

สิทธิการตายกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

.... น.ต.หญิง ธมกร ศรีสมุทรนาค

“การเรียนรู้ชีวิตใกล้ตาย ทำให้มีปัญญาที่สมบูรณ์ขึ้น เราจะศึกษาความเจ็บ ความตาย ความทุกข์ให้มันชัดเจน ไม่สบายทุกทีก็ฉลาดขึ้นทุกทีเหมือนกัน การตายเป็นหน้าที่ของสังขารอย่างไม่มีทาง เปลี่ยนแปลงแก้ไข นอกจากการต้อนรับให้ถูกวิธี” ท่านพุทธทาสภิกขุ



บทนำ

ความตายเป็นภาวะที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็น และ ความตายในเวลาอันจำกัด ก่อให้เกิดความเศร้าโศก และความทุกข์ทรมานอย่างมากกับผู้ป่วยและญาติ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น ผู้เขียนเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย นรีเวชระยะท้าย ต้องการนำเสนอบทความ เกี่ยวกับสภาวะที่มนุษย์เผชิญกับวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ด้วยพยาธิสภาพที่สิ้นหวังและเกินกว่าจะเยียวยา มนุษย์มีสิทธิที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน โดยเลือกที่จะตายได้ด้วยเงื่อนไขอะไรได้บ้าง โดยจะอ้างอิง ปรากฎการณ์ “การุณยฆาต” ที่เป็นเรื่องใหม่และยังไม่เป็นที่ยอมรับในสังคมไทย เมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศในวัฒนธรรมตะวันตก อีกทั้งจะกล่าวถึง ทีมสุขภาพและครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองให้จากไปอย่างสงบและสมศักดิ์ศรี ได้อย่างไร

การุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos หมายถึง death แปลรวมความว่า ตายดี ตายสงบ (อมรา สุนทรธาดา และ หทัยรัตน์ เสียงดัง ,2549) แนวคิดตะวันตก สำหรับ **การุณยฆาต** มีข้อพิจารณา 3 ประการ คือ เมื่ออยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส สิทธิส่วนบุคคลที่จะยุติชีวิตลง และบุคคลไม่ควรจะถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ และไร้การรับรู้ทางสมอง ถ้าหากพิจารณาทั้ง 3 เงื่อนไขในเชิงลึกแต่ละกรณีแล้ว จะเห็นว่า กรณีที่บุคคลอยู่ในภาวะที่เจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสภาพที่มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้มีลมหายใจ หรือไม่รับรู้ความเจ็บป่วยด้วยการใช้ยาระงับความเจ็บปวดทรมาน ข้อโต้แย้งก็คือ เราจะใช้เทคโนโลยีเอาชนะความเจ็บปวดทรมานได้มากน้อยเพียงไรและนาน

เพียงใด ภายใต้เงื่อนไขอะไรบ้าง เราจะแยกแยะระหว่างความเจ็บปวดทรมานที่บุคคลหนึ่งกำลังเผชิญอยู่และต้องการหลุดพ้น โดยที่ไม่กดดันทางอารมณ์ หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ทุกครั้งที่ลมหายใจขึ้นมาพบสภาพที่เจ็บปวดทรมานและเลือกที่จะตายในแต่ละวัน กับความเห็นทางการแพทย์ที่วินิจฉัยว่าบุคคลนั้นๆ ยังมีโอกาสที่จะเยียวยาและมีชีวิตต่อไปได้อีกกระยะหนึ่งได้อย่างไร ความเห็นประการที่ 2 ที่ว่าบุคคลควรมีสติที่จะยุติชีวิตในสภาวะที่พร้อมและสมัครใจ ต่อกรณีนี้ “สิทธิที่จะตาย” ต้องไม่ถูกหยิบยื่นให้กับผู้อื่น นอกจากผู้ที่เป็นเจ้าของชีวิตจะร้องขอเท่านั้น เงื่อนไขนี้จะมีช่องว่างทันทีหากผู้ที่หยิบยื่นความตายให้บุคคลอื่นใช้ดุลยพินิจส่วนตัวตัดสินว่า บุคคลนั้นๆ หมดหนทางที่จะเยียวยาได้จากสภาพทรมานทุกข์ทรมาน เพราะเป็นการล่อแหลมต่อการใช้ “การุณยฆาต” ฟุ่มเฟือยเกินไป (ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ, 2546)

“การุณยฆาต” ในแนวคิดที่ 3 ที่ว่าผู้ป่วยไม่ควรจะถูกบังคับให้ยืดชีวิตออกไปในสภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้และไร้การรับรู้ทางสมองการยืดชีวิตไว้ถือเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยหรือไม่ เราจะมีทางเลือกอย่างไรบ้าง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะ “พินไม่ตายไม่ลง” จะถือว่าเป็นการยืดชีวิตโดยที่ ผู้ป่วยไม่ปรารถนาจะทนกับภาวะทรมานนั้นอีกต่อไป หรือไม่ (ทั้งที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน และไร้การรับรู้) ทางออกที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ การให้สิทธิผู้ป่วยวาระสุดท้ายอยู่ใน สภาพที่พร้อมตาย อย่างมีศักดิ์ศรี สงบ และมีสติโดยมีครอบครัวรอบข้างที่ ยอมรับ การจากไปอย่างมีสติ และเห็นความตายเป็น ธรรมชาติ แนวคิดในชีววัฒนธรรมตะวันตก เช่นนี้เป็นที่ มาของการจัดหาสถานพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospiceหรือ in-home hospice) ให้เตรียมตัว ตายอย่างมีศักดิ์ศรีและตายอย่างมีสติปราศจากการยืดชีวิตไว้ด้วยเทคโนโลยีต่างๆ(อมรา สุนทรธาดา และ ทัยรัตน์ เสี่ยงตั้ง,2549)

สำหรับประเทศไทย การตื่นตัวเรื่องของสิทธิการตายในสังคมไทยกลายเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้น หากนับจากความ พยายามที่จะผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเมื่อ 6 ปีที่ผ่านมาจะเห็นว่า ปัจจุบันมีกลุ่มต่างๆเกิดขึ้นหลายกลุ่ม อาทิ กลุ่มพุทธิกา ที่ประกอบด้วยสมาชิกจากหลากหลายอาชีพที่สนใจ การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายในมิติกาย-จิต-สังคม มากขึ้น และเห็นว่าการแพทย์แบบประคับประคอง (palliative care) ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเผชิญกับการเจ็บปวดทรมานน้อย ที่สุดเป็นสิ่งที่ดี การแพทย์สมัยใหม่ ควรศึกษาอย่างรอบคอบ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยสิทธิ การตายมาตรา 24 ระบุไว้ว่า “บุคคล มีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาเป็นไปเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายในชีวิตของตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบ และ สมศักดิ์ศรีของความเปนมนุษย์” โดยมีคำชี้แจงว่าเพื่อให้บุคคลมี สิทธิเลือกตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความเปนมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ยืดชีวิต หรือถูกแทรกแซงการตาย เกินความจำเป็น และเพื่อไม่ให้เป็นการกระทำ ดาน โดยให้มีสิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (Living will) ในร่างพ.ร.บ. นี้ ไม่ได้ กล่าวถึงการให้แพทย์มีสิทธิ ฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร (การุณยฆาต) และไม่ได้อ้างถึงการให้แพทย์ช่วยผู้ป่วย ฆ่าตัวตายด้วยการจัดหาอุปกรณ์ผลิตซีพีให้ผู้ป่วย มาตรา 10 ระบุว่า ‘บุคคล มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน มาตราฐานในการวินิจฉัย ภาวะสมองตายของแพทย์สามมี ดังนี้ คือ 1.กระทำด้วยคณะแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน คือ แพทย์เจ้าของผู้ป่วยและแพทย์สาขาประสาทวิทยา หรือ

แพทย์ สาขาประสาทศัลยแพทย์ (ถามี) 2. ต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้ทำการปลูกถ่ายอวัยวะรายนั้น 3. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมายเป็น ลายลักษณ์อักษรจะ ต้องรวม เป็นผู้รับรองการวินิจฉัย สมอง ตาย (นันทน อินทนนท์, 2545)

ถ้าเรามองความตายเป็นเรื่องกฎธรรมชาติ ก็ดูเหมือนว่า “การุณยฆาต” เป็นเรื่องเข้าใจง่ายขึ้น แต่ในทางปฏิบัติไม่ง่ายอย่างที่คิด トラบใดที่การให้คุณค่าของสิ่งมีชีวิตบนโลกนี้ต่างกัน ชีวิตมนุษย์เราพอใจที่จะมองตางมมุมาผู้ป่วยวาระสุดท้ายอาจมีโอกาสรอดชีวิตได้ด้วย เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและราคาสูง เรามักจะคิดว่าต้องช่วยคนที่ เรารักให้ถึงที่สุด แมวการยืดชีวิตออกไปอีก ช่วงระยะเวลาสั้นๆให้ความรู้สึกที่ดี และ เป็นการใดทำอะไรสักอย่างหนึ่งให้กับบุคคลที่เราไม่อยากจะจากไป ขอโต้แย้งเกี่ยวกับ “การุณยฆาต” ในมิติเชิงเศรษฐศาสตร์นั้น ชีวิตมนุษย์ถูกเทียบค่าเป็นตัวเงิน ถ้าเราจะต้องดูแล ผู้ป่วยที่มีสภาพที่เรียกว่า “ผักถาวร” (persistent vegetative state) คือ มีชีวิตอยู่ได้ด้วยการให้อาหารและน้ำผ่านเครื่องช่วยถาดึงสายเครื่อง ช่วยออกผู้ป่วยก็จะตายในแง่ นี้ มีความคิดเห็นแยกเป็น 2 กลุ่ม คือเมื่อผู้ป่วยหมดหนทางรักษาให้หายจะมีประโยชน์ประการใดที่รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีต้นทุนสูง ในขณะที่ ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก รอความช่วยเหลือและมีโอกาสรอดชีวิตได้มากกว่า (พระไพศาล วิสาโล, 2545)

ในสภาพการณ์เช่นนี้ชวนให้คิดได้ว่าการยืดชีวิตคนตายเอาไวด้วย “พันธนาการทางการแพทย์” เป็นการเสียทรัพย์สินเสียเวลา เสียเตียงคนไขของโรงพยาบาล ที่ยังมีผู้ป่วยรายอื่นๆ มีสิทธิที่จะไข้ใดหรือไม่ถามองในแง่ของความ มั่นคงแห่งมนุษยชาติเราจะแปลเจตนาตรงนี้ อยางไรจะกล่าวได้ใหมวา คนที่ตายแล้ว (ยังอยู่ได้เพราะมีเครื่องช่วยชีวิต) ก็ต้องเป็นคนตายและควรหยิบยื่นโอกาสและทรัพยากรให้กับผู้ที่ มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าจะถือเป้นกระบวนการความ มั่นคงของมนุษยชาติใดหรือไม่ (ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ, 2546)

ผู้เขียนมีประสบการณ์ตรงในการอยู่ผู้ป่วยระยะท้าย จึงอยางจะยกตัวอย่างจากผู้ป่วย 2 ราย รายแรกเป็นผู้ป่วยหญิงวัยสูงอายุ ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในวัยกลางคนนั้นมีอาชีพรับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยมีบุตรชาย 1 คน ขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยอาศัยอยู่กับ บุตรชาย สะใภ้และ หลานชาย ขณะที่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามนั้นก็มืบุตรชายและสะใภ้ ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันในการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยการฉายแสง และให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษา และ ระยะของโรคอย่างต่อเนื่อง หลังจากทีผู้ป่วยวะเวียนเข้าออกโรงพยาบาลอยู่หลายครั้ง ในช่วงที่ผู้ป่วยทรุดหนัก ผู้ป่วยเริ่มมีอาการปวดมากขึ้น และมีอาการเหนื่อยจากการมีน้ำท่วมปอดสาเหตุจากการลุกลามของโรค จากประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติในการเข้าออก โรงพยาบาลอยู่หลายครั้งทำให้เห็นผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยบางรายจะต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อยื้อชีวิต ผู้ป่วยบางราย เสียชีวิตอย่างสงบโดยการให้ยาบรรเทาอาการปวด และยานอนหลับ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ผู้เขียนคิดว่าจากการประสบพบเจอในสิ่งเหล่านี้ก็ได้เกิดการเรียนรู้ ในระยะสุดท้ายผู้ป่วยได้ร้องขอให้บุตรชายนิมนต์พระมาทำสังฆทานให้ที่โรงพยาบาล และแสดง เจตน์จำนงโดยการเขียนเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีบุตรชายเป็นพยานว่า

“ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ต้องนวดหัวใจ และใส่ท่อช่วยหายใจ”

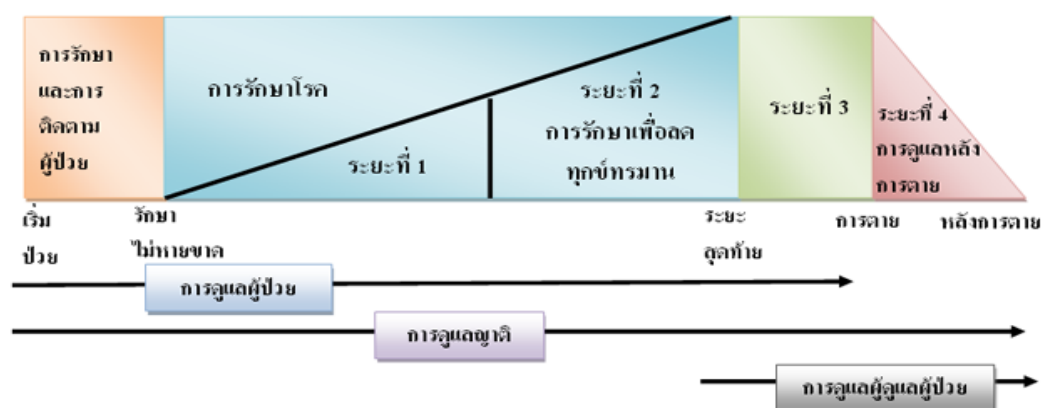
สุดท้ายผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลโดยการให้ยาแก้ปวด และยานอนหลับเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการรบกวนต่างๆ และเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีตามความต้องการของผู้ป่วย

รายที่ สอง ผู้ป่วยมะเร็งรังไข่มีอาชีพรับราชการครู สถานะโสด อายุราวๆ ห้าสิบปีกว่า มาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นท้อง ท้องโตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรังไข่ระยะลุกลาม สำหรับผู้ป่วยรายนี้แพทย์ให้การรักษาตามอาการเนื่องจากไม่สามารถที่จะผ่าตัดได้เนื่องจากก้อนเนื้อได้ลุกลาม ไปได้ทั่วร่างกายแล้วตั้งนั้นระยะเวลาการรักษาตัวระยะสุดท้ายนั้นสั้นมาก ประมาณ 3 เดือน ผู้เขียนรับรู้ได้ถึงความรู้สึกของผู้ป่วยที่กลัวการจากไปแบบไม่มีวันกลับ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถควบคุมสติของตนเองได้เท่าที่ควร ในระยะก่อนสิ้นใจ ผู้ป่วยมีอาการทรมานหลายมาก ขอผ้าชุบน้ำเช็ดตัวตลอดเวลา และบ่นว่าร้อนมาก หายใจหอบและเหนื่อยเนื่องจากมีอาการน้ำท่วมปอด ระยะสุดท้ายผู้ป่วยรู้สึกตัวบาง ในบางเวลาแต่สิ่งที่ผู้เขียนสังเกตได้ชัดเจนคือ ผู้ป่วยพยายามดึงสายยางเครื่องช่วยหายใจออกอยู่ตลอดเวลาจนญาติต้อง ขอร้องให้พยาบาลมัดแขนมัดมือเอาไว้กับขอบเตียง เพราะคิดว่าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ไม่รู้สติแต่ผู้เขียนกลับคิดว่า ผู้ป่วยคง อยากพ้นสภาพความทรมานจากการเจ็บปวด มากกว่าเหตุผลอื่นใด

จากกรณีตัวอย่างของผู้ป่วย สองรายนี้ สิ่งที่เราณาพิจารณาก็คือ ชีวิตและความตายเป็นของใคร ใครเป็นผู้กำหนดว่า จะตายเมื่อไร อย่างไร ใ้เหมาะสมกับความเป้นมนุษย์กรณีศึกษารายแรกพรอมที่จะตายอย่างสงบและทรมานน้อยที่สุด ในขณะที่รายที่สองรักชีวิตไม่ยอมตาย นอกเหนือจากการมีสิทธิเลือกตาย ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายแล้ว การให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีก็มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากันลำดับต่อไป ผู้เขียนจึงอยากจะกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในลำดับต่อไป

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคลุกลาม จนถึงขั้นรักษาไม่หาย และไม่มีแผนการรักษาใดๆ อีกต่อไป แนวทางในการดูแลรักษา (พัทธ์ธีธา วุฒิพงษ์พัธ,2559) จึงแสดงให้เห็นดังรูปภาพ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย



แนวทางในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

นอกจากการดูแลแบบประคับประคองตามอาการจนถึงระยะสุดท้าย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติส่วนมากมีความต้องการอยู่ในโรงพยาบาลให้นานที่สุด โดยมีความคาดหวังว่าผู้ป่วยอาจ มีอาการดีขึ้นบ้าง หรือญาติผู้ป่วยอาจขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือ ไม่มีผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย หรือข้อจำกัดอื่นๆ ที่แต่ละคนมีแตกต่างกัน ถึงแม้ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายพักอยู่โรงพยาบาล แต่ด้วยจำนวนเตียงที่มีจำกัด ทำให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ในระหว่างที่ทำงาน ผู้เขียนได้เห็นว่ามีผู้ป่วยเกือบทั้งดึกซึ่งป่วยเป็นโรคมะเร็งมีความเครียด ความวิตกกังวล ความสับสน ความทุกข์โศก และความซึมเศร้า มีโอกาสได้พูดคุยกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำให้รู้ว่า เขามีความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ บ่อยครั้งที่ผู้เขียนในฐานะพยาบาลได้ลองนำหลักธรรมะเข้าไปคุยกับผู้ป่วย ผลที่ได้คือผู้ป่วยดีขึ้น หน้าตาแจ่มใส มีความสบายใจขึ้นจึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ คำสอนของพระพุทธเจ้า ซึ่งเปรียบเหมือนยาขมหม้อใหญ่ ถ้าใครกินก็บรรเทาทุกข์ ใครไม่กินก็ทุกข์ต่อไป การป้อนยาขมก็ต้องมีสติในการป้อนเหมือนกัน เพราะแต่ละคนมีพื้นฐานไม่เท่ากัน บางคนเคยได้ยิน ได้ฟัง ได้ปฏิบัติธรรมะมาบ้าง เมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย ผู้ป่วยที่มีธรรมะเขาก็จะทุกข์น้อย ยอมรับความจริงได้เร็วขึ้น สามารถปรับจิตใจเผชิญภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยมีพื้นฐานด้านธรรมะมาก่อนเลย ลักษณะความจริงของชีวิตที่ควรเรียนรู้ ได้แก่ ความเป็นไตรลักษณ์ (อนิจจัง = ไม่เที่ยง, ไม่แน่นอน, เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ, ทุกขัง = ความเป็นทุกข์, อนัตตา = ไม่ใช่ตัวตนที่แท้จริง) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะมีหลักการในการดูแลดังต่อไปนี้ คือ

๑. มุ่งประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเป็นหลัก มิใช่ตัวโรค
๒. มุ่งบรรเทาอาการเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ
๓. ให้การดูแลช่วยเหลือด้วยความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทร ครอบคลุมทุกด้านอย่างจริงใจและเน้นเฉพาะเป็นรายบุคคล
๔. เพิ่มคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่เริ่มต้นที่มีอาการเจ็บป่วยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
๕. จัดให้มีระบบการช่วยเหลือ ค้ำจุนครอบครัวผู้ป่วยทุกสภาวะการณ์
๖. ไม่ควรพยายามเร่งรัด หรือเหนี่ยวรั้งความตายจนเกินกว่าเหตุ
๗. ถือว่าความตายเป็นกระบวนการปกติธรรมดา เป็นสัจธรรมที่ทุกชีวิตต้องสัมผัส (ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์ ,2559)

.....โรครักษาแล้วหาย บางโรครักษาแล้วไม่หาย บางโรคไม่รักษาก็หาย บางโรครักษาจึงหาย ไม่รักษาจึงตาย.... สำหรับโรคที่รักษาก็ไม่หาย ตายอย่างเดียว แต่ว่าจะตายแบบเร็วหรือช้า เรียกว่า การยืดเวลา ถ้ายืดเวลาออกไปแล้วทรมาน สุดท้ายก็ต้องตายอยู่ดี แต่ถ้าไม่ยืดเวลาตาย ช่วงเวลาทรมานก็จะสั้น แล้วควรจะ

เลือกแบบไหน ผู้ป่วยควรมีสติรับรู้ความจริงเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ในสภาพปัจจุบันผู้ป่วยมักถูกลิดรอนสิทธิจากญาติ/ครอบครัวของผู้ป่วย โดยมักจะทำให้เหตุผลว่า กลัวผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักเมื่อรู้ความจริง แต่จากประสบการณ์ของผู้เขียน มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่อยากรู้ แต่ไม่ได้รับการสนองตอบ ทำให้ผู้ป่วยมีเวลาน้อยไปในการเตรียมตัวเตรียมใจเผชิญภาวะสุดท้ายของชีวิต

สรุป

ถ้าเราจะประมวลแนวคิดหลักว่าด้วยวาระสุดท้ายแห่งชีวิต และสิทธิการตายรวม 3 มิติ (อมรา สุนทรธาดา และ หทัยรัตน์ เสียงดัง, 2549) คือ มิติด้านชีวการแพทย์ซึ่งให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานทางกายภาพเป็นหลักแยกความตายและร่างกายออกจากกัน มิติด้านกาย-จิต-สังคม ให้ความสำคัญด้าน จิตใจ ครอบครัวให้ออกาสผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาด้วยโดยมีมาตรการทางการแพทย์ให้การช่วยเหลือเพื่อจัดการกับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและมิติสุดท้ายคือ มิติด้านจิตวิญญาณให้ความสำคัญว่าชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติไม่มีอะไรเป็นตัวตนถาวรและความตายไม่ใช่สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง เมื่อร้อยเรียงมิติการมองชีวิตและความตายดังกล่าวแล้ว สังคมไทยอาจมีแนวทางปฏิบัติเรื่องวาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตายโดยตรงและสอดคล้องกับกระบวนการและหลักประกันความมั่นคงแห่งมนุษยชาติได้อย่างลงตัว ไม่เกิดความขัดแย้งระหว่างวิทยาศาสตร์ และ จริยศาสตร์คนไทยจะเตรียมตัวอย่างไรที่จะมองชีวิตและการสิ้นสุดชีวิตให้แนบเนียนกับหลักคำสอนของพุทธศาสนาให้พิจารณาทุกอย่างเป็น อนิจจังการเลือกที่จะตายเมื่อเผชิญ กับภาวะสุดท้ายแห่งชีวิตควรถือหลักปัจจัยเหตุประการใดบ้างที่ทำให้ผู้ที่จาก ไปก็สงบและมีศักดิ์ศรีในขณะที่ผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ไม่รู้สึก “สูญเสีย” สิ่งที่เป็นที่รัก หรือ “สิ้นสุดภาวะ” ที่จะดูแล เพราะความรู้สึกทั้งสองประการนี้แตกต่างกันโดยสิ้นเชิงและมีนัยต่อการยอมรับ “การุณยฆาต” ในสังคมไทยอย่างยิ่ง ถึงอย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การให้การดูแลก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต อาจมีความแตกต่างกันตามความ เชื่อทางศาสนาของแต่ละบุคคล การช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี เป็นหน้าที่ของทีมสุขภาพและ ครอบครัว ผู้ที่เคยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจะเข้าใจญาติและให้การดูแลผู้ป่วยและญาติได้ดีกว่าผู้ที่ยังไม่เคย ประสบเหตุการณ์เช่นนี้มาก่อน (ผาณิต หลีเจริญ, 2557) อย่างไรก็ตาม การดูแลต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจจะไม่ได้มีการทำหนังสือแสดงเจตนาอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เนื่องจากยังเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย หากทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ตลอดจน ญาติ มีความเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามความเป็นจริงที่ตรงกัน มีเมตตา กรุณา การดูแลผู้ป่วยจะมีความเห็น พ้องในแนวทางเดียวกันที่จะไม่ยื้อให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมาน จากไปอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี

บรรณานุกรม

- อมรา สุนทรธาดา และ ทัยรัตน์ เสียงดัง.(2549) วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย Retrieved May 8, 2019,from <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Article14.htm>
- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. 2546. *กระบวนการทัศน์เรื่องความตายและมิติแห่งสุขภาวะ*. รายงานวิจัยส่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นันทน อินทนนท์. 2545. *'สิทธิที่จะตาย' ใน ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- พระไพศาล วิสาโล. 2545. *'ความตาย ประตูลู่สู่ภาวะใหม่' ใน มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคม แห่งสุข ภาวะ*. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์,นงลักษณ์ ตรงศิลป์ และ พจน์ กริชไกรวรรณ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 1 : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์,2559.*การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนา และความ ต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต*.วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 3 ฉบับที่ 6 เดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2559
- ถนอมขวัญ ทวีบูรณ์. (2559).การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-withend-stage/_14.html (วันที่สืบค้นข้อมูล 30 เมษายน 2562)
- ผาณิต หลีเจริญ. (2557) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: สะท้อนคุณค่าของวิชาชีพ. วารสาร มฉก.วิชาการ. ปีที่ 17 ฉบับที่ 34 มกราคม - มิถุนายน 2557. 127-138.