

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ตามมุมมองผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ปรัชญา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย
 - 1.2 ปฏิกริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 1.3 ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
2. การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต
 - 2.1 การรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต
 - 2.2 การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต
 - 2.3 ผู้ตัดสินใจเพื่อยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต
3. แนวคิดของศาสนาอิสลาม
 - 3.1 หลักคำสอนพื้นฐานของศาสนาอิสลาม
 - 3.2 การกำเนิดมนุษย์ในทรรศนะอิสลาม
 - 3.3 ความตายในทรรศนะอิสลาม
4. การเจ็บป่วยและการรักษาในทรรศนะอิสลาม
 - 4.1 การรักษาในทรรศนะอิสลาม
 - 4.2 การยุติการรักษาในทรรศนะอิสลาม
 - 4.3 แนวทางปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตตามทรรศนะอิสลาม
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

แนวคิดระยะสุดท้ายของชีวิต

ความตายเป็นกฎธรรมชาติของมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดก็ต้องเผชิญ และทุกคนต่างยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต มนุษย์แต่ละคน แต่ละชาติพันธุ์ ในแต่ละสิ่งแวดล้อมย่อมมีสุขภาพ ความเจ็บป่วย และอายุขัยที่แตกต่างกัน (สันต์, 2544) จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการดูแลสุขภาพ พัฒนาการวิธีการรักษา ทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่มนุษย์ก็ไม่สามารถเอาชนะความตายเพียงแต่ชะลอความตายออกไปให้นานที่สุดเท่านั้น (Stein, 2004) โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอยู่ระหว่างความเป็นและความตาย เทคโนโลยีดังกล่าวได้เข้ามามีบทบาท ทำให้การมีชีวิตของผู้ป่วยเป็นไปแบบมีธรรมชาติ ไม่สามารถคิด หรือรับรู้อะไรได้ และไม่รู้ว่าจะต้องอยู่ในสภาพนี้ยาวนานเพียงใด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความปวด การดำเนินของโรค มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Jonseb et al., 2002; Weinreb, Kinzbrunner, & Clark, 2002)

1. ความหมายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างความเป็นและความตาย เผชิญกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และตระหนักดีว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายผู้ป่วยระยะสุดท้ายไว้หลายท่านดังนี้

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่หมดหวังจะหายจากโรค อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เป็นความเจ็บป่วยที่ไม่มีทางรักษาให้หายด้วยวิธีการใดๆ อาการจะทรุดลงไปเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และเสียชีวิตในที่สุด (Smith & Bohnet, 1983)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยการเจ็บป่วยถึงขั้นสูญเสียชีวิต ภายใต้การรักษาด้วยยาและการดูแลอย่างใกล้ชิด พยากรณ์โรคว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า (Jonseb et al., 2002)

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่เจ็บหนักมีอาการรุนแรง อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค หมดหวังในการรักษา หรือมีอาการบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน และได้แบ่งประเภทผู้ป่วยใกล้ตายได้แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (สันต์, 2521) คือ

1. ผู้ป่วยเจ็บหนัก (seriously ill patient) คือ ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่อวัยวะที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง (สมองและไขสันหลังส่วนต้น) ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ ซึ่งหมดหวังที่จะมีชีวิตรอด

2. ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (terminally ill patient) คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่เป็นอาการที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ผู้ป่วยมะเร็งหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

3. ผู้ป่วยที่หมดหวัง (hopeless patient) คือ ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกาย หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะพ้นจากความทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่ในชีวิตของตนเองให้เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่นได้ (สันต์, 2544)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ให้เห็นว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน อยู่ในระยะสุดท้ายของโรค ไม่มีทางรักษาด้วยวิธีการใดๆ ร่วมกับการได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า โรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์จากการรักษาพยาบาลมากกว่าการรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยประเภทนี้มีแนวโน้มว่าจะทรุดลงเรื่อยๆ อย่างสม่ำเสมอ ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมได้ และเสียชีวิตในที่สุด ผู้ป่วยที่แพทย์ทำนายหรือพยากรณ์โรค ว่าสามารถมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6 เดือน หรือน้อยกว่า (Kinzbrunner, 2002a; Stein, 2004) การรักษาช่วงนี้เน้นในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีระยะเวลาที่เหลือของชีวิตตามระดับของสติที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาตตั้งแต่คอลงมา ยังคงมีสติและอาจมีระยะเวลาที่เหลือของชีวิตนานเป็นปี ผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายต่อสมองอยู่ในสภาพไม่รู้ตัวเหมือนกำลังนอนหลับ มีชีวิตเหมือนอย่างผัก (persistent vegetative state) จะไม่รู้สติเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ระยะที่แพร่กระจาย (วิชัย, 2545) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทประเภทเสื่อมถอย (degenerative disease) ที่เป็นระยะสุดท้าย เช่น โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ (ประเสริฐ, 2545) ซึ่งในการรับรู้ของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตของแต่ละคนจะแสดงปฏิกิริยาออกมาในลักษณะที่แตกต่างกัน

2. ปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิต

เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต บุคคลอาจจะอยู่ที่จุดใดจุดหนึ่งในกระบวนการของภาวะใกล้ตายทั้งนี้ระยะต่างๆ เกิดขึ้นไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยเผชิญเป็นการตอบสนองของบุคคลต่อความทุกข์โศกที่เกิดขึ้นจากความตาย ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณต่างๆ มากมาย จากแนวคิดการตอบสนองของผู้ป่วยภาวะใกล้ตายของคูเบลเลอร์-รอส (Kubler-Ross, 1971 cited by Susan, 2001) แบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้

2.1 ระยะเวลาปฏิเสธและแยกตัว (stage of denial and isolation) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อรับรู้เกี่ยวกับความตายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยอาจซัด เนื่องจากไม่ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจ หรือได้รับการบอกข้อมูลที่รวดเร็วไป ข้อมูลคลุมเครือไม่ชัดเจน หรือบอกเมื่อผู้ป่วยไม่พร้อม ในระยะปฏิเสธ ผู้ป่วยจะใช้กลไกอย่างหนึ่งเพื่อการป้องกันตัว เช่น คิดว่าเป็นเรื่องที่ผิดพลาด คิดว่าไม่ใช่เรื่องจริง

2.2 ระยะโกรธ (stage of anger) เมื่อผู้ป่วยตระหนักว่าไม่สามารถปฏิเสธความจริงที่เกิดขึ้น ลักษณะที่เด่นชัดของระยะนี้ คือ ผู้ป่วยจะเกิดคำถามตลอดเวลว่า ทำไมต้องเป็นตัวเรา ผู้ป่วยจะรู้สึกโกรธหงุดหงิดตัวเอง และคนรอบข้าง และคิดว่าไม่ยุติธรรมที่ตนเองกำลังจะสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต

2.3 ระยะต่อรอง (stage of bargaining) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มยอมรับแต่ก็พยายามต่อรองอย่างมีความหวัง ให้สัญญาในการแลกเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่าง โดยมากมักจะพยายามต่อรองในการทำความดีมากขึ้น เพื่อมีชีวิตที่ยืนยาวออกไป สิ่งต่างๆ จะเป็นไปตามความเชื่อ และศรัทธาต่อศาสนาที่ตนเองนับถือ

2.4 ระยะซึมเศร้า (stage of depression) เป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงปฏิกิริยาที่เห็นได้ อย่างเด่นชัดที่ยอมรับว่าตนเองจะต้องตาย คือ การสูญเสียชีวิตและถูกแยกจากบุคคลที่ตนเองรัก

2.5 ระยะยอมรับ (stage of acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับกับความจริงถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและเข้าใจว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะเริ่มพูดถึงความตายของตนเองด้วยความรู้สึกที่ดี เริ่มจัดการกับสิ่งต่างๆ ก่อนที่ตนเองจะเสียชีวิตลง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทรัพย์สินของตนเอง เป็นระยะที่บุคคลรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียต้องการพักผ่อน ต้องการการดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจ และต้องการการอยู่เป็นเพื่อน มีความสนใจต่อโลกภายนอกและปัญหาต่างๆ ลดลง

ปฏิกิริยาตอบสนองในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยมีลักษณะที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงทั้ง 5 ระยะ ในแต่ละระยะไม่จำเป็นต้องดำเนินเป็นขั้นตอนตามลำดับ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีการตอบสนองที่มักพบบ่อยที่สุด คือ ปฏิเสธ (ไม่ยอมรับว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรงที่รักษาไม่ได้) และซึมเศร้า ทั้งนี้คนส่วนใหญ่มักเริ่มด้วยการปฏิเสธ และตามด้วยโกรธ แล้วจึงเข้าสู่ระยะซึมเศร้า แต่มีจำนวนไม่น้อยที่อาจเข้าสู่ระยะซึมเศร้าตั้งแต่ระยะแรก (สุทธิชัย, 2545) ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วย หรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วยจะแสดงปฏิกิริยาที่ก้าวร้าว กล่าวโทษผู้อื่น ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยมีการยอมรับการเจ็บป่วย หรือความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยเริ่มรับรู้ที่ ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เริ่มมีการวางแผนเกี่ยวกับชีวิตตนเอง และมีการหาที่พึ่งทางจิตใจ ศาสนาที่ตนเองนับถือจะเข้ามาวมบทบาทในการเป็นที่พึ่งทางจิตใจ และมีผลเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต

ในระยะหลังมีการเสนอรูปแบบของปฏิกิริยาและอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต โดยบัคค์แมน (Buckman, 1993 cited by Susan, 2001) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น (initial stage) ระยะเรื้อรัง (chronic stage) และระยะสุดท้าย (final stage) ซึ่งมีจุดเน้นที่ได้รวบรวมอารมณ์ และปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลแสดงออกมาเมื่อรับรู้ว่าคุณค่าตนเองกำลังพบกับความตาย นอกจากนี้แพททิสัน (Pattison, 1997 cited by Susan, 2001) ได้เสนอรูปแบบการเผชิญความตายของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยกล่าวถึงวิถีการมีชีวิตอยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย (living dying interval) ปฏิกิริยาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตจะแสดงออกในลักษณะคาบเกี่ยว และเกี่ยวข้องกับความคิดกังวล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1) ระยะเริ่มต้น (initial phase) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต จะมีความวิตกกังวลสูงสุด และแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรง มีการแสดงอาการโกรธ ปฏิเสธ และต่อรอง

2) ระยะเรื้อรัง (chronic phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยปรับความคิดในเรื่องความเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลน้อยลง ความรู้สึกหลายอย่างที่เกี่ยวข้อกับความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ ความจำเหว่ มีความโศกเศร้าที่ต้องสูญเสียหลายสิ่งหลายอย่างในชีวิต เช่น บุคคลรอบข้าง การควบคุมตนเอง เป็นต้น

3) ระยะสุดท้าย (terminal phase) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแยกตัวจากบุคคล เหตุการณ์จากโลกภายนอก การรับรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง

เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และต้องมีชีวิตที่คาบเกี่ยวกับความเป็นความตาย บุคคลแต่ละคนจะแสดงปฏิกิริยาออกมาแตกต่างกัน ขึ้นกับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งคนส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าคุณค่าที่กำลังเผชิญ เป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ของชีวิต ปฏิกิริยาที่แสดงออก สามารถบอกถึงความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ (Nguyen & Weinreb, 2002; Susan, 2001)

3. ความต้องการของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

คนส่วนใหญ่ไม่ปรารถนาที่จะตาย ความต้องการเป็นสิ่งที่เกิดตามธรรมชาติในมนุษย์ ซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตาย บุคคลมีความต้องการอยู่ตลอดเวลาทั้งเวลาปกติ และเมื่อมีการเจ็บป่วย แต่เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึงทุกคนต้องการตายอย่างสงบปราศจากความทุกข์ทรมาน (ทัคนีย์, 2543; ประเสริฐ, 2545; Kinzbrunner, 2002a) ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นความต้องการที่ช่วยให้ชีวิตที่เหลืออยู่ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ (Kinzbrunner, 2002b; Prendergast & Puntillo, 2002)

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นผู้ที่ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณเป็นอย่างมาก เนื่องจากความทุกข์ทรมานของโรคระยะสุดท้าย และจากความท้อแท้สิ้นหวังที่จะรักษาชีวิตให้รอด เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าตนเองมีอาการทรมานหนัก ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคม จิตวิญญาณ และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและความมีศักดิ์ศรี โดยการมีโอกาที่จะเลือกมีชีวิตและความตายตามความต้องการของตนเอง (Astrow, Puchalski, & Sulmasy, 2001) การดูแลผู้ป่วยระยะนี้จึงมุ่งไปที่การตอบสนองของความต้องการด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ แต่การดูแลทางด้านร่างกายยังจำเป็นอยู่ เป็นผู้ที่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลมากกว่าการรักษา ต้องการการได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สามารถสรุปความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (biological needs) ผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตต้องการลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและความสุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น การควบคุมความเจ็บปวด การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยต่างๆ

3.1.1 ความต้องการควบคุมความเจ็บปวด ผู้ป่วยมักมีชนิดของอาการปวดมากกว่าหนึ่งชนิด แต่ละชนิดมีพยาธิสภาพแตกต่างกัน อาการปวดเป็นเพียงหนึ่งในอาการที่พบในผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะสุดท้ายของชีวิต (ประเสริฐ, 2545) ความเจ็บปวดเป็นประสบการณ์ที่ไม่สบายทั้งด้านความรู้สึก และอารมณ์ ซึ่งเกิดร่วมกับการทำลายเนื้อเยื่อของร่างกาย (Weinreb et al., 2002) ความปวดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน เหตุผลหนึ่งของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวด (Wilson et al., 2000)

3.1.2 ความต้องการความสุขสบายทางด้านร่างกาย จากการคุกคามของโรคร่วมทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ การได้รับน้ำและอาหารที่เพียงพอ การขับถ่าย การเคลื่อนไหว การควบคุมอุณหภูมิ ความสะอาดและความสุขสบายต่างๆ การได้ติดต่อสื่อสารตามความต้องการ และการได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ ก่อให้เกิดความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นอยู่ (ฟาริดา, 2541)

3.2 ความต้องการทางด้านจิตสังคม (psychosocial needs) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการความรัก ความมีอิสระที่จะสามารถควบคุมตนเอง

3.2.1 ความต้องการความรัก ความอบอุ่นจากครอบครัวและบุคคลอื่นเป็นที่รัก ต้องการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะการให้และการรับความรัก ความผูกพัน ความไว้วางใจ ต้องการมีชีวิตอยู่กับครอบครัว บุคคลอื่นเป็นที่รัก ต้องการความรู้สึกปลอดภัย และการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร (ฟาริดา, 2541; Craven & Hirnie, 2000)

3.2.2 ความต้องการความมีอิสระ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และต้องการโอกาสเลือกสถานที่สำหรับตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต (นิตยา, 2541)

3.3 ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) ความต้องการการได้รับการให้อภัย การอโหสิกรรม รวมทั้งต้องการการได้รับปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ

3.3.1 ความต้องการมีชีวิตอย่างมีความหมายและเป้าหมายของชีวิต ได้แก่ การดำเนินชีวิตที่ยึดคุณค่าของตนเอง การทบทวนประสบการณ์ที่ผ่านมา รวมถึงการให้ความหมายของความตาย การดำรงอยู่ และวันเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต รวมถึงการค้นพบความหมายลึกๆ ในทุกๆ สิ่ง แม้กระทั่งความเจ็บป่วยและความตาย การมีชีวิตอยู่ตามที่ตนเองให้คุณค่า เช่น ผู้ป่วยไทยมุสลิมให้ความหมายของชีวิตว่าอยู่ด้วยความประสงค์ของพระอัลลอฮ์ ดำรงชีวิตตามแนวทางศาสนาอิสลาม และมีเป้าหมายที่ต้องการกลับไปหาพระอัลลอฮ์ ความต้องการขึ้นสวรรค์และการดำรงชีวิตที่ห่างไกลจากไฟนรก (อิบรอฮีม, 2545) เมื่อบุคคลไม่สามารถที่จะให้ชีวิตมีความหมายได้ผลที่ตามมา คือความบิบบคั้นทางอารมณ์ จะแสดงออกโดยความรู้สึกว่างเปล่า โดดเดี่ยวสิ้นหวัง (Craven & Hirnle, 2000)

3.3.2 การได้รับการให้อภัย ในภาวะจิตวิญญาณในผู้ป่วยใกล้ตายซึ่งไม่มีทางใดรักษา ผู้ป่วยยังต้องการการได้รับการให้อภัยในความผิดพลาดที่ผ่านมา ถ้าไม่ได้รับการให้อภัยทำให้เกิดความรู้สึกผิด เกิดความไม่สบายใจ ความรู้สึกผิดนั้นขึ้นอยู่กับการให้ความหมายทางจริยธรรม ผู้ป่วยบางคนจะมีความรู้สึกบาปมากกว่าความรู้สึกทรมานที่เกิดจากการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย การได้รับการให้อภัยทำให้ความรู้ทางจิตวิญญาณดีขึ้น (ฟาริดา, 2543; เสาวนีย์, 2535; Craven & Hirnle, 2000) เช่น ผู้ป่วยต้องการการได้รับการให้อภัยจากบุคคลรอบข้าง ญาติพี่น้อง

3.3.3 ความต้องการมีความหวัง ความรู้สึกปรารถนาที่เกิดขึ้น เป็นความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในความสำเร็จเป็นความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้นและเป็นแหล่งพลังแห่งชีวิต การตั้งความหวังทำให้บุคคลรู้สึกถึงการมีความหวังรับรู้ว่ามีสิ่งที่สำคัญในชีวิต (Klitzing, 1999; McKinnon & Miller, 2002) ระดับความหวังของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ความหวังเป็นความปรารถนาอย่างแรงกล้าเพื่อที่จะทำสิ่งที่น่ากลัวเกี่ยวกับความตายนั่นดีขึ้น ความหวังไม่ใช่สภาวะจิตด้านบวก แต่เป็นความปรารถนาที่จะบรรเทาอาการที่เป็นลบ หรือความหวังเป็นการเผชิญกับสิ่งที่เลวร้าย และต้องการทำให้ดีขึ้น (ดวงรัตน์, 2542)

จากการศึกษาของขวัญตา พัชรียา และอาภรณ์ (2543) เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเอดส์ที่เผชิญกับภาวะใกล้ตาย โดยศึกษาในผู้ป่วยเอดส์จำนวน 12 ราย พบว่า ความต้องการที่ผู้ป่วยเอดส์สะท้อนออกมาเป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ 1) ต้องการหายจากความเจ็บปวด 2) ต้องการกำลังใจและการดูแลช่วยเหลือบุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการบุคคลที่จริงใจ

และเข้าใจ รับฟังความรู้สึก ต้องการมีเพื่อนอยู่ใกล้ๆ เพื่อคลายเหงา ต้องการสัมผัสที่อบอุ่น ต้องการได้สิ่งลาและฝากภาระที่ค้างค้ำ 3) ต้องการการให้อภัยและอโหสิกรรมก่อนตาย 4) ต้องการตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย สอดคล้องกับการศึกษาของซันนาฏและคณะ (2538) ศึกษาบทบาทพยาบาลแบบองค์รวมที่มีต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยศึกษาในพยาบาลประจำการ 254 ราย และในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม 86 ราย ผลการศึกษาพบว่าในด้านร่างกายผู้ป่วยต้องการบรรเทาความเจ็บปวดหรือความไม่สุขสบายต่างๆ มากที่สุด ส่วนในด้านจิตสังคมผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลให้การดูแลอย่างเต็มใจมากที่สุด และทางด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยต้องการรับรู้ความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากที่สุด และต้องการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต และจากการศึกษาของซิงเกอร์ มาร์ติน และเคลเนอร์ (Singer, Martin, & Kelner, 1999) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามมุมมองของผู้ป่วย โดยศึกษาในผู้ป่วย 126 คน พบว่า คุณภาพชีวิต 5 ประการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการ คือ สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ต้องการหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เหมาะสม มีผลทำให้ยืดความตายออกไปและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต สามารถควบคุมประสาทสัมผัสต่างๆ ไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล และมีสัมพันธภาพที่มั่นคงด้วยความรักจากครอบครัว สังคม และบุคคลรอบข้าง นอกจากนี้ การศึกษาของซิลเวียรา ดิเพียโร เจอริตี และฟิวเนอร์ (Silveira, DiPiero, Gerrity, & Feudtner, 2000) เกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยในการระยะสุดท้ายของชีวิต ในผู้ป่วย 1000 ราย พบว่า ร้อยละ 69 ต้องการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต และจากการศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยต่อการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 70 ผู้ป่วยต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ผู้ป่วยที่อยู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นบุคคลที่กำลังเผชิญกับความตาย มีความต้องการการดูแลจากบุคลากรที่มีสุขภาพ ครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการมีสิทธิเสรีภาพเสมือนมนุษย์พึงได้รับ ต้องการสิทธิในการเลือกที่จะรักษาตามความต้องการของตนเอง บางครั้งความต้องการของผู้ป่วยกับสิ่งที่ได้รับไม่ตรงตามความต้องการ หรือเกิดความขัดแย้งขึ้นมา โดยเฉพาะในประเด็นการตัดสินใจในการรักษาเพื่อยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกิดความลำบากใจ อึดอัดที่ต้องตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา การมีชีวิต การเจ็บป่วย การตาย และการมีชีวิตหลังความตาย

การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกแนวทางในการปฏิบัติทางใดทางหนึ่งจากทางเลือกหลายๆ ทาง โดยมีหลักในการพิจารณาในการเลือก ทั้งนี้เพื่อบรรลุดุประสงค์ที่ต้องการ (เรมวณ, 2542; อุทัย, 2545) การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรอง ซึ่งการตัดสินใจมีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิดเชิงเหตุผล และสะท้อนความคิดออกมาสู่การเลือกข้อปฏิบัติ การใช้หลักคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรม ที่ถูกปลูกฝังกันมา

การตัดสินใจสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ผู้ป่วยตัดสินใจเอง และการตัดสินใจที่ขึ้นอยู่กับผู้ที่ตัดสินใจแทน การตัดสินใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย (Pellegrino, 2000; Swisher, 2000) นอกจากนี้การตัดสินใจยังสามารถแบ่งได้ตามสถานการณ์ที่ตัดสินใจได้ 3 ประเภท คือ

1. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่แน่นอน (decision making under certainty) เป็นการตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่คาดหมายไว้ การตัดสินใจประเภทนี้ผู้ตัดสินใจต้องมีข้อมูลอย่างเพียงพอและทราบถึงผลของทางเลือก

2. การตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสี่ยง (decision making under risk) เป็นการตัดสินใจที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่แน่นอนน้อยกว่าสถานการณ์ที่แน่นอน แต่พอจะคาดเดาความน่าจะเป็นได้บ้าง การตัดสินใจประเภทนี้ผู้ตัดสินใจทราบถึงผลลัพธ์ของทางเลือกต่างๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจ ความน่าจะเป็นหรือโอกาสที่จะเกิดทางเลือกเหล่านั้นต่างกัน

3. การตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่ไม่แน่นอน (decision making under uncertainty) เป็นการตัดสินใจที่ไม่สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ของการตัดสินใจ เช่น ไม่มีข้อมูลในการประกอบการตัดสินใจ

ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นการตัดสินใจในสถานการณ์ที่เสี่ยง ผู้ป่วยต้องเลือกการตัดสินใจทางใดทางหนึ่งว่าจะตัดสินใจด้วยตนเอง หรือขึ้นอยู่กับผู้ที่ตัดสินใจแทนตนเอง ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่อยู่คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นความตาย เป็นประเด็นที่เกิดความขัดแย้งเสมอ ซึ่งเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยได้เข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น มีผลให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น สามารถชะลอความตายไว้ได้ (Jonseb et al., 2002) แต่ไม่มีวิธีการไหนที่สามารถรักษาให้ผู้ป่วยหายและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ปกติสุข

(Oberle & Hughes, 2001) ผู้ป่วยจึงต้องทนทุกข์ทรมานจากการดูแลรักษาที่คงสภาพ "พื้นที่ไม่ได้ตายก็ไม่ได้" เป็นการชะลอความตายหรือยืดชีวิตที่ยาวนานออกไปเท่านั้น (สันต์, 2544) การรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตไม่สามารถเปลี่ยนแปลงอาการต่างๆ ของผู้ป่วยให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ การช่วยชีวิตอยู่ต่อไปเป็นเพียงการยืดระยะเวลาการเสียชีวิตออกไปเท่านั้น (Moody, 1999; Merriman, 2002) ชีวิตที่ยืดออกไปจะยาวนานเพียงใดไม่ใช่เรื่องสำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญคือผู้ป่วยมีโอกาสมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ เนื่องจากชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด ถ้าไม่มีชีวิตอยู่แล้วทุกสิ่งทุกอย่างไม่ว่าจะมีความสำคัญเพียงใดก็จะไม่มีความหมาย (พินิจ, 2538) และทุกวัฒนธรรมถือว่าชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความค่าเหนือสิ่งอื่นใด เพราะถ้าหากคนเราไม่มีชีวิตอยู่แล้วทุกสิ่งทุกอย่างที่ดั่งมารวมทั้งหลักคำสอนของศาสนาต่างๆ ก็ไม่มีความสำคัญต่อมนุษย์อีกต่อไป ด้วยเหตุนี้จึงเชื่อกันว่าชีวิตเป็นสิ่งที่เราควรสงวนไว้ให้ยาวนานที่สุด (สุริยา, 2538) แต่ความทุกข์ทรมานที่ได้รับคุณภาพชีวิตที่ลดลง มีชีวิตที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น ก่อให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตว่าสมควรรับการรักษาต่อ หรือควรยุติการรักษา (Mueller et al., 2003; Norton et al., 2003; Oberle & Hughes, 2000; Pellegrino, 2000; Simonds, 2003)

1. การรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต

การพยายามช่วยชีวิตมนุษย์เป็นหน้าที่ประการแรกที่ดีมีสุขภาพพึงกระทำ แต่ในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างมาก และเข้ามามีส่วนเหนือวังหรือชะลอความตายได้ แต่ยังไม่สามารถที่จะรักษาให้ผู้ป่วยหายหรือพ้นจากโรค พอที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ผู้ป่วยต้องทนต่อความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่คงสภาพไว้ การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไป มักควบคู่กับความทุกข์ทรมานอยู่เสมอๆ (prolong life and prolong suffering) (สันต์, 2544) การรักษาพยาบาลในผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากจะใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์แล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงควบคู่ไปด้วยก็คือ คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่พึงจะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม (แสง, 2540; Gomez, 2002; Latimer, 1998)

การรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต หมายถึง การรักษาพยาบาลหรือการปฏิบัติใดๆ ที่มีผลให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวมากขึ้น โดยร่างกายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (Flynn & Davis, 1990)

เทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้น ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ออกซิเจน การให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร เป็นต้น (อุษณา และสุจินต์,

2542; Brody et al., 1997; Rieth, 1999) นอกจากนี้มีการฉายรังสี การให้เคมีบำบัด การฟอกไต (Asch et al., 1999) การรักษาเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานในการมีชีวิตที่ต้องฝืนธรรมชาติ อยู่ด้วยอุปกรณ์ที่ช่วยยืดชีวิต บางครั้งมีผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานต่อการรักษาที่ได้รับ บางรายต้องนอนอยู่กับเตียงโดยไม่มี การรับรู้ใด ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อตัวผู้ป่วยและญาติ ผู้ให้การดูแล (เกสรา, 2540; Trmoranski, 1996) เทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสมือนมีผลสองด้าน คือ ยืดชีวิตให้ยืนยาวออกไป ร่วมกับการได้รับความทุกข์ทรมาน (Fraser & Walters, 2000) การรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิตมีหลายขั้นตอนที่เป็นประเด็นปัญหาที่ต้องอาศัย การตัดสินใจ และที่มักพบได้บ่อย เช่น ประเด็นการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ (พินิจ, 2538; Gomez, 2002; Heide et al., 2003)

1.1 การช่วยฟื้นคืนชีพ

การช่วยฟื้นคืนชีพเป็นการรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นและหยุดหายใจอย่างเร่งด่วน เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายของผู้ป่วยโดยเฉพาะเนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และให้หัวใจสามารถกลับมาเต้นโดยเร็วที่สุด

การช่วยฟื้นคืนชีพ หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นอย่างกะทันหันหรือการหายใจหยุด สามารถนำเลือดไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะสำคัญ ให้เพียงพอ ในเบื้องต้น จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม โดยวิธีการนวดหัวใจ ผายปอดและการใส่ท่อช่วยหายใจ และมีการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของหัวใจ สำหรับผู้ป่วยบางรายได้รับการกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย (ไซคชัย และอภิรักษ์, 2545; ประไพ, 2545)

ข้อบ่งชี้ในการช่วยฟื้นคืนชีพ จะกระทำในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหัวใจหยุดเต้น และการหายใจหยุด ซึ่งเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้แก่ 1) ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว 2) คลำชีพจรที่หลอดเลือดแดงบริเวณคอหรือขานี้บไม่ได้อีก 3) มีการหายใจหยุดหรือหายใจเป็นเฮือกๆ 4) ฟังเสียงหัวใจไม่ได้ยิน (ประดิษฐ์, 2541) และไม่ควรช่วยฟื้นคืนชีพในรายที่ผู้ป่วยมีหัวใจล้มเหลวอย่างรุนแรง หรือมีขนาดหัวใจโตมากๆ อยู่แล้ว และในรายที่มีโรคร้ายแรงไม่สามารถรอดชีวิตได้ (ศิริรัตน์, 2542) การช่วยฟื้นคืนชีพต้องใช้ระยะเวลาในการทำที่ค่อนข้างรวดเร็ว เพื่อสามารถที่จะยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปได้ จึงต้องอาศัยการตัดสินใจที่รวดเร็วด้วย ถึงจะได้ประสิทธิภาพสูงสุด

ผลจากการช่วยฟื้นคืนชีพผู้ป่วยอาจจะรอดชีวิต แต่บางรายอาจมีความพิการหลงเหลืออยู่ หรือการมีชีวิตที่ร่างกายไม่สามารถกลับสู่สภาพปกติได้ บางรายต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่สามารถรับรู้อะไรได้ มีชีวิตที่เหมือนผัก มีชีวิตที่ต้องฝืนธรรมชาติ (ศิริรัตน์, 2542) หรือมีชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตลดลง เป็นภาวะที่จะต้องให้การดูแล รวมทั้งการสูญเสียทรัพยากรในการดูแลรักษา (เกสรา, 2540; Gomez, 2002) และการศึกษาของฮอฟแมน และคณะ

(Hofmann et al., 1997) ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 1,832 ราย ที่ได้รับการแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 58 ตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ และการใส่เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากไม่ต้องการให้ร่างกายได้รับความทุกข์ทรมาน มีผลให้เกิดความขัดแย้งว่าการช่วยฟื้นคืนชีพจำเป็นหรือไม่สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายใครเป็นผู้ตัดสินใจที่ดีที่สุด ซึ่งขึ้นอยู่กับ การให้คุณค่าในเรื่องนี้ แต่ในทางปฏิบัติเมื่อสถานการณ์ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่มีโอกาสที่ตัดสินใจด้วยตนเองตามความต้องการที่แท้จริง มีแต่การตัดสินใจจากญาติหรือจากทีมสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยมีโอกาสได้บอกถึงความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่สอดคล้องตามคุณค่าความเชื่อของตนเองอย่างแท้จริง

1.2 การใช้เครื่องช่วยหายใจ

ปัจจุบันเครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤตและพบว่า ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในช่วงระยะวิกฤตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยระยะสุดท้าย บุคคลเหล่านี้อาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นช่วงระยะเวลาอันยาวนานอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน (จิตรา, 2541) จุดมุ่งหมายในการใส่เพื่อช่วยพยุงชีวิต ผู้ป่วยในภาวะที่มีระบบการหายใจล้มเหลว เพื่อที่จะได้มีเวลาในการรักษาสาเหตุ การใช้เครื่องช่วยหายใจสามารถที่ยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยาวนานยิ่งขึ้น (อนันต์, 2545) จากการศึกษาของเอสตีเบน และคณะ (Esteban et al., 2002) ลักษณะของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ร้อยละ 68.8 มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน และร้อยละ 16.7 มีภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว และส่วนใหญ่ใช้ในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของระบบประสาทและกล้ามเนื้อและการศึกษาของสุพัตรา (2536) ซึ่งศึกษาระดับความทุกข์ทรมานและปัจจัยที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วย ระหว่างได้รับเครื่องช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง 110 คน พบว่า ปัจจัยด้านกิจกรรม การรักษามีผลต่อความทุกข์ทรมานมากที่สุด ได้แก่ การใส่และการคาท่อช่วยหายใจ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นรายข้อ พบว่า การสื่อสารกับผู้อื่นได้ยากจากการใส่ท่อช่วยหายใจ ความเจ็บปวดจากการใส่ เจ็บคอจากการใส่และคาท่อช่วยหายใจ และทุกข์ทรมานจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่นเดียวกับการศึกษาของภัทรพร (2543) ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ปัญหาที่พบจากการคาท่อช่วยหายใจ คือการสื่อสารกับบุคคลอื่นไม่ได้ ถูกพันธนาการทั้งแขนและขาและมีเสมหะมากไม่สามารถขับออกมาได้

จากเทคโนโลยีในการช่วยหายใจ และช่วยให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่ หลังจากหยุดไปแล้วนั้น บางครั้งก่อให้เกิดความขัดแย้งในผลประโยชน์ระหว่างสิทธิผู้ป่วยที่ต้องการตายกับสิทธิของรัฐที่ต้องการปกป้องชีวิตมนุษย์ไว้ และเกิดภาวะที่ถือว่าเป็นการลดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (dehumanization) (วิฑูรย์, 2538) นอกจากนี้ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่อง

ช่วยหายใจในขณะที่รู้สึกตัวดี จะมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตนเองเป็นอย่างมาก เพราะการใช้เครื่องช่วยหายใจจะบอกถึงชีวิตของตนเอง เสี่ยงต่อความตาย อยู่ได้เพราะเครื่องช่วยหายใจ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย กลัวว่าเครื่องจะหยุดทำงาน กลัวตาย บางคนมีความรู้สึกหม่นหวังในการรอดชีวิต (ลินจง, 2542) นอกจากนี้พิณิจ (2538) กล่าวว่า เครื่องช่วยหายใจที่นำมาใช้ในผู้ป่วยระยะวิตินั้นทำให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมต่างๆ หลายปัญหาด้วยกัน เพราะเทคโนโลยีนี้สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวนานขึ้น แต่ไม่อาจช่วยให้ผู้ป่วยมีสภาพดีขึ้นได้ ผู้ป่วยระยะวิตินี้ต้องมีสภาพชีวิตแบบผัก ไม่สามารถคิด รู้สึกหรือรับรู้ได้ ปัญหาที่ได้รับการถกเถียงกันมากในวัฒนธรรมตะวันตกและยังหาข้อสรุปไม่ได้ว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรเลิกใช้เทคโนโลยีดังกล่าวแก่ผู้ป่วย แต่จากการศึกษาของภัทรพร (2543) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยในการได้รับเครื่องช่วยหายใจจำนวน 11 ราย พบว่า ผู้ป่วยมองเครื่องช่วยหายใจว่าเป็นเสมือนสิ่งที่ช่วยให้รอดพ้นจากความตาย ประหนึ่งสิ่งที่ช่วยหายใจยามที่ไม่มีแรง นอกจากนี้การศึกษาของเมอร์ฟีและเซนติล (Murphy & Santilli, 1998) เกี่ยวกับการรักษาที่ยืดชีวิตในผู้สูงอายุ จำนวน 287 ราย ที่อยู่ในช่วงอายุ 60-99 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 88 ต้องการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาที่สั้นๆ ถ้าสามารถทำให้อาการดีขึ้นได้ ร้อยละ 35 ต้องการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลาที่นาน การตัดสินใจที่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละรายมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน

1.3 การรักษาด้วยการใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจแบบถาวร

การรักษาด้วยการผ่าตัดใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดถาวร มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้มีการสร้างกระแสไฟฟ้าในกล้ามเนื้อหัวใจ เมื่อหัวใจผลิตกระแสไฟฟ้าเองได้ช้าลงหรือมีความผิดปกติของระบบการนำไฟฟ้าในหัวใจ การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยหัวใจเต้นช้าผิดปกติ (brady arrhythmia) หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น complete heart block, second degree AV block เป็นต้น (ทศพร และนิตยา, 2542) ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจมักเป็นผู้ป่วยที่สูงอายุ ในการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวผู้ป่วยต้องมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม มีอุปกรณ์ที่ติดตัวตลอดเวลา และต้องมีชีวิตที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่างที่อาจรบกวนในการทำงานของเครื่องกระตุ้นหัวใจ เช่น การอยู่ใกล้คลื่นความถี่สูง โทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์ไฟฟ้า เพราะอาจรบกวนการทำงานของเครื่องได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกแตกต่างไปจากผู้อื่น ผู้ป่วยต้องปรับวิถีในการดำรงชีวิต ต้องเรียนรู้การดูแลตนเอง ต้องมีชีวิตที่ผืนธรรมชาติ (Goldschlager et al., 2001) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องดูแลตนเองตลอดชีวิต การรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดถาวร เป็นประเด็นหนึ่งที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งเกี่ยวกับการตัดสินใจในการรักษาที่มักเกิดได้บ่อยๆ การรักษาจึงต้องขึ้นกับคุณค่าของผู้ป่วยเป็นหลัก (Harris, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของลามาส โอเรีย

สแตมเลออร์ และอีเลนโบเจน (Lamas, Oray, Stambler, & Ellenbogen, 1998) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบถาวร ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 407 ราย อายุ 65-76 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ที่ได้รับการรักษาแล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และร้อยละ 30 ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา แต่การศึกษาของมิวเลอร์ และคณะ (Meuller et al., 2003) เกี่ยวกับการวิเคราะห์การยุติการรักษาศึกษาพิจารณาในเชิงจริยธรรมในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในเชิงคุณภาพ ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 ราย พบว่า ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดถาวร ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่ต้องการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องใช้เวลาตลอดชีวิต ไม่ต้องการมีชีวิตที่ฝืนธรรมชาติ จึงต้องการยุติการรักษาที่เป็นการรักษาที่ยืดชีวิต การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจึงขึ้นอยู่กับคุณค่า และความต้องการของแต่ละบุคคล

ในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงที่ร่างกายได้รับความทุกข์ทรมาน มีความเจ็บปวด การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เลวลง มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง รวมทั้งการรักษาที่ได้รับล้วนต้องใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้รักษาเพื่อประคับประคองชีวิต (Ravsten, 2003) การดูแลรักษา และการใช้เทคนิคอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย เสมือนการยืดเวลาการตายออกไป (Eastland, Laurenson, & Latimer, 2001) มีผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ตัดสินใจยุติการรักษาที่ช่วยชีวิต (Kuuppelomaki, 2002b; Prendergast & Puntillo, 2002) และสิ่งที่มองเหมือนกันของผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ผู้ให้การรักษา คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจยุติการรักษา (Rosenblatt & Block, 2001; Steinhauser et al., 2000) ทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

2. การยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต/ปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์มีเครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ได้เข้ามามีส่วนช่วยในการวินิจฉัยและรักษาโรค แม้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตเครื่องมือเหล่านี้ช่วยเนิ่นยวรั้งหรือยืดความตายของผู้ป่วยออกไป (แสงวง, 2540) ช่วยชีวิตผู้ป่วยที่หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้นสามารถฟื้นขึ้นมาได้อีก โดยวิธีการผายปอด นวดหัวใจ รวมทั้งการใช้เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ ซึ่งมีผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อีก แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ต้องนอนบนเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่นที่มนุษย์พึงมีได้ บางคนต้องอยู่อย่างทรมานจากความเจ็บปวดของโรคร้าย และมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องอยู่อย่างไร้ความสามารถ เป็นภาระในการดูแลของผู้อื่น (เกสรา, 2540) จึงทำให้เกิดปัญหาว่า การใช้เครื่องช่วยหายใจต่อไปอีกนานเพียงใด และมีขอบเขตขนาดไหน

จึงเหมาะสม ยิ่งถ้าบุคคลนั้นได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจะขอตายอย่างธรรมชาติ ผู้ให้การรักษาสวมควรทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือไม่ (แสวง และเอนก, 2546)

แสวง (2540) ได้กล่าวว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยร้องขอการยุติรักษาที่ยืดชีวิต หรือร้องขอเพื่อขอยุติการรักษาใดๆ ที่เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปตามสิทธิของตนเอง บางครั้งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้แก่กันว่า สมควรจะใช้หรือไม่ใช้เครื่องมือต่างๆ จากเทคโนโลยีการรักษามีส่วนในการยืดชีวิต การตายตามธรรมชาติกลับถูกยืดเวลาออกไปด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ บางครั้งไม่ได้คำนึงถึงความทุกข์ที่ได้รับจากการรักษา แทนที่ผู้ป่วยจะตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลาอันควรกลับต้องถูกเหนี่ยวรั้งไว้ ซึ่งนับวันจะมีมากขึ้น ปัญหานี้กลายเป็นข้อพิพาทกษวิจารย์กันมากในทุกวันนี้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการใช้เครื่องมือเหล่านี้หรือไม่

นอกจากจะใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์แล้ว ในการช่วยพยุงชีวิตแล้ว สิ่งที่ต้องคำนึงถึงความคู่ไปด้วยก็คือ คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่พึงจะได้รับการปฏิบัติอย่างเหมาะสม ซึ่งการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ซึ่งได้แก่ การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ การถอดเครื่องช่วยหายใจ หรือการปฏิบัติการใดๆ ที่ยุติการรักษาพยาบาลแล้วมีผลคุกคามต่อชีวิต มีผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต (Gauthier & Froman, 2001)

2.1 การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

ในการรักษาผู้ป่วยเจ็บหนักจะมีผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่เรียกว่า ผู้ป่วย NR (do not resuscitate or no resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ จึงหมายความว่า "ไม่ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ" ไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง no resuscitation มิได้หมายความว่า no treatment ดังนั้นหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลรักษา และป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยยังคงอยู่ (แสวง และเอนก, 2546; Gomez, 2002; Scanlon, 2003) การไม่ช่วยฟื้นคืนชีพจะทำในกรณีต่อไปนี้ 1) ในรายที่แพทย์ลงความเห็นว่าจะไม่ต้องทำการช่วยฟื้นคืนชีพ 2) ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายและอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค 3) ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้นมากกว่า 30 นาที โดยไม่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (ประดิษฐ์, 2541) นอกจากนี้สันต์ (2544) กล่าวว่าข้อห้ามในการช่วยฟื้นคืนชีพ 1) ผู้ป่วยไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นคืนชีพ (คำสั่งนี้ หมายถึง หนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยที่ทำไว้ก่อนที่จะหมดสติในครั้งนี้อยู่และยังมิผลในการบังคับใช้) 2) ผู้ป่วยที่มีอาการแยลง เช่น ในผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงเรื่อยๆ แม้ว่าจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเต็มที่ แล้วมีภาวะหัวใจหยุดเต้นหรือหายใจหยุด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่แพทย์อย่างน้อย 2 คน มีความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย และไม่สามารรักษาให้หายได้ 3) การช่วยชีวิตนั้น จะทำให้ผู้ที่ช่วยฟื้นคืนชีพ ได้รับอันตราย เช่น ได้รับความเจ็บ หรือมีการติดเชื้อรุนแรงขึ้น การตัดสินใจช่วยชีวิตในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ของชีวิต ต้องพิจารณาจากองค์ประกอบหลายๆ อย่างในการตัดสินใจ ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมสุขภาพ สภาพร่างกายของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการรักษา การพยากรณ์โรค เป็นต้น

2.2 การยุติใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ ร่วมกับการยืดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยออกไป ผู้ป่วยบางรายมีชีวิตด้วยอุปกรณ์พวกนี้ตลอดเวลา โดยเฉพาะผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต อุปกรณ์พวกนี้มีแต่ยืดความตายออกไป ทำให้มีชีวิตที่ต้องฝืนธรรมชาติ เกิดความทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์ที่ช่วยในการยืดชีวิต คุณภาพชีวิตที่ลดลง รวมทั้งสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่มี มีสภาพชีวิตที่ไม่ต่างอะไรไปจากผัก (สันต์, 2544) มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่รับรู้ว่า ตนเองต้องมีชีวิตที่ต้องพึ่งเครื่องช่วยหายใจตัดสินใจยุติการรักษา จากการศึกษาของ กรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน พบว่า ร้อยละ 86.7 ต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อเขาอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา และการศึกษาของ เมนเดลสัน และคณะ (Mendelsohn et al., 2002) เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจในระยะเวลามากกว่า 48 ชั่วโมง ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 133 ราย พบว่า ร้อยละ 25 ต้องการยุติการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากความปวด ความไม่สุขสบายและไม่ต้องการเป็นภาระกับญาติ สิ่งที่สำคัญคือ ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่นเดียวกับการศึกษาของฮอฟแมน และคณะ (Hofmann et al., 1997) พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 88 ไม่ต้องการใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดชีวิต มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ตัดสินใจใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อยืดชีวิต

จากความทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และจากการที่ต้องมีชีวิตที่ฝืนธรรมชาติ มีผลให้เกิดการปฏิเสธการรักษาที่ยืดชีวิต การยุติการรักษาพยาบาลที่ช่วยชีวิต นอกจากการไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ การยกเลิกหรือยับยั้งเครื่องช่วยหายใจ ยังมีอีกหลายวิธีในการยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต เมตตามรณะก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการยุติรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต

2.3 เมตตามรณะหรือการตายอย่างสงบ

คำว่าเมตตามรณะ หรือ การุณยฆาต (euthanasia) มาจากภาษาศัพท์ภาษากรีก สองคำคือ eu = well และ thanatos = death เมื่อมารวมกันจึงได้ความหมายว่า การตายที่สงบสุข หรือเมตตามรณะ หมายถึง การให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาด ได้ตายโดยไม่เจ็บปวด โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคและได้พบกับความตายอย่างสงบ (แสวง และเอนก, 2546; Kozier, Erb, Berman, & Barke, 2000; McCormack, 1998) ความตายที่สงบ คือ การยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง เอดส์

หมดหนทางที่จะรักษาและต้องทุกข์ทรมานกับอาการของโรค การพยายามยืดชีวิตเท่ากับการยืดความทุกข์ทรมานออกไปด้วย (ลิวลีย์, 2544) สามารถแบ่งประเภทของเมตตามรณะตามความสามารถของผู้ป่วยได้ 2 ประเภท (เกสรา, 2540; วิชัย, 2545; Fife et al., 2002) ดังนี้

2.3.1 เมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia or mercy killing directly) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง เช่น การให้ยาในขนาดที่ทำให้ถึงตาย ถ้าเป็นการกระทำทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงตามความสมัครใจของผู้ป่วย (active voluntary euthanasia) ถ้าการกระทำนั้นเกิดจากการตัดสินใจของผู้อื่นถือเป็นเมตตามรณะโดยตรง เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ (active involuntary euthanasia)

2.3.2 เมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) หมายถึง การยอมหรือปล่อยให้ผู้ป่วยตายเนื่องจากผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานและหมดหวัง ทำได้โดยไม่ทำการรักษา หรือยกเลิกการรักษาที่มีอยู่ ซึ่งเป็นการรักษาที่ยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป การที่ปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายโดยไม่ให้การรักษา (withholding treatment) หรือการยกเลิกการรักษาที่ยืดชีวิต (withdrawing treatment) ของผู้ป่วยไว้ เช่น ไม่ทำการผ่าตัดรักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไม่ให้ยา หรือไม่ใช่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อยืดเวลาการตายหรือไม่รักษาโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นด้วย รวมทั้งคำสั่งไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต "DNR หรือ NR" (do not resuscitate หรือ no resuscitation) หมายถึง คำสั่งไม่ต้องช่วยหัวใจที่หยุดเต้น และการหายใจที่หยุดทำงานของผู้ป่วยที่สิ้นหวังให้กลับมาทำงานอีก แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายหายจากความเจ็บปวดและลดความทุกข์ทรมาน (วิชัย, 2545) การทำให้ผู้ป่วยตายโดยอ้อมเนื่องจากผู้ป่วยสมัครใจหรือต้องการ เรียกว่า เมตตามรณะโดยอ้อม ตามความสมัครใจของผู้ป่วย (passive voluntary euthanasia) แต่ถ้าโดยการตัดสินใจของผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจได้ เรียกว่า เมตตามรณะโดยอ้อม เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่ตัดสินใจเองได้ (passive involuntary euthanasia)

1) เมตตามรณะโดยสมัครใจ (voluntary euthanasia) หมายถึง กรณีที่ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงอาการของตนเอง เป็นความทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวดและร้องขอความตายจากแพทย์ เพื่อให้พ้นไปจากความทุกข์ทรมานจากโรค หรือความพิการ (วิฑูรย์, 2538; Fife, Shapiro, & Weinreb, 2002) เช่น การขอให้แพทย์ฉีดยาที่จะให้ตนเองหลับโดยไม่ต้องตื่นขึ้นมาพบความทุกข์ทรมาน หรือขอร้องให้ยุติการรักษาพยาบาลที่ให้กับตนเองเสีย ไม่ต่างอะไรไปจากการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถจะฆ่าตัวตายได้ แต่ขอร้องให้ผู้อื่นทำแทน ผู้กระทำจึงเป็นการกระทำตามความประสงค์ของผู้ตายเท่านั้น ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์ (พิณิจ, 2538)

2) เมตตามรณะโดยผู้ป่วยไม่สมัครใจ (involuntary euthanasia) ญาติผู้ป่วย มีความประสงค์ต้องการให้แพทย์ยุติการรักษาและการพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยี เพราะเห็นว่าการกระทำเช่นนี้ไม่เกิดประโยชน์และเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย การตัดสินใจของแพทย์ที่มีต่อเรื่องนี้ จะเป็นไปโดยเจตนาดีต่อผู้ป่วยเป็นพื้นฐานและดำเนินไปด้วยหลักมนุษยธรรม โดยไม่ติดกับทัศนคติ หลักการ ความเชื่อส่วนตัวของทีมสุขภาพ สิ่งที่ขาดไม่ได้คือ พื้นฐานความรู้สึกของทีมสุขภาพ คือ ความเมตตาที่มีต่อผู้ป่วย (วิฑูรย์, 2538; Fife et al., 2002)

เมตตามรณะมีการทำในหลายๆ ประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นประเทศแรกที่ทำเมตตามรณะอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยกำหนดกฎเกณฑ์ในการทำเมตตามรณะดังนี้ 1) ผู้ป่วยต้องรู้สึกตัวดีและมีความสามารถในการตัดสินใจ 2) ผู้ป่วยต้องพิจารณาว่าความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถบรรเทาได้ 3) ผู้ป่วยต้องร้องขอด้วยความสมัครใจ ไม่เปลี่ยนแปลง และมีการร้องขออย่างมีลายลักษณ์อักษร 4) ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และความหวังในอนาคต 5) ต้องได้รับการสรุปจากแพทย์ว่าไม่มีเหตุผลในการรักษา 6) แพทย์ต้องปรึกษากับแพทย์อย่างน้อย 1 คน ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วย และ 7) แพทย์จะต้องลงความเห็นว่าการตายไม่ได้เป็นการตายตามธรรมชาติและต้องลงบันทึกไว้ (Fife et al., 2002; Sheldon, 2000) ส่วนประเทศในแถบเอเชียจะมีบางประเทศที่มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย เช่น ประเทศสิงคโปร์ ที่มีกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Low, Yap, & Chan, 2000; Watt, 2000) จากการศึกษาของสเวเรซ นิวแมน ฮันสัน และบรูธา (Suarez, Newman, Hanson & Bruera, 2002) เรื่องทัศนคติในการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 100 ราย พบว่า ร้อยละ 69 สนับสนุนการตัดสินใจทำเมตตามรณะ เนื่องจากอาการของโรคที่แยลง ความทุกข์ทรมาน ความปวดมีผลสนับสนุนให้ผู้ป่วยตัดสินใจอย่างนั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของสเวเรซ-อัลมาเซอร์ บิลซิลล์ และบรูธา (Suarez-Almazar, Belzile, & Bruera, 1997) เกี่ยวกับการทำเมตตามรณะ เปรียบเทียบในแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยทั่วไป พบว่า เหตุผลของการตัดสินใจในการทำเมตตามรณะที่เหมือนกัน คือ ความทุกข์ทรมานจากโรค ไม่สามารถควบคุมความปวด และความรู้สึกคุณค่าของตนเองลดลง

สำหรับประเทศไทยยังไม่มียกกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตายและการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ รวมทั้งการยื่นคำร้องต่อศาลสั่งเลิกการรักษา ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาข้อขัดแย้งจำเป็นต้องใช้กฎหมายที่มีอยู่พิจารณาตามกรณีไป (วิไลวรรณ, 2539) และได้มีการประชุมเกี่ยวกับเรื่องนี้หลายครั้ง ทั้งวงการแพทย์ และกฎหมาย ความคิดเห็นที่ตรงกัน คือ กรณีเมตตามรณะโดยตรง (active euthanasia) เห็นว่าเป็นเรื่องที่ทำไม่ได้ เพราะถือว่าเป็นการเร่งการตาย ส่วนกรณีเมตตามรณะโดยอ้อม (passive euthanasia) ที่เกิดจากความต้องการของ

ผู้ป่วยเอง (voluntary passive euthanasia) ควรจะเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ และการทราบเจตนาของผู้ป่วยที่ชัดเจน คือ การยอมรับเจตนาที่แสดงไว้ล่วงหน้า (แสวง และเอนก, 2546)

2.4 หลักการพิจารณาการยุติการรักษา

การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ เป็นประเด็นปัญหาที่ได้รับการพิจารณาอย่างกว้างขวางทั้งทางกฎหมาย จริยธรรม และปรัชญา โดยประเทศต่างๆ ยอมรับการทำเมตตามรณะในระดับที่ต่างกัน แต่ตั้งอยู่บนพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ จะไม่กำหนดสิทธิที่จะตายได้ (right to die) แต่สิทธิดังกล่าวมีรากฐานมาจากสิทธิส่วนบุคคล (วิฑูรย์, 2545) โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงเรื่องสิทธิที่จะตายได้ว่า ปัญหาเกิดขึ้นเสมอเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือเป็นคนไร้สมรรถภาพ ซึ่งเมื่อพิจารณาอย่างแน่วแน่ที่ต้องการจะตาย ในสถานการณ์เช่นนั้นเป็นการยอมรับกันว่า แม้ทีมสุขภาพไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้ใด ทีมสุขภาพควรทำหน้าที่โดยช่วยผู้ป่วยให้มีความสบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ทั้งที่แพทย์รู้อยู่แล้วว่าการรักษานั้นเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น สิทธิที่จะตายอาจแสดงให้เห็นได้บ่อย ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่วทั้งตัว พยายามฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาว่าจะพยายามประคับประคองชีวิตทุกวิถีทาง โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่าย และขัดขวางความประสงค์ของผู้ป่วยหรือควรปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินตามวิถีแห่งธรรมชาติ (วิชัย, 2545) จากการศึกษาของวิลสัน และคณะ (Wilson et al., 2000) เกี่ยวกับทัศนคติในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 46 ผู้ป่วยต้องการทำเมตตามรณะต่อตนเอง และร้อยละ 28 ไม่ต้องการทำ และร้อยละ 14 ยังไม่แน่ใจ เหตุผลของการตัดสินใจส่วนใหญ่ทำเมตตามรณะกับตนเอง เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดและมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างรุนแรง และจากการศึกษาของซิลเวีย และคณะ (Silveira et al., 2000) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วย 1,000 ราย พบว่า ร้อยละ 46 ต้องการยุติการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต ร้อยละ 23 ต้องการจบชีวิตด้วยตนเอง และร้อยละ 32 ต้องการให้แพทย์ทำเมตตามรณะต่อตนเอง (active euthanasia)

การยุติรักษาก่อให้เกิดประเด็นการขัดแย้งที่หลากหลาย ต้องอาศัยการพิจารณาในหลายด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจในการยุติการรักษาดังนี้

2.4.1 หลักกฎหมายในการรับรองสิทธิที่จะตายของผู้ป่วย

สำหรับประเทศไทยนักกฎหมายไทยส่วนใหญ่ยังเห็นว่า การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่กำลังเจ็บหนักต้องตายด้วยความต้องการของผู้ป่วยเอง หรือกรณีที่แพทย์ปิดเครื่องช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยสลบอยู่โดยไม่มีโอกาสฟื้นได้อีก เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น แต่พอจะมีอยู่บ้างที่กฎหมายไทยมีการยอมรับสิทธิที่จะตาย (วิฑูรย์, 2538) เช่น

1) ประเทศไทยไม่มีกฎหมายห้ามการฆ่าตัวตาย

2) ผู้ที่ช่วยสนับสนุนให้ฆ่าตัวตายไม่ถือว่าเป็นความผิด ถ้าไม่เป็นการยุยงเด็กอายุไม่เกิน 16 ปี หรือผู้ซึ่งไม่เข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือผู้ซึ่งไม่สามารถบังคับการกระทำของตนเองได้ให้ฆ่าตัวตาย

3) ความผิดตามกฎหมายประมวลกฎหมายอาญามาตรา 307 ฐานทอดทิ้งผู้ป่วย คนชรา คนพิการ เป็นความผิดสำหรับผู้ที่มิหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ซึ่งผู้ดูแล ผู้พึ่งตนเองเหล่านั้น กรณีผู้ป่วยพิการ คนชรา ปฏิเสธการรักษา แพทย์หรือพยาบาลที่ไม่ให้การรักษาย่อมไม่ต้องรับผิดชอบตามมาตรา นี้ เพราะไม่มีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาใดๆ เลย

4) การยุติการรักษาหรือไม่รักษาของแพทย์ ถ้าแพทย์เห็นว่าไม่จำเป็นต้องรักษาต่อไปแล้ว เพราะหมดโอกาสที่จะฟื้นคืนสติกลับมาได้อีก การไม่รักษาหรือยุติการรักษาน่าจะเป็นการกระทำในความหมายของกฎหมายอาญาที่ว่า "การกระทำให้ความหมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นหรือไม่กระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย" เพราะการกระทำนั้นมิใช่เป็นการจำเป็นหรือจกต้องกระทำ การงดเว้นนั้นจะเป็นอย่างไรก็ตาม ยิ่งกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา การรักษาของแพทย์เป็นการเคารพสิทธิผู้ป่วยนั่นเอง

อย่างไรก็ตามวิธีการรักษาทางศาลโดยการยื่นคำร้องให้ศาลเลิกการรักษาอย่างในต่างประเทศ กฎหมายไทยไม่เปิดช่องให้ทำได้ เพราะไม่มีบัญญัติในกฎหมายให้มีการใช้สิทธิเช่นนั้นได้ จากการศึกษาของวิไลวรรณ (2540) ศึกษาแนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยสิ้นหวังตายอย่างสงบ จากกลุ่มตัวอย่าง 242 ราย อาชีพผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความและอาจารย์นิติศาสตร์ พบว่า นักกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดว่าการที่แพทย์หยุดให้อาหารทางสายยางหรือหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยที่สิ้นหวังเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ไม่ว่าจะโดยที่ผู้ป่วยรู้สึกตัวและผู้ร้องขอให้ยุติการรักษาเองหรือไม่รู้สึกตัวก็ตาม แต่นักกฎหมายกลุ่มเดียวกันก็ยอมรับว่าหากผู้ป่วยเป็นญาติ หรือตนเองก็ยินยอมที่จะให้แพทย์ช่วยให้ตายอย่างสงบ และนักกฎหมายส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรให้แพทย์ที่รักษาและญาติผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

2.4.2 สิทธิผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต

คนทุกคนมีศักดิ์ศรี จิตวิญญาณ และภูมิปัญญาที่จะเลือกและทำประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว หรือสังคม ซึ่งก่อเกิดสิทธิและอิสรภาพพื้นฐานด้านต่างๆ (สุภชัย, 2543) ทีมสุขภาพที่ดูแลรักษา ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (วิชัย, 2545) สิทธิของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์

เนื่องจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกัน เบียร์ (Beare, 1994) ได้เขียนสิทธิของผู้ป่วยใกล้ตายและความต้องการของบุคคลในระยะสุดท้ายของชีวิตดังนี้

- 1) มีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยา รักษา เยี่ยม มนุษย์จนกระทั่งตาย
- 2) มีสิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีความหวัง
- 3) มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากบุคคลที่จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความหวัง
- 4) มีสิทธิที่จะแสดงออกซึ่งอารมณ์และความรู้สึกที่เกี่ยวกับความตายที่จะมาถึง
- 5) มีสิทธิในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง
- 6) มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาจากแพทย์ พยาบาลอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าเป้าหมายการดูแลรักษาจะเปลี่ยนไปหมายเป็นการดูแลเพื่อการประคับประคอง

- 7) มีสิทธิที่จะไม่ตายอย่างโดดเดี่ยว
- 8) มีสิทธิที่จะปราศจากความเจ็บปวดก่อนตาย
- 9) มีสิทธิที่จะถามคำถาม และได้รับคำตอบที่เป็นความจริง
- 10) มีสิทธิที่จะไม่ถูกหลอกลวง
- 11) มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อช่วยให้ครอบครัวยอมรับ

ได้ซึ่งความตายของผู้ป่วย

- 12) มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบ และสง่าผ่าเผย
- 13) มีสิทธิที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และคงไว้ซึ่งความเชื่อ
- 14) มีสิทธิที่จะอภิปรายหรือพูดถึงประสบการณ์ทางด้านจิตวิญญาณของ

ผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาที่ตนนับถือ

- 15) มีสิทธิที่จะคาดหวังว่าจะได้รับความเคารพจากบุคคลอื่นในฐานะมนุษย์
- 16) มีสิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเอื้ออาทรจากบุคคลที่มีความรู้ และ

เข้าใจในความต้องการของผู้ป่วย และได้รับความช่วยเหลือในการเผชิญกับความตาย

สำหรับกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติในการรับรองสิทธิผู้ป่วย คือ สิทธิในการเลือกการรักษาพยาบาลและสิทธิในการตัดสินใจที่จะเลือกรักษา โดยระบุไว้ในหมวดที่ 3 มาตรา 30 ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในร่างกาย" ซึ่งผู้อื่นละเมิดมิได้หากไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ให้การรักษา (the right to be informed) เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) และสิทธิส่วนบุคคล (right of privacy) ในอันที่จะไม่ถูกเปิดเผยในข้อมูลอันเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (แสงวง, 2540) ในแง่มุมของกฎหมายแล้ว การปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย (the right to refuse treatment) เมื่อผู้ป่วย

หรือญาติได้แสดงเจตนาโดยชัดเจน ทางโรงพยาบาลจะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามประสงค์ แต่ต้องอธิบายให้เห็นถึงผลหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นให้ญาติและผู้ป่วยฟังเสียก่อน จากการศึกษาของกรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 240 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 76.67 ตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตาย สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุตัดสินใจที่จะตายมากที่สุดร้อยละ 86.7 ต้องการให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อเขาอยู่ในสภาวะไม่รู้สึกรู้หายและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดเวลา สถานการณ์ที่ผู้สูงอายุตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายน้อยที่สุดร้อยละ 52.9 คือการให้แพทย์ช่วยฉีดยาเพื่อให้ตนเองจากไปอย่างสงบขณะมีชีวิตรอดอยู่ได้ด้วยอุปกรณ์การแพทย์ และมีสภาพเป็นพืชผักเท่านั้น

สำหรับประเทศไทยความคิดเห็นของผู้ให้การรักษาส่วนใหญ่เห็นว่า (สิวลี, 2529 อ้างตาม วิชัย, 2545) 1) จะไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการรักษาหรือการกระทำใดๆ ที่ไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยหรือเพิ่มความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย 2) เมื่อแน่ใจว่าหมดหนทางในการรักษาและผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องบรรเทาให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้ 3) ต้องคำนึงถึงญาติด้วย ถ้าญาติยอมรับไม่ได้และร้องขอให้ชะลอความตายสมควรกระทำ 4) กรณีที่ผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ โดยจะไม่ยุติเครื่องดังกล่าวเพราะบาป และจะยอมยุติถ้าญาติยอมรับ เพราะไม่เกิดประโยชน์อีกแล้วสำหรับการชะลอ 5) ต้องไม่พยายามเหนี่ยวรั้งการตายเกินกว่าเหตุเพราะความตายเป็นสังขารม นอกจากนี้ความคิดเห็นของแพทย์ส่วนน้อยเห็นว่า แพทย์ต้องชะลอการตายของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดเพราะถือเป็นหน้าที่ ถ้าปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วยจะเกิดปัญหาทางกฎหมาย อาจเกิดการฟ้องร้องฐานฆ่าผู้อื่น

วิฑูรย์ (2545) ให้ความเห็นว่า ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา โดยการใช้เทคนิคการยืดชีวิต เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ ใช้เครื่องช่วยหายใจ ถ้าผู้ป่วยแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยตนเองย่อมมีผลทางกฎหมาย ถ้าแพทย์เห็นว่าการใช้เครื่องมือดังกล่าวไม่เป็นประโยชน์ที่จำเป็นต่อการรักษาผู้ป่วยนั้นแล้ว กล่าวคือ การรักษาดังกล่าวกลับจะทำให้ยืดระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับความทรมานต่อไปอีก กรณีเช่นนี้ย่อมถือว่า การไม่ใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นการงดเว้น การซึ่งจักต้องกระทำ กฎหมายบัญญัติว่า การกระทำให้หมายความรวมถึงการงดเว้นการซึ่งจักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลอันหนึ่งอันใด เพราะฉะนั้นถ้าแพทย์ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจดังกล่าว มีผลให้ผู้ป่วยตาย การตายนั้นไม่ถือว่าเป็นการกระทำของแพทย์ เพราะเครื่องช่วยหายใจไม่จำเป็นจักต้องกระทำต่อไปแล้ว การที่ผู้ป่วยแสดงความจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือเพื่อยืดชีวิตดังกล่าว เป็นหลักฐานยืนยันว่า แพทย์เคารพสิทธิของผู้ป่วย เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ

นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายบางประเภทต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิด และใช้บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากเฉพาะทาง รวมถึงการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งบางชนิดก็มีจำนวนจำกัด ถ้าหากนำวัสดุอุปกรณ์เหล่านั้นไปให้กับผู้ป่วยอื่นๆ ที่ยังมีหวังจะเกิดประโยชน์สูงสุด (วิไลวรรณ, 2540) แม้ถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ความเข้าใจกฎธรรมชาติ จะทำให้ยอมรับความตายที่จะมาถึง เมื่อนั้นการดูแลรักษาพยาบาลจะกระทำกันในขอบเขตเพื่อให้ชีวิตได้จากไปอย่างสงบ ให้เขาได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dying with dignity) มิใช่ยึดความตายออกไปเรื่อยๆ ด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้นั้นอยู่ในภาวะ "พินิจไม่ได้ ตายก็ไม่ลง" ต้องอยู่ลักษณะเหมือนผักปลา สิทธิที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ สิทธิที่จะเลือกตายอย่างสงบในบั้นปลายของชีวิต ไม่ถูกยึดความตายหรือแทรกแซงการตายเกินความจำเป็นด้วยเครื่องมือต่างๆ การรับรองสิทธิดังกล่าวกระทำได้โดยบุคคลนั้นแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การตายตามธรรมชาติถูกแทรกแซงด้วยเครื่องมือเหล่านี้จนหาความสงบไม่ได้ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวถึงสิทธิของบุคคลว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดความตายในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตตนเอง เพื่อตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และหมวด 5 มาตรา 45 ข้อ 1 บัญญัติไว้ว่า หน่วยบริการมีหน้าที่ ให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวก ตลอดจนเคารพในสิทธิส่วนบุคคล ในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

ความขัดแย้งในการตัดสินใจในวาระสุดท้ายของชีวิต จากความคิดเห็นในการตัดสินใจที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ ทำให้เกิดประเด็นความขัดแย้งในการตัดสินใจในการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การยืดชีวิตผู้ป่วย/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตเป็นสิ่งสมควรกระทำหรือไม่และใครเป็นผู้ที่ตัดสินใจที่ดีที่สุด

3. ผู้ตัดสินใจเพื่อยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในปัจจุบันความก้าวหน้าของเทคโนโลยีมีอิทธิพลอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงการรักษาให้แตกต่างไปจากในอดีต ก่อให้เกิดความสับสนไม่ชัดเจนในการรักษาพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยอาการหนัก สมองถูกทำลายไปมากจนไม่สามารถกลับมาทำงานได้ แต่แพทย์ยังสามารถช่วยให้หายใจและหัวใจเต้นอยู่ได้ กรณีดังกล่าวควรมีความชัดเจนในความหมายของการมีชีวิตและการเสียชีวิต (life and death) ว่าใครจะเป็นผู้ตัดสินใจ ใช้อะไรเป็นเกณฑ์ ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติจากทีมสุขภาพอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึงการให้ผู้ป่วยมีโอกาสตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตด้วยตนเองและการที่ทีมสุขภาพยอมรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของ

ผู้ป่วย และนำไปใช้ประกอบการพิจารณาบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในแนวทางนี้เชื่อกันว่าเป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (นรินทร์, 2543) การยึดถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญนี้เป็นหลักจริยธรรมอย่างหนึ่งของทีมสุขภาพ นอกเหนือจากการมีหน้าที่ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย แต่ผู้ที่รู้ดีว่าอะไรเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด คือ ตัวของผู้ป่วยเอง

ดังนั้นการทำให้เป็นประโยชน์ที่สุดแก่ผู้ป่วยแล้ว ทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเองว่าต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจกับชีวิตตนเองหรือไม่ (พินิจ, 2538) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ให้การรักษา รวมทั้งสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the right to refuse treatment) มีอำนาจในการตัดสินใจขณะที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา ผู้ป่วยจะต้องมีสติรู้สึกตัวดี มีความสามารถในการตัดสินใจโดยที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามสิทธิด้วยตนเอง หรือแสดงเจตนาแต่งตั้งตัวแทน (วิชัย, 2545) จริยธรรมของแพทย์ตะวันตกถือว่าในเรื่องที่เกี่ยวกับความเป็นความตายของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยควรตัดสินใจเอง (พินิจ, 2538) ถ้าผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี คุยรู้เรื่อง ญาติไม่ว่าใกล้ชิดเพียงใด ไม่มีสิทธิตัดสินใจใดๆ แทนผู้ป่วยเลย คนสูงอายุที่มีญาติสนิทรับผิดชอบคำรักษาพยาบาล ทีมสุขภาพมีการปรึกษากับญาติและให้ญาติตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกเรื่อง โดยไม่คำนึงถึงสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง (the right of self determination) ของผู้ป่วยเลยเป็นการละเมิดศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผู้รับผิดชอบทางการเงินแทนผู้ป่วยเท่านั้น การปฏิบัติเช่นนี้เป็นการฝ่าฝืนจรรยาบรรณและกฎหมาย (วิฑูรย์, 2545) ดังนั้นผู้ที่มิอำนาจในการตัดสินใจที่ถูกต้อง คือ ผู้ป่วย

การให้ผู้ป่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเอง สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งหมายถึง ความสามารถที่ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อมูลและผลลัพธ์จากการตัดสินใจหรือไม่ ผู้ป่วยอาจสามารถตัดสินใจในการรักษาอย่างมีเหตุผลได้ในบางราย แต่ไม่ใช่ทุกอย่าง การประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในการตัดสินใจเพื่อทำตามความต้องการในด้านการรักษาของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับหลักการทางจริยธรรมของความเคารพต่อความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การตัดสินใจไม่ทำตามความต้องการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ขึ้นอยู่กับหลักการทางจริยธรรมของประโยชน์ของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (beneficence) (นรินทร์, 2543) นอกจากนี้การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการรักษา การได้รับความกระจ่างในข้อมูล ร่วมกับปัจจัยเกี่ยวกับความปวด ความไม่เป็นอิสระสัมพันธ์สภาพของบุคคลในครอบครัว ความเศร้าโศก ความวิตกกังวล มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Rosenblatt & Block, 2001) การเคารพในความเป็นอิสระ

ของบุคคลและเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยถึงแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ผู้ป่วยยังรู้สึกดีและมีความสามารถในการตัดสินใจ ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต หรือยุติการรักษา (วิฑูรย์, 2545)

จากการศึกษา พบว่า ได้มีผู้เสนอแนวทางการตัดสินใจในการยุติการรักษา มีหลายแนวทางที่สามารถลดความขัดแย้งของทีมสุขภาพได้ ได้แก่ ฮัก (Hug, 2000) กล่าวว่า ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (proxy) โดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา คุณค่าและความต้องการของผู้ป่วยในการประกอบการตัดสินใจ และเพลเลกริน (Pellegrino, 2000) ได้เสนอกรอบแนวคิดต่างๆ ไปในการตัดสินใจในการยกเลิกหรือยับยั้งการรักษาว่า ต้องพิจารณาใครเป็นผู้ตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความสามารถตัดสินใจเองได้ ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพินัยกรรมชีวิต (living will) หรือบุคคลที่ตัดสินใจแทน (proxy) ตลอดเวลา และตัดสินใจตามคุณค่าของตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวก็ต้องเป็นหน้าที่ในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย โดยตัดสินใจตามคุณค่าของผู้ป่วย ส่วนโรเซ็นแบลท และบล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) กล่าวว่า ทีมสุขภาพต้องประเมินความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ต้องแยกแยะเหตุผลของผู้ป่วยในการตัดสินใจ ต้องประเมินตามความต้องการทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตวิญญาณ ถึงความต้องการในระยะสุดท้ายของชีวิต และฮิวท (Hewitt, 2002) ต้องให้ผู้ป่วยเลือกการตัดสินใจที่ตรงกับคุณค่า ความเชื่อของตนเอง นอกจากนี้เรดดิค และคาสเซม (Reddick & Cassem, 2000) ได้เสนอว่า ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวดีสามารถตัดสินใจได้เอง ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวผู้ตัดสินใจแทนมีอำนาจในการตัดสินใจ โดยผู้ตัดสินใจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ป่วยตามการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า ทั้งแพทย์และญาติต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากที่สุด

การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามแนวทางในการตัดสินใจของทีมสุขภาพ เน้นที่ความต้องการตามการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วยเป็นหลัก การที่ผู้ใดผู้หนึ่งจะมาตัดสินใจว่าชีวิตของผู้ป่วยคนหนึ่งไม่มีคุณภาพชีวิตเลยหรือคุณภาพชีวิตต่ำ หรือเร็วกว่าชีวิตของผู้ป่วยอีกผู้หนึ่งมากจนไม่ควรมีชีวิตต่อไปเป็นเรื่องที่รับกันไม่ได้ เพราะชีวิตจะมีคุณภาพมากหรือน้อยนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยต้องตัดสินใจพิจารณาเอง (พินิจ, 2538) การตัดสินใจของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์นั้น บางกรณีผู้ป่วยได้แสดงความต้องการในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะไม่สามารถตัดสินใจเองได้เอง ซึ่งเรียกว่าการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า (Gomez, 2002)

3.1 การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า (advance directives)

การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า คือกระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ครอบครัวผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยกระทำขณะผู้ป่วย

ยังรู้ตัวดีและเข้าใจขั้นตอนของแผนการรักษาที่วางไว้ล่วงหน้า และนำมาใช้เมื่อผู้ป่วยมาถึงระยะสุดท้ายของชีวิต และตัดสินใจเองไม่ได้ (นรินทร, 2543) การแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยตัดสินใจในเรื่องการรักษาด้วยตนเอง และมีการรักษาอะไรบ้างที่ผู้ป่วยต้องการและไม่ต้องการในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจต่อการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Schretzman & Strumpf, 2002) ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 6 ได้บัญญัติ มาตรา 1647 การแสดงเจตนากำหนดการเมื่อตายนั้น ย่อมทำได้ด้วยคำสั่งครั้งสุดท้ายกำหนดไว้ในพินัยกรรม (วิชัย, 2545)

ความหมายของพินัยกรรมชีวิต (Living will) คือ คำสั่งของผู้ทำพินัยกรรมเกี่ยวกับทรัพย์สินของผู้ทำพินัยกรรม ซึ่งมีผลบังคับตามกฎหมายเมื่อบุคคลนั้นตาย (วิฑูรย์, 2538; Powell, 2000) การทำพินัยกรรมชีวิตอาจจะทำด้วยลายลักษณ์อักษร หรือวาจา กล่าวคือ กรณีที่ผู้ป่วยใกล้จะตายจะไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ ถ้าผู้ป่วยได้บอกกับแพทย์หรือทีมสุขภาพอื่นๆ ในเวลาเดียวกันอยู่พร้อมหน้ากัน พร้อมทั้งบันทึกวันเดือนปี สถานที่ทำพินัยกรรม แล้วให้นายอำเภอเซ็นชื่อกำกับ ถือว่าพินัยกรรมโดยวาจาสมบูรณ์สามารถมีผลบังคับใช้ได้ การทำพินัยกรรมชีวิตต้องระบุไว้อย่างชัดเจน โดยผู้รับพินัยกรรมชีวิตอาจเป็นญาติพี่น้องหรือบุคคลใดก็ได้ หรือหน่วยงานที่เป็นนิติบุคคลก็ได้ แต่ผู้รับพินัยกรรมจะไม่ใช่ผู้เขียนหรือพยานในพินัยกรรม หรือคู่สมรสของผู้เขียนหรือพยานในพินัยกรรม การทำพินัยกรรมชีวิตต้องกระทำในขณะที่ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะแสดงเจตนาตามพินัยกรรม โดยต้องมีพยานสองคนรับรองลายมือชื่อผู้ทำพินัยกรรม ทีมสุขภาพอาจจะลงลายมือเป็นพยานได้ (วิชัย, 2545) กรณีที่ผู้ป่วย ญาติ ขอออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งแสง และเอนก (2546) ได้กล่าวว่า การแสดงเจตนาของญาติผู้ป่วย ที่จะขออนุญาตผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ถึงแก่กรรมที่บ้านหรือไปรักษาต่อตามวิธีการและความเชื่อแบบชาวบ้านนั้น ในแง่มุมมองของกฎหมายแล้ว ถือว่าปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย (the right to refuse treatment) เมื่อผู้ป่วยหรือญาติแสดงเจตนาอย่างชัดเจน ทางโรงพยาบาลต้องทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติ โดยต้องอธิบายถึงผลหรืออันตรายที่เกิดขึ้นให้ทราบเสียก่อน แต่ต้องมีหลักฐานที่สามารถให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยหมดโอกาสฟื้นอีก มีญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ว่าไม่ต้องอยู่ในสภาพเช่นนั้น กรณีที่ผู้ป่วยมีเครื่องช่วยหายใจ ต้องเขียนหนังสือเป็นหลักฐานยืนยันความต้องการ

จากการศึกษาของแฮมส์ และรูเนียนี (Hammes & Rooney, 1998) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนเกี่ยวกับความตายและระยะสุดท้ายของชีวิต โดยศึกษาในผู้ป่วยระยะสุดท้ายจำนวน 540 ราย พบว่า มีการเขียนเจตนาของตนเองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ร้อยละ 81 ของผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า เหตุผลของการตัดสินใจยุติการ

รักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตโดยคำนึงคุณภาพชีวิตร้อยละ 35 มีการเขียนถึงบุคคลที่ใกล้ชีวิตร้อยละ 17 ความหวังในการได้รับการดูแลก่อนเสียชีวิตร้อยละ 12 และประโยชน์ของผู้ดูแลร้อยละ 9 และมีการเขียนเหตุผลในเรื่องอื่น ได้แก่ ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความรู้สึกคุณค่าของตนเอง ลดลง รวมถึงสิทธิตามกฎหมายเกี่ยวกับการรักษา และจากการศึกษาของคุณก๊วย เกียโคมินิ จอห์นสัน และวิลม (Cook, Giacomini, Johnson, & Wilms, 1999) ซึ่งศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยศึกษาในแพทย์ 12 คน พยาบาล 9 คน และทีมสุขภาพอื่นๆ 4 คน อภิปรายถึงการตัดสินใจช่วยฟื้นคืนชีพ สรุปได้ว่า แม้ว่าเทคโนโลยีการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถช่วยชีวิต เพิ่มอัตราการรอดชีวิตและลดอัตราการตายในหอผู้ป่วยวิกฤต การตัดสินใจเกี่ยวกับการหยุดช่วยฟื้นคืนชีพควรเป็นการตกลงร่วมกันของผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยโดยพิจารณาคุณค่าของผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้การศึกษาของ นอร์เลน และบรูเดอร์ (Norlan & Bruder, 1997) เกี่ยวกับทัศนคติของผู้ป่วยถึงการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 67 มีความเห็นว่า การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าสามารถป้องกันการรักษาที่ไม่ต้องการได้ และร้อยละ 85 มีความไม่แน่ใจว่าสามารถได้รับการรักษาตามความต้องการหรือไม่ นอกจากนี้ร้อยละ 74 การแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสามารถป้องกันการความขัดแย้งภายในครอบครัวได้ และจากการศึกษาชิฟฟ์ ราชกุมาร และบิลพิต (Schiff, Rajkumar, & Bulpitt, 2000) ศึกษาเกี่ยวกับมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุในการทำพินัยกรรมชีวิต พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78 ตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ จากการศึกษา พบว่า ร้อยละ 12-20 เท่านั้นที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า (Larson & Tobin, 2000) เมื่อผู้ป่วยไร้ความสามารถในการตัดสินใจ ไม่มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์จำเป็นต้องมี ผู้ตัดสินใจแทนที่สามารถทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเพื่อให้ตัดสินใจดำเนินการตามสิทธิแทนผู้ป่วยได้ (Powell, 2000)

3.2 ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยแสดงเจตจำนงที่มอบให้คนหนึ่งผู้ใดมีอำนาจในการตัดสินใจทดแทน (surrogate selected by patient) ซึ่งสวิสเซอร์ (Swisher, 2000) ได้กล่าวถึง แนวทางการตัดสินใจในผู้ป่วยวิกฤตดังนี้ กรณีที่ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ปกติ ให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจ หลังจากได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาครบถ้วนแล้ว ส่วนในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ การตัดสินใจตามผู้ที่ทำหน้าที่แทน (surrogate) ตามที่ผู้ป่วยระบุไว้

3.2.1 ญาติ ซึ่งอาจเป็นทายาทหรือไม่กี่ได้ ด้วยการแสดงเจตนาชัดเจนให้เป็นลายลักษณ์อักษร หากไม่ได้แต่งตั้งผู้ใดไว้ตามประเพณีปฏิบัติสมาชิกในครอบครัว หรือญาติจะมีลำดับความใกล้ชิดผู้ป่วยแตกต่างกัน โดยประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้บัญญัติเกี่ยวกับลำดับชั้นของทายาทตามลักษณะความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มาตรา 1629 และมาตรา 1635

กำหนดให้ทายาทโดยธรรมมีสิทธิได้รับมรดกก่อนหลัง (วิชัย, 2545) ดังต่อไปนี้ 1) คู่สมรสและ ผู้สืบสันดาน (บุตรธิดา) 2) บิดามารดา 3) พี่น้องร่วมบิดามารดาเดียวกัน 4) พี่น้องร่วมบิดาหรือ ร่วมมารดาเดียวกัน 5) ปู่ ย่า ตา ยาย 6) ลุง ป้า น้า อา

ประเด็นสำคัญคือ ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยจะต้องแสดงเจตนาใช้สิทธิของ ผู้ป่วยตามเจตจำนงของผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ เมื่อผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในภาวะที่ สามารถตัดสินใจได้ จำเป็นต้องมีการตัดสินใจแทนผู้ป่วย ผู้ที่เหมาะสมที่จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย มากที่สุดควรเป็นผู้ที่ได้รับการเลือกโดยผู้ป่วยให้ตัดสินใจแทน แต่ถ้าไม่มีอาจต้องใช้ผู้ปกครองที่ ศาลจัดหาให้ ภรรยา บุตร ผู้ปกครอง พี่น้อง ญาติ หรือเพื่อนใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจ ได้เอง ต้องให้ผู้ที่มีอำนาจการตัดสินใจแทน แต่พื้นฐานการตัดสินใจต้องเคารพเอกสิทธิ์ของผู้ป่วย อยู่บนพื้นฐานคุณค่าความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อถึงในระยะสุดท้ายของชีวิต การตัดสินใจเป็นส่วนที่ สำคัญมาก ที่บ่งบอกถึงการดูแลและการให้การรักษาต่อผู้ป่วย เป็นการบอกถึงการจัดการ ครอบครัวยังมีส่วนสำคัญ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่าง (Pace, 2000) ในทางปฏิบัติผู้ที่มีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะ สุดท้ายของชีวิตมักเป็นแพทย์ผู้ให้การรักษา (Kuuppelomaki, 1993)

3.2.2 ทีมสุขภาพ การตัดสินใจในบางกรณีต้องให้แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ช่วย ในการตัดสินใจแทน ถ้าหากคนตัดสินใจให้กับผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าวไม่ได้ การตัดสินใจแทนนั้นต้อง อยู่บนผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Day, 2000) และอยู่บนความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นหลัก แต่ถ้าไม่มีใครรู้ความต้องการที่แน่นอนของผู้ป่วย การตัดสินใจควรอยู่บนพื้นฐานของผู้ตัดสินใจ แทน แต่ต้องมีการพูดคุยกับทีมสุขภาพเพื่อให้มีการตัดสินใจที่ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบระหว่าง ประโยชน์และภาระของการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตสำหรับผู้ป่วย ถ้าเป็นประโยชน์มากกว่าภาระ ก็ควรจัดให้มีการรักษาต่อ แต่ถ้าเป็นภาระก็ต้องงดเว้นการรักษาดังกล่าว (Rich, 2002) โดย พิจารณาจากมาตรฐานวิธีการตัดสินใจแทนผู้ป่วยขึ้น (นรินทร์, 2543) ดังนี้

- 1) ความปรารถนาของผู้ป่วยครั้งก่อน บางครั้งมาจากการพูดของผู้ป่วยเอง หรืออาศัยการสื่อสารติดต่อกับคนใกล้ชิด
- 2) คุณค่าและความเชื่อของผู้ป่วยมีประโยชน์น้อยกว่าข้อแรก แต่อาจมา ใช้ช่วยในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย
- 3) ประโยชน์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย คาดคะเนประโยชน์ และภาระที่เกิดขึ้นจาก การรักษา ผู้ป่วยและมักใช้ในผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ป่วยผู้ใหญ่

สามารถสรุปได้ว่าการตัดสินใจแทนมี 2 ชนิด คือ 1) การตัดสินใจแทน (substituted judgment) เป็นการตัดสินใจตามคุณค่า ความต้องการและความเชื่อของผู้ป่วยและพยายามตัดสินใจให้เหมือนกับผู้ป่วยได้ตัดสินใจเอง 2) การตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (best interest judgment) เป็นการตัดสินใจที่ไม่ทราบความต้องการของผู้ป่วย และเป็นการตัดสินใจตามผลประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์และภาระของการรักษา (นรินทร์, 2543; Jacob, 1997; Rich, 2002)

ปัญหาจริยธรรมที่เกิดจากการตัดสินใจในการเลิกใช้เครื่องช่วยชีวิตกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติหรือยุติการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตอื่นๆ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญและยากต่อการแก้ไข เพราะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับปัญหาว่าใครควรตัดสินใจให้ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตกับผู้ป่วยที่ยังไม่ตายกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ก็ควรให้ญาติผู้ป่วยทำหน้าที่แทน และถ้าหากหาข้อมูลญาติไม่ได้ทางปฏิบัติก็คือ นำเรื่องนี้สู่การพิจารณาชั้นศาล (พินิจ, 2538) กฎหมายบางประเทศ อนุญาตให้ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจจบชีวิตตนเอง อาจกล่าวว่าเป็นเมตตามรณะ โดยไม่ให้เกิดการรักษา ไม่ใช้การฆ่าหรือเร่งให้ ผู้ป่วยตายโดยเจตนา (วิฑูรย์, 2537) แต่ในประเทศไทยกฎระเบียบของโรงพยาบาลมีช่องโหว่ให้แพทย์ยุติการรักษาได้เมื่อผู้ป่วยครอบครัวยืนยันและเซ็นใบไม่สมัครใจต่อการรักษาตัวต่อทางโรงพยาบาลหรืออีกนัยหนึ่งไม่ยินยอมรักษาต่อเสมือนการขอมุติการมีชีวิตของผู้ป่วย (อภิขนา, 2543)

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยแต่ละคนมีลักษณะที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับคุณค่า ความเชื่อ วัฒนธรรมของบุคคล สังคมไทยมีลักษณะหลากหลายวัฒนธรรม (multicultural society) (วันเพ็ญ, 2540) โดยเฉพาะสังคมภาคใต้ตอนล่างประชากรส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งศาสนาอิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีคุณค่า ความเชื่อในลักษณะที่แตกต่างไปจากศาสนาอื่น (เสาวนีย์, 2535) เป็นศาสนาที่ครอบคลุมถึงวิถีการดำรงชีวิต ดังนั้นทุกพฤติกรรมของมุสลิมก็ต้องเป็นอิสลาม หรืออีกนัยหนึ่งว่า มุสลิมจะต้องนำอิสลามมาไว้ในตัวและหัวใจ หลักคำสอนของศาสนาอิสลามจะต้องไปด้วยกันกับมุสลิมทุกอย่างก้าวของชีวิตในทุกเวลาและทุกสถานที่ ศาสนาอิสลามไม่ได้มุ่งสอนประเด็นของศีลธรรมแต่เพียงประการเดียว แต่เป็นคำสอนที่ควบคุมวิถีชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ตั้งแต่เส้นผมจนกระทั่งจรดใต้ฝ่าเท้า และตั้งแต่ตื่นนอน จนกระทั่งกลับเข้านอนในตอนค่ำ (ฮาซีส, 2536) วิถีการดำรงชีวิตจึงมีความแตกต่างกันไปจากศาสนาอื่นๆ รวมทั้งคุณค่า ความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิต ภาวะการเจ็บป่วยและความตาย (มานี, 2544ก)

แนวคิดของศาสนาอิสลาม

ในบรรดาศาสนาที่สำคัญๆ ในโลก เห็นจะไม่มีบัญญัติของศาสนาใดที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์เท่ากับศาสนาอิสลาม เพราะศาสนานี้ได้เข้ามามีส่วนในการกำหนดชีวิตของมนุษย์นับตั้งแต่เกิดจนตาย ชีวิตความเป็นอยู่ของชาวมุสลิมมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นกับศาสนาจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพราะฉะนั้นการที่จะเข้าใจถึงสภาพทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อถือของชาวไทยมุสลิมจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงหลักของศาสนาอิสลาม ที่เน้นหนักให้เห็นความสำคัญอันทัดเทียมระหว่างชีวิตโลกปัจจุบันกับชีวิตโลกอนาคต อิสลามมิได้สอนให้มนุษย์โน้มไปทางใดทางหนึ่ง แต่จะเน้นหนักถึงการสั่งสมความดีงามและละเว้นความชั่วในปัจจุบัน อิสลามได้ให้คำสอนอันเป็นธรรมนุญแห่งชีวิตแก่มวลมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์ชาติอยู่ด้วยความรัก ความสงบสุข เกิดภราดรภาพของมนุษยชาติ (อับดุลเลาะ, 2542) อิสลามเป็นศาสนาที่มีวิธีการดำรงชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม กิจกรรมทุกอย่างของสังคมจะต้องวางอยู่บนพื้นฐานของการเคารพภักดีต่อพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น (อับดุลรอซซิด, 2542)

อิสลาม เป็นภาษาอาหรับ แปลว่าสันติ ที่มาของคำนี้ คือ ซิน ลาม มีม อ่านออกเสียงว่า ซะลิมี ซึ่งหมายถึงความสันติ มาจากคำว่า อัซละมะ มีความหมายถึงว่าเขายอมมอบหมายตน (คุรซิด, 2541) อิสลาม หมายถึง การยอมรับ การยอมจำนนต่อพระเจ้า การนอบน้อมมอบตนอย่างสิ้นเชิงต่อพระเจ้า คือ พระอัลลอฮ์ ศาสนาอิสลามเน้นความศรัทธาในพระอัลลอฮ์เพื่อความสันติสุข ศาสนาอิสลามจึงได้แก่ วิถีที่นอบน้อม มอบตนเองต่อพระอัลลอฮ์เพื่อสันติสุขทั้งในจิตใจตนเองและสังคม ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามหรือศาสนิก เรียกว่า มุสลิม แปลว่า ผู้ใฝ่สันติ หมายถึง ผู้นอบน้อมต่อมตนตามพระประสงค์ของพระอัลลอฮ์ (พระผู้เป็นเจ้า) (มานี, 2544; อับดุลเลาะ, 2542; อิมรอน และอัสยี, 2543)

หลักศาสนาอิสลามจะเน้นความศรัทธาในพระเจ้าเป็นพื้นฐาน อิสลาม คือ ศาสนาหรือคำสั่งสอนของพระผู้เป็นเจ้าที่ได้ประทานแก่ท่านนบีมูฮัมมัดคืออลฯ โดยผ่านมลาอิกะฮ์ญิบรออิล เพื่อให้ท่านนบีมูฮัมมัดคืออลฯ ในฐานะรَسُولหรือศาสนทูตของพระอัลลอฮ์ไปเผยแพร่ให้แก่มนุษยชาติได้ถือปฏิบัติ โดยมีคัมภีร์อัลกุรอาน เป็นแม่บทหลักที่ชี้แนวทางในการปฏิบัติของมุสลิม (อิมรอน และอัสยี, 2543; เสาวนีย์, 2535; Kemp, 1999) ชาวมุสลิมจะนับถือพระอัลลอฮ์องค์เดียว อัลกุรอานเป็นคำสอนหลักของศาสนาอิสลาม รองลงมาคือหะดีษหรือวจนะของนบีมูฮัมมัดคืออลฯ ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับคำพูด การกระทำ และท่าทีการยอมรับในเรื่องต่างๆ หะดีษเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า สุนนะของนบีมูฮัมมัดคืออลฯ หมายถึง กิจวัตรประจำวันหรือแบบอย่างความประพฤติของท่าน

ศาสดามูฮัมหมัดคือลข (คุรซีด, 2541) หลักการของศาสนาอิสลามมีอยู่ 2 หลัก คือ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติซึ่งเป็นแบบแผนความประพฤติและปฏิบัติในแนวทางของศาสนา

1. หลักการคำสอนพื้นฐานของศาสนาอิสลาม

หลักพื้นฐานของศาสนาอิสลามประกอบด้วย หลักศรัทธา 6 ประการ และหลักปฏิบัติ 5 ประการ เป็นพื้นฐานของการดำรงชีวิต ดังนี้

1.1 หลักศรัทธา

หลักศรัทธาเป็นเสมือนหัวใจของการนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมจะละเว้นข้อใด ไม่ได้ความศรัทธา หรืออิมาน ศาสนาอิสลามจะเน้นความศรัทธาในพระเจ้าเป็นพื้นฐาน เป็นสิ่งสำคัญสำหรับมุสลิมทุกคน ศรัทธาเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดคุณค่าในชีวิตทำให้เกิดความเชื่อในตนเอง ตามมา เพราะตัวเองมีสิ่งที่ยึดมั่นอย่างมั่นคง ถ้าปราศจากความศรัทธาบุคคลจะทอดถอยในการ ต่อสู้ชีวิตและกระทำกิจกรรมต่างๆ เพราะขาดสิ่งที่ตนยึดถือ คุณค่าของชีวิตก็ไม่อาจจะเกิดขึ้น ความศรัทธาช่วยทำให้มนุษย์เรารู้ชีวิตในโลกนี้ คือเพื่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างไร การที่จะบรรลุถึง เป้าหมายอันสูงส่งของอิสลามก็ด้วยการยอมรับการศรัทธาในชีวิตหลังความตาย และหลักศรัทธา ข้ออื่นๆ (อับดุลกอเดร, 2542) หลักศรัทธา มี 6 ประการ (มานี, 2544ช; เสาวนีย์, 2535; อิมรอน และอลีย์, 2543; อับดุลเลาะ, 2542; Rassool, 2000) ดังนี้

1.1.1 การศรัทธาในพระอัลลอฮ์ คือ ศรัทธาว่า มีพระอัลลอฮ์องค์เดียว เป็นผู้ทรง อำนาจ ผู้สร้างทุกสิ่งทุกอย่างทรงบันดาล ผู้ทรงบริหาร ผู้ทรงรอบรู้ ไม่มีสิ่งใดที่เทียบพระองค์ได้ และไม่มีผู้ใดหรือสิ่งใดลดอริ่นจากอำนาจของพระองค์ได้ โลกและจักรวาลนี้มีผู้สร้างและผู้บริหาร เพียงองค์เดียว พระองค์ทรงอยู่ในภาวะนิรันดร์ มนุษย์ (ผู้ถูกสร้าง) ไม่สามารถจินตนาการ หรือนึกถึงรูปร่างลักษณะของพระองค์ได้ เรารู้จักพระองค์ได้ด้วยอำนาจการบริหารของพระองค์ และ โดยผ่านท่านศาสดา (นบีหรืออรุสูล) เป็นการยอมรับว่าไม่มีสิ่งอื่นใดเป็นพระเจ้านอกจาก พระอัลลอฮ์

1.1.2 การศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์ของอัลลอฮ์ (ป่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่งที่มีคุณสมบัติแตกต่างไปจากมนุษย์) คือ การศรัทธาว่า มลาอิกะฮ์เป็นป่าวที่ซื่อสัตย์ของพระอัลลอฮ์ มีหน้าที่รับใช้พระองค์ มลาอิกะฮ์ไม่มีรูปร่าง ไม่มีเพศ ไม่มีการดำเนินชีวิตเหมือนมนุษย์ มีหน้าที่ นำโอองการหรือเป็นสื่อกลางระหว่างพระอัลลอฮ์กับมนุษย์หรือศาสดา มุสลิมต้องศรัทธาว่า มลาอิกะฮ์ มีจริง ผลของการศรัทธาทำให้มนุษย์กระทำแต่ความดี ละเว้นความชั่วเนื่องจากว่า แต่ละคนจะมี มลาอิกะฮ์คอยบันทึกการกระทำ (เสาวนีย์, 2535)

1.1.3 การศรัทธาในคัมภีร์ทั้งหลายของอัลลอฮ์ คือมุสลิมมีความเชื่อในต้นฉบับเดิมของคัมภีร์ที่ถูกประทานแก่ศาสดาก่อนๆ เช่น คัมภีร์ชะบूरที่อัลลอฮ์ทรงประทานแก่ท่านนบี ดาวูด (เดวิด) คัมภีร์เตวารอฮ์แก่ท่านนบีโมซา (โมเสส) คัมภีร์อินญิลแก่ท่านนบีอีซา (เยซู) และเชื่อในความบริสุทธิ์ของฉบับปัจจุบันจากคัมภีร์เหล่านั้น คือส่วนที่ไม่ขัดกับคัมภีร์อัลกุรอาน เพราะถูกประทานมาจากพระอัลลอฮ์เนื้อหาสาระเดียวกัน แต่มุสลิมเชื่อและปฏิบัติตามเฉพาะคัมภีร์อัลกุรอาน (อับดุลกอเดร, 2542) ต้องยอมรับว่าคัมภีร์อัลกุรอานเป็นคัมภีร์สุดท้ายที่พระอัลลอฮ์ประทานให้แก่มนุษยชาติ โดยผ่านท่านนบีมุฮัมมัดคืออลยฺ ศาสดาองค์สุดท้ายเท่านั้น อัลกุรอานเปรียบเสมือนหัวใจของศาสนาอิสลาม ทั้งนี้เพราะอัลกุรอาน คือ วะนะของพระอัลลอฮ์นำบรรดาผู้ปฏิบัติตามบทบัญญัติในอัลกุรอานไปสู่ความดีงาม ให้ประสบสันติสุขทั้งในปัจจุบันและในปรภพ (ครุซิด, 2541; เสาวนีย์, 2535) ฉะนั้นบทบัญญัติในอัลกุรอานมีความศักดิ์สิทธิ์ต่อคนมุสลิม คัมภีร์อัลกุรอานจึงมีความสำคัญในชีวิตมุสลิม เพราะอัลกุรอานเกี่ยวข้องกับชีวิตของเขาตั้งแต่เกิดไปจนตาย และทุกอิริยาบถในการปฏิบัติศาสนกิจและกิจวัตรประจำวันตั้งแต่ลืมตาในตอนเช้าจนกระทั่งหลับ รวมถึงการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและเสียชีวิต

1.1.4 การศรัทธาในบรรดาศาสนทูตทั้งหลายของพระอัลลอฮ์ คือ มุสลิมทุกคนต้องยอมรับนับถือให้เกิดริและยกย่องศาสดาทั้งหลายที่มาก่อนท่านนบีมุฮัมมัดคืออลยฺ ศาสดาที่ได้กล่าวในคัมภีร์อัลกุรอานมีจำนวน 25 ท่าน มุสลิมต้องเชื่อและปฏิบัติตามคำสอนของท่านนบีมุฮัมมัดคืออลยฺ ศาสดาองค์สุดท้ายของโลกผู้รับภารกิจต่อจากท่านศาสดาก่อนๆ ที่มาชักชวนให้มนุษย์รู้จักพระเจ้า และดำเนินชีวิตตามคำสอนของพระอัลลอฮ์เท่านั้น

1.1.5 การศรัทธาในวันปรโลกหรือวันแห่งการฟื้นคืนชีพ (วันกิยามะฮ์) คือ ศรัทธาว่าโลกที่เราอาศัยนี้ เป็นวัดฤทธาตุย้อมมีวันแตกสลาย เช่นเดียวกับวัดอื่น (อิมรอน และอลีย์, 2543) ตามกฎแห่งการกำหนดสภาวะของพระอัลลอฮ์ เมื่อโลกดับสิ้นทุกสิ่งในโลกก็ต้องดับสิ้นด้วย ยกเว้นผู้ที่อัลลอฮ์ทรงประสงค์ แล้วพระอัลลอฮ์จะทรงทำให้มนุษย์ทุกคนฟื้นคืนชีพ มารับผลของการกระทำขณะที่อยู่ในโลกนี้ในวันกิยามะฮ์ (วันสิ้นโลก) ซึ่งวันกิยามะฮ์จะเกิดขึ้นเมื่อใดไม่มีใครทราบ นอกจากพระอัลลอฮ์องค์เดียวเท่านั้น (ดลมนรณร์ และแวอูเซ็ง, 2533) มุสลิมต้องมีความเชื่อว่ามนุษย์ไม่มีการเวียนว่ายตายเกิด มนุษย์เกิดมาครั้งเดียว แต่ชีวิตมี 5 ขั้นตอน คือ 1) ช่วงกำเนิด วิญญาณ 2) ชีวิตในครรภ์ 3) ชีวิตในโลกนี้ (ชีวิตในดุนยา) 4) ชีวิตในบรซัค (ชีวิตหลังความตาย) เพื่อรอการตัดสิน และ 5) ชีวิตที่ทำให้ฟื้นคืนชีพ (ชีวิตในอาคิเราะฮ์) เพื่อให้พระอัลลอฮ์ได้ทรงตัดสินการกระทำในโลกนี้ตามบันทึกที่มลาอิกะฮ์ได้บันทึกไว้ ยอมรับในวันอวสานของโลก มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้เป็นโลกแห่งการทดลองจะต้องมีวันที่แตกสลาย เป็นวันที่ทุกชีวิตบังเกิดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระความ (เสาวนีย์, 2535)

1.1.6 การศรัทธาในการกำหนดสภาวะของอัลลอฮ์ คือการศรัทธาว่า นอกจากพระเจ้าสร้างสรรพสิ่งต่างๆ ขึ้นมาแล้ว พระองค์ได้กำหนดกฎสภาวะการณ์แห่งธรรมชาติ ในจักรวาลล้วนเกิดมาและดำเนินตามกฎเกณฑ์ที่พระองค์กำหนดไว้ สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ กฎตายตัว เมื่อประสบเหตุแล้วหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างเป็นไปตามประสงค์ของพระองค์ เช่น การถือกำเนิดชาติพันธุ์ รูปร่างหน้าตา การโคจรของดวงดาว การเกิด แก่ เจ็บ ตาย วงจรชีวิตของมนุษย์ และสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย เป็นต้น และกฎไม่ตายตัว โดยดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลกิจกรรมต่างๆ อยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ในอันที่จะใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมาเลือกปฏิบัติตามข้อห้ามและข้อใช้ต่างๆ (อิมรอน และอલીย์, 2543) ดังคำกล่าวที่ว่า "อัลลอฮ์ทรงเป็นต้นและทรงเป็นสุดท้ายแห่งสรรพสิ่งทั้งหลาย พระองค์ได้ทรงสร้างมนุษย์และทรงสร้างสภาวะต่างๆ ที่มนุษย์จำต้องอาศัย และได้ประทานความคิดอิสระในการกระทำหรือไม่ทำก็ได้ ในการเชื่อหรือไม่เชื่อก็ได้ เพราะฉะนั้นมนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อความคิดอิสระหรือการดำเนินของตน" (อัลกุร/52: 21 อ้างตาม มัจวาน, ม.ป.ป.) การรับผิดชอบนั้นจะส่งผลในวันปรโลก

หลักศรัทธาในความเป็นหนึ่งเดียวของพระเจ้าแล้ว ความศรัทธาในวันพิพากษาหรือปรโลก ความศรัทธาในมลาอิกะฮ์ คัมภีร์อัลกุรอาน ศาสนทูตและการกำหนดสภาวะการณ์ ต่างก็เป็นความศรัทธาพื้นฐานที่สำคัญที่จะเป็นตัวกำหนดวิถีการดำเนินชีวิตของมุสลิม จากหลักศรัทธาทั้ง 6 ประการสามารถแตกย่อยไปอีก 60 คำสอน เช่น ความสะอาดก็คือส่วนหนึ่งของการศรัทธา มุสลิมที่มีความศรัทธาต้องมีความสะอาดทั้งตัวเอง ที่อยู่อาศัยและในทุกกิจกรรม หากมุสลิมไม่รักษาความสะอาดแสดงว่าความศรัทธาของเขายังพร่องอยู่ (เสาวนีย์, 2535) ความศรัทธาอันดับหนึ่งหรือจุดสูงสุดของมุสลิม คือ "ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์" ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระองค์เดียวเท่านั้น ความศรัทธาที่ลึกซึ้งของความหมายนี้ คือการยอมรับ ศรัทธาต่อคุณลักษณะของพระองค์อัลลอฮ์ มุสลิมเชื่อว่า ผู้ให้มนุษย์เกิดดำรงชีวิตอยู่ได้ และตายลง ก็คือพระองค์อัลลอฮ์ และพระองค์อีกเช่นกันที่ทำให้มุสลิมฟื้นคืนชีพ เพื่อรอการตัดสินการกระทำของมนุษย์ในโลกนี้ จากความศรัทธาทั้ง 6 ประการจะนำสู่การปฏิบัติ เป็นวิถีการดำรงชีวิตของชาวมุสลิม ตั้งแต่แรกเกิด แก่ เจ็บ จนเสียชีวิต

1.2 หลักปฏิบัติ

หลักปฏิบัติถือเป็นเรื่องที่ต้องกระทำอย่างเคร่งครัดพร้อมกับความศรัทธา การปฏิบัติจะมุ่งสู่เพื่อพระองค์อัลลอฮ์ โดยเป็นการกระทำที่บริสุทธิ์ใจ ปกป้องตนเองจากความชั่ว ชัดเกลากิเลส ไม่ได้เป็นการกระทำเพื่อตนเองเท่านั้น เป็นการกระทำเพื่อสังคมด้วย หลักปฏิบัติมี 5 ประการ ดังนี้ (เสาวนีย์, 2535; อิมรอน และอลีย์, 2543; Kemp, 1999; Rassool, 2000)

1.2.1 การปฏิญาณตนด้วยความบริสุทธิ์ เป็นการยืนยันด้วยวาจา ด้วยประโยคที่ว่า "ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์" (แปลว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) "และมุฮัมมัดรَسُولุลลอฮ์" (แปลว่า ท่านนบีมูฮัมมัดคืออลฯ เป็นรَسُول หรือผู้สื่อข่าวสารของอัลลอฮ์) การกล่าวคำปฏิญาณเป็นการยอมรับว่า จะไม่ตั้งภาคีหรือนำสิ่งอื่นใดมาเทียบเทียมอัลลอฮ์ และจะเชื่อและปฏิบัติตามคำสั่งสอนของอัลลอฮ์และรَسُول คือท่านนบีมูฮัมมัดคืออลฯ ทุกประการ การปฏิญาณตน 2 ประโยคนี้ เป็นการประกาศตนว่าเป็นมุสลิม

1.2.2 การดำรงการนมาซ การนมาซหรือเรียกโดยทั่วไปว่า "ละหมาด" เป็นการปฏิบัติศาสนกิจหรือเข้าเฝ้าเพื่อการเคารพภักดี และบำเพ็ญสมาธิเพื่อสร้างสายใยผูกผันกับพระเจ้า ขัดเกลาจิตใจของตัวเองให้พ้นความชั่ว การละหมาดเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เปรียบเสมือนเสาหลักของผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและส่วนที่ดีที่สุด คือ การต่อสู้นในหนทางของพระอัลลอฮ์ การละหมาดวันละ 5 เวลา คือ ก่อนตะวันขึ้น ปาย เย็น ค่ำ (หลังตะวันตกดิน) และกลางคืน การละหมาดมีอิริยาบถต่างๆ เช่น ยืน ยกมือ ไค้ กราบ นั่ง หันซ้ายและขวา พร้อมทั้งกล่าวสวดดี และขอพรต่อพระอัลลอฮ์ (เป็นภาษาอาหรับ)

1.2.3 การถือศีลอด คือ การละเว้นจากการดื่ม กิน การเสพ การร่วมเพศในกลางวัน การพูดจาเหลวไหล มีจิตตอกุศล ประพฤติชั่วทั้งที่ลับและที่เปิดเผย หรือแม้แต่ส่อเจตนาชั่ว ทั้งนี้มุ่งปกป้องตัวเองจากความชั่ว อดทน อดกลั้นต่อสิ่งเย้ายวนใจ เกิดความบริสุทธิ์ทางใจ เป็นการฝึกให้มีความซื่อสัตย์สุจริต ฝึกให้เห็นใจเมตตาผู้อื่น มุสลิมทุกคนต้องถือศีลอด ยกเว้น เด็ก คนชรา หญิงมีครรภ์หรือแม่ลูกอ่อน ผู้ป่วย คนเดินทาง และผู้ซึ่งทำงานหนัก (อิมรอน และอัสฮ์, 2543) โดยมุสลิมต้องถือศีลอด (ภาคบังคับ) ปีละ 1 ครั้ง ในเดือนรอมฎอน เดือนที่ 9 ของปฏิทินอิสลาม (ซึ่งนับทางจันทรคติ) เป็นเวลา 29 วันหรือ 30 วัน (มานี, 2544ก)

1.2.4 การบริจาคซะกาต (การจ่ายภาษีทางศาสนาแก่คนยากจน) คือ การจ่ายทรัพย์สินส่วนเกินจำนวนหนึ่งที่มุสลิมต้องจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิได้รับเมื่อครบปี เพื่อผดุงสังคมลดปัญหาช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจน เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคน ถ้ามุสลิมคนใดมีทรัพย์สินเงินทองหรือสินแร่ที่เหลือใช้ในรอบปี แล้วไม่ทำการบริจาคผู้นั้นก็เป็นบุคคลหนึ่งที่ทำผิดบทบัญญัติของอิสลาม (อิมรอน และอัสฮ์, 2543) โดยผู้มีสิทธิรับซะกาต 8 ประเภท คือ ผู้ขัดสน (คนยากจน แม่หม้าย เด็กกำพร้า) คนเข็ญใจ (พิการ) ผู้เข้าอิสลามและถูกญาติมิตรตัดขาด ผู้มีหนี้สินส่วนตัว (ไม่ใช่มีหนี้เพราะประพฤติมิชอบ) ผู้ลัดถิ่น (ไม่สามารถกลับสู่ภูมิลำเนาเดิม) ทาสหรือเชลย เจ้าหน้าที่ดูแลกองทุนซะกาต และเพื่อประโยชน์ต่อสังคมในวิถีของพระอัลลอฮ์ (เสาวนีย์, 2535)

1.2.5 การทำฮัจญ์ หรือ การประกอบพิธีฮัจญ์ คือการไปเยี่ยมหรือการเดินทางไปมักกะฮ์ ซึ่งถือเสมือนว่าเป็นศูนย์กลางของชาวมุสลิมทั่วโลก เป็นสถานที่พบปะระหว่างมุสลิม

ระดับต่างๆ กัน ศาสนากำหนดให้มุสลิมไปอย่างน้อยครั้งหนึ่งในชีวิตถ้ามีความสามารถ คือมีความพร้อมทางด้านการเงิน สุขภาพ (กายและจิต) และการคมนาคมสะดวก ปลอดภัย โดยกระทำพิธีฮัจญ์ 1 ครั้งในชีวิต พิธีฮัจญ์ประกอบที่เมืองเมกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย วัตถุประสงค์เพื่อการเคารพภักดีต่อพระอัลลอฮ์ นอกจากนี้ยังเป็นที่ยอมรับทั่วโลกได้มีการพบปะทำความรู้จักกัน การไปทำฮัจญ์ไม่ใช่เป็นการล้างบาป เมื่อกลับมาไม่มีตำแหน่งหรืออภิสิทธิ์ใดๆ เหนือผู้อื่น ทุกคนนั้นเป็นบ่าวของพระอัลลอฮ์เหมือนกันหมด (อิมรอน และอลีฟ, 2543)

หลักปฏิบัติในศาสนาอิสลามจะเน้นแนวทางปฏิบัติต่อตนเอง ต่อเพื่อนมนุษย์และต่อพระอัลลอฮ์พร้อมกัน มนุษย์เป็นตัวแทนของพระเจ้าบนโลกนี้และมีอิสรภาพในการเลือก (คุรซีด, 2541) ที่จะปฏิบัติ จากหลักปฏิบัติทั้ง 5 ข้อ เป็นแนวทางในการดำรงชีวิตของชาวมุสลิม ข้อปฏิบัติแต่ละข้อมีการยกเว้นเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติได้ หลักการศรัทธาและการปฏิบัติควบคู่กัน อิสลามเป็นระบอบการดำเนินชีวิตที่มีข้อแนะนำให้ปฏิบัติในชีวิตประจำวันทุกอย่าง ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน เช่น การกิน การอยู่ การคบเพื่อน การครองเรือน การปฏิบัติต่อบิดามารดา ครอบครัวยุติธรรม การประกอบอาชีพ การเยี่ยมเยียนผู้ป่วย การเจ็บป่วย การจัดการศพ และรวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต

หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ เป็นแนวทางการดำรงชีวิตตามวิถีมุสลิมตั้งแต่แรกเกิดเมื่อเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต รวมถึงคุณค่าและความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิตในโลกปัจจุบันและการมีชีวิตในโลกหน้า สิ่งเหล่านี้จึงมีผลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในภาวะที่เจ็บป่วย คุณค่า ความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ คุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิต การกำเนิดของมนุษย์มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยไทยมุสลิม

2. การกำเนิดมนุษย์ตามทฤษฎีอิสลาม

มนุษย์ในทฤษฎีอิสลาม คือ สิ่งที่พระอัลลอฮ์ทรงสร้างมาเช่นเดียวกับสรรพสิ่งทั้งหลาย และเมื่อพระองค์สร้างมาแล้วพระองค์ทรงให้สิทธิ์แก่มนุษย์ในการเลือกปฏิบัติสิ่งที่ต้องการ (เสาวนีย์, 2535) โดยการให้สติปัญญาไตร่ตรอง กล่าวคือมนุษย์มีสิทธิที่จะเลือกกระทำความดีความชั่ว เพราะพระองค์ประทานสติปัญญามาให้ และได้ส่งศาสดามาชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติ มนุษย์จึงสามารถเลือกการกระทำได้อย่างเสรี แต่ผลการกระทำจะบรรลุหรือไม่ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของพระอัลลอฮ์ (ลิวลี, 2544) มนุษย์ถูกสร้างโดยพระอัลลอฮ์ "เราสร้างมนุษย์จากแก่นแท้ของดิน แล้วเราได้ให้เชื้ออสุจิในที่พักอันมั่นคง (คือมดลูก) หลังจากนั้นได้บันดาลอสุจิเป็นก้อนเลือด แล้วเราสร้างก้อนเลือดเป็นก้อนเนื้อ แล้วเราได้ให้ก้อนเนื้อเป็นกระดูก แล้วเราได้หุ้มกระดูกด้วยเนื้อ แล้วเราได้ทำให้เกิดมาอีกทีหนึ่ง (ให้มีวิญญาณ)" (อัลมูมิनुน/23: 12-14 อ้างตาม มัรวาน,

ม.ป.ป.) มนุษย์ในทรรศนะอิสลาม มีองค์ประกอบที่สำคัญสองประการคือ ร่างกายและวิญญาณ (บรรจง, 2542) ธรรมชาติของมนุษย์ตามการมองว่า ร่างกายคือส่วนที่เป็นรูปธรรม ว่ามนุษย์มีลักษณะกายภาพ คนมีระบบประสาทที่พัฒนาเต็มที่โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าและสมองส่วนกลาง ซึ่งเป็นที่ตั้งของกระบวนการทางจิตและช่วยในมนุษย์มีพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อน มีพฤติกรรมทางสังคมและวัฒนธรรม มีความเชื่อ ความรับผิดชอบชีวิต มีค่านิยมผูกพันกับมโนธรรม ความถูกต้อง มีสภาพธรรมชาติที่เกี่ยวกันระหว่างชีวิตในโลกนี้และโลกหน้าโลกนี้เป็นแค่ช่วงเวลาสั้นๆ (ฟาริดา, 2541) โดยชีวิตมนุษย์ทำให้เกิด 2 ครั้ง แบ่งเป็น 5 ช่วง คือ เริ่มตั้งแต่การกำเนิดวิญญาณ ชีวิตในครรภ์ ชีวิตในโลกนี้ ชีวิตในโลกหลังความตาย (ชีวิตในสุสาน) และชีวิตในวันฟื้นชีพ (นุรุดดิน, 2540) ดังนี้

2.1 ช่วงกำเนิดวิญญาณ (รูห์หรืออวัยวะ) เป็นช่วงที่วิญญาณของมนุษย์กำเนิดครั้งแรก วิญญาณของมนุษย์ในช่วงกำเนิดครั้งแรกนี้ต่างได้ให้คำมั่นสัญญาและปฏิญาณตนยอมรับในความมีอยู่และเอกภาพของพระเจ้า (อัลลอฮ์) และจะภักดีปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระองค์อย่างสมบูรณ์ วิญญาณของมนุษย์เริ่มมีเมื่อใด มีมาอย่างไรและอยู่ที่ไหน เป็นอำนาจและความรอบรู้ของพระเจ้าอัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้น มนุษย์ไม่มีสิทธิรู้รายละเอียดในเรื่องดังกล่าวได้ มันเป็นสิ่งที่อยู่เหนือกาลเวลา เหนือความหยั่งรู้ของมนุษย์ มนุษย์คู่แรก คืออาดัมและคู่ครองของท่าน คือนางเฮวาอ์ พระอัลลอฮ์ได้สร้างบุคคลทั้งสองจากดิน และมนุษย์คู่นี้พระเจ้าอัลลอฮ์ได้ทรงให้มนุษย์สืบพันธุ์จากเชื้ออสุจิ จนเป็นรูปร่างที่สมบูรณ์และพระองค์ทรงเป่าวิญญาณลงในร่างกาย ดังกล่าวไว้ในอัลกุรอานความว่า "และพระองค์ทรงเริ่มบันดาลมนุษย์จากดิน หลังจากนั้นทรงดลบันดาลเผ่าพันธุ์ ผู้สืบตระกูลของเขามาจากน้ำ (อสุจิ) อันไร้เกียรติ หลังจากนั้นพระองค์ทรงทำให้เขามีรูปร่าง สดส่วนที่สมบูรณ์ และทรงเป่าวิญญาณของพระองค์ลงในตัวเขา และพระองค์ทรงบันดาลให้พวกเขาได้ยิน ได้เห็นมีจิตใจและสติปัญญา" (อัลสัจญะดะฮ์/ 32: 7-8 อ้างตาม นุรุดดิน, 2540) ช่วงกำเนิดในโลกที่หนึ่งนี้ มนุษย์ไม่สามารถรู้ว่าเริ่มเมื่อใดและมีกระบวนการพัฒนาการอย่างไร

2.2 ชีวิตในครรภ์ ซึ่งมีระยะเวลาจำกัด 9 เดือน ท่านนบีมุฮัมมัดคือลข ได้กล่าวถึงกระบวนการกำเนิดชีวิตมนุษย์ในครรภ์มารดาไว้ว่า แท้จริงพวกเขาทุกคนได้ถูกรวมกำเนิดของพวกเขาในครรภ์เป็นเวลาสี่สิบวันในภาวะของอสุจิ (น้ำที่เคลื่อนไหว) หลังจากนั้นก็ได้สร้างเป็นก้อนเลือดก้อนหนึ่ง หลังจากนั้นเป็นก้อนเนื้อมาก่อนหนึ่ง ซึ่งต่างก็เป็นไปในช่วงสี่สิบวัน (รวมเวลาสี่เดือน) หลังจากนั้นมลาอิกะฮ์ได้มาเป่าวิญญาณพร้อมได้บันทึกกำหนดในเรื่องสี่ประการ คือ เกี่ยวกับปัจจัยยังชีพ อายุขัย การปฏิบัติในศาสนา และโชคดีโชคร้ายของพวกเขา (Syahminan & Zaini, 1984 อ้างตาม นุรุดดิน, 2540) พระอัลลอฮ์ทรงสร้างจิตวิญญาณขึ้นมาพร้อมกับร่างกายในเวลาเดียวกัน ซึ่งพัฒนาในมดลูกของหญิงมีครรภ์ ดังกล่าวไว้ในคัมภีร์อัลกุรอานว่า "และอัลลอฮ์ทรงบันดาลพวกเขาจากดิน หลังจากนั้น (ได้สร้าง) มาจากเชื้ออสุจิ" (ฟาฏีร์/35: 11) "หลังจากนั้น

อสุจิกก็กลายเป็นก้อนเลือดก้อนหนึ่งและพระองค์ทรงบังเกิดแล้วทรงทำให้สัดส่วนที่สมบูรณ์" (อัลกียามะฮ์/75: 38 อ้างตาม ฮัซรัท, 2539) "หลังจากนั้นเราได้บังเกิดมันมาในกำเนิดอื่นให้มนุษย์ครบถ้วน และมีวิญญาณพร้อม แท้จริงอัลลอฮ์ทรงเกียรติสูงส่งยิ่ง ทรงเป็นเลิศที่สุดแห่งบรรดาผู้สร้าง" (อัลมุมีนุญ์/23:15 อ้างตาม ฮัซรัท, 2539) กำเนิดมนุษย์ในโลกที่สองนี้มีวิวัฒนาการประมาณ 8-9 เดือน ก็จะหมดวาระโดยการคลอดออกมาสู่โลกภายนอกซึ่งเป็นการเริ่มชีวิตใหม่ท่ามกลางสถานภาพสิ่งแวดล้อมใหม่ในปัจจุบัน

2.3 ชีวิตในโลกปัจจุบัน ซึ่งแต่ละคนมีกำหนดระยะเวลาไม่เท่ากัน อาจตั้งแต่ 1 วินาทีจนถึง 100 กว่าปี การกำหนดอายุพระอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดไว้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ช่วงชีวิตในโลกปัจจุบัน มนุษย์ต้องรับสภาพตามกำหนดของพระเจ้าเป็นเจ้า โลกปัจจุบันมนุษย์เริ่มรู้ตนเองและมีภาระเมื่อเขาบรรลุนิติภาวะทางศาสนา ทุกคนต้องเชื่อฟังและปฏิบัติตามข้อกำหนดที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าได้วางไว้ หน้าที่หลักของมุสลิม คือ ต้องยำเกรงและภักดีต่อพระอัลลอฮ์ ชีวิตมนุษย์ในโลกปัจจุบันเป็นเพียงช่วงหนึ่งของชีวิตก่อนชีวิตในอนาคตอีกสองโลก ซึ่งเป็นโลกแห่งการรับผลกรรมที่มนุษย์เคยปฏิบัติในโลกปัจจุบันอย่างยุติธรรม และไม่มีโอกาสที่จะแก้ตัว คือ โลกสุสานและปรโลก ความดีและความชั่วของมนุษย์ในโลกปัจจุบันจะได้รับการบันทึกโดยมลาอิกะฮ์ ด้วยเหตุนี้อิสลามจึงย้ำให้มนุษย์ประกอบแต่ความดีตามที่พระอัลลอฮ์ทรงชี้แนะ (นุรุดดีน, 2540) ความเชื่อเกี่ยวกับโลกนี้โลกหน้ามีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ โลกหน้าจะเป็นที่เรากลับเกี่ยวผลที่เราได้หว่านในโลกนี้ ดังท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ ได้กล่าวว่า "โลกนี้เป็นไร่ในโลกหน้า" และ "ให้ชีวิตในโลกนี้เหมือนคนแปลกหน้าหรือคนเดินทาง" (บรฺรจ, 2543) ในอัลกุรอานมีบัญญัติว่า "ชีวิตโลกนี้มีไฉนใด นอกจากเป็นการละเล่นและบันเทิง และแน่นอนสถานในปรโลกนั้น ดีกว่าสำหรับผู้สำรวจตนจากความชั่ว" (อัลอันอาม/6: 32 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

ชีวิตในโลกนี้เพื่อโลกหน้า เป็นช่วงชีวิตที่มนุษย์ต้องทำความเพียรและต่อสู้อย่างที่สุด ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งความผาสุกแห่งชีวิตทุกรูปแบบ และที่สำคัญที่สุด คือความเพียรเพื่อให้ได้มาซึ่งความยอมรับและอนุญาตจากพระอัลลอฮ์ ทำความเพียรเพื่อสร้างความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์แบบ ตามความประสงค์ของพระอัลลอฮ์หรือหนทางอันประเสริฐยิ่ง เพื่อความสุขในโลกปัจจุบัน โลกสุสาน (บรัชัค) และปรโลก (อาดิเราะฮ์) (นุรุดดีน, 2540)

2.4 ชีวิตในโลกหลังความตาย (บรัชัค) การตายจากโลกนี้เป็นกลิ่นสุดท้ายของร่างกายอันเป็นส่วนหนึ่งของรูปธรรม โลกนี้เริ่มตั้งแต่วันตายจนถึงวันที่พวกเขาถูกฟื้นขึ้นมาใหม่ในวันอวสาน (กียามะฮ์) เป็นชีวิตที่อยู่ในสถานที่กึ่งกลางระหว่างชีวิตในโลกปัจจุบันกับชีวิตหลังความตายซึ่งมีเวลาจำกัด เป็นโลกแห่งการสอบสวนและการลงโทษในการกระทำของมนุษย์ (บรฺรจ, 2543) เมื่อมุสลิมตายลงและร่างถูกฝัง วิญญาณทุกดวงยังอยู่โดยไม่ได้เวียนว่ายตายเกิดในภพต่างๆ

หากแต่อยู่รับผลการกระทำจากการใช้ชีวิตในโลกปัจจุบัน รับรางวัลหากประพฤติดี และถูกลงโทษเมื่อประพฤติไม่ดี ซึ่งเป็นการได้รางวัลหรือถูกลงโทษตั้งแต่ยังไม่ถึงวันพิพากษา สำหรับระยะเวลาของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน การศรัทธาในชีวิตหลังความตายทำให้มนุษย์พิจารณาถึงผลที่จะเกิดขึ้นอย่างไม่มีที่สิ้นสุด และไม่ยอมจำนนต่อมารร้าย (ชัยภูวน) ไม่ทำตามใจตนเองหรือความต้องการของโลกปัจจุบัน (อับดุลกอเดร, 2542) ช่วงเวลาในโลกที่สี่จะยาวนานเท่าใดนั้น อยู่เหนือปัญญาของมนุษย์ แต่มันจะมีวันสิ้นสุดเมื่อโลกที่ห้ามาถึง โลกที่สี่เริ่มต้นตั้งแต่วันตายจนถึงวันที่พวกเขาถูกฟื้นคืนชีพขึ้นมาใหม่ในวันอวสาน (นูรุดดีน, 2540)

2.5 ชีวิตในวันฟื้นคืนชีพ (ปรโลก) หรืออาคิเราะฮ์ ซึ่งเป็นชีวิตมนุษย์จะฟื้นคืนชีพอีกครั้ง มีระยะเวลาในรันดร์ ชีวิตในโลกนี้เป็นวาระสุดท้ายของมนุษย์ โดยเริ่มการสิ้นสุดชีวิตของโลกปัจจุบันและโลกสุสาน ชีวิตที่ตายจะถูกฟื้นขึ้นมาใหม่ โดยพระอัลลอฮ์จะเป็นผู้ดลบันดาลวิญญาณกับร่างกายมาอีกครั้งหนึ่ง (อับดุลกอเดร, 2542) หลังจากนั้นมนุษย์จะถูกสอบสวน และรับผลตอบแทนจากการกระทำในโลกปัจจุบัน สถานที่อาศัยของมนุษย์ในโลกสุดท้าย คือ สวรรค์สำหรับผู้ประพฤติปฏิบัติที่ภักดีต่อพระอัลลอฮ์ และนรกสำหรับผู้ประพฤติปฏิบัติชั่ว เป็นวันแห่งการตัดสินมวลมนุษยชาติจะมารวมกันในที่เดียวกันเป็นวันจักรวาลทั้งหมดจะเข้าสู่ขั้นตอนใหม่ ชีวิตใหม่ระบบใหม่ ในความเป็นจริงนั้นมนุษย์เป็นนายตนเองในการกระทำ และต้องรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง ถ้าทำผิดตนเองนั้นแหละที่ต้องรับผิดชอบ (บรรรจง, 2543) ความเชื่อในอิสรภาพของมนุษย์ และความรับผิดชอบนี้นำไปสู่หลักความเชื่อของอิสลามในเรื่องของชีวิตหลังความตาย มุสลิมมีความเชื่อว่าชีวิตบนพื้นดินในชาตินี้เป็นต้นกำเนิดชีวิตในอนาคต เมื่อวันแห่งการพิพากษา ซึ่งเป็นวันสุดท้ายที่มาถึงทุกคนจะได้รับการพิพากษาตามผลของการกระทำของคนแต่ละคนบนพื้นโลกจะถูกเปิดเผยในวันพิพากษา (ฉัตรสุมาลย์, 2540)

องค์ประกอบของมนุษย์ทั้งสองส่วนดังกล่าวต่างก็มีความต้องการเป็นเฉพาะส่วน ร่างกาย มีความต้องการในปัจจุบันยังชีพทั้งสี่ประการ คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค เพื่อการอยู่รอดและการเจริญเติบโต วิญญาณก็มีความต้องการในความรู้ ความศรัทธา ต้องการแนวทางแห่งการศรัทธาและการปฏิบัติในการดำรงชีวิตของตนทั้งสำหรับในโลกปัจจุบันและโลกหลังความตาย คือโลกสุสานและปรโลก วิญญาณของมนุษย์เมื่อถูกกำเนิดแล้วจะไม่ดับสิ้นและอมตะ ส่วนร่างกายจะดับสลายเมื่อตายแต่ฟื้นขึ้นอีกครั้งเป็นวาระสุดท้ายในวัยปรโลก (นูรุดดีน, 2540) จากการศึกษาของยูไลน (2540) ศึกษาเรื่องมนุษย์ในอิสลาม พบว่า ธรรมชาติของมนุษย์ตามทฤษฎีของนักปรัชญาวัตถุนิยมของมนุษย์มีเพียงสสารหรือร่างกายเท่านั้น ทั้งนี้รวมถึงระบบประสาทและมันสมอง จิตหรือวิญญาณ ก็ต้องถือว่าเป็นสสารและเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ส่วนจิตนิยมมีทฤษฎีเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ว่า มนุษย์มีองค์ประกอบ 2 ส่วน คือ จิตและ

ร่างกาย และเชื่อว่าจิตสำคัญไปกว่าร่างกาย เพราะว่าเป็นตัวตนที่แท้จริงของคน ส่วนร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอนจึงก่อให้เกิดความสุข ความทุกข์ เปลี่ยนแปลงไม่หยุดหย่อน ธรรมชาติของมนุษย์ตามทฤษฎีอะริสโตเติลอยู่ระหว่างกลางของวัตถุนิยมและจิตนิยม

ตามปกติมนุษย์จะพัฒนาได้ด้วยความรู้ ประสบการณ์ในชีวิต ลักษณะร่วมกันเป็นสากลของมนุษย์ คือ ความบริสุทธิ์ซึ่งเป็นศักยภาพที่จะนำคนไปสู่เป้าหมายสูงสุดของชีวิต ทั้งนี้ต้องยอมจำนนต่อเจตนารมณ์ของพระเจ้า เพราะมนุษย์อยู่ภายใต้กฎธรรมชาติของพระเจ้า (ฉัตรสุมาลย์, 2540) ถ้ามนุษย์รับรู้รับผิดชอบชีวิต มนุษย์ต้องประพฤติดี เพราะชีวิตในโลกนี้ซึ่งมนุษย์ดำรงอยู่เป็นสัญญาที่บ่งบอกสภาพของชีวิตหลังความตายและชีวิตวันปรโลก ชีวิตมนุษย์จะบรรลุเป้าหมายในโลกนี้อย่างเดียวไม่ได้ ความสำเร็จของชีวิตหมายถึงโลกหน้าด้วย ซึ่งศาสนาจะกำหนดกฎเกณฑ์สำหรับประพฤติให้คนพ้นทุกข์ทั้งโลกนี้ โลกหลังความตายและโลกหน้า และสอดคล้องกับสภาวะทั้งหมดตามแบบแผนของชีวิตและโลกในทุกชั้นตอน จะละเลยสภาพความเป็นอยู่ช่วงใดของชีวิตไม่ได้ พระเจ้าได้ประทานโลกนี้และโลกหน้าและช่วยให้พ้นจากการลงโทษของไฟ (ฟารีดา, 2541)

3. ความตายในทฤษฎีอะริสโตเติล

การตายในทฤษฎีอะริสโตเติลไม่ได้เป็นความทุกข์ การพ้นทุกข์ หรือเป็นการเพิ่มทุกข์ ในอิสลามถือว่าการตายคือการกลับไปสู่ความเมตตาของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของเจ้าดังกล่าวว่า "แท้จริงเราเป็นสิทธิของพระเจ้าอัลลอฮ์ และเราต้องคืนกลับไปหาพระองค์" (อัลบะกอเราะฮ์/2: 156 อ้างตามฮัซรัท, 2539)

ความตาย คือ การเปลี่ยนแปลงจากการมีชีวิตที่พร้อมทั้งร่างกายด้วยการมีชีวิตในโลกต่อไปเหมือนกับการเกิด ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตภายในครุฑมารดาสู่การมีชีวิตที่เป็นอิสระนอกครุฑมารดา เป็นการเปลี่ยนแปลงชีวิตจากการที่ต้องพึ่งร่างกาย ไปสู่การมีชีวิตที่ไม่ต้องการร่างกาย จากชีวิตที่ต้องการสิ่งต่างๆ ไปสู่ชีวิตที่ไม่ต้องการอะไรเลย (เบ, 2545)

ความตาย คือ ชีวิตนิรันดร์ ซึ่งจะมอบให้กับมนุษย์ที่สมบูรณ์ในโลกหน้า แสดงให้เห็นว่าผลแห่งการปฏิบัติตามกฎแห่งพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของเจ้าจะนำไปสู่ชีวิตที่นิรันดร์ในโลกหน้า (ฮัซรัท, 2539)

ความตายตามทฤษฎีอะริสโตเติล คือ จุดหมายปลายทางของการเดินทางชีวิตนี้ไปสู่ชีวิตใหม่ ความตายเปรียบเสมือนประตูที่ก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ซึ่งเป็นชีวิตนิรันดร์ ความตายทำให้มนุษย์สมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ เพราะนอกจากจะไม่เกิดประโยชน์อะไรแล้วยังเป็นการเสียเวลา ไร้เหตุผล และยังเป็นการยึดเวลาความทุกข์ทรมานต่อไป (สิวลี, 2544; อุทัย, 2545)

ดังนั้นความตายในอิสลามเป็นภาวะที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ทุกคนต้องเผชิญและยอมรับเพราะเป็นความประสงค์ของพระเจ้าอัลลอฮ์ ชีวิตมนุษย์มาจากพระองค์ประทานมาให้สุดท้ายต้องกลับไปหา

พระองค์ อิสลามห้ามไม่ให้มนุษย์ฆ่าตัวตาย แต่ทุกคนต้องรำลึกถึงความตายอยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อทุกคนได้เตรียมตัวเตรียมใจและพร้อมที่จะกลับไปสู่พระอัลลอฮ์ เปรียบเสมือนการก้าวผ่านจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง ภาวะใกล้ตายเป็นภาวะที่มุสลิมต้องการอยู่ใกล้พระอัลลอฮ์มากที่สุด (เลาณีย์, 2535) ทางที่ดีที่สุดคือการดูแลให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน ศาสนาอิสลามได้ชี้แจงเรื่องความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย (นุรุดดิน, 2540) ดังนี้

3.1 พระผู้เป็นเจ้าของทุกสิ่งทุกอย่าง ดังกล่าวไว้ในอัลกุรอานที่ว่า "แท้จริงเรา (อัลลอฮ์) ทำให้มีชีวิตและเราคือจุดหมาย (ของทุกสิ่ง)" (อัล-กอฟ/50: 43 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "และอัลลอฮ์ไม่ประวิง (ความตาย) แก่ชีวิตใดทั้งสิ้น เมื่อถึงวาระของมัน" (อัลมุนาฟิฏน/63: 11 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "และไม่มียุติสำหรับชีวิตใดที่จะตาย นอกจากได้รับอนุญาตจากพระอัลลอฮ์เท่านั้น ทั้งนี้ลิขิตที่ถูกต้องที่กำหนดที่แน่นอน" (อาลิอิมรอน/3: 145 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "จงประกาศเถิดว่า แท้จริงความตายที่พวกท่านคอยหลบหนีนั้น จะต้องประสบกับพวกท่านอย่างแน่นอน แล้วหลังจากนั้นพวกท่านจะถูกส่งตัวกลับคืนไปยัง (อัลลอฮ์) ผู้ทรงรอบรู้สิ่งที่เร้นลับและสิ่งที่เปิดเผย แล้วพระองค์จะทรงแจ้งให้พวกเขาทราบถึงสิ่งที่พวกท่านได้เคยประพฤติไว้ (ว่ามีโทษหนักสักปานใด)" (อัลญุมอะห์/62: 8 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

3.2 พระเจ้าเป็นผู้ทรงกำหนดอายุขัยของมนุษย์ ดังกล่าวไว้ในอัลกุรอานที่ว่า "ไม่มีสิทธิสำหรับชีวิตหนึ่งที่จะตายนอกจากได้รับอนุญาตของอัลลอฮ์" (อาลิอิมรอน/3:145 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "พระองค์ทรงกำหนดอายุขัย (แห่งการดำเนินชีวิต) ไว้และอายุขัย (แห่งการพ้นจากความตาย) ก็เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดไว้ ณ พระองค์" (อัลอันอาม/6:2145 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "เมื่ออายุขัยของพวกเขาได้มาถึงพวกเขาก็ไม่สามารถขอร้องฉันให้ล่าช้าแม้สักยามเดียว และพวกเขาไม่สามารถขอร่นเวลาให้ล่วงเร็วเข้ามาได้" (ยูनुส/10: 49 145 อ้างตามมัรวาน, ม.ป.ป.) "และไม่ว่าผู้ใดที่มีอายุยืนยาว และไม่มีผู้ใดถูกตัดทอนอายุให้สั้นลง นอกจากมีปรากฏอยู่แล้วในบันทึก (ของอัลลอฮ์) แท้จริงสิ่งนั้นเป็นเรื่องง่ายตายสำหรับอัลลอฮ์" (ฟาฏีร์/35:11 145 อ้างตามมัรวาน, ม.ป.ป.) "แต่ละประชาชาติจะไม่สามารถขยับอายุขัยของตนเองให้สั้นลง และไม่สามารถขอยืดเวลาของอายุขัยออกไป (จากกำหนดที่มีอยู่แล้ว) สักยามเดียว" (อัลมุฮมิซูน/23: 43 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

อายุขัยของมนุษย์ปัจจุบัน หมายถึง มนุษย์ทุกคนตั้งแต่ท่านนบีมูฮัมมัดเป็นต้นมา หรือประชากรก่อนท่าน ส่วนมากอายุขัย 60-70 ปี หรืออาจมากกว่าหรือน้อยกว่าบ้าง ดังท่านนบีมูฮัมมัดคือลข ได้กล่าวว่า "อายุขัยของประชาชาติของข้าพเจ้านั้นอยู่ระหว่างหกสิบถึงเจ็ดสิบปี และมีจำนวนน้อยของพวกเขาที่มีอายุเกิน (น้อยหรือมาก) กว่านั้น" (รายงานโดยตีรมีซี อ้างตาม อรุณ และมัรวาน, ม.ป.ป.)

3.3 มนุษย์ไม่สามารถรู้ได้ว่าที่ใดและเมื่อใดเขาจะตาย เรื่องนี้อยู่ในความรอบรู้ของพระอัลลอฮ์เท่านั้น ดังกล่าวไว้ในอัลกุรอานว่า "ไม่ว่าผู้เจ้าจะอยู่ ณ ที่แห่งใดความตายก็จะมาถึงผู้เจ้า และถึงแม้ว่าผู้เจ้าจะอยู่ในป้อมปราการอันแข็งแกร่ง" (อันนิซาร์/4: 78 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) "จงประกาศเถิดว่า แท้จริงความตายที่พวกท่านคอยหลบหนีนั้น จะต้องประสบกับพวกท่านอย่างแน่นอน" "และแต่ละประชาชาติย่อมมีกำหนดอายุขัย (ของแต่ละคน) ดังนั้นเมื่ออายุขัยของเขาได้มาถึงแล้ว พวกเขาก็จะไม่ขอประวิงไว้สักเพียงยามเดียว และจะไม่ขอให้ล่วงหน้ามาก่อน (สักยามเดียว)" (อัล-อะอรอฟ/7: 34 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) ดังนั้นเมื่อวาระของเขามาถึง "เขาเหล่านั้นมีอาจจะยืดเวลาไปแม้แต่ชั่วโมงเดียวและย่นเวลาสักชั่วโมงเดียวก็ไม่ได้และไม่มีชีวิตใดยอมรู้ได้ว่า ณ แผ่นดินใดที่เขาจะตาย" (ลุกมัน/31: 34 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

3.4 มนุษย์ต้องรำลึกถึงความตายให้มาก ดังท่านนบีมุฮัมมัดคือลฺฯ ได้กล่าวว่า "ท่านทั้งหลายจงรำลึกถึงความตายให้มากๆ" (รายงานโดยติรมีซีและนาสาอี อ้างตาม นูรุดดีน, 2540)

3.5 ความตายเป็นข่าวดีและความสบายใจสำหรับผู้ศรัทธา แต่เป็นสิ่งที่น่ากลัวและน่าเกลียดสำหรับผู้ไม่ศรัทธา ดังที่ท่านนบีมุฮัมมัดคือลฺฯ ได้กล่าวว่า "ผู้ใดที่ศรัทธานั้น เมื่อความตายมาเยือน เขาจะได้รับข่าวดีด้วยความยินดีและโปรดปรานของอัลลอฮ์ และจะไม่มีสิ่งใดที่เขาพอใจนอกจากสิ่งที่อยู่ ณ เบื้องหน้าของพวกเขา ดังนั้นจะมีความปรารถนาที่จะพบกับพระอัลลอฮ์ และพระอัลลอฮ์ก็ปรารถนาที่จะพบกับเขา และแท้จริงผู้ที่ทรยศ (ไม่ศรัทธา) นั้น เมื่อความตายได้มาเยือน เขาจะได้รับข่าวดีด้วยการลงโทษ และความทุกข์ทรมานของพระอัลลอฮ์ ไม่มีสิ่งใดที่เขารังเกียจที่จะพบเขา" (อรุณ และมัรวาน, ม.ป.ป.)

ความตายเป็นการเปลี่ยนแปลงจากการมีชีวิตที่พร้อมกับร่างกายด้วยการมีชีวิตใหม่ในโลกต่อไปซึ่งเป็นโลกที่นิรันดร์ มุสลิมทุกคนต้องยอมรับเมื่อความตายมา เมื่อชาวมุสลิมเสียชีวิตเยือนตามข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ต้องจัดการทำพิธีฝังศพ ภายใน 24 ชั่วโมง หลังการตายฝังร่างกายที่สุสาน (เบ, 2545; Kemp, 1999)

การเจ็บป่วยและการรักษาในทรรศนะอิสลาม

ร่างกายมนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญสองประการ คือ ร่างกายและวิญญาณ ร่างกายคือส่วนที่เป็นรูปธรรม สามารถมองเห็นและสัมผัสได้ ในร่างกายมนุษย์มีเลือดมีเนื้อ ร่างกายจะเจริญงอกงามได้เนื่องจากอิทธิพลของวิญญาณ ถ้าไม่มีวิญญาณร่างกายเป็นเสมือนสิ่งไม่มีชีวิต (เบ, 2545) เมื่อมนุษย์ประกอบด้วยร่างกายและวิญญาณ มนุษย์ก็จะประสบกับความเจ็บป่วยทั้งสองอย่าง และถ้าส่วนประกอบใดได้รับความกระทบกระเทือน หรือเจ็บป่วยแล้ว

องค์ประกอบอีกด้านหนึ่งจะผิดปกติตามไปด้วย แต่ลักษณะของความเจ็บป่วยที่ต่างกัน และต้องการการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่ต่างกัน กล่าวโดยสรุปลักษณะการเจ็บป่วยในศาสนาอิสลามสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ (นุรุดดีน, 2540; เบ, 2545) คือ

1. ความเจ็บป่วยทางกาย ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้แก่ การรู้สึกเจ็บ ปวดเมื่อย อ่อนเพลีย เมื่อยล้า และมีความรู้สึกไม่สบายอื่นๆ ความเจ็บป่วยทางกายสามารถรักษาเยียวยาให้หายได้ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. การเจ็บป่วยทางด้านจิตวิญญาณหรืออูร์ การเจ็บป่วยทางจิตใจ และจิตวิญญาณ คือ การเจ็บป่วยด้วยความหวั่นวิตก ความถวิลหา และความโศกเศร้า ผู้ป่วยมีความวิตกว่าการเจ็บป่วยของเขาสามารถนำไปสู่ความตาย ทำให้เกิดความวิตกเกี่ยวกับเรื่องอื่น เช่น ครอบครัว ผู้ป่วยที่นอนบนเตียงนานๆ จะเป็นทุกข์เรื่องความโหยหา และความคิดถึงผู้อื่น

ในทฤษฎีของศาสนาอิสลามการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญที่เกิดกับมนุษย์ประการหนึ่ง มิได้เป็นเคราะห์กรรมหรือความโชคร้าย หากแต่ศรัทธาว่า ความเจ็บป่วยนั้นเป็นไปตามประสงค์ของพระอัลลอฮ์ที่กำหนดมาให้ เสมือนการทดสอบความอดทน ความศรัทธา ความยำเกรง ความหนักแน่น ถ้าชาวมุสลิมตระหนักในความจริงข้อนี้ จะสามารถต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ ความทุกข์ทรมาน ด้วยความอดทน ความเจ็บป่วยนั้นย่อมไม่ใช่ความสูญเสียเปล่า หากแต่จะได้รับค่าตอบแทนอย่างอนันต์ทั้งโลกนี้และโลกหน้า (เสาวนีย์, 2535) ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยตามทฤษฎีอิสลาม ไม่ได้มองว่าความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งที่จะช่วยทำให้มนุษย์ได้ใช้บาปหรือทำให้มนุษย์พ้นมลทิน แต่มองว่าเป็นสิ่งที่ควรได้รับการดูแลรักษา หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดแก่มนุษย์ ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า ความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญที่สุดของชาวมุสลิม ผู้ใดได้รับความทุกข์ทรมานเพียงใดพระเจ้าจะทรงยกโทษให้กับเขา ดังเช่นต้นไม้ที่สลัดใบร่วงลงสู่พื้นดิน ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานพึงรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่ตนเผชิญจะเป็นวิถีที่นำตนเข้าใกล้พระเจ้าและจะได้รับการตอบแทนในชีวิตใหม่ (เบ, 2545; เสาวนีย์, 2535) มนุษย์ต้องใช้ความอดทน (ซอบัร) เพื่อให้สามารถเผชิญกับสิ่งเหล่านั้น ท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ ได้กล่าวไว้ว่า "โรคภัยไข้เจ็บนำบาปไปจากลูกหลานอาดัม อย่างเช่นช่างตีเหล็กเป่าลมเหล็กให้ละลายโดยให้สิ่งสกปรกออกไป ฉันทิดีที่พระอัลลอฮ์ได้ทรงตอบแทนให้ผู้เจ็บป่วยด้วยการให้อภัยแก่เขา" (มุสลิม อ้างตามเสาวนีย์, 2535) ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานพึงรู้สึกถึงความทุกข์ทรมานที่ตนเองเผชิญจะเป็นวิถีที่นำตนเข้าใกล้พระเจ้าและจะได้รับการตอบแทนในชีวิตใหม่ (มานี, 2544ก; ลิวลี, 2544)

ความเจ็บป่วยในทฤษฎีของศาสนาอิสลามเป็นสิ่งที่พระอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดเพื่อทดสอบความอดทนของมนุษย์ มุสลิมต้องยอมรับการเจ็บป่วยที่พระอัลลอฮ์ประทานมาให้อย่างอดทนและรำลึกถึงพระองค์ตลอดเวลาและต้องแสวงหาแนวทางการรักษา (สาเหอะอัปดุลละห์ และคณะ, 2533)

1. การรักษาโรคในทรรศนะอิสลาม

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการรักษาโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษาให้หาย ไม่ให้ปล่อยปละละเลย ให้ตนเองตกอยู่ในความเสียหายและไม่ปล่อยให้ตนเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและถ้ามีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ก็ต้องไปปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ถึงแม้การเจ็บป่วยเกิดจากพระอัลลอฮ์แต่พระองค์ได้ประทานสติปัญญามาให้เพื่อให้มนุษย์ได้ใช้ในการแก้ปัญหา ท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ ได้กล่าวไว้ว่า จงพยายามแสวงหารักษาบำบัด พระเจ้าทรงสร้างวิธีการรักษาโรคภัยไข้เจ็บแก่มนุษย์เช่นเดียวกับที่ได้ทรงสร้าง ความเจ็บป่วย (มูรฺิด, 2542) มนุษย์ต้องมีความพยายามที่จะแสวงหาวิธีการรักษาโรคให้พ้นความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ในกรณีที่ความทุกข์ทรมานไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ศาสนาอิสลามมีความเชื่อว่า ความอดทนเป็นคุณธรรมที่สำคัญที่สุดสำหรับชาวมุสลิม ผู้ใดได้รับความทุกข์ทรมานมากเพียงใดพระอัลลอฮ์จะทรงยกโทษบาปให้แก่เขา (มานี, 2544ก; ลิวลี, 2544) ดังคำกล่าวในอัลกุรอานที่ว่า "เราได้ทดลองสุเจ้าด้วยกับสิ่งหนึ่งจากความหวาดกลัว ความหิวโหย และการสูญเสียทรัพย์สิน ชีวิต และสุเจ้าจงบอกชาวดีแก่บรรดาผู้ที่มีความอดทน เมื่อภัยภิบัติมาประสบกับเขาเหล่านั้น เขาเหล่านั้นจะกล่าวว่าแท้จริงเราเป็นของอัลลอฮ์และแท้จริงเราต้องกลับไปยังพระองค์" (อัล-ปะกอเราะ/1: 155-156 อ้างตามเสาวนีย์, 2535) "บรรดาผู้ศรัทธาและหัวใจของเขาเหล่านั้นสุขสงบด้วยการรำลึกถึงพระอัลลอฮ์หาได้มีการรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ทำให้หัวใจสงบสุขมิใช่หรือ" (ฮฺเราะฮ/13: 28 อ้างตามเสาวนีย์, 2535)

ศาสนาอิสลามไม่อนุญาตให้ปฏิเสธการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน จากท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ ได้กล่าวว่า "พวกท่านย่อมรู้ดียิ่งในกิจกรรมที่เกี่ยวกับโลกดุนยาของพวกท่าน เจกเช่นการรักษาโรคต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยตัวยาที่ได้รับการทดลองปรับปรุงแก้ไข ภายใต้การตรวจสอบอย่างละเอียดถี่ถ้วนจนสามารถใช้นำบำบัดรักษาโรคนั้นๆได้" (มูรฺิด, 2542) ดังนั้นเมื่อมุสลิมประสบกับความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งก็ตามจำเป็นต้องรักษาโรคนั้นตามกระบวนการทางการแพทย์ และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำไว้ดังที่นบีมุฮัมมัดคือลฯ ได้กล่าวไว้ว่า "แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์ทรงประทานโรคควบคู่กับยารักษาและพระองค์ทรงทำให้ทุกๆ โรคมียารักษา" (ดาวูด อ้างตาม มูรฺิด, 2542)

เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต การรำลึกถึงพระอัลลอฮ์ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสุขลดความทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรคที่เป็นอยู่ หรือพ้นความทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะสุดท้ายของชีวิต อิสลามเน้นให้ผู้ป่วยรำลึกถึงพระอัลลอฮ์เป็นหลัก หลังจากนั้นขอพรให้แก่ผู้ป่วย พร้อมสอนให้เขากล่าวคำว่า "ลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮ์" ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์ พร้อมสอนให้เขาได้กล่าวประโยคสุดท้ายในการอำลาโลก นอกจากนี้ญาติหรือลูกหลานหรือผู้รู้ทั่วไปควรอ่านอัลกุรอานบทยาซีนให้ฟังด้วย การเจ็บป่วยและการหายป่วยเป็น

สิทธิของพระอัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้น อิสลามได้สอนให้ทุกคนเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างมาจากพระอัลลอฮ์และจะกลับสู่พระองค์ทั้งหมด ความเจ็บป่วยและการบำบัดการเจ็บป่วยทั้งหมดถูกกำหนดให้มีขึ้นโดยพระอัลลอฮ์ (นุรุดดีน, 2540) "บรรดาผู้ศรัทธาและหัวใจของเขาเหล่านั้นสงบมั่นด้วยการระลึกถึงพระอัลลอฮ์ ดวงจิตทั้งหลายจักสงบ เพราะการระลึกถึงอัลลอฮ์อย่างแน่นอน" (ฮัรเราะฮ์/13: 28 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.) เมื่อประสบกับโรคภัยไข้เจ็บ สิ่งแรกที่มุสลิมควรจะต้องปฏิบัติก่อนการรักษากับแผนปัจจุบันนั้นก็คือ การรำลึกถึงพระองค์อัลลอฮ์ด้วยการขอพรต่อพระองค์ ภายหลังจากนั้นจึงปรึกษาแพทย์เพื่อรักษาหรือป้องกันลำดับต่อไป ส่วนการหายจากการเจ็บป่วยนั้น จำเป็นต้องเชื่อมั่นว่า พระอัลลอฮ์เท่านั้นที่ทรงทำให้หายป่วยไข้ ไม่ใช่ด้วยยาหรือการเป่ารักษา (มูรีด, 2542) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแบบฉับพลันของทอานะมีมุฮัมมัดคือลข สิ่งที่สำคัญลำดับแรก คือการรำลึกถึงพระอัลลอฮ์ด้วยการละหมาดและขอพรจากพระองค์เพื่อทำให้ความเจ็บป่วยนั้นๆ หายไปโดยเร็ว (มานี, 2544ก) นอกจากนี้ศาสนาอิสลามเน้นการรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล โดยทั่วไปเป็นการป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ความคิดและจิตใจมิใช่เฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น การรักษาสุขภาพอนามัยจะวางอยู่บนพื้นฐานของอิบาดะฮ์ (การปฏิบัติเพื่อการภักดีต่อพระอัลลอฮ์) เป็นการจำนตนหรือการกระทำทุกรูปแบบที่กระทำลงไปเพื่อความโปรดปรานของพระอัลลอฮ์ ไม่ว่าจะเป็นด้านกาย วาจา ทั้งโดยตรงและอ้อม จะต้องมีความรักเคารพและนอบน้อมต่อมตนต่อพระอัลลอฮ์ และเป็นการกระทำที่ทำด้วยความบริสุทธิ์ใจ

เมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยศาสนาอิสลามส่งเสริมให้มุสลิมมีการแสวงหาแนวทางรักษาให้ดีที่สุด พร้อมทั้งยอมรับการเจ็บป่วย ร่วมกับการขอพรและรำลึกถึงพระอัลลอฮ์ด้วยความศรัทธาและอดทน ไม่ส่งเสริมให้หนีปัญหาและห้ามการฆ่าตัวตายหรือคิดทำลายชีวิต

2. การยุติการรักษาในทรรศนะอิสลาม

ศาสนาอิสลามเชื่อว่าวิญญาณของมนุษย์เป็นสิ่งที่พระเจ้าหรือพระอัลลอฮ์ประทานมาให้ชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่มีความสูงสุด ผู้ใดฆ่าหรือทำลายชีวิตโดยไม่ใช่เหตุผลของการลงโทษตามบัญญัติที่เกี่ยวกับการทุจริตหรือประพฤติผิดต่อแผ่นดิน ผู้นั้นได้ชื่อว่าทำลายมนุษยชาติ ในทำนองเดียวกันผู้ใดช่วยชีวิตมนุษย์ผู้นั้นได้ชื่อว่าช่วยมนุษยชาติทั้งหมดด้วยเหตุนี้การจงใจทำลายชีวิต แม้ด้วยเจตนาให้พ้นทุกข์ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิด (ลิวลี, 2544) นอกจากนี้การนำเอาเรื่องผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือสูญเสียมาพิจารณาเกี่ยวกับตัวมนุษย์ก็เป็นสิ่งที่ไม่ชอบธรรม มนุษย์มีค่าในตัวเองเหนือผลประโยชน์ การดูแลผู้เจ็บป่วยหรือผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่มุสลิมที่พึงกระทำ ทอานะมีมุฮัมมัดคือลข กล่าววว่า "พวกสุเจ้าคนหนึ่งคนใดอย่าใฝ่ฝันอยากที่จะตายเร็วๆ เนื่องจากภัยพิบัติที่มาประสบกับตัวเขา จากการที่ใฝ่ฝันอยากตายเร็วๆ ที่ดีแล้วสมควรกล่าวว่า อัลลอฮ์จงให้ฉันมีชีวิตต่อไปเกิด

ถ้าหากว่าการมีชีวิตนั้นเป็นสิ่งที่ดีกว่าสำหรับฉัน และจงให้ฉันไปตายเถิด ถ้าหากการตายนั้นเป็นสิ่งที่ดีกว่าสำหรับฉัน" (ฮานัส อ้างตาม เบ, 2545)

ห้ามไม่ให้มนุษย์คิดฆ่าตัวตายหรือต้องการทำลายชีวิต ถ้าจำเป็นจริงๆ เมื่อมีความทุกข์มากให้วิงวอนหรือขอพรจากพระอัลลอฮ์ ชีวิต คือมรดกล้ำค่าและควรแก่การทูลนอบน้อมเป็นอย่างยิ่ง ไม่มีคนปกติและมีสามัญสำนึก ผู้ใดอยากให้สูญเสียชีวิต แม้แต่คนที่รู้สึกผิดหวังและอยากฆ่าตนเองอย่างทรมาณก็ยังพยายามที่จะให้มีชีวิตรอดในนาทีสุดท้าย พระเจ้าได้ประทานชีวิตมนุษย์และพระองค์เท่านั้นที่จะมีสิทธิที่จะเรียกมันกลับคืน คนอื่นไม่มีสิทธิที่จะทำลายชีวิตอื่นได้ ด้วยเหตุนี้อิสลามจึงห้ามฆ่าตัวตายและทำลายตนเอง แต่กลับสนับสนุนให้มีความอดทนและมีความศรัทธา (อับดุลเลาะ, 2542) การฆ่าตัวตายในหลักของศาสนาอิสลามถือว่าเป็นบาป และเป็นที่ไม่ยอมรับในอิสลาม จะไม่พิจารณาการทำเมตตามรณะในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลาม (Sheikh, 1998) อิสลามถือว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่ศักดิ์สิทธิ์อันที่ล่วงละเมิดมิได้และในขณะเดียวกัน อิสลามก็ให้ความสำคัญคุ้มครองแก่ชีวิต ตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลามการล่วงละเมิดชีวิตมนุษย์เป็นบาปใหญ่ที่สุดอันดับสองในสายตาพระอัลลอฮ์ รองไปจากการปฏิเสธพระองค์ (ยูสุฟ, 2533) ดังคัมภีร์อัลกุรอานกล่าวว่า "ผู้ใดฆ่าชีวิตใด นอกจาก (การฆ่า) ชีวิต (ฆาตกรเพื่อการลงโทษ) หรือก่อการเสียหาย ณ แผ่นดิน ดังนั้น จะเป็นเช่นที่เขาได้ฆ่ามนุษย์ทั้งมวล" (อัลมาอิดะฮ์/5: 32 อ้างตามมัรวาน, ม.ป.ป.) และท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ กล่าวว่า "ผู้ใดโดดลงจากภูเขาฆ่าตัวตาย เขาจะอยู่ในนรกยะอันนัม เขาจะกระโดดอยู่ที่ภูเขาสูงนั้นตลอดกาล และผู้ใดตีเมียพิษฆ่าตัวตาย ยาพิษจะอยู่ในมือของเขา เขาจะตีมันอยู่ในนรกตลอดกาล และผู้ใดฆ่าตัวตายด้วยของมีคม ของมีคมนั้นจะอยู่ในมือของเขา เขาจะใช้มันแทงตัวเองอยู่ในนรกยะอันนัมตลอดกาล" (บุคอรี มุสลิม อนุตาวูด และติรมิซี อ้างตาม มาณี, 2544ข) ผู้ที่ฆ่าตัวตายเขาจะไม่ได้รับการพิจารณาการขึ้นสวรรค์ ดังท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ กล่าวว่า "มีชายคนหนึ่งในยุคก่อนพวกท่าน ที่ร่างเขามีบาดแผล และเขาหมดความอดทนในที่สุด เขาคว่ามิดและใช้มีดนั้น ตัดมือของเขา เลือดก็ไหลไม่หยุดจนเขาตาย อัลลอฮ์ตรัสว่า บ่าวของเรารีบมาหาเราด้วยตัวเองของเขา (กำหนดชีวิตตนเอง) เราจึงห้ามเขาเข้าสวรรค์" (บุคอรี อ้างตาม มาณี, 2544ข)

หลักศาสนาอิสลามห้ามการฆ่าตัวตายหรือมีความประสงค์ที่ต้องการตายก่อนเวลาอันควร ทั้งเป็นการกระทำด้วยตนเองหรือผู้อื่นเป็นผู้กระทำถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดต่อพระอัลลอฮ์และเป็นบาป เนื่องจากการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับความประสงค์ของพระอัลลอฮ์ และพระองค์เป็นผู้กำหนดเท่านั้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยมุสลิมโดยเฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตมุสลิมต้องยอมรับและอดทนกับสิ่งที่พระอัลลอฮ์ประทานมาให้ และปฏิบัติตัวตามแนวทางของศาสนาอิสลาม

3. แนวทางปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตตามทรรศนะอิสลาม

อิสลามได้ชี้แนะแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต โดยรวบรวมจากคัมภีร์อัลกุรอาน และการปฏิบัติของท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ มาเป็นทางในการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 แนวทางการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยและอยู่ระยะสุดท้ายของชีวิตตามทรรศนะอิสลาม

เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้เจ็บป่วยต้องยอมรับและรำลึกถึงพระอัลลอฮ์ ควรปฏิบัติตนของผู้ป่วย ดังนี้

3.1.1 มุสลิมต้องยอมรับการเจ็บป่วย ว่าเป็นสิ่งที่พระอัลลอฮ์กำหนดมาให้และต้องแสวงหาวิธีการรักษา การเจ็บป่วยเป็นสิทธิของพระอัลลอฮ์เพียงผู้เดียวเท่านั้นอิสลามได้สอนให้ทุกคนเชื่อว่า ทุกสิ่งทุกอย่างมาจากพระอัลลอฮ์เพียงผู้เดียวทั้งหมด ความเจ็บป่วยและการบำบัดความเจ็บป่วยทั้งหมดถูกกำหนดให้มีขึ้นโดยพระอัลลอฮ์ ดังที่พระองค์ทรงตรัสในอัลกุรอานไว้ว่า "พระองค์ทรงรู้ว่า ต่อไปอาจมีคนในหมู่ของพวกเจ้าจะมีผู้ป่วย" (อัลมุซมิมิล/73: 20) "เมื่อข้าป่วย (นบีอิบรอหีม) พระองค์อัลลอฮ์ทรงให้ข้าหายป่วย" (อิซซุอะรออ์/26: 80 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

3.1.2 ผู้ป่วยต้องอดทนต่อความเจ็บป่วย การเจ็บป่วยย่อมได้รับการลดบาปและได้กุศล เนื่องจากความอดทนเป็นส่วนหนึ่งของการศรัทธา ดังนั้นผู้ที่อดทนต่อการพิสูจน์ของพระอัลลอฮ์ ถือว่าเป็นลักษณะของการศรัทธาต่อพระอัลลอฮ์ ผู้ที่อดทนต่อการพิสูจน์ของพระอัลลอฮ์ ถือว่าเป็นลักษณะของการศรัทธาต่อพระอัลลอฮ์อย่างหนึ่ง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงเป็นการสมควรยิ่งที่ผู้อดทนจะต้องได้รับการปลดเปลื้องในบาปที่เป็นมลทินของคนและได้รับบุญกุศล ดังท่านนบีได้กล่าวไว้ว่า "ผู้ใดเจ็บป่วยหนึ่งคืนและเขาอดทนและยอมรับว่ามาจากอัลลอฮ์ แน่แน่นอนเขาจะได้รับออกมาจากมวลบาปของเขา ประดุจดังที่มารดาของเขาได้กำเนิดเขามา" (รายงานโดยอัลหะกิม และ อัตติรมีซี อ้างตาม เสาวนีย์, 2535) และให้อดทนต่อการเจ็บป่วยดังอัลกุรอานกล่าวว่า "บรรดาผู้ศรัทธาเอ๋ย จงอดทนและจงแข่งขันในความอดทน และจงมั่นคงและจงสำรวจตนต่ออัลลอฮ์ เพื่อสูเจ้าจะได้ประสบผลสำเร็จ" (อาลิอิมรอน/3: 200 อ้างตาม มัรวาน, ม.ป.ป.)

3.1.3 ผู้ป่วยต้องเอามือตนเองวางบนส่วนที่ตนเจ็บ แล้วให้ทำการละหมาด หรือขอพรจากอัลลอฮ์ ท่านนบีมุฮัมมัดคือลฯ เคยปฏิบัติเป็นตัวอย่างในเรื่องนี้ คือ เมื่อท่านป่วยท่านเอามือของท่านเองวางบนส่วนที่ท่านรู้สึกปวด หลังจากนั้นก็ได้ขอพรสามครั้ง คำขอพรดังกล่าวมีความว่า ในนามของพระผู้เป็นเจ้า (อัลลอฮ์) ฉันได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองและในอำนาจปกครองของพระองค์จากความร้ายแรงของโรคที่ฉันกำลังประสบ และที่ฉันกำลังเจ็บปวด (รายงานโดยมุสลิม อ้างตามนูรุดดีน, 2540)

ในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากการรักษาทางการแพทย์แล้ว การรำลึกถึงพระอัลลอฮ์ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบสุข ลดความทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรคที่เป็นอยู่หรือพ้นความทุกข์ทรมานจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระยะสุดท้ายของชีวิต อิสลามเน้นให้ผู้ป่วยรำลึกถึงพระอัลลอฮ์และใช้ความอดทนเป็นหลัก หลังจากนั้นขอพรให้พ้นความทุกข์ทรมาน ท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา ได้ปฏิบัติเป็นแบบอย่างมีรายงานว่า ท่านทั้งหลายจงสอนคนที่ใกล้จะตายของท่านด้วยคำว่า "ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์" (ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากพระอัลลอฮ์) ผู้ใดที่ปรากฏว่าคำพูดสุดท้ายของเขาคือคำว่า ลาอิลาฮะอิลลัลลอฮ์ เขาจะได้เข้าสวรรค์ (รายงานโดยอะบูดาูด, ตีรมิซี และชะกิม อ้างตามเสาวนีย์, 2535) เพื่อว่าคำนั้นเป็นถ้อยคำสุดท้ายที่อามาลาโลก นอกจากนี้ท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา ได้แนะนำให้มุสลิมอ่านบทพยานขึ้นในอัลกุรอาน (เสาวนีย์, 2535; Kemp, 1999) ซึ่งบทพยานคือบทหนึ่งของอัลกุรอานที่พระอัลลอฮ์ได้ประทานลงมาให้แก่ท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา ขณะที่ท่านพำนักอยู่ที่มักกะฮ์ บทพยานขึ้นเป็นบทที่ 36 ของอัลกุรอาน ประกอบด้วยโองการหรืออายะห์ทั้งหมด 83 โองการ

เมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยต้องยอมรับและอดทน และรำลึกถึงพระอัลลอฮ์เป็นหลัก ขอพรเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย รวมทั้งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคคลอันเป็นที่รักและได้รับการดูแลตามแนวทางอิสลาม

3.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตตามทฤษฎีศาสนาศาสนาอิสลาม

การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องดูแลอย่างใกล้ชิดติดตามแนวทางศาสนาอิสลาม โดยเฉพาะการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นหน้าที่ที่มุสลิมพึงกระทำ ดังคำกล่าวของท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา ไว้ว่า ท่านทั้งหลายจงเยี่ยมผู้ป่วยเถิด แล้วท่านทั้งหลายจงขอพรให้พวกเขา เพราะการขอพรให้แก่ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองตอบ และบาปของเขาจะได้รับการให้อภัย (อัตฎออบะรอณี อ้างตามเสาวนีย์, 2535) การเยี่ยมเยียนผู้ป่วยเป็นหน้าที่มุสลิมพึงกระทำ และได้รับประโยชน์ผลประโยชน์ที่ใหญ่หลวง (เบ, 2545) ตามแนวทางแห่งอิสลามการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

3.2.1 การขอพรจากพระอัลลอฮ์ พร้อมจับมือผู้ป่วยหรือสัมผัส ปลอดภัยให้ผู้ป่วยมีอายุที่ยืนยาวและลดความทุกข์จากความเจ็บป่วย การขอพรเป็นสิ่งที่ควรกระทำ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความทุกข์ทรมาน (Sheikh, 1998) ดังคำกล่าวของท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา และการปฏิบัติของท่าน คือเมื่อท่านไปเยี่ยมผู้ป่วย จงขอดุอาห์ (ขอพร) ให้เขามีอายุยืนยาว นั่นแหละจะทำให้เขายินดี (ตีรมิซี อ้างตาม เสาวนีย์, 2535) ท่านหญิงอาอิชะฮ์ (ภรรยาท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา) กล่าวว่า เมื่อมีคนเจ็บป่วย ท่านนบีมุฮัมมัดคือลชา จะไปเยี่ยม ท่านจับมือผู้ป่วยพร้อมขอพร ผู้ใดปลอดภัยและให้กำลังใจแก่คนเจ็บป่วย เขาผู้นั้นจะได้เก็บผลไม้แห่งสวรรค์ (บุคอรี อ้างตาม เสาวนีย์, 2535)

3.2.2 การส่งเสริมกำลังใจ ตักเตือนให้เขาระลึกถึงความอดทน ทำให้เขารู้สึกอบอุ่นและเชื่อมั่นว่าจะหายป่วย ดังคำกล่าวของท่านนบีมุฮัมมัดคือลข เมื่อใดที่ผู้เจ็บป่วยคนป่วย จงทำให้เขารู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ยืนยาวต่อไป และจงขอพรให้เขามีอายุที่ยืนยาวออกไป ผู้ที่ปลอบโยนผู้ป่วยเขาจะได้เก็บผลไม้ออกจากสวนสวรรค์ (บุคอรี อ้างตาม มาณี, 2544ข) นอกจากนี้การขอพรก่อให้เกิดความรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปและมีผลทางด้านจิตใจ การดูแลหรือการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นที่บ้านหรือโรงพยาบาลนั้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยของเขา โดยเฉพาะความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ นั่นคือลดความวิตกกังวล ความคิดถึง และความเศร้าโศก (เบ, 2545) นอกจากนี้หน้าที่ที่มุสลิมต้องกระทำ สิทธิมุสลิม 5 ประการ คือ การตอบรับสลาม (การทักทาย) การเยี่ยมผู้ป่วย การเดินตามศพ การตอบรับคำเชิญและการกล่าวตอบคำกล่าวจาม (บุคอรี และมุสลิม อ้างตามเสาวนีย์, 2535)

3.2.3 ต้องไม่ตั้งข้อรังเกียจเด็ดขันธ์ผู้ป่วยและไม่ควรแสดงท่าที่รังเกียจ ญาติต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ถ้าไม่ดูแลจะถือว่าเป็นการกระทำที่สังคมนรังเกียจ (เสาวนีย์, 2535)

ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดจากมุสลิมที่สามารถจะกล่าวถ้อยคำที่ดีให้เขา หมายถึง การพาดพิงในหลักศาสนาอิสลาม โดยยึดให้เหนือทุกสิ่งสามารถให้ความหวังชีวิตกลับสู่พระอัลลอฮ์ ผู้ซึ่งมีอำนาจและสิทธิอย่างแท้จริงในตัวมนุษย์ สามารถอ่านบทยาซีนในอัลกุรอานให้แก่ผู้ป่วยได้ และสามารถสอนให้ผู้ป่วยกล่าวคำปฏิญาณตนซึ่งเป็นคำกล่าวยอมรับในความหนึ่งเดียวของพระเจ้า เมื่อผู้ป่วยจบชีวิตลงก็ให้ผู้ดูแลและผู้อื่นทราบข่าวการตายกล่าวว่า "อินนาลิลลาฮิวะอินนาอิลัยฮิรอกญูน" ความหมายว่า แท้จริงเราเป็นของพระอัลลอฮ์ และแท้จริงเราเป็นผู้กลับไปหาพระองค์ (อัลบะกอเราะฮ์/2: 156 อ้างตามเสาวนีย์, 2535)

จากคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีคุณค่า ความเชื่อในเรื่องดังกล่าวแตกต่างกันไป นำไปสู่การตัดสินใจในลักษณะที่แตกต่างกันไป ผู้ป่วยบางรายต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแลที่เป็นมุสลิมเท่านั้น (Luna, 2002) บางรายต้องการการดูแลจากญาติพี่น้องอย่างใกล้ชิดและด้วยข้อจำกัดในเรื่องกฎระเบียบของโรงพยาบาล ในเรื่องกฎระเบียบการเยี่ยม ผู้ป่วยจึงตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตด้วยการขอไปรักษาต่อที่บ้าน รวมถึงคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับความตายของที่แตกต่างกันไปจากศาสนาอื่นๆ มีผลต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไทยมุสลิม

จากหลักคำสอน ความศรัทธา หลักปฏิบัติ ที่มีลักษณะที่แตกต่างไปจากศาสนาอื่นๆ ทำให้คุณค่า ความเชื่อ เกี่ยวกับการเกิด การเจ็บป่วย การตาย รวมถึงคุณค่าการมีชีวิต ว่าการมีชีวิตในโลก

ปัจจุบันเพื่อพระเจ้า ทุกสิ่งทุกอย่างขึ้นอยู่กับพระเจ้าองค์เดียว การมีความเชื่อเกี่ยวกับโลกหน้ามีผลให้วิถีการดำรงชีวิต การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต แนวทางการดูแลที่แตกต่างกัน มีผลเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต/ยุติการักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตที่ต่างกัน นอกจากนี้การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตต้องอาศัยปัจจัยในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในตนเอง เกิดความลำบากใจ อึดอัดที่ต้องตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้น ขึ้นอยู่กับคุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิต การเจ็บป่วย การตาย การมีชีวิตหลังความตาย นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ มาเกี่ยวข้องและทำให้ผู้ป่วยไทยมุสลิมมีการตัดสินใจที่แตกต่างกันออกไป ชาวมุสลิมมีคุณค่าและความเชื่อเกี่ยวกับการหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม สิ่งเหล่านี้ปลูกฝังมาตั้งแต่วัยเด็ก แม้กระทั่งการให้คุณค่าเกี่ยวกับชีวิต และการตาย (Luna, 2002; Rassool, 2000) คุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา วัฒนธรรมของแต่ละบุคคลมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Blatt, 1999) อายุ คุณภาพชีวิต และภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่ใช้ในการตัดสินใจระยะสุดท้ายของชีวิต (Pellegrino, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยมุสลิมเกี่ยวกับการยืดชีวิตต้องประกอบด้วย คุณค่า ความเชื่อ หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม รวมถึงวิธีการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากศาสนาอื่นๆ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ได้แก่ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค ภาวะต่อครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ ประสบการณ์ในอดีต บทบาทในครอบครัว การเลือกสถานที่เสียชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา มาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้ป่วยไทยมุสลิม ดังนี้

1. คุณค่า (value)

คุณค่า เป็นสิ่งที่นิยมยึดถือประจำใจที่ช่วยในการตัดสินใจ มนุษย์ต้องอาศัยคุณค่าประจำตัวเป็นตัวกำหนด ฉะนั้นเมื่อเกิดเป็นคนแล้วจะเลือกทำอะไรต้องอาศัยคุณค่าที่ตนยึดถือเป็นตัวกำหนด คุณค่า จึงหมายถึง คุณสมบัติที่ได้จากการประเมินแง่ใดแง่หนึ่งของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มนุษย์ต้องอาศัยคุณค่าประจำตัวเป็นเครื่องหมายกำหนด แม้แต่สิ่งที่เคยชินเป็นนิสัย เลือกทำอะไรต้องอาศัยคุณค่า ที่ตนยึดถือ (สิวลี, 2544) คุณค่าของแต่ละบุคคลจะแสดงออกทางการตัดสินใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จะไม่คงที่หรือตายตัว เกิดจากประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละคน ซึ่งได้รับอิทธิพลจากครอบครัว ศาสนา เพื่อน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และปัจจัยอื่นๆ

คุณค่าของแต่ละบุคคลจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามวัยและสถานการณ์ (Catalano, 2000; Ellis & Hartley, 1998; Sulmasy, 2001) ความเข้าใจในคุณค่าของตนเองสามารถช่วยเป็นแนวทางในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาความขัดแย้งได้ ประกอบด้วยคุณค่าส่วนบุคคล และคุณค่าทางวัฒนธรรม

1.1 คุณค่าส่วนบุคคล (personal value) เป็นพฤติกรรมที่มาจากความเชื่อ ทศนคติของบุคคลสามารถแสดงออกมาทางทัศนคติพฤติกรรมทางสังคม ซึ่งแต่ละคุณค่าจะแสดงถึงแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเลือกการกระทำ อาจกล่าวได้ว่า คุณค่าช่วยให้บุคคลสามารถเลือก ตัดสินใจว่าจะกระทำกับปัญหานั้นอย่างไร (มีญชญา, 2541) คุณค่าความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา วัฒนธรรม มีผลทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Astrow et al., 2001) บางคนให้คุณค่ากับการมีชีวิตอยู่ ก็จะตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต แต่ถ้าไม่ได้ให้คุณค่าเกี่ยวกับการมีชีวิตก็จะเลือกตัดสินใจยุติการรักษาที่ยืดชีวิตหรือปฏิเสธการรักษา รวมถึงการให้คุณค่าเกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีส่วนสำคัญต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น ผู้ป่วยบางรายที่ไม่ต้องการมีชีวิตด้วยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าชนิดถาวร (pacemaker) เนื่องจากไม่ต้องการมีชีวิตที่ผิดจากธรรมชาติ (Pellegrino, 2000) จากการศึกษาของ มาร์ติน, เอ็มมานูเอล และซิงเกอร์ (Martin, Emanuel, & Singer, 2000) ศึกษาเกี่ยวกับการให้คุณค่าของผู้ป่วยที่ในประเทศอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก บุคคลให้คุณค่าเกี่ยวกับการควบคุมชีวิตตน (autonomy) ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิเสรีภาพของบุคคล จึงมีการเตรียมตัวสำหรับความตาย โดยการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เช่น การทำพินัยกรรมชีวิต ระบุถึงวิธีการรักษาที่ตนเองต้องการและไม่ต้องการไว้ล่วงหน้า และในขณะที่ตนเองไม่สามารถตัดสินใจได้ อาจมอบหมายให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต

1.2 คุณค่าทางวัฒนธรรม (cultural value) เป็นคุณค่าในประเพณีของตนเองในท้องถิ่น ซึ่งบ่อยครั้งมักจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อเรื่องสุขภาพ การเจ็บป่วยและพฤติกรรมดูแล รวมถึงการตัดสินใจในการรักษา ส่วนมากศาสนาจะเข้ามาเกี่ยวข้องกับคุณค่าทางวัฒนธรรม เช่น มุสลิมมีคุณค่าในเรื่องความตายเป็นสิ่งที่ พระอัลลอฮ์กำหนด และเป็นภารกิจกลับไปหาพระองค์ เมื่อถึงระยะสุดท้ายของชีวิตมุสลิมก็จะยอมรับการเจ็บป่วย (เสาวนีย์, 2535)

2. ความเชื่อ (beliefs)

ความเชื่อมีพื้นฐานจากความศรัทธา ยอมรับจากความรู้สึกมากกว่าเหตุผลข้อเท็จจริงเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคลที่ฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ อาจมีเหตุผลหรือไม่มีก็ได้ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมให้บุคคลประพฤติปฏิบัติ (สิวลี, 2544)

ความเชื่อ (beliefs) หมายถึง ความเชื่อมาจากความศรัทธายอมรับจากความรู้สึกมากกว่า เหตุผลที่แท้จริง บางครั้งความเชื่อมีลักษณะเป็นความมั่นใจ การยอมรับแนวความคิดเรื่องใดเรื่องหนึ่งของแต่ละบุคคล ที่บางครั้งไม่สามารถอธิบายได้ด้วยข้อเท็จจริงเสมอไป (สิวลี, 2544) การปฏิบัติตนตามความเชื่อของตนเองเมื่อเจ็บป่วย ความเชื่อของบุคคลจะส่งผลถึงการกระทำเพื่อ บรรเทาอาการ การป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่สำคัญ ความเชื่อด้าน สุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในศาสนาจะมองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ และเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่เป็นที่น่ากลัว ทำให้บุคคลยอมรับความตายได้ตามความเชื่อทาง ศาสนาที่แตกต่างกันไป (นิตยา, 2541) ความเชื่อทางศาสนากับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยก ออกจากภาวะความเป็นมนุษย์ ความเชื่อดังกล่าวมีผลต่อความคิด การกระทำ วิธีชีวิตของมนุษย์ บุคคลที่จะนำความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนาจะไปเติมเต็มความต้องการทางด้าน จิตวิญญาณ โดยพบว่า บุคคลให้ความหมายในชีวิต ความเจ็บป่วย และความตาย สร้างความรู้สึก ปลอดภัยในปัจจุบันและอนาคต และแนวทางในการดำรงชีวิตประจำวัน (Craven & Hirmler, 2000) ความเชื่อทางศาสนากับชีวิตมนุษย์เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากภาวะความเป็นมนุษย์ ความเชื่อ ดังกล่าวมีผลต่อความคิด การกระทำ ความเป็นมนุษย์ของบุคคล จากการศึกษาของฮัทแมน และ คณะ (Ehman et al, 1999) เกี่ยวกับจิตวิญญาณหรือความเชื่อต่อการรักษา ในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่ เข้ารับการรักษาในแผนกทรวงอก 117 ราย พบว่า ร้อยละ 45 มีความเชื่อว่าศาสนามีอิทธิพลต่อ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ร้อยละ 33 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 22 ไม่แสดงความคิดเห็น และ พบว่าการสวดมนต์และการรำลึกถึงพระเจ้าจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย

3. ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอันดับหนึ่งของประเทศ เนื่องจากมี ผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ประคอง, 2540) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จำนวนที่ผู้ป่วยรอด จากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการบาดเจ็บต่างๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการ พัฒนาเทคโนโลยีด้านการรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น (Garrett, 1997; Phipps, 1999) ลักษณะการเจ็บป่วยซึ่งรักษาไม่หายขาด มีการกำเริบเป็นครั้งคราว และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง และหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายอย่างถาวร ก่อให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมโดยรวม และเป็นโรคที่ต้อง ได้รับการดูแลตลอดชีวิต

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ภาวะการเจ็บป่วยหรือภาวะที่เบี่ยงเบนไปจากปกติใดก็ตาม ซึ่งมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายลักษณะ คือ 1) เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างถาวร

2) มีความพิการหลงเหลืออยู่ 3) พยาธิสภาพไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม 4) ต้องการการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ 5) ต้องการการดูแลติดตามอาการและให้ความช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน (Commission on chronic illness, 1949 cited by Lubkin & Curtin, 1998; Phipps, 1999)

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือจิตใจ มีระยะเวลาดำเนินโรคนาน เป็นโรคที่ไม่หายขาด มีลักษณะไม่แน่นอน ทั้งระยะเวลาของการดำเนินโรค อาการและอาการแสดง แต่สามารถทำให้อาการทุเลาลงหรือเข้าสู่ระยะสงบได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (Lubkin & Curtin, 1998; Phipps, 1999) ดังนี้

3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย เป็นผลกระทบโดยตรงเนื่องจากโรคเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของโรค เช่น ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง จากอาการอ่อนเพลีย ไม่สามารถขยับแขนขาได้ ตัวอย่าง ผู้ป่วยอัมพาต ซึ่งจะเคลื่อนไหวแขนขาหรือลุกนั่งไม่ได้ การทำกิจกรรมต่างๆ ก็จะลดลงตามไปด้วย ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยโรคอดกั้นเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของโรคทำให้มีอาการหายใจลำบากเป็นผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงไปด้วย เป็นต้น ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้า

3.2 ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด เนื่องจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เสมอ ความปวด ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย เช่น ผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทุกวัน ทำให้เกิดความเครียดว่าต้องทำลักษณะนี้ทุกวัน เวลาเดินทางก็ไม่สะดวก จากการศึกษาของวิซุตา (2539) พบว่า ผู้ป่วยเรื้อรัง มีปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยร้อยละ 40 ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสภาพตนเอง กลัวจะเป็นคนไร้ความสามารถ มีความรู้สึกเป็นห่วงครอบครัวของตน กลัวการเป็นภาระต่อครอบครัว และพบว่าอาการเจ็บป่วยเกิดจากชะตาฟ้าลิขิตมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือในการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 83.8 ต้องการกำลังใจ ร้อยละ 65 ต้องการการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 62 และนับวันผู้ป่วยเรื้อรังจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

3.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยที่ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวจากสังคม และเกิดความพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม เนื่องจากมีปัจจัยที่ขัดขวางการติดต่อสื่อสาร ได้แก่ วิธีการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ง การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ความรู้สึกด้อยกว่าบุคคลอื่นๆ การกำเริบของโรค ความซึมเศร้า เป็นต้น เช่น ผู้ป่วย

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องย้ายที่ทำงานในที่ที่ไม่มีฝุ่น หรือใช้กำลังน้อยกว่า เพื่อลดการใช้พลังงาน และอาการเหนื่อย

3.4 ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นการเชื่อมโยงตัวตนภายในของบุคคล เป็นส่วนที่ลึกซึ่งที่สุดอาจเป็นความผูกพัน การยอมรับ ความเคารพรัก และบูชาต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ความเชื่อ หรือความศรัทธาต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา เป็นความเชื่อและการแสดงออกทั้งด้านศาสนา และไม่เกี่ยวกับศาสนา (วิรัช, 2542; Kemp, 1999) การเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อความสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ ความสมดุลในการเชื่อมโยงกันของผู้ป่วยกับพระเจ้า ธรรมชาติ หรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวอื่นๆ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนของความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ เปลี่ยนความเชื่อหรือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวหรือสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง บางรายมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นการลงโทษจากพระเจ้า (Phipps, 1997) จากการศึกษาของซวีญดา (2540) พบว่าความศรัทธาในหลักศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์มีจิตใจที่เข้มแข็ง ลดความรู้สึกกลัวต่อความตาย สามารถเผชิญกับความตายและมีการยอมรับมากขึ้น และจากการศึกษาของเรณู (2541) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของบทบาทผู้ใหญ่อุปถัมภ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นสิ่งที่รบกวนชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เป็นผู้มาเยือนที่ไม่ต้องการ เหมือนใกล้ขีดความตาย ชีวิตเหมือนไม่ใช่มนุษย์ แตกต่างจากคนปกติ ถูกตีตราบาป และเป็นภาระต่อผู้อื่น

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทางส่งผลกระทบของด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้พบว่า ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความปวดจากโรคที่เป็นอยู่ รวมถึงการไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยได้ คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Patrick, Randall, Engelberg, Neilsen, & McCown, 2003) จากการศึกษาของโรเซ็นเบลิต และ บล็อก (Rosenblatt & Block, 2001) พบว่า อาการและอาการแสดงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจยุติการรักษาในผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาการทางด้านร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย การไม่สามารถควบคุมความปวด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยุติการรักษา รวมทั้งอาการทางด้านจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล ความเศร้าโศก สอดคล้องกับการศึกษาของเมอริซี ลิตแมน มิตตี โบเทลเลอร์ และเรมซี (Mezey, Leitman, Mitty, Bottrell, & Ramsay, 2000) เกี่ยวกับการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาลจำนวน 1,016 ราย พบว่า พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 76.7 ไม่ต้องการการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต เนื่องจากไม่ต้องการมีชีวิตที่ทุกข์ทรมาน ในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เชื่อว่าเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นวิธีที่สามารถลดความทรมานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของวิลสัน และคณะ (Wilson et al, 2000) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจยุติการรักษา ร้อยละ 47

เนื่องจากไม่สามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ ร้อยละ 25 เนื่องจากคุณภาพชีวิตลดลง และพบว่า กลุ่มตัวอย่างเหล่านั้นต้องการที่ให้ทีมสุขภาพทำเมตตามรณะแก่ตนเอง และการศึกษาของฮัยส์ และคณะ (Heide et al., 2003) ศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตในยุโรป 6 ประเทศ พบว่า สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เหมือนกันทุกประเทศ เนื่องจากไม่สามารถบรรเทาความปวด มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย มีผลให้ผู้ป่วยมีการตัดสินใจยุติการรักษา รวมทั้งการตัดสินใจให้แพทย์ทำเมตตามรณะ จากความทุกข์ทรมานจากการรักษา โรคเรื้อรัง อุปกรณ์ที่ช่วยในการยึดชีวิต และการเปลี่ยนแปลงสภาพของร่างกาย คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีผลให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจที่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยด้านผลลัพธ์ของการรักษา/การพยากรณ์โรค

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา/พยากรณ์โรค มีส่วนสำคัญในการพิจารณาการยุติการรักษา ถ้าการพยากรณ์โรคในทางที่เลวลง มีผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ตัดสินใจยุติการรักษา (Kagawa-Singer & Blackhall, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของคีเนน และคณะ (Keenan et al., 1997) พบว่า การพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เป็นเหตุสำคัญที่ทำให้มีการยกเลิกการรักษาที่ช่วยยึดชีวิต และการศึกษาของฮอฟแมน และคณะ (Hofmann et al., 1997) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70 ตัดสินใจขึ้นอยู่กับรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของแอน-เม พาสแมน ออนเวอร์ทิกท์-ฟิลิเซน ริบบ์ และวอล (Anne-Mei, Pasman, Onwuteake-Philipsen, Ribbe, & Wal, 2002) ศึกษาในผู้ป่วย dementia ในกลุ่มตัวอย่าง 35 ราย สิ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจยุติการรักษาของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ การพยากรณ์โรค และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง นอกจากนี้การศึกษาของบลัชฮอลล์ เมอร์ฟี ฟแรงค์ และมิเชล (Blachall, Murphy, Frank, & Michel, 2001) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52 ของกลุ่มตัวอย่างในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อได้รับความจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์ของโรค ผลของการรักษาแล้ว มีผลให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยุติการรักษา และยอมรับถึงผลของการพยากรณ์โรค เห็นได้ว่า การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องสามารถลดความขัดแย้งในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต (Gould, Williams, & Arnold, 2000)

5. ปัจจัยด้านภาวะต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีระยะเวลาที่เหลือของชีวิตตามระดับของสติที่ต่างกัน บางรายต้องอยู่ในสภาพไม่รู้ตัวเหมือนก้างนอนหลับ มีชีวิตเหมือนอย่างผัก (persistent vegetative state) จะไม่รู้สติเป็นเวลานานก่อนเสียชีวิต บางรายมีอาการทุกข์ทรมานจากโรค

มีชีวิตที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ต้องเป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้ว บางรายมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ที่ต้องอาศัยการดูแลพยาบาลอย่างใกล้ชิด (Kinzbrunner, 2002b) ทำให้ผู้ป่วยบางรายตัดสินใจยุติการรักษาเนื่องจากกลัวต้องเป็นภาระต่อผู้อื่น จากการศึกษาของเมนเดลส์ และคณะ (Mendelsohn et al., 2002) ตัดสินใจยุติการรักษา เนื่องจากความปวด ความไม่สุขสบายและไม่ต้องการเป็นภาระต่อครอบครัวที่ต้องมาดูแลตลอดเวลา และการศึกษาของซิงเกอร์ และคณะ (Singer et al., 1999) เกี่ยวกับมุมมองของคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่าร้อยละ 29 (29.2-52.5) ไม่ต้องการมีชีวิตที่ต้องเป็นภาระผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของกรแก้ว (2542) เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สิทธิที่จะตายของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 74.67 มีเหตุผลที่ผู้สูงอายุตัดสินใจใช้สิทธิมากที่สุด เพราะไม่ต้องการให้เป็นภาระแก่ผู้ใกล้ชิด เช่นเดียวกับการศึกษาของแฮมส์ และรูเนียนี (Hammes & Rooney, 1998) เกี่ยวกับความตายและการวางแผนในระยะสุดท้ายของชีวิต ในภาคตะวันตกของสหรัฐอเมริกาแห่งหนึ่ง ศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่จำนวน 540 ราย พบว่า ผู้ป่วยมีการวางแผนล่วงหน้าในระยะสุดท้ายของชีวิต เหตุผลการตัดสินใจยุติการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ส่วนการศึกษาของชิฟฟ์ และคณะ (Schiff et al., 2000) เกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ร้อยละ 74 ต้องการทำพินัยกรรมชีวิต โดยร้อยละ 34 ได้ตัดสินใจยุติการรักษาที่ช่วยชีวิต โดยมีเหตุผลว่า ไม่ต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวและต้องเป็นภาระต่อครอบครัว

จากการศึกษาดังกล่าวเห็นได้ว่า ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่ ไม่ต้องการมีชีวิตที่เป็นภาระต่อครอบครัว จึงตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างกัน ตามคุณค่า และความเชื่อของตนเอง

6. ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องอาศัยอุปกรณ์เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย มาช่วยในการพยุงชีวิตให้ยืนยาวขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาก็จะแพงตามไปด้วย ลันด์ (2544) กล่าวว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะต้องการยาและอุปกรณ์ที่มีราคาแพง และต้องให้แพทย์ พยาบาลจำนวนมากในการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งมากกว่าบุคคลทั่วไป ญาติผู้ป่วยต้องเสียเงินจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เงินทองของผู้ป่วย ญาติ สังคม ที่ทุ่มเทลงไปนั้นจะกลายเป็นเก้าอี้ที่เชิงตะกอน และเป็นการเบียดเบียนผู้ป่วยอื่น เนื่องจากประเทศไทยยังมีงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่จำกัด และค่ากล่าวของเดลี

(Daly, 2000) ค่าใช้เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตค่อนข้างแพง นอกจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเทคโนโลยีการช่วยชีวิตต่างล้วน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการให้คำปรึกษาต่างๆ ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงมีผลให้ผู้ป่วยที่มีระดับเศรษฐกิจที่ไม่ดีจะตัดสินใจยุติการรักษา

ปัจจัยหนึ่งของผู้ป่วย และครอบครัว ต้องตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาล คือปัญหาความยากจนที่บีบคั้นให้เขาต้องเลือกทางเลือกที่จะยุติปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาให้เร็วที่สุดและสิ้นเปลืองน้อยที่สุด ทั้งๆ ที่ทางเลือกนี้เป็นทางเลือกที่ไม่มีใครต้องการ (อภิขนา, 2544) รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีพ และสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้ ผู้ป่วยที่มีรายได้ดีหรือมีภาวะเศรษฐกิจดี อาจมีผลในการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกการรักษาที่ดีที่สุด จากการศึกษาของสมพร (2541) พบว่า รายได้สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของคน การมีรายได้สูงจะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มีหลักประกันในชีวิต มีโอกาสแสวงหาผลประโยชน์ในการดูแลรักษาตนเองได้มากกว่า และจากการศึกษาของจาวรรรณ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับเศรษฐกิจสูงมีการยอมรับความตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจระดับปานกลางและต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับเศรษฐกิจปานกลางมีการยอมรับความตายไม่แตกต่างไปจากผู้สูงอายุที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำ ส่วนการศึกษาของเอมมานูเอล และคณะ (Emanuel et al., 2000) ศึกษาเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ และภาวะผู้ดูแลในผู้ป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยจำนวน 988 คน และญาติผู้ดูแลจำนวน 893 คน พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 34.75 ต้องการการดูแลและต้องการรักษาให้ดีที่สุด มากกว่าการคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจของผู้ดูแล ส่วนผู้ดูแลร้อยละ 44.9 มองภาวะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยแรกที่มีความสำคัญ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายค่าใช้จ่ายสูง และพบว่าร้อยละ 20 ผู้ดูแลต้องหยุดงานและสูญเสียรายได้ภายในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาของมิซีย์ และคณะ (Mezey et al., 2000) ศึกษาเกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วย ในจำนวน 1,016 ราย เหตุผลที่ต้องการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาไว้ล่วงหน้า พบว่าร้อยละ 47 เพราะไม่ต้องการสูญเสียเงินในสถานการณ์ที่หมดหวังต่อการรักษา และร้อยละ 43 ไม่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว

7. ปัจจัยด้านประสบการณ์ในอดีตในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต/การตายของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น

ผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ที่เคยพบเห็นการตายของผู้อื่น จะมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิต มากกว่าผู้ที่ไม่เคยพบเห็นการตายของผู้อื่น (Valente, 2001) ทำให้มีการยอมรับตายของตน เพราะตระหนักว่า

ความตายเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติที่ไม่มีใครหนีพ้น และมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับการตายของตนเอง ที่เคยได้รับเกี่ยวกับการยึดชีวิต ผู้ที่เคยเนื่องจากผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์มาก่อน สามารถคาดการณ์ผลที่อาจเกิดขึ้นได้ กล้าที่จะตัดสินใจยึดชีวิตถ้าผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ดี แต่ในทางกลับกัน ถ้าผู้ป่วยมีประสบการณ์ในทางลบเกี่ยวกับการยึดชีวิตผู้ป่วยอาจจะปฏิเสธการยึดชีวิต ผู้ที่มีประสบการณ์จะมีการยอมรับความตายว่าไม่มีใครสามารถหนีพ้นและมีการเตรียมตัวที่ยอมรับความตาย บุคคลที่มีความเข้าใจเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ความตาย และชีวิตหลังความตาย มีผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับความตาย สามารถวางแผนเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต (Daaleman & van der Creek, 2000)

จากการศึกษาของคาร์เมล และมิวทราน (Carmel & Mutran, 1997) พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในอดีตทั้งเรื่องอดีตและเรื่องไม่ดีเกี่ยวกับภาวะใกล้ตาย และการตายของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น จะมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายโดยการเลือกตัดสินใจวิธีการรักษาที่ช่วยยึดชีวิตน้อยกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์ นอกจากนี้การศึกษาของวิลสัน (Wilson, 2000) พบว่า ผู้สูงอายุชาวแคนาดาที่มีอายุระหว่าง 60-85 ปี ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยในระยะใกล้ตาย จำนวน 49 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับภาวะใกล้ตายของตนเอง เช่น ร้อยละ 57 เลือกการทำพินัยกรรมชีวิต ร้อยละ 94 เลือกที่จะได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต และต้องการเสียชีวิตที่บ้าน และร้อยละ 92 ไม่ต้องการที่จะรักษาพยาบาลที่ช่วยยึดชีวิต แต่จากการศึกษาของกรแก้ว (2542) พบว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะใกล้ตายโดยอ้อม เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มีผลทำให้มีสิทธิที่จะตายน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์

ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ได้รับของผู้ป่วยมีผลต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีก็จะมีมุมมองในเรื่องความตายดี ก็จะมีการยอมรับ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยได้รับประสบการณ์ที่ไม่ดี ก็จะมีมองความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัว

8. ปัจจัยด้านบทบาทในครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งที่เล็กที่สุด แต่เป็นหน่วยที่สำคัญที่สุด เป็นแหล่งให้การช่วยเหลือและสนับสนุนการกระทำของสมาชิกในครอบครัว (สุพิตรว, 2542) สำหรับครอบครัวมุสลิม บุคคลที่มีอำนาจตัดสินใจในครอบครัว เช่น บิดา มารดา สามี หรือบุคคลอื่นที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ยังมีบทบาทสำคัญในการร่วมตัดสินใจของผู้ป่วย ในวิถีชีวิตมุสลิม บุตรต้องอยู่ภายใต้การดูแลของบิดา มารดา ภรรยาต้องอยู่ภายใต้การดูแลของสามี สามีจึงต้องรับผิดชอบในการกระทำของภรรยา รวมทั้งมีบทบาท และมีอำนาจในการตัดสินใจ การกระทำทุกอย่างจึงต้องได้รับการอนุญาตจากหัวหน้าครอบครัว (ดิเรก, 2539; เสาวนีย์, 2535) ดังนั้นผู้ที่อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดใน

ครอบครัวควรได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษาและพยากรณ์โรค และมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษามากที่สุด โดยเฉพาะประเด็นที่มีผลดีและผลเสีย หรือประเด็นที่อาจมีการขัดแย้งในอนาคต เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อหรือสายยางต่างๆ ในร่างกาย หรือแม้แต่สถานที่ที่ให้ผู้เสียชีวิต ดังคำกล่าวในอัลกุรอานว่า "ผู้ชายเป็นผู้ปกครองเลี้ยงดูผู้หญิง โดยที่อัลลอฮ์ได้ทรงโปรดปรานให้บางคนในหมู่พวกเขาเหนือกว่าอีกบางคน และโดยที่พวกเขาใช้จ่ายสมบัติของพวกเขา (เลี้ยงดูนาง) ดังนั้นผู้หญิงทั้งหลาย คือ ผู้จงรักภักดีผู้รักษาความลับ (เช่น ชื่อเสียง ทรัพย์สินสมบัติ ความดีงามของสามีโดยไม่นอกใจ)" (4:34 อ้างตาม เสาวนีย์, 2535) บทบาทในครอบครัวที่บิดา มารดาต้องให้ความคุ้มครองบุตร เช่นเดียวกับอิสลามส่งเสริมให้ลูกต้องดูแลพ่อแม่ เมื่อท่านทั้งสองแก่ชรา อยู่ในภาวะที่ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างลำบากยิ่ง และถือว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลและเป็นการกระทำที่ได้รับการสรรเสริญ (อิบรอฮีม, 2545)

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต เป็นตัวกำหนดสถานะของครอบครัว และบทบาทในสังคม การมีคู่สมรส ทำให้รับรู้ถึงการได้รับการดูแล และรับรู้ว่าคุณเองยังต้องมีหน้าที่รับผิดชอบบุคคลอื่น (ซัดเจน, 2543) จากการศึกษาของวิลสัน (2543) ศึกษาสังคมกรณีทางการเมืองของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดสตูลพบว่า สถาบันครอบครัวหรือเครือญาติที่เน้นความสัมพันธ์แบบความสำคัญแก่ฝ่ายชายในหลายๆ ด้าน เช่น การเป็นผู้นำในชุมชน การมีอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว นอกจากนี้การศึกษาของจอร์จอร์น (2543) เกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวด้านบวก มีการยอมรับความตายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวด้านลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของคาร์เมล และมิวทราน (Carmel & Mutran, 1996) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะเลือกรักษาที่ช่วยยืดชีวิตในสถานการณ์ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสโสด แต่จากการศึกษาของ วิลสัน (Wilson, 2000) ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-85 ปี และมีสถานภาพสมรสโสดจะมีการวางแผนเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต และมีการวางแผนการตัดสินใจที่จะยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ซึ่งจะมีการวางแผนเกี่ยวกับระยะสุดท้ายของชีวิตน้อย

บทบาทความรับผิดชอบในครอบครัว รวมทั้งอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อการตัดสินใจ บทบาทในครอบครัวอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

9. ปัจจัยความเชื่อถือในทีมสุขภาพ

ทีมสุขภาพ ที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ การให้ความไว้วางใจ ความเชื่อถือไว้วางใจ คือ ความรู้สึกที่เกิดจากตระหนัก ต้องการความช่วยเหลือ และความรู้สึก ดังกล่าวว่ามีบุคคลหนึ่งที่เชื่ออาทร ให้ความอบอุ่น สามารถช่วยเหลือเป็นมิตร ความรู้สึกไว้วางใจ จึงเป็นสิ่งที่บุคคลกล้าเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง กล้าปรึกษาหารือ ในการปฏิบัติหน้าที่ของ พยาบาล ความรู้สึกเชื่อถือ และไว้วางใจ ผู้ป่วยต่อพยาบาล ทำให้เกิดความร่วมมือ บุคลากรทางการ แพทย์การพยาบาลได้รับการคาดหวัง และเป็นผู้ที่ได้รับความยกย่องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม มีเมตตาสูงกว่าบุคคลอื่น ภาพลักษณ์ของแพทย์พยาบาล ผู้ป่วยมองว่า เป็นบุคคลที่น่าเคารพ ยกย่อง เกรงใจ และสำนึกในบุญคุณ (สิวลี, 2544) และคอยช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยจึงมีความ เชื่อถือไว้วางใจต่อทีมสุขภาพ คนทั่วไปแล้วจะมองแพทย์ พยาบาล ว่าบุคคลที่มีความเมตตา เป็น คนที่ดูแลรักษาความป่วยไข้ให้หาย เป็นคนที่เมื่อพบแล้วจะทำให้กลับกลายเป็นคนที่ปกติที่ไม่ เจ็บป่วย ไม่ใช่เหมือนที่เคยเป็น ไม่มีใครคิดว่าเจอหมอแล้วจะตาย มีแต่คิดว่าเจอแล้วคงจะรอด (วานิช, 2544) ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นผู้ที่ได้รับการศึกษามาอย่างดี ได้รับความคาดหวังว่า เป็นผู้ที่มีความรู้ จากความคาดหวังมีบทบาทโดยตรงที่จะช่วยบำบัดรักษาให้ร่างกายให้ดีขึ้น จาก ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ

เมื่อมุสลิมประสบกับความเจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งก็ตามจำเป็นต้องรักษาโรคนั้นตาม กระบวนการทางการแพทย์ และปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำไว้ (มูรีด, 2542) ดังที่ท่านนบีมีอำนาจคือลข ได้กล่าวไว้ว่า "แท้จริงพระองค์อัลลอฮ์ทรงประทานโรคควบคู่กับยารักษาและพระองค์ทรงทำให้ ทุกๆ โรคมียารักษา" (ดาอูด อ้างตาม มูรีด, 2542) ดังนั้นมุสลิมต้องให้ความไว้วางใจต่อทีม สุขภาพว่า เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ จึงให้ความเชื่อถือในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ สุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่หมดหวัง ควรได้รับการเตือนให้เตรียมตัวทำหน้าที่ครั้งสุดท้ายเกี่ยวกับ เรื่องส่วนตัว และทรัพย์สิน บุคคลที่เหมาะสมที่สุด คือแพทย์ที่ให้การรักษาเนื่องจากผู้ป่วยเกิดความ มั่นใจ และตระหนักว่าเป็นหน้าที่และข้อผูกพันที่ตนเองจักต้องกระทำด้วยตนเอง ไม่มีใครสามารถ ทำแทนได้ (สิวลี, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารรณ (2544) ศึกษาการบอกความจริง ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลเชื่อมั่นในตัวแพทย์ ว่าสามารถ รักษาให้หายได้ ผู้ให้ข้อมูลให้ความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ ว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถที่จะทำให้ตนเองหายจากโรคร้ายได้ ซึ่งสังคมไทยผู้ป่วยให้ความศรัทธา และความ เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ มองว่าแพทย์เป็นแหล่งเกี่ยวพันทางสังคมที่สำคัญมาก นอกจากนี้ การศึกษาของสุธานี (2536) พบว่า การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยการเชื่อฟัง และปฏิบัติตามคำแนะนำ เนื่องจากความศรัทธาและเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ ปัจจัย

ด้านความเชื่อถือในทีมสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้าย

10. ปัจจัยการเลือกสถานที่เสียชีวิต

ในระยะสุดท้ายของชีวิตการเลือกสถานที่เสียชีวิต มีส่วนสำคัญที่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีความต้องการการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพครอบครัว บุคคลอันเป็นที่รัก ต้องการมีความรู้สึกไม่เดียวดาย มีพยาบาล และญาติที่ให้การประคับประคองชีวิตไม่รังเกียจเดียดฉันท์ (ฟาริดา, 2541) ต้องการความมีอิสระ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการได้รับการดูแล ต้องการโอกาสเลือกสถานที่สำหรับตนเองในระยะสุดท้ายของชีวิต (นิตยา, 2541) ผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการที่แตกต่างกัน บางรายต้องการเสียชีวิตที่บ้านท่ามกลางญาติพี่น้อง บุคคลอันเป็นที่รัก บางรายต้องการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างใกล้ชิด ไม่ต้องการให้ร่างกายได้รับความทุกข์ทรมาน ผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับความตายชีวิตหลังความตาย หรือเมื่อผู้ป่วยหมดหวังในการรักษาให้หาย เมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของโรคมีความประสงค์ที่จะกลับไปใช้ชีวิตที่เหลือที่บ้าน เนื่องจากความรู้สึกหมดหวังจึงต้องการไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย และได้อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก (นุจรินทร์, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พรรณ และสุลี (2533) เกี่ยวกับทรรศนะที่มีต่อความตายและการเลือกสถานที่ตายของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 1,077 ราย การเลือกสถานที่เสียชีวิตกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71 ต้องการตายท่ามกลางญาติพี่น้อง ซึ่งรักใคร่ใกล้ชิด ร้อยละ 57 ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขตามไปดูแลที่บ้าน และร้อยละ 33 ความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องการได้รับการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลตลอดไปจนเสียชีวิต และการศึกษาของเฟรียด ดอม โอเลียร์ ทินตต์ และดริตเมอร์ (Fried, Doorn, O'Leary, Tinetti, & Drickamer, 1999) เกี่ยวกับการเลือกสถานที่ดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชน และเพิ่งออกจากโรงพยาบาล หลังจากรับการรักษาด้วยโรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปอดบวม จำนวน 246 ราย พบว่า ร้อยละ 43 ต้องการเลือกที่บ้าน ร้อยละ 48 เลือกโรงพยาบาล และร้อยละ 9 ไม่ทราบว่าจะเลือกที่ไหน

นอกจากนี้การศึกษาของเฮย์ กลานอส ปาล์มเมอร์ เมคควอยด์ และฟลินท์ (Hays, Galanas, McGuoid, & Flint, 2001) ศึกษาเกี่ยวกับการเลือกสถานที่ที่จะตายของผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป จำนวน 219 ราย พบว่า โดยร้อยละ 70 ได้มีการเลือกสถานที่มากกว่า 1 แห่ง ร้อยละ 20 ยังไม่ได้ตัดสินใจเลือก ร้อยละ 10 ยังไม่ได้คิดเรื่องนี้ ร้อยละ 36 เลือกที่บ้าน ร้อยละ 18 เลือกสถานที่ดูแลสุขภาพของชุมชนที่มี

พยาบาลเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 5 เลือกโรงพยาบาล ร้อยละ 2 เลือกสถานที่อื่นๆ นอกจากนี้การศึกษาของเบิร์ต เบเวอร์ลี และจอห์นตัน (Burge, Lawson, & Johnston, 2003) เกี่ยวกับแนวโน้มในสถานที่เสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ปี 1992-1997 ในกลุ่มตัวอย่าง 13,936 รายพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73.7 เสียชีวิตที่โรงพยาบาล ร้อยละ 26.3 เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวนผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลสูงขึ้น ปี 1992 คิดเป็นร้อยละ 19.8 และในปี 1997 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.2 และจำนวนผู้ป่วยเลือกการรักษาแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของอาร์บลาสเตอร์ บรูคส์ ฮัทสัน และแพ็ตตี (Arblaster, Brooks, Hudson, & Petty, 1990) ศึกษาถึงความคาดหวังต่อการได้รับการพยาบาลของผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการ คือ การได้รับการดูแลที่บ้านให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ต้องการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าและสมศักดิ์ศรี การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา

11. ปัจจัยส่วนบุคคลที่ผลต่อการตัดสินใจ

การศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยในประเทศไทยยังมีน้อย การประเมินตัดสินใจของผู้ป่วยมุสลิมเกี่ยวกับการยืดชีวิต ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ค่านิยม หลักคำสอนของศาสนา อิสลามแล้วยังประกอบด้วยปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ดังนี้

11.1 ปัจจัยด้านเพศ

บทบาทของเพศชายและเพศหญิงมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจ ผู้หญิงกับผู้ชายจะมีบทบาทต่างกันในเรื่องการตัดสินใจ ผู้ชายมีบทบาทหารายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวเป็นหลัก และผู้หญิงมีบทบาทดูแลความเป็นอยู่ ความผาสุกของบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก เมื่อผู้หญิงที่มีบทบาทเป็นภรรยาและมารดา มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพของครอบครัว กังวลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของบุคคลในครอบครัว ส่วนผู้ชายที่มีบทบาทเป็นสามีและบิดา มักจะกังวลเกี่ยวกับงานรายได้ของครอบครัว (สุพัตรา, 2542) ผู้หญิงและผู้ชายจะมีทัศนคติต่อความตายและการเตรียมตัวในระยะสุดท้ายของชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของพัชรียา (2534) พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้มีสุขภาพดี และผู้ป่วยเรื้อรังที่มีเพศต่างกันมีแนวคิดด้านประสบการณ์ ความตาย ความคิดเกี่ยวกับความตายและความพร้อมในการเผชิญความตายแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของศิริวรรณ (2538) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายให้ความสำคัญเรื่องศาสนาต่อชีวิตประจำวันมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้การศึกษาของคาร์เมล และมิวทราน (Carmel & Mutran, 1997) ศึกษาในผู้สูงอายุชาวอิสราเอลที่มีอายุระหว่าง 70 ปี ถึง 101 ปี จำนวน 987 ราย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการเลือกการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตในสถานการณ์การเจ็บป่วยต่างๆ น้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงกลัวภาวะโกล้ตายมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิง

มีความเต็มใจที่จะมีชีวิตอยู่น้อยกว่าเพศชาย เพราะผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยของครอบครัว จึงมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ข้อจำกัดของการรักษาและภาวะแทรกซ้อนจากวิธีการรักษาที่ยืดชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตาย โดยต้องการที่จะยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต และจากการศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) ศึกษาทัศนคติที่มีต่อการทำเอกสารระบุวิธีการรักษาไว้ล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีอายุระหว่าง 24-85 ปี จำนวน 30 ราย พบว่าส่วนใหญ่ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี และสุขภาพไม่แข็งแรงได้มีการทำเอกสารระบุการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตไว้ล่วงหน้ามากกว่าเพศชาย

แต่การศึกษาของสไตน์คอปเซอร์ และคณะ (Steinhauser et al., 2000) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งศึกษาในผู้ป่วย ครอบครัว แพทย์และผู้ให้การดูแลอื่นๆ โดยศึกษาในผู้ป่วยในระยะสุดท้าย 340 ราย พบว่าปัจจัยด้านเพศของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างของการตัดสินใจในการยุติการรักษา เช่นเดียวกับการศึกษาของจาร์วอร์น (2543) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีการยอมรับความตายไม่แตกต่างกัน

11.2 ปัจจัยด้านอายุ

อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การเข้าใจในความหมายของชีวิต รวมถึงการตัดสินใจ (สมพร, 2541) ในลักษณะครอบครัวมุสลิมผู้สูงอายุจะมีอำนาจมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และการให้ความเคารพระดับผู้ที่มีระดับอาวุโส (Luna, 2002) จากการศึกษาของพัชรียา (2534) พบว่ากลุ่มตัวอย่างวัยสูงอายุที่มีสุขภาพดีจะมีแนวคิดเกี่ยวกับความตายสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นผ่านประสบการณ์ชีวิตมากขึ้นมีความสามารถในการใช้เหตุผลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย นอกจากนี้การศึกษาของดักลาส และบราวน์ (Douglas & Brown, 2002) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 24-85 ปี จำนวน 30 ราย พบว่า ผู้ที่มีอายุ 20-30 ปี ยังไม่ได้ทำเอกสารระบุวิธีการดูแลรักษาไว้ล่วงหน้าสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิต แต่ผู้ป่วยที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีการทำเอกสารระบุวิธีการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตร้อยละ 62 และการศึกษาของแฮมเมล และคณะ (Hamel et al, 1999) ได้ศึกษาเรื่องอายุของผู้ป่วย และการเลือกวิธีการรักษาที่ช่วยประคับประคองชีวิตในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรงที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 9,105 คน ที่มีอายุระหว่าง 47 ปี ถึง 84 ปี พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี เลือก

วิธีการรักษาที่ช่วยปรับระดับประคองชีวิต ได้แก่ การใส่เครื่องช่วยหายใจ การผ่าตัด และการฟอกเลือด น้อยกว่าผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 70 ปี

นอกจากนี้การศึกษาของวูด และมาร์ติน (Wood & Martin, 1995) ศึกษาการยุติการรักษาในผู้ป่วยชาวแคนาดาที่ได้รับการรักษาในตึกผู้ป่วยหนัก จำนวน 1,134 ราย พบว่าอายุของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยุติการรักษา ผู้ป่วยที่มีอายุ 68-71 ปี มีการตัดสินใจยุติการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า และจากการศึกษาของซิลเวรา และคณะ (Silverira et al., 2000) เกี่ยวกับความเข้าใจของผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 1,000 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุในช่วง 66-99 ปี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการตายได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 65 ปี และมีการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการวางแผนการตัดสินใจยุติการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย แต่การศึกษาของจาร์จอร์น (2543) เกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับความตายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีการยอมรับความตายไม่แตกต่างกับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

อายุของผู้ป่วยมีผลเกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุหรือมีอายุมากจะมีการตัดสินใจยุติการรักษามากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ดังนั้นอายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต

11.3 ปัจจัยระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจในการรักษา ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาจะเกี่ยวเนื่องกับระดับความรู้ ความเข้าใจสิ่งต่างๆ ของบุคคล การศึกษาจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการคิด การตัดสินใจ รวมถึงการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต จากการศึกษาของศิริวรรณ (2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมองความสำคัญของศาสนาต่อชีวิตประจำวันมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ผู้ที่ผ่านการศึกษามากย่อมมีความรู้มากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย และผู้ที่มีการศึกษามากจะสามารถใช้สถานการณ์หรือประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา มาเป็นแนวทางในการให้ความหมายในการดำรงชีวิตได้ดีกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย และจากการศึกษาของพัชรียา (2534) พบว่า ผู้ที่มีสุขภาพดีมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน โดยระดับประถมศึกษาจะมีคะแนนเฉลี่ยของความคิดเกี่ยวกับความตายสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษา นอกจากนี้การศึกษาของคาร์เมล และมิวทราน (Carmel & Mutran, 1997) ศึกษาในผู้ป่วยชาวอิสราเอล ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 978 ราย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำต้องการวิธีการรักษาที่ช่วยยืดชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความเข้าใจในปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวกับ

วิธีการรักษาพยาบาลที่ช่วยยืดชีวิตน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง รวมทั้งมีความไว้ใจในทีมสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง และการศึกษาของมีชัยย์ และคณะ (Mezey et al., 2000) เกี่ยวกับการแสดงเจตนาล่วงหน้าของผู้ป่วยในจำนวน 1,016 ราย พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาที่สูงมีการทำเอกสารระบุการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยร้อยละ 88 จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

การรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นเพียงการยืดชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวขึ้นเท่านั้น และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากการใช้เทคโนโลยีในการรักษาดังกล่าว ทำให้เกิดความขัดแย้งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต/ยุติการรักษาพยาบาลที่ยืดชีวิต ผู้ที่ตัดสินใจที่ดีที่สุด คือ ตัวผู้ป่วย การตัดสินใจของผู้ป่วยไทยมุสลิมต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น หลักคำสอนของศาสนาอิสลาม คุณค่า ความเชื่อ เกี่ยวกับการมีชีวิต ความตาย การเจ็บป่วยและการรักษา รวมถึงแนวทางการปฏิบัติตนในระยะสุดท้ายของชีวิตที่แตกต่างไปจากศาสนาอื่นๆ นอกจากนี้ประกอบด้วยปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการตัดสินใจ ฉะนั้นทีมสุขภาพต้องมีความเข้าใจถึงการตัดสินใจ เพื่อลดประเด็นความขัดแย้งในการตัดสินใจการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ รวมถึงเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อสามารถให้การพยาบาลที่ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและสนองความต้องการของผู้ป่วยมุสลิมอย่างแท้จริง