไข้จนไปสู่ความทรมานในการมีชีวิตอยู่ เราสามารถเลือก “การตาย” ตามความต้องการของเรา ปลดเปลื้องความทรมานต่อการมีอยู่สู่ความสงบอันเป็นนิรันดร์ และหากสามารถเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีอยู่ภายใต้สิทธิในการตาย (Right to Die) ที่เป็นสิทธิส่วนบุคคลในการที่จะเลือกที่จะตายมากกว่ามีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ทรมาน จึงเป็นเหตุให้ต้องศึกษาการอนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ ประกอบกับในปัจจุบัน ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศไทย ยังคงเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอยู่ ถึงแม้ว่าจะมีการดูแลประคับประคองที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การรักษายังคงให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความทุกข์ทรมานผ่านการให้ยาแก้ปวดและการดูแลทางจิตใจ ดังนั้น จึงต้องมีการศึกษาทางเลือกอื่น ๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลุดพ้นจากความทรมาน เช่น การุณยฆาต การฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์

จากสถิติของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งเป็นประเทศที่อนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยวิธีการฆ่าตัวตายภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ พบว่า ตั้งแต่ปี 1999-2016 มีผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับการยุติชีวิตมากที่สุด 2,704 ราย คิดเป็น 41.3% ของทั้งหมด (Montagna et al., 2022) หรือจะเป็นกรณีตัวอย่างที่มีผู้ป่วยมะเร็งได้สัมภาษณ์ไว้ก่อนเข้ารับการยุติชีวิต เช่น กรณีของ Kerry Robertson ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายคนแรก ที่จบชีวิตภายใต้กฎหมายว่าด้วยการช่วยเหลือการเสียชีวิตโดยสมัครใจฉบับใหม่ของรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย โดยเธอได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนเต็มที่แล้ว แต่ยังคงทนทุกข์ทรมานต่ออาการป่วย ซึ่งเจ็บปวดจนทนไม่ไหว (The Guardian, 2019) หากเราวิเคราะห์ลงไปอีก จบพบถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่นอกจากจะทรมานเพราะอาการป่วยแล้ว ยังจะต้องทุกข์ทรมานเพราะคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย แม้จะมีการดูแลแบบประคับประคองอยู่ แต่นั่นก็หมายถึงผู้ป่วยจะทรมานยาวนานมากขึ้น ต้องได้รับยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาความทรมานจากโรค รวมไปถึงอาการเจ็บปวดอื่น ๆ

จากเหตุผลและความสำคัญข้างต้น จึงนำไปสู่แนวคิดที่ว่า หากมีการศึกษาทางเลือกที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้เทียบเท่าสากล ตอบสนองความต้องการของสังคมและผู้ป่วย รวมไปถึงช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายส่วนเกิน จึงมีความจะเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาถึงความจำเป็นในการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย

การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการประเมินความจำเป็น (Need Assessment) ของ Peter Henry Rossi

เป็นกรอบการทำงานที่เป็นระบบซึ่งมีเป้าหมายเพื่อตรวจสอบและตัดสินใจว่าโครงการหรือนโยบายทางสังคมหนึ่ง ๆ มีความจำเป็นต้องมีหรือไม่ ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า การจะออกแบบวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพได้นั้น จะต้องเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจธรรมชาติ ขอบเขต และขนาดของปัญหานั้น เพื่อให้การอธิบายและวินิจฉัยความต้องการทางสังคมอย่างเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดปัญหาที่โครงการออกแบบมาเพื่อแก้ไข โดยมีเป้าหมายเพื่อ ระบุเป้าหมายของโครงการและการออกแบบบริการที่มีศักยภาพในการตอบสนองปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจจะประกอบด้วย ชุมชนและสมาชิกในชุมชน ผู้กำหนดนโยบาย (Policymakers) กลุ่มเป้าหมาย (Target Population) ความต้องการ (Need) กับ ความต้องการใช้บริการ (Demand) เพื่อให้สามารถ จำแนกได้ว่า “สภาพที่เป็นอยู่” คือ สภาพของปัญหาที่แท้จริง กับ “สภาพที่พึงประสงค์” ที่เป็นการแก้ปัญหาที่ควรจะเป็น ดังนั้นแล้ว การทำความเข้าใจมุมมองที่แตกต่างกันของผู้เชี่ยวชาญ นักการเมือง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ รวมถึงผู้รับบริการที่มีศักยภาพเป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดขอบเขตและลักษณะของประชากรเป้าหมาย ความซับซ้อนของปัญหาดังกล่าว โดยทั้งหมดแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก (Rossi, et al 2019) คือ

ระยะก่อนการประเมิน (Pre-Assessment) เป็นการวางโครงสร้างของการประเมิน เริ่มต้นด้วยการกำหนดขอบเขตของปัญหาอย่างชัดเจน เพื่อทำความเข้าใจมิติที่ซับซ้อนของปัญหา ผู้ประเมินจะใช้วิธีการที่หลากหลายในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น ตั้งแต่การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ เช่น สถิติ ข้อมูลจากหน่วยงานรัฐ ตัวชี้วัดทางสังคม เพื่อวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาว่ากำลังดีขึ้น แย่ลง หรือคงที่ ในกรณีที่ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอหรือไม่ละเอียดพอสำหรับบริบทที่ต้องการศึกษา ผู้ประเมินจำเป็นต้องทำวิจัยทางสังคมใหม่ เช่น การทำแบบสำรวจเก็บข้อมูลที่ตรงประเด็น อีกวิธี คือการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือบุคคลที่มีความรู้หรือประสบการณ์ในปัญหานั้น ๆ เป็นอย่างดี นอกจากการกำหนดขอบเขตของปัญหา ยังต้องระบุและนิยามกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน ผู้ประเมินต้องกำหนดขอบเขต"ของกลุ่มเป้าหมายให้เหมาะสม ขณะเดียวกัน ต้องตระหนักว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม อาจมีมุมมองต่อกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน หน้าที่ของผู้ประเมินคือการนำเสนอมุมมองที่หลากหลายเหล่านี้

ระยะระหว่างการประเมิน (Assessment) ซึ่งเป็นการลงมือเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง อาจใช้แนวทางแบบผสมผสาน (Mixed Methods) โดยอาจเริ่มจากวิธีเชิงคุณภาพ เช่น การจัดสนทนากลุ่ม (Focus Groups) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อค้นหาประเด็นเชิงลึกและบริบทของปัญหา แล้วจึงตามด้วยวิธีเชิงปริมาณ เช่น การทำแบบสำรวจขนาดใหญ่ เพื่อวัดขนาดและการกระจายตัวของปัญหาอย่างน่าเชื่อถือ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ประเมินยังต้องอาศัยแนวคิดสำคัญต่าง ๆ เช่น การจำแนกประชากรออกเป็นแต่ละประเภท เพื่อประมาณการความต้องการที่แท้จริง รวมถึงใช้มาตรวัดทางสถิติอย่างอุบัติการณ์ (Incidence) และความชุก (Prevalence) ของปัญหา

ระยะหลังการประเมิน (Post-Assessment) ซึ่งเป็นขั้นตอนของการนำผลลัพธ์ไปสู่การปฏิบัติ ผู้ประเมินจะนำข้อค้นพบทั้งหมดมาทบทวนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์ถึงรากของปัญหา จากนั้นจึงร่วมกันจัดลำดับความสำคัญและเลือกแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมที่สุด ก่อนจะนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการ ที่มีรายละเอียดชัดเจน สำหรับการดำเนินงาน จัดหาทรัพยากร รวมถึงการติดตามและประเมินผลของโครงการต่อไป

แนวคิดด้วยเรื่องการการุณยฆาต

School of Medicine University of Missouri (n.d.) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยเพื่อจำกัดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาหมักจะป่วยระยะสุดท้ายหรือประสบกับความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานอย่างมาก

Dickens et al. (2008) ให้นิยามไว้ว่า เป็นการกระทำโดยเจตนาโดยบุคคลหนึ่งโดยมีเจตนาที่จะจบชีวิตของอีกคนหนึ่งเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของบุคคลนั้น

วิสุทธิ์ สุขบำรุง (2544) ให้ความหมายว่า คือการทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย ได้สิ้นชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดและรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

โดยสรุปแล้ว การการุณยฆาต จึงหมายถึง การเจตนายุติชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย เพื่อให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ประเภทของการการุณยฆาต (วราทิพย์, บุชบา และพงศ์ธรา, 2563)

1. จำแนกตามวิธีการปฏิบัติ

Active Euthanasia คือ การกระทำอย่างเฉพาะเจาะจงและโดยเจตนาเพื่อทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยแพทย์จะฉีดยาให้ผู้ป่วยด้วยปริมาณยาที่ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งเป็นยาในกลุ่มระงับประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยหลับ จากนั้นจึงฉีดยาคลายกล้ามเนื้อซึ่งลดอัตราการเต้นของหัวใจจนผู้ป่วยเสียชีวิต



Passive Euthanasia คือ การเร่งการเสียชีวิตของบุคคลโดยการเปลี่ยนรูปแบบการสนับสนุนบางอย่างและปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ เช่น การปิดเครื่องช่วยหายใจ การหยุดยา การหยุดให้อาหารและน้ำจนทำให้คนขาดน้ำหรืออดตาย หรือไม่สามารถช่วยชีวิตได้ รวมถึงการให้มอร์ฟินหรือยาบางชนิดในปริมาณมากแก่ผู้ป่วย เพื่อควบคุมความเจ็บปวดหรือความทรมานของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีความเป็นไปได้ที่ยาแก้ปวดจะระงับการหายใจและทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น

2. จำแนกตามความสมัครใจ

Voluntary Euthanasia การุณยฆาตโดยสมัครใจคือเมื่อผู้ป่วยที่มีความสามารถและสภาพจิตใจที่ไม่เปลี่ยนแปลงตัดสินใจและขอให้หยุดการรักษาหรือดำเนินการเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยเองโดยรับรู้ว่าการกระทำที่ให้ทำหรือให้ถึงดวั้น จะเป็นการยุติชีวิตของตนเอง ซึ่งสามารถทำเป็นวาจาหรือลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการในเวลาผู้ป่วยต้องการให้การรักษายุติลงแต่อาจรวมถึงความปรารถนาที่ได้ระบุไว้ในพินัยกรรมชีวิต

Non-voluntary euthanasia การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจคือ เมื่อไม่สามารถขอความยินยอมของผู้ป่วยในการการุณยฆาตเนื่องจาก สภาพร่างกายไม่สามารถให้ความยินยอมได้ ซึ่งอาจหมายความว่าผู้ป่วยยังเด็กเกินไป ขาดความสามารถในการตัดสินใจ หรือไม่สามารถตอบสนองทางร่างกายได้

3. จำแนกอื่น ๆ

การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Negative Euthanasia) คือการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง ซึ่งเป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในโรงพยาบาล โดยจะบันทึกเป็นข้อมูลการรักษาว่าผู้ป่วยไม่ต้องการรักษา และไม่ต้องการช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้าย

การุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Positive Euthanasia) แบ่งออกเป็น 3 ประเภทย่อยได้แก่

การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่แพทย์จัดยาในปริมาณที่เกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือวางยาที่เป็นพิษไว้มากเกินไปเพื่อให้ตัดสินใจหยิบกินเอง

การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia)' คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจเอาไว้มาก่อนว่า ถ้าหากหมดหนทางการรักษา ให้การุณยฆาตแก่ตน โดยอาจจะแสดงความจำนงเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรมชีวิต

การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia)' คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข สงเคราะห์ให้เพราะความสงสาร



4. การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือแพทย์

หมายถึง การฆ่าตัวตายโดยแพทย์ช่วย คือผู้ป่วยสมัครใจและยินยอมที่จะยุติชีวิตของตนเอง โดยแพทย์จะเตรียมยาบางชนิดที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการยุติชีวิตของตน มีทั้งแบบกินและแบบฉีด ผู้ป่วยจะต้องอยู่ในสถานะที่สามารถรับประทานยาหรือฉีดยาได้เอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งออกเป็นหลายมิติ ตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของนโยบาย ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวนรวม 23 ท่านประกอบด้วย

1. บุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วยแพทย์ที่กำลังรักษาหรือเคยรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และพยาบาลที่บริบาลหรือเคยบริบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 17 ท่าน

2. บุคลากรทางด้านนโยบาย ประกอบด้วย ผู้แทนจากพรรคประชาชน ผู้แทนจากพรรคเพื่อไทยผู้แทนจากพรรคมิติไทย ผู้แทนจากคณะกรรมการสาธารณสุข และผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 6 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

บทความวิจัยฉบับนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือโดยมีคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก จากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้ว นำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ ทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เมื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโครงการการวิจัย เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องของแต่ละหน่วยงาน ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่กำหนดไว้ในทำการวิจัย

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

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC662228 ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2566, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเลิดสิน รหัสโครงการ LH671032 ลงวันที่ 29 สิงหาคม 2567, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 043/2567 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2567, คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ U012hh/67 เลขที่ 138 ลงวันที่ 11 ธันวาคม 2567 ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวตน ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยผู้ให้ข้อมูลหลักได้ทำความเข้าใจและลงมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์

ขอบเขตการศึกษา

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

ขอบเขตด้านพื้นที่ : ศึกษาเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

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

ผลการวิจัย

จากวัตถุประสงค์ของงานวิจัยฉบับนี้ที่ “เพื่อประเมินความจำเป็นในการให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในประเทศไทย” โดยมีคำถามการวิจัยว่า “ประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องมีการอนุญาตให้แพทย์สามารถยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหรือไม่” จากการศึกษาพบว่า “ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก” เนื่องจาก แม้ว่าสถานการณ์การรับรู้ของประชาชนที่ดูเหมือนจะมีการพูดคุยเรื่องนี้



มากขึ้น แต่แผนยุทธศาสตร์หรือนโยบายระดับชาติยังไม่ได้มีการพูดถึง รวมถึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีผลต่อการดำเนินนโยบายยังมีความเห็นที่หลากหลาย ดังจะเห็นได้จากข้อมูลดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การรับรู้ของประชาชน

การการุณยฆาต หรือการยุติชีวิตโดยการช่วยเหลือของแพทย์ ถูกพูดถึงครั้งแรก จากการมีขึ้นของมาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ในระยะแรกมีข้อถกเถียงว่า มาตราดังกล่าวจะเป็นการการุณยฆาต หรือเปิดช่องให้มีการการุณยฆาตในไทย แต่ความมุ่งหมายที่แท้จริงของบทบัญญัติดังกล่าว มุ่งที่จะรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ต่างจากการุณยฆาต หรือการฆ่าตัวตาย ภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ที่เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งในปี 2562 เมื่อมีข่าวที่เกี่ยวข้องกับชายไทยท่านหนึ่งที่ตัดสินใจไปยุติชีวิตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ สาเหตุเพราะความทุกข์ทรมานจากการดำรงอยู่ของโรคที่ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ซึ่งในขณะนั้นคนในสังคมให้ความสนใจเป็นจำนวนมาก กระแสของการการุณยฆาตในสังคมไทยได้รับการพูดถึงเป็นวงกว้างอีกครั้ง จากการที่มีซีรีส์ เรื่อง “การุณยฆาต” ที่ถ่ายทอดมุมมอง ที่เกี่ยวข้องกับการการุณยฆาต ในกระบวนการรักษาพยาบาล และการรักษาแบบประคับประคองเพื่อเป็นการจัดการชีวิตในช่วงเวลาบั้นปลายของผู้ป่วยในภาวะโรคร้ายแรงระยะสุดท้าย โดยผลตอบรับของผู้ชมยังคงมีการตอบรับในทางบวก สร้างความตื่นตัวให้สังคมสนใจ ตระหนักและเข้าใจถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

2 แผนงานหรือแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่เกี่ยวข้อง

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้คนในสังคมได้มีการแสดงความคิดเห็นถึงประเด็นที่ว่า ประเทศไทยควรที่จะมีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแพทย์ หรือการการุณยฆาต แต่ประเทศไทยไม่ได้มีแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนพัฒนาประเทศที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยตรง แต่มีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในระดับชาติ เช่น แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ด้านสาธารณสุข, แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2566 - 2580), แผนขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 เป็นต้น โดยแผนในระดับชาติไม่ได้มีการกล่าวถึง การยุติชีวิตผู้ป่วย เพียงแต่มีการพูดถึงเรื่องการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต ผ่านการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน โรงพยาบาล และการผลักดันให้เกิดสถานชีวภิบาล แสดงให้เห็นว่ารัฐพยายามมุ่งดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย โดยการดูแลแบบประคับประคอง ให้เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหลักของประเทศ โดยมุ่งให้ระยะสุดท้ายในช่วงชีวิตของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์



3. ความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

3.1 ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอีกกลุ่มหนึ่ง เหตุเพราะ เป็น "บุคลากร หรือผู้ให้บริการ" ของการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยแพทย์ ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเข้าใจถึงสภาพปัญหาทางสุขภาพอย่างลึกซึ้ง ทำให้สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับ ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

3.1.1 ปัญหาที่พบบ่อยระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและญาติ

ในระยะท้ายที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารได้แล้ว ปัญหาส่วนใหญ่ที่พบ คือ ความขัดแย้งระหว่างความต้องการของผู้ป่วยกับความปรารถนาของญาติ หากผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า หรือ Living Will บุคลากรทางการแพทย์มักต้องปฏิบัติตามความต้องการของญาติ ซึ่งบางครั้งขัดกับเจตจำนงเดิมของผู้ป่วยเอง และความเห็นที่ไม่ตรงกันในหมู่ญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายรายได้ให้ข้อมูลตรงกันว่า มีกรณีที่มีญาติมีภาวะ "กตัญญูเฉียบพลัน" หรือ "กตัญญู syndrome" เป็นปัญหาหนึ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องเจอคือ ความต้องการของญาติที่ไม่ตรงกัน เช่น ญาติที่อยู่ไกล ไม่เคยดูแลผู้ป่วย แต่พอผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายกลับมาแสดงความต้องการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ความขัดแย้งกันของญาติด้วยกันเองระหว่างฝ่ายที่ต้องการให้รักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ กับฝ่ายที่ไม่อยากให้มีการรักษาที่ไม่จำเป็นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต้องเป็นคนกลางที่ต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน โดยอาจจะต้องมีการพูดคุยกับครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง

3.1.2 ความเห็นในประเด็นเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

มีการให้เห็นหลากหลายทั้งเห็นด้วยและสนับสนุน ไม่เห็นด้วยแต่สนับสนุน และไม่เห็นด้วยไม่สนับสนุน

กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรม ด้วยสังคมไทยเป็นสังคมอาศัยบนพื้นฐานของศาสนา คนในสังคมยังมีความเชื่อในเรื่องศีลธรรมในระดับสูง อาจทำให้คนในสังคมยังคงไม่ยอมรับ เพราะมองว่าเป็นการฆ่าผู้อื่น ถึงแม้ว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และประเด็นในเรื่องของจริยธรรมแพทย์ ที่บุคลากรทางการแพทย์หลายคนไม่เห็นด้วย เพราะมองว่า การยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ถึงแม้จะเป็นการทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย แต่การกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ ระบุว่า “Non-maleficence หรือ do-no-harm” คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายหรือเกิดความเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น

ส่วนกลุ่มที่มองว่าเป็นสิทธิหรือควรเป็นตัวเลือกของผู้ป่วยเอง เพราะมองว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะใช้การดูแลแบบประคับประคอง และการใช้

หนังสือปฏิเสธรักษา ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ถ้าหากนำการยุติชีวิตเข้ามา ให้เป็นอีกตัวเลือกหนึ่ง ประโยชน์ย่อมจะตกอยู่ที่ผู้ป่วย ซึ่งก่อนที่จะเข้ากระบวนการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยแพทย์แล้ว อาจจะต้องมีการวางเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ให้รัดกุม เพื่อไม่ให้เกิดช่องโหว่ จนไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจจะต้องผ่านกระบวนการการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่ก่อน หรือจะต้องมีการประเมินจากแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด ผู้ให้ข้อมูลหลักบางท่านมองว่าเป็นสิทธิ์ของผู้ป่วย ที่สามารถเลือกเองได้ หากผู้ป่วยรับทราบและยินยอม เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย เพราะจะไม่ต้องทุกข์ทรมาน หากคุณภาพชีวิตแย่มากและไม่ต้องการอยู่ต่อแล้ว การมีการรณุญาตน่าจะทำให้ไม่ทรมานมากกว่า เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

3.1.3 ความเห็นในประเด็นเรื่องความจำเป็นของการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย

ส่วนหนึ่งมองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่จำเป็นแล้ว เหตุผลความจำเป็นทางด้านเศรษฐกิจ แม้ปัจจุบันจะมีการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นการดูแลแบบองค์รวม และหนังสือปฏิเสธรักษา ที่ค่าใช้จ่ายหลายอย่างลดลง แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่เกิดขึ้น จากการศึกษาของ วิณิดา วาจาเที่ยง เรื่อง “ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระยะสุดท้ายของชีวิต” พบว่า ค่าใช้จ่ายต่อวันลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น โดยมีค่าใช้จ่าย 809 บาท/วัน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 4,158 บาท/วัน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 2,197.64 บาท/วัน (วิณิดา วาจาเที่ยง, 2568) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับค่าแรงรายวันของแรงงานในประเทศไทยที่มีค่าแรงรายวันอยู่ที่วันละ 400 บาท ค่าใช้จ่ายดังกล่าวก็ยังคงสูงอยู่ดี สอดคล้องกับความเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มองว่าคนไทยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยในประเทศที่มีรายได้ไม่สูง ไม่มีกำลังในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และหากดูแลไม่ดี ก็จะทำให้ผู้ป่วยยิ่งทรมาน ถ้าเข้าข่ายเกณฑ์การรณุญาต คิดว่าน่าจะได้ประโยชน์ทุกฝ่าย รวมไปถึงบุคลากรทางแพทย์อีกกลุ่มมองว่าด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรที่ไม่เพียงพอต่อการดูแลกับผู้ป่วยทุกคน ทั้งจำนวนบุคลากรที่มีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลไม่มีอำนาจตัดสินใจ จำนวนเตียงที่ไม่มีวอร์ดดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ทำให้ต้องใช้เตียงร่วมกับแผนกอายุรกรรม ด้วยข้อจำกัดนี้ที่ถือว่าเป็นจุดอ่อนของการดูแลแบบประคับประคองในไทย

อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ให้ความเห็นที่มองว่าการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงไม่ใช่เรื่องที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย ด้วยสังคมไทยที่ต่างจากสังคมตะวันตก สภาพครอบครัวของประเทศไทยที่อยู่กันแบบครอบครัวขยาย มีคนหลายหลายช่วงวัยอาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกัน ความผูกพันกันในครอบครัว หรือภายในแต่ละช่วงวัยอาจจะไม่ได้เข้มข้นเท่าใน



ประเทศไทย ซึ่งแตกต่างจากวัฒนธรรมตะวันตกที่อาจเป็นครอบครัวเดี่ยว หรืออยู่คนเดียวไม่มีใคร

3.2 ความเห็นและทัศนคติของบุคลากรทางด้านนโยบาย

ความเห็นของบุคลากรทางด้านนโยบายส่วนใหญ่ มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน นั่นคือมองว่ายังเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น เนื่องจากข้อจำกัดทั้งทางด้านกฎหมาย ที่ปัจจุบันยังไม่อนุญาตให้แพทย์ยุติชีวิตผู้ป่วย ถึงแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ร้องขอก็ตาม รวมไปถึงปัจจุบันก็มีการดูแลแบบประคับประคองอยู่แล้ว หากมองถึงอนาคต ถ้าเรื่องการรณยฆาตจะเกิดขึ้นได้ในสังคมไทยจะต้องมีพื้นฐานของระบบการดูแลแบบประคับประคอง ที่ค่อนข้างเข้มแข็งรองรับเสียก่อน แนวคิดคือ คนที่จะเข้ารับการรณยฆาตควรจะต้องเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองก่อน และหากไม่ได้ผล จึงจะเป็นทางเลือกของการรณยฆาต หากจะพัฒนาเรื่องนี้ จะต้องนำองค์ความรู้และวิชาการมาพูดคุยกัน อ้างอิงจากต่างประเทศและข้อมูลอื่น ๆ ซึ่งเป็นเวทีสำหรับอนาคตเรื่องนี้ต้องขับเคลื่อนด้วยองค์ความรู้ โดยเริ่มจากวงวิชาการ จากนั้น ต้องนำความคิดนี้ไปสู่สังคม ให้ผ่านกลุ่มประชาสังคม และตกลึกออกมา จึงจะกลายเป็นนโยบายและกฎหมายได้ เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งในสังคม

อย่างไรก็ตาม ยังมีความเห็นที่มองว่าการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอาจจะเป็นเรื่องที่จำเป็นแล้ว เหตุเพราะ ถึงแม้จะมีการดูแลแบบประคับประคองแล้ว ก็เพียงการดูแลแบบชั่วคราวเท่านั้น และยังคงมีค่าใช้จ่ายในการดูแลที่สูงอยู่ โดยปัจจุบัน การดูแลแบบประคับประคอง มีอยู่ในการดูแลจาก 3 กองทุนที่รัฐจัดให้แก่ประชาชนซึ่งได้แก่ สิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าทั้ง 3 กองทุน มีสิทธิประโยชน์ในการดูแลแบบประคับประคองที่แตกต่างกัน และมีความเหลื่อมล้ำกันมากเพราะสิทธิราชการและสิทธิประกันสังคมนั้นมีเฉพาะการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาลเท่านั้น แต่สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและที่บ้าน (healthstation, 2565) ถ้ามีการยุติชีวิตผู้ป่วยก็จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายจากทั้งผู้ป่วย และของรัฐเองด้วย

และความเห็นในเรื่องสิทธิมนุษยชน และโครงสร้างในสังคมเปลี่ยนไป มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้น การมีลูกลดลง สอดคล้องกับความเห็นของผู้แทนจากพรรคการเมืองหนึ่งที่มีการผลักดันนโยบายการตายดี ที่มองว่าตอนนี้เรามีสิทธิ์ที่จะตายตามธรรมชาติและปฏิเสธการยืดการตายแล้ว แต่ยังไม่มียุติชีวิตที่แข็งแรงให้การตายถึงเร็วขึ้นเพื่อข้ามช่วงที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายไป สำหรับการตอบรับในนโยบายดังกล่าว ได้รับการตอบรับเชิงบวก ต่างจากช่วงปี 2550 ที่เคยคุยเรื่องการรณยฆาต ซึ่งมีการตั้งคำถามมาก และมีกลุ่มประท้วงในประเด็นคุณค่าชีวิตหรือว่าเป็นปณาดิบาตหรือไม่ แต่ในปัจจุบันกลับกลายเป็นว่าปัจจุบันประชาชนเรียกร้องสิทธิที่จะยุติชีวิตตัวเอง

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก เหตุเพราะ

1. การรับรู้ของประชาชนในสังคมที่เปิดรับแนวคิดเรื่องการยุติชีวิต หรือการการุณยฆาตมากยิ่งขึ้น ผ่านการถกเถียงและเรียกร้องผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย มีการทำซีรี่ย์ที่ทำให้แง่มุมต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่เกี่ยวเนื่องกับการยุติชีวิต มีเวทีเสวนาถึงการการุณยฆาตในประเทศไทย แสดงให้เห็นว่าแนวคิดของคนในสังคมเริ่มยอมรับแนวคิดดังกล่าวมากขึ้น ในประเด็นนี้เองอาจจะท่อนไปถึงวิธีการหรือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย เหตุเพราะการดูแลแบบประคับประคองที่ถึงแม้ว่าจะประกาศเป็นหนึ่งในนโยบายกระทรวง ก็ยังไม่เพียงพอต่อสภาพของปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ ความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่มองว่าจากที่ทรัพยากรมีอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถกระจายไปโรงพยาบาลอื่นในระดับโรงพยาบาลชั้นปฐมภูมิ หรือทุติยภูมิ ทำให้การเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่ลำบาก และค่าใช้จ่ายสูง ตลอดจนการรับรู้ของคนในสังคมที่ไปโรงพยาบาลจะต้องเจอกับภาพที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายอยู่ร่วมกับผู้ป่วยปกติ การเห็นภาพที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองได้ ทำให้คนในสังคมบางส่วนมีความคิด ถึงเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีของ Peter Henry Rossi ในระยะก่อนการประเมิน (Pre-Assessment) ที่ทำให้ทราบขอบเขต และขนาดของปัญหาที่ซับซ้อน สังเกตได้จากการถกเถียงถึงสภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การมีซีรี่ย์ที่ทำให้เห็นแง่มุมต่าง ๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การเสวนาถึงการการุณยฆาตในประเทศไทย แสดงถึงความซับซ้อนของปัญหาผู้ป่วยระยะสุดท้าย และการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ที่ถึงแม้ว่าจะเป็นหนึ่งในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่การรับรู้และการเข้าถึงของประชาชนยังไม่ดีเท่าที่ควร จึงนำไปสู่ความคิดที่อยากให้มีการยุติชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายในประเทศไทย และระยะระหว่างการประเมิน (Assessment)

2. จากความเห็นของบุคลากรทางการแพทย์มีการให้ความเห็นและความจำเป็นที่แตกต่างกัน โดยขณะที่สังคมหรือผู้ป่วย สะท้อนถึงความจำเป็นนี้ผ่านประสบการณ์ความทุกข์ทรมาน แต่บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มองว่ายังไม่มีความจำเป็นเร่งด่วนแต่ในอนาคตเป็นเรื่องที่จำเป็น ซึ่งตามกรอบทฤษฎีของ Rossi แสดงให้เห็นว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมีนิยามของปัญหาในมุมมองและจุดยืนที่แตกต่างกัน หากวิเคราะห์ลงไป โดยใช้ทฤษฎีของ Peter Henry Rossi เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ จะพบว่า ในมุมมองผู้ป่วยหรือสังคม มองว่า “สภาพที่เป็นอยู่” คือความทุกข์ทรมานจนไม่สามารถทนได้ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตร และศักดิ์ศรีของตนที่หายไปกับ “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 อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์หลายรายที่แม้จะไม่เห็นด้วยกับการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แต่ก็ไม่ได้คัดค้านหากจะมีการศึกษาในประเด็นดังกล่าวอย่างรอบคอบ หรือมองว่าควรจะให้ป็นสิทธิ์ที่ผู้ป่วยจะเลือกเองว่าอยากที่จะดูแลแบบประคับประคอง หรือจะเข้ารับการยุติชีวิตผู้ป่วยภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ ฉะนั้นแล้ว จึงอาจต้องมีการศึกษาต่อไปอีกว่าหากมีการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายขึ้นในประเทศไทย จะต้องมีการกระบวนการอย่างไร เพื่อที่จะให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และความสบายใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นฝ่ายนำนโยบายไปปฏิบัติ

3. บุคลากรทางด้านนโยบาย ซึ่งเป็นบุคลากรหลักที่ผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ เช่น ตัวแทนจากพรรคการเมืองที่เป็นสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากพรรคฝ่ายรัฐบาล ยังมองว่าไม่ใช่เรื่องที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย แต่ทางตัวแทนจากพรรคการเมืองที่มาจากฝ่ายค้าน มองว่า ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษาหรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่จนถึงที่สุดแล้ว ก็ย่อมที่จะสามารถเข้ารับการกระบวนการการยุติชีวิตในระยะสุดท้ายได้ ซึ่งได้รับเสียงตอบรับจากประชาชนที่เห็นด้วยและเรียกร้องกับแนวทางดังกล่าวให้สามารถเกิดจริงจากการความเห็นของผู้ที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายอย่างพรรคฝ่ายรัฐบาลที่ยังมองว่าไม่จำเป็นซึ่งขัดกับความเห็นของฝ่ายค้าน ย่อมทำให้การผลักดันหรือขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวเป็นไปได้ยากขึ้น ถึงแม้ว่าจะเปิดช่องว่าจะต้องมีการศึกษาอย่างจริงจัง การเรียกร้องของบุคลากรทางการแพทย์ ตัวอย่างจากต่างประเทศ รวมไปถึงสถานการณ์ของสังคมผู้สูงอายุในอนาคต จึงไม่มีความจำเป็นในปัจจุบัน แต่อาจเป็นเรื่องที่จำเป็นในอนาคต ซึ่งสอดคล้องทฤษฎีของ Peter Henry Rossi ในระยะหลังการประเมิน (Post-Assessment) ที่เป็นการจากนั้นจึงร่วมกันจัดลำดับความสำคัญและเลือกแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมที่สุด ก่อนจะนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติการในอนาคต

สรุป/ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ในปัจจุบันการยุติชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายยังคงไม่มีความจำเป็น แต่ยังคงต้องมีการศึกษาสำหรับในอนาคต หรือถ้าหากมี ควรจะอยู่ในรูปแบบของการเป็นตัวเลือก สืบเนื่องมาจากการรับรู้ของประชาชนในสังคมที่เปิดรับแนวคิดเรื่องการยุติชีวิต หรือการการุณยฆาตมากยิ่งขึ้น ผ่านการถกเถียงและเรียกร้องผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย บุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่มองว่ายังไม่มี ความจำเป็นเร่งด่วนแต่ในอนาคตเป็นเรื่องที่จำเป็น และบุคลากรทางด้านนโยบาย ถ้าหากผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเข้ารับการรักษารักษาหรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเต็มที่จนถึงที่สุดแล้ว ก็ย่อมที่จะสามารถเข้ารับกระบวนการการยุติชีวิตใน ระยะสุดท้ายได้ จึงมีข้อเสนอแนะได้ว่า

1. สร้างความเท่าเทียมการสิทธิประโยชน์ของสิทธิประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสิทธิข้าราชการ ให้สามารถเบิกจ่ายได้ในอัตราที่เท่ากัน จัดสรรงบประมาณเป็นการเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมไปถึงการสร้างแผนกสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะ เพื่อให้มีทรัพยากร และบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย

2. ควรเริ่มมีการศึกษาสภาพปัญหาในปัจจุบัน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในอนาคต ตลอดจนความเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด เพื่อออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งการศึกษาความไปได้ของการแก้ไขกฎหมายเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย ภายใต้การอนุญาตของแพทย์ โดยแพทย์ไม่มีความผิด หรือการสร้างตัวเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เช่น ทางเลือกสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่อาจจะเข้ารับการยุติชีวิตภายใต้ความช่วยเหลือของแพทย์ โดยจะต้องมีเงื่อนไขตามที่กำหนด เช่น ต้องได้รับการประเมินจากแพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และจิตแพทย์ อย่างถี่ถ้วน, จะต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประเมินแล้วว่าไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องประสบความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายและจิตใจจนสามารถทนได้ เป็นต้น

3. การสร้างพื้นที่ให้มีการถกเถียงเรื่องสิทธิในการตาย และการตายอย่างมีศักดิ์ศรี

เอกสารอ้างอิง

Dickens, B. M., Boyle, J. M., & Ganzini, L. (2008). Euthanasia and assisted suicide. In A. M. Viens & P. A. Singer (Eds.), *The Cambridge textbook of bioethics* (pp. 72–77). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

healthstation. (2565). การดูแลแบบประคับประคองกับสิทธิการรักษาพยาบาล 3 กองทุน และการประกันสุขภาพภาคเอกชน. จาก

<https://main.healthstation.in.th/news/show/165>

Montagna, G., Junker, C., Elfgen, C., Schneeberger, A. R., & Güth, U. (2022).



- Assisted suicide in patients with cancer. *ESMO Open*, 7(1), 100349.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Henry, G. T. (2019). *Evaluation: A systematic approach* (8th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- The Guardian. (2019). Cancer patient the first to die under Victoria's euthanasia law. The Guardian. Retrieved from <https://www.theguardian.com/australia-news/2019aug/04/cancer-patient-is-first-to-die-under-victoria-euthanasia-law>
- University of Missouri School of Medicine. (n.d.). Euthanasia. Retrieved from <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. จาก <https://spd.moph.go.th/public-health-statistics/>
- วราทิพย์ ทองเดช, บุษบา คล้ายมุข, และ พงศ์ธรา วิจิตเวชไพศาล. (2563). วิสัยทัศน์กับการกา รุณยฆาต: ความเหมือนที่แตกต่าง. *วิสัยทัศน์สาร*, 46(3), 181–185.
- วิณิตา วาจาเที่ยง. (2568). ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ต่อค่าบริการทางสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสาร โรงพยาบาลนครพิงค์*, 16(1).
- วิสุทธิ สุขบำรุง. (2544). ปัญหาการุณยฆาตตามกฎหมายไทย. ใน *วิทยานิพนธ์ปริญญ มหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*.