ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย

นภัส คำนวน

DPU

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
พ.ศ. 2558

Legal Problems regarding Physicians' Duties and Ethics upon Patients' Refusal of Treatment before Death

Napas Kamnuan

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2015

DPU

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย
ชื่อผู้เขียน นภัส คำนวน
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒนกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุ่น วิชชุไตรภพ
สาขาวิชา นิติศาสตร์
ปีการศึกษา 2557

บทคัดย่อ

สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต มีที่มาจากแนวคิดในเรื่องความเป็นอิสระของปัจเจกบุคคล และหลักเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยมีผู้เห็นว่ากระบวนการยืดชีวิตของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จำนวนมาก ทำให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ลดลง การตายในสภาพเช่นนี้เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ บุคคลจึงควรมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิและเสรีภาพในการแสดงเจตนาและตัดสินใจ ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติ แต่การใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลมิใช่ว่าจะสามารถทำได้ตามอำเภอใจ แต่ต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย ไม่กระทบกระเทือนต่อการใช้สิทธิและการทำหน้าที่ของผู้อื่น รวมทั้งไม่กระทบต่อจริยธรรมและไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาทางกฎหมายและผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่าการที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 รับรองให้บุคคลมีสิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติและเกิดปัญหาด้านจริยธรรมบางประการตามมา เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิตามที่กฎหมายรับรองย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ เพราะแพทย์มีหน้าที่ตามกฎหมายและทางวิชาชีพในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้หายจากการเจ็บป่วยและหลุดพ้นจากความตาย การที่แพทย์ตัดสินใจยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยนอกจากแพทย์ต้องคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยตามที่กฎหมายรับรองแล้ว แพทย์ยังต้องคำนึงถึงหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพด้วย การตัดสินใจของแพทย์ต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลด้านการแพทย์ว่าสมควรบำบัดรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร ภายใต้หลักการพื้นฐาน

เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยขณะเดียวกันก็ต้องปกป้องคุ้มครองการทำหน้าที่ของแพทย์ให้อยู่ในครรลองของกฎหมาย และเป็นไปตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพด้วย และสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่ง คือ บางครั้งการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ได้เกิดจากเจตนาที่แท้จริง แต่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขหรือภาวะบีบคั้นต่าง ๆ จากปัจจัยแวดล้อม จนทำให้ผู้ป่วยต้องเลือกจบชีวิตของตนเองเพื่อให้หลุดพ้นจากปมปัญหาที่เผชิญอยู่ แพทย์จึงต้องเข้าไปยับยั้งหรือแทรกแซงการใช้สิทธิของผู้ป่วย แต่บางครั้งแพทย์อาจต้องทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยโดยยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วย โดยแพทย์สามารถกระทำได้โดยไม่ขัดต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าการรักษาไม่สามารถบรรลุได้อย่างแน่แท้ และผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองตายที่ทางการแพทย์ถือว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว อย่างไรก็ตามการที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตหรือถอดเครื่องมือต่าง ๆ ออกจากร่างกายผู้ป่วย แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่น เพราะในทางกฎหมายการที่ผู้ป่วยยังคงหายใจอยู่แม้จะหายใจโดยอาศัยเครื่องช่วยหายใจ ก็ถือว่าผู้นั้นยังมีชีวิตอยู่ แม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะยกเว้นความรับผิดของแพทย์ที่ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยโดยสุจริตไว้ก็ตาม แต่ประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไปมิได้ยกเว้นความรับผิดไว้ ดังนั้นการกระทำใด ๆ ที่ประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติว่าเป็นความผิด ผู้กระทำก็ย่อมต้องรับโทษ ทำให้แพทย์บางคนไม่กล้าเสี่ยงที่จะยุติการรักษาผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรืออยู่ในภาวะสมองตายแล้วก็ตาม ดังนั้น แนวทางการแก้ไขจึงเสนอให้มีการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาโดยนำหลักการหรือข้อยกเว้นการไม่ต้องรับผิดมากำหนดไว้ในกฎหมายให้ชัดเจนว่าแพทย์ผู้กระทำได้รับความคุ้มครองจากการประกอบวิชาชีพโดยสุจริต เพื่อให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ขณะเดียวกันบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามกฎหมายก็ได้รับการปกป้องคุ้มครองด้วยเช่นกัน

Thesis Title	Legal Problems regarding Physicians' Duties and Ethics upon Patients' Refusal of Medical Treatment before Death
Author	Napas Kamnuan
Thesis Advisor	Professor Phaisith Phipatanakul, Ph.D.
Co - Thesis Advisor	Assistant Professor Poon Vichutripop, Ph.D.
Department	Law
Academic Year	2014

ABSTRACT

The right to refuse medical treatment before death is rooted from the idea of freedom of individuals and honor of life. Some view that the process of prolonging the life of a terminally ill person by employing excessive medical equipment degrades the value of human life. Death in such a circumstance is the end of living condition that suppresses the value of human-being. An individual should, therefore, have the right to refuse medical treatment during his or her final moment of living for the peaceful end. However, although a person is entitled to a natural right and freedom to express his or her intention and make a decision as he or she wishes, the exercise of such right and freedom should not be done arbitrarily. In reality, the right and freedom must be exercised within the scope of law which prevents the exercise of one's right and freedom from adversely affecting the exercise of rights and duties of others, morals and public order.

This paper focuses on the study and analysis of existing legal problems and the impact on medical profession when patients refuse medical treatment before death.

The result of this study shows that section 112 of the National Health Act, B.E. 2550 (2007) guaranteeing the right of a person to refuse medical treatment in the final moment of life in order to terminate suffering from illness causes problems in practice which subsequently lead to certain moral dilemma. When patient elects to exercise such legal right, the legal duty and ethical requirement under the scope of profession that a physician has to provide treatment and save life is directly impacted. In making a decision to terminate or withdraw life-saving activities, not only must a physician take into account the legal right and freedom of the patient, the

physician has to also take into account his duties and code of ethical conducts. The physician's decision-making whether to continue treatment or end it is based on the fundamental principal of patient's best interest. Such principal protects patient's right and frame physician's duties within the scope of law and the code of ethical conducts. Physicians must keep in mind that in certain cases, patient's decision-making to end his or her life might be influenced by certain condition, pressure, or surrounding circumstances, but not based on his or her real intention. In such cases, physicians are expected to intervene the patient's right to die. In other cases, physicians may follow the patient's wish by allowing termination or withdrawal of life-saving activities. The physicians may do so without a conflict against their duties and ethics in cases such as when the physician has diagnosed the patient's condition and is of opinion that the treatment is impossible and the patient is truly in his or her last stage of living, or when a patient is in a condition that his or her brain is not functioning and is deemed by the medical standard that he or she is dead. In any event, by terminating treatment or removing life-sustaining equipment from the body of the dying patient, the physician might be accused of killing. This is because when the patient is still breathing, even with a respiratory equipment intact, the law considers that the person is alive. Although the National Health Act, B.E. 2550 (2007) exempts liability for physicians who follow the patient's wish no fraudulent intention, criminal law which is the general criminal provisions does not exempt the same. A person whose act constitutes a criminal offence must face punishment under the Criminal Code. This is why physicians hesitate to take a risk in terminating treatment even if the patient is in his or her last moment of life or brain dead. The proposed solution to this problem is to amend the Criminal Code, by applying clear principle that exempts liability in order to protect physicians who carry on their profession without fraudulent intention to improve the implementation of the National Health Act, B.E. 2550 (2007). As a result, persons working in the field of medicine and public health who comply with the law are protected.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความเมตตาและช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่าน คือ ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒนกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปุ่น วิชชุไตรภพ ที่กรุณาสละเวลาของท่าน ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าและปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จ ผู้เขียนรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วีระ โลจายะ ที่กรุณารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ โชคเหมาะ อาจารย์ ดร. มาโนช นามเดช ที่กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ โดยให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เขียน

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณ คุณปราณี เอี่ยมน้อย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ น้องสาวของผู้เขียน รวมทั้งแพทย์และญาติผู้ป่วย ที่เสียสละเวลาให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นในแง่มุมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์และมีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีคุณค่ามากยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มิได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ รวมทั้งให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

นภัส คำนวน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย……	ฆ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ……	จ
กิตติกรรมประกาศ……	ช
บทที่	
1. บทนำ	
1.1 ความเป็นมาของปัญหา……	1
1.2 วัตถุประสงค์……	8
1.3 สมมุติฐาน……	9
1.4 ขอบเขตการศึกษา……	9
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา……	10
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ……	10
2. แนวคิด ทฤษฎี และวิวัฒนาการเรื่องหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต……	11
2.1 แนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์……	12
2.2 แนวความคิดทางกฎหมายเรื่องสิทธิของผู้ป่วย……	25
2.3 สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลและสิทธิการตายอย่างสงบ……	34
2.4 ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์……	48
2.5 หน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม……	53
3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทยและกฎหมายของต่างประเทศ……	71
3.1 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย ของชีวิตของประเทศไทย……	71
3.2 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย ของชีวิตของกฎหมายต่างประเทศ……	97

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	**หน้า**
4. ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต……	120
4.1 ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต…	121
4.2 ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย…	140
4.3 ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย……	155
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ……	168
5.1 บทสรุป……	168
5.2 ข้อเสนอแนะ……	174
บรรณานุกรม……	176
ภาคผนวก……	183
ก ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข……	184
ข แบบสอบถาม……	191
ประวัติผู้เขียน……	194

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาของปัญหา

"ความตาย" เป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์เราไม่อาจหลุดพ้นหรือหลีกหนีไปได้ แต่สิ่งที่มนุษย์ล้วนปรารถนา คือไม่ต้องการให้ตนเองเจ็บป่วยในช่วงที่มีชีวิตอยู่ และแพทย์คือผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้หายจากการเจ็บป่วยและหลุดพ้นจากความตาย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยบางรายอาจป่วยหนักจนเกินความสามารถที่จะเยียวยาหรือช่วยเหลือได้ หรือบางรายอาจเกิดเหตุสุดวิสัยในกระบวนการรักษาที่แพทย์เองก็ไม่อาจคาดการณ์ได้ล่วงหน้าจนทำให้เกิดการสูญเสียขึ้น การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างที่สุด เมื่อแพทย์ปฏิบัติหน้าที่จนประสบความสำเร็จ สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แพทย์ย่อมเกิดความภาคภูมิใจและสุขใจ ในทางกลับกันหากเกิดความล้มเหลวในกระบวนการรักษา ซึ่งบางกรณีทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตผู้ป่วย แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยดังกล่าวย่อมรู้สึกเสียใจ เมื่อต้องสูญเสียผู้ป่วยที่ตนเองพยายามดูแลรักษาจนสุดความสามารถ

กล่าวได้ว่าแพทย์เป็นบุคคลที่มีเกียรติในสังคมได้รับการยกย่องนับถือว่าเป็นผู้เสียสละ มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง วิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่สังคมคาดหวังในเรื่องจริยธรรม ด้วยเหตุผลที่ว่าบุคคลที่แพทย์เกี่ยวข้องด้วยนั้นล้วนเป็นผู้ที่ตกอยู่ในความทุกข์ การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ต้องอาศัยคุณค่าของการปฏิบัติงาน ทั้งทางด้านวิชาชีพแพทย์ควบคู่ไปกับคุณค่าทางจริยธรรม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมอบความไว้วางใจให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในกระบวนการรักษา โดยเชื่อมั่นว่าแพทย์จะรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยอย่างดีที่สุดภายใต้กรอบของจริยธรรมแห่งวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม แพทย์มิใช่บุคคลสำคัญแต่เพียงผู้เดียวในกระบวนการรักษาพยาบาล แต่แพทย์ต้องอาศัยทีมสุขภาพสาขาอื่น ๆ เครื่องมือและอุปกรณ์ด้านการแพทย์ รวมทั้งตัวผู้ป่วยด้วย ดังนั้น ตามหลักในการรักษาพยาบาล แพทย์จึงต้องอธิบาย ให้ข้อมูล บอกกล่าวถึงผลดีผลเสียของวิธีการรักษา ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ดีที่สุดตามความประสงค์ของตนเอง อันเป็นการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลที่มีอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอำนาจตัดสินใจ แต่แพทย์ไม่จำเป็นต้องทำตามคำร้องขอนั้นทุกประการ หากมีหลักฐาน

ทางวิทยาศาสตร์สรุปได้แน่ชัดว่าการรักษาเช่นนั้นไม่ได้ผล เช่น การปฏิบัติการช่วยชีวิต (Cardio Pulmonary Resuscitation: CPR) แก่ผู้ที่เสียชีวิตแล้ว การที่แพทย์ตัดสินใจว่าจะเริ่มช่วยชีวิตดีหรือไม่ หรือจะเลิกช่วยชีวิตดีหรือไม่ เป็นสิ่งที่แพทย์ต้องพิจารณาตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ รวมทั้งต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านการแพทย์ ว่าสมควรที่จะทำการรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วย โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (the patient's best interest) การจะเริ่มหรือไม่เริ่มการช่วยชีวิตก็ดี การจะยุติหรือไม่ยุติการรักษาที่กำลังทำอยู่ก็ดี ต่างมีความสำคัญเชิงจริยธรรมมาก และจริยธรรมวิชาชีพแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้วิชาชีพแพทย์สามารถดำรงอยู่ในศรัทธาของประชาชนได้

การประกอบวิชาชีพของแพทย์ นอกจากแพทย์ต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ อยู่ภายใต้กรอบจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลที่มีอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการรักษาตามที่กล่าวในข้างต้นแล้ว แพทย์ยังต้องเคารพในสิทธิผู้ป่วย ซึ่งหมายรวมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Medical Treatment)[1] ด้วย ที่ผ่านมาประเทศไทยให้ความสำคัญเรื่องสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น ได้ออกกฎหมายพิเศษรับรองให้บุคคลสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้บุคคลเลือกตัดสินใจด้วยตนเองที่จะตายอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ โดยไม่ต้องตกอยู่ภายใต้เครื่องมือด้านการแพทย์จำนวนมาก ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบันวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว มีบทบาทสำคัญที่ช่วยรักษาโรคภัยไข้เจ็บให้กับผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น รวมทั้งยืดระเวลาการตายของผู้ป่วยบางรายออกไปทั้ง ๆ ที่ไม่มีทางบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยรายนั้นกลับมาใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเดิมแล้วก็ตาม เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางสมองอย่างรุนแรง หรือไม่มีออกซิเจนไปเลี้ยงสมองส่งผลให้สมองถูกทำลายและปราศจากความรู้สึก ระบบต่าง ๆ ของร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ที่เรียกว่า เจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา หรืออยู่ใน "สภาวะผักถาวร"[2] (Persistent Vegetative State) ทำให้ผู้ป่วยบางรายต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้เครื่องมือทางด้านการแพทย์ช่วยชีวิตเป็นจำนวนมากหลายปีกว่าจะเสียชีวิตลง

---

[1] จาก *นิติเวชสาธกฉบับสิทธิผู้ป่วย* (น. 134), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

[2] สภาพผักถาวร หมายความว่า ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางวิชาการแพทย์ว่ามีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างยาวนานและถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีก็เพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

ผู้คนจำนวนหนึ่งเห็นว่าการใช้เครื่องมือทางการแพทย์กับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ เป็นการรักษาที่สูญเปล่า การยืดชีวิตผู้ป่วยเหล่านี้ออกไปโดยปราศจากความหวัง อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานมากกว่าปกติ โดยต้องทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและทางด้านจิตใจ ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่าชีวิตที่ต้องต่อกับเครื่องมือที่มีสายระโยงระยางติดตัวผู้ป่วยตลอดเวลาตลอดไป มีผู้เห็นว่าการมีชีวิตเช่นนี้จนตายจะทำให้ลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization) การตายในสภาพเช่นนี้ เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ กระบวนการยืดชีวิต (prolong life) ดังกล่าวจึงไม่ต่างอะไรกับ “การชักกะเย่อกับความตาย” (delay death)[3] บุคคลทั่วไปไม่ต้องการจะอยู่ในสภาพเช่นนั้น คนส่วนใหญ่ต้องการตายอย่างสงบไม่ทุกข์ทรมาน ต้องการกำลังใจและอยู่ใกล้ชิดกับญาติสนิทอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงมีการเรียกร้องให้บุคคลสามารถแสดงเจตจำนงหรือความประสงค์ของตนเผื่อเอาไว้สำหรับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคตว่าไม่ประสงค์ให้มีการยื้อชีวิตตนเองในเวลาที่เจ็บหนักใกล้ตาย เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เพื่อไม่ให้เป็นภาระแก่ลูกหลานต่อไป ซึ่งแพทย์อาจเข้ามามีบทบาทต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตตายอย่างสงบ โดยยุติการบำบัดรักษา งดเว้น หรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย สำหรับประเทศไทยในอดีตหากญาติและแพทย์มีความเห็นตรงกันแพทย์ก็จะยุติการรักษาพยาบาลเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือบางครั้งเมื่อญาติทราบว่าถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยก็จะขออนุญาตแพทย์เพื่อนำผู้ป่วยกลับบ้านให้ผู้ป่วยไปเสียชีวิตที่บ้าน เพราะบ้านเป็นสถานที่ให้ความมั่นคงด้านจิตใจ สิ่งที่แพทย์และญาติกระทำนั้นเป็นการตกลงร่วมกันโดยไม่มีกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ใด ๆ มาควบคุม

สิทธิการตายอย่างสงบโดยปฏิเสธการรักษา (right to refuse medical treatment) ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันมานานในสังคมไทย ทั้งในแวดวงทางด้านการแพทย์และแวดวงทางด้านกฎหมาย ความเห็นของผู้คนในสังคมแบ่งได้เป็นสองฝ่าย คือ ฝ่ายที่สนับสนุนให้มีการออกกฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายโดยสงบได้ แต่อีกฝ่ายหนึ่งกลับเห็นว่าการกระทำเช่นนั้นเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมทั้งในแง่กฎหมายการแพทย์และด้านศีลธรรม การปฏิเสธเครื่องเหนี่ยวรั้งความตาย โดยขอให้ปล่อยตนเองตายไปตามกฎเกณฑ์ของธรรมชาติอย่างสงบ เป็นสิ่งที่คนจำนวนหนึ่งในสังคมไทยตั้งคำถามว่าผู้ป่วยมีสิทธิจะใช้สิทธินี้ได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม สิทธิปฏิเสธการรักษา

---

[3] จาก *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 67), โดย สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพฯ: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นสิทธิที่หลายประเทศ รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศ ให้การยอมรับว่าเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง เช่น แพทยสมาคมโลก (World Medical Association-WMA) ได้ออกคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directives) (Living Will)[4] ว่าเป็นเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจ หรือให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์กับตนเอง แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization -WHO) ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิผู้ป่วยเช่นกันในปี ค.ศ.1994 องค์การอนามัยโลกได้ออก “ปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป” (A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe)[5] ระบุถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างชัดเจนว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น” สำหรับประเทศต่าง ๆ ที่ให้การยอมรับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สาธารณรัฐฝรั่งเศส เครือรัฐออสเตรเลีย ที่ให้การยอมรับคำแถลงหรือเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับ “สิทธิปฏิเสธการรักษา” เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตัดสินใจด้วยตนเองที่จะตายอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ โดยไม่ต้องการให้มีการยืดการตายออกไปอีก

สิทธิการตายอย่างสงบ เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจในสังคมไทยมากขึ้น เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ให้การรับรองและยืนยันสิทธิดังกล่าว โดยรัฐออกกฎหมายอนุญาตให้บุคคลสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เปรียบเสมือนเป็นการให้สิทธิบุคคลที่จะขอตายอย่างสงบ โดยกฎหมายบัญญัติว่าบุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า “Living Will” มาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ระบุว่าการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ต้องออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการ นอกจากนี้ยังบัญญัติให้ความคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข มิให้ต้องรับผิด

---

[4] จาก *สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550* (น. 142.), โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์. ดุลพาห (กันยายน-ธันวาคม 2552), กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

[5] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 101). เล่มเดิม.

ตามกฎหมาย ถ้าปฏิบัติตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยโดยสุจริตตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ต่อมาจึงได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2554 กฎหมายดังกล่าวเป็นแนวนโยบายและให้สิทธิผู้ป่วยในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเองเมื่อภาวะใกล้ตายมาถึง เพื่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษาและญาติสามารถดูแลผู้ป่วยใกล้ตายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีถือเป็นสิทธิทางธรรมชาติ หรือสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง เช่นเดียวกับสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (right to life) กล่าวคือเป็นการยอมรับให้มนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self– determination) หรืออาจเรียกว่า ความอิสรเสรีของมนุษย์ (human autonomy)[6]

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีกฎหมายพิเศษออกมารับรองสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ก็ตาม แต่พบว่ายังมีประเด็นปัญหาที่ต้องนำมาวิเคราะห์อีกหลายประการ เพราะกฎหมายดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข การที่กฎหมายอนุญาตให้แพทย์สามารถเข้ามามีบทบาทในการทำให้ผู้ป่วยตายได้โดยการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้ง (Withhold) หรือการเพิกถอน (Withdraw)[7] แม้ว่าแพทย์มิได้มีเจตนาที่จะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่การยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตย่อมทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในเวลาอันสั้น ซึ่งอาจทำให้ความน่าเชื่อถือของแพทย์ลดลง

แม้ว่ามนุษย์เราจะมีสิทธิตามธรรมชาติในการแสดงออก รวมทั้งมีสิทธิที่จะตายอย่างสงบโดยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งถือเป็นสิทธิในการกำหนดตนเองของผู้ป่วย (self-determination)[8] บางคนเห็นว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยแม้ว่าจะขัดแย้งกับความเห็นของแพทย์หรือเป็นการตัดสินใจที่ไร้เหตุผลและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะตายอย่างสงบอย่างมีศักดิ์ศรี สิทธิของผู้ป่วยก็ควรต้องได้รับการเคารพและมีค่าเหนือกว่าประโยชน์อื่นใดของสังคม เพราะการตายเช่นนี้ไม่ได้กระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น รัฐจึงไม่มีอำนาจใด ๆ ที่จะเข้ามาแทรกแซง อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาการใช้สิทธิของ

---

[6] จาก “สิทธิที่จะตาย (right to die),” โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2539, *ดุลพาห*, น. 93-94.

[7] จาก *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ* (น. 138) โดย นันทน อินทนนท์. บทบัณฑิตย์ (ธันวาคม 2544).

[8] *นิติเวชสาธกฉบับสิทธิผู้ป่วย* (น. 19). เล่มเดิม.

ผู้ป่วยย่อมปฏิเสธไม่ได้ว่าการใช้สิทธิของผู้ป่วยตามที่กฎหมายรับรอง มิใช่การใช้สิทธิของตนเองตามลำพังโดยไม่กระทบต่อการใช้สิทธิและหน้าที่ของผู้อื่น แต่การใช้สิทธิดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์มีหน้าที่ตามกฎหมายและมีหน้าที่ทางวิชาชีพในการช่วยชีวิตและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ดีตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ รวมทั้งต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านการแพทย์ว่าสมควรที่จะทำการรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์นั้นก็มุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ แพทย์หาได้มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยตายโดยสงบไม่ แต่เมื่อผู้ป่วยต้องการตายอย่างสงบโดยปฏิเสธการรักษาพยาบาล สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่ของแพทย์จึงขัดแย้งกัน ซึ่งทั้ง 2 สิ่งกฎหมายต่างให้การรับรอง ดังนั้น จึงต้องพิจารณาชั่งน้ำหนักว่าสิ่งใดสำคัญเหนือกว่าสิ่งใด

ประเทศไทยนั้นสถานะของสิทธิการตายไม่ได้ถูกรับรองเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 รับรองให้บุคคลสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ เปรียบเสมือนเป็นการให้สิทธิบุคคลแสดงเจตนาขอตายอย่างสงบ โดยยินยอมให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตตนเอง ซึ่งความยินยอมของผู้ป่วยจะมีผลบังคับได้ตามกฎหมายหรือไม่นั้น กฎหมายไทยไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติไว้โดยตรง อย่างไรก็ตามมีคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1503/2508 ได้วางหลักเรื่องความยินยอมไว้ความว่า “ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหาย ให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด ถ้าความผิดนั้นไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี และยินยอมอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดความยินยอมนั้นย่อมเป็นข้อยกเว้นมิให้การกระทำนั้นเป็นความผิดขึ้นได้” จึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาว่าการที่บุคคลใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยยินยอมให้แพทย์งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตนั้นมีผลทางกฎหมายหรือไม่ อย่างไร

นอกจากนี้ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ที่ออกมาบังคับใช้ พบว่ายังมีประเด็นที่เป็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่บางประการ ได้แก่ ปัญหาความไม่ชัดเจนของคำจำกัดความ ปัญหาการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันการแสดงเจตนาได้ จากปัญหาที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ จึงนำมาศึกษาโดยละเอียดในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ โดยแยกพิจารณาตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัญหาความขัดกัน ระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 แม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิและเสรีภาพ

ในการแสดงเจตนาและตัดสินใจ ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติและรัฐธรรมนูญให้การรับรองคุ้มครองเรื่องสิทธิและเสรีภาพของบุคคล รวมทั้งสิทธิในการแสดงเจตนาไว้ก็ตาม แต่การใช้สิทธิของผู้ป่วยในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเพื่อขอตายอย่างสงบนั้น ย่อมขัดแย้งและกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เพราะแพทย์มีหน้าที่ตามกฎหมายและมีหน้าที่ทางวิชาชีพในการช่วยชีวิตและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ดี รวมทั้งต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลทางการแพทย์ว่าสมควรที่จะทำการบำบัดรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ ภายใต้หลักการพื้นฐานเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ดังนั้น เมื่อสิทธิของผู้ป่วยขัดแย้งกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ จึงต้องพิจารณาชั่งน้ำหนักว่าสิ่งใดสำคัญเหนือสิ่งใด และแพทย์จะยุติการรักษาผู้ป่วยด้วยเหตุผลใด

2. ปัญหาเรื่องการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่กฎหมายรับรอง จึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตตนเอง เพื่อขอตายอย่างสงบ ซึ่งหลักเรื่องความยินยอมตามกฎหมายของประเทศไทยไม่มีบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษรโดยตรง มีเพียงแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1503/2508 ซึ่งวางหลักเรื่องความยินยอมเป็นบรรทัดฐานไว้ว่า “ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหาย ให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด ถ้าความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี และยินยอมอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดแล้ว ความยินยอมนั้นย่อมเป็นข้อยกเว้นมิให้การกระทำนั้นเป็นความผิดขึ้นได้” นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 28 วางหลักไว้ว่าบุคคลสามารถอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน เห็นได้ว่าทั้งแนวคำวินิจฉัยของศาลฎีกาและตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ การใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลจะต้องไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน ดังนั้น สิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาคือเมื่อผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบนั้น ความยินยอมดังกล่าวมีผลทางกฎหมายหรือไม่ อย่างไร เพราะสิทธิการตายของบุคคลเป็นเรื่องสำคัญยิ่งเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคล ซึ่งเป็นสิทธิลำดับแรกของการเป็นมนุษย์ แม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิและเสรีภาพ แต่การใช้สิทธิตามหลักเสรีนิยมก็ต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมและศีลธรรมด้วย บุคคลไม่อาจมีเสรีภาพโดยไร้ขอบเขต

3. ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้า

ของผู้ป่วย กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ได้วางกรอบการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างกว้าง ๆ โดยไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนแน่นอนลงไปว่าภาวะเช่นใดจึงจะถือว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมอบอำนาจการตัดสินใจให้แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยเป็นผู้วินิจฉัยตามหลักวิชาว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของแพทย์แต่ละคนอาจมีความแตกต่างไม่แน่นอนเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งหากแพทย์วินิจฉัยผิดพลาด อาจทำให้เกิดกรณีที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในขณะที่ยังไม่สมควรได้ นอกจากนี้ ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยเรื่องการทรมานจากความเจ็บป่วยว่าอย่างไรเป็นการทรมานจากการเจ็บป่วยจนถึงขนาดที่แพทย์สามารถยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ สิ่งสำคัญที่แพทย์ต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่ง คือ การวินิจฉัยว่าเมื่อใดเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง และการประเมินภาวะความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เมื่อกฎกระทรวงที่ออกมาบังคับใช้ไม่มีความชัดเจนเพียงพอและก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ดังนั้น จะมีวิธีการหรือหลักเกณฑ์อย่างไรที่จะใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้กฎหมายที่ออกมาบังคับใช้

นอกจากนี้ กรณีที่ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา แต่ไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันเจตนาของตนเองต่อแพทย์ได้ แพทย์จะปฏิบัติอย่างไร ยังคงต้องถือตามเจตนาของผู้ป่วยที่ทำไว้ก่อนหรือไม่ และญาติสนิทของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นใดจะแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้หรือไม่ เพียงใด

จากประเด็นปัญหาดังกล่าวในข้างต้น ผู้เขียนเห็นว่าจำเป็นต้องศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาให้เกิดความชัดเจน และนำผลที่ได้จากการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาปรับปรุงข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยให้เป็นไปตามเจตนารมณ์แห่งบทบัญญัติของกฎหมาย โดยไม่ขัดต่อหลักคุณธรรมจริยธรรมและส่งผลกระทบหรือขัดแย้งต่อการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์

1.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการ และกฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย
2. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

3. เพื่อศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางที่เหมาะสมที่จะนำมาพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีความเหมาะสม สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 สมมติฐานของการศึกษา

เนื่องจากประเทศไทยได้ออกกฎหมายรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ กฎหมายดังกล่าวมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยให้สามารถเลือกตัดสินใจโดยอิสระด้วยตนเอง เพื่อขอตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการบังคับใช้กฎหมายและการใช้สิทธิของผู้ป่วย ย่อมส่งผลกระทบกระเทือนต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เนื่องจากแพทย์มีหน้าที่ตามกฎหมายและมีหน้าที่ทางวิชาชีพในการช่วยชีวิตและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ดีตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ภายใต้กรอบจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสิทธิของผู้ป่วยกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัญหาข้อกฎหมายให้เกิดความชัดเจนและปรับปรุงให้เหมาะสม เพื่อรักษาสมดุลระหว่างสิทธิของผู้ป่วยให้เป็นตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ขณะเดียวกันก็ต้องคุ้มครองและปกป้องจริยธรรมของแพทย์ มิให้เกิดความเสียหายทั้งทางแพ่งและทางอาญาอีกด้วย

1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาฉบับนี้มีขอบเขตการศึกษาเฉพาะปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมุ่งศึกษาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย และจะได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการเรื่องหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ กฎเกณฑ์ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษา ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบต่อแพทย์เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย และศึกษามาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศ โดยจะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ เพื่อหาข้อสรุปว่ามีข้อแตกต่าง ข้อดี ข้อเสียอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ที่จะนำมาปรับปรุงแก้ไขกฎหมายของไทย

1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา

วิธีการจะทำการศึกษาในลักษณะของการศึกษาวิจัยเอกสาร (Documentary Research) จากตำรา บทความ วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ เอกสารที่เกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย สืบค้นทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ปรากฏอยู่บนเครือข่ายอินเตอร์เน็ต อีกทั้งได้ทำการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interviews) แพทย์ ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวร และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้บางรายในจังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งศึกษาแนวคำพิพากษาของศาลไทยและต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ และนำมาแก้ไขปัญหาทางกฎหมายต่อไป

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการ และกฎเกณฑ์เกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย

2. ทำให้ทราบถึงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

3. ทำให้ทราบปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย

4. เสนอแนะแนวทางที่เหมาะสม เพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีความเหมาะสมและสามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวิวัฒนาการ เรื่องหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ธรรมชาติของชีวิตมนุษย์เกือบทุกคน ย่อมไม่อาจปฏิเสธได้ว่าล้วนต้องเคยเจ็บป่วยมาแล้วทั้งสิ้น และผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลให้หายจากอาการเจ็บป่วยและช่วยเหนี่ยวรั้งไม่ให้มนุษย์ถึงแก่ความตาย คือ ทีมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายคน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ผู้ที่อาจถือได้ว่าเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็คือแพทย์ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมอบความไว้วางใจให้แพทย์ทำการรักษาอย่างปราศจากข้อกังขาใด ๆ เพราะเชื่อมั่นว่าแพทย์เป็นบุคคลที่มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง ย่อมทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาอย่างดีที่สุดตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ การประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง ดังนั้น หากแพทย์ประกอบวิชาชีพผิดจากมาตรฐานหรือหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบจนเกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการหรือประชาชนก็จะเกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดี ทำให้ประชาชนเสื่อมศรัทธาต่อวิชาชีพแพทย์ ดังนั้น การทำหน้าที่ของแพทย์จึงต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น แพทย์มักให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะด้านและมุ่งรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถึงที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานตราบเท่าที่จะสามารถทำได้ ในขณะที่ญาติผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็พยายามที่จะขอให้แพทย์รักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เต็มที่ โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ต่าง ๆ เช่นกันโดยหวังว่าบุคคลที่รักจะหายจากการเจ็บป่วย จึงทุ่มเทและทำทุกอย่างเพื่อเหนี่ยวรั้งชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ แต่ผู้ป่วยและญาติกลุ่มหนึ่งกลับมีแนวคิดตรงข้าม โดยต้องการให้แพทย์ยุติการรักษา ยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่เจ็บหนักหรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยเหตุผลที่อาจแตกต่างกันออกไป ต่อมาประเทศต่าง ๆ หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยจึงบัญญัติกฎหมายรับรองให้บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจึงจะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ สิทธิมนุษยชนว่ามีแนวคิด ทฤษฎี และวิวัฒนาการ เป็นอย่างไร

2.1 แนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.1.1 กฎหมายธรรมชาติ

ความคิดเกี่ยวกับกฎหมายธรรมชาติ มีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับธรรมชาติของมนุษย์ (Human Nature) โดยตั้งแต่สมัยกรีกจนถึงปัจจุบัน มีทฤษฎีอยู่ 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติในแง่อุดมคติ (Das ideele Naturrecht) ทฤษฎีนี้เห็นว่ามนุษย์มีเหตุผล (Rational Nature of Man) เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถรู้จักผิดชอบ ชั่วดี และเชื่อว่ามนุษย์สามารถทำความเข้าใจหรือค้นหาหลักเกณฑ์ที่เรียกว่ากฎหมายธรรมชาติได้ ทฤษฎีนี้ยอมรับว่าโลกเป็นโลกของเหตุผล มีหลักเกณฑ์ของตัวเอง ไม่เพียงสภาวการณ์ของธรรมชาติเท่านั้น แต่ในสังคมมนุษย์เองก็มีหลักเกณฑ์อยู่เช่นกัน มนุษย์มีสติปัญญาที่จะเข้าใจหลักเกณฑ์เหล่านั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าสังคมหรือรัฐของมนุษย์นั้นเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ รัฐจึงเป็นสิ่งที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ด้วยเหตุผล กฎหมายซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ของสังคมเป็นระบบของเหตุผลที่สามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยเหตุผล เพราะมนุษย์มีเหตุผล จึงอาจกล่าวได้ว่าโดยแก่นแท้แล้วมนุษย์เป็นคนดีมีเหตุผลจึงสามารถเข้าถึงกฎแห่งเหตุผลตามธรรมชาติหรือกฎหมายธรรมชาติได้[1]

ส่วนอีกทฤษฎีหนึ่ง เป็นทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติในแง่ปรากฏการณ์ (Das existentielle Naturrecht) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าจักรวาลมีกฎเกณฑ์เช่นกัน แต่เป็นกฎเกณฑ์ในลักษณะเดียวกับกฎเกณฑ์ทางกายภาพซึ่งเป็นเรื่องของพละกำลัง ส่วนมนุษย์นั้นอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของธรรมชาติที่ไม่มีเหตุผล ไม่เชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล แต่ดำเนินชีวิตหรือประพฤติตามความอยากความต้องการ ระบบของสังคมเป็นระบบของอำนาจ เราไม่สามารถที่จะชี้ว่าอะไรถูก อะไรผิด ถ้าหากไม่คำนึงถึงเรื่องของอำนาจและผลประโยชน์ เมื่อมนุษย์มีความขัดแย้งกันก็ตัดสินกันด้วยกำลังอำนาจ ฝ่ายใดเป็นฝ่ายชนะกฎเกณฑ์ที่ฝ่ายนั้นตั้งขึ้นมาก็ย่อมเป็นกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง ทฤษฎีนี้เชื่อในกฎเกณฑ์ธรรมชาติเช่นกัน แต่ธรรมชาติตามความหมายของทฤษฎีนี้ หมายถึง เป็นอยู่อย่างไรก็เป็นอยู่อย่างนั้น ไม่มีส่วนที่เรียกว่าอุดมคติหรือความดีงามที่เป็นนามธรรม ทฤษฎีนี้เชื่อว่ารัฐหรือสังคมมนุษย์เกิดขึ้นจากพละกำลัง รัฐจึงเน้นปรากฏการณ์ของอำนาจเท่านั้น คือ ฝ่ายปกครองบังคับผู้อยู่ใต้ปกครองด้วยอำนาจ ความสัมพันธ์ในสังคมจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจ กฎหมายที่ออกมาเป็นเพียงเครื่องมือที่จะรักษาอำนาจหรือรักษาผลประโยชน์ของฝ่ายที่มีพละกำลังมาก ทฤษฎีนี้เชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์ไม่มีเหตุผล (Irrational Nature of Man) และปฏิเสธกฎหมายสูงกว่ามีแต่กฎหมายที่มีอยู่ในบ้านเมืองเท่านั้นที่เป็นกฎหมายที่แท้จริง ความคิดแบบนี้จึงจัดอยู่ในสำนัก

---

[1] จาก *นิติปรัชญา* (น. 75), โดย สมยศ เชื้อไทย, 2548, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

กฎหมายบ้านเมือง[2]

การใช้เหตุผลที่ถือกันว่าเป็นเหตุผลตามธรรมชาติของมนุษย์ได้ค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเป็นแนวความคิดทางกฎหมายที่ชัดเจน เกี่ยวกับสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ในแง่ที่ถือว่ามนุษย์ย่อมมีสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคตามธรรมชาติ มีการนำเอาความคิดตามหลักเหตุผลมาวิพากษ์วิจารณ์ความคิดและสถาบันทางการเมืองในระบบเดิมและมีลักษณะเรียกร้องให้เลิกล้มระบบเก่าและสร้างระบบใหม่ขึ้นบนรากฐานแห่งเหตุผลตามธรรมชาติ ในเวลาต่อมาก็ได้ปรากฏให้เห็นในการปฏิวัติของชาวอเมริกันและการปฏิวัติใหญ่ในฝรั่งเศส ความคิดของสำนักกฎหมายธรรมชาติ ทำให้เกิดระบบการปกครองตามระบบรัฐธรรมนูญเสรีนิยมและการจัดกฎหมายที่ตั้งอยู่บนรากฐานของหลักเหตุผลตามธรรมชาติของมนุษย์ โดยยืนยันหลักแห่งเสรีภาพ เสมอภาค ภราดรภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์[3]

2.1.1.1 แนวความคิดพื้นฐานของปรัชญากฎหมายธรรมชาติ

1) แนวความคิดของ John Locke

John Locke นักปราชญ์คนสำคัญในสำนักกฎหมายธรรมชาติ มีแนวความคิดว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกันภายใต้สภาวะธรรมชาติ เรียกว่า “สิทธิตามธรรมชาติ” เมื่อมีการละเมิดกฎหมายธรรมชาติ (Nation Law) ย่อมไม่มีสภาพบังคับ มนุษย์แต่ละคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมหนึ่ง แต่ละคนมีเสรีภาพที่จะกำหนดวิถีของตนและใช้สอยทรัพย์สินของตนตามที่ตนเห็นสมควรภายในกรอบของกฎหมายธรรมชาติ ทุกคนมีอิสระและเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่ละคนย่อมมีอำนาจที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติและลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายได้ด้วยตนเองจึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสม เพราะมนุษย์มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันแต่ก็เฉพาะในสิทธิที่ตนมีอยู่เท่านั้น ไม่ได้มีความสามารถด้านอื่น ๆ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจกฎหมายธรรมชาติที่อาจไม่เท่าเทียมกัน การลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติเท่ากับว่าแต่ละคนมีอำนาจพิพากษาคดีได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ตัดสินลงโทษผู้กระทำผิด เพื่อเป็นการแก้แค้นที่รุนแรงเกินไปและมนุษย์แต่ละคนอาจไม่มีพละกำลังเพียงพอที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามคำตัดสินชี้ขาดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นเหตุให้มนุษย์ตกลงเข้าทำสัญญาประชาคม (Social Contract) จัดตั้งสังคมการเมืองและรัฐบาลขึ้น โดยต่างยอมสละอำนาจของตนในอันที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติให้แก่รัฐบาล

---

[2] แหล่งเดิม.

[3] จาก *นิติปรัชญา* (น. 219-222), โดย ปรีดี เกษมทรัพย์, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ตามแนวคิดของ John Locke เป็นการชี้ให้เห็นว่าสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชนตามสภาวะธรรมชาติ มนุษย์แต่ละคนมีสิทธิและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน การตกลงกันเข้าทำสัญญาประชาคมเพื่อไม่ให้เกิดการฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติ ตามสภาวะธรรมชาติ ผู้ปกครองย่อมต้องผูกพันตามกฎหมายธรรมชาติ มีหน้าที่ต้องยอมรับนับถือให้การสนับสนุนตามกฎหมายธรรมชาติในการนำไปปฏิบัติเพื่อให้ปัจเจกชนมีสิทธิและเสรีภาพ มีความเท่าเทียม ความเสมอภาคตามแนวคิดของกฎหมายธรรมชาติ หากผู้ใช้อำนาจปกครองฝ่าฝืนต่อหลักกฎหมายธรรมชาติย่อมเป็นการปกครองแบบทรราชย์ ประชาชนมีสิทธิต่อต้านตามหลักความคิดของกฎหมายธรรมชาติ ดังนั้น กฎหมายนั้นต้องเป็นหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของบุคคลเป็นสำคัญและการใช้อำนาจของผู้ปกครองต้องอยู่ภายใต้กฎหมายนั้น[4]

2.1.1.2 สิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ

แนวความคิดของกฎหมายธรรมชาติ นั้นเชื่อว่าสิทธิทั้งหลายเกิดขึ้นตามธรรมชาติพร้อมกับมนุษย์ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ มีระเบียบอยู่โดยธรรมชาติไม่ขึ้นอยู่กับอำเภอใจของบุคคล มนุษย์เพียงแต่ใช้สติปัญญาไปค้นพบเท่านั้น การยอมรับหรือการรับรองสิทธิเป็นสิ่งที่มีอยู่แล้ว รัฐเพียงแต่คุ้มครองให้ รัฐไม่ได้เป็นผู้ก่อตั้งหรือประกาศสิทธิให้แก่มนุษย์แต่อย่างใด เช่น สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกาย สิทธิในทรัพย์สินและความเสมอภาค สิทธิเหล่านี้ไม่สามารถโอนให้แก่กันได้และผู้ใดจะมาล่วงละเมิดมิได้เช่นกัน ต่อมาได้มีการขยายความหมายครอบคลุมไปถึงสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองป้องกันไม่ให้ถูกจับกุมคุมขังโดยอำเภอใจ สิทธิที่จะไม่ถูกล่วงละเมิดในเคหะสถาน สิทธิที่จะมีเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ สิทธิเสรีภาพในการสื่อสาร สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น สิทธิเสรีภาพในการนับถือศาสนาและสิทธิเสรีภาพในทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ต่อมาแนวความคิดในเรื่องสิทธิตามธรรมชาติ ได้มีการอธิบายความเพิ่มจนกลายเป็นสิทธิในการจำกัดอำนาจรัฐ โดยให้เหตุผลว่าประชาชนมีอาณาเขตหนึ่งที่ห้ามมิให้ผู้ใช้อำนาจปกครองล่วงล้ำเข้าไปใช้อำนาจรัฐได้ ผู้ใช้อำนาจรัฐมีพันธะกรณีที่ต้องงดเว้นการใช้อำนาจรัฐซึ่งเป็นการจำกัดอำนาจรัฐไม่ให้มาล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพของประชาชน นอกจากนี้ สิทธิเสรีภาพของแต่ละบุคคลต้องไม่ถูกล่วงละเมิดจากการใช้สิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นด้วย แต่ละคนจะต้องใช้สิทธิเสรีภาพอยู่ภายในเขตแดนแห่งสิทธิเสรีภาพของตน ไม่ล่วงล้ำเข้าไปในเขตแดนของสิทธิ

---

[4] จาก *ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมบรรทัดฐานในเชิงรูปธรรม เพื่อการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 5), โดย ปัญญา จิตตานุ, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เสรีภาพของผู้อื่น[5]

2.1.2 สิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิทธิมนุษยชน มีแนวความคิดมาจากทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ หรือสิทธิตามธรรมชาติ (Natural Right) ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ "มีสิทธิต่าง ๆ อยู่ในตัวเอง เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งกฎหมายของรัฐไม่อาจทำลายได้"[6]

สิทธิมนุษยชน ถือเป็นสิ่งที่มีประวัติความเป็นมาอันยาวนานจึงจำเป็นต้องศึกษาถึงที่มาของสิทธิมนุษยชน เนื่องจากสิทธิมนุษยชนเป็นอุดมการณ์ หรือแนวความคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง แนวความคิดสิทธิมนุษยชนได้แสดงบทบาทที่สำคัญซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความชอบธรรมในการคัดค้านหรือล้มล้างอำนาจรัฐเผด็จการต่าง ๆ ได้

สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิทั้งหลายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในประเทศที่มีอารยธรรมว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์และในการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นสิทธิที่มีการคุ้มครองป้องกันในทางกฎหมายเป็นพิเศษสมกับความสำคัญของสิทธิดังกล่าว[7]

2.1.2.1 ความหมายและความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน

1) ความหมายของสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึง สิทธิความเป็นมนุษย์หรือสิทธิในความเป็นคน สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิเชิงคุณธรรม (Moral Right) บนหลักการความเชื่อมั่นในคุณค่าและความดีงามของมนุษย์ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ซึ่งมีลักษณะสากล โดยที่สิทธิมนุษยชนอาจขัดแย้งหรือสอดคล้องกับสิทธิตามกฎหมายของประเทศใดประเทศหนึ่งก็ได้ แต่โดยหลักการที่ถูกต้องแล้ว กฎหมายใด ๆ ที่บัญญัติขึ้นไม่ควรขัดต่อปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน[8]

สิทธิมนุษยชนได้แก่ บรรดาสิทธิและเสรีภาพที่ถือกันว่าติดตัวมนุษย์ทุกคนมาตั้งแต่เกิด ไม่อาจถูกพรากไปได้ ความคิดที่ว่ามนุษย์แต่ละคนเกิดมาเป็นมนุษย์ มีสิทธิและเสรีภาพบางประการ

---

[5] แหล่งเดิม.

[6] จาก *หนังสือแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.19), โดย สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

[7] จาก *กฎหมายสิทธิมนุษยชน* (น. 54-55), โดย วีระ โลจายะ, 2532, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

[8] นภาพร อติวานิชยพงศ์. (2557). *แนวคิดสิทธิมนุษยชนและความเป็นชายขอบ*, สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก http://gvc.tu.ac.th/old/th/

ที่อาจยกขึ้นยันกับบุคคลอื่นและสังคมที่ตนอาศัยอยู่ได้มีมาตั้งแต่สมัยปลายยุคกรีก แต่ได้รับการพัฒนาและมีอิทธิพลแพร่หลายมากขึ้นในศตวรรษที่ 18 โดย John Locke นักปราชญ์คนสำคัญในสำนักกฎหมายธรรมชาติอธิบายว่าสังคมการเมืองหรือรัฐนั้น มิใช่สังคมที่เกิดขึ้นและวิวัฒนาการผันแปรไปโดยตัวเองตามธรรมชาติ (Spontaneous Society) เหมือนกับครอบครัว หากแต่เป็นสังคมที่เกิดขึ้นจากเจตจำนงร่วมกันของมนุษย์ (Artificial Society) คือ การที่มนุษย์ร่วมกันทำสัญญาที่เรียกว่าสัญญาประชาคม (Social Contract) โดยก่อนที่จะร่วมกันทำสัญญาประชาคม มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะธรรมชาติ (State of Nature) คือ สภาวะที่ปราศจากองค์กรทางการเมือง ปราศจากผู้ปกครองหรือรัฐบาล ในสภาวะเช่นนี้ มนุษย์แต่ละคนมีเสรีภาพที่จะกำหนดวิถีของตนและใช้สอยทรัพย์สินของตนตามที่ตนเห็นสมควร ภายในกรอบของกฎหมายธรรมชาติ คือ ทุกคนมีอิสระและเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่ละคนย่อมมีอำนาจที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติและลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสม เพราะมนุษย์มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันก็แต่เฉพาะในสิทธิที่ตนมีอยู่เท่านั้น แต่ไม่ได้มีความสามารถด้านอื่น ๆ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจกฎหมายธรรมชาติได้เท่าเทียมกันและการลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติ เท่ากับว่าแต่ละคนมีอำนาจพิพากษาคดีได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ตัดสินลงโทษผู้กระทำผิดเพื่อเป็นการแก้แค้นที่รุนแรงเกินไป ประการสุดท้าย คือ มนุษย์แต่ละคนอาจไม่มีพละกำลังเพียงพอที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามคำตัดสินชี้ขาดของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นเหตุให้มนุษย์ตกลงเข้าทำสัญญาประชาคม จัดตั้งสังคมการเมืองและรัฐบาลขึ้นและต่างยอมสละอำนาจของตน ในอันที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติให้แก่รัฐบาล

คำสอนของสำนักกฎหมายธรรมชาติ โดยเฉพาะคำสอนของ John Locke ถือเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญต่อการจัดทำเอกสารสำคัญของรัฐธรรมนูญในเวลาต่อมา ได้แก่ Bill of Right ค.ศ.1776 ของรัฐ Virginia ที่ประกาศไว้ตั้งแต่ข้อแรกว่า “โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ทุกคนมีเสรีภาพและอิสรภาพเท่าเทียมกันและมีสิทธิบางประการติดตัวมาแต่กำเนิด แม้เมื่อได้ตกลงดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม โดยสัญญาประชาคมใด ๆ แล้วก็ตาม มนุษย์ไม่อาจจะพรากสิทธิเหล่านี้ไปจากอนุชนรุ่นหลังได้ สิทธิเหล่านี้ ได้แก่ สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพ สิทธิในการแสวงหา และการเป็นเจ้าของทรัพย์สินและสิทธิในการแสวงหาความสุขให้แก่ตนเอง” คำประกาศอิสรภาพแห่งสหรัฐอเมริกา ค.ศ.1776 (The Declaration of Independence of the United States 1776) ที่ว่า “ความจริงดังต่อไปนี้มีความชัดแจ้งในตัวของมนุษย์ ทุกคนถูกสร้างขึ้นมาให้เท่าเทียมกัน พระผู้เป็นเจ้าประทานสิทธิอันมิอาจสละ ละทิ้งได้ สิทธิเหล่านี้ ได้แก่ สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพ สิทธิในการแสวงหาความสุขให้แก่ตนเอง” คำประกาศสิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมือง ค.ศ.1789 (The

Declaration of the right of men and of the citizen 1789) ยืนยันว่ามนุษย์เกิดมามีเสรีภาพและมีสิทธิต่าง ๆ เท่าเทียมกัน

จึงเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชน มีรากฐานมาจากหลักของกฎหมายธรรมชาติ หรือสิทธิตามธรรมชาติที่ว่ามนุษย์มีความเสมอภาค มีสิทธิเสรีภาพเสมอภาคเท่าเทียมกัน อำนาจสูงสุดของมนุษย์คือธรรมชาติ มนุษย์ถือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับสิทธิในชีวิต สิทธิในทรัพย์สิน เสรีภาพในร่างกายและความเสมอภาคกัน สิทธิและเสรีภาพเหล่านี้เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด ผู้ใช้อำนาจปกครองไม่มีอำนาจที่จะลบล้างและมิอาจจะก้าวล่วงได้ การกระทำใด ๆ ที่เป็นการลิดรอนหรือทำลายสิ่งเหล่านี้เป็นการกระทำที่ผิด[9]

2) ความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน

อาจกล่าวได้ว่าสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติ และโดยการรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในปี ค.ศ.1948 คำนี้ได้นำมาใช้แทนคำว่าสิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) ตามแนวคิดในเรื่องกฎหมายธรรมชาติ แนวคิดของสิทธิมนุษยชนในยุคโบราณความคิดเรื่องกฎหมายธรรมชาติของกรีก ถือได้ว่าใกล้เคียงกับคำว่า สิทธิมนุษยชนในยุคนี้ ตามความคิดของนักคิดสำนักสโตอิค (Stoic) ถือว่าธรรมชาติสร้างมนุษย์และสรรพสิ่งในจักรวาลไม่อาจลบล้างได้โดยกฎใด ๆ [10]

แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะยุโรป การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่เป็นรูปธรรม คือ การปฏิวัติอังกฤษใน ค.ศ. 1688 และผลของการออกกฎหมาย Bill of Rights ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิทางการเมือง และสิทธิพลเมืองในยุโรปหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกาศอิสรภาพของอเมริกาใน ค.ศ.1789 [11] สำหรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ได้มีการประกาศในปี ค.ศ.1948 และสมัชชาสหประชาชาติรับรองเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 โดยก่อนหน้านั้นในกฎบัตรสหประชาชาติที่ลงนามกันไว้ ได้มีการอ้างถึงสิทธิมนุษยชนอยู่แล้วในข้อ 1 วรรค 3 ดังนี้

---

[9] จาก *ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 16 –18), โดย นิศารัตน์ ท้าวโสม, 2555, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

[10] จาก “พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน,” โดย วิชัย ศรีรัตน์, 2544, *ดุลพาห*, น. 24.

[11] แหล่งเดิม.

"เพื่อให้รวมถึงการร่วมมือระหว่างประเทศในอันที่จะแก้ปัญหาระหว่างประเทศทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือมนุษยธรรมและในการส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและต่ออิสรภาพมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ ภาษา หรือศาสนา"

ทศวรรษก่อนจัดตั้งสหประชาชาติ ถือได้ว่าเป็นยุคโหดร้ายสำหรับมนุษยชาติ ประชาชนถูกข่มเหงและถูกเข่นฆ่าอย่างทารุณ เนื่องจากรัฐบาลดังกล่าวยึดถือลัทธิชาตินิยมและลัทธิเหยียดเผ่าพันธุ์อันนำไปสู่การปกครองแบบเผด็จการทหารในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐอิตาลี แต่สิ่งที่สะเทือนใจมนุษยชาติมากที่สุด คือ เหตุการณ์ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้คนทั่วโลกเห็นว่าจำเป็นต้องสถาปนาระบบกฎหมายสิทธิมนุษยชนอันเป็นสากลขึ้นและก่อนสงครามโลกจะสิ้นสุดลงไม่กี่ปีประธานาธิบดีแฟรงคลิน ดี รูสเวลท์ แห่งสหรัฐอเมริกา ได้ปราศรัยต่อสภาคองเกรสว่าระเบียบโลกใหม่ (New World Order) จะต้องจัดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และต้องเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชน ความคิดนี้นำมาซึ่งการจัดตั้งสหประชาชาติเมื่อสงครามโลกสิ้นสุด กฎบัตรสหประชาชาติอันเป็นธรรมนูญก่อตั้งสหประชาชาติจึงได้บัญญัติภารกิจสำคัญไว้ในข้อ 1 ว่า บรรดารัฐสมาชิกของสหประชาชาติ เชื่อมั่นในมนุษยชนและหน้าที่ของบรรดารัฐสมาชิกจะส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นมูลฐาน โดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ เพศ ภาษา หรือศาสนา[12]

2.1.2.2 ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน

จากการศึกษาของ L.J.M. Cooray พบว่าขอบเขตความหมายของสิทธิมนุษยชนประกอบด้วยสิทธิ 3 ประเภท คือ[13]

1) สิทธิและเสรีภาพของพลเมือง (Civil Liberties)

สิทธิและเสรีภาพพลเมืองเป็นสิทธิพื้นฐานที่บางประเทศได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลหรือกลุ่มสังคม โดยมีสิทธิพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่

1.1) สิทธิในการแสดงความคิดเห็น สิทธิไม่ถูกจำกัดและจับกุมคุมขัง โดยไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด สิทธิไม่ได้รับการปฏิบัติที่ทารุณโหดร้ายผิด

---

[12] แหล่งเดิม.

[13] จาก *สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 29-30), โดย ชัชวาร มีเมตตา, 2553, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มนุษยชาติการถูกลงโทษการดำเนินคดีอย่างเป็นธรรมจากศาลที่มีเขตอำนาจและศาลที่มีความเป็นอิสระในการพิจารณาคดี

1.2) สิทธิในทรัพย์สินตามกฎหมาย

1.3) สิทธิในความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ

1.4) สิทธิในการชุมนุมทางการเมือง สิทธิทางการเมือง

1.5) สิทธิในความคิด การนับถือศาสนา

1.6) สิทธิในการทำการค้าขายประกอบอาชีพและการศึกษา

1.7) สิทธิในการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานภายในราชอาณาจักรและนอกราชอาณาจักร

2) สิทธิในเชื้อชาติ (Ethnic Right)

มนุษย์มีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา จึงจำเป็นต้องมีการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.1948 (Universal Declaration of Human Rights of 1948) เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา สิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของสิทธิมนุษยชน

3) สิทธิในสังคมเศรษฐกิจ (Socio - Economic Rights)

บางประเทศถือว่าสิทธิในสวัสดิการสังคม (Socio - Welfare Rights) เป็นนโยบายของรัฐที่มีหน้าที่ต้องอำนวยการจัดการให้แก่ประชาชน และถือเป็นหน้าที่ของฝ่ายนิติบัญญัติที่ต้องตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ได้แก่ สวัสดิการสังคมในการทำงานของพลเมือง การใช้แรงงานเด็ก มาตรฐานการครองชีพของพลเมือง การศึกษาและการพัฒนาประเทศ เป็นต้น สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับจากการจัดการของรัฐโดยตรงตามสิทธิมนุษยชน

ขอบเขตความหมายของสิทธิมนุษยชนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสิทธิและเสรีภาพของประชาชนทุกคน มีพื้นฐานมาจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามกฎหมายธรรมชาติและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มีการรับรองไว้ในกฎหมายของแต่ละประเทศ เช่น กฎหมายรัฐธรรมนูญ สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานเหล่านั้นยังรวมถึงสิทธิทางสังคม สิทธิทางเศรษฐกิจ และสิทธิต่าง ๆ ที่รัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการให้ด้วย

2.1.2.3 หลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ปรัชญาอันเป็นที่มาของสิทธิมนุษยชน อาจค้นพบได้จากปฏิญญาสากลและตราสารสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ ปฏิญญาสากลข้อ 1 ถือได้ว่าเป็นการประกาศหลักการที่สำคัญในตราสารฉบับแรก ๆ ของสังคมระหว่างประเทศ หลักการนั้นก็คือหลักความเสมอภาค หลักเสรีภาพ และ

หลักภราดรภาพ แต่จะขอกล่าวเพียง 2 หลักแรก[14]

หลักการไม่เลือกปฏิบัติ : ระหว่างเสมอภาคตามตัวหนังสือกับเสมอภาคตามข้อเท็จจริง หลักการนี้ประกาศครั้งแรกในกฎบัตรสหประชาชาติ โดยกำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ด้วยเหตุผลด้านเผ่าพันธุ์ เพศ ภาษา และศาสนา หลักการนี้ต่อมาได้บรรจุอยู่ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาตรา 3 ว่า “ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกัน”

หลักเสรีภาพ : ปัญหาความชอบธรรมของรัฐในการจำกัดสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิประจำตัวมนุษย์ที่ไม่อาจพรากหรือโอนไปจากเจ้าของได้ อย่างไรก็ตามสิทธินี้หาได้เป็นสิทธิเด็ดขาด (absolute) คือ สิทธินี้อาจถูกจำกัดการใช้โดยรัฐได้ในบางกรณี และในความเป็นจริงอิสรภาพหาได้เป็นสิทธิที่สมบูรณ์ไม่มีขอบเขต เพราะการใช้สิทธิแห่งอิสรภาพย่อมกระทบถึงบุคคลอื่นหรือสังคมโดยรวม ดังนั้น กฎหมายระหว่างประเทศจึงยอมรับการจำกัดสิทธิในอิสรภาพ

ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มีบทบัญญัติจำกัดสิทธิเสรีภาพเป็นหลักการทั่วไปในมาตรา 29(2) ว่า “ในการใช้สิทธิและเสรีภาพ บุคคลต้องอยู่ภายใต้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะ เพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับและการเคารพโดยชอบในสิทธิเสรีภาพของผู้อื่นและเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติและสวัสดิการโดยทั่ว ๆ ไปในสังคมประชาธิปไตย”

นอกจากเรื่องสิทธิและเสรีภาพซึ่งถือเป็นรากฐานของสิทธิมนุษยชนแล้ว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็ถือเป็นองค์รวมของสิทธิมนุษยชนด้วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) หมายถึง ความมีค่าของมนุษย์แต่ละคนทั้งในแง่ของความมีค่าในตัวของผู้นั้นและในสถานะภาพของความเป็นมนุษย์ของแต่ละคนด้วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมเป็นส่วนที่เป็นสาระสำคัญของมนุษย์แต่ละคนอันไม่อาจพรากเสียได้ ทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กลายมาเป็นความหมายเฉพาะและเป็นตัวกำหนดความหมายของความเป็นมนุษย์ไปโดยปริยาย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคนโดยไม่คำนึงถึงเพศ วัย สีผิว สัญชาติหรือศาสนา ไม่คำนึงถึงความสามารถทางสติปัญญาในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของผู้นั้น เรียกได้ว่าความเป็นมนุษย์เท่านั้นที่เป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความมีศักดิ์ศรีดังกล่าว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคนจึงถือได้ว่าเป็นแก่น

---

[14] *พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน* (น. 32-36). เล่มเดิม.

สาระสำคัญตามธรรมชาติของความเป็นมนุษย์อย่างปฏิเสธไม่ได้และเมื่อเป็นเช่นนี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจถูกพรากหรือสูญเสียไปด้วยวิธีการใด ๆ ได้[15]

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในสมัยกรีกและโรมัน สิทธิมนุษยชนเป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมซึ่งมีที่มาจากปรัชญากรีกโบราณเกี่ยวกับกฎหมายธรรมชาติหรือปรัชญาของสำนักสโตอิค (Stoics) ที่มีอิทธิพลของนิติศาสตร์โรมัน เป็นสำนักปรัชญากรีกโบราณที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ปรัชญากฎหมาย

ธรรมชาติความเชื่อมั่นของสโตอิคต่อเหตุผล (Reason) ในฐานะที่เป็นแก่นสาร (Substance) ของจักรวารซึ่งหมายความรวมไปถึงธรรมชาติทั้งปวง โลกและมนุษย์ทำให้พิจารณามนุษยชาติในแง่ความมีเหตุมีผล (All Rational Human Beings) เสมอเหมือนกัน ดังนั้น โดยธรรมชาติเป็นสากล มนุษย์ในฐานะเป็นสมาชิกในชุมชนของโลกด้วยกันจึงสมควรมีสถานะแห่งความเป็นพลเมืองเท่าเทียมกัน หลักคิดข้อนี้ของสโตอิดนับเป็นรากเหง้าต้นตออันสำคัญมากอันหนึ่งต่อการพัฒนาสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวคิดนี้มีผลต่อนิติศาสตร์โรมันโดยซิเซโร (Cicero) ซึ่งย้ำถึงความเท่าเทียมกันของมนุษย์ แนวคิดของซิเซโรเรื่องความเท่าเทียมกันของมนุษย์ดังกล่าวมีผู้ตีความให้เสมือนการเริ่มต้นของทฤษฎีว่าด้วยธรรมชาติมนุษย์และสังคม ซึ่งได้แสดงออกต่อมาเป็นคำขวัญของการปฏิวัติฝรั่งเศสในศตวรรษที่ 18 อันว่าด้วย “อิสรภาพเสมอภาคและภราดรภาพ”[16]

แนวความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในสมัยกลางของอิตาลี ซึ่งมีการกล่าวถึงกันมาตั้งแต่สมัยกรีกและโรมันแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ในแง่ที่จะตั้งเป็นข้อเรียกร้องถึงระดับที่ว่าเป็นสิทธิอันแตะต้องไม่ได้นั้นอาจกล่าวได้ว่ายังไม่เป็นที่รู้จักกันในสมัยนั้น แม้แต่แนวคิดของ Stoic ในสมัยโรมันซึ่งกล่าวถึงความเสมอภาคของมนุษย์ และแนวความคิดดังกล่าวก็เป็นเพียงแนวความคิดในเชิงจริยธรรมทางสังคม มิใช่เป็นข้อเรียกร้องทางการเมืองหรือเศรษฐศาสตร์เหมือนในปัจจุบันแต่อย่างใด ในสมัยกลางของยุโรปซึ่งแนวความคิดทั้งหลายถูกครอบงำโดยความเชื่อทางศาสนา นักบุญโธมัส อไควนัส ซึ่งเป็นนักปราชญ์ที่มีชื่อเสียงในสมัยนั้นได้เริ่มใช้คำว่า Dignitas Humana ซึ่งความหมาย คือ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั่นเอง ในช่วงปลายของยุคกลางซึ่งมีการค้นพบ

---

[15] จาก *กฎหมายรัฐธรรมนูญ* (น. 482), โดย บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

[16] จาก *สิทธิมนุษยชนไร้พรหมแดนปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม* (น. 94-9), โดย จรัญ โฆษณานันท์, 2545, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.

อารยธรรมเก่าสมัยกรีกและโรมัน และมีการศึกษาสิ่งที่มีการค้นพบอย่างจริงจังจนได้ชื่อว่าเป็นยุคแห่งการฟื้นฟูหรือการเกิดใหม่ของอารยธรรมโบราณดังกล่าว มีนักคิดได้ให้แนวความคิดในเรื่องนี้ว่ามนุษย์ต่างจากสัตว์ตรงที่มนุษย์มีความสามารถในการใคร่ครวญเกี่ยวกับเหตุและผลได้ อันเป็นหลักของมนุษย์โดยแท้และทำให้มนุษย์สามารถสร้างสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ความสามารถดังกล่าวนี้ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองขึ้นมาในบริบทที่เปี่ยมไปด้วยเสรีภาพบนพื้นฐานของความเป็นตัวของตัวเองจนสำเร็จได้ ความสามารถเหล่านี้ประกอบกันขึ้นมาเป็นศักดิ์ศรีของมนุษย์ ความสามารถในการใช้เหตุผล และความคิดนี้เองที่ทำให้มนุษย์สามารถยกตนเองต่างจากสัตว์อื่นได้ และจากสติปัญญาของมนุษย์นี้เองที่ทำให้มนุษย์มีจิตสำนึกของตนเอง ทำให้สามารถกำหนดความเป็นไปของตัวเองได้ สามารถสร้างสรรค์ตัวเอง สรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ในที่สุด[17]

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีนักคิดหลายคนเป็นผู้บุกเบิกความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้แก่ Immanuel Kant ได้นำเกณฑ์สำคัญที่นามาพิจารณาคือ “ความเป็นตัวเองตามจารีตประเพณี” กล่าวคือการที่มนุษย์เราสามารถมีความเป็นตัวของตัวเองได้ตามจารีตประเพณี ย่อมเป็นที่มาของศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แนวคิดของ Kant เริ่มต้นจากความคิดคำนึงของตนเองตามเหตุผลว่า “มนุษย์นั้น . . . มีอยู่ (Exist) โดยมีวัตถุประสงค์ในตัวเองมิใช่มีอยู่เพื่อเป็นเครื่องมือของเจตจำนงอื่นใด การกระทำใด ๆ ก็ตามของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นการกระทำต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นซึ่งเป็นผู้ที่มีเหตุผลเช่นกันก็ต้องพิจารณาว่าย่อมประกอบด้วยวัตถุประสงค์เช่นเดียวกัน” และได้มีการแปลงมาเป็นโองการเชิงปฏิบัติ (Practical Imperative) ว่า “จงปฏิบัติต่อมนุษยชาติไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติต่อตัวเจ้าเองหรือต่อบุคคลอื่นและไม่ว่าเวลาใดในฐานะที่ผู้นั้นมีวัตถุประสงค์ในตัวเองไม่ใช่ทำให้ผู้นั้นกลายเป็นเพียงเครื่องมือสำหรับวัตถุประสงค์อื่นไป”

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ผ่านเหตุการณ์มามากมายรวมถึงสงครามโลกทั้งสองครั้ง จึงมีการพัฒนาโดยเป็นประเทศแรกที่บัญญัติการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญ

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามความเชื่อทางศาสนาคริสต์มีคำสอนทางเทววิทยาเกี่ยวกับ Imago Dei ที่ว่าพระผู้เป็นเจ้าทรงสร้างมนุษย์ขึ้นมาให้มีรูปลักษณ์ที่เหมือนกับพระองค์เอง จากพื้นฐานความเชื่อดังกล่าวทำให้มนุษย์มีคุณค่าในตัวเองที่เหนือกว่าสิ่งอื่นใดที่พระเจ้าทรงสร้างขึ้น มนุษย์จึงเป็นเสมือนสิ่งมีค่าจากสรวงสวรรค์ที่ประกอบด้วยจิตวิญญาณอันเปี่ยมด้วยเหตุผลและมีเจตจำนงอันเป็นเสรี ทำให้มนุษย์เป็นนายแห่งสิ่งสร้างสรรค์

---

[17] *กฎหมายรัฐธรรมนูญ*. (น. 482). เล่มเดิม.

ทั้งหลายของพระผู้เป็นเจ้าอันมองเห็นด้วยตาได้ พื้นฐานดังกล่าวนี้เองที่นำมาสู่ข้อสรุปที่มาของการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิตามธรรมชาติของมนุษยชน[18]

2.1.2.4 การรับรองสิทธิมนุษยชนตามหลักสากล

หลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติซึ่งให้ความสำคัญต่อการเคารพสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นการประกันความมั่นคงและสันติภาพของโลกและมวลมนุษยชาติ กฎบัตรสหประชาชาติได้กำหนดมาตราที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจนอยู่หลายข้อ รวมทั้งการจัดตั้งกลไกต่าง ๆ เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนโดยกลไกเหล่านี้ได้มีการพัฒนามาโดยตลอด และได้รับรองกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับด้านสิทธิมนุษยชนในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ กติการะหว่างประเทศ อนุสัญญา รวมทั้งแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งรัฐสมาชิกมีพันธกรณีตามกฎหมาย และ/หรือทางจริยธรรมที่จะต้องปฏิบัติตาม ดังนั้น องค์การสหประชาชาติจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการพัฒนากฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ แนวทางปฏิบัติและมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ

1) กฎบัตรสหประชาชาติ

กฎบัตรสหประชาชาติมิได้ให้คำนิยามหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนไว้ แต่อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะของสิทธิมนุษยชนที่กล่าวไว้ คือ สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติ สิทธิที่ไร้พรมแดน สิทธิของมนุษย์ทุกคน สิทธินิรันดร สิทธิเฉพาะตัวของมนุษย์ สิทธิที่ปราศจากสภาพบังคับ ดังนั้น ตามกฎบัตรสหประชาชาติจึงเป็นแนวทางด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นภาพกว้างครอบคลุมในมิติหลายมิติ

องค์การสหประชาชาติได้ออกกฎบัตรสหประชาชาติ ที่มีเนื้อหาระบุถึงเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ ดังนี้

“สมาชิกทั้งปวงให้คำมั่นว่าจะดำเนินการร่วมกันและแยกกันในการร่วมมือกับองค์การเพื่อให้บรรลุผลแห่งความมุ่งหมายดังที่กำหนดไว้ในมาตรา 55”

หน้าที่ของภาคีสมาชิกตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 56 ของกฎบัตรสหประชาชาติระบุไว้ดังนี้

ให้ความร่วมมือต่อสหประชาชาติในการดำเนินมาตรการใด ๆ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนทั่วโลก เช่นไม่กระทำการเป็นปฏิปักษ์ต่อมติของสหประชาชาติที่ให้ประณามนโยบายการแบ่งแยกสีผิวของประเทศแอฟริกาใต้ เป็นต้น

---

[18] แหล่งเดิม.

ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการเคารพสิทธิมนุษยชนภายในประเทศของปวงสมาชิก ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิมนุษยชน การปรับปรุงระบบกฎหมายภายในประเทศให้ได้ตามมาตรฐานของสหประชาชาติ เป็นต้น รวมทั้งหน้าที่ในการตรวจสอบในกรณีที่มีการละเลยต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นอีกด้วย (United Nations Organization, 2012)

บทบัญญัติในกฎบัตรที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนดังกล่าว ทำให้มีการจัดทำปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขึ้น

2) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Rights of 1948)

ภายหลังที่ได้มีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติเมื่อปี ค.ศ. 1945 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่ง คือ ตามกฎบัตรสหประชาชาติข้อ 1 “ว่าบรรดารัฐสมาชิกของสหประชาชาติเชื่อมั่นในสิทธิมนุษยชนและหน้าที่ของบรรดารัฐสมาชิก จะส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นมูลฐาน โดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ เพศ ภาษา หรือศาสนา”[19]

ด้วยบทบัญญัติของสหประชาชาติดังกล่าว จึงได้มีความร่วมมือในการจัดทำปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ขึ้น และได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ. 1948 [20] โดยที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญสมัยที่ 31 ได้มีมติรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อรับรองและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนทั่วโลกอย่างแท้จริง ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนดังกล่าวมิใช่กฎหมายจึงขาดสภาพบังคับในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้น แต่โดยเนื้อหาของปฏิญญาสากลถือได้ว่าเป็นมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนที่นานาประเทศยอมรับ หลายประเทศได้นำหลักการของปฏิญญาสากลดังกล่าวไปเป็นต้นแบบในการจัดทำระบบกฎหมายของตนให้สอดคล้องกับมาตรฐานของนานาอารยประเทศในระยะเวลาต่อมา

สิทธิมนุษยชนที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากล มีหลักการเช่นเดียวกับทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ โดยระบุว่า “ทุกคนมีสิทธิ…” เป็นการยอมรับว่ามนุษย์เกิดมามีสิทธิอะไรติดตัวมาบ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้ประเทศต่าง ๆ นำไปบัญญัติไว้เป็นสิทธิตามกฎหมายให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียม และระบบกฎหมายท้องถิ่นของตน และเมื่อใดที่ประเทศ

---

[19] *พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน* (น. 32-36). เล่มเดิม.

[20] แหล่งเดิม.

เหล่านั้นนำสิทธิมนุษยชนไปบัญญัติรับรองไว้ในกฎหมายแล้ว สิทธิประเภทนั้น ๆ ก็จะเป็นทั้งสิทธิมนุษยชนและสิทธิตามกฎหมายไปพร้อม ๆ กัน[21]

จึงอาจสรุปได้ว่า การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนนั้นมีมานานแล้วตั้งแต่สมัยโบราณ สิทธิดังกล่าวถูกอ้างเพื่อต่อสู้หรือยันผู้มีอำนาจปกครอง และมีความพยายามที่จะกำหนดสิทธิต่าง ๆ ที่บุคคลควรได้รับจากรัฐในฐานะที่เป็นมนุษย์ซึ่งมีความเท่าเทียมและเสมอภาคกัน สิทธิพื้นฐานดังกล่าวสืบเนื่องมาจากกฎหมายธรรมชาติ โดยแนวคิดตามกฎหมายธรรมชาติ ทำให้บุคคลเรียกร้องเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ จึงมีการจัดทำเอกสารรับรองสิทธิที่สำคัญหลายฉบับ รวมทั้งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน จึงถือได้ว่าแนวคิดตามกฎหมายธรรมชาติทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับสิทธิธรรมชาติ ซึ่งเป็นสิทธิที่ไม่อาจโอนให้แก่ใครได้ และไม่มีใครมาล่วงละเมิดได้ สิทธิเหล่านั้น ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพ เป็นต้น

2.2 แนวความคิดทางกฎหมายเรื่องสิทธิของผู้ป่วย

2.2.1 ความหมายของสิทธิด้านสุขภาพอนามัย

องค์การอนามัยโลกมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิด้านสุขภาพว่า “การมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน”

สิทธิด้านสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย เช่น การมีน้ำดื่มที่สะอาด การมีบ้านและการสุขาภิบาลที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังหมายถึงความอิสระและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความอิสระหมายถึงการมีสิทธิที่จะไม่รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น ในการทดลองและการวิจัย สิทธิที่จะไม่รับการรักษาที่ทารุณก่อให้เกิดความทรมาน หรือทำให้เกิดความอับอาย ส่วนสิทธิประโยชน์ได้แก่ สิทธิด้านการป้องกันโรคและการรักษาสิทธิด้านการควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง[22]

---

[21] *ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550* (น. 32). เล่มเดิม.

[22] มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation)*. สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก http://snmrc57.snmrc.go.th/images/Download/CBR_Guidelines/01_CBR_Introductory_Thai.pdf

2.2.2 ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในแต่ละประเทศที่จะกำหนดไว้ซึ่งอาจแตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายจะแตกต่างกัน แต่สิทธิผู้ป่วยด้านจริยธรรมควรมีแนวทางที่คล้ายกัน ทั้งนี้ เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยมีแนวคิดมาจากสิทธิมนุษยชน (Human right) ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ติดตัวมาตามธรรมชาติ โดยไม่มีใครกำหนดและไม่สามารถโอนสิทธิดังกล่าวไปยังบุคคลอื่นได้

สิทธิผู้ป่วยมีความเป็นมายาวนาน มีวิวัฒนาการควบคู่กับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์[23] ในยุคอารยธรรมกรีก ซึ่งถือกันว่าเป็นต้นกำเนิดของวิชาการสมัยใหม่หลายสาขา ได้มีครูแพทย์ผู้หนึ่งนามว่า ฮิปโปเครตีส (Hippocrates) ปัจจุบันได้รับการยอมรับว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล โรงเรียนแพทย์ของเขาได้กำหนดคำสาบานให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้สาบานตัวก่อนออกไปเป็นแพทย์ คำสาบานนั้นจึงมีชื่อเรียกว่า คำสาบานของฮิปโปเครตีส (Hippocratic Oath) เนื้อหาของคำสาบานนี้นับเป็นจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด และเป็นรากฐานของจรรยาแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ และแพทยสมาคมโลกได้ประมวลหลักสำคัญมากำหนดเป็นคำประกาศกรุงเจนีวา เมื่อ ค.ศ.1947 (The Geneva Declaration 1947)[24]

คำสาบานของฮิปโปเครติส แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรากฐานของกฎหมายควบคุมวิชาชีพทางการแพทย์ที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน คำสาบานของฮิปโปเครติสที่แสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วยโดยตรงมีอยู่ 2 ข้อ คือ

I will carry out that regimen, which according to my power and discernment, shall be for the benefit of the sick and will keep them from harm and wrong.

ข้าฯ จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้า ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้า ฯ และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

I will keep silence regarding that which , within or without my practice , I shall see or hear in the lives of men which should not be made public; holding such things unfit to be spoken.

ข้าฯ จะไม่แพร่งพรายสิ่งที่ข้าได้เห็น หรือได้ยินเกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิตคน ซึ่งไม่ควรจะเปิดเผยในการปฏิบัติ หรือนอกการปฏิบัติวิชาชีพของข้า ฯ และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ[25]

---

[23] จาก *สิทธิผู้ป่วย* (น. 9), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

[24] แหล่งเดิม.

[25] แหล่งเดิม.

การไม่ก่ออันตรายให้ผู้ป่วยแสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย การรักษาความลับแสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยที่เรื่องราวส่วนตัวของเขาจะไม่ถูกเปิดเผยไปสู่ผู้อื่น

จากแนวคิดว่าแพทย์จะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จริยธรรมของฮิปโปเครตีสดังกล่าวนำมาซึ่งแนวคิดทางกฎหมายในปัจจุบันของนักกฎหมายในหลายประเทศที่ว่าการกระทำของแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว การกระทำของแพทย์นั้นถือว่าเป็นการทำร้ายร่างกาย

สำหรับการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยนั้น ต่อมาได้นำมาเป็นบทบัญญัติในกฎหมายอาญาของประเทศต่าง ๆ และกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ของไทย จึงเห็นได้ว่าการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในทางกฎหมายอาญาดังกล่าว มีที่มาจากจริยธรรมของแพทย์ในดั้งเดิมนั่นเอง[26]

สมัยก่อนอำนาจการตัดสินใจรักษาหรือไม่และจะรักษาโดยวิธีใด เป็นอำนาจของแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจ หรือความยินยอมของผู้ป่วย แพทย์จะตัดสินใจแทนผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยเหมือนดูแลลูกของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว ต่อมาเมื่อมีกฎหมายออกมารองรับทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) กฎหมายในเรื่องนี้คือเรื่องหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ซึ่งเป็นหลักกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ อีกหลายประเทศ เป็นการยอมรับรู้สิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย คือ แพทย์ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยเข้าใจในกระบวนการรักษา เหตุผลหรือข้อบ่งชี้ในการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาหรือไม่รักษา เป็นต้น นอกจากนี้แพทย์ต้องให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ รวมไปถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต

ต่อมาได้มีการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเมื่อ ค.ศ.1948 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) อันเป็นการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การเกิดเสรีภาพ ความเสมอภาคของมนุษย์ นอกจากนี้ในหลักการที่ถือปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ก็ให้ความสนใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health Care) อันถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกควรได้รับ รวมถึงสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา (The right to information) เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The right to refuse treatment) และ

---

[26] แหล่งเดิม.

มีสิทธิส่วนบุคคล (Privacy right) ในการที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย[27]

ในต่างประเทศประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลาย และให้ความสำคัญในสิทธิดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากสิทธิผู้ป่วยซึ่งถูกร่างเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1959 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The National Leaque of Nursing) และต่อมาเมื่อ ค.ศ.1975 สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางสุขภาพที่ดี สร้างความพึงพอใจเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้น ทั้งในรูปกฎหมายและคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในองค์กรระหว่างประเทศ เช่น การกำหนดสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Rights and Responsibilities of Patient) โดยองค์การควบคุมมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ (The Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization, J.C.A.H) ของสหรัฐอเมริกา คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย (The world Medical Association's Declaration on the Right of the Patient) กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1979 (European Charter on Right of Patient in Hospitals) ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการว่าด้วยโรงพยาบาลของกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The Hospitals Committee: EEC)[28]

ปัจจุบันประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมีเรื่องของธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีการเรียกร้องสิทธิของตนเองมากขึ้น เนื่องจากบางครั้งถูกบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขละเมิดหรืองดเว้นการกระทำต่อสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตน ต่อมาองค์กรวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันออกประกาศเพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้น เป็นคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ไว้วางใจกัน

---

[27] แหล่งเดิม.

[28] แหล่งเดิม.

2.2.3 สิทธิผู้ป่วยในสังคมไทย

การแพทย์ของไทยตั้งแต่สมัยอดีต ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการแพทย์พื้นบ้านซึ่งผู้เป็นแพทย์มักเป็นผู้มีความรู้ทางไสยศาสตร์ที่ผู้ป่วยยอมรับนับถือ โดยผู้ให้การรักษาสมัยนั้นจะไม่ยอมรับรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ต่อมาเมื่อการแพทย์ตะวันตกได้แพร่หลายเข้าสู่ประเทศไทย โดยผู้สอนศาสนาหรือที่เรียกว่า "มิชชันนารี" ทำให้เกิดการแพทย์สมัยใหม่ขึ้น ประกอบกับระบบกฎหมายของประเทศไทยก็ได้รับอิทธิพลจากตะวันตกเช่นกัน มีการปรับปรุงกฎหมายในรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีแนวคิดเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในลักษณะสากล เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วยที่ได้นำมาบัญญัติไว้ในกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ.127 ปัจจุบันอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323[29] มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระทำโดยประมาทตามมาตรา 43 วรรค 3 ซึ่งบัญญัติว่า[30]

" ที่ว่าการกระทำโดยประมาทนั้น ท่านอธิบายว่าบุคคลกระทำโดยมิได้ตั้งใจ แต่กระทำโดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังว่าต่อไปนี้ คือ

1) ผู้หาเลี้ยงชีพด้วยศิลปสาตร์ ในกิจการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น เปนหมอ หรือเปนช่าง เปนต้น ละเลยการอันควรต้องทำให้ดีในทางศิลปสาตร์ นั้นเสียก็ดี

2) ฯ "

ปัจจุบันบัญญัติไว้ในมาตรา 59 วรรค 4 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะฉบับแรก ที่ได้แสดงถึงแนวคิดเรื่องสิทธิของผู้ป่วยไว้ โดยเห็นได้จากคำปรารภที่ว่า "มีพระบรมราชโองการในพระบาทสมเด็จพระรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราวุธฯ พระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ดำรัสเหนือเกล้าว่า โดยที่การประกอบโรคศิลปะ ย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ กาลบัดนี้ ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมิได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้..."[31]

---

[29] แหล่งเดิม.

[30] จาก *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 22), โดย ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์, 2555, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี.

[31] จาก *กฎหมายการแพทย์* (น. 22), โดย แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ยมจินดา, 2540, กรุงเทพฯ : วิญญูชน.

เห็นได้ว่าในอดีตสังคมไทยมิได้พิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการรักษาให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยเท่านั้น ต่อมาจึงมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยมีกฎหมายอาญาบัญญัติว่าเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ รวมทั้งแนวคิดในการลงโทษผู้กระทำโดยประมาทซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในทางวิชาชีพการแพทย์ ต่อมาจึงมีกฎหมายทางวิชาชีพฉบับแรกซึ่งเป็นต้นกำเนิดของกฎหมายวิชาชีพของไทยต่อ ๆ มาที่แสดงให้เห็นว่าสิทธิของผู้ป่วยได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยกฎหมาย โดยมีเจตนารมณ์ในอันที่จะคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ ด้วยการควบคุมโดยกฎหมายวิชาชีพ

2.2.4 สิทธิผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน

มนุษย์ทุกคนควรมีสิทธิประเภทหนึ่ง อันเป็นสิทธิประจำตัวที่ไม่อาจโอนให้แก่กันได้และไม่อาจถูกทำลายล้างโดยอำนาจใด ๆ สิทธิมนุษยชนในยุคปัจจุบันมีความหมายที่ขยายกว้างออกไป ซึ่งหมายรวมถึงสิทธิอันจำเป็นที่มนุษย์พึงมี เพื่อให้มนุษย์มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การที่มนุษย์จะมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี หาได้มีความหมายเพียงการมีชีวิต หรือการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่มนุษย์ต้องมีสิทธิที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีด้วย[32]

การเคารพสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความเป็นมนุษย์และการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข[33] สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิขึ้นพื้นฐานของมนุษย์อันสืบเนื่องมาจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกันและสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะรู้หรือสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อการมีส่วนร่วมต่อขบวนการตัดสินใจรักษา และใช้ข้อมูลที่ได้รับประกอบการตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเองที่จะยอมรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา โดยแพทย์ต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจไปในทางใดก็ตาม

---

[32] ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธีมหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *รายงานการศึกษาสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามกรอบรัฐธรรมนูญ ในบริบทของสังคมไทย และมาตรฐานสากลระหว่างประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชน*. สืบค้น 11 มกราคม 2557, จาก http://www.peace.mahidol.ac.th/th/document/Reliability/2.pdf

[33] แหล่งเดิม.

2.2.5 บริการสาธารณสุขตามหลักสากล

อาจจำแนกบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากลได้ 4 ประการ คือ[34]

ประการแรก หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้นจะต้องยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องรายได้ หรือถิ่นที่อยู่ และรัฐต้องขยายการบริการสาธารณสุขให้เพียงพอและทั่วถึงทั้งประเทศ

ประการที่ 2 หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชน โดยความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีความแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (Felt needs) ประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้องได้รับบริการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้หรือฐานะ ทางเศรษฐกิจของประชาชน

ประการที่ 3 หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของแต่ละบุคคล ซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน ย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

ประการสุดท้าย หลักประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด

2.2.6 รูปแบบระบบบริการสาธารณสุขตามหลักสากล

ระบบบริการสาธารณสุขของสังคมประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก อาจแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบคือ[35]

---

[34] จาก “สิทธิในการรักษาพยาบาล,” โดย กองบรรณาธิการ, 2545, *วารสารจุลนิติ, 8(3),* น. 1**,** สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาเจ้าของลิขสิทธิ์.

[35] แหล่งเดิม.

รูปแบบที่ 1 การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกการบริการ มุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ค่าบริการสุขภาพจะมีราคาแพง ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูง ระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ

รูปแบบที่ 2 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข ที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบประชาชนมีส่วนร่วม ในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่น ๆ และสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้ ประชาชนจะมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงการบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะมีน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม

รูปแบบที่ 3 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central planning System) ในระบบนี้รัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม ในทางทฤษฎีแล้วอุปทานของบริการสุขภาพ (Supply of Health Care) จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชน ซึ่งบริการทุกอย่างจะถูกกำหนดหรือวางแผนมาจากส่วนกลาง รัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่าตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ระบบนี้โดยหลักการแล้วค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ และในทางปฏิบัติผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ส่งผลทำให้ระบบนี้ค่อนข้างที่จะมีประสิทธิภาพต่ำ ระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการ ทุกคนมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันหมด

รูปแบบที่ 4 การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชน โดยการจัดบริการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และครอบคลุมบริการทุกชนิด รัฐจะเป็นผู้สนับสนุนทางด้านการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข

2.2.7 ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติเรื่องสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการต่อรัฐ โดยมาตรา 51 บัญญัติว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและรัฐธรรมนูญยังได้บัญญัติอีกว่าการบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองและคุ้มครองเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานจากรัฐ

สำหรับประเทศไทยนั้นอาจกล่าวได้ว่าในช่วงระยะเวลาก่อนปี พ.ศ. 2544 แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคม เป็นแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยม ที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี แต่ภายหลังนับตั้งแต่ ปี 2544 เป็นต้นมา ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ได้พยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้นโดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (UC) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แก่ประชาชนชาวไทยเพิ่มเติมจากเดิม ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ” (CSMBS) และ “ระบบประกันสังคม” ส่งผลให้ประชาชนที่มิใช่ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามโครงการ พระราชบัญญัตินี้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และมุ่งเน้นให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยกันเงินส่วนหนึ่งไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขด้วย ต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อวางระบบดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ไม่ได้มุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ขณะเดียวกัน

โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง และมีความยุ่งยากสลับซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันและมีส่วนร่วม มีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง[36]

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

2.3 สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลและสิทธิการตายอย่างสงบ

2.3.1 สิทธิ

2.3.1.1 ความหมายของคำว่าสิทธิ

คำนิยามของคำว่า “สิทธิ” (right) ได้มีผู้ให้ความหมายแตกต่างในหลายทัศนะ อาทิ ความหมายตามพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า “อำนาจอันชอบธรรม ความสำเร็จ” ศาสตราจารย์วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “สิทธิ” หมายถึง อำนาจที่กฎหมายรับรองคุ้มครองให้แก่บุคคล ในอันที่เรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิจึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วย[37]

โดยสรุปคำว่า “สิทธิ” หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อรับรองคุ้มครอง หรือบังคับให้เป็นไปตามประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือประโยชน์หรืออำนาจอันชอบธรรมที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้นั่นเอง[38]

---

[36] แหล่งเดิม.

[37] จาก *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ* (น. 21), โดย วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, 2538, กรุงเทพฯ: วิญญชน.

[38] จาก “สิทธิที่จะตาย,” โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2539, *ดุลพาห*, น. 90. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

2.3.1.2 ประเภทของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยแบ่งออกเป็นเป็น 2 ประเภท คือ[39]

1) สิทธิทางกฎหมาย (Legal Right) เป็นอำนาจที่มีความชอบธรรม โดยมีกฎหมายรับรอง หมายถึง อำนาจหรือผลประโยชน์รับรองว่ามีอยู่ หรือคุ้มครองให้ตามกฎหมาย สิทธิตามกฎหมาย เป็นการยืนยันว่ามนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกกระทำบางอย่างได้ เช่น การทำอัตวินิบาตกรรม ซึ่งในแง่กฎหมายไทย การกระทำดังกล่าวไม่เป็นความผิดตามกฎหมาย สิทธิตามกฎหมายจึงเป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมิให้มีการละเมิดสิทธิ

2) สิทธิทางจริยธรรม (Moral Right) เป็นสิทธิโดยธรรมชาติที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่ต้องมีผู้ใดมากำหนด สิทธิทางจริยธรรมมีความเท่าเทียมกันและไม่สามารถเปลี่ยนมือได้

สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะที่แตกต่างจากสิทธิทางกฎหมายอยู่ 4 ประการ คือ[40]

ประการแรก สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิสากล มนุษย์ทุกคนในโลกมีสิทธิโดยไม่มีข้อยกเว้น ส่วนสิทธิทางกฎหมายมีขอบเขต

ประการที่ 2 สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิแห่งความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน

ประการที่ 3 สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนมือไม่ได้ แต่สิทธิทางกฎหมายเปลี่ยนมือได้ คือ สามารถซื้อขายหรือโอนสิทธิได้

ประการสุดท้าย สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิทางธรรมชาติ มนุษย์ไม่ได้สร้าง การมีสิทธิทางจริยธรรมมีได้ด้วยการเกิดเป็นมนุษย์เท่านั้น ไม่ต้องมีองค์กรใดมากำหนดสิทธินี้ แต่สิทธิทางกฎหมายเป็นสิทธิที่ได้จากการที่มนุษย์เป็นผู้กำหนดและบัญญัติขึ้นมา

2.3.1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิในกฎหมายมหาชน

“สิทธิ” ตามกฎหมายมหาชน หมายถึง อำนาจตามรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองไว้แก่บุคคล ในอันที่จะกระทำการใด หรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่บุคคลดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้อง ที่จะไม่ให้บุคคลอื่นใดมาแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตน ในบางกรณีการรับรองและคุ้มครองดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดสิทธิให้รัฐดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิตามรัฐธรรมนูญ เป็นสิทธิที่ผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐทั้งหลายให้ต้องเคารพ

---

[39] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 171). เล่มเดิม.

[40] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (น.17-18). เล่มเดิม.

ปกป้อง และคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญ[41]

สิทธิตามกฎหมายมหาชนได้แก่

1) สิทธิของบุคคลที่จะดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อรัฐ เช่น สิทธิในการเลือกตั้ง เป็นต้น

2) สิทธิของบุคคลที่จะได้รับความคุ้มครองจากรัฐ เป็นสิทธิที่ราษฎรจะได้รับความคุ้มครองจากรัฐ โดยรัฐจะต้องงดเว้นไม่ใช้อำนาจไปล่วงละเมิด หรือไปจำกัดสิทธิเหล่านั้นซึ่งได้แก่ สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ เช่น สิทธิในการเสนอเรื่องราวร้องทุกข์ สิทธิในร่างกาย สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

2.3.2 สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

2.3.2.1 แนวคิดเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

สำหรับแนวความคิดในเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในสังคมไทย มีการกล่าวถึงกันมาเป็นเวลานาน มีการโต้เถียงกันทั้งในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมของแพทย์ เกี่ยวกับเรื่องปฏิเสธการรักษา เคยมีกรณีที่คณะกรรมการกฤษฎีการับข้อหารือจากกระทรวงสาธารณสุขว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา (Jehovah's Witness) ทำหนังสือปฏิเสธการรักษาโดยให้งดเว้นการให้เลือดเข้าสู่ร่างกายทุกกรณี โดยจะมีบัตรประจำตัวระบุชื่อ และข้อความว่าเขาเป็นผู้นับถือศาสนานี้ และในกรณีอุบัติเหตุหรือป่วยหนักที่ทำให้เขาไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว หากแพทย์พบเห็นบัตรประจำตัวของเขาที่ปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดทุกกรณี ให้งดเว้นการให้เลือด (เพราะการรับเลือดขัดกับหลักคำสอนทางศาสนาของเขา) คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาตอบข้อหารือดังกล่าวเป็น 2 กรณี ตามบันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสร็จ ที่ 250/2546 โดยสรุปคือ คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาว่าการแสดงเจตจำนงดังกล่าวขัดหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมืองและขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ โดยได้ข้อสรุปว่าหากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต การแสดงเจตนาดังกล่าวสามารถทำได้ แต่หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และตามมาตรฐานการรักษาแพทย์จำต้องใช้วิธีการรักษาโดยการให้เลือด การแสดงเจตนาดังกล่าวไม่มีผล หากแพทย์ดำเนินการตามเจตจำนงนั้นอาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา และฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมตามข้อบังคับแพทยสภา[42]

---

[41] จาก *หลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ* (น. 45), โดย บรรเจิด สิงคเนติ, 2547, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

[42] จาก *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 124 - 125), โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์จำกัด.

ต่อมาประเทศไทยมีการรับรองและยืนยันสิทธิการตายอย่างสงบ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ได้บัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า “Living Will” โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550 เรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมิใช่เรื่องใหม่ มีการถกเถียงและอภิปรายกันในสังคมไทย บางคนไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลตนเองได้ บางคนเข้าใจว่าเป็นเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือเป็นกรณี Active Euthanasia หรือที่เรียกว่า “การุณยฆาต” (Mercy Killing) ซึ่งเป็นเรื่องที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใด ๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่มีนักวิชาการบางส่วนที่เห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมายจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และความเชื่อทางศาสนา เพราะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเหนี่ยวรั้งความตาย สิทธิตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นมีความสอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550[43]

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 วรรคสอง กำหนดให้ออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดำเนินการจัดประชุมหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมจัดทำร่างกฎกระทรวงดังกล่าวตั้งแต่กลางปี 2551 และได้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้สิทธิดังกล่าว มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุข สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง องค์กรต่าง ๆ รวมถึงผู้แทนฝ่ายผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะต่อร่างกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติ โดยเชิญผู้แทนสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนผู้สนใจ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตายในบริบททางสังคม วัฒนธรรมและสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ทั้ง 4 ภาค เพื่อพัฒนาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวให้รอบด้าน

---

[43] จาก “สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550,” โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2552, *ดุลพาห,* น.141. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

หลังจากนั้น จึงส่งร่างกฎกระทรวงไปยังสภาวิชาชีพ ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง วิทยาลัยพยาบาล สถาบันการศึกษา หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักวิชาการ และประชาชนที่สนใจ จนกระทั่งในปี 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2554

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขหรือที่เรียกว่า “Living Will” หรือ “Advance Directives” เป็นเอกสารที่แสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกเจตนาประสงค์ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ที่ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป[44] เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพฟื้นไม่ได้ตายไม่ลง มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคบางโรคในระยะยาว โดยไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักลงเรื่อย ๆ การรักษาบางวิธีอาจเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น และทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โดยไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ นอกจากนั้น ยังเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม อย่างไรก็ดี แพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนานี้ มิได้ละทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด ยังให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อระงับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า Living Will หมายถึง การแสดงความประสงค์ หรือความต้องการของผู้ป่วยว่าเมื่อตนเองเจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประสงค์ให้มีการดูแลรักษาตนเองอย่างไรบ้าง และไม่ยอมให้ใช้วิธีการรักษาอย่างใดแก่ตนเองบ้าง

2.3.2.2 ผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยที่หมดหวัง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนหรือเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป มีการให้ความหมายไว้ในหลายลักษณะ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสภาวะของการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวิธีรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่าง ๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายได้ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น[45]

---

[44] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย.* (น. 100). เล่มเดิม.

[45] แหล่งเดิม.

ผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะพ้นทุกข์ทรมาน และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้[46]

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บหนักจะมีผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่เรียกว่าผู้ป่วย NR. (Do Not Resuscitate or No Resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ คำสั่ง NR. มีความหมายว่า "ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต" การตัดสินใจของแพทย์ในกรณียอมให้ผู้ป่วยตายโดยเขียนคำว่า NR. ต้องขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงเป็นกรณีไป คำสั่งที่ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิตนี้ เป็นเพียงการบอกกล่าวว่าไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ No Resuscitation ไม่ได้หมายความว่า No Treatment ดังนั้น หน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลรักษาและป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจึงยังคงต้องมีอยู่[47]

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายจะมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยรวมแล้วความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นจะเป็นไปในลักษณะที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงตลอดจนเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารกับดื่มน้ำน้อยลง ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้เป็นผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าที่จะเป็นผลร้าย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบข้างได้ เพียงแต่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้เท่านั้น บางครั้งการที่ผู้ป่วยร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวก็ไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองในด้านจิตใจ ผู้ป่วยหนักจะมีอาการป่วยทางใจด้วยเสมอ สิ่งที่ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายต้องการที่สุด คือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ด้วยเมื่อต้องการ[48]

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานจากอาการต่าง ๆ โดยทั่วไปเมื่อกายป่วยใจก็จะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วยิ่งต้องการการดูแลประคับประคองใจเป็นอย่างมาก จากการศึกษาต่าง ๆ พบตรงกันว่าสิ่งที่คนใกล้ตายกลัวที่สุด คือ การถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว และสิ่งที่คนใกล้ตายต้องการคือใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้าง ๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่ละคนอาจมีความรู้สึกและความต้องการที่แตกต่างกันไป ดังนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรให้โอกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ

---

[46] สันต์ หัตถีรัตน์. (2541). *สิทธิ์ที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง*. สืบค้น 10 มิถุนายน 2557, จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/2525

[47] *กฎหมายการแพทย์*. (น. 154). เล่มเดิม.

[48] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย*. (น. 15). เล่มเดิม.

โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองจิตใจจนสบายใจ ทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

มีการสำรวจความต้องการของผู้ใกล้ตายจำนวนหนึ่ง ว่าพวกเขาต้องการได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ช่วยให้การดูแล ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดอย่างไรบ้าง ผลการสำรวจเป็นดังนี้

1) ได้รับการดูแลเอาใจใส่เช่นเดียวกับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปจนวินาทีสุดท้าย

2) ถึงแม้จะรู้ว่าการดูแลรักษาจะเปลี่ยนรูปแบบเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังต้องการได้รับการดูแลและการพูดจาที่ให้เกิดความหวัง (แต่ไม่ใช่คำพูดที่หลอกลวง)

3) ได้รับการดูแลและให้การบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ หรือทรมานอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาการปวด

4) ได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการมีความรู้สึกว่ามีความมั่นคงและปลอดภัย

5) ไม่ถูกกระทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือสังคม

6) เป็นที่ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ไม่ใช่ส่วนเกิน)

7) ได้รับความรักและความอบอุ่นจากผู้ใกล้ชิด และสามารถมีโอกาสได้แสดงถึงความรักต่อบุคคลใกล้ชิดเช่นกัน

8) ได้รับสิทธิในการแสดงถึงความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวกับความตายในรูปแบบของตนเอง

9) มีสิทธิในการคาดหวังว่ายังคงได้รับการดูแลรักษาในรูปแบบของการรักษาอย่างเต็มรูปแบบ ถึงแม้จุดมุ่งหมายในการบำบัดจะถูกมุ่งไปสู่การบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ และให้มีความสุขสบายตามอัตภาพเท่านั้น

10) เมื่อมีปัญหาต้องการได้รับคำตอบ หรือคำอธิบายอย่างตรงไปตรงมาไม่หลอกลวง และสามารถออกความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และวิธีบำบัดได้

11) มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัว รวมถึงการทำให้ครอบครัวยอมรับถึงความตาย

12) มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (การทำพินัยกรรมชีวิต)

13) มีสิทธิที่จะได้รับดูแลจากบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจถึงความต้องการ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจนวาระสุดท้าย

14) มีสิทธิในการพูดคุยถึงความเชื่อ ศาสนา จิตวิญญาณอย่างอิสระ แม้จะไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้อื่น

15) ยังคงมีสิทธิในการเป็นปัจเจกบุคคล มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในทุก ๆ กรณี ถึงแม้ว่าการตัดสินใจนั้นอาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้อื่นหรืออาจไม่ถูกต้องก็ตาม

16) ไม่ถูกปล่อยให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว

17) ได้รับการเคารพในร่างกาย แม้ขณะที่สิ้นลมหายใจ[49]

2.3.2.3 หลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยบอกข้อมูล

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (the right to know) หรือได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่ตนจะได้รับก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งตรงกับหลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ที่ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบ[50] ปัจจุบันทั้งในเชิงจริยธรรมและกฎหมาย ล้วนถือว่าหลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเองโดยบอกข้อมูล (Informed Decision) เป็นมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นสากล ภายใต้หลักการนี้แพทย์หรือผู้รักษาจะต้องแจ้งข้อมูล 5 ประการแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยเป็นโรคอะไรหรือมีปัญหาอะไรบ้าง

2) การพยากรณ์โรคว่าอนาคตจะจบลงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการรักษา (natural course)

3) การรักษาที่แนะนำให้ทำนั้นคืออะไร ทำอย่างไร

4) มีทางเลือกอย่างอื่นอีกกี่อย่าง อะไรบ้าง

5) ทางเลือกแต่ละอย่างมีประโยชน์ (benefit) และความเสี่ยง (risk) อย่างไร

เมื่อได้แจ้งแล้ว ควรให้เวลาผู้ป่วยไตร่ตรองตัดสินใจเลือกเอง โดยเปิดโอกาสให้ได้ตัดสินใจในลักษณะที่อิงกับกรอบความคิดเชิงวัฒนธรรม และค่านิยมดั้งเดิมของผู้ป่วยด้วย ในสภาวะที่ความประสงค์ของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ให้ผู้รักษาทำการรักษาเรื่องที่เป็นการเร่งด่วนไปก่อนจนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพพร้อมที่จะตัดสินใจได้

---

[49] จาก *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 24-25), โดย สถาพร ลีลานันทกิจ, 2547, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

[50] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 29). เล่มเดิม.

2.3.2.4 หลักสิทธิโดยอิสระของผู้ป่วย

ความยินยอมของผู้ป่วยซึ่งยอมให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าว หรือคำอธิบายให้เข้าใจว่าการกระทำนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง ผลที่จะเกิดกับผู้ป่วยในภายหลัง และผลร้ายที่อาจเกิดจากการกระทำนั้นมีมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย แต่อาจมีบางกรณีที่แพทย์สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม คือ กรณีจำเป็นเร่งด่วน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะให้ความยินยอมได้ หากเห็นเป็นการประจักษ์ว่าเป็นการกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย[51]

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 ระบุเรื่องการให้ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์มีเนื้อหา คือ แพทย์ที่ให้การรักษามีหน้าที่แจ้งข้อมูลที่เพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจรับบริการด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเรียกว่าหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หลักการในเรื่องนี้สอดคล้องกับหลักสากล คือ ปฏิญญาลิสบอนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The WorldMedical Association Statement on Advance Directives (Living Will)) ซึ่งระบุว่า เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง[52] โดยแพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจข้อมูลคำอธิบายนั้นด้วย ผู้ป่วยที่เข้าใจวิธีการรักษาแล้วจะยินยอมให้แพทย์รักษาหรือไม่ก็ได้ และมาตรา 8 วรรคท้าย บัญญัติข้อยกเว้นในเรื่องการแจ้งข้อมูลเพื่อขอความยินยอมจากผู้ป่วย 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 มีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งต้องช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต แพทย์ก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยสันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว และควรพิจารณาตามหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (the best interest of the patient) หรือ

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ให้ขอความยินยอมจากผู้มีอำนาจปกครองดูแลหรือญาติผู้ป่วยแทน ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ยอมรับกันทั่วไป

2.3.3 แนวคิดทางกฎหมายเรื่องสิทธิการตายอย่างสงบ

สิทธิการตาย (Right to die) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ ที่มนุษย์แต่ละคนมีสิทธิและเสรีภาพโดยสมบูรณ์ในการกำหนดการกระทำของตนเอง มนุษย์ผู้เป็นเจ้าของร่างกายและจิตใจมีอำนาจ

---

[51] *กฎหมายการแพทย์* (น. 64-65). เล่มเดิม.

[52] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 92). เล่มเดิม.

และมีอิสระในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดชะตาชีวิตของตนเองว่าจะมีชีวิตอยู่หรือจะตาย โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของใครทั้งสิ้น เพื่อบังคับการตามสิทธิที่ตนมีตามธรรมชาติ สิทธิการตาย ซึ่งเป็นสิทธิทางธรรมชาตินี้ หลายประเทศได้พัฒนามาเป็นสิทธิทางกฎหมาย โดยมีการบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิดังกล่าว มีแนวคิดในการพัฒนาสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment) โดยการนำรูปแบบของเอกสารที่เรียกว่าคำสั่งล่วงหน้าเพื่อการรักษา หรือพินัยกรรมเพื่อชีวิต หรือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสำหรับการรักษามาใช้ [53] เช่น หลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายยอมรับการตายอย่างมีศักดิ์ศรี หรือกฎหมายสิทธิที่จะตาย ได้แก่ รัฐบัญญัติว่าด้วยการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Acts) ที่มีหลักการว่าผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว สามารถทำหนังสือแสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องมือเพื่อช่วยชีวิต หรือไม่ใช้เครื่องมือดังกล่าวกับตน เมื่อผู้นั้นตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หนังสือแสดงเจตจำนงดังกล่าวเรียกว่าหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต[54] หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ถูกนำมาใช้ในสหรัฐอเมริกาหลังจากเกิดคดีของ Karen Ann Quinlan ซึ่งนอนสลบอยู่ในสภาพอย่างพืชอยู่หลายปี ผู้ปกครองของเคเรนแอน ควินแลน เรียกร้องให้แพทย์ยุติเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแล้วศาลรับรองให้ทำได้ สุดท้ายเมื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจแล้ว คาเรน ก็ยังหายใจได้เอง บิดามารดาจึงต้องให้อาหารต่อไปทางสายยาง และคาเรนมีชีวิตอยู่อย่างไม่รู้สึกตัวต่อไปอีกถึง 10 ปี จึงเสียชีวิต เมื่อมีคดีประเภทนี้เกิดขึ้นในรัฐต่าง ๆ มากขึ้น หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายรับรองการแสดงเจตนาของบุคคล ซึ่งทำไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับการรักษาโดยเครื่องมือหรือกรรมวิธีเพื่อยืดการตายออกไป[55]

สิทธิที่จะตายในสังคมตะวันตก ก้าวไปไกลถึงขนาดเป็นสิทธิเรียกร้องให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือที่เรียกว่า การุณยฆาต (Mercy Kill) ทางวิชาการเรียกว่า Active Euthanasia เช่น ในมลรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา ซึ่งอนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้ ในส่วนของแพทยสมาคมโลก (Word Medical Association–WMA) ในฐานะองค์กร

---

[53] *สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญ ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* (น. 76). เล่มเดิม.

[54] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (น. 45-46). เล่มเดิม.

[55] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 69-70). เล่มเดิม.

วิชาชีพระหว่างประเทศ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวด สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้องค์กรวิชาชีพของแพทย์ หน่วยงานของรัฐและองค์กรในประเทศอื่น ๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม โดยได้เน้นย้ำว่าการกระทำหรืองดเว้นกระทำการที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมาก ได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ (Right to Die) แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบทางจริยธรรม และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้ ดังนี้[56]

ปฏิญญาลิสบอนเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)

แพทยสมาคมโลกออกปฏิญญา “สิทธิผู้ป่วย” ตั้งแต่ ค.ศ.1981 ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดเมื่อ ค.ศ.2005 มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง หัวใจสำคัญคือ แพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบ เคารพผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เนื้อหาของปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยแต่ละข้อล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น เช่น ข้อ10 ของปฏิญญานี้รับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย อย่างมีมนุษยธรรมและมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยสงบเท่าที่จะทำได้ ข้อ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น[57]

สำหรับประเทศไทย ได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าได้ โดยมาตรา 12 บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

---

[56] แหล่งเดิม.

[57] แหล่งเดิม.

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวเป็นการยืนยันว่าประเทศไทยรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ และแพทย์ผู้กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยไม่ต้องรับผิด โดยมีนักวิชาการหลายท่านเห็นว่า สิทธิปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 แตกต่างจากกฎหมายการุณยฆาตของรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา ซึ่งอนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมายในประเทศไทย[58]

ความหมายของ Euthanasia

Euthanasia คือ การให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบคำว่า Euthanasia เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำในภาษากรีกคือ eu+ thanatos แปลว่า Good Death หมายถึงการให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ตายลงโดยไม่เจ็บปวด เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานนั้นในทางปรัชญามีการบัญญัติศัพท์โดยเรียกว่าการุณยฆาต[59]

ใน Webster Dictionary แปลคำว่า Euthanasia ว่า "การตายอย่างสบายหรือการทำให้คนที่ป่วยด้วยโรคที่ทุกข์ทรมาน และรักษาไม่หายเสียชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่สร้างความเจ็บปวด" ส่วน Dorland 's Medical Dictionary ให้อีกความหมายหนึ่งของ Euthanasia ว่าคือ Mercy Killing ซึ่งหมายถึง การทำให้บุคคลตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ไม่รุนแรง หรือวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวก หรือการงดเว้นการช่วยเหลือ หรือรักษาบุคคล โดยปล่อยให้ตายไปเองอย่างสงบ ทั้งนี้ เพื่อระงับความเจ็บปวดอย่างสาหัสของบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลนั้นป่วยเป็นโรคอันไร้หนทางเยียวยา การแปลความหมายของ Euthanasia เช่นนี้ จึงเป็นสาเหตุให้มีการแปลคำว่า Euthanasia ว่า "การุณยฆาต"

Euthanasia เป็นกรณีที่แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับอนุญาต เป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนตายด้วยความรู้สึกเมตตาสงสาร ซึ่งสามารถแยกออกได้เป็น 2 กรณี คือ[60]

---

[58] แหล่งเดิม.

[59] *กฎหมายการแพทย์* (น. 155). เล่มเดิม.

[60] แหล่งเดิม.

Passive Euthanasia เป็นกรณีที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ และเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป

Active Euthanasia เป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยการลงมือกระทำ เช่น การที่แพทย์ฉีดยาหรือให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวด หรือการหยุดเครื่องช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ทั้ง Passive Euthanasia และ Active Euthanasia มุ่งผลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเช่นเดียวกัน แต่หากพิจารณาในข้อกฎหมายแล้วทั้ง 2 คำ มีความแตกต่างกัน เพราะกรณี Passive Euthanasia นั้น แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทำเพียงเพื่อระงับความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตได้ตายอย่างสงบ โดยไม่ใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ส่วนกรณีของ Active Euthanasia เป็นกรณีที่หาข้อสรุปได้ยาก เพราะการใช้ยา หรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ถือเป็นการเร่งการตายและเป็นการกระทำโดยตรง

การแบ่งแยกประเภทของการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ ตามลักษณะของการกระทำเช่นนี้ เป็นเหตุให้การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบมีความใกล้เคียงกับการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตในการบำบัดรักษา นักกฎหมายบางท่านเห็นว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าไปช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นการกระทำที่เรียกว่า Passive Euthanasia

จำแนกประเภทตามเจตนา สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท คือ[61]

ประเภทที่ 1 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ ตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ (Competent Patient) หรือเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive)

ประเภทที่ 2 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยปราศจากความสมัครใจ (non-voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ (Incompetent Patient) ตายโดยสงบตามความประสงค์ของผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย (Patient's Surrogate)

ประเภทที่ 3 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยขัดต่อความสมัครใจ (Involuntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบที่ขัดต่อความประสงค์ของผู้ป่วย หรือคำสั่งที่ผู้ป่วยให้ไว้ล่วงหน้า

พจนานุกรมกฎหมายของเฮนรี แคมป์แบลแบล็ก (Black's Law Dictionary) ได้จำแนกประเภทการุณยฆาตไว้ ดังนี้[62]

---

[61] *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ* (น. 132). เล่มเดิม.

[62] วิกีพีเดีย. (2557). *การุณยฆาต*. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2557, จาก https://th.wikipedia.org

1) การุณยฆาตโดยตัดการรักษา (Passive Euthanasia หรือ Negative Euthanasia) คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้รหัส “90” (เก้าศูนย์) เขียนไว้ในบันทึกการรักษา มีความหมายว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่ต้องให้การรักษาอีกต่อไป และไม่ต้องช่วยยืดยื้อชีวิตในวาระสุดท้ายอีก ปล่อยให้นอนตายสบาย

2) การุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Active Euthanasia หรือ Positive Euthanasia)

2.1) การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยเลือกปลงชีวิตตนเอง (Chosen and Carried Out by The Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขวางยาที่มีปริมาณมากเกินขนาดจนทำให้ผู้รับเข้าไปตายได้ หรือวางยาอันเป็นพิษไว้ใกล้ ๆ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยิบกินเอง

2.2) การุณยฆาตโดยเจตจำนงแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าถ้าไม่รอดก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข กระทำการุณยฆาตแก่ตนเสีย โดยอาจแสดงเจตจำนงเช่นว่าเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรม ซึ่งเรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ก็ได้

2.3) การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) คือ ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ให้ เพราะความสงสาร

ในประเทศไทยมีนักวิชาการเห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมายจริยธรรมแห่งวิชาชีพและความเชื่อทางศาสนา เพราะคือการดูแลแบบประคับประคองตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่เหนี่ยวรั้งความตาย[63] แต่ยังไม่มีกฎหมายรับรองเรื่องการทำการุณยฆาต (Mercy Killing) หรือ Active Euthanasia ที่ถือเป็นการเร่งการตาย การุณยฆาตจึงแตกต่างจากการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will หรือ Advance Directives) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งถือเป็นการแสดงเจตนาของบุคคล เพื่อที่จะกำหนดวิธีการดูแลรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self - determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

การตายอยางสงบและเรียบง่าย ตามความหมายของ Euthanasia นั้น นำมาซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบฮอสปิช (Hospice Care) โดยเน้นเพียงการรักษาแบบประคับประคองให้กำลังใจในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ เพื่อให้เป็นไปโดยธรรมชาติอย่างแท้จริง เพราะผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ต้องการวิธีการรักษาจัดการจากบุคคลที่เป็นมนุษย์มากกว่าจากบุคคลในฐานะนักเทคนิค (Technician) โดยไม่ใช้เครื่องมือทางเทคนิคใด ๆ เลยต่อผู้ป่วย

ผู้สนับสนุนแนวทางการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว ยอมรับถึงสิทธิที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยตาย แต่คัดค้านการออกกฎหมายรับรองการุณยฆาตโดยทางอ้อม ต่างกับการกระทำโดยทางตรง เหตุผลของการคัดค้านการกระทำโดยตรงมีอยู่ 2 ประการที่สำคัญคือ แพทย์ไม่ควรมีเจตนาจะทำลายชีวิตผู้ป่วย และการมีกฎหมายรับรองให้ทำการุณยฆาตโดยสมัครใจจะปฏิบัติกันเกินเลยแก่ผู้ไม่สมัครใจเข้าไปด้วย[63]

2.4 ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์

ทฤษฎีจริยศาสตร์ สามารถช่วยให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะในการตัดสินใจของมนุษย์[64] ซึ่งผู้เขียนจะขอเสนอในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เพียง 2 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม และทฤษฎีของค้านท์

2.4.1 ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม

Jeremy Bentham (1748-1832) เป็นนักปรัชญาศีลธรรมชาวอังกฤษ ผู้ก่อตั้งลัทธิอรรถประโยชน์ (Utilitarianism) ความคิดหลักของลัทธิประโยชน์นิยม คือการสร้างความสุขให้ได้มากที่สุด ความสุข หมายถึง สมดุลระหว่างความเพลิดเพลินกับความเจ็บปวด เบมแธมมองว่าการกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำที่สร้างประโยชน์สูงสุด คำว่า “อรรถประโยชน์” ในแนวคิดของเบมแธม คือ อะไรก็ตามที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความสุข และอะไรก็ตามที่ป้องกันความเจ็บปวดหรือความทุกข์[65]

หลักการพื้นฐานของสำนักนี้เรียกว่า “หลักมหสุข” (The Greatest Happiness Principle) คือ การกระทำที่ถูกต้อง หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุด แก่คนจำนวนมากที่สุด เมื่อใดที่คนเราตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประโยชน์นิยมเห็นว่าต้องเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนจำนวนมากที่สุด บางครั้งหากการกระทำที่ต้องเลือกนั้นอาจก่อให้เกิดทั้งสุขและทุกข์ เราต้องประเมินว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดความสุขเท่าใด ความทุกข์เท่าใด แล้วนำมาเปรียบเทียบว่าผลออกมานั้นก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดหรือทุกข์น้อยที่สุดเราจึงเลือกทำสิ่งนั้น[66]

---

[63] *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 91-92). เล่มเดิม.

[64] *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น. 1). เล่มเดิม.

[65] *Justice* (น. 52-53). เล่มเดิม.

[66] แหล่งเดิม.

ประโยชน์นิยมถือว่าผลที่เราคาดว่าเกิดจากการกระทำสำคัญกว่าแรงจูงใจ[67] เช่น คนที่ช่วยเพื่อนมนุษย์ให้พ้นจากการจมน้ำตาย ได้ทำสิ่งที่ถูกต้องไม่ว่าแรงจูงใจของเขาจะเกิดจากสำนึกในหน้าที่ของมนุษย์ที่จะต้องช่วยกัน หรือเกิดจากความหวังที่ผู้กระทำต้องการได้รับสิ่งตอบแทนจากการช่วยเหลือนั้นก็ตาม ซึ่งตัวอย่างดังกล่าวอาจขัดกับความรู้สึกของคนทั่วไปหลาย ๆ คน เพราะหลายคนคิดว่าคนที่ทำเพราะสำนึกน่าจะเป็นคนดีกว่าคนที่ทำเพราะหวังสิ่งตอบแทน แต่ประโยชน์นิยมเห็นว่าการกระทำทั้ง 2 อย่างนี้ดีเท่ากัน เพราะผลที่ได้คือ การรอดชีวิตของเพื่อนมนุษย์

ตามแนวคิดของประโยชน์นิยม การกระทำที่ดี คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุด ซึ่งความสุขนี้มิใช่เป็นเพียงความสุขของผู้กระทำเท่านั้น แต่ความสุขนี้ต้องกระจายไปสู่คนจำนวนมากที่สุดด้วย คือ ก่อให้เกิดความสุขปริมาณมากที่สุด

ประโยชน์นิยมมองว่าในสังคมทุกสังคม ดูเหมือนจะมีกฎเกณฑ์บางอย่างเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าผู้ที่อยู่ในสังคมต้องปฏิบัติตาม เช่น การทำลายชีวิตมนุษย์ เป็นข้อห้ามทั้งจารีตประเพณีและศาสนา แต่การกระทำบางอย่าง เช่น การร่วมประเวณีของชายหญิงก่อนแต่งงาน กฎหมายไม่ถือว่าผิด แต่ประเพณีและศาสนาถือว่าไม่ดี ข้อห้ามต่าง ๆ เหล่านี้ได้สั่งสมเป็นประสบการณ์ของคนในสังคมและเห็นว่ามีประโยชน์ คือ นำความสุขมาให้แก่คนทั่วไป ประโยชน์นิยมจึงเห็นว่ากฎเกณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้เราควรปฏิบัติตาม เพราะส่วนใหญ่ทำแล้วจะเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ คือให้ความสุขมากกว่าความทุกข์

ประโยชน์นิยมไม่ถือว่าจารีตประเพณีเป็นตัวชี้ขาดกำหนดความถูกความผิดของการกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่าประเพณีทุกอย่างเป็นเรื่องไร้สาระ จารีตอย่างหนึ่งจะดีหรือเลวถูกหรือผิด ต้องได้รับการทดสอบเสียก่อน ในสภาพปัจจุบันจารีตประเพณีใดก่อให้เกิดความสุขที่มีปริมาณมากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด ประเพณีนั้นก็ใช้ได้ ถ้าศาสนาสอนว่าคำสอนอันเป็นบทบัญญัติของศาสนานั้นเป็นสิ่งเด็ดขาดจะละเมิดมิได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ เช่น สอนว่าจงอย่าทำลายชีวิตไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เพราะการทำลายชีวิตเป็นสิ่งผิด และผิดโดยไม่มีข้อแม้ ถ้าสอนอย่างนี้ประโยชน์นิยมจะไม่เห็นด้วย สำหรับชาวประโยชน์นิยม การยุติชีวิตไม่ผิดไม่ถูกในตัวมันเอง แต่อยู่ที่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ประโยชน์นิยมอาจยอมรับว่าโดยทั่วไป จงอย่าฆ่า แต่ในบางกรณี ถ้าการฆ่านั้นจะได้ประโยชน์มากกว่าโทษ ก็จำเป็นต้องทำ เช่น การประหารชีวิตอาชญากรในคดีอุกฉกรรจ์ เพราะเชื่อว่าจะเกิดความสงบสุขแก่คนทั่วไปมากกว่า[68]

---

[67] แหล่งเดิม.

[68] แหล่งเดิม.

ตัวอย่างแนวคิดของประโยชน์นิยม เช่น สมมุติว่าคนกลุ่มหนึ่งหลงทางและขาดอาหารเป็นเวลาหลายวัน ทุกคนคาดการณ์ว่าหากปล่อยไว้เช่นนั้นต่อไปทุกคนจะตายหมด คนเหล่านั้นจึงปรึกษากันและทุกคนเห็นพร้อมกันว่าจะมีการจับสลากเพื่อคัดเลือกให้คน ๆ หนึ่งในกลุ่มฆ่าตัวตายเพื่อให้คนอื่น ๆ ได้กินเนื้อเป็นอาหาร เพื่อประทังให้ชีวิตรอดต่อไป เพราะหากไม่ทำเช่นนี้ทุกคนจะตายหมด แต่ถ้าทำตามที่ตกลงกันจะมีคนตายเพียงคนเดียว ถ้าคิดตามหลักประโยชน์นิยมการกระทำดังกล่าวก็น่าจะเป็นสิ่งที่ชอบและถูกต้อง เพราะก่อให้เกิดประโยชน์สุขมากกว่า แต่ในความเป็นจริงจะมีกี่คนที่ยอมรับแนวคิดแบบนี้ได้ เพราะรู้สึกว่าขัดกับมนุษยธรรม[69]

2.4.2 ทฤษฎีของค้านท์

Immanuel Kant (1724-1804) นักปรัชญาชาวเยอรมัน ค้านท์เสนอทางเลือกในการมองหน้าที่และสิทธิ แนวคิดของค้านท์ เป็นแนวคิดที่ทรงพลังและมีอิทธิพลมาก เพราะไม่ได้ตั้งอยู่บนความคิดที่ว่ามนุษย์เป็นเจ้าของตัวเอง หรือข้ออ้างที่ว่าชีวิตและอิสรภาพของมนุษย์ คือของขวัญจากพระเจ้า แต่ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า “มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุมีผล” [70] ค้านท์เสนอว่าทุกคนควรค่าแก่การเคารพไม่ใช่เพราะมนุษย์เป็นเจ้าของตัวเอง แต่เพราะมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผลใช้เหตุผลเป็น นอกจากนี้มนุษย์ยังเป็นสิ่งมีชีวิตที่เป็นอิสระ สามารถทำตัวและเลือกสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ[71]

ค้านท์มีความเห็นตรงข้ามกับสำนักประโยชน์นิยม และเห็นว่าการที่อรรถประโยชน์นิยมวางสิทธิไว้บนการคำนวณว่าอะไรจะสร้างความสุขสูงสุดนั้น ทำให้สิทธิอ่อนแอ หลักความสุขสูงสุดของอรรถประโยชน์นิยม ไม่ได้ช่วยอะไรเลยในการวางกรอบศีลธรรม การทำให้คนมีความสุขเป็นคนละเรื่องกับการทำให้เขาเป็นคนดี การวางศีลธรรมไว้บนผลประโยชน์นั้นเป็นการทำลายศักดิ์ของศีลธรรม[72] ค้านท์สอนว่าการกระทำจะดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ ไม่อยู่ที่ผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นประโยชน์สุขเพียงใดแก่คนมากน้อยเท่าใด เมื่อได้เลือกทำอะไรลงไปแล้ว บอกได้เลยว่าในแง่ศีลธรรมการกระทำนั้นผิดหรือถูก

---

[69] แหล่งเดิม.

[70] *Justice* (น. 140). เล่มเดิม.

[71] แหล่งเดิม.

[72] แหล่งเดิม.

ค้านท์เห็นว่าดี ชั่ว ผิด ถูก ซึ่งเป็นค่าทางศีลธรรมนั้นต้องตายตัว คือ ถ้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการกระทำอันหนึ่งอันใดดี ต้องดีอยู่เสมอ ไม่เลือกเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อมหรือตัวบุคคลแต่อย่างใด เช่น การพูดความจริง ถ้าถือว่าการพูดความจริงบางเวลาก็ดี บางเวลาก็ไม่ดี เช่นนี้ก็เท่ากับยอมรับว่าโดยตัวของมันเองแล้วการพูดความจริงไม่มีค่าอะไรเลย ค่านั้นขึ้นอยู่ที่เวลา ความดีเปลี่ยนไปเปลี่ยนมาตามกาลเวลา ค้านท์เห็นว่า การพูดความจริงเป็นของดี ไม่ว่าจะพูดเมื่อใด ที่ไหน กับใครและพูดในสถานการณ์อย่างไร การที่ค้านท์ไม่ยอมรับเอาผลของการกระทำเป็นสิ่งตัดสินความดีของการกระทำนั้น เพราะว่าถ้ายอมรับเช่นนั้นก็เท่ากับยอมรับว่าความดีเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว และถ้าสิ่งนั้นไม่ตายตัวก็เท่ากับว่าสิ่งนั้นไม่เป็นความจริง ตามความเห็นของค้านท์ เมื่อเชื่อว่าค่าทางจริยธรรมเป็นจริงก็ต้องเชื่อว่าต้องมีอะไรสักอย่างที่ใช้วัดหรือตัดสิน และสิ่งที่ใช้วัดหรือตัดสินก็ต้องตายตัว ประเด็นก็คืออะไรที่จะใช้ตัดสินค่าทางศีลธรรม อะไรคือสิ่งที่ดีตายตัว ดีโดยปราศจากข้อแม้ พอที่จะเป็นเกณฑ์ตัดสินได้ว่าการกระทำอย่างนี้ถูกหรือผิด ซึ่งค้านท์เห็นว่าคุณค่าทางศีลธรรมของการกระทำไม่ได้อยู่ที่ผลของการกระทำ แต่อยู่ที่เจตนา สิ่งสำคัญ คือ การทำดีเพราะดีไม่ใช่เพราะมีเจตนาแอบแฝง[73]

เมื่อมีการกระทำเกิดขึ้นเรามองการกระทำได้ 2 แง่ คือแง่แรกมองที่ผล เช่น มองว่าผลก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษมากน้อยแค่ไหน แต่ประโยชน์เป็นเรื่องไม่ตายตัวดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น แง่ที่สองมองว่าการกระทำนั้นเกิดจากเจตนาอย่างไร อะไรเป็นแรงจูงใจให้เกิดการกระทำนั้นขึ้น เจตนานี้ไม่ว่าเป็นเจตนาดีหรือไม่ดี เมื่อผลักดันให้เกิดการกระทำแล้ว การกระทำนั้นเป็น “เจ้าของ” ไม่ว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลอะไร สิ่งนั้นเกิดมาจากเจตนานั้น ดังนั้นเจตนาของการกระทำจึงเป็นสิ่งที่ตายตัวติดอยู่กับการกระทำนั้นตลอดเวลา เป็นเกณฑ์ตายตัวที่จะวัดได้ว่าการกระทำนั้นมีค่าทางศีลธรรมที่ตายตัวเป็นอะไร ดี หรือชั่ว ผิด หรือถูก[74]

สำหรับค้านท์การกระทำดี หรือการกระทำที่ถูก คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี[75] เจตนาดีในจริยศาสตร์ของค้านท์ มีความหมายไม่เหมือนที่คนเราเข้าใจกัน เจตนาดีมิได้หมายความว่าปรารถนาดีอย่างที่เราเข้าใจกันเสมอไป สำหรับค้านท์การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี คือ การกระทำตามหน้าที่ การกระทำของเพชฌฆาตที่ประหารนักโทษนั้น แม้ว่าเขาจงใจทำให้นักโทษถึงแก่ความตาย แต่การกระทำนั้นเป็นการกระทำตามหน้าที่ ดังนั้น จึงถือได้ว่าเป็นเจตนาดีตามความหมายของค้านท์ สำหรับค้านท์การทำตามหน้าที่กับการกระทำด้วยเจตนาดีเป็นเรื่องเดียวกัน ดังนี้

---

[73] แหล่งเดิม.

[74] *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น. 10). เล่มเดิม.

[75] แหล่งเดิม.

1) การกระทำที่เกิดจากแรงกระตุ้นหรือความรู้สึก มิใช่การกระทำที่เกิดจากหน้าที่และไม่ถือว่าเป็นเจตนาดี แรงกระตุ้นในที่นี้หมายถึงสัญชาตญาณ ความอยาก ความปรารถนา อารมณ์และความรู้สึก

สำหรับค้านท์ การกระทำที่เกิดจากอารมณ์และความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็นทางบวก เช่น ความเมตตา สงสาร หรือทางลบ เช่น ความโกรธ จะถือว่าเป็นเจตนาดีหรือเป็นหน้าที่ไม่ได้ ค้านท์ถือว่าการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์นั้นเป็นหน้าที่ของคนเรา แต่การกระทำที่เกิดจากความรู้สึกส่วนตัวจะถือว่าทำตามหน้าที่ไม่ได้ เช่น ไฟไหม้บ้านศัตรูของเราแล้วเราเข้าไปช่วย อย่างนี้ถือว่าเราทำตามหน้าที่ คือ หน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ทั้ง ๆ ที่ความรู้สึกในใจของเราอาจรู้สึกว่าไม่อยากช่วย แต่ความรู้สึกนี้ถูกฝืนด้วยสำนึกในหน้าที่ที่มนุษย์มีต่อกัน เราช่วยศัตรูทั้ง ๆ ที่เกลียด ทั้ง ๆ ที่ไม่รู้สึกสงสารเห็นใจ ทั้ง ๆ ที่ไม่อยากช่วย อย่างนี้ถือว่าการกระทำนี้เกิดจากสำนึกในหน้าที่ คือ หน้าที่ที่มนุษย์จะต้องช่วยเพื่อนมนุษย์ แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าค้านท์เห็นการกระทำที่เกิดจากความเมตตาสงสารเป็นการกระทำผิด ค้านท์บอกเพียงว่าการกระทำอย่างนั้น ถ้ามองในแง่จริยธรรมย่อมไม่มีค่าอะไรเลย การกระนั้นอาจมีประโยชน์ คือ ทำให้มนุษย์มีความสุขสบายขึ้น แต่สำหรับค้านท์ นั่นไม่ใช่เรื่องสำคัญที่สุดของมนุษย์ ชีวิตที่สมบูรณ์สำหรับค้านท์ คือ ชีวิตที่อยู่กับศีลธรรม คือ อยู่กับหน้าที่มิใช่อยู่กับความสุขหรือความรู้สึก ศีลธรรมเกิดขึ้น เมื่อความสำนึกในหน้าที่ ซึ่งฝืนแรงผลักดันของอารมณ์

2) การกระทำตามหน้าที่ต้องมิใช่การกระทำที่มุ่งตรงไปที่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง คือ ต้องมิใช่การกระทำที่คาดหวังผลสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ ไม่ว่าผลนั้นจะเกิดแก่ตัวเองหรือเกิดแก่ผู้อื่น เช่น พ่อค้าคนหนึ่งเป็นคนซื่อสัตย์ต่อลูกค้า สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ อะไรเป็นแรงจูงใจให้เขาซื่อสัตย์ ถ้าเขาซื่อสัตย์เพราะต้องการให้คนเชื่อถือ ความเชื่อถือจะทำให้กิจการของเขาเจริญรุ่งเรืองและเขาจะได้กำไรมาก ๆ ในกรณีนี้ความซื่อสัตย์ของพ่อค้ามีเป้าหมายคือผลกำไรเป็นแรงจูงใจ ความซื่อสัตย์เป็นเพียงนโยบายในการดำเนินการ ฉะนั้นค้านท์เห็นว่าการซื่อสัตย์แบบนี้ไม่มีอะไรน่าสรรเสริญในแง่ศีลธรรม เพราะความซื่อสัตย์ของเขามิได้เกิดขึ้นเพราะความสำนึกว่ามนุษย์นั้นจะต้องซื่อสัตย์ต่อกัน แต่ทำเพราะหวังผลบางอย่าง แต่หากว่าพ่อค้าทำเพราะเชื่อว่าในสภาพของชุมชนที่เขาดำเนินกิจการอยู่ การโกงเป็นทางที่ดีที่สุด จะทำให้เขาได้กำไร แต่เขาไม่ทำเพราะขัดกับสำนึกดีชั่วของเขา ที่ว่ามนุษย์ต้องซื่อสัตย์ต่อกัน ดังนั้น ความซื่อสัตย์ของพ่อค้ามีค่าทางจริยธรรมที่แท้จริง เพราะแรงจูงใจที่ผลักให้เขาทำมิใช่ผลอันเกิดขึ้น แต่เป็นความสำนึกในหน้าที่[76]

---

[76] แหล่งเดิม.

แนวคิดของค้านท์นั้น การกระทำตามหน้าที่นั้นไม่เพียงแต่ต้องไม่คำนึงถึงประโยชน์ของตนเท่านั้น แต่ต้องไม่คำนึงถึงผลใด ๆ ทั้งสิ้น การกระทำที่ถูกไม่ใช่การกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือความสุขของใคร ๆ แต่เป็นการกระทำตามหน้าที่และถูกต้อง ส่วนจะก่อให้เกิดคุณหรือโทษแก่ใครนั้นเป็นคนละเรื่องกัน จริยศาสตร์ของค้านท์เข้มงวดมาก สำหรับค้านท์แพทย์ที่ไม่บอกความจริงเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสบายใจไม่ต้องวิตกกังวล และหายจากอาการเจ็บหายป่วย แม้คนทั่วไปเห็นว่าแพทย์ทำเพราะความปรารถนาดี แต่สำหรับค้านท์ การพูดปดจะเรียกว่าเจตนาดีไม่ได้ ไม่ว่าจะพูดปดเพื่ออะไร การพูดปดนั้นผิดตั้งแต่พูดปดออกมาแล้ว เพราะมนุษย์มีหน้าที่พูดความจริง ส่วนผลที่จะเกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ตัวตัดสินความถูกผิดของการกระทำ

สำหรับการทำหน้าที่ คือ การทำตามเหตุผล มนุษย์นั้นมี 2 แรง ที่ผลักดันให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ แรงผลักแรก คือ อารมณ์และความปรารถนา แรงผลักที่ 2 คือ เหตุผล หรือหน้าที่ การกระทำจากแรงอย่างแรกไม่ถือเป็นหน้าที่ แต่กรณีที่สองถือเป็นหน้าที่[77] สำหรับค้านท์การกระทำที่ถูก คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี การกระทำที่เกิดจากเจตนาดีก็คือ การกระทำที่เกิดจากสำนึกในหน้าที่ การกระทำที่เกิดจากหน้าที่ คือ การกระทำที่เกิดจากเหตุผล การกระทำที่ตั้งอยู่บนเหตุผล คือ การกระทำที่เกิดจากกฎศีลธรรม

ค้านท์มองว่าอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย) เป็นการละเมิดกฎคำสั่งแบบเด็ดขาด หากคนต้องการจบชีวิตของตัวเองลง เพราะอยากหนีจากความทุกข์ทรมาน เป็นการที่เรากำลังใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือปลดทุกข์ของตัวเอง ค้านท์เตือนว่าบุคคลไม่ใช่สิ่งของ ไม่ใช่สิ่งที่จะใช้เป็นเครื่องมือเท่านั้น เราไม่มีสิทธิปลิดความเป็นมนุษย์ของตนเองรวมถึงผู้อื่น ค้านท์มองว่าอัตวินิบาตกรรมผิดเหมือนกับฆาตกรรม การกระทำทั้ง 2 อย่าง เป็นการปฏิบัติต่อคนเหมือนสิ่งของ ไม่เคารพ ในความเป็นมนุษย์[78]

2.5 หน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.5.1 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วิชาชีพเป็นคำที่แปลมาจากภาษาอังกฤษว่า Profession มาจากคำกริยา to profess จากคำลาติน pro+fateri แปลว่า ยอมรับว่าเป็นของตน ศัพท์คำนี้ เดิมใช้ในทางศาสนา เป็นการประกาศตน

---

[77] *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น. 9-16). เล่มเดิม.

[78] *Justice* (น. 149). เล่มเดิม.

ว่ามีศรัทธาในศาสนา หรือการประกาศปฏิญาณตน[79] ในตอนแรกใช้ศัพท์ภาษาไทยว่า “อาชีวปฏิญ-ญาณ”[80] ที่มาของคำนี้ คือ การปฏิญาณตน ต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลาย ว่าจะประกอบวิชาชีพตามธรรมเนียม ที่วางไว้เป็นบรรทัดฐาน หาใช่การทำมาหากิน หรือทำมาหาเลี้ยงชีพเพียงอย่างเดียว

ลักษณะเฉพาะของการเป็นวิชาชีพ

1) เป็นงานที่มีการอุทิศตนทำไปตลอดชีวิต โดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ เป็นงานที่มีเจตนารมณ์เพื่อรับใช้ประชาชน[81]

2) การงานนั้น ๆ ต้องได้รับการอบรมสั่งสอนเป็นเวลานานหลายปี คือ ผู้ที่จะประกอบวิชาชีพต้องศึกษาโดยเฉพาะในวิชานั้น ๆ ไม่ใช่การงานที่คนทั่ว ๆ ไปทำได้ แต่ต้องมีการฝึกอบรมในแบบวิทยาศาสตร์ชั่วระยะเวลาหนึ่ง (Prolonged Formal Scientific Training) เป็นการศึกษาอบรมทางความคิดยิ่งกว่าการใช้แรงงาน

3) มีชุมชนหรือหมู่คณะ ที่มีขนบธรรมเนียมประเพณี ที่สำนึกในจรรยาบรรณ และมีองค์กรที่ทำหน้าที่คอยควบคุมดูแลการประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะของวิชาชีพเป็นงานที่ใช้ความรู้อันมีลักษณะเฉพาะ และการประกอบวิชาชีพต้องมีจริยธรรม ดังนั้น การมีองค์กรควบคุมจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนและรักษาเกียรติยศแห่งวิชาชีพในขณะเดียวกัน เป็นการควบคุมกันเองในหมู่คณะ หากองค์กรวิชาชีพสามารถควบคุมดูแลให้สมาชิกอยู่ในกรอบแห่งจริยธรรม ความน่าเชื่อถือและเกียรติยศแห่งวิชาชีพก็ย่อมดำรงอยู่ได้[82]

แพทย์เป็นวิชาชีพที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข วิชาชีพแพทย์แตกต่างจากวิชาชีพอื่นตรงที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของคน ทั้งทางร่ายกายจิตใจรวมถึงชีวิตด้วย แพทย์เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของคนในสังคม การประกอบวิชาชีพของแพทย์เรียกว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การประกอบวิชาชีพต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ควบคู่กันไปด้วยโดยมี “แพทยสภา” เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลด้านจริยธรรม สนับสนุนทางด้านวิชาการ สำหรับกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรมโดยประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2511 ต่อมาได้ถูกยกเลิกในปี พ.ศ.2525 โดย

---

[79] *กฎหมายการแพทย์* (น. 119). เล่มเดิม.

[80] จาก *กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล* (น. 136), โดย ฉัตรสุมน พฤติภิญโญ, 2555, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

[81] *กฎหมายการแพทย์* (น. 220). เล่มเดิม.

[82] แหล่งเดิม.

ประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ใช้บังคับแทน[83] มาตรา 4 ของพระราชบัญญัติดังกล่าวได้ให้คำนิยามคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ไว้ว่า

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็ม หรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึง การกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกายทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย”

“ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา”

จากคำนิยามข้างต้น จะเห็นได้ว่าการประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้น เป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของมนุษย์ โดยตรงแพทย์มีหน้าที่ตรวจค้นหาสาเหตุหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถรักษาและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตนที่จำเป็น เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติ การประกอบวิชาชีพของแพทย์ ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา จึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ ทั้งนี้ แพทยสภาได้ออกประกาศแพทยสภา เกี่ยวกับข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ที่ดี (Good Medical Practice for Thai Physicians)[84] เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติตามโดยใช้วิจารณญาณในการประยุกต์ใช้หลักการต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ข้อพึงปฏิบัติดังกล่าวมีทั้งข้อพึงปฏิบัติโดยทั่วไป เช่น การเคารพสิทธิผู้ป่วยสำหรับการยอมรับ หรือปฏิเสธการรักษาการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเป็นวิชาชีพอิสระ และธำรงรักษามาตรฐานแห่งวิชาชีพที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ ข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วย เช่น การประกอบวิชาชีพโดยตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตมนุษย์ การบริบาลทางการแพทย์โดยใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย ให้การบริบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินโดยหลักมนุษยธรรม เว้นแต่ ในกรณีที่มีผู้อื่นสามารถให้การดูแลได้ และข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ เช่น ละเว้นการชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน เป็นต้น

2.5.2 ความเป็นมาของจริยธรรมแห่งวิชาชีพกับสิทธิของผู้ป่วย

แต่ละอาชีพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักการเมือง ครู นักเขียน พ่อค้า สื่อสารมวลชน ผู้พิพากษา นักกฎหมาย นักกีฬา เป็นต้น ล้วนต้องมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพของอาชีพตน เพื่อยึดมั่น

---

[83] แหล่งเดิม.

[84] ประกาศแพทยสภา ที่ 45/2555

ในความถูกต้องของอาชีพตน ผู้ที่บกพร่องด้านจริยธรรมในวิชาชีพ ไม่ซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ เช่น ประกอบวิชาชีพโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนมากกว่าส่วนรวม กระทำการใด ๆ โดยมีผลประโยชน์แอบแฝงทั้งทางตรงและทางอ้อม ย่อมทำให้ตนเองเสื่อมเสียชื่อเสียงและถูกลงโทษทางสังคม

แพทย์เป็นบุคคลที่สังคมให้การยอมรับยกย่องนับถือว่าเป็นผู้เสียสละ เป็นผู้มีจริยธรรมและคุณธรรมสูง เนื่องจากวิชาชีพแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง การประกอบวิชาชีพของแพทย์เป็นงานที่ต้องผูกพันอยู่กับเรื่องของจริยธรรมและความถูกต้องตามกฎหมาย[85] หากแพทย์ประกอบวิชาชีพผิดจากมาตรฐานหรือหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบจากการประกอบวิชาชีพ จนเกิดความเสียหายต่อประชาชนก็จะเกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดี และขาดศรัทธาจากประชาชนได้ ดังนั้น แพทย์จึงต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งแพทยสภาได้กำหนดจริยธรรมแห่งวิชาชีพออกมาเป็นข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เป็นการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ดังนั้น จริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ต้องมี เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพ

จริยธรรมแห่งวิชาชีพ มิได้ถูกกำหนดโดยตัวบทกฎหมาย แต่กำหนดขึ้นจากความสำนึกและเต็มใจ ภายใต้ความเห็นร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางรากฐานและธำรงไว้ซึ่งรูปแบบที่มีเกียรติของพฤติกรรมที่เหมาะสมแห่งวิชาชีพ

คำว่า “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ” หรือ “จรรยาบรรณวิชาชีพ” เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ เป็นระเบียบข้อบังคับที่สมาชิกทุกคนในวิชาชีพต้องนำไปปฏิบัติ บางครั้งเรียกว่า “มรรยาทวิชาชีพ” เดิมแพทยสภาเคยใช้คำว่า “มรรยาทวิชาชีพ” ในความหมายเดียวกับ “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ” ซึ่งคำว่า “มรรยาทแห่งวิชาชีพ” นั้นมีความหมายอย่างเดียวกับคำว่า “Etiquette” ในภาษาอังกฤษที่แปลว่า ความประพฤติที่งดงาม มีศักดิ์ศรี มีเกียรติสมควรแก่การยกย่อง วิชาชีพของแพทย์และพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมีมรรยาท สำหรับประพฤติปฏิบัติแก่คนทั่วไปและแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ เช่น การพูดจาสุภาพ อ่อนน้อม ไม่แสดงอาการโกรธต่อผู้ป่วย เป็นต้น [86]

ส่วนคำว่า “จริยศาสตร์” นั้นพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมาย “จริยศาสตร์” ว่าปรัชญาสาขาหนึ่งว่าด้วยความประพฤติ และการครองชีวิต ว่าอะไรดี อะไรถูก

---

[85] *กฎหมายการแพทย์* (น. 21). เล่มเดิม.

[86] ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์. (ม.ป.ป.). *จริยธรรมแห่งวิชาชีพและจริยศาสตร์*. สืบค้น 20 มีนาคม 2557, จาก http://www.stc.arts.chula.ac.th

อะไรผิด หรืออะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ ซึ่งตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Ethics” จึงอาจกล่าวได้ว่า “จริยศาสตร์” เป็นเนื้อหาความรู้ทางปรัชญา ซึ่งเป็นพื้นฐานหรือแนวความคิดเบื้องต้น ที่นำไปสู่การกำหนดหัวข้อจริยธรรมเพื่อการปฏิบัติ เช่น ในข้อจริยธรรมหรือจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ซึ่งกำหนดไว้ว่าแพทย์และพยาบาลต้องเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบไม่ได้นอกจากผู้ป่วยยินยอม เหตุผลที่แพทย์หรือพยาบาลต้องทำเช่นนั้น เพราะเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นสิทธิของบุคคล ซึ่งผู้ป่วยจะบอกหรือไม่บอกให้ใครรู้ก็ได้ แต่ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องบอกกับแพทย์หรือพยาบาล ก็เพื่อให้แพทย์และพยาบาลรักษาเขาให้หายจากความเจ็บป่วย และผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้นั้นจะเก็บรักษาความลับเขาไว้ เหล่านี้ คือ การใช้หลักการของจริยศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องการเคารพในสิทธิส่วนตัว[87]

หลักการจรรยาแพทย์ เริ่มปรากฏให้เห็นในยุคของฮิปโปเครติส มีลักษณะเป็นเรื่องของการวางกฎเกณฑ์ ความเมตตา กรุณา ความเป็นแพทย์ที่ดี และแนวทางการทำเวชปฏิบัติ ที่อยู่ในกรอบของจริยธรรมตามคุณค่าที่ยอมรับกันในยุคนั้น โดยได้กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบคำสาบานที่ใช้กันในโรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ของจรรยาบรรณแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด[88] ในสมัยก่อนทางยุโรปต้องกล่าวคำปฏิญาณของฮิปโปเครติสก่อนที่จะมีการเริ่มประกอบวิชาชีพเสมอ คำสาบานดังกล่าวคือ “..ข้าสาบานต่อทวยเทพว่า ข้าจะเคารพครูผู้ประสาทวิชาเยี่ยงพ่อแม่ มีอะไรก็จะแบ่งให้ครูกินและใช้ จะใส่ใจสอนลูกหลานของครูเหมือนพี่น้องของข้าเอง จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์ต่อคนไข้ให้ดีที่สุดเท่าที่ความสามารถและดุลพินิจของข้าจะทำได้ จะไม่ทำอะไรให้เกิดผลร้ายแก่คนไข้ จะไม่ให้ยาเบื่อหรือทำให้ใครตาย แม้ว่าเขาจะร้องขอ จะไม่เอาอะไรสอดให้ผู้หญิงเพื่อทำแท้ง และไม่สอนให้ใครทำด้วย จะดำรงชีพและประกอบวิชาชีพอย่างซื่อตรง อะไรที่ตัวเองทำไม่เป็นจะไม่ทำ แต่จะละไว้ให้คนที่เขาเชี่ยวชาญกว่าทำ จะเข้าบ้านคนไข้ก็เพื่อประโยชน์ของคนไข้เท่านั้น จะห้ามใจไม่ให้ไขว้เขว หรือยอมตามสิ่งยั่วยวน และจะไม่หาความเพลิดเพลินทางกามากับคนไข้ ไม่ว่าหญิงหรือชาย เสรีชน หรือทาส จะรักษาความลับของคนไข้ ถ้าข้าทำตามนี้ได้ก็ขอให้ข้าเจริญ ถ้าข้าทำตรงกันข้ามก็ขอให้ข้าฉิบหาย ... เพี้ยง”

สรุปสาระสำคัญของคำปฏิญาณของฮิปโปคราตีส (The Hippocratic Oath) ที่แสดงถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วยโดยตรง มี 2 ข้อ คือ[89]

---

[87] แหล่งเดิม.

[88] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 11). เล่มเดิม.

[89] แหล่งเดิม.

ข้อ 1 จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ด้วยความสามารถและสติปัญญา จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

ข้อ 2 การรักษาความลับของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยเรื่องราวของผู้ป่วยให้แก่ผู้อื่นทราบ

จรรยาบรรณแนวฮิปโปเครติส เป็นรากฐานของจรรยาบรรณแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ โดยแพทย์สมาคมโลกได้วางหลักสำคัญมากำหนดไว้เป็นคำประกาศกรุงเจนีวาเมื่อปี ค.ศ. 1947 (The Geneva Declaration 1947)[90] ต่อมาเมื่อมีแพทย์เกิดขึ้นเป็นปึกแผ่น ประกอบกับมีจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระบบการปกครอง ระบบกฎหมายของสังคมก็พัฒนาไปเรื่อย ๆ นำไปสู่แนวความคิดที่จะควบคุมจรรยาของแพทย์จากฝ่ายกฎหมายบ้านเมือง ดังนั้น รัฐจึงมีการตรากฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ขึ้น เช่น ในประเทศอิตาลีสมัยกษัตริย์โรเจอร์ที่ 2 (Roger II) เริ่มมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมวิชาชีพในปี ค.ศ.1140[91] ในอังกฤษให้อำนาจพระบิชอบเป็นผู้รับจดทะเบียนแพทย์ใน ค.ศ.1511 และต่อมาอีกไม่นานก็ได้มีการก่อตั้งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ขึ้น จนกระทั่ง ค.ศ.1858 ก็ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ (Medical Act 1858) ซึ่งบัญญัติให้มีแพทยสภา (General Medical Council) ทำหน้าที่ควบคุมจรรยาแพทย์โดยเฉพาะ กฎหมายวิชาชีพในลักษณะดังกล่าว ต่อมาได้มีการตราขึ้นใช้ในเกือบทุกประเทศ จรรยาแพทย์จึงกลายมาเป็นกฎเกณฑ์ที่แพทย์ต้องนำมาประพฤติปฏิบัติเช่นเดียวกับกฎหมาย ผู้ฝ่าฝืนจะได้รับโทษโดยถูกจำกัดสิทธิในการประกอบวิชาชีพ ดังนั้น จรรยาแพทย์ จึงแปรสภาพจากคำสาบานดั้งเดิม ซึ่งยึดถือคุณค่าทางคุณธรรมและความดีงามมาเป็นข้อบังคับทางความประพฤติในวิชาชีพ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ตามมาตรการทางกฎหมาย และมีผลในทางการคุ้มครองตามกฎหมายแก่สิทธิของผู้ป่วย

2.5.3 จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ก่อนตัดสินใจให้การรักษาแก่ผู้ป่วย แพทย์มีหลักการที่พึงพิจารณา และดำเนินการด้านจริยธรรมวิชาชีพ 4 ด้าน ดังนี้

---

[90] แหล่งเดิม.

[91] แหล่งเดิม.

Autonomy สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง	Beneficence พึงรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก
Non-maleficience ต้องไม่กระทำการที่เป็นการซ้ำร้ายต่อผู้ป่วย	*Justice* จัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมโดยไม่เลือกปฏิบัติ

Autonomy เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ แพทย์ต้องคิดว่าผู้ป่วยทุกคนมีศักยภาพที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เมื่อมีความเข้าใจถึงปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ และแนวทางในการแก้ไข ภายหลังจากได้รับการชี้แจงจากแพทย์อย่างครบถ้วน เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งต้องครอบคลุมถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง ควรให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเอง โดยไม่มีการชักจูงไปในทางที่แพทย์ต้องการ (the patient has the capacity to act intentionally, with understanding and without controlling influences that would militate against a free and voluntary act)

Beneficence พึงถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ด้วยความบริสุทธิ์ใจ รวมถึงการป้องกันอันตรายให้กับผู้ป่วยด้วย (the duty of health care providers to be of a benefit to the patient, as well as to take positive steps to prevent and to remove harm from the patients.

Non – maleficience ต้องไม่ยอมให้การตัดสินใจใด ๆ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตราย หรือได้รับการบาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็นอันตรายที่เกิดจากการกระทำ หรือละเว้นการกระทำ (a needless harm or injury to the patient, either through acts of commission or omission.)

Justice แพทย์มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม จัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างเป็นธรรม (the fair distribution of goods in society and requires that we look at the role of entitlement.)[92]

---

[92]รัตนวดี ณ นคร. (ม.ป.ป.). *หลักทางจริยศาสตร์และแนวทางในการพิจารณา*. สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก www.ped.si.mahidol.ac.th.

2.5.3.1 แนวความคิดเรื่องจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การประกอบอาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทยตั้งแต่อดีต เป็นการประกอบอาชีพในลักษณะแพทย์แผนโบราณ ซึ่งอาศัยการเล่าเรียนโดยการอบรมสั่งสอนจากครูอาจารย์และตำราสืบทอดกันมา และไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนที่จะใช้ควบคุมผู้เรียน อีกทั้งในอดีตนั้นทางฝ่ายรัฐเองก็ยังไม่มีกฎหมายออกมาควบคุม ดังนั้น การควบคุมการประกอบอาชีพในทางการแพทย์ของไทยจึงเป็นการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์ โดยใช้พิธีการไหว้ครู และการอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในศีลธรรมจรรยาของอาชีพ จนกระทั่งปี พ.ศ.2430 การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มก่อกำเนิดขึ้นในประเทศไทย โดยอิทธิพลจากคณะมิสชันนารีหรือหมอสอนศาสนาของฝรั่งเศส ซึ่งเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย พร้อมกับได้นำเอาการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเผยแพร่ด้วย และในปี พ.ศ.2432 ได้มีการเริ่มก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในประเทศไทย เมื่อการแพทย์ของไทยเริ่มเจริญขึ้น ทำให้เกิดแนวคิดถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพขึ้น โดยระยะเริ่มแรกกลุ่มผู้ประกอบอาชีพด้วยกันเองได้กำหนดกฎเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์มาสอนในโรงเรียนแพทย์ในปี พ.ศ 2450 ตั้งแต่สมัยโรงเรียนราชแพทยาลัย และยังได้มีการพิมพ์คำสอนจรรยาแพทย์เป็นตำราขึ้นเล่มหนึ่งชื่อว่า “จรรยาแพทย์” แต่งโดยพระยาวิสุทธสุริยศักดิ์[93]

อย่างไรก็ดีในส่วนของการควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์โดยรัฐนั้น ในปี พ.ศ.2466 ได้มีการออกกฎหมายวิชาชีพมาควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายทางการแพทย์ของไทยฉบับแรกที่ใช้ควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองการประกอบวิชาชีพกับคุ้มครองประชาชน[94] และพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ขึ้นเรียกว่า “สภาการแพทย์” และกำหนดให้สภาการแพทย์ทำหน้าที่ร่างกฎเสนาบดี ออกเป็นกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทในการประกอบอาชีพทางการแพทย์ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2472 จึงได้มีประกาศกฎเสนาบดี ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับดังกล่าวออกกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ไว้ในหมวด 9 ต่อมาพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ก็ได้มีการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กำหนด

---

[93] *การเปิดเผยความลับผู้ป่วย* (น. 18). เล่มเดิม.

[94] *กฎหมายการแพทย์* (น. 22). เล่มเดิม.

มรรยาทแห่งวิชาชีพแพทย์ขึ้นใหม่ และในกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ โดยไม่ประพฤติหรือกระทำการเปิดเผยความลับผู้ป่วยไว้ในข้อ 26 (2) ข้อ 27 (2) และข้อ29 (1) ต่อมาเมื่อได้มีกฎหมายวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ประกาศใช้บังคับเพิ่มขึ้น ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 พระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นต้น[95]

2.5.3.2 จริยธรรมและจรรยาแพทย์

จริยธรรมและจรรยาแพทย์ เป็นเครื่องกำกับความประพฤติของแพทย์ให้สง่างามในทุกสถานที่และเวลา แพทย์ได้เรียนรู้จริยธรรมและจรรยาแพทย์ ตั้งแต่ก้าวเข้ามาในสถาบันการศึกษา โดยรับฟังจากอาจารย์อาวุโสซึ่งมีประสบการณ์ การดูตัวอย่างจากอาจารย์ที่ใกล้ชิด และมีโอกาสสัมผัสกับพระบรมราโชวาทของสมเด็จพระบรมราชชนกเจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดชมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย ผู้บุกเบิกให้กำเนิดโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทย จากถ่ายทอดจากอาจารย์ผู้สอนจริยธรรม จรรยาแพทย์มีไว้ให้พึงปฏิบัติกับบุคคล 2 กลุ่ม คือ

1) จริยธรรมและจรรยาแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ

1.1) ให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักวิชาที่ถูกต้อง

1.2) ถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ของตนเองเสมอ

1.3) ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อรักษาแล้วผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ควรพยายามปรึกษาผู้ที่รู้ดีกว่า

1.4) ช่วยรักษาอาการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานโดยรีบด่วน

1.5) ความพอเพียง แพทย์ควรคิดค่าเหนื่อยหรือค่าตอบแทนวิชาชีพ ในอัตราที่เหมาะสมไม่ควรใช้วิชาชีพเอาเปรียบผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้แพทย์จะทำได้ต้องมีศีลธรรมกำกับใจตนเอง โดยไม่อยากได้ในวัตถุจนคิดค่าตอบแทนเกินควร ดังพระโอวาทของสมเด็จพระบรมราชชนกที่กล่าวไว้ว่า “แพทย์ที่ดีจะไม่รวยแต่ไม่อดตาย”

1.6) ช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ ให้กำลังใจ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย ในโรคที่เขาเป็นอยู่ยกย่องให้เกียรติในฐานะเพื่อนมนุษย์

1.7) ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยถูกต้องเหมาะสม เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจการวางแนวทางชีวิตของผู้ป่วย

---

95 *การเปิดเผยความลับผู้ป่วย* (น. 18). เล่มเดิม.

1.8) ให้ข้อมูลหลักฐานรวบรวมให้แก่แพทย์อื่น ๆ ซึ่งอาจต้องดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ

1.9) รักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

1.10) การเรียนรู้ต่อเนื่อง แพทย์ต้องพยายามเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองรอบรู้ในวิชาแพทย์ โดยเฉพาะในสาขาวิชาที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ทั้งนี้ เพื่อนำความรู้มาใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีปัญหาในการรักษา การวินิจฉัยผู้ป่วย ต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

2) จรรยาแพทย์กับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงาน

2.1) ไม่กล่าวติเตียน ทับถม วิจารณ์ การกระทำของเพื่อนแพทย์ต่อผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นในเรื่องการรักษาพยาบาล เพราะทำให้เกิดความแตกแยก

2.2) ให้เกียรติ ให้คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ มีความจริงใจ และยกย่องช่วยเหลือเพื่อนร่วมอาชีพ

2.3) แพทย์ไม่คิดค่ารักษาพยาบาลจากเพื่อนร่วมอาชีพและครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร และธิดาของแพทย์

ดังนั้น ผู้ที่เป็นแพทย์จะต้องฝึกจิตใจให้นิ่งมีสติ มีความอดทน เข้าใจ เห็นใจ มีเมตตา แพทย์จึงต้องรักษาผู้ป่วยทั้งตัว ทั้งโรคทางกายและปัญหาทางจิตใจ (Body and Mind) พร้อม ๆ กันเสมอ (Psychosomatic Medicine) มีเวลาให้ผู้ป่วยได้ซักถาม (Two-way Communication) มีศิลปะในการพูดจาเดาใจผู้ป่วยได้ บางเวลาต้องรวมบทบาทเป็นทั้งแพทย์และเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยด้วยตามความเหมาะสม

ปัจจุบันมีสาขาวิชาแพทย์ที่เรียกว่า Humanized Medicine หรือ Humanistic Medicine หรือเวชศาสตร์ความเป็นมนุษย์ คือ วิชาการแพทย์ที่เน้นให้เห็นว่า “แพทย์ต้องมีจิตวิญญาณในการรักษาผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน”[96] ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะอยู่ในสถานะใด ภาวะใด หรือเมื่อหายจากสภาพผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว ก็ควรมีแพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งการให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคที่บ้านและในชุมชน วิชานี้ได้มีบทบาทในการใช้สอนแพทย์พยาบาลให้มีความรู้สึกนึกคิดรับผิดชอบที่ดีต่อผู้ป่วยและเพื่อนมนุษย์ มีจิตวิญญาณของการทำหน้าที่แพทย์พยาบาลมีมนุษยธรรมต่อผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณของความเป็น

---

[96] อาทิ เครือวิทย์. (2552). *นักศึกษาแพทย์กับจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Student and Medical Ethics)*. สืบค้น 2 มีนาคม 2557, จาก The Medical Council of Thailand.

มนุษย์ ไม่ให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด แม้ว่าจะอยู่ในสภาพสิ้นหวังและเป็นภาระของครอบครัว เช่น ผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงทางสมอง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเมื่อผู้ป่วยจะจากไปก็ให้เป็นการตายที่ดี มีจิตที่สงบไม่เจ็บปวดทรมาน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้หยุดหายใจเองก็ไม่ต้องช่วยให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป (DNR, Do No Resuscitation) ตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติที่ได้ลงบันทึกไว้ก่อนแล้ว พร้อมพยานบุคคล การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) อาจจะมีบทบาทมากขึ้นในการรักษาผู้ป่วยแม้ว่าจะได้ผลหรือไม่ได้ผลก็ตาม หรือแม้แต่ความเชื่อตามศรัทธาของแต่ละบุคคล เช่น การทรงเจ้าเข้าทรง ซึ่งขัดกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ หากผู้ป่วยเห็นว่าเป็นทางออกหนึ่งก็ไม่ใช่เรื่องที่แพทย์จะเข้าไปปกป้องสิทธิของผู้ป่วย (Advocacy) แต่แพทย์ควรให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์แก่ผู้ป่วยและญาติ วิชาชีพแพทย์ต้องมีทั้งศาสตร์ (Science) และศิลป์ (Art) และทุกคนต้องมีสามัญสำนึกในการปฏิบัติหน้าที่จิตแพทย์ในขอบเขตที่เหมาะสมไปด้วยในตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นไม่ทำให้เกิดความท้อแท้หมดหวังจนอาการทรุดหนัก แพทย์ต้องพูดความจริงแสดงข้อเท็จจริง(Veracity) รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) ควรอธิบายให้ญาติสนิทของผู้ป่วยเข้าใจในความจริงของโรคขณะนั้นด้วยความเห็นใจและจริงใจที่จะช่วยเหลือ (Sympathy) ในทางปฏิบัติแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (Body and Mind) ด้วยทีมงานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างสาขา หรืออาจจะกล่าวได้ว่ามีทีมงานที่ทุ่มเท ร่วมมือร่วมใจ เข้าใจได้อย่างลึกซึ้งถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยให้การรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Approach, Multidisciplinary Care)[97]

2.5.3.3 จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องคำนึงถึงและหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือจริยธรรมในการดูแล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ชนิดของโรค การพยากรณ์โรค วิธีการและสุดท้ายคือ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการรักษาอย่างอิสระ การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม สะท้อนถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย[98] แพทย์ส่วนใหญ่มักเกิดความลังเลใจในการเปิดเผยผลการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคร้ายแรงและการพยากรณ์โรคไม่ดี ส่วนมากจะยอมเปิดเผยการวินิจฉัยโรค เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยยินยอมหรือร่วมมือในการบำบัดรักษาแล้ว ส่วนทางด้านจริยธรรม แพทย์มีหน้าที่ในการแจ้งถึงการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะ

---

[97] แหล่งเดิม.

[8] *คู่มือการรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 71). เล่มเดิม.

เมื่อสภาพการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย คำถามที่เกิดขึ้นประจำคือข้อมูลการพยากรณ์โรค ควรให้เท่าใดจึงจะเหมาะสม และบ่อยครั้งที่ญาติผู้ป่วยมักขอร้องไม่ให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย การขอร้องเช่นนี้ควรได้รับการปฏิเสธ สิ่งที่แพทย์ต้องทำคือการพูดคุยกับคนในครอบครัวผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และมีเหตุผล อธิบายถึงผลเสียจากการปิดบังความจริง โดยเฉพาะการเตรียมตัวเตรียมใจของผู้ป่วย

แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค แพทย์จำเป็นต้องเข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับจริยธรรมในด้านการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับการวางแผนการบำบัดต่อไป ก่อนที่จะรู้ถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากต้องรู้ขอบเขตความสามารถกับการตัดสินใจของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องคำนึงถึงเรื่องดังต่อไปนี้[99]

1) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับการมีชีวิต และความตายเพียงพอหรือไม่กับสถานการณ์ในขณะนั้น

2) ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อดีและความเสี่ยง จากมาตรการบำบัดที่แพทย์แจ้งให้ทราบ รวมถึงทางเลือกอื่นมากน้อยเพียงใด

3) ผู้ป่วยทราบดีเพียงใดว่า การปฏิเสธการบำบัดรักษา ที่แพทย์แนะนำอาจทำให้จบลงด้วยความตาย

4) เหตุใดผู้ป่วยจึงเลือกปฏิเสธวิธีบำบัดรักษาที่แพทย์แนะนำ

5) ผู้ป่วยมีเวลาในการตัดสินใจ สำหรับการเลือกถึงการมีชีวิตและความตายเพียงพอหรือไม่

จะเห็นได้ว่าจากคำถามตามที่กล่าวมาในข้างต้น ไม่มีคำถามใดที่สามารถตอบได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่ให้การดูแลต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย ก่อนที่จะยอมปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะมาตรการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ชีวิตคงอยู่ต่อไป รวมทั้งหลักการที่เกี่ยวกับความมีอิสระและสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถปฏิเสธการบำบัดรักษาได้ แม้การปฏิเสธนั้นจะเป็นทางเลือกที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับความต้องการครั้งแรกของผู้ป่วยก็ตาม หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง เกี่ยวกับแผนการบำบัดรักษา เช่น หมดสติ ไม่รู้สึกตัว หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้แพทย์ถือปฏิบัติในรูปแบบที่กระทำกับผู้ที่บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถเพียงพอ และที่สำคัญ คือ ควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ที่ได้แสดงเจตนาไว้กับแพทย์ผู้ให้การรักษา สำหรับการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Advance care planning) หรือแม้แต่พินัยกรรมชีวิต (Living will) ซึ่งส่วนมากเป็นขบวนการที่ผู้ป่วย คนในครอบครัวและแพทย์

---

[99] แหล่งเดิม.

ได้ร่วมกันปรึกษา ตกลงวางแผนไว้ล่วงหน้าในการตัดสินใจถึงเรื่องการบำบัดรักษา ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการตกลงไว้ก่อน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมในการตัดสินใจได้อีกต่อไป[100] พบว่าการชี้นำหรือตกลงกันไว้ล่วงหน้า เป็นมาตรการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เหตุผลส่วนหนึ่ง คือ ไม่ได้เขียนคำสั่งไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือเขียนไว้แต่ไม่สมบูรณ์และญาติปฏิเสธคำสั่งดังกล่าว

2.5.3.4 แนวทางปฏิบัติ เพื่อการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง

ในทางปฏิบัติการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า ทำให้เกิดการสื่อสาร เพื่อเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปแม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนารมณ์ที่แท้จริงของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนร่วมกันเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งไม่มีใครทราบแน่ว่าจะเกิดเหตุไม่คาดฝันใดขึ้น

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ให้เข้ากับคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคมเพื่อหาเป้าหมายการดูแลร่วมกันฉันกัลยาณมิตร ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตก่อนเข้าสู่วาระสุดท้ายทุกราย กฎหมายที่รับรองสิทธิในการเลือกรับการรักษาที่เหมาะสมในวาระสุดท้าย เป็นกลไกสำคัญ เพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ ๆ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย มากกว่าการยึดตายตัวตามสิ่งที่เขียนอย่างปราศจากการทบทวนเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การใส่ใจเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน เช่น การให้ยาระงับความเจ็บปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้นตลอดจนการเอื้ออาทร ปลอบโยน ชี้แนะผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของโรค[101] การดูแลแบบประคับประคอง เน้นให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่อาจบำบัดให้หายขาดได้

---

[100] แหล่งเดิม.

[101] จาก *คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 3), โดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2547, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ[102] ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษาตรงกับความต้องการของตนเอง

จากการดูแลของแพทย์ พยาบาล และคนในครอบครัว ด้วยขบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ดีและถูกต้อง ขบวนการของการตายจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ด้วยความสงบ อาจใช้เวลาหลายวัน ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหลับ และอาจหมดสติเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจเป็นวัน ๆ รูปแบบการหายใจอาจมีการเปลี่ยนไปจากปกติบ้าง เช่น หายใจตื้นและสั้น อาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ บางครั้งมีสารคัดหลั่งที่เป็นน้ำในหลอดลมหรือในลำคอ อาจทำให้เกิดเสียงครืดคราดตามจังหวะการหายใจเข้าออก มือเย็นกว่าปกติ ผิวหนังอาจมีสีเปลี่ยนไปจากปกติ การไหลเวียนของเลือดในร่างกายช้าลง แต่อาการเหล่านี้ไม่ได้ทำให้ผู้ใกล้ตายเกิดความรู้สึกทรมานเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ถึงการสัมผัสอาจจะยังมีอยู่ แม้ว่าผู้ป่วยจะหมดสติ ดังนั้น การจัดให้มีบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ พร้อมกับการสัมผัสหรือจับกุมมือผู้ป่วยไว้เบา ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ การปฏิบัติทุกอย่างกับผู้ป่วยเหมือนที่เคยปฏิบัติมาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด โดยเฉพาะการบอกหรือกระซิบข้างหูให้รู้ว่าใครอยู่ข้าง ๆ ในขณะนั้นเพราะการรับรู้เกี่ยวกับการได้ยินจะเป็นสิ่งสุดท้ายของการรับรู้ที่ผู้ใกล้เสียชีวิตจะสูญเสียไป

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลที่รวมถึงสิ่งดังต่อไปนี้

1) ให้รวมถึงการบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

2) คำนึงถึงการมีชีวิตและความตาย ให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ

3) ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต

4) นำเอาการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล

5) จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือค้ำจุนแก่ผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากสุดเท่าที่จะกระทำให้ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

6) จัดให้มีถึงระบบสำหรับการช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย และช่วงเวลาที่โศกเศร้าจากการที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

---

[102] แหล่งเดิม.

7) จัดให้มีทีมงานค้นหาความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษา ชี้แนะ สำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยถ้ามีข้อบ่งชี้

8) สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิเช่น ผ่าตัด เคมีบำบัด และหรือรังสีรักษาและยังรวมถึงการตรวจสอบชนิดต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้ถึงความเข้าใจที่ดีขึ้นรวมถึงการบำบัดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มีพัฒนาการมาหลายสิบปีในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม การให้คำนิยามและรูปแบบการจัดบริการมีความหลากหลาย ในทวีปยุโรป อังกฤษ มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบสมัยใหม่ในช่วงทศวรรษ 960 และเริ่มจัดบริการแบบ Hospice เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี ค.ศ.1967 จากนั้นมา[103]

องค์การอนามัยโลก ได้เผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งในปี ค.ศ. 1986 และได้มีการประชุมนานาชาติที่ประเทศอิตาลีในปี ค.ศ. 1988 พร้อมกับได้มีการจัดตั้งสมาคมบริบาลแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นในปี ค.ศ. 1999 สหภาพยุโรปได้ให้การรับรองเอกสารการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิต ค.ศ. 2003 และได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิก เกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในทวีปอเมริกาเหนือได้เริ่มจากการมุ่งให้การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ สหรัฐอเมริกาได้เริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. 1970 และบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ Medicare สำหรับผู้ที่จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน โดยให้เป็นการดูแลทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาลแบบต่าง ๆ ในรัฐเคราลาประเทศอินเดีย ได้มีการจัดบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นทางการภายใต้การสนับสนุนโดยนโยบายของรัฐบาล ซึ่งครอบคลุมการบริการไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคทางจิตในประเทศไต้หวัน ได้มีการจัดบริการด้านนี้โดยได้มีการกำหนด Good Death Score ขึ้น

แม้ว่ารูปแบบการจัดบริการของแต่ละประเทศมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ การยอมรับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย โดยไม่ไปเร่งหรือพยายามยื้อชีวิต และเน้นช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในประเทศไทยนับว่าอยู่ในระยะเริ่มต้น เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์ใกล้เคียงกัน เช่น มาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ จากการสำรวจสถานพยาบาลทั่วไปประเทศพบว่ามีเพียง 528 แห่งเท่านั้น การบริการ

---

[103] *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย* (น. 55). เล่มเดิม.

ดังกล่าวในระดับที่แตกต่างกัน[104] แม้ในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังมีความไม่สะดวกบางประการ เช่น การขาดผู้ดูแลหลัก จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้น การจัดระบบบริการในลักษณะสถานพยาบาลกึ่งบ้านจึงอาจมีความจำเป็นในระดับหนึ่ง

2.5.4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจากอดีตสู่ปัจจุบัน

ในยุคดึกดำบรรพ์ที่ยังไม่มีแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ลักษณะของการรักษาพยาบาลเป็นกิจกรรมในครอบครัว ทุกคนต้องดูแลรักษาตนเองและดูแลรักษาบุตรหลานที่เกิดมา จนเมื่อมนุษย์ได้รวมตัวกันเป็นชุมชน พระหรือหมอผี (Witch Doctor) ได้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการรักษาคนในชุมชน ทั้งยังเป็นผู้ที่มีหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ รวมทั้งพิจารณาตัดสินการกระทำของสมาชิกในชุมชนที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ตลอดจนเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามลัทธิความเชื่อของชุมชนนั้นด้วย แสดงให้เห็นว่าพระในยุคนั้นแสดงออกซึ่งบทบาทหน้าที่ของแพทย์และผู้พิพากษาพร้อมกันไปด้วย โดยทั่วไปพระหรือหมอผีที่ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลคนป่วยนั้นจะมีฐานะทางสังคมสูงกว่าสมาชิกของชุมชนสังคม คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือและมีความศรัทธาเลื่อมใส (Trustworthy) พระหรือหมอผีดังกล่าวจึงต้องเป็นผู้ทรงคุณธรรมสูงกว่าคนทั่วไปตามมาตรฐานความเชื่อของชุมชนนั้น ๆ ลักษณะของการบริการที่ผู้ป่วยเป็นศาสตร์ที่ลึกลับเกินกว่าความเข้าใจของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมอบความไว้วางใจด้วยความศรัทธาให้กับผู้รักษาให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกกรณี โดยเชื่อว่าผู้รักษาจะรักษาผลประโยชน์อย่างดีที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย จึงมีลักษณะเป็นเชิงเกื้อกูลทำนองพ่อแม่ดูแลรักษาบุตรหลานของตน การรักษาในลักษณะนี้มิได้มุ่งไปที่ค่าตอบแทน ซึ่งผู้รักษาจะได้รับจากผู้ป่วย[105]

ต่อมาการแพทย์ได้แยกตัวออกจากพระและหมอผี โดยการเรียนแพทย์นั้น นอกจากจะมีการเรียนการสอนสืบต่อกันมาแล้วก็ยังมีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ซึ่งโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียงคือโรงเรียนแพทย์ในประเทศกรีก ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocrates) หลักในการรักษาของฮิปโปเครติส เชื่อว่าโรคเป็นขบวนการของธรรมชาติ การรักษาโรคของเขาจะใช้การสังเกตธรรมชาติ และหาทางอธิบายสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการนี้นับได้ว่าเป็นพื้นฐานของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน ฮิปโปเครติสจึงได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์

---

[104] เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี, และคณะ. (2555). *การสำรวจข้อมูลบุคลากรและการบริการด้าน palliative care ในประเทศไทย ปี 2555* , สืบค้น 15 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/main_gooddeath_17_Dec_final.pdf

[105] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 10). เล่มเดิม.

สากล อย่างไรก็ตาม แม้แพทย์สมัยนั้นจะมีทัศนะต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นองค์รวมของบุคคล แต่อาชีพแพทย์ก็มักจำกัดอยู่ในกลุ่มของชนชั้นนำ ซึ่งมีฐานะทางสังคมสูงกว่าคนทั่วไป ดังนั้น ลักษณะความสัมพันธ์โดยสถานภาพที่แตกต่างกันนี้ แพทย์จะเป็นผู้ออกคำสั่งและอีกฝ่ายหนึ่งคือผู้ป่วยจะเป็นผู้ปฏิบัติตาม แต่ทั้งนี้ก็อยู่ภายใต้กรอบของจริยธรรมที่ยอมรับกันในยุคนั้น กรอบจรรยาแพทย์ดังกล่าว แพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้นจะเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วย แม้จะไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม ทั้งนี้ ก็ด้วยเหตุผลที่ว่า แพทย์มีคุณสมบัติที่จะตัดสินใจดำเนินการได้เมื่อแพทย์ประเมินว่าการบำบัดรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การกระทำนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเมตตากรุณา รวมทั้งไม่ถือเป็นการทำอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ค่อนข้างหย่อนความสามารถ เนื่องจากความเจ็บป่วยของเขา การปกปิดข่าวร้ายนับเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเป็นผู้ที่จะใช้สิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ (Autonomous Moral Agent) หรือมีส่วนร่วมในการรักษาแต่อย่างใด[106]

หลังจากยุคของฮิปโปเครติส การแพทย์ในยุโรปได้พัฒนาไปตามแนวทางของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ โดยใช้วิชาชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ มาเป็นพื้นฐาน และตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา การแพทย์แนวนี้ก็แผ่ขยายไปทั่วโลก จนอาจเรียกได้ว่าเป็นการแพทย์สากล (Cosmopolitan Medicine) ซึ่งมุ่งการศึกษาส่วนปลีกย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็กลงไป ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนใหม่จึงมักจะรู้สึกต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ และลดทอนเรื่องสุขภาพลงเป็นเพียงการทำงานของเครื่องยนต์กลไกเท่านั้น[107] การที่วงการแพทย์ได้อาศัยเทคนิควิธีความรู้ใหม่ ๆ และเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยในการรักษา อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้บทบาทของแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตและการตายของผู้ป่วยมากขึ้น ประชาชนเริ่มเห็นว่าแพทย์มิใช่บุคคลสำคัญแต่ผู้เดียวในระบบการให้การรักษาพยาบาล แต่แพทย์ต้องอาศัย บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมตลอดถึงแพทย์จะต้องให้คำอธิบายที่มีเหตุผลได้ในการรักษาอีกด้วย[108] ขณะเดียวกันการมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมก็เข้ามามีบทบาทเปลี่ยนลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ส่งผลให้แพทย์และผู้ป่วยมีความเท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัญญาระหว่างกัน (Contractual relationship) และด้วยความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปนี้

---

[106] *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรม ในการรักษาโรคร้ายแรง ของ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (น.18). เล่มเดิม.

[107] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 3). เล่มเดิม.

[108] *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรม ในการรักษาโรคร้ายแรง ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (น. 19). เล่มเดิม.

ทำให้แพทย์ต้องเพิ่มความรับผิดชอบด้วยการให้ข้อมูลต่าง ๆ หรือบอกกล่าวถึงผลดีผลเสียของวิธีการตรวจรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจในสิ่งที่ดีที่สุด ตามความประสงค์ของผู้ป่วย อันเป็นการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการรักษาพยาบาลที่มีอำนาจและอิสระในการตัดสินใจ เลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง ความยินยอมของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวนี้ เรียกว่าความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) ในทางเวชปฏิบัติหมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์กระทำต่อร่างกายของตน ตามวิธีในวิชาชีพแต่ละประเภท โดยที่ผู้ป่วยที่ให้ความยินยอมนั้นได้รับการอธิบายหรือบอกกล่าวให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพว่ามีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดในการกระทำเป็นอย่างไร ผลที่เกิดจากการกระทำที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นอย่างไร รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าวให้ทราบถึงอันตรายหรือผลร้ายที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ว่ามีมากน้อยเพียงใดด้วย ต่อมาได้พัฒนาเป็นหลักกฎหมายที่สำคัญของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ หลายประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในลักษณะเป็นคู่สัญญา ในทางกฎหมายดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงการเคารพสิทธิในความอิสระของมนุษย์ ซึ่งอาจแยกออกเป็นสิทธิในร่างกายและเสรีภาพตลอดจนสิทธิส่วนตัวของมนุษย์ที่เป็นผู้ป่วย[110]

---

[110] *สิทธิผู้ป่วย* (น. 104-105). เล่มเดิม.

บทที่ 3
มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทยและกฎหมายต่างประเทศ

สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ มีวิวัฒนาการมาจากสิทธิทางธรรมชาติ จนกลายมาเป็นสิทธิทางกฎหมาย ที่เป็นการรับรองสิทธิการตายโดยรัฐ โดยเฉพาะในประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งแต่ละประเทศมีการรับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวแตกต่างกันออกไป สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต มีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจะขอกล่าวถึง มาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับการรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สาธารณรัฐฝรั่งเศส เครือรัฐออสเตรเลีย และประเทศญี่ปุ่น

3.1 มาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ของประเทศไทย

3.1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550[1]

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ ประเด็นเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ความเสมอภาคของบุคคล สิทธิของผู้ต้องหา เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพทางการศึกษา สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสิทธิของผู้สูงอายุ สิทธิของคนพิการหรือทุพพลภาพ สิทธิของผู้บริโภค สิทธิของชุมชนท้องถิ่น เสรีภาพในการรวมกลุ่มและการชุมนุม สิทธิในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วม สิทธิในการร้องทุกข์และฟ้องคดี ซึ่งสิทธิต่าง ๆ เหล่านี้ รัฐธรรมนูญรับรองเป็นหลักประกันที่สำคัญ ซึ่งแสดงถึงการคำนึงถึงสิทธิของประชาชนไว้อย่างครอบคลุม

---

[1] ปัจจุบันรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวถูกยกเลิกโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ หรือ คสช. (National Council for Peace and Order) และปัจจุบันมีการยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับใหม่กำลังเข้าสู่การพิจารณาของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติรับรองเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไว้ในมาตรา 4 ว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

คำว่า "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์" ตามรัฐธรรมนูญไม่ได้ให้คำนิยามศัพท์ว่าความหมายอย่างไรและมีขอบเขตเพียงใด แต่อย่างไรก็ตาม คำว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Human Dignity และมีข้อความลักษณะเดียวกับรัฐธรรมนูญสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ค.ศ.1949 มาตรา 1(1) ที่บัญญัติว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะถูกละเมิดมิได้ ศาสตราจารย์ ดร.เอิร์นดีเทอร์เบนด้า เห็นว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ เป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพปัจเจกชนตามรัฐธรรมนูญ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาจากสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชน อันเป็นศักดิ์ศรีที่มนุษย์ได้มาโดยการเกิด (Inherent Dignity) ติดตัวมาจนเป็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นพื้นฐานที่มาของสิทธิมนุษยชน จึงเห็นได้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นสิทธิอย่างหนึ่งอันเป็นสิทธิธรรมชาติ ตามแนวคิดของนักปราชญ์สำนักกฎหมายธรรมชาติมองว่าศักดิ์ศรีที่มนุษย์ได้มาโดยการเกิด ต่อมาภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้กลายเป็นพื้นฐานความคิดของคำประกาศสิทธิมนุษยชนสากลในปี ค.ศ.1948[2]

การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองหลักเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ เป็นการรับรองมิให้มีการกระทำในลักษณะที่เป็นการทำลายชื่อเสียง การเลือกปฏิบัติ การเหยียดหยาม การตัดสิทธิอันไม่สมควรและการลงโทษทางอาญาที่มีลักษณะทารุณโหดร้ายจนเกินไป ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หมายถึง คุณค่าของความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวของบุคคลทุกคน ซึ่งรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองไว้ และรัฐจะปฏิบัติต่อประชาชนเสมือนหนึ่งว่าประชาชนไม่ใช่มนุษย์ไม่ได้[3]

การกำหนดทิศทางของรัฐเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น มีผลในการกำหนดกฎเกณฑ์ที่จะต้องทำให้บรรลุเป้าหมายต่อคุณค่าดังกล่าว สำหรับการกระทำของรัฐทั้งหลาย เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้นเป็นตัวกำหนดและจำกัดวัตถุประสงค์และภาระหน้าที่ของรัฐ นอกจากนี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ยังเป็นตัวกำหนดและจำกัดความชอบธรรมของรัฐ และของกฎหมายที่มีต่อคุณค่า

---

[2] จาก *ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมบรรทัดฐาน ในเชิงรูปธรรมเพื่อการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพพลเมือง ตามรัฐธรรมนูญ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 77-80), โดย ปัญญา จิตตานุ, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยารามคำแหง.

[3] แหล่งเดิม.

ในทางส่วนบุคคล จากพื้นฐานดังกล่าวนี้เอง ย่อมมีความหมายต่อการใช้สิทธิและเสรีภาพอื่น ๆ ดังนี้

1) เรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับปัจเจกบุคคลนั้น ก่อให้เกิดบทสันนิษฐานที่เป็นคุณต่อปัจเจกบุคคล ในกรณีที่สัมพันธ์กับอำนาจรัฐ

2) เรื่องของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั้น ถือว่าเป็นสารัตถะของสิทธิและเสรีภาพ ซึ่งภายในขอบเขตดังกล่าว รัฐไม่อาจเข้าไปแทรกแซงได้ในกรณีที่สัมพันธ์กับอำนาจรัฐ

การบัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญนั้น ไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดสิทธิในทางมหาชนที่มุ่งหมายต่อการกระทำของรัฐเท่านั้น แต่ยังบังคับให้รัฐต้องกำหนดเป็นหลักกฎหมายทั่วไปว่าอำนาจอื่น ๆ นอกเหนือจากอำนาจรัฐ ไม่อาจที่จะละเมิดต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้ ถึงแม้จะไม่ก่อให้เกิดสิทธิในทางมหาชนในการเรียกร้องให้บัญญัติกฎหมายเพื่อการคุ้มครองก็ตาม แต่จากบทบัญญัติของกฎหมายที่มีอยู่ ต้องตีความให้สอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้รัฐยังต้องปกป้องคุ้มครอง เพื่อมิให้มีการละเมิดในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550ได้บัญญัติให้การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลไว้ในหมวด 1 ว่าด้วยบททั่วไป มาตรา 4 ซึ่งบัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้โดยชัดแจ้ง โดยผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจนิติบัญญัติ อำนาจบริหารและอำนาจตุลาการ และมาตรา 27 ได้บัญญัติว่าต้องเคารพและให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนให้เป็นไปตามรัฐธรรมนูญ สิทธิต่าง ๆ ที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้เรียกรวม ๆ ว่าสิทธิขั้นพื้นฐาน (Fundamental Right) ซึ่งคำประกาศสิทธิมนุษยชนสากล ค.ศ.1948 เรียกว่าสิทธิมนุษยชน หมายถึง สิทธิและเสรีภาพทุกประเภท สิทธิขั้นพื้นฐานที่เป็นทั้งสิทธิที่รัฐกระทำมิได้และสิทธิที่รัฐต้องกระทำ

นอกจากนี้ยังได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพไว้ในหมวดที่ 3 ได้แก่ การใช้อำนาจโดยองค์กรของรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น

สิทธิในชีวิตและร่างกาย ถือเป็นรากฐานอันสำคัญประการหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 32 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 โดยบัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมาย มิให้ผู้ใดมาล่วงละเมิด เป็นสิทธิของบุคคลที่จะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการรบกวนของบุคคลอื่นหรือรัฐ และสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนี้ครอบคลุมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วย

แม้ว่าสิทธิเสรีภาพเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่ทุกคนมีติดตัวมาตั้งแต่เกิด และรัฐธรรมนูญให้การรับรองไว้ แต่อย่างไรก็ตามการรับรองของรัฐธรรมนูญมิใช่สิทธิเด็ดขาด เพราะหากสิทธินั้นขัดต่อส่วนได้ส่วนเสียของมหาชน หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย ความปลอดภัยสาธารณะ หรือเกี่ยวกับการดำรงชีพความเป็นอยู่ของประชาชน พลานามัย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น สิทธิและเสรีภาพนั้นอาจถูกจำกัดได้ นักกฎหมายรัฐธรรมนูญได้แบ่งสิทธิตามรัฐธรรมนูญออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ[4]

1) ประเภทสิทธิเด็ดขาด (Absolute Rights) สิทธิประเภทนี้เป็นสิทธิเด็ดขาดที่อาจจะถูกจำกัดได้ เช่น ความเสมอภาคในทางกฎหมาย และการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม การนับถือศาสนา การสันนิษฐานในคดีอาญาว่าเป็นผู้ไม่มีความผิด จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นมีความผิด

2) ประเภทสิทธิมีเงื่อนไข (Qualified Rights) เป็นสิทธิและเสรีภาพที่ไม่เด็ดขาด แต่อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ เช่น เสรีภาพของบุคคลในการเดินทาง เสรีภาพในการสื่อสาร สิทธิบุคคลเหนืออสังหาริมทรัพย์ เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การพูด การเขียน การพิมพ์ การโฆษณา และการสื่อความหมายโดยวิธีอื่น เป็นต้น

3) ประเภทสิทธิอาจถูกจำกัดได้ (Restricted Rights) เป็นสิทธิที่อาจถูกจำกัดได้โดยกฎหมาย เช่น สิทธิในเคหสถาน สิทธิในทรัพย์สิน การใช้ทรัพยากรสื่อสารของชาติ เป็นต้น

สิทธิและเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ มิใช่สิทธิเด็ดขาด อาจถูกจำกัดได้ แต่การจำกัดสิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้จะทำได้เท่าที่จำเป็น และต้องไม่กระทบกระเทือนถึงสาระสำคัญที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ โดยต้องตราเป็นพระราชบัญญัติเฉพาะที่รัฐธรรมนูญให้อำนาจไว้เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อป้องกันองค์กรของรัฐผู้ใช้อำนาจมหาชนมิให้ใช้อำนาจเกินขอบเขต โดยอาศัยเสียงข้างมากในรัฐสภา ด้วยการตรากฎหมายที่ทำลายสิทธิและเสรีภาพโดยบิดเบือนการใช้อำนาจ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ยังมีบทบัญญัติรับรองเรื่องสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐ โดยมาตรา 51 บัญญัติว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ประกอบกับบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ตลอดจนบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์

---

[4] แหล่งเดิม.

ดังนั้น สิทธิได้รับบริการด้านสาธารณสุข เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ประชาชนจะได้รับตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ เป็นสิทธิผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะได้รับการปฏิบัติและได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมาย การปฏิบัติที่แตกต่างไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ไม่ว่าโดยความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ย่อมถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ผิดต่อกฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภา รวมทั้งสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกันอย่างมีคุณภาพ โดยควรเสียค่าบริการอย่างเหมาะสม หมายความว่า เสียค่าบริการตามฐานะอย่างยุติธรรม คือ คนมีมากควรเสียแพงกว่าคนมีน้อย คนยากจน ที่ไม่มีก็ไม่ต้องเสียเงิน และไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม สิทธิทางการเมือง เพศ อายุ และลักษณะความเจ็บป่วย สิทธินี้ทำให้เกิดหน้าที่ซึ่งรัฐต้องจัดบริการสนองตอบต่อความต้องการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชน กล่าวคือ รัฐต้องวางนโยบายด้านบริการสาธารณสุข (Health Policy) ให้ชัดเจนและครอบคลุมการใช้ทรัพยากรอย่างยุติธรรม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตหรือผู้ป่วยโรคร้ายแรง มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขตามความจำเป็นแก่กรณี โดยที่ไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ ดังนั้น ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตามฐานานุรูป โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ[5]

3.1.2 ประมวลกฎหมายอาญา

กฎหมายอาญาเป็นกฎหมายมหาชน เป็นกฎหมายที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับเอกชน[6] กฎหมายอาญาและศีลธรรมนั้นมีความเกี่ยวพันกัน ความผิดอาญาที่ร้ายแรง เช่น การฆ่าผู้อื่น การข่มขืนกระทำชำเรา ล้วนแต่เป็นเรื่องผิดศีลธรรม อย่างไรก็ตามศีลธรรมก็ไม่ใช่เครื่องกำหนดว่าการกระทำหรือการไม่กระทำอย่างใดเป็นความผิดอาญา อาจมีบางกรณีที่ผิดศีลธรรมแต่ไม่ผิดกฎหมายอาญา เช่น การพูดโกหก เว้นแต่เป็นแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงานหรือฉ้อโกง[7]

กฎหมายทางอาญา คือ กฎหมายที่บัญญัติว่า การกระทำหรือไม่กระทำการอย่างใดเป็นความผิด และกำหนดโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำผิด ซึ่งโดยหลักแล้วบุคคลจะต้องรับผิดทางอาญา

---

[5] จาก *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.51), โดย ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์, 2555, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี.

[6] จาก *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1* (น. 8), โดย เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, 2551, กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์พลสยาม พริ้นติ้ง (ประเทศไทย).

[7] แหล่งเดิม.

ก็ต่อเมื่อการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด การกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นความรับผิด และการกระทำนั้นไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ

การกระทำที่ครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ แยกพิจารณาได้ ดังนี้

1) มีการกระทำ

2) การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด

3) การกระทำครบองค์ประกอบภายในของความผิด

4) ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ[8]

หลักเกณฑ์ประการแรกของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ "การกระทำ" ซึ่งการกระทำ หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สึกนึก กล่าวคือ อยู่ภายใต้บังคับของจิตใจ

สำหรับการกระทำโดยไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การกระทำโดยงดเว้น และการกระทำโดยละเว้น

ทั้งนี้มาตรา 59 บัญญัติไว้ว่า บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา เว้นแต่จะได้กระทำโดยประมาท ในกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิด..." และวรรคท้ายบัญญัติว่า "การกระทำ ให้หมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้น การที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย"

การงดเว้นการจักต้องกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย หมายถึง งดเว้นไม่กระทำในสิ่งที่ตนที่หน้าที่ต้องกระทำ หน้าที่นี้ไม่ใช่หน้าที่โดยทั่ว ๆ ไป แต่ต้องเป็นหน้าที่โดยเฉพาะที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลขึ้น หน้าที่ที่ต้องกระทำนั้น เกิดได้หลายกรณี คือ หน้าที่ตามกฎหมายบัญญัติ หน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาะจง หน้าที่อันเกิดจากการกระทำครั้งก่อน ๆ ของตน และหน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง[9]

การงดเว้น (Omissions) เป็นการกระทำอย่างหนึ่ง ซึ่งอาจเรียกได้ว่ากระทำงดเว้นการกระทำ[10] ผู้งดเว้นจึงต้องรับผลเท่ากับมีการกระทำโดยการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งที่ความจริงแล้วผู้กระทำเพียงแต่อยู่เฉย ๆ อย่างไรก็ตาม มิใช่ว่าหากบุคคลงดเว้นแล้วจะต้องรับผิดทางอาญาเสมอไป แต่การกระทำโดยงดเว้นตามกฎหมายอาญา จำกัดเฉพาะบุคคลที่มีหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อป้องกัน

---

[7] แหล่งเดิม.

[8] แหล่งเดิม.

[9] จาก *มุมมองใหม่ในกฎหมายอาญา* (น. 56), โดย ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, 2556, กรุงเทพฯ: วิญญชน.

ผลเท่านั้น กล่าวคือ ผู้กระทำจะต้องมีหน้าที่ตามที่กล่าวในข้างต้น แต่กลับงดเว้นไม่กระทำตามหน้าที่จนเกิดผลขึ้นจึงต้องรับผิด เช่น มารดาอยู่เฉย ๆ ปล่อยให้บุตรอดนมจนตาย พฤติการณ์ของมารดาถือเป็นการกระทำโดยงดเว้น เพราะประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 บัญญัติให้บิดามารดา จำต้องอุปาระเลี้ยงดูและให้การศึกษาตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์ อย่างไรก็ตาม มารดาจะต้องรับผิดทางอาญาหรือไม่ ต้องพิจารณาโครงสร้างอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น เจตนาหรือประมาทหรือไม่

ส่วนการกระทำโดยการละเว้น เป็นการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งกฎหมายอาญาบางมาตราได้บัญญัติบังคับให้บุคคลกระทำการบางอย่าง หากไม่กระทำถือเป็นความผิด โดยถือว่าเป็นการกระทำผิดโดยการละเว้น เช่น มาตรา 374 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ” การไม่ช่วยถือเป็นการละเว้นไม่กระทำการ

หลักเกณฑ์ประการที่ 2 ของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิด” ซึ่งองค์ประกอบภายนอกของความผิด ประกอบด้วย

1) ผู้กระทำ
2) การกระทำ
3) วัตถุแห่งการกระทำ

การกระทำของผู้กระทำนั้น ต้องถึงขั้นที่มีกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด การกระทำต้องถึงขั้นลงมือตามมาตรา 80 เว้นแต่บางกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องรับผิดในทางอาญา แม้ยังไม่ถึงขั้นลงมือ เช่น การตระเตรียมวางเพลิงเผาทรัพย์ เป็นต้น

สำหรับวัตถุแห่งการกระทำ หมายถึง สิ่งที่ผู้กระทำมุ่งหมายกระทำ เช่น ความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา วัตถุแห่งการกระทำ คือ ผู้อื่น

หลักเกณฑ์ประการที่ 3 ของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “การกระทำครบองค์ประกอบภายในของความผิด” องค์ประกอบภายในของความผิดคือ “เจตนา”ซึ่งมาตรา 59 ได้บัญญัติเกี่ยวกับเจตนาไว้ว่า เป็นการกระทำโดยรู้สำนึก และผู้กระทำประสงค์ต่อผล หรือย่อมเล็งเห็นผลของการกระทำนั้น โดยหลักการสำคัญที่จะถือว่าผู้กระทำมีเจตนา คือ ผู้กระทำต้องรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิด หากไม่รู้ก็ถือว่าไม่มีเจตนา อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้กระทำจะไม่รู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบภายนอกของความผิด แต่การไม่รู้นั้นเกิดจากความประมาท ผู้กระทำอาจต้องรับผิดฐานกระทำโดยประมาท หากการกระทำโดยประมาทนั้น

มีกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดไว้[11]

หลักเกณฑ์ประการที่ 4 ของความรับผิดในทางอาญาของบุคคล คือ “ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ” การพิจารณาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำนั้นมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

หากเป็น “ผลโดยตรง” ผู้กระทำต้องรบผิดในผลนั้น หากไม่ใช่ผลโดยตรงไม่ต้องรับผิด แต่หากผลนั้นทำให้ผู้กระทำต้องรับโทษหนักขึ้น ผู้กระทำจะต้องรับผิดในผลนั้น ก็ต่อเมื่อเป็น “ผลโดยตรง” และเป็นผลธรรมดา หากไม่ใช่ผลธรรมดาก็ไม่ต้องรับผิด[12]

การประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้น หากการกระทำของแพทย์เข้าข่ายการกระทำความผิดตามมาตราต่าง ๆ ที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา แพทย์ก็ไม่สามารถปฏิเสธความรับผิดได้ แม้ว่าแพทย์มิได้มีเจตนาก็ตาม เช่น ในเรื่องของความผิดต่อชีวิต กฎหมายอาญาได้บัญญัติเรื่องความผิดต่อชีวิตไว้ตามมาตราที่ 288 ว่า “ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี” และหากเป็นการฆ่าผู้อื่นด้วยเหตุอุกฉกรรจ์ตามมาตรา 289 เช่น ฆ่าผู้อื่นด้วยโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ก็จะมีความผิดต้องระวางโทษหนักยิ่งขึ้นคือ ประหารชีวิต ดังนั้น เมื่อมีการกระทำและเกิดผลคือความตายของบุคคลขึ้น ต้องพิจารณาว่าการกระทำนั้นครบองค์ประกอบความผิดที่กฎหมายบัญญัติหรือไม่ เพราะโดยหลักแล้วบุคคลจะต้องรับผิดทางอาญาก็ต่อเมื่อการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด

องค์ประกอบภายนอกของความผิดตามมาตรา 288 คือ การฆ่าผู้อื่นจนถึงแก่ความตาย โดย ผู้อื่นต้องมีสภาพบุคคลขณะถูกฆ่า และการฆ่าไม่ได้จำกัดวิธี ไม่ว่าจะทำด้วยประการใด ๆ รวมทั้งกระทำโดยการงดเว้นตามมาตรา 59 วรรคท้ายด้วย เมื่อเกิดผล คือความตาย ก็เป็นความผิดสำเร็จ

สำหรับองค์ประกอบภายในของความผิด คือ เจตนา โดยผู้กระทำเจตนาฆ่าให้ตาย เจตนาเป็นสาระสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาในความผิดอาญา

กรณีของแพทย์ที่ทำตามหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย โดยการยุติการรักษา หรืองดเว้นการช่วยชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทรมานและตายอย่างสงบ แม้การยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยการถอดเครื่องมือต่าง ๆ ออก มิใช่เป็นการลงมือฆ่าโดยตรง แต่แพทย์ก็ยังเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นโดยการงดเว้นการกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย

---

[11] *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1* (น.127-151). เล่มเดิม.

[12] แหล่งเดิม.

แห่งประมวลกฎหมายอาญา เนื่องจากบุคคลทั่วไปยังมีความคิดว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย หากแพทย์ยุติการช่วยชีวิต เพื่อป้องกันการตายก็อาจถือว่าเป็นการกระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยการงดเว้นการกระทำได้เช่นกัน

3.1.3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ได้สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการในประเด็นสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเข้าชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2543 ในช่วงต้นปี พ.ศ.2544 ได้มีการจัดทำ “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น เพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต่อมาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านการตรวจพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาคณะพิเศษ ซึ่งมีนายมีชัย ฤชุพันธ์ เป็นประธาน เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 ได้บรรจุเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในหมวด 1 ว่าด้วยสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพมาตรา 10 โดยนายมีชัย ฤชุพันธ์ ได้เสนอในที่ประชุมให้แก้ไขเนื้อหาในวรรค 2 โดยตัดเรื่องแบบพิธีในการแสดงเจตนาหรือ Living Will ออกไป เช่น คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานที่รับรองการทำหนังสือดังกล่าว คงไว้เฉพาะการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งจะกำหนดรายละเอียดไว้ในกฎกระทรวง

หลังจากที่ร่างกฎหมายนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ.2548 สมัยรัฐบาลของอดีตนายกรัฐมนตรีพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้เสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จนในที่สุดสภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติเห็นชอบพระราชบัญญัตินี้ในวาระ 2 และวาระ3 เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2550 โดยคงเนื้อหาเรื่องการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายตามร่างเดิมที่ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีบทบัญญัติให้สิทธิแก่บุคคลในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 12 ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่รับรองสิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าได้ ตาม

ความสมัครใจ เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตนาของตนกับผู้อื่นได้ จึงต้องใช้หนังสือนี้เป็นแนวทางการดูแลรักษา ตามความประสงค์ของผู้ป่วย แต่หากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะดีและสามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ก็ให้ถือความประสงค์ของผู้ป่วยในขณะปัจจุบัน โดยกฎหมายดังกล่าวบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการที่รัฐต้องจัดหาให้แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญ โดยการให้สิทธิดังกล่าวมีเจตนารมณ์เพื่อให้ทุกคนสามารถตัดสินใจ และกำหนดทางเลือกสุดท้ายเพื่อให้ตนเองตายอย่างสงบ ไม่ต้องทรมานจากการเจ็บป่วย และตายไปโดยปราศจากเครื่องมือทางด้านการแพทย์เป็นจำนวนมากในการช่วยชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่หลายคนเห็นว่าเป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้คุณค่าความเป็นมนุษย์ลดลง กฎหมายจึงบัญญัติรับรองสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เพื่อให้แต่ละคนตายอย่างสงบตามธรรมชาติและเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

สิทธิปฏิเสธการรักษาดังกล่าว เป็นการปฏิเสธการรักษาที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างคนปกติ แต่การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขยังคงมีหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยในลักษณะประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น

3.1.4 พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของประเทศไทยตั้งแต่อดีต เป็นการประกอบวิชาชีพในลักษณะแพทย์แผนโบราณ ซึ่งอาศัยการเล่าเรียนโดยการอบรมสั่งสอนจากครูอาจารย์และตำราสืบทอดกันมา ไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนที่จะใช้ควบคุมผู้เรียนรู้การประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์ ในอดีตนั้นทางฝ่ายรัฐเองก็ไม่มีกฎหมายออกมาควบคุม ดังนั้น การควบคุมการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ของไทย จึงเป็นการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์โดยใช้พิธีการไหว้ครู และการอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในศีลธรรมจรรยาของอาชีพ จนกระทั่งปี พ.ศ.2430 การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มก่อกำเนิดขึ้นในประเทศไทย โดยอิทธิพลจากคณะมิชชันนารี หรือหมอสอนศาสนาของสาธารณรัฐฝรั่งเศสที่เข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย พร้อมกับได้นำเอาการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเผยแพร่ด้วยและในปี พ.ศ.2432 ได้มีการเริ่มก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในประเทศไทย เมื่อการแพทย์ของไทยเริ่มเจริญขึ้น ทำให้เกิดแนวคิดถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพโดยระยะเริ่มแรก กลุ่มผู้ประกอบอาชีพด้วยกันเองได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ที่เป็นแนวทาง

การประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์” ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์มาสอนในโรงเรียนแพทย์ในปี พ.ศ 2450 ตั้งแต่สมัยโรงเรียนราชแพทยาลัย และยังได้มีการพิมพ์คำสอนจรรยาแพทย์เป็นตำราขึ้นเล่มหนึ่งชื่อว่า “จรรยาแพทย์” แต่งโดยพระยาวิสุทธสุริยศักดิ์

ในส่วนของการควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์โดยรัฐนั้น ในปี พ.ศ.2466 ได้มีการออกกฎหมายวิชาชีพมาควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายทางการแพทย์ของไทยฉบับแรก ที่ใช้ควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ พระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ขึ้นเรียกว่า “สภาการแพทย์” และกำหนดให้สภาการแพทย์ทำหน้าที่ร่างกฎเสนาบดี ออกเป็นกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทในการประกอบอาชีพทางการแพทย์

ต่อมาพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 มีการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กำหนดมรรยาทแห่งวิชาชีพแพทย์ขึ้นใหม่ และในกฎกระทรวงได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ หรือผู้ประกอบโรคศิลปะจะต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ และต่อมาได้มีกฎหมายวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ประกาศใช้บังคับเพิ่มขึ้นได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 พระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นต้น[13]

ในวงการแพทย์ไทย คำปฏิญาณของเวชบัณฑิตตรีรุ่นแรกน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรองหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย แต่คำปฏิญาณที่เป็นเสมือนจรรยาแพทย์ ก็ยังมิได้ถือเป็นกฎข้อบังคับที่แพทย์ทุกคนต้องยึดถือปฏิบัติ คงมีลักษณะเป็นเพียงคำสาบานต่อการประกอบอาชีพเป็นแพทย์ หรือเป็นเพียงแนวทางการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพเป็นแพทย์เท่านั้น ไม่ได้มีสภาพบังคับจริงจังต่อผู้ฝ่าฝืน แนวความคิดของการรักษาความลับของผู้ป่วยทางจรรยาวิชาชีพของไทยในอดีต ในระยะเริ่มแรกจึงมีความเป็นมาจากความคิดในเรื่องการรักษาศีลธรรมจรรยาวิชาชีพที่ดีในอาชีพ โดยเป็นเพียงแนวทางการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 เป็นกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชน พระราชบัญญัติดังกล่าวได้ให้คำนิยามคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ไว้ว่า เป็นวิชาชีพที่กระทำต่อร่างกายของมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยโรค

---

[13] จาก *การเปิดเผยความลับผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 18), โดย ทรงชัย รัตนปริญญานนท์, 2540, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

การป้องกันโรค…” และผู้ที่จะกระทำได้ต้องเป็นบุคคลที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามมาตรา 4[14]

การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามคำจำกัดความของกฎหมาย ได้แก่ การกระทำที่มีองค์ประกอบ 2 ประการคือ[15]

1) เป็นการกระทำต่อมนุษย์ หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวกับมนุษย์เท่านั้น และไม่ได้ระบุเจาะจงว่าเป็นการกระทำโดยตรงต่อร่างกายกับการกระทำต่อผู้อื่นเท่านั้น แต่รวมถึงการกระทำไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม และไม่ว่ากระทำต่อตนเองหรือผู้อื่น ก็ถือเป็นการกระทำต่อมนุษย์ทั้งสิ้น เช่น การที่พยาธิแพทย์ตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดไปจากร่างกายมนุษย์ก็ถือเป็นการกระทำต่อมนุษย์

2) การกระทำนั้นต้องเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งดังต่อไปนี้

2.1) การตรวจโรค

2.2) การวินิจฉัยโรค

2.3) การบำบัดโรค

2.4) การป้องกันโรค

2.5) การผดุงครรภ์

2.6) การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส

2.7) การแทงเข็มหรือฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก

2.8) การคุมกำเนิด ซึ่งต้องเป็นการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร หรือโดยการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย

2.9) การเสริมสวยที่มีการกระทำให้ลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิด

2.10) การบำรุงร่างกายที่มีการกระทำในลักษณะเดียวกับการคุมกำเนิด

---

[14] พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 4

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสีการฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิดการเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

[15] จาก *คำอธิบาย พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525* (น.18), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2551, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

การวินิจฉัยโรคนั้น เป็นส่วนสำคัญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพราะเป็นความเห็นของแพทย์ที่เกิดจากการรวบรวมข้อมูลจากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อนำมาวินิจฉัยโรค[16]

คำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” อาจแบ่งการกระทำตามลักษณะของผู้มารับบริการได้ 2 ลักษณะคือ

1) กระทำต่อบุคคลที่เป็นโรคหรือผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือฝังเข็มเพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก

2) กระทำต่อบุคคลที่ไม่เป็นโรค ได้แก่ การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การเสริมสวย การบำรุงร่างกาย[17]

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มีการแบ่งออกเป็นหมวด ๆ คือ

หมวด 1 แพทยสภา ตั้งแต่มาตรา 6-10

หมวด 2 สมาชิก ตั้งแต่มาตรา 11-13

หมวด 3 คณะกรรมการแพทยสภา ตั้งแต่มาตรา 14-22

หมวด 4 การดำเนินงานของคณะกรรมการ ตั้งแต่มาตรา 23-25

หมวด 5 การควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตั้งแต่มาตรา 26-44

บทเฉพาะกาล ตั้งแต่มาตรา 45-50 ตั้งแต่มาตรา 11-13

โดยมาตรา 6 กำหนดให้มีแพทยสภาให้มีฐานะเป็นนิติบุคคล เป็นองค์กรวิชาชีพ (Professional Organization) อิสระ เพื่อทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์[18] และมาตรา 7 ข้อ 1 บัญญัติให้แพทยสภาทำหน้าที่ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

ในหมวดที่ 3 เป็นหมวดคณะกรรมแพทยสภา กฎหมายได้กำหนดให้มีคณะกรรมการแพทยสภาขึ้น ประกอบด้วยคณะกรรมการ 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นคณะกรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ส่วนที่สองเป็นคณะกรรมการที่ได้รับการเลือกตั้งจากสมาชิกอีกจำนวนเท่ากับคณะกรรมการโดยตำแหน่งโดยคณะกรรมการแพทยสภามีหน้าที่ที่สำคัญ ได้แก่การออกข้อบังคับต่าง ๆ เช่น การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ กำหนดหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือ

---

[16] แหล่งเดิม.

[17] แหล่งเดิม.

[18] แหล่งเดิม.

วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ และหนังสือแสดงวุฒิอื่น ๆ ในวิชาชีพเวชกรรม การกำหนดคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 21

การควบคุมการประกอบวิชาชีพ

พระราชบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติเรื่องการควบคุมการประกอบวิชาชีพ ไว้ในหมวดที่ 5 โดยมีหลักการสำคัญที่ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติดังกล่าว ดังต่อไปนี้

มาตรา 31 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภาตาม [19]

มาตรา 32บุคคลใดได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ โดยยื่นเรื่องต่อแพทยสภา [20]

3.1.5 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ตามที่พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 วรรคสอง บัญญัติให้มีการออกกฎกระทรวง เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน

---

[19] มาตรา 31 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภา

[20] มาตรา 32 บุคคลผู้ได้รับความเสียหาย เพราะการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ใด มีสิทธิกล่าวหาผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้นั้นโดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

บุคคลอื่นมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ว่าประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม โดยทำเรื่องยื่นต่อแพทยสภา

คณะกรรมการมีสิทธิกล่าวโทษผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้มีพฤติการณ์ที่สมควรให้มีการสืบสวนหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

สิทธิการกล่าวหาและสิทธิการกล่าวโทษ สิ้นสุดลงเมื่อพ้นหนึ่งปีนับแต่วันที่ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้กล่าวโทษรู้เรื่องการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวและรู้ตัวผู้ประพฤติผิด ทั้งนี้ไม่เกินสามปีนับแต่วันที่มีการประพฤติผิดจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

การถอนเรื่องการกล่าวหาหรือการกล่าวโทษที่ได้ยื่นไว้แล้วนั้น ไม่เป็นเหตุให้ระงับการดำเนินการตามพระราชบัญญัตินี้

หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้ร่วมกันจัดกระบวนการยกร่างกฎกระทรวงตั้งแต่กลางปี 2551 และได้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจ ในการใช้สิทธิดังกล่าว มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุข สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้ององค์กรต่าง ๆ รวมถึงผู้แทนฝ่ายผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะต่อร่างกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติ โดยเชิญผู้แทนสถานพยาบาล แพทย์ พยาบาลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนผู้สนใจ ทำความเข้าใจกับการตายในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ทั้ง 4 ภาค เพื่อพัฒนาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวให้รอบด้าน หลังจากนั้นจึงส่งร่างกฎกระทรวงไปยังสภาวิชาชีพ ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้องโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง วิทยาลัยพยาบาล สถาบันการศึกษา หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักวิชาการ และประชาชนที่สนใจ จนกระทั่งในปี 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2554

เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มิได้กำหนดแบบของหนังสือแสดงเจตนาไว้ ดังนั้นกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 จึงกำหนดรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้เกิดความชัดเจนโดยมีการกำหนดคำนิยามสำคัญไว้ในกฎกระทรวงข้อ 2 ดังนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายถึง หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

หนังสือแสดงเจตนาเป็นหนังสือที่ระบุความประสงค์ล่วงหน้าของผู้ทำหนังสือ ที่ไม่ต้องการรับการบริการสาธารณสุข หรือวิธีการรักษาบางอย่างในขณะที่ตนไม่อาจแสดงเจตนาโดยวิธีการสื่อสารกับผู้อื่นตามปกติได้ เช่น ขณะที่หมดสติ อาการทรุดหนัก หรือขณะที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมเกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยตนเองได้

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุเนื้อหาของการแสดงเจตนาในกรณีใดกรณีหนึ่งหรือทั้งสองกรณี ดังต่อไปนี้ได้[21]

กรณีที่หนึ่ง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน กล่าวคือผู้ทำหนังสือที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ไม่ต้องการได้รับการรักษาด้วยวิธีการที่เกินความจำเป็น ไม่ต้องการถูกยื้อชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ แต่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

กรณีที่สอง ผู้ทำหนังสือไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่จำเป็น การใช้เคมีบำบัดการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ฯ

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม นำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ทำหนังสือปฏิเสธไว้ได้แก่การรักษาที่เกินความจำเป็น (Futile Treatment) หรือไม่เป็นประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาในระยะยาว แต่อาจมีผลเพียงช่วยยืดการตายออกไปเท่านั้น

การทำหนังสือแสดงเจตนานี้ไม่ได้ทำให้ผู้ทำหนังสือถูกละทิ้งหรือไม่ได้รับการดูแลจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขแต่อย่างใด ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care)[22]

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่าภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่

---

[21] แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553

[22] แหล่งเดิม.

อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ มีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

วาระสุดท้ายของชีวิต เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่มีลักษณะทรุดลงตามลำดับ อย่างมิอาจหลีกเลี่ยงได้ (Inevitably Progressive) หรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้มีอาการฟื้นคืนดีได้ แต่อาจช่วยบรรเทาอาการของโรคเพียงชั่วคราวเท่านั้น ภาวะดังกล่าวจะนำไปสู่ความตายภายในเวลาไม่นานนัก เช่น จะเสียชีวิตภายในเวลาไม่กี่วัน สัปดาห์ หรือไม่กี่เดือน แล้วแต่ความรุนแรงของโรค ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งรับผิดชอบการรักษาสามารถพยากรณ์โรคได้ แต่ในบางกรณีอาจต้องขอความเห็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นด้วย จึงไม่อาจกำหนดเกณฑ์การพิจารณาวาระสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจนลงไปได้ต้องพิจารณาเป็นกรณี ๆไป

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังให้ถือว่าสภาพผักถาวร (Persistent/Permanent Vegetative State –PVS) หรือที่คนทั่วไปเรียกว่าเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทรา เป็นวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย เนื่องจากกฎหมายเห็นว่าสภาพผักถาวรนี้ผู้ป่วยไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตัวเอง ต้องพึ่งพาเครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีวิตไว้[23]

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ตัวอย่างของภาวะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หาย หรือบรรเทาลดน้อยลงพอที่จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น เช่น การเป็นอัมพาตสิ้นเชิงตั้งแต่คอลงไป โรคสมองเสื่อม โรคที่มีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและข้อที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางพันธุกรรม โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น[24]

คำนิยามตามกฎกระทรวงดังกล่าว เป็นการขยายความหมายของถ้อยคำในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้เกิดความชัดเจนและเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้กฎกระทรวงยังได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ดังนี้

กฎกระทรวง ข้อ 3 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอ ที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือดังต่อไปนี้

---

[23] แหล่งเดิม.

[24] แหล่งเดิม.

1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่ หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

2) วันเดือนปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

การทำหนังสือแสดงเจตนา ควรมีพยานรู้เห็นด้วยเพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหาในหนังสือดังกล่าว ในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง

4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

ตัวอย่างบริการสาธารณสุข ที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่นการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การกู้ชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤต เมื่ออยู่ในวาระสุดท้าย การถ่ายเลือดและการล้างไต เป็นต้น

ในการทำหนังสือแสดงเจตนาทำได้ 2 วิธี คือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเองและลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสื่อสารพูดคุยได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ(หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนาในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือสองคน

นอกจากนี้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณี และความเชื่อทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

กฎกระทรวงข้อ 4 ระบุว่าหนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ ซึ่งเกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

กฎกระทรวงข้อ 5 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิก หรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

เป็นหน้าที่ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาซึ่งจะต้องแจ้งและอธิบายความประสงค์และเจตนาของตนเองต่อบุคคลในครอบครัวของตนเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรก ให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่ได้รับมอบหมาย นำหนังสือแสดงเจตนามาแสดงต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ควรขอสำเนาหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อเก็บไว้ในเวชระเบียนและส่งคืนหนังสือแสดงเจตนาฉบับจริงให้ผู้นั้น เนื่องจากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจจะเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานบริการสาธารณสุขแห่งอื่นในอนาคต

การตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนา

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนา สามารถตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือที่ระบุในกฎกระทรวงข้อ 3 หรือสอบถามผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติที่นำผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารักษาตัวเพิ่มเติม หรือสอบถามพยาน หรือผู้ที่มีชื่อระบุในหนังสือ[25]

กฎกระทรวงข้อ 6 ระบุเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึง หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยัน หรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว (กฎกระทรวงข้อ 6 (1))

2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลซึ่งผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้

---

[25] แหล่งเดิม.

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา อธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรค ให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว (กฎกระทรวงข้อ 6 (2))

3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ปรึกษากับบุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา (กฎกระทรวงข้อ 6 (3))

4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ (กฎกระทรวงข้อ 6 (4))

จะเห็นได้ว่าตามกฎกระทรวง บุคคลใด ๆ ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาได้ไม่จำเป็นจะต้องเป็นผู้ป่วยใกล้ตายหรือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายเท่านั้น เพียงแต่หนังสือต้องแสดงความชัดเจนถึงตัวบุคคลผู้ทำหนังสือ และการบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือไม่ต้องการเมื่อผู้นั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจและการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา โดยให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร สำหรับกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ จะต้องรอให้บุคคลนั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ก่อน บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงจะสามารถดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้

3.1.6 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 นั้นได้บัญญัติไว้เป็นหมวด ๆ ดังนี้

1) บทนิยาม

2) หลักทั่วไป

3) การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

5) การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ

6) การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน

7) การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสถานพยาบาล

8) การปฏิบัติตนในกรณีที่มีความสัมพันธ์กับผู้ประกอบธุรกิจ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ

9) การศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์

10) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะ

11) การประกอบวิชาชีพเวชกรรม เกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดโลหิตจากผู้บริจาค

ข้อบังคับแพทยสภาได้ให้บทนิยามศัพท์คำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสารการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวยหรือการบำรุงร่างกายด้วย

“โรค” หมายความว่า ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความผิดปกติของร่างกายหรือจิตใจ และหมายความรวมถึงอาการที่เกิดจากภาวะดังกล่าวด้วย

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

ในหลักการโดยทั่วไปนั้นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการใด ๆ อันอาจเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ (ข้อ 6) ต้องประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง (ข้อ 7)

ในส่วนของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมกับผู้ป่วยนั้น ทางแพทยสภาได้ออกข้อบังคับซึ่งบัญญัติไว้ในหมวดที่ 4 ว่าด้วยเรื่องการประกอบวิชาชีพเวชกรรมไว้ดังนี้

ข้อ 15 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้นๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่

ข้อ 16 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับ

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่จูงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 18 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนเนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วย เพื่อรับบริการทางวิชาชีพเวชกรรมหรือเพื่อการอื่นใด

ข้อ 19 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ

ข้อ 20 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วย โดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ 21 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้หลงเข้าใจผิด เพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ 22 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ข้อ 23 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย

ข้อ 24 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำรับลับรวมทั้งใช้อุปกรณ์การแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ 25 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เจตนาทุจริตในการออกใบรับรองแพทย์

ข้อ 26 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ให้ความเห็นโดยไม่สุจริตอันเกี่ยวกับวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้ว ซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมายหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ 28 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ เว้นแต่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วน และเป็นอันตรายต่อชีวิตโดยต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสม

ข้อ 29 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพใด ๆ ทางการแพทย์หรือสาธารณสุขหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

โดยที่ทางแพทยสภาได้กำหนดให้เป็นหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกระทำต่อผู้ป่วยว่าอย่างไรถือว่าอยู่ในกรณีประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งก็หมายความรวมถึงว่าเมื่อประกอบวิชาชีพและกระทำต่อผู้ป่วยภายใต้ข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพแล้วก็เสมือนหนึ่งว่าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นได้กระทำการภายใต้จริยธรรมแห่งวิชาชีพแล้ว

3.1.7 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย (ลงวันที่ 6 เมษายน พ.ศ.2541)

สิทธิผู้ป่วย หมายถึง ความชอบธรรมที่ผู้ป่วยรวมถึงผู้ซึ่งไปรับบริการด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ พึงได้รับ เพื่อคุ้มครองหรือรักษาผลประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของตนเอง โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น แม้ว่าที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเกื้อกูลมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน แต่ความสลับซับซ้อนทางสังคม และกระแสของ

วัฒนธรรมทางธุรกิจได้เพิ่มขยายความขัดแย้งทางจริยธรรมมากขึ้น ทำให้ต้องมีบทบัญญัติของกฎหมายไม่ว่ากฎหมายอาญา กฎหมายแพ่ง กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค และข้อบังคับทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เพื่อจัดระเบียบเรื่องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้นหลายประเทศได้มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยหรือกฎบัตรผู้ป่วยขึ้น เพื่อรับรองให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติ สำหรับประเทศไทย องค์กรสภาวิชาชีพด้านสุขภาพได้เล็งเห็นประโยชน์ที่จะรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย ตลอดจนธรรมเนียมปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีไทย โดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 โดยรวบรวมสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย จากแนวคิดสิทธิผู้ป่วยทางจรรยาวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แนวคิดสิทธิผู้ป่วยขององค์กรระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และแนวคิดสิทธิผู้ป่วยทางกฎหมายตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่สอดคล้องกับสังคมไทย โดยคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมีจำนวน 10 ข้อ ประกาศเพื่อให้รู้ทั่วกันทั้งประชาชน ผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ ทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร โดยมุ่งหวังที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจอันดีลดความขัดแย้งและนำไปสู่ความไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ผลการรักษาพยาบาลที่ดี[26] เนื่องจากการรักษาพยาบาลเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้อื่น ดังนั้น ผู้กระทำจะต้องคำนึงถึงสิทธิที่เขาจะได้รับด้วย การประกาศสิทธิผู้ป่วยมิใช่เพียงประกาศให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับรู้สิทธิของตนเองเท่านั้น แต่เป็นการย้ำเตือนให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วย การประกาศสิทธิผู้ป่วยเป็นการแสดงให้เห็นว่าองค์กรวิชาชีพตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องดังกล่าว คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยมีดังนี้

ข้อ 1 ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญได้บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

รัฐธรรมนูญให้สิทธิบริการด้านสุขภาพ ดังนี้

1) ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ทุกคนไม่ว่ายากดีมีจนแค่ไหน สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

---

[26] Thailand Medical Clinic online. (2557). *สิทธิผู้ป่วย*. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2557, จาก http://www.thaiClinic.com

2) สถานบริการสุขภาพต้องมีมาตรฐาน

3) บริการด้านสุขภาพฟรีสำหรับคนยากไร้และคนที่ควรอาทร อย่างเด็ก คนพิการ คนชรา

4) เปิดโอกาสสำหรับการมีส่วนร่วม ทั้งจากเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) รัฐมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรง โดยไม่คิดมูลค่า[27]

ข้อ 2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ลัทธิการเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย

หลักการข้อนี้เป็นหลักการที่แพทย์ทั่วโลกยอมรับและถือปฏิบัติ แพทยสมาคมโลกได้ประชุมและรวมไว้ในปฏิญญาแห่งกรุงเจนีวา (Declaration of Geneva) ไว้ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1948 ซึ่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 หมวด 2 ข้อ 7 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดี โดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ ศาสนา สังคม และลัทธิการเมือง” และในหมวด 4 ข้อ 15 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด ในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่”

รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองว่าบุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองจะกระทำไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้บริการสุขภาพในมาตรฐานที่ดีที่สุดตามฐานานุรูป โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ข้อ 3 ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพ มีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

---

[27] จาก *สิทธิผู้ป่วย* (น.18), โดย ทัศนีย์ แน่นอุดร, 2544, นนทบุรี: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.

สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารและตัดสินใจในการทำการบำบัดรักษาโรคภัยที่เกิดขึ้น นับเป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึง อาการ การดำเนินของโรค วิธีการรักษา ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า “ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent)” ยกเว้นการช่วยเหลือในกรณีรีบด่วนฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

ข้อ 4 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

การช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพขั้นพื้นฐานซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องรีบดำเนินการโดยทันที เมื่อตนอยู่ในฐานะที่จะให้ความช่วยเหลือได้ การช่วยเหลือในลักษณะเช่นนี้นับเป็นความจำเป็นในการช่วยชีวิต แม้ว่าจะไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งก็ไม่อยู่ในสภาพมีสติพอที่จะร้องขอได้ ถือว่าเป็นการกระทำโดยความจำเป็นไม่มีความผิด การปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือนับว่าเป็นการละเมิดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 และอาจผิดกฎหมายอาญาด้วย

ข้อ 5 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

ในสถานพยาบาลต่าง ๆ จะมีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหลายสาขาปฏิบัติงานร่วมกันในการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งบ่อยครั้งก่อให้เกิดความไม่แน่ใจและความไม่เข้าใจแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ดังนั้น การกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะสอบถามชื่อและโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการแก่ตน จึงช่วยให้ผู้ป่วยกล้าที่จะสอบถามข้อมูล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของตนเอง

ข้อ 6 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย (The Right to Safety) สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร (The Right to be Informed) สิทธิที่จะเลือก (The Right to Choose) นับเป็นสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภคสินค้าซึ่งรวมทั้งสินค้าสุขภาพ ในวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยังมีความเกรงใจและไม่ตระหนักถึงสิทธินี้ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจและความขัดแย้ง ในขณะเดียวกันผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจำนวนมากยังมีความรู้สึกไม่พอใจ เมื่อผู้ป่วยขอความเห็นจากผู้ให้บริการสุขภาพผู้อื่น หรือไม่ให้ความร่วมมือในการที่ผู้ป่วยจะเปลี่ยนผู้ให้บริการหรือสถานบริการ การกำหนดสิทธิผู้ป่วยในประเด็นนี้ให้ชัดแจ้งจึงมีประโยชน์ เพื่อลดความขัดแย้งและเป็นการรับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะเลือกตัดสินใจด้วยตนเอง

ข้อ 7 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ เป็นสิทธิผู้ป่วยได้รับการรับรองมาตั้งแต่คำสาบานของ Hippocratis และประเทศต่าง ๆ ก็ได้รับรองสิทธินี้ สำหรับประเทศไทยมีกฎหมายรับรองไว้เช่นกัน ดังปรากฏในประมวลกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 4 ข้อ 27 จึงเห็นได้ว่าสังคมไทยให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยในข้อนี้มาก เพราะถือว่าเป็นรากฐานที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจต่อแพทย์ เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลตนเองอย่างไรก็ตามก็มีข้อยกเว้นในกรณีที่มีเหตุผลและความจำเป็นที่เหนือกว่า เช่น การปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย หรือการคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ เพื่อความสงบเรียบร้อยและความมั่นคงของประชาชน หรือในกรณีคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น การเปิดเผยข้อมูลต่อศาล การแจ้งข้อมูลต่อบุคคลที่สาม เพื่อคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น เป็นต้น

ข้อ 8 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ปัจจุบันความจำเป็นในการทดลองในมนุษย์เพื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์มีมากขึ้นข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมพ.ศ.2549 หมวด 9ข้อ 47 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลองและต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้น”การรับรองสิทธิผู้ป่วยด้านนี้เป็นการขยายความข้อบังคับแพทยสภาให้ชัดเจนขึ้นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติว่าความยินยอมจะต้องเป็นความยินยอมภายหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆอย่างครบถ้วนแล้ว (Informed Consent) เช่นเดียวกับความยินยอมให้การรักษาพยาบาลและแม้ว่าจะตัดสินใจยินยอมแล้วก็มีสิทธิที่จะเลิกได้ เพื่อคุ้มครองผู้ถูกทดลองให้ได้รับความปลอดภัย

ข้อ 9 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตน ซึ่งปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

การที่แพทย์บันทึกประวัติการเจ็บป่วยและการรักษาต่าง ๆ ของผู้ป่วยในเวชระเบียนอย่างละเอียด นับเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ นับเป็นมาตรฐานของการประกอบเวชกรรมสากล ข้อมูลที่ปรากฏในเวชระเบียนถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งเจ้าของประวัติมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลนั้นได้ ซึ่งสิทธินี้ได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ.2540 อย่างไรก็ตามเนื่องจากข้อมูลในเวชระเบียนอาจมี

บางส่วนซึ่งเป็นการแสดงความเห็นของแพทย์ในการรักษาพยาบาล และอาจกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ดังนั้นการเปิดเผยข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบ จะต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น ๆ ทั้งนี้ รวมถึงกรณีผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลของตนต่อบุคคลที่ 3 เช่นในกรณีที่มีการประกันชีวิต

ข้อ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยซึ่งเป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้ซึ่งบกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

การกำหนดให้บิดา มารดา ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน 18 ปี เนื่องจากในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กกำหนดไว้ว่า เด็ก หมายถึงมนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น ดังนั้น จึงได้กำหนดไว้ให้บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน18 ปีบริบูรณ์ สำหรับผู้บกพร่องทางกายหรือทางจิตนั้นต้องถึงขนาดไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผักถาวร(Persistent vegetative state) วิกลจริต หรือมีจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ผู้แทนโดยชอบธรรมที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยหรือมีอำนาจปกครองผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา กรณีผู้ป่วยไม่มีบิดา มารดา ผู้ดูแล หรือผู้ปกครอง อาจเป็นญาติพี่น้องย่อมสามารถใช้สิทธิต่าง ๆ แทนผู้ป่วยได้[28]

3.2 มาตรการทางกฎหมาย ที่เกี่ยวกับเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของกฎหมายต่างประเทศ

3.2.1 สหรัฐอเมริกา

ระบบการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกานั้น สิทธิการตายมิได้บัญญัติไว้เป็นกฎหมายโดยตรงในรัฐธรรมนูญ แม้กฎหมายรัฐธรรมนูญจะไม่กำหนดสิทธิจะตายไว้โดยตรง แต่ก็ได้มีความพยายามที่จะใช้สิทธิโดยขอให้ศาลสั่งยอมรับสิทธิที่จะตาย คดีประเภทนี้เกิดขึ้นมากมายในสหรัฐอเมริกา จากคำพิพากษาของศาลต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกามีผู้เห็นว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีรากฐานมาจากสิทธิส่วนตัว (The Right of Privacy) ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1974 ศาลสูงได้พิพากษาขยายสิทธิส่วนตัวนี้ออกไปอีก โดยอธิบายว่าสิทธิส่วนตัวนั้นได้ปรากฏอยู่ในแนวคิดของบทแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญบทที่ 14 ซึ่งกำหนดเรื่องเสรีภาพของบุคคลและข้อจำกัดการปฏิบัติของรัฐ เสรีภาพทั้งหลายซึ่งตามจารีตประเพณีนั้นจะอยู่ร่วมกันกับสิทธิส่วนตัว แต่แยกออกเพื่อเป็นหลักประกันขั้นพื้นฐานของการใช้ชีวิตส่วนตัว สิทธิส่วนตัวได้ขยายออกไปครอบคลุมถึงสิทธิปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment) และสิทธิ

---

[28]คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.ป.). *สิทธิผู้ป่วย*. สืบค้น 10 เมษายน 2557, จาก http://www.dt.mahidol.ac.th/DTID232/data/course/Patient_right_th.pdf

ที่จะตาย สิทธิปฏิเสธการรักษาดังกล่าวยังรวมไปถึงการปฏิเสธการรักษาเนื่องจากเหตุผลความเชื่อในทางศาสนาด้วย เช่น การไม่ยอมรับเลือดเข้าสู่ร่างกายเพราะข้อห้ามทางศาสนา[29] แต่สิทธิดังกล่าวก็มิใช่สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาดที่ทุกคนจะสามารถใช้สิทธิได้เสมอไป ในสหรัฐอเมริกาจึงมีคดีต่าง ๆ ที่นำมาสู่การวินิจฉัยในการใช้สิทธิดังกล่าวมากมาย คดีที่ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาได้รับรองว่าสิทธิการตายเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ คือคดีของผู้หญิงคนหนึ่งชื่อ “แนนซี่ครูซาน” ซึ่งประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ส่งผลให้สมองบางส่วนของเธอไม่สามารถทำงานได้ เธอตกอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัว แต่เนื่องจากแกนสมองยังคงทำงานตามปกติ เธอจึงสามารถหายใจได้ตามธรรมชาติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ว่าไม่สามารถกลืนอาหารด้วยตนเอง แพทย์จึงต้องให้อาหารผ่านทางสายยาง เวลาผ่านไปนานหลายปีอาการของเธอยังคงไม่ดีขึ้น บิดามารดารวมทั้งญาติสนิทของเธอได้ขอให้แพทย์ยุติการให้อาหารเธอทางสายยางอีกต่อไป โดยศาลสูงของมลรัฐมิสซูรีได้วินิจฉัยว่าสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่เป็นสิทธิของบุคคล ซึ่งควรจะได้รับการรักษาเพื่อยืดชีวิตออกไปในทุกกรณี เว้นแต่ผู้นั้นจะได้ปฏิเสธการรักษาชนิดใด ๆ ไว้แล้ว กรณีนี้ไม่ปรากฏหลักฐานที่ชัดเจนว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาไว้ โดยศาลสูงสุดของมลรัฐมิสซูรีเห็นว่าศาลอาจอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาได้ต่อเมื่อมีพยานหลักฐานอันชัดแจ้งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะได้รับการบำบัดรักษา เมื่อไม่มีหลักฐานเช่นนี้ปรากฏต่อศาล รัฐจึงมีหน้าที่ต้องรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ ศาลสูงของสหรัฐอเมริกามีมติ 5 ต่อ 4 พิพากษายืนตามคำพิพากษาของศาลสูงมลรัฐมิสซูรี โดยวินิจฉัยว่า “สิทธิการตายนั้นมีอยู่จริง และสิทธินี้ไม่เพียงแต่เป็นสิทธิที่มาจากรัฐธรรมนูญที่ประกันความเป็นส่วนตัวของบุคคลเท่านั้น ยังมาจากข้อยกเว้นบทแก้ไขรัฐธรรมนูญ” ศาลตัดสินโดยยืนยันว่าบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษา แต่เมื่อแนนซี่ไม่อยู่ในสภาพที่จะแสดงเจตนาของตนเองได้ มลรัฐต่าง ๆ ย่อมมีสิทธิที่จะไม่ยินยอมให้มีการยุติการบำบัดรักษานั้น จากคำวินิจฉัยของศาลสูงเห็นได้ว่าศาลสูงของสหรัฐอเมริกาปล่อยให้เป็นหน้าที่ของแต่ละมลรัฐในการออกกฎหมายเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวเอง หลังจากศาลสูงของสหรัฐอเมริกาตัดสินคดีได้ไม่นาน บิดามารดาของแนนซี่ได้ยื่นคำร้องต่อศาลชั้นต้นใหม่ โดยได้นำเอาพยานคือเพื่อนคนหนึ่งของแนนซี่มาสืบเพิ่มเติมว่าก่อนที่แนนซี่จะประสบอุบัติเหตุ เธอเคยบอกว่าเธอไม่ต้องการบำบัดรักษาใด ๆ หากอยู่ในสภาพที่ไม่อาจเยียวยารักษาได้อีกต่อไป ในที่สุดมลรัฐมิสซูรีจึงอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาเธอได้

---

[29]จาก *นิติเวชสาธกฉบับสิทธิผู้ป่วย* (น. 134), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

นอกจากนี้ยังมีคดีของลารี แม็คอะฟี (Larry McAfee) แห่งมลรัฐจอร์เจีย เขาเป็นคนชอบใช้ชีวิตกลางแจ้ง ชอบการตกปลาเป็นชีวิตจิตใจเมื่อปี ค.ศ.1985 เขาประสบอุบัติเหตุทางรถจักรยานยนต์ทำให้เขาเป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงมา ชีวิตที่เคยสนุกสนานของเขาจึงสิ้นสุดลง ต่อมาเขาได้ยื่นคำร้องต่อศาลขออนุญาตปิดเครื่องช่วยหายใจที่ทำให้เขามีชีวิตอยู่ได้ เขาให้การต่อศาลว่าเขาตื่นนอนขึ้นมาทุกเช้าด้วยความหวาดกลัวว่าวันใหม่ เขาไม่พบสิ่งใดหรือไม่อาจนึกถึงสิ่งใดที่จะทำให้เขารื่นเริงได้อย่างแท้จริงเลย ผู้พิพากษาศาลสูงเอ็ดเวิร์ดจอห์นสันแห่งฟูลตัน (Edward Johnson of Fulton County,Ga) พิพากษาว่าสิทธิของแม็คอะฟีที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อช่วยชีวิตเขาไว้อยู่เหนือผลประโยชน์ของรัฐ เครื่องช่วยหายใจที่ติดอยู่ไม่ได้เป็นการยืดชีวิตให้แม็คอะฟี่ หากแต่เป็นการยืดการตายของเขาออกไปมากกว่า ศาลยอมให้มีการปิดเครื่องช่วยหายใจ โดยถือว่าคนที่ช่วยเหลือเขานั้นไม่ต้องถูกกล่าวหาใด ๆ และได้มีการย้ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านของเพื่อนของเขา ภายหลังที่แพทย์ให้ยานอนหลับแก่เขาแล้วเขาจบชีวิตลงโดยสงบ โดยใช้ปากของเขาตั้งเวลาปิดเครื่องช่วยหายใจ[30]

สำหรับสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยซึ่งไม่มีความสามารถทางกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยซึ่งนอนสลบอยู่ในสภาพที่เรียกว่ามีชีวิตอย่างผัก (Vegetative State) อย่างคดีของคาเรนแอนน์ควินแลน (Karen Ann Quinlan) คดีนี้ผู้ป่วยนอนสลบไม่รู้สึกตัวเนื่องจากสมองบางส่วนขาดอากาศอยู่นาน แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของสมองตาย บิดาของเธอได้ขอให้ศาลตั้งให้เป็นผู้แทนโดยชอบธรรมและมีสิทธิที่จะแสดงความประสงค์ให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่พิเศษกว่าปกติ ศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซี่ได้ตั้งนายควินแลนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม และระบุว่าการจะหยุดเครื่องช่วยชีวิตหรือไม่นั้นย่อมไม่มีความผิด โดยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมและครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ซึ่งรับผิดชอบดูแลอยู่หาข้อสรุปตามเหตุผลทางวิชาการว่าผู้ป่วยไม่อาจฟื้นจนรู้สึกตัวมาใหม่ได้อีก และถ้าคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่นั้นรับรอง ก็ควรหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิตได้

คำวินิจฉัยของศาลในคดีนี้ อาศัยหลักเรื่องสิทธิส่วนตัวตามรัฐธรรมนูญและได้ขยายสิทธิส่วนตัวออกไปว่าเป็นสิทธิของปัจเจกชนที่จะเลือกตัดสินใจได้โดยเสรี และยังเป็นสิทธิเด็ดขาดที่จะเลือกการตายอย่างธรรมชาติในภาวะที่ไม่รู้สึกและไร้สติ แต่เมื่อมีการปิดเครื่องช่วยหายใจแล้วคาเรนกลับสามารถหายใจได้เอง บิดามารดาของคาเรนเกิดความรู้สึกทางจริยธรรม

---

[30]จาก *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น.68-69), โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพฯ: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

ที่ไม่อาจเอาสายยางให้อาหารออกไปได้ คาเรนจึงต้องนอนสลบต่อมาอีกถึง 10 ปีจึงถึงแก่กรรมด้วยโรคปอดบวมเพราะไม่ได้ให้ยาปฏิชีวนะรักษา[31]

กรณีของแคธลีนฟาร์เรล (Kathleen Farrel) เป็นผู้ป่วย ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis) ตั้งแต่ปี ค.ศ.1982โรคนี้เป็นโรคของระบบประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้อทั่วตัวค่อย ๆ ฝ่อลีบไปเรื่อย ๆ แต่จิตใจของผู้ป่วยยังปกติ โรคนี้เป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุและไม่มีทางรักษา ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ระหว่าง 1-3 ปี ฟาร์เรลเข้ารับการรักษาตัวได้รับการเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่เธอปฏิเสธที่จะใส่สายยางให้อาหารทางจมูก เธอออกจากโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1983 มาอยู่ที่บ้านกับสามีและลูก เธอเดินไม่ได้และต้องนอนอยู่ตลอดเวลา ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1985 เธอบอกกับครอบครัวว่าต้องการให้ปิดเครื่องช่วยหายใจ สามีของเธอจึงร้องขออำนาจศาลเพื่อจะปิดเครื่องช่วยหายใจ ในระหว่างการพิจารณาคดี ซึ่งมีการเผชิญสืบที่บ้านผู้ป่วย ฟาร์เรลบอกว่าเธอต้องการที่จะให้ธรรมชาติดำเนินไปตามวิถีทางของมัน เพราะเธอเบื่อหน่ายต่อการที่ต้องทนทุกข์ทรมานอย่างมาก จิตแพทย์สองคนเป็นพยานต่อศาลว่าผู้ป่วยมีสภาพจิตสมบูรณ์ในการตัดสินใจ ศาลพิจารณาให้ปิดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ให้รอการปฏิบัติระหว่างการพิจารณาของศาลอุทธรณ์ และในวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ.1987 ฟาร์เรลก็ถึงแก่กรรมทั้ง ๆ ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ แต่ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซี่จึงทำคำพิพากษาคดีนี้ตามมา โดยวินิจฉัยว่า “สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา ซึ่งทำให้เขาต้องเสี่ยงกับอันตรายหรือความตายนั้นได้รับความคุ้มครองอยู่แล้วตามหลักการพื้นฐานของคอมมอนลอว์ แต่อย่างไรก็ตาม สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยนั้นมิใช่สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาด ยังต้องคำนึงถึงประโยชน์ของการยืดชีวิตของบุคคลออกไปอีก ซึ่งมีอยู่ 4 ประการมาพิจารณาประกอบด้วย คือ การคุ้มครองการรักษาชีวิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย การปกป้องจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์และการคุ้มครองบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนรู้เรื่องด้วย ในกรณีนี้ประโยชน์ทั้ง 4 ประการมีน้ำหนักน้อยกว่าสิทธิในการตัดสินใจของฟาร์เรส และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยมีความสามารถบริบูรณ์ในการตัดสินใจปัญหาสำคัญเช่นนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการอธิบายให้ทราบ[32]

หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกา มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของบุคคลที่จะตายอย่างสงบ โดยแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น รัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California National Death Act)

---

[31] แหล่งเดิม.

[32] *นิติเวชสาธกฉบับสิทธิผู้ป่วย* (น. 135-136). เล่มเดิม.

ใช้บังคับเมื่อปี ค.ศ.1976 ถือเป็นกฎหมายว่าด้วยสิทธิการตายฉบับแรกที่ออกในสหรัฐอเมริกา รัฐบัญญัตินี้ได้บัญญัติถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาในสถานการณ์ต่าง ๆ กฎหมายฉบับนี้คุ้มครองบุคคลหลายประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในที่คุมขัง ผู้ป่วยร่างกายพิการ ผู้ป่วยซึ่งร้องขอให้หยุดกระบวนการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ผู้ป่วยซึ่งแพทย์เห็นว่าความเห็นของแพทย์ไม่ตรงกับความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่ตรงกับนโยบายของโรงพยาบาล หรือไม่ตรงกับเพื่อนแพทย์ด้วยกัน เป็นต้น ศาลถือว่าแพทย์ไม่อาจนำความคิดเห็นของตนเข้าไปแทนความเห็นของผู้ป่วยได้ รัฐบัญญัติดังกล่าวยอมให้แพทย์ซึ่งไม่เห็นด้วยกับคำขอของผู้ป่วยซึ่งต้องการให้หยุดการรักษาให้ถอนตัวออกไปจากความรับผิดชอบได้ โดยให้แพทย์ผู้อื่นเข้ามาทำหน้าที่แทน

ในมลรัฐโอเรกอน ได้ออกรัฐบัญญัติการตายอย่างมีศักดิ์ศรีแห่งมลรัฐโอเรกอน[33] ซึ่งรัฐบัญญัติดังกล่าวได้บัญญัติเกี่ยวกับการใช้สิทธิที่จะยุติการรักษาไว้ โดยให้ผู้ที่บรรลุนิติภาวะเท่านั้นที่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ได้ ผู้บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หมายถึง ผู้ซึ่งมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป[34] แต่การใช้สิทธิดังกล่าวต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ว่าบุคคลนั้นเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย (A Terminal Disease) และบุคคลดังกล่าวต้องแสดงเจตนาด้วยใจสมัครว่ามีความประสงค์หรือปรารถนาที่จะตาย (Wish to Die)[35] โดยมีการเรียกร้องด้วยวาจาหรือทำเป็นหนังสือเพื่อใช้ยาในการจบชีวิตของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงเจตนาที่จะตายเป็นหนังสือหรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) นั้น ต้องมีการระบุวันที่ทำพินัยกรรมชีวิต โดยผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อและมีพยานอย่างน้อย 2 คนลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้ป่วย พยานต้องเข้าใจและเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีความสามารถทำพินัยกรรมชีวิตโดยสมัครใจและไม่ได้ถูกบังคับให้ทำพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้หนึ่งในพยานจะต้องไม่เป็นบุคคลซึ่งมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด คู่สมรส หรือเป็นบุตรบุญธรรม ไม่เป็นบุคคลซึ่งมีสิทธิในส่วนแบ่งของกองมรดกของผู้ป่วย ภายใต้พินัยกรรมหรือผลบังคับตามกฎหมาย ไม่เป็นเจ้าของ ผู้บริหารหรือลูกจ้างของศูนย์บริการทางสุขภาพที่ผู้ป่วยรับการบำบัดรักษาทางการแพทย์หรือพักอาศัย ไม่เป็นแพทย์เจ้าของไข้และถ้าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลเป็นเวลานานแล้วเรียกร้องให้มีการทำพินัยกรรมชีวิต หนึ่งในพยานควรจะเป็นบุคคลซึ่งระบุคุณสมบัติพิเศษไว้โดยระเบียบของกรม

---

[33] Death with Dignity Act.

[34] 127.805.S.1.01, Wdefinition, Oregon'sDeath with Dignity Act.

[35] 127.805.S.2.01(1), Definition, Oregon'sDeath with Dignity Act.

ทรัพยากรมนุษย์[36] แพทย์เจ้าของไข้จะต้องเป็นผู้รับรองว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย และขณะแสดงเจตนานั้นผู้ป่วยยังคงมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ดี นอกจากนี้แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงการวินิจฉัยโรค อาการของโรคโดยละเอียด ความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาพยาบาล ทางเลือกอื่นที่อาจเป็นไปได้ในการรักษาพยาบาล และแพทย์เจ้าของไข้ควรขอให้ผู้ป่วยแจ้งญาติสนิททราบถึงการแสดงเจตนาดังกล่าว

รัฐบัญญัติฉบับนี้ กำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้ต้องส่งเรื่องของผู้ป่วยไปให้แพทย์ที่ปรึกษาเพื่อรับรองการวินิจฉัยโรคของตน และให้การรับรองอีกชั้นหนึ่งว่าผู้ป่วยมีความสามารถและแสดงเจตนาโดยความสมัครใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยทางจิต เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว แพทย์ต้องเก็บรักษาหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยซึ่งแสดงเจตนาให้แพทย์ยุติการรักษาพยาบาลอย่างมีศักดิ์ศรีและมีมนุษยธรรม ผู้ป่วยมีสิทธิในการเพิกถอนคำร้องได้ทุกเวลา และการเพิกถอนจะกระทำด้วยวิธีใดก็ได้ไม่ว่าจะโดยลายลักษณ์อักษร วาจา หรือกริยา[37]

รัฐบัญญัติการแสดงเจตจำนงที่จะยุติการรักษาพยาบาลแห่งมลรัฐอิลลินอยด์(Illinois Living will Act)[38] กฎหมายฉบับนี้ ให้สิทธิแก่ประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตลอดจนถึงสิทธิที่จะตายของผู้ป่วย โดยการแสดงเจตนาต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อยุติการรักษาพยาบาล ซึ่งจะมีผลให้ตนเองถึงแก่กรรมลง โดยปฏิเสธกระบวนการรักษา ทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วย แต่บุคคลดังกล่าวต้องอยู่ในสภาพเหมือนผัก เอกสารดังกล่าวต้องทำขึ้นด้วยความสมัครใจ และมีอิสระจากการถูกบุคคลอื่นครอบงำ จูงใจ โดยกำหนดให้บุคคลสามารถมีสิทธิและใช้สิทธิได้ เมื่อบุคคลมีอายุครบ 18 ปีขึ้นไป[39] โดยลงนามต่อหน้าพยานรับรองสองคน และผู้ป่วยจะต้องได้รับการรับรองว่ามีคุณสมบัติ (qualified) ก่อน เช่น ไม่ได้ตั้งครรภ์จนอาจมีผลต่อทารกในครรภ์[40] เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยที่แสดงเจตนายังคงมีความสามารถ ผู้ป่วยต้องยืนยันถึงความสมบูรณ์ของหนังสือแสดงเจตนาที่ตนกระทำไว้ต่อแพทย์เจ้าของไข้ หนังสือแสดงเจตนาต้องระบุ

---

[36] จาก *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.74), โดย ดารณี มังกรทอง, 2548, กรุงเทพฯ: มหาวิทยารามคำแหง.

[37] จาก *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.58-59), โดย สุจิตรา วงศ์กำแหง, 2546, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

[38] 755 ILCS, by Illinois compiled statutes, Retrieved April 2, 2014, from http://www.legis.state.il.us/legislation/ilcs/ch755/ch755

[39] Ibid.

[40] Ibid.

วันที่ สถานที่ คำรับรองว่าได้กระทำด้วยความสมัครใจโดยปราศจากการขู่เข็ญ หลอกลวง สำคัญผิดความประสงค์ปฏิเสธการยืดชีวิตด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เวลา เช่น ทุกเวลาหากข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บ เงื่อนไขการบาดเจ็บนั้นต้องถึงขนาดได้รับการวินิจฉัยว่าจะถึงแก่กรรมในเวลาอันใกล้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่อาจตัดสินใจได้เพราะขาดความสามารถให้ครอบครัวและแพทย์ยืนยันสิทธินี้แทนข้าพเจ้า ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ลายมือชื่อและพยานที่รู้เห็นถึงการทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว[41] ทั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนหนังสือแสดงเจตนาได้ทุกขณะ การแสดงเจตนาอาจตกเป็นโมฆะได้ หากหนังสือแสดงเจตนาไม่ปรากฏลายมือชื่อของผู้ป่วย หรือลายมือชื่อของพยาน หรือไม่ได้รับการรับรองว่าป่วยอยู่ในขั้นสุดท้าย หรือแพทย์ไม่รับรองความมีอยู่ของหนังสือแสดงเจตนาหรือหากปรากฏว่ามีการยินยอมให้การรักษาพยาบาล

แพทย์ซึ่งกระทำหรืองดเว้นตามกฎหมายนี้ ได้รับความคุ้มครองไม่ให้ได้รับโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญา[42] ทั้งนี้ แพทย์ต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยซึ่งประสงค์จะแสดงเจตนายุติการรักษาอย่างรอบคอบและเคารพสิทธิผู้ป่วย โดยแพทย์ต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการรักษาและโอกาสในการมีชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตามกฎหมายฉบับนี้ ได้กำหนดบทลงโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญากรณีบุคคลซึ่งมีเจตนาทุจริต ฉ้อฉล จนทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรือเสียหาย[43]

แม้ว่ากฎหมายรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกา จะยอมรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา โดยถือว่าเป็นเรื่องของสิทธิส่วนตัวหรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยก็ตาม แต่รัฐจะเข้าแทรกแซงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้ หากผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากกว่าสิทธิส่วนตัว หรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยดังนี้[44]

ผู้ป่วยเป็นหญิงมีครรภ์

ชีวิตของทารกในครรภ์มารดาถือว่ามีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับชีวิตของมารดาอย่างแยกจากกันไม่ออก หากมารดาเสียชีวิตเพราะปฏิเสธไม่ยอมรับการรักษาก็ย่อมทำให้ทารกในครรภ์

---

[41] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. (น. 56). เล่มเดิม.

[42] 755 ILCS, by Illinois compiled statutes, Retrieved April 2, 2014, from http://www.legis.state.il.us/legislation/ilcs/ch755/ch755

[43] From *A Physician 's guide to advance directive: living will, Information and guidance for physician provided,*(p. 2), by the Illinois state medical society.

[44] *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต*. (น. 39). เล่มเดิม.

ต้องเสียชีวิตลงไปด้วย รัฐจึงมีหน้าที่และมีผลประโยชน์ในการเข้าแทรกแซงให้มีการรักษาทางการแพทย์ เพื่อรักษาชีวิตของมารดาเอาไว้ เพื่อให้ทารกสามารถมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปรอคอยเวลาที่จะคลอดออกมา

ผู้ป่วยมีบุตรที่ยังเล็กอยู่ซึ่งต้องการความดูแลและการเลี้ยงดู

รัฐจะเข้าไปแทรกแซง โดยถือว่าเป็นการรักษาผลประโยชน์ของรัฐและสังคม ในการที่จะหลีกเลี่ยงภาระทางด้านเศรษฐกิจที่รัฐจะต้องเข้าไปดูแลบุตรผู้เยาว์ เพื่อปกป้องความรู้สึกที่ดีของผู้เยาว์เอาไว้ และให้ผู้เยาว์มีความอบอุ่นในการที่จะได้อยู่กับบุพการีของตนต่อไป

ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ (Minor)

รัฐจะถือว่ายังเป็นกรณีที่ไม่อาจสันนิษฐานได้ว่าผู้เยาว์ปรารถนาที่จะตาย แม้ว่าผู้เยาว์จะได้แจ้งให้ทราบว่าต้องการตายก็ตาม ผู้เยาว์ก็จะถูกบังคับให้รับการรักษา เพื่อผู้เยาว์นั้นจะได้มีชีวิตอยู่ต่อไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถจะตัดสินใจในการปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้

ผู้ป่วยเป็นบุคคลในสภาวะไร้ความสามารถ (Unconscious)

กรณีนี้หากญาติผู้ป่วยไม่อนุญาตให้แพทย์ทำการรักษา รัฐมักจะเข้าแทรกแซงการตัดสินใจของญาติและผู้ปกครองตามกฎหมายของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ การสันนิษฐานว่าหากผู้ป่วยมีความสามารถเป็นปกติแล้ว ผู้ป่วยจะไม่ตัดสินใจที่จะตาย แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความเชื่อทางศาสนาที่มีข้อห้ามรับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวก็ตาม[45]

เห็นได้ว่ารัฐจะยอมรับรู้สิทธิการปฏิเสธการรักษา แม้ว่าจะเป็นผลให้ผู้ป่วยต้องเสียชีวิต หากเห็นว่าเป็นการถูกต้องตามหลักความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย หรือเห็นว่าการรักษาพยาบาลมีขีดจำกัดเพียงแค่นั้น แต่รัฐจะเข้าแทรกแซงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา หากการปฏิเสธนั้นอาจมีผลกระทบกระทั่งต่อสิทธิของบุคคลอื่น หรือทำให้บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งตนได้รับความเดือดร้อน หรือเห็นว่าหากการตัดสินใจที่จะปฏิเสธการรักษาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ[46]

ในสหรัฐอเมริกามีองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ Living Will อยู่หลายอยู่องค์กร ส่วนใหญ่เป็นองค์กรสาธารณกุศล เช่น A national Non-profit Information and Registration center, Florida Registry & Living Will Registry of America เป็นต้น[47] A national Non - profit Information and Registration center เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1988 มีหน้าที่ในการให้บริการแก่

---

[45] Ibid.

[46] Ibid.

[47] จาก *สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.77), โดย ชัชวาร มีเมตตา, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยารามคำแหง.

ประชาชนและดำเนินการเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยอธิบายเกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ว่า

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล หมายถึง เอกสารสำคัญทางกฎหมายที่บุคคลทำกับทางการ เพื่อแสดงความประสงค์หรือความปรารถนาของตนเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการยืดชีวิตของตน[48]

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น หนังสือดังกล่าวอาจกำหนดให้สมาชิกในครอบครัวมีอำนาจตัดสินใจแทนได้ หากปรากฏอย่างชัดแจ้งว่าผู้แสดงเจตนามิอาจให้ความยินยอมได้ ทางสำนักทะเบียนหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลให้เหตุผลว่าเป็นการให้สิทธิแก่พลเมืองในการตัดสินใจยุติการมีชีวิตอยู่ของตนได้ เป็นการกระทำที่สอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ โดยถือว่าสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิส่วนบุคคลอย่างแท้จริงในการกำหนดชะตาชีวิตของตน อันเป็นการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เห็นได้ว่าสหรัฐอเมริกา ให้การยอมรับถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษา โดยมีการยอมรับผลทางกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า (Advance Directives)[49] ที่เป็นเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยมีรายละเอียดและหลักเกณฑ์ที่แตกต่างกันไปตามกฎหมายของแต่ละมลรัฐ อย่างไรก็ตามแม้ว่าบุคคลทุกคนจะมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล แต่บุคคลหามีสิทธิที่จะให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง การทำให้ผู้ป่วยตายเป็นความผิดตามกฎหมายในทุกมลรัฐ ส่วนการช่วยเหลือของแพทย์ในการฆ่าตัวตายของบุคคลอื่นนั้น ศาลของสหรัฐยังคงให้สิทธิแก่มลรัฐต่าง ๆ ในการออกกฎหมายของมลรัฐว่าจะอนุญาตให้มีการช่วยเหลือของแพทย์แก่บุคคลที่ประสงค์จะฆ่าตัวตายหรือไม่ ปัจจุบันมีเพียงมลรัฐโอเรกอนเท่านั้นที่มีกฎหมายอนุญาตให้แพทย์ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้

3.2.2 อังกฤษ

กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการตายของอังกฤษไม่ค่อยมีการพัฒนา เพราะกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law) ที่เกี่ยวกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นนั้นไม่ว่าจะเป็นฆาตกรรม (Murder) หรือฆ่าผู้อื่นโดยประมาท (Manslaughter) ล้วนเป็นความผิดทางอาญาทั้งสิ้น เพราะกฎหมายอังกฤษ

---

[48] แหล่งเดิม.

[49] แหล่งเดิม.

ยังไม่ยอมรับการกระทำการุณยฆาตโดยตรงไม่ว่าจะสมัครใจหรือไม่ ส่วนการุณยฆาตโดยอ้อมที่เกิดโดยสมัครใจ อาจทำได้ในบางกรณี บางเงื่อนไข ซึ่งก็เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและถูกลงโทษจากศาลอยู่ไม่น้อย ต่อมาได้มีความพยายามจะเสนอร่างกฎหมายการสมัครใจตายอย่างสงบ (Voluntary Euthanasia Bills) ในรัฐสภาถึง 3 ครั้งในปี ค.ศ.1936, 1969 และ 1973 แต่ก็ไม่สามารถผ่านสภาออกมาได้

ศาลสูงของอังกฤษ (House of Lords) ได้วางหลักเรื่องสิทธิที่จะตาย โดยการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตของผู้ป่วยในอังกฤษเป็นครั้งแรก โดยคดีดังกล่าวชื่อ Airedale National Health Service Trust V. Bland หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า“แบลนด์”[50] คดีนี้สืบเนื่องมาจากโศกนาฏกรรมที่สนามฮิลโบโร่ห์ ในเมืองเชฟฟิลด์ ซึ่งมีการแข่งขันฟุตบอลเอฟเอคัพรอบรองชนะเลิศระหว่างทีมลิเวอร์พูลกับทีมนอตติงแฮมฟอร์เรสต์ ก่อนที่การแข่งขันจะเริ่ม ปรากฏว่าแฟนบอลทั้งสองทีมต่างก็พยายามเข้าไปเชียร์ทีมของตนอย่างเนื่องแน่น จนสนามไม่อาจรองรับผู้ชมได้ ทำให้ผู้ชมแฟนบอลส่วนหนึ่งถูกเบียดเข้าไปติดแผงกั้นสนามบนอัฒจรรย์ เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้ผู้ชมหลายสิบคนซึ่งส่วนใหญ่เป็นแฟนของทีมลิเวอร์พูลถึงแก่ความตาย โทนี่แบลนด์เป็นเด็กคนหนึ่งที่อยู่ในสนามขณะเกิดเหตุ โทนี่มีอายุ 17 ปี จากสภาพความเบียดเสียดในสนาม ทำให้ปอดของโทนี่ถูกกระแทกอย่างรุนแรงและไม่มีอากาศไปหล่อเลี้ยงสมอง ในที่สุดสมองส่วนบนของโทนี่ก็ไม่ทำงาน ทำให้เขาตกอยู่ในสภาวะผัก แม้ว่าแกนสมองของโทนี่ยังคงทำงานอยู่ก็ตาม การที่โทนี่อยู่ในสภาวะเช่นนี้ทำให้เขาไม่มีความรู้สึก ไม่สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้ ไม่รู้รส ไม่ได้กลิ่น และไม่ได้ยินเสียงใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ดวงตาของโทนี่ยังคงเปิดอยู่ตลอดเวลา และสามารถหายใจด้วยตนเองตามปกติ คณะแพทย์ได้ให้ความช่วยเหลือโทนี่ด้วยการให้อาหารผ่านทางสายยาง ตามกฎหมายคอมมอนลอว์ของอังกฤษ เมื่อแกนสมอง (Brainstem) ยังคงทำงานอยู่ กฎหมายจะถือว่าบุคคลนั้นมีชีวิตอยู่[51] โทนี่จึงมีสภาพบุคคลตามกฎหมาย[52] หลังจากเวลาผ่านไปกว่า 3 ปี ครอบครัวของโทนี่และคณะแพทย์ต่างเห็นว่าการช่วยชีวิตเขาต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ คณะแพทย์จึงได้แจ้งไปยังเจ้าหน้าที่ชันสูตรถึงความประสงค์ที่จะยุติการช่วยชีวิตของโทนี่อีกต่อไป แต่เจ้าหน้าที่ชันสูตรได้เตือนคณะแพทย์ว่าการกระทำเช่นนี้เป็นการเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา สถานพยาบาลที่บำบัดรักษาโทนี่จึงได้ยื่นคำร้องต่อศาล ขอให้มีคำสั่งอนุญาตให้คณะแพทย์

---

[50] นันทน อินทนนท์.(2544). *บทบัณฑิตย์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการตายอย่างสงบ*. สืบค้น 2 เมษายน 2557, จาก http://people.su.se/~nain4031/euthanasiaTHAI.htm.

[51] แหล่งเดิม.

[52] แหล่งเดิม.

ยุติการช่วยชีวิต โดยถอดสายยางที่ให้อาหารแก่โทนี่ คดีได้ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูงของอังกฤษ (House of Lords) ศาลได้พิจารณาปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญคือ

ประการแรก ศาลอังกฤษเห็นว่าบุคคลซึ่งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาได้ ประการที่สองศาลยอมรับหลักการเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต (Advance Directiveหรือ Living Will) บางประการ กล่าวคือศาลยอมรับว่าบุคคลดังกล่าวย่อมมีสิทธิที่จะตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้ หากในขณะแสดงเจตนานั้นบุคคลดังกล่าวมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (Competence) และทราบว่าคำสั่งนั้นจะต้องถูกนำไปใช้ในสถานการณ์เช่นใด (Anticipated Scope) รวมทั้งการตัดสินใจเช่นนั้น จะต้องไม่มีอิทธิพลอื่นมาครอบงำ (Undue Instruction Directive)โดยศาลไม่ยอมรับให้บุคคลนั้นแต่งตั้งบุคคลอื่นมาตัดสินใจแทน (Proxy Directive) ทั้งนี้เพราะศาลอังกฤษยึดถือทฤษฎีประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยโดยเคร่งครัด การตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จึงไม่อาจกระทำโดยบุคคลภายนอกได้ เว้นแต่จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น หลักเกณฑ์ที่สำคัญประการต่อมาก็คือ ศาลอังกฤษเห็นว่าการยุติการบำบัดรักษาไม่ว่าโดยเพิกถอน (Withdraw) หรือการยับยั้ง (Withhold) ต่างก็ไม่มีผลทางกฎหมายที่แตกต่างกันและศาลยังพิจารณาต่อไปด้วยว่า การให้อาหารทางสายยาง (Artificial Feeding) ถือเป็นการบำบัดรักษาผู้ป่วยอย่างหนึ่งเช่นกัน มิใช่เป็นเพียงความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต (Basic Necessity of Life) เท่านั้นหลักกฎหมายที่สำคัญประการสุดท้ายก็คือ ศาลอังกฤษไม่ถือว่าการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพราะศาลเห็นว่าการยุติการช่วยชีวิตไม่ใช่การกระทำ (Action) แต่เป็นการละเว้นการกระทำ (Omission) และการละเว้นนี้ก็มิได้เป็นไปโดยฝ่าฝืนต่อหน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังต่อไป

เมื่อศาลอังกฤษได้พิจารณาข้อเท็จจริงในคดีของโทนี่แล้ว จึงเห็นว่าการช่วยชีวิตของโทนี่ให้ยืนยาวอีกต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป จึงอนุญาตให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิต โดยให้โทนี่ตายอย่างสงบปราศจากความเจ็บปวดและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์[53] คดีนี้ศาลสูงได้วางหลักสำคัญไว้คือ

ประการแรก แพทย์ไม่มีความผูกพันถึงที่สุดที่จะต้องต่ออายุคนไข้ไว้ การที่แพทย์หยุดเครื่องช่วยชีวิตเพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยตายเป็นเพียงการละเว้น

ประการที่ 2 ประเด็นที่ว่าจะต้องรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ต่อไปหรือไม่ ต้องพิจารณาจากหลักฐานอ้างอิง เพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการรักษาตามหลักวิชาแพทย์

ประการที่ 3 การรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้เป็นเรื่องไม่เป็นประโยชน์อีกต่อไป ท่าน Lord Keith

---

[53] แหล่งเดิม.

กล่าวไว้ในคำพิพากษาตอนหนึ่งว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยในภาวะแบบพืชผักถาวร (Persistent Vegetative State) (PVS) อยู่ต่อไปไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเลย และไม่เป็นการฝ่าฝืนหลักกฎหมายที่ว่าการยุติการรักษาผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะ PVS นานกว่า 3 ปี เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย

ประการที่ 4 แพทย์ต้องปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบ และเป็นที่ยอมรับในวงการสอดคล้องกับจริยธรรม

ประการสุดท้าย คือ กรณีเช่นนี้ต้องเสนอคำร้องต่อศาลและต้องพิจารณาโดยศาลสูงแผนกคดีครอบครัว[54] คำพิพากษาของศาลทำให้เรื่องนี้นำไปสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติ และสภาขุนนาง โดยมีการเลือกคณะกรรมการจริยธรรมทางการแพทย์เข้าร่วมพิจารณาและได้ถูกตีพิมพ์ในปี ค.ศ.1994 โดยใจความสำคัญได้กล่าวถึงประโยชน์ของคำสั่งล่วงหน้า (Advance Directives) และวิธีการพัฒนาคำสั่งล่วงหน้า รายงานดังกล่าวได้เน้นว่าหากผู้ป่วยมีความสามารถที่จะให้ความยินยอมเกี่ยวกับการรักษาได้ คำสั่งล่วงหน้าที่แสดงการปฏิเสธการรักษาหรือวิธีการใด ๆ ก็ไม่สามารถนำมาใช้ได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ควรอนุญาตให้แพทย์ผู้ทำการรักษาอย่างไม่เหมาะสม หรือมีข้อบกพร่องทางกฎหมาย ส่วนการร่างกฎหมายเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า ไม่จำเป็นต้องเลือกตามที่คณะกรรมการร่างกฎหมาย แต่ควรปรับปรุงประมวลกฎหมายประกอบบันทึกหลักการและเหตุผลเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ โดยวิทยาลัยและคณะผู้เชี่ยวชาญในวิชาชีพทางการแพทย์ทั้งหลาย[55]

หลักการของการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล มีหลักการด้านจริยธรรมและกฎหมายรวมอยู่ด้วย รายละเอียดต่าง ๆ ในประมวลกฎหมายเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ ต้องแยกชัดระหว่างการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับการฆ่าตัวตายโดยได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์

กรณีมีปัญหาว่าจะถือความยินยอมจากผู้ป่วยได้อย่างไร หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถรับรู้และตอบคำถามได้ ศาลอังกฤษได้วางหลักให้ถือตามกฎเกณฑ์ที่คณะกรรมการจริยธรรมแพทย์แห่งสมาคมแพทย์อังกฤษ (Medical Ethics Committee of the British Medical Association) ซึ่งได้วางไว้เมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ.1992 คือ[56] ได้มีการพยายามฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือนนับแต่เกิดเหตุ การวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพ PVS ต้องกระทำหลังเกิดเหตุแล้วอย่างน้อย 12 เดือน การลงความเห็นวินิจฉัยต้องมีแพทย์อิสระอย่างน้อย 2 คน และความต้องการของคน

---

[54] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ในวาระสุดท้ายของชีวิต* (น.61-62). เล่มเดิม.

[55] แหล่งเดิม.

[56] *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ* (น.91-92). เล่มเดิม.

ในครอบครัวผู้ป่วยเป็นเหตุผลที่มีน้ำหนักดีที่สุด

นอกจากนี้สมาคมการุณยฆาตแบบสมัครใจแห่งอังกฤษ ได้เสนอหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการุณยฆาตว่า หากประกอบด้วยเงื่อนไขต่อไปนี้ สมควรที่รัฐจะอนุญาตให้ทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย คือ

1) คนไข้สมัครใจ

2) มีแพทย์รับรองตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาและโรคนั้นสร้างความเจ็บปวดทรมานแก่ผู้ป่วยอย่างรุนแรง

3) ผู้ป่วยต้องยื่นหนังสือแสดงความจำนง ก่อนวันกำหนดทำการุณยฆาตอย่างน้อย 30 วัน และการทำการุณยฆาตต้องทำต่อหน้าพยานซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องใด ๆ กับผู้ป่วยอย่างน้อย 2 คน

4) ระหว่างที่อยู่ในช่วงรอเวลาทำการุณยฆาตนี้ ผู้ป่วยสามารถยกเลิกคำร้องได้ทุกเวลา

5) การุณยฆาตต้องกระทำโดยแพทย์เท่านั้น

ในอังกฤษ การฆ่าด้วยความสงสาร (Mercy Killing or Euthanasia) ซึ่งกระทำโดยญาติมักได้รับการผ่อนผันไม่ลงโทษ หรือลงโทษเพียงสถานเบา ในปี ค.ศ. 1936 ค.ศ.1969 และ ค.ศ.1973 มีการเสนอร่างกฎหมายการสมัครใจตายอย่างสงบ (Voluntary Euthanasia Bills) แต่ไม่สามารถผ่านสภาออกมาเป็นกฎหมายได้[57]

ปี ค.ศ.1999 ได้มีการกล่าวหาโดยเสนอเรื่องต่อคณะกรรมาธิการเกี่ยวกับพฤติกรรมของรัฐบาล ว่ายอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปล่อยมีการการตายอย่างสงบด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อให้เตียงของโรงพยาบาลว่างลง ผู้สูงอายุได้กล่าวหาสถานพยาบาลสุขภาพแห่งชาติว่าประสงค์ร้ายต่อผู้สูงอายุและขอให้รัฐบาลแก้ปัญหา ข้อกล่าวหาดังกล่าวเป็นเรื่องที่ปล่อยให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับอาหารและน้ำ อย่างไรก็ดีกฎหมายต่อต้านการปล่อยให้มีการตายอย่างสงบนี้ได้ถูกวุฒิสภาลงมติไม่ยอมรับ ในเดือนเมษายน ค.ศ.2000 นักอนุรักษ์นิยมได้แสดงให้เห็นถึงจุดอันตรายของการที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ โดยไม่ให้มีการช่วยเหลือที่เกิดในอังกฤษ โดยเฉพาะมีการตั้งข้อสังเกตว่าผู้ป่วยสูงอายุอย่างน้อยจำนวน 50 คน ได้ถูกปล่อยให้ตายโดยไม่มีการช่วยเหลือเมื่อหมดลมหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น[58]

---

[57] แหล่งเดิม.

[58] แหล่งเดิม.

หลังจากคดีของ Anthony Bland มีผู้ป่วย 8 คน ได้รับอนุญาตให้ตาย ในอังกฤษมีผู้ป่วยในสภาวะ PVS ราว 1,500 คน และมีข้อโต้แย้งว่าการวินิจฉัยลงความเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ PVS บางรายแพทย์วินิจฉัยผิดพลาด เพราะมีผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นฟูเรียกความรู้สึกกลับมาได้

สมาคมแพทย์อังกฤษ (The British Medical Association) ได้สนับสนุนหลักการของคำสั่งล่วงหน้า ว่าบุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล ต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และต้องได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิเสธการรักษา รวมทั้งความจริงที่ว่าจะทำให้ตนเสียชีวิตเร็วขึ้น การแสดงความจำนงนี้จะต้องไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของบุคคลอื่น และต้องมีความชัดเจน คำสั่งล่วงหน้านี้ไม่นำมาใช้กับกรณีดังนี้

1) ปฏิเสธการให้ความดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการอำนวยความสะดวกสบาย เช่น การซักล้าง การอาบน้ำ การดูแลช่องปาก

2) ปฏิเสธการให้อาหารและน้ำดื่มทางปาก

3) ปฏิเสธการใช้เครื่องมือที่มีวัตถุประสงค์ในการอำนวยความสะดวกสบายเท่านั้น เช่น สิ่งที่บรรเทาความเจ็บปวด

4) เรียกร้องให้บุคคลผู้ดูแลสุขภาพ ละเว้นกระทำสิ่งที่ไม่เหมาะสม

5) ขอร้องให้ละเว้นกระทำการใด ๆ ที่ผิดกฎหมาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ (Euthanasia) หรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย[59]

ในปี ค.ศ. 2005 อังกฤษ มีกฎหมายชื่อ Mental Capacity Act 2005 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์และมีความสามารถตามกฎหมายสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาในการปฏิเสธรักษาพยาบาลได้ (Advance decisions to refuse treatment) โดยเนื้อหาในหนังสือจะระบุวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยปฏิเสธในกรณีต่าง ๆ ผู้ที่เป็นพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลใดก็ได้ที่ผู้ทำหนังสือไว้วางใจ การตัดสินใจทางการแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยใกล้อยู่ในความเสี่ยงที่จะเสียชีวิต

สรุปได้ว่าในอังกฤษให้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยการใช้หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าที่เรียกว่า “Advance Directives” เพื่อปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยต้องอยู่บนพื้นฐานของความยินยอมและความเป็นอิสระของตน และรวมถึงการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในอนาคตโดยอาศัยคำตัดสินของผู้พิพากษาตามกฎหมายเป็นหลักในการพิจารณา

3.2.3 สาธารณรัฐฝรั่งเศส

สาธารณรัฐฝรั่งเศสมีการเสนอกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิที่จะช่วยชีวิตคนตาย (Right to live one’s death) ใน ค.ศ.1979 แต่กฎหมายไม่ผ่านสภา ศาลอุทธรณ์ฝรั่งเศสได้วินิจฉัยเมื่อวันที่ 3

---

[59] แหล่งเดิม.

มกราคม ค.ศ.1973 ว่ากรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาตามความเหมาะสมอย่างเด็ดขาด การไม่รักษาของแพทย์ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น (Voluntary homicide) หรือความผิดฐานไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างอันตรายเพราะขาดองค์ประกอบของความผิด[60]

ในสาธารณรัฐฝรั่งเศส มีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยขอใช้สิทธิการตาย (Droit à la mort) คือกรณีของนายแว็งซ็องต์อัมแบร์ (Vincent Humbert) ซึ่งประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์เมื่อวันที่ 24 กันยายน ค.ศ.2000 จนกลายเป็นผู้ป่วยขั้นโคม่า ร่างกายหลายส่วนใช้การไม่ได้ นายอัมแบร์ได้เขียนจดหมายเพื่อร้องขอสิทธิในการตายจากประธานาธิบดีฌาคส์ชีรัค (Jacques Chirac) ด้วยการใช้สัญญาณทางกายสื่อให้เพื่อนเขียนจดหมายให้ และส่งจดหมายดังกล่าวไปถึงประธานาธิบดีฌาคส์ชีรัคเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน ค.ศ.2002 ซึ่งประธานาธิบดีฌาคส์ชีรัคได้ตอบจดหมายกลับมาในวันที่ 17 ธันวาคม ค.ศ.2002 ว่าตนเข้าใจตัวนายอัมแบร์ดี แต่ให้เหตุผลว่าระบบกฎหมายฝรั่งเศสไม่เอื้ออำนวยให้ทำเช่นนั้นได้ โดยเนื้อความในจดหมายตอนหนึ่งได้กล่าวว่า “ผมเองก็ไม่สามารถที่จะให้ในสิ่งที่คุณร้องขอได้ เนื่องจากประธานาธิบดีแห่งสาธารณรัฐเองก็ไม่สิทธิที่จะทำ” ในท้ายที่สุดแพทย์และแม่ของนายอัมแบร์ก็ตัดสินใจหยุดการรักษา นายอัมแบร์เสียชีวิตในวันที่ 26 กันยายน ค.ศ.2003 ส่วนแพทย์และแม่ของอัมแบร์ถูกตั้งข้อหาฆ่าคนตาย[61] การตายของนายอัมแบร์ส่งผลอย่างกว้างขวาง เกิดประเด็นถกเถียงกันว่าถึงเวลาหรือยังที่สาธารณรัฐฝรั่งเศสสมควรมีกฎหมายรับรองเรื่องการุณยฆาต (L’euthanasie) หลังจากเหตุการณ์ดังกล่าว รัฐสภาได้ตั้งคณะกรรมาธิการเฉพาะกิจขึ้นมาชุดหนึ่ง เพื่อทำการศึกษาแนวทางแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการตาย คณะกรรมธิการชุดนี้มีทั้งที่เป็นฝ่ายขวาและฝ่ายซ้ายมีนายฌ็องลีโอเน็ตติ (Jean Leonetti) สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจากพรรค UMP เป็นประธานคณะกรรมาธิการได้จัดทำข้อเสนอให้ออกรัฐบัญญัติว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการสิ้นชีวิต (La proposition de loi relative aux droits des maladies et à la fin de vie) เพื่อแก้ไขบทบัญญัติในประมวลกฎหมายสาธารณสุขและประมวลกฎหมายจรรยาบรรณทางการแพทย์[62] ร่างรัฐบัญญัตินี้อนุญาตให้แพทย์จำกัดหรือหยุดการรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้ หากผู้ป่วยนั้นร้องขอในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นไม่รู้สึกตัว ให้เป็นการตัดสินใจของบุคคลซึ่งผู้ป่วยไว้วางใจ (La personne de confiance) หรือปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยซึ่งได้ทำไว้ล่วงหน้า (Directives anticipées) อย่างไรก็ตามข้อเสนอดังกล่าวไม่ใช่การรับรองการุณยฆาตให้ชอบด้วยกฎหมาย เป็นเพียงแต่ทางเลือกที่ 3 ระหว่างการไม่ให้มีการุณยฆาตเลยกับ

---

[60] *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรง ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (น.43-44). เล่มเดิม.

[61] แหล่งเดิม.

[62] แหล่งเดิม.

การอนุญาตให้มีการุณยฆาตได้เท่านั้น คณะกรรมาธิการไม่ได้ตอบคำถามว่าสมควรจะมีการกระทำการุณยฆาตในฝรั่งเศสหรือไม่ แต่กลับมุ่งไปที่ผู้ป่วยขั้นโคม่าดังเช่นกรณีของอัมแบร์เท่านั้น เพราะว่าถ้าคณะกรรมาธิการเลือกการออกกฎหมายรับรองให้มีการฉีดยาให้ตาย (L'euthanasie active) ได้ก็จะถูกพวกอนุรักษ์นิยมและเคร่งศาสนาคริสต์ต่อต้าน แต่ถ้าเพิกเฉยและปล่อยให้เป็นแบบเดิมต่อไป บรรดากลุ่มสมาคมภาคประชาชนและแพทย์บางส่วนก็ไม่ยอม การแก้ปัญหาของคณะกรรมาธิการจึงทำได้โดยการเลือกทางที่ 3 โดยพิจารณาจากบริบททางสังคมและการแพทย์ในฝรั่งเศสเป็นสำคัญ[63] เมื่อข้อเสนอนี้ออกสู่สาธารณชน บรรดาสมาคมที่สนับสนุนการกระทำการุณยฆาตทั้งหลายยังคงไม่เห็นด้วยในหลาย ๆ ประการ สมาคมเพื่อสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Association pour le droit de mourir dans la dignité: ADMD) โดยนายแพทย์ฌ็องโกเฮน (Jean Cohen) ประธานสมาคมออกมากล่าวว่าร่างรัฐบัญญัติที่เสนอโดยคณะกรรมาธิการชุดนายลีโอเน็ตตินี้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ โดยให้เหตุผลว่าชะตากรรมของผู้ป่วยยังคงขึ้นกับการตัดสินใจของแพทย์อยู่ดี ไม่ได้หมายความว่าแพทย์จะต้องทำตามเจตนาของผู้ป่วยเสมอไป แพทย์ยังคงมีดุลพินิจในการตัดสินใจว่าจะหยุดการรักษาหรือไม่ก็ได้ โดยมองว่าการแสดงเจตจำนงขอสิ้นชีวิตของผู้ป่วยนั้นควรมีผลบังคับผูกมัดแพทย์อย่างเด็ดขาด ภายใต้แนวคิดที่ว่าชีวิตของแต่ละคนต้องให้เจ้าของชีวิตตัดสินใจเอง แพทย์ผู้พิพากษาหรือบุคคลใดก็ตามไม่มีสิทธิมากำหนดชะตาชีวิตของเขา จุดที่แตกต่างกันก็คือ ข้อเสนอของคณะกรรมาธิการเป็นการปล่อยให้ตายไปเองด้วยการหยุดการรักษา แต่ข้อเสนอของสมาคมเป็นการช่วยเหลือหรือทำให้ตายหรือที่เรียกว่า L'aide active à mourir นายลีโอเน็ตติ ประธานคณะกรรมาธิการ เน้นว่ามีความแตกต่างกันระหว่าง "การปล่อยให้ตาย" กับ "การทำให้ตาย" เขายังบอกอีกว่าคงเป็นเรื่องที่กระทบกับศีลธรรมและกฎหมายอย่างมาก หากมีผู้ป่วยคนหนึ่งกลับไปบ้านอาบน้ำกินข้าวพร้อมหน้าพร้อมตา แล้วนัดหมอมาฉีดยาตัวเองให้ตายไปตอน 6 โมงเช้าของวันรุ่งขึ้น สอดคล้องกับฝ่ายศาสนจักรที่ออกมาประกาศว่าพวกเขาพอจะยอมรับได้กับการปล่อยให้ตายไปเอง แต่การทำให้ผู้ป่วยตายด้วยการฉีดยาให้นั้นขัดกับหลักการของศาสนาคริสต์ซึ่งยอมรับได้[64]

สรุปได้ว่าการปล่อยให้ตายไปเองในสาธารณรัฐฝรั่งเศส เดิมแพทย์จะมีความผิดฐานฆ่าคนตาย แม้ว่าตัวแพทย์เองจะไม่ได้กระทำอะไรก็ตาม แต่การละเว้นการกระทำ ซึ่งหมายถึงการละเว้นไม่ยอมรักษาคนไข้ ถือเป็นการกระทำด้วยอย่างหนึ่งจึงเสนอให้มีการออกกฎหมายอนุญาต

---

[63] แหล่งเดิม.

[64] แหล่งเดิม.

ให้แพทย์สามารถหยุดการรักษาได้ ตามแนวทางของคณะกรรมาธิการชุดนายลีโอเน็ตติ ซึ่งมีผู้เห็นว่าจุดประสงค์หลักคือมุ่งคุ้มครองแพทย์ให้พ้นจากความผิดทางอาญา แต่ไม่ได้คุ้มครองผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยต้องทนทรมานจนกว่าจะตายไปเองอยู่ดี อีกแนวทางหนึ่งคือการให้แพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยตาย อาจเป็นการฉีดยาให้ผู้ป่วยตายไปอย่างสงบ แนวทางนี้จะมุ่งไปที่สิทธิของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์เป็นเพียงผู้ที่เข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายสมดังเจตนาของตนเท่านั้น แต่ก็เป็นที่ถกเถียงกันในแง่กฎหมายและศีลธรรมว่าเป็นการไปเร่งให้ตาย ดังนั้นการกระทำการุณยฆาตโดยอ้อมก็เริ่มเป็นที่ยอมรับได้ในสังคมฝรั่งเศส ส่วนการกระทำการุณยฆาตโดยตรงนั้นยังไม่สามารถเป็นที่ยอมรับได้ เพราะเหตุผลในเรื่องของความเป็นอนุรักษ์นิยมของสังคม หรือบทบาทของศาสนาคริสต์[65]

ทั้งนี้เมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2007 ศาลในสาธารณรัฐฝรั่งเศสได้พิพากษาจำคุกแพทย์หญิงลอเรน ตรามัวส์ อายุ 35 ปี ฐานสั่งให้พยาบาลฉีดยาพิษให้กับคนไข้อายุ 65 ปี ซึ่งเป็นโรคมะเร็งตับอ่อนระยะสุดท้ายเพื่อยุติชีวิตตามคำขอร้องของคนไข้และญาติคนไข้เพื่อมิต้องทรมานต่อไป ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2003 โดยศาลได้พิพากษาจำคุกแพทย์ถึง 30 ปี ซึ่งแพทย์และพยาบาลทั่วประเทศประมาณ 2,000 คน ได้ลงชื่อสนับสนุนการกระทำของแพทย์หญิงลอเรน ตรามัวส์ ก่อนที่ศาลจะเริ่มพิจารณา[65]

3.2.4 เครือรัฐออสเตรเลีย

ในปี ค.ศ. 1995 เครือรัฐออสเตรเลียได้ตราพระราชบัญญัติโดยรัฐสภาของรัฐ Northern Territory ซึ่งรองรับให้แพทย์สามารถกระทำการุณยฆาตและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ได้ โดยกฎหมายฉบับนี้มีผลใช้บังคับในเดือนกรกฎาคม 1996 แต่ต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 1997 กฎหมายดังกล่าวก็ถูกยกเลิกโดยรัฐบาลกลาง หลังจากประกาศใช้ไม่ถึงปี เนื่องจากมีผู้ใช้สิทธิตามกฎหมาย 4 คน ฆ่าตัวตายด้วยอุปกรณ์ที่ติดตั้งโดยแพทย์ หลังจากมีการยกเลิกส่งผลให้การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นความผิดตามกฎหมายในทุกรัฐของเครือรัฐออสเตรเลีย แต่ยังคงไว้ซึ่งกรณีการยับยั้งหรือการเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตว่าเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมายในทุกรัฐหากเข้าเงื่อนไขดังนี้

1) เป็นการแสดงความจำนงของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ซึ่งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ แสดงความจำนงด้วยความสมัครใจ

---

[65] แหล่งเดิม.

[66] กุลพล พลวัน.(ม.ป.ป.). *พินัยกรรมชีวิต*. สืบค้น 5 มิถุนายน 2557, จาก http://www.stat.ago.go.th/

2) มีหนังสือรับรองการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาอย่างชัดแจ้ง หรือมีคำสั่งล่วงหน้าที่ผู้ป่วยทำขึ้นในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

3) ขณะที่ผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้แต่งตั้งตัวแทนให้แสดงเจตนาแทน หากต่อมาตนเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะไม่สมบูรณ์[67]

บทบัญญัติของกฎหมายในการจัดทำคำสั่งล่วงหน้าในเครือรัฐออสเตรเลีย[68]

รัฐ Victoria ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ ค.ศ.1988 (Medical Treatment Act 1988) กำหนดให้มีหนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษา (Refusal of treatment Certificate) บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ต้องได้รับการบอกกล่าวเกี่ยวกับอาการป่วยของตน และมีแพทย์และบุคคลอีกคนหนึ่งลงชื่อเป็นพยานในการแสดงความจำนงครั้งนี้ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้ โดยการแสดงเจตนากับบุคคลอื่น หนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษานี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ที่ปฏิบัติตามหนังสือรับรองการปฏิเสธการรักษาย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทางแพ่งและทางอาญา รวมทั้งการร้องเรียนว่าประพฤติผิดหลักวิชาชีพ[69]

รัฐ South Australia ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการให้ความยินยอมในการรักษาทางการแพทย์และการดูแลแบบประคับประคอง ค.ศ.1995(Consent to Medical Treatment and Palliative Act 1995) กำหนดให้มีคำสั่งล่วงหน้ามีผลใช้บังคับกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการป่วยในระยะสุดท้าย หรือผู้ซึ่งอยู่ในภาวะผัก ซึ่งไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องการรักษาพยาบาลได้ บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อพร้อมกับมีพยานรับรองลายมือชื่อ 1 คน พยานนั้นต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้โดยการแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษร หรือด้วยวาจา แพทย์ที่ทำตามคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วยย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาหากแพทย์กระทำโดยไม่ประมาทเลินเล่อและสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติทางวิชาชีพ[70]

รัฐ Queensland ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยอำนาจของผู้รับมอบอำนาจ ค.ศ.1998 (Power of Attorney Act 1998) กำหนดให้มีคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ (Advance Health Directive) คำสั่งในการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนี้จะไม่ได้รับการปฏิบัติ เว้นแต่

---

[67] *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ.* (น. 99). เล่มเดิม.

[68] แหล่งเดิม.

[69] แหล่งเดิม.

[70] แหล่งเดิม.

ผู้ป่วยต้องมีอาการป่วยในระยะสุดท้าย หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และไม่มีความหวังว่าจะมีชีวิตอยู่เกินกว่า 1 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผัก หรือไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยไม่มีความหวังว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ โดยปราศจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นขัดกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ดี และผู้ป่วยไม่มีความหวังว่าสุขภาพทางกายจะกลับฟื้นคืนดี

คำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพนี้ ต้องลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีคำสั่งไว้ และต้องมีพยานลงลายมือชื่อ 2 คน พยานคนหนึ่งต้องไม่ใช่แพทย์ และพยานต้องรับรองว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ในเวลาที่ทำคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพโดยแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษร แพทย์ที่กระทำตามคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วยความสุจริตใจย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา[71]

รัฐ Australian Capital Territory ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ ค.ศ.1994 (Medical Treatment Act 1994) กำหนดให้บุคคลซึ่งมีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ คำสั่งล่วงหน้าต้องลงลายมือชื่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่ผู้ป่วยมีคำสั่งไว้ และต้องมีพยานลงลายมือชื่อ 2 คน พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้โดยการแสดงเจตนาอย่างชัดแจ้งแก่อีกบุคคลหนึ่ง คำสั่งล่วงหน้านี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ที่กระทำตามคำสั่งล่วงหน้าย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา รวมทั้งการร้องเรียนว่าประพฤติผิดหลักวิชาชีพ[72]

รัฐ Northern Territory ได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติ ค.ศ.1988 (Natural Death Act 1988) กำหนดให้คำสั่งปฏิเสธการรักษามีผลใช้บังคับกับผู้ป่วยในระยะสุดท้ายเท่านั้น บุคคลที่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีอายุเกินกว่า 18 ปี เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องลงลายมือชื่อพร้อมพยาน 2 คน พยานต้องไม่ใช่แพทย์ ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำสั่งล่วงหน้าได้ โดยการแสดงเจตนาด้วยลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจา คำสั่งล่วงหน้านี้ไม่ครอบคลุมถึงการปฏิเสธการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์ซึ่งกระทำตามคำสั่งล่วงหน้าย่อมหลุดพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา[73]

---

[71] แหล่งเดิม.

[72] แหล่งเดิม.

[73] แหล่งเดิม.

3.2.5 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่น ยังไม่มีกฎหมายรับรองหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า แต่มีองค์กรอาสาสมัครหลายแห่ง ออกเอกสารหลายประเภทที่เกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย ซึ่งไม่มีผลบังคับใช้ได้ตามกฎหมาย

สมาชิกของสมาคมการุณยฆาตของญี่ปุ่น (The Japanese Euthanasia Society) ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1976 และได้ตั้งชื่อใหม่ว่าสมาคมแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของชาวญี่ปุ่น (The Japanese Society of Dying with Dignity) มีจำนวนสมาชิกเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังไม่สามารถทำให้เกิดผลอันใดจากประกาศเรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (Dying with Dignity Declaration) หรือแม้แต่หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา (Living Will) ซึ่งองค์กรต่างๆ กำลังหาวิธีเพื่อกำหนดและป้องกันการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

เนื่องจากวัฒนธรรม จารีตประเพณี ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ที่มีพื้นฐานมาจากความไว้เนื้อเชื่อใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ โดยผู้ป่วยไม่เคยตั้งคำถามใด ๆ และแพทย์จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจในการวินิจและให้การดูแลรักษา หากผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์จะแจ้งครอบครัวของผู้ป่วยว่าไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้แล้ว แต่ผู้ป่วยมักไม่ได้รับการบอกกล่าวถึงการวินิจฉัยในวาระสุดท้าย ผู้ป่วยจึงไม่มีข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวางแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าตามที่ผู้ป่วยต้องการ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยควรมีโอกาส สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเองยังไม่เป็นที่ยอมรับกันเหมือนประเทศอื่น ๆ หลักกฎหมายเรื่องสิทธิการตัดสินใจของผู้ป่วยเริ่มปรากฏในกรณีที่ศาลญี่ปุ่นมีการตัดสินว่าแพทย์ที่ให้เลือดกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพระยะโฮวาโดยฝ่าฝืนความต้องการของผู้ป่วย ถือว่าแพทย์ได้กระทำการอันละเมิดสิทธิส่วนบุคคล แพทย์ต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้ป่วย[74]

ด้วยความเชื่อของชาวญี่ปุ่นที่ผสมผสานระหว่างลัทธิขงจื้อ ชินโต และพุทธศาสนาที่ว่าความตายไม่ควรเร่งรีบและควรหลีกเลี่ยงการรบกวน เพราะเป็นความกลมเกลียวของจักรวาลที่ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว จารีตประเพณีทางด้านจิตใจของชาวญี่ปุ่นเป็นความรู้สึกระหว่างความผูกพันที่ปรับเปลี่ยนความคิดจากปัจเจกชน ไปเป็นความคิดแบบครอบครัวหรือสังคม มีบทบาทในการจำกัดแนวคิดเรื่องคำสั่งล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา แม้แต่การตัดสินใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะก็เป็นความเห็นของคนในครอบครัวเป็นหลัก ประชาชนบางส่วนเห็นว่าเป็นเรื่องยาก ที่จะมีเอกสาร

---

[74] จาก *ปัญหาทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.102), โดย จุฑามาศ บุญบาล, 2556, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

เกี่ยวกับการสิ้นชีวิต โดยเห็นว่าสถานการณ์ที่ตึงเครียดของการตาย ควรเป็นไปในทางที่กลมกลืนเป็นไปอย่างสงบ ปราศจากถ้อยคำสำหรับทุกฝ่ายที่กำลังเผชิญ

เจน โอ ไฮอิ (Gen Ohi) กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้จากการสำรวจในประเด็นความตายว่า คนส่วนใหญ่เห็นว่าการแสดงความคิดเห็นหรือความต้องการเกี่ยวกับความตาย ในรูปแบบเอกสารเป็นเรื่องที่ยาก และประชาชนยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความยุ่งยากทางกฎหมายที่จะเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเห็นว่าเรื่องของจิตใจเป็นเรื่องที่สำคัญมากในสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งจะทำให้ขัดขวางการมีคำสั่งล่วงหน้า แม้จะรู้ว่าเอกสารนี้เป็นสิ่งจำเป็นมากในอนาคต

ประมวลกฎหมายอาญาของญี่ปุ่น ได้บัญญัติเกี่ยวกับการทำอัตวินิบาตกรรม โดยการขอร้องและฆ่าโดยความยินยอม ในประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติเกี่ยวกับความผิดในเรื่องนี้ไว้ตามมาตรา 202 ว่า “ ผู้ใดยุยง ส่งเสริม หรือช่วยเหลือในการทำอัตวินิบาตกรรม หรือฆ่าผู้อื่นโดยเขาร้องขอ หรือด้วยความยินยอมของผู้นั้น ต้องได้รับโทษจำคุกโดยทำงานหนัก หรือจำคุกไม่ต่ำกว่า 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี”[75]

จากประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 202 ของญี่ปุ่น ทำให้แพทย์ปฏิเสธความต้องการของผู้ป่วยซึ่งขอให้แพทย์ยุติการรักษาในวาระสุดท้าย เพื่อจบชีวิตของเขาลงตามธรรมชาติ มาตรานี้บัญญัติให้อำนาจแก่แพทย์ในการยืดชีวิตของผู้ป่วยเท่าที่จะทำได้ แพทย์ได้รับการพิจารณาว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในการรักษาผู้ป่วย และโดยปกติแล้วแพทย์จะไม่เคารพความต้องการของผู้ป่วย แต่แพทย์ทั้งหลายจะเคารพบทบัญญัติของกฎหมาย โดยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป เช่น หญิงอายุ 85 ปี กำลังจะตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้และทรมานจากความเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยแนะนำแพทย์เจ้าของไข้ว่าให้หยุดการรักษา แต่คำแนะนำได้รับการปฏิเสธจากแพทย์ โดยแพทย์กล่าวว่า ด้วยจรรยาบรรณของแพทย์ไม่สามารถยอมรับข้อเสนอนี้ได้ อย่างไรก็ตาม หากแพทย์ตัดสินใจโดยใช้พื้นฐานทางการแพทย์ว่าการรักษาต่อไปไร้ประโยชน์ แพทย์ก็สามารถที่จะหยุดรักษาได้ โดยอาศัยบทบัญญัติตามมาตรา 35 ของประมวลกฎหมายอาญาญี่ปุ่น ซึ่งบัญญัติไว้ว่า “ไม่มีผู้ใดที่จะต้องได้รับโทษ หากกระทำโดยอำนาจของกฎหมาย หรือกฎ หรือกระทำลงโดยชอบด้วยกฎหมาย”

อย่างไรก็ตาม โอไฮอิ คิดว่าประมวลกฎหมายอาญามาตรา 202 มีความแตกต่างกันของกฎหมายระหว่าง “ความยินยอมบนพื้นฐานการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย” และ “การช่วยเหลือการทำอัตวินิบาตกรรม” และเห็นว่าควรมีการรับรองให้ชัดเจน หากมีการตีความและนำมาตรา 202 มาบังคับใช้โดยเคร่งครัดทั้ง 2 สถานการณ์ บุคคลผู้กระทำก็ต้องถูกฟ้องร้อง อย่างไรก็ตามในส่วนของ

---

[75] แหล่งเดิม.

การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย รูปแบบคดีควรได้รับการทำความเข้าใจและสามารถแสดงเหตุผลความจำเป็นได้ เนื่องจากเป็นการช่วยบรรเทาความเจ็บป่วย และเป็นการเคารพเจตจำนงของผู้ป่วยที่ต้องการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย ซึ่งสถานการณ์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายกำลังเปลี่ยนแปลงไป

หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในประเทศญี่ปุ่น เป็นเพียงเอกสารของบุคคลซึ่งแสดงความต้องการในการรักษาและดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งยังไม่สามารถบังคับใช้ได้ตามกฎหมาย แต่บุคคลและองค์กรที่จัดทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้ายังมีความพยายามที่จะสนับสนุนการใช้เอกสารดังกล่าวต่อไป โดยลักษณะของเอกสารคล้ายกับพัฒนามาจากบางประเทศในยุโรปและสหรัฐอเมริกา โดยประเทศญี่ปุ่นแบ่งประเภทของคำสั่งล่วงหน้าหรือเจตจำนงที่จะตายเป็น 3 ประเภท คือ

1) ประกาศแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรี - หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Declaration Document of Death with Dignity – living Will) ซึ่งบัญญัติโดยสมาคมการตายอย่างมีศักดิ์ศรี (The Japanese Society of Dying with Dignity)

2) ประกาศสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Declaration for the end of life stage) ซึ่งบัญญัติโดยกลุ่มความคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพลเมือง (The Citizen's Group in Thinking of End of Life Stage)

3) โครงร่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will Proposal) โดยมหาวิทยาลัยสตรีแห่งเกียวโต (Kyoto Women's University)[76]

ในปี ค.ศ. 1976 สมาคมแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีของชาวญี่ปุ่น ทำรูปแบบทั่วไปที่ให้แต่ละบุคคลแสดงความต้องการที่ให้หยุดทำการรักษา โดยประกาศแห่งการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเรียกร้องว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ควรนำมาใช้ในการยืดชีวิตผู้ป่วย และร้องขอว่าวิธีการที่จะลดความเจ็บปวดทรมานควรนำมาใช้ แม้ว่าจะทำให้ผู้ป่วยตายในฉับพลันและอนุญาตให้ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในกรณีที่มีสภาพคล้ายผักอย่างถาวรเป็นเวลาหลายเดือน[77]

---

[76] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. (น. 72). เล่มเดิม.

[77] *ปัญหาทางกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. (น. 104). เล่มเดิม.

ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ.1995 ในญี่ปุ่นมีการตื่นตัวของประชาชนเกี่ยวกับการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเพิ่มขึ้นมาอย่างรวดเร็ว องค์กรอื่น เช่น กลุ่มความคิดในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพลเมืองกลายเป็นแรงกระตุ้นอย่างมาก มีการออกรูปแบบการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าแบบอื่น ๆ โดยพยายามประยุกต์ให้เห็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การกล่าวถึงความจริงในสภาพผู้ป่วยที่มีสภาพเหมือนผักและผู้ป่วยภาวะสมองตาย และความต้องการของแต่ละบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับภาวะต่าง ๆ ที่เป็นความทรมาน รวมถึงการกล่าวถึงโอกาสที่แสดงความต้องการของคนหนึ่งในการบริจาคอวัยวะ ในที่สุดเอกสารเหล่านี้ก็เป็นการแสดงออกถึงการตัดสินใจ โดยมีการลงนามโดยผู้บันทึก วิธีการดังกล่าวของเอกสารจะรวมเอาลักษณะของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษา และหลักการมอบอำนาจทางกฎหมายไว้ในเอกสารเดียวกัน อย่างไรก็ตามเอกสารนั้นก็ไม่มีผลทางกฎหมายไม่ว่าทางใด และประชาชนยังคงไม่ต้องการให้แพทย์ถูกตั้งข้อหาแต่โดยธรรมชาติแล้ว เห็นว่าการแสดงออกในเรื่องของเอกสารและความต้องการเหล่านี้ อาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำการรักษาของแพทย์[78]

สรุปได้ว่า ประเทศญี่ปุ่นมีการใช้เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าอยู่บ้าง แต่ยังไม่มีเอกสารที่รับรองทางกฎหมายอย่างชัดเจน รูปแบบที่องค์กรต่าง ๆ เริ่มใช้ เป็นลักษณะเดียวกับสหรัฐอเมริกา คือมีการผสมผสานระหว่างหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล และหลักการมอบอำนาจให้ตัวแทนเพื่อดูแลสุขภาพ ซึ่งแม้ไม่มีผลตามกฎหมาย แต่ก็มีความหวังว่าแพทย์จะเข้าใจ และด้วยลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ทำให้ญี่ปุ่นไม่ค่อยมีการพัฒนา เนื่องจากมีความนับถือแพทย์และให้ถือตามการตัดสินใจของแพทย์เป็นสำคัญ

---

[78] *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (น. 72-73). เล่มเดิม.

บทที่ 4

ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้น โดยนำแนวทางปฏิบัติที่บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วย และญาติ ปฏิบัติกันโดยทั่วไปในอดีตมาบัญญัติรับรองเป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษร โดยกฎหมายได้บัญญัติรับรองสิทธิของบุคคลในการแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษา (Right to refuse medical treatment) ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เพื่อขอตายอย่างสงบ ทั้งนี้ เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน การทำความเข้าใจและแยกแยะประเด็นปัญหาเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ โดยทั่วไปคนเรามักคิดว่ากฎหมายเป็นคำตอบของปัญหาต่าง ๆ ในสังคมทั้ง ๆ ที่ในความเป็นจริงแล้ว กฎหมายนั้นเป็นคำตอบที่ค่อนข้างหยาบและแข็งกระด้าง เนื่องจากเป็นข้อกำหนดของรัฐที่บัญญัติขึ้นบนจุดยืนของผู้มีอำนาจรัฐในขณะนั้น เป็นมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ต่ำสุดของสังคมในการดูแลและควบคุมความประพฤติของคนในสังคม ซึ่งแตกต่างจากจริยธรรมที่เป็นเครื่องมือควบคุมพฤติกรรมระดับสูงของมนุษย์ ซึ่งเกิดจากจิตสำนึกภายในที่ยึดโยงกับคุณธรรมศีลธรรมและเสรีภาพที่บุคคลทำด้วยความสมัครใจ[1] ดังนั้น เราควรหาคำตอบจากกฎหมายก็ต่อเมื่อเราไม่อาจหาคำตอบอื่นที่ดีกว่า สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ เป็นปัญหาที่มีพื้นฐานมาจากจริยศาสตร์และทางปรัชญา หลักการที่น่าถูกต้องคือการหาคำตอบทางจริยศาสตร์และปรัชญาให้ได้เสียก่อน และกฎหมายที่บัญญัติขึ้นก็ควรสะท้อน

---

[1] จาก *กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล* (น. 22), โดย ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ, 2555, กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

[2] จาก *การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ: รวมสานแนวคิดสู่วิธีปฏิบัติ* (น. 13), โดย กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์, 2544, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญชน.

คำตอบทางจริยธรรมหรือปรัชญาที่สังคมเห็นพ้องต้องกัน[2] รวมทั้งกฎหมายที่ออกมานั้นต้องมีความสัมพันธ์กับความยุติธรรม เพื่อให้เกิดการยอมรับจากผู้คนในสังคม ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจะทำการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาต่าง ๆ โดยส่วนแรกจะกล่าวถึงปัญหาความขัดกันระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 และข้อบังคับของแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 ปัญหาการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอม และปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย ส่วนที่สอง ผู้เขียนจะวิเคราะห์ปัญหาตามที่กล่าวมาในข้างต้น ทั้งในแง่มุมทางการแพทย์และทางกฎหมาย เพื่อนำมาสรุปให้เห็นว่ากฎหมายไทยควรมีบทบาทอย่างไรต่อประเด็นปัญหาดังกล่าว

4. 1 ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

โดยหลักแล้วการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 รวมทั้งข้อบังคับของแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 ซึ่งตามกฎหมายนั้น แพทย์มีหน้าที่บำบัดรักษาให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย และหลุดพ้นจากความตาย ทั้งต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มี แต่เมื่อมีกฎหมายบัญญัติรับรองสิทธิให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 และผู้ป่วยแสดงเจตนาขอใช้สิทธิดังกล่าว ทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เพราะการใช้สิทธิของผู้ป่วยนั้นย่อมขัดแย้งกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ ทำให้แพทย์ต้องเผชิญกับทางเลือก และต้องตัดสินใจว่าจะเคารพสิทธิของผู้ป่วย โดยยุติการรักษาพยาบาล หรือต้องทำตามหน้าที่ของแพทย์ โดยการยืดและประวิงความตายของผู้ป่วยออกไปตราบเท่าที่จะสามารถทำได้ ซึ่งทางเลือกทั้ง 2 ทาง ไม่ว่าจะแพทย์จะเลือกตัดสินใจไปในทางใด ย่อมส่งผลกระทบกับทั้งผู้ป่วยและแพทย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น จึงต้องพิจารณาชั่งน้ำหนักว่าสิทธิของผู้ป่วยกับหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ สิ่งใดสำคัญเหนือสิ่งใด และแพทย์จะยุติการรักษาผู้ป่วย

ด้วยเหตุผลใด ซึ่งการตัดสินใจของแพทย์ต้องอยู่บนพื้นฐานของเหตุผล และตอบสังคมได้ว่าเหตุใดจึงเลือกตัดสินใจเช่นนั้น

ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงทำการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาความขัดกันระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

4.1.1 ปัญหาความขัดกันระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

เนื่องจากประเทศไทยได้ออกกฎหมายรับรองสิทธิให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบได้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

จะเห็นได้ว่ากฎหมายเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถปฏิเสธการรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการที่รัฐต้องจัดหาให้แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญ โดยเจตนารมณ์ของกฎหมายก็เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจและกำหนดทางเลือกสุดท้ายเพื่อให้ตนเองตายอย่างสงบ ไม่ต้องทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้ กฎหมายยังบัญญัติให้ความคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขว่าเมื่อปฏิบัติตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง ต่อมาได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยกฎกระทรวงได้กำหนดรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจน และเกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติและผู้แสดงเจตนา[3]

---

[3] จาก “สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามพ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ2550,” โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2552 *ดุลพาห,3,* น. 153, กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงมีผลบังคับใช้ ทำให้เกิดการตื่นตัวขึ้นในสังคมไทยเป็นอย่างมาก มีทั้งบุคคลที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว บุคคลที่เห็นด้วยได้แก่

ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เห็นว่า วิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งมีเครื่องมือช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย บางครั้งทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า"ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง" กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจเพื่อจะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความรู้สึกตัว หรือมีเพียงเล็กน้อย จนไม่มีโอกาสกลับมาเป็นปกติได้ การช่วยชีวิตดังกล่าวทำให้ความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยจึงควรมีสิทธิที่จะตายโดยปฏิเสธการรักษาได้ เพื่อให้กระบวนการตายมีสภาพเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (dehumanization of the dying process) [4]

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส เห็นว่า ความมุ่งหมายของกฎหมายดังกล่าว มุ่งรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ที่จะขอตายตามธรรมชาติ ไม่ถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีทางการแพทย์ การแสดงเจตนาดังกล่าว ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต (Mercy Killing) ไม่ใช่กรณีเร่งตายที่เป็น Active Euthanasia การเขียน Living Will จึงเป็นแนวทางให้แพทย์ได้ดำเนินไปในแนวทางของ Passive Euthanasia[5]

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวว่า การยื้อชีวิตด้วยการรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายเพื่อยืดการตายเป็นภาระอยู่ 4 ส่วน คือ 1) ตัวเอง คือ เป็นการทรมานร่างกายที่อาจทำให้เจ็บปวดมากกว่าเดิมของบางโรคที่อาการรุนแรง เช่น โรคมะเร็งที่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการปวดที่ผ่านมาจากการพบปะแพทย์ในวงการ พบว่ามีผู้ป่วยหลายรายเลือกที่จะฆ่าตัวตายแทนที่จะทนใช้ยาแก้ปวด 2) เป็นภาระแก่ญาติที่ต้องเฝ้าดูแลและแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา 3)โรงพยาบาล ทำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ต้องรับภาระดูแล ทั้ง ๆ ที่อาจจะไม่ได้เป็นความประสงค์ของผู้ป่วย ซึ่งทราบกันดีอยู่แล้วว่าบุคลากรทางการแพทย์นั้นมีน้อย 4) ประเทศชาติ หมายถึง ภาระของการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องเบียดบังการรักษาผู้ป่วยรายอื่นหลายส่วน ทำให้ประเทศชาติต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น สำหรับประเทศไทยเป็นประเทศที่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเรื่องค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่การเกิดจนตายเฉลี่ยต่อรายที่ชัดเจน แต่ที่สหรัฐอเมริกา

---

[4] จาก "สิทธิที่จะตาย(The Right to Die)," โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์,2539, *ดุลพาห, 4,* น. 93.กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

[5] จาก "หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต," โดย แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2552, *ดุลพาห, 2,* น.141. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

มีการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาผู้ป่วยใน 6 เดือนสุดท้าย พบว่า มีอัตราสูงถึง 50% ของงบบริการสาธารณสุขที่ใช้ทั้งชีวิต ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่คุ้ม การมีสิทธิที่จะเลือกทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตาย ถือว่าเป็นสิทธิอันพึงประสงค์ ซึ่งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายได้[6]

นายแพทย์สันต์ หัตถีรัตน์ อดีตอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี กล่าวว่า การอยู่โรงพยาบาลนาน ๆ โดยใส่เครื่องมือแพทย์ไม่ใช่สิ่งดี เพราะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน แต่เราเข้าใจผิดมาโดยตลอดว่าสามารถยืดอายุได้ ซึ่งทำให้เกิดความทรมานต่อผู้ป่วย และไม่อยากให้แพทยสภาห่วงเรื่องการตีความกฎหมาย แต่ให้ถือประโยชน์ผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง เพราะปัญหานี้จะเป็นการสร้างความแตกแยกระหว่างแพทย์กับประชาชน ทำให้ศักดิ์ศรีแพทย์ตกต่ำยิ่งขึ้น"[7]

อย่างไรก็ตามมีบุคคลที่ไม่เห็นด้วย ได้แก่

นายแพทย์วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา เห็นว่ากรณีนี้ ไม่แตกต่างจากการุณยฆาต ซึ่งอาจเข้าข่ายความผิดตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 157[8]

นายแพทย์เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา กล่าวว่า แพทย์ไม่ได้ขัดขวางสิทธิดังกล่าว เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ตามสิทธิของมาตรา 12 แต่ไม่เห็นด้วยในวิธีการปฏิบัติ ซึ่งขัดกับความเป็นจริง และในมาตรา 12 ก็ไม่ได้กำหนดไว้ ขณะเดียวกันการกระทำลักษณะนี้กลับเข้าข่ายขัดพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ที่กำหนดชัดเจนให้แพทย์ต้องทำการรักษาให้ดีที่สุด แต่การให้แพทย์ทำหน้าที่ถอดสายท่อหรือที่เรียกว่า Un Plug เป็นการผลักภาระให้แพทย์ซึ่งไม่ถูกต้อง กฎกระทรวงดังกล่าวจึงเป็นการออกแบบการตาย ทั้ง ๆ ที่ไม่มีใครรู้ว่าจะตายอย่างไร"[9]

ศาสตราจารย์คลินิก นายแพทย์อำนาจ กุสสลานันท์ นายกแพทยสภาอาวุโส กล่าวว่า กฎกระทรวงมีบทบัญญัติหลายประการที่ละเมิดและจำกัดสิทธิของผู้ป่วยและแพทย์ เป็นการบังคับ

---

[6] วิชัย โชควิวัฒน์. (2555). *พิธีลงนามข้อตกลงความร่วมมือเรื่องการส่งเสริมการใช้สิทธิตามมาตรา12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.* สืบค้น 3 มิถุนายน 2557 จาก http://www2.manager.co.th/Daily/ViewNews.aspx?NewsID=9550000055338

[7] สันต์ หัตถีรัตน์. (2554). *การเสวนา"สิทธิการตายอย่างสงบ" ทางเลือกอันชอบธรรมของผู้ป่วย?ที่สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทยเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2554.* สืบค้น 3 มิถุนายน 2557 จาก http://www.isranews.org/isranews-news/item

[8] วิสุทธิ์ ลัจฉเสวี.(2554). *สิทธิการตาย สิทธิของ "คนไข้" หรือ "แพทย์".* สืบค้น 9 มีนาคม 2557, จาก http://www.isranews.org/isranews-article/

[9] แหล่งเดิม.

แพทย์ให้ยุติการรักษา หรือเร่งการตายของผู้ป่วย หรือละเว้นการปฏิบัติการรักษาชีวิต เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งขัดกับหลักจรรยาบรรณของแพทย์[10]

สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 นั้น มีผู้แปลอีกอย่างว่า “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will)[11] ซึ่งเป็นเรื่องของแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง เป็นการให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงล่วงหน้าว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลมากน้อยแค่ไหน อย่างไร เพื่อป้องกันหรือพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เช่น ในหลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา เครือรัฐออสเตรเลีย อังกฤษ เห็นว่าไม่ใช่เรื่องเสียหาย และเห็นว่าคนที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่มีทางรักษาทุกคน ควรได้รับสิทธิในการเลือกว่าจะรับบริการทางการแพทย์เพียงใด การระบุเจตนาไว้ล่วงหน้าเป็นเรื่องที่มีความชอบธรรมและได้รับการยอมรับ

สำหรับประเทศไทยนั้นเมื่อมีการบัญญัติกฎหมายรับรองให้ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อขอตายอย่างสงบได้ ก่อให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการยอมรับจากแพทย์และนักวิชาการบางส่วน ปัญหาในทางกฎหมาย ปัญหาด้านจริยธรรมศีลธรรม ซึ่งปัญหาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาและขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายบัญญัติ บทบาทและหน้าที่ของแพทย์จะเป็นอย่างไร แพทย์จะปฏิบัติเช่นไรเมื่อได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยให้ยุติการรักษา หรือให้เพิกถอนการรักษาที่แพทย์ได้ทำไปแล้ว เพราะ โดยหลักแล้วการประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้น ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรม และคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชน รวมทั้งแพทย์ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภาด้วย แพทย์นั้นมีหน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย หรือให้หลุดพ้นจากความตาย ภารกิจของแพทย์นั้นนอกจากการรักษาโรคแล้วยังมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงและมีชีวิตที่ยืนยาว[12] โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพ

---

[10] เครือข่ายพุทธิกา.(2554). *สำนักงานสุขภาพแห่งชาติกับแพทยสภามองต่างมุมเรื่องสิทธิการตายอย่างสงบ*.สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2557, จาก http://www.budnet.org/sunset/node/54

[11] จาก *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี* (น. 5), โดย ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา และสายพิณ ด่านวัฒนะ, 2546, กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

[12] พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 หมวด 19 มาตรา 42 บัญญัติว่า

มาตรา 42 กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันควบคุม และรักษาโรคภัยการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน และราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข หรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 4 ให้คำนิยามคำว่า วิชาชีพเวชกรรม หมายความว่า “วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนซ์สัมผัส การแทงเข็ม หรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึง การกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยา หรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย” และข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 4 ข้อ 15 ระบุว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มี”

จะเห็นได้ว่าทั้งหน้าที่ตามกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ แพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยให้ดีที่สุดตามมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพ มิได้มีหน้าที่ในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบแต่อย่างใด ในขณะเดียวกันสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของของชีวิต ก็เป็นสิทธิตามกฎหมายที่รัฐให้การรับรองและคุ้มครองตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 นอกจากนี้สิทธิดังกล่าวยังถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญที่แม้ว่าไม่มีกฎหมายพิเศษใด ๆ บัญญัติรับรอง ผู้ป่วยก็มีสิทธิปฏิเสธไม่ให้แพทย์คนหนึ่งคนใดรักษาตนเองได้ รวมทั้งมีสิทธิปฏิเสธวิธีการรักษาหรืออุปกรณ์ใด ๆ ที่แพทย์จะใช้กับตนเอง เพราะโดยหลักแล้วการรับบริการด้านการแพทย์นั้นเกิดจากความยินยอมและความสมัครใจของผู้ป่วย แพทย์จึงไม่อาจรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ให้ความยินยอมได้[13] เว้นแต่ กรณีจำเป็นเร่งด่วนที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต แพทย์จึงมีสิทธิยับยั้งหรือแทรกแซงสิทธิของผู้ป่วยได้[14]

---

[13] จาก *สิทธิที่จะตาย:สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ.ตายอย่างมีศักดิ์ศรี* (น.91), โดย นันทน อินทนันท์, 2546, กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

[14] พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุขบุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการอย่างเพียงพอ ที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหาย หรืออันตรายแก่ผู้รับบริการ เพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่ เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมาย และใช้สิทธินั้นปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ ไม่ต้องทุกข์ทรมานกับชีวิตที่เหลืออยู่ สถานการณ์เช่นนี้ย่อมทำให้แพทย์ต้องเผชิญกับทางเลือก และต้องตัดสินใจระหว่างการทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย คือ ยุติการรักษาพยาบาลกับการทำหน้าที่ของแพทย์โดยการยืดหรือประวิงความตายของผู้ป่วยออกไปตราบเท่าที่จะสามารถทำได้ แพทย์ต้องพิจารณาชั่งน้ำหนักระหว่างสิทธิของผู้ป่วยกับหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ว่าสิ่งใดสำคัญเหนือกว่าสิ่งใด

4.1.2 การวิเคราะห์ปัญหาความขัดกันระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติ

โดยธรรมชาติมนุษย์ทุกคนมีความเสมอภาค มีสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน มนุษย์ทุกคนถือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับสิทธิในชีวิต สิทธิในการแสวงหา และการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน สิทธิในการแสวงหาความสุขให้แก่ตนเอง เสรีภาพในร่างกาย สิทธิและเสรีภาพเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด เป็นสิทธิตามธรรมชาติ

สิทธิในชีวิตและร่างกาย ถือเป็นรากฐานอันสำคัญประการหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 32 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมายมิให้ผู้ใดมาล่วงละเมิด เป็นสิทธิของบุคคลที่จะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการรบกวนของบุคคลอื่นหรือรัฐ และบุคคลสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญนี้มีผลบังคับโดยตรง ไม่จำต้องมีกฎหมายระดับพระราชบัญญัติออกมายืนยันหรือรับรองแต่อย่างใด ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนี้ครอบคลุมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วย ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า “มนุษย์สามารถกำหนดว่าตนเองจะใช้สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (the right to life) หรือสิทธิที่จะตาย (the right to die) ได้ตามความประสงค์ของแต่ละคน เป็นการยอมรับสิทธิในการเป็นเจ้าของร่างกายตนเองของมนุษย์ รวมทั้งความมีอิสระในการตัดสินโชคชะตาของตนเอง (the right to self-determination) สิทธิที่จะตายจึงแฝงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นอิสรเสรีของมนุษย์นั่นเอง” [15]

---

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาล ของผู้รับบริการแล้วแต่กรณีรับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

[15] *สิทธิที่จะตาย* (The Right to Die). (น. 94). เล่มเดิม.

สำหรับประเทศไทยนั้นยังไม่มีกฎหมายบัญญัติรับรองสถานะสิทธิการตายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในฐานะสิทธิขั้นพื้นฐานของปวงชนชาวไทย รัฐธรรมแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เพียงแต่รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานปวงชนชาวไทยไว้ในบททั่วไป โดยเป็นการรับรองอย่างกว้าง ๆ ตามมาตรา 4 และ มาตรา 28 ซึ่งบัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มาตรา 32 บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองเรื่องสิทธิเสรีภาพในชีวิตร่างกาย ซึ่งต่อมาได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 รับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าได้ กฎหมายดังกล่าวเป็นการยืนยันว่าประเทศไทยรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ และแพทย์ผู้กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดในทางแพ่งและทางอาญา โดยมีนักวิชาการหลายท่านเห็นว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 แตกต่างจากกฎหมายการุณยฆาตของมลรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา ที่อนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และเห็นว่าการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมายในประเทศไทย[16]

ในหลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกามีกฎหมายรับรองเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้เขียนเห็นคล้อยตามกฎหมายของมลรัฐอิลลินอยด์ ซึ่งแม้ว่ารัฐจะยอมรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา โดยถือว่าเป็นเรื่องของสิทธิส่วนตัว หรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วยก็ตาม แต่กฎหมายก็บัญญัติให้รัฐสามารถเข้าแทรกแซงสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้ หากผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญ หรือมีน้ำหนักมากกว่าสิทธิส่วนตัว หรือสิทธิในความเชื่อทางศาสนาของผู้ป่วย หรือสิทธิปฏิเสธนั้นอาจมีผลกระทบกระเทือนต่อสิทธิของบุคคลอื่น หรือทำให้บุคคลอื่นที่ต้องพึ่งตนได้รับความเดือดร้อน หรือเห็นว่าหากการตัดสินใจปฏิเสธการรักษาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างอิสระ นอกจากนี้ ในสหรัฐอเมริกายังมีคำวินิจฉัยของศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซี่ ซึ่งวินิจฉัยกรณีของแคธลีนฟาร์เรล (Kathleen Farrel) ว่า “สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา ซึ่งทำให้เขาต้องเสี่ยงกับอันตรายหรือความตายนั้น ได้รับความคุ้มครองตามหลักการพื้นฐานของคอมมอนลอว์ แต่อย่างไรก็ตาม สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ เพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วยนั้น มิใช่สิทธิที่สมบูรณ์เด็ดขาด ยังต้องคำนึงถึงประโยชน์ของการยืดชีวิตของบุคคลออกไปอีก ซึ่งมีอยู่ 4 ประการที่ต้องนำมาพิจารณาประกอบด้วย คือ การคุ้มครองการรักษาชีวิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย การปกป้องจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ และการคุ้มครองบุคคลที่ 3 ที่ไม่มีส่วนรู้เรื่องด้วย

---

[16] จาก *ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้ายของชีวิต* (น.76-78), โดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพฯ: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

เห็นได้ว่า แม้กฎหมายจะยอมรับว่าบุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาได้ตามกฎหมาย แต่การใช้สิทธินั้นก็ต้องไม่กระทบกระเทือนต่อบุคคลอื่น หรือสิทธินั้นต้องไม่ขัดต่อผลประโยชน์ของรัฐ เมื่อพิจารณากฎกระทรวงของไทยซึ่งมีบทบัญญัติบางส่วนสอดคล้องกับกฎหมายของมลรัฐอิลลินอยด์ โดยกำหนดว่ากรณีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ แพทย์จะยุติการรักษาได้ก็ต่อเมื่อหญิงนั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์แล้ว เพื่อเป็นการรักษาชีวิตของทารกในครรภ์ไว้[17] แต่กฎกระทรวงของไทยได้กำหนดข้อยกเว้นไว้เพียงกรณีเดียวเท่านั้น ซึ่งผู้เขียนเห็นว่ายังไม่เหมาะสมเพียงพอ

แม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติและมีกฎหมายรับรองสิทธิดังกล่าวไว้ก็ตาม หากพิจารณาในแง่ของสิทธิตามธรรมชาติ เมื่อเราเป็นเจ้าของตนเอง เป็นเจ้าของชีวิต เราควรมีสิทธิเสรีภาพที่จะทำต่อเนื้อตัวร่างกายและชีวิตของตนเองอย่างไรก็ได้ บุคคลอื่นหรือรัฐย่อมไม่มีสิทธิเข้ามายับยั้งหรือแทรกแซง และเราควรมีสิทธิให้บุคคลอื่นปฏิบัติต่อเนื้อตัวร่างกายของเราอย่างไรก็ได้ ซึ่งศาลของสหรัฐอเมริกาถือว่า “มนุษย์ทุกคนในสภาวะแห่งความเป็นผู้ใหญ่และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ย่อมมีสิทธิที่จะกำหนดว่าการกระทำใดอาจกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของเขาได้ แพทย์ผู้ทำการรักษาโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วยย่อมถือว่าเป็นผู้กระทำผิดและต้องชดใช้ค่าเสียหายตามกฎหมาย” สิทธิของผู้ป่วยเช่นนี้จึงถูกเรียกว่า “สิทธิในการกำหนดตนเอง” (right to self-determination)[18] แต่อย่างไรก็ตามการใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลมิใช่ว่าจะสามารถใช้ได้ตามอำเภอใจ ต้องอยู่ในขอบเขตที่กฎหมายบัญญัติและไม่กระทบกระเทือนต่อการใช้สิทธิและการทำหน้าที่ของผู้อื่น ไม่กระทบกระเทือนต่อจริยธรรม เมื่อพิจารณาการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบของผู้ป่วยย่อมไม่อาจปฏิเสธได้ว่าส่งผลกระทบโดยตรงต่อการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ เพราะการทำหน้าที่ของแพทย์ต้องอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ และคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชน นอกจากนี้แพทย์ยังต้อง

---

[17] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ข้อ 6(4)

[18] นันทน อินทนนท์.(2544). *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ*. สืบค้น 16 กุมภาพันธ์ 2557, จาก http://people.su.se/~nain4031/euthanasiaTHAI.htm

รักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับของแพทยสภาด้วย หลักเรื่องจรรยาแพทย์นั้นเริ่มปรากฏให้เห็นตั้งแต่สมัยกรีกในยุคของฮิปโปเครติส โดยมีลักษณะเป็นเรื่องของการวางกฎเกณฑ์ความเมตตากรุณาความเป็นแพทย์ที่ดีและแนวทางการทำเวชปฏิบัติ ซึ่งอยู่ในกรอบของจริยธรรมตามคุณค่าที่ยอมรับกันในยุคนั้น โดยกำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบคำปฏิญาณที่ใช้กันในโรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส คำปฏิญาณดังกล่าวมีแนวคิดที่สำคัญ คือ แพทย์มีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ ไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลร้ายต่อผู้ป่วยแม้ว่าจะได้รับการขอร้อง[19] สำหรับการประกอบอาชีพทางการแพทย์ของไทยในอดีตนั้น ไม่มีกฎหมายออกมาควบคุมการควบคุมการประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์ เป็นการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์ และการอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในศีลธรรมจรรยาของวิชาชีพ จนกระทั่งปี พ.ศ.2466 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายทางการแพทย์ของไทยฉบับแรกที่ควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ และพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ขึ้นเรียกว่า “สภาการแพทย์” ทำหน้าที่ร่างกฎเสนาบดี ออกเป็นกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทในการประกอบอาชีพทางการแพทย์ ต่อมาพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 มีการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กำหนดมรรยาทแห่งวิชาชีพแพทย์ขึ้นใหม่ และกฎกระทรวงได้กำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะจะต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ ปัจจุบันกฎหมายวิชาชีพเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพแพทย์ คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 [20]

เห็นได้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์มิใช่เป็นการประกอบวิชาชีพอย่างอิสระ แพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีกฎเกณฑ์มาตรฐานขององค์กร การดำเนินการใด ๆ ของแพทย์มิใช่เป็นไปตามดุลพินิจของแพทย์คนใดคนหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง องค์กรวิชาชีพของแพทย์มีหน้าที่ในการวางหลักปฏิบัติบางประการในการประกอบวิชาชีพ ควบคุมการออกใบประกอบวิชาชีพ พิจารณาลงโทษเมื่อสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพกระทำผิดข้อปฏิบัติตามที่กำหนด มีภารกิจในการจัดทำประมวลจรรยาบรรณทางวิชาชีพ กำหนดหน้าที่ต่าง ๆ ของสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพ การไม่ถือปฏิบัติตามข้อบังคับที่บัญญัติไว้ไม่ว่าจะเป็นในทางหลักการ หรือบทบัญญัติข้อใดข้อหนึ่งโดยตรง

---

[19] จาก *สิทธิผู้ป่วย* (น. 3-4), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

[20] จาก *การเปิดเผยความลับผู้ป่วย*(วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น. 46), โดยทรงชัย รัตนปริญญานนท์, 2540, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ถือว่าเป็นการกระทำผิดทางวิชาชีพ ซึ่งต้องถูกลงโทษโดยหน่วยงานทางวินัยของสภาวิชาชีพ[21] โดยพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 7 บัญญัติว่าแพทยสภามีวัตถุประสงค์ควบคุมการประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามจริยธรรมทางวิชาชีพเวชกรรม และข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2549 หมวด 4 ข้อ 15 บัญญัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มี ดังนั้น แพทย์จึงมีหน้าที่ตามกฎหมายและมีหน้าที่ทางวิชาชีพในการช่วยชีวิต และให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยให้ดีตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านการแพทย์ว่าสมควรที่จะทำการรักษาหรือยุติการรักษาผู้ป่วยหรือไม่ โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์นั้นมุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ หาได้มีหน้าที่ช่วยให้ผู้ป่วยตายโดยสงบไม่ การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นแพทย์ต้องยึดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ เพราะหากแพทย์ประกอบวิชาชีพผิดจากมาตรฐาน หรือหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบจากการประกอบวิชาชีพจนเกิดความเสียหายต่อประชาชน ย่อมทำให้เกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดีและขาดความศรัทธาจากประชาชนได้ รวมทั้งการประกอบวิชาชีพของแพทย์ก็มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งและควบคุมแพทย์ให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพในระดับที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ

ปกติแล้วความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะอยู่ในลักษณะของผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ โดยวัตถุประสงค์หลักและเป้าหมายของการให้บริการ คือ ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคภัยไข้เจ็บ หากแพทย์ผู้ให้บริการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวจะมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในเชิงนิติสัมพันธ์ทางกฎหมายที่มีลักษณะเป็นสัญญาประเภทหนึ่ง คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายต่างมีสิทธิปฏิเสธซึ่งกันและกันได้ ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิปฏิเสธไม่ยอมให้แพทย์คนใดคนหนึ่งรักษาตนเอง ส่วนแพทย์ก็มีสิทธิปฏิเสธการรักษาแก่ผู้ป่วยคนใดคนหนึ่งได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแพทย์กับผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะของสัญญา โดยแพทย์มีสิทธิปฏิเสธให้การรักษาผู้ป่วยได้[22] แต่แพทย์ก็มีจรรยาวิชาชีพควบคุมกำกับไว้อีกชั้นหนึ่ง ทำให้แพทย์จะปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยโดยเลือกปฏิบัติในเรื่องฐานะ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือสิทธิทางการเมืองไม่ได้ รวมทั้งไม่อาจปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับการร้องขอและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ แต่หาก

---

[21] จาก *มุมมองใหม่ในกฎหมายอาญา* (น. 130-131), โดย ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, 2556, กรุงเทพฯ: วิญญชน.

[22] *สิทธิที่จะตาย* (The Right to Die). (น.104-105). เล่มเดิม.

แพทย์เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีภารกิจในการจัดทำบริการสาธารณะให้กับประชาชน และเป็นภารกิจตามที่กฎหมายบัญญัติ แพทย์นั้นย่อมไม่อาจปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยไม่ว่าในกรณีใด ๆ โดยไม่มีเหตุสมควรในทุกกรณี เพราะต้องทำในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐในการให้บริการสาธารณะ

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทยนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติเรื่องสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการต่อรัฐ โดยมาตราที่ 51 บัญญัติว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และรัฐธรรมนูญยังบัญญัติอีกว่าการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยช่วงก่อนปี พ.ศ.2544 แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมไทยเป็นแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยม ซึ่งมุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี แต่ภายหลังนับตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นมา ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย พยายามมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”(UC) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 เพิ่มเติมจากเดิม ซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ”(CSMBS) และ“ระบบประกันสังคม” ส่งผลให้ประชาชนที่มิใช่ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข พระราชบัญญัตินี้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ต่อมาจึงได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อวางระบบดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม[23]

การที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขอตายอย่างสงบ ผู้เขียนเห็นว่าเป็นกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธสิทธิขั้นพื้นฐานที่พึงได้รับบริการจากรัฐ ตามที่รัฐธรรมนูญรับรอง โดยไม่

---

[23] จาก “สิทธิในการรักษาพยาบาล,” โดย กองบรรณาธิการ, 2545, *วารสารจุลนิติ, 8(3),* น. 2-3, สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาเจ้าของลิขสิทธิ์.

ต้องการให้รัฐหรือบุคคลอื่นใดเข้ามาแทรกแซงการใช้สิทธิดังกล่าว เป็นการใช้สิทธิที่ขัดแย้งและเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์โดยตรง เพราะการที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นการยับยั้ง (Withhold) หรือการเพิกถอน (Withdraw) แม้แพทย์ผู้กระทำมิได้เจตนาร้ายกับผู้ป่วย แพทย์ไม่ได้เป็นผู้ลงมือหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายหรือการุณยฆาตก็ตาม แต่แพทย์ย่อมทราบดีว่าการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันสั้น โดยปกติแล้วในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ เมื่อการรักษาถึงจุดหนึ่งแพทย์มักเผชิญกับปัญหาว่าควรจะบำบัดรักษาผู้ป่วยวาระสุดท้ายที่ไม่สามารถเยียวยารักษาให้หายจากการเจ็บป่วยต่อไปหรือไม่ อย่างไร ซึ่งหากเราให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชนเป็นอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ แพทย์ย่อมต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด และปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่ผู้เขียนเห็นว่าการที่แพทย์จะยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือไม่นั้น นอกจากแพทย์ต้องคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยตามที่กฎหมายรับรองแล้ว แพทย์ยังต้องคำนึงถึงบริบทของคนในสังคมนั้น ๆ และที่สำคัญแพทย์ต้องคำนึงถึงหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ประกอบไปด้วย เพราะการกระทำบางอย่าง แม้บุคคลสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แต่คนในสังคมอาจเห็นว่าการกระทำนั้นผิดต่อศีลธรรม หรือไม่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม แม้ว่าศีลธรรมและจริยธรรมมิใช่สิ่งที่กำหนดว่าการกระทำหรือการไม่กระทำอย่างใดเป็นความผิดก็ตาม แต่ศีลธรรมและจริยธรรมก็ล้วนเป็นรากฐานที่สำคัญในการธำรงไว้ซึ่งความดีงามของสังคม โดยเฉพาะจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากสำนึกและความเต็มใจภายใต้ความเห็นร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพว่าสมาชิกทุกคนในวิชาชีพต้องปฏิบัติ การพิจารณาว่าการกระทำอย่างใดดี อะไรถูก อะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ อาจต้องศึกษาตามหลักจริยศาสตร์ ผู้เขียนจะขอยกตัวอย่างหลักจริยศาสตร์ของ Immanuel Kant นักปรัชญาชาวเยอรมันที่ยิ่งใหญ่คนหนึ่งของโลกตะวันตก ซึ่งมีแนวคิดว่าการกระทำของคนจะไม่มีคุณค่าทางศีลธรรมเลย หากไม่เกิดจากสำนึกในหน้าที่ ค้านท์ยึดหลักการสอนให้คนสำนึกในหน้าที่ การทำตามหน้าที่คือการทำตามเหตุผล มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีของตัวเอง ทุกคนมีค่าของตนเองและเท่ากับผู้อื่น การใช้คนเป็นเครื่องมือเพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายบางอย่างเป็นสิ่งที่ผิด[24] ดังนั้น การที่ผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ยุติการรักษาเพื่อให้ตนเองตายและหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทรมาน ค้านท์เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิด เพราะเป็นการใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือเพื่อประโยชน์ของตัวเอง คือเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน หน้าที่ของแพทย์ตามแนวคิดของค้านท์ คือ การช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

---

[24] จาก *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น.16), โดย วิทย์ วิศทเวทย์ (อ้างใน สุขิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2544, กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์).

เพราะการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์เป็นหน้าที่ของมนุษย์ การกระทำที่เกิดจากอารมณ์และความรู้สึกส่วนตัว เช่น ความเมตตา สงสาร จะถือว่าเป็นเจตนาดีหรือเป็นหน้าที่ไม่ได้ หากมองในแง่จริยธรรมย่อมไม่มีค่าอะไร เพราะศีลธรรมจะเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์มีความสำนึกในหน้าที่ การกระทำตามหน้าที่นั้นก็ไม่จำต้องคำนึงถึงผลใด ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้น[25] เช่น การที่แพทย์ไม่บอกความจริงเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจและหายป่วยนั้น แม้คนทั่วไปจะถือว่าเป็นความปรารถนาดี แต่สำหรับค้านท์ การพูดปดจะเรียกว่าเจตนาดีไม่ได้ ไม่ว่าจะพูดปดเพื่ออะไร การพูดปดนั้นผิดตั้งแต่พูดปดออกมาแล้ว เพราะมนุษย์มีหน้าที่พูดความจริง ส่วนผลที่จะเกิดขึ้นนั้นไม่ใช่สิ่งตัดสินความถูกผิดของการกระทำ ดังนั้นหากพิจารณาในแง่จริยธรรมของแพทย์ตามแนวคิดของค้านท์ แพทย์จึงต้องสำนึกในหน้าที่ของตนเอง คือ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ โดยไม่จำต้องคำนึงถึงผลใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การทำตามหน้าที่ของแพทย์ย่อมเป็นการกระทำที่มีศีลธรรมและจริยธรรม แม้ว่าผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แพทย์ก็ยังคงมีหน้าที่ดูแลรักษาอาการผู้ป่วยต่อไป เพราะแพทย์มีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วย หน้าที่นี้ถือเป็นหลักสูงสุดที่แพทย์ต้องยึดถือ แพทย์ต้องดูแลบรรเทาความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุดในช่วงสุดท้ายของชีวิต แม้ผลสุดท้ายผู้ป่วยจะถึงแก่ความตายไปตามพยาธิสภาพของโรคอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ก็ตาม และแม้ว่าในการรักษานั้นจะต้องสูญเสียทรัพยากรไปมากมายเพียงใดก็ตาม เพราะคุณค่าของมนุษย์นั้นมีค่ามากไม่อาจนำมาเปรียบเทียบกับทรัพยากรต่าง ๆ ได้ ผู้เขียนขอยกกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่หมดหวังและต้องการให้แพทย์ยุติการรักษากับกรณีที่ญาติร้องขอให้แพทย์ยุติการรักษาผู้ป่วยเพราะเห็นว่าไม่มีโอกาสรักษาให้หายได้ ดังนี้

ผู้ป่วยรายแรก อายุ 15 ปี ได้รับอุบัติเหตุขณะกระโดดเล่นน้ำในคูกับเพื่อนจนเป็นเหตุให้คอหักและเป็นอัมพาตทั้งตัว หายใจไม่ได้ ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ แพทย์ได้ทำการรักษาเป็นเวลา 4 เดือนแล้วก็ไม่สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ แขนขาทั้ง 2 ข้างเป็นอัมพาต บิดามารดาของผู้ป่วยสงสารผู้ป่วยมากและเห็นว่าเป็นการทรมานมาก ถ้าบุตรต้องอยู่ในภาวะเช่นนั้น และดูเหมือนผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสฟื้นจากการเป็นอัมพาต ผู้ป่วยรายนี้พูดไม่ได้เนื่องจากถูกเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่สามารถฟัง อ่านหนังสือ และตอบคำถามได้ โดยให้ผู้สนทนาด้วยอ่านปาก จากการพูดคุยกับผู้ป่วย พบว่าเขารู้สึกท้อแท้และอยากตาย เขาไม่ขัดข้องหากบิดามารดาต้องการให้เขากลับไปตายที่บ้าน เขาสงสารบิดามารดาที่ต้องดูแลและแบกภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาเขา ผู้ป่วยเชื่อเรื่องเวรกรรมและชาติหน้า และคิดว่าการที่เขาเป็นเช่นนั้นเป็นเพราะกรรมเก่า อาจเป็นการดีถ้าเขาตายและไปเกิดใหม่ แต่ลึก ๆ แล้วเขากลัวตาย และยังหวังว่าเขาอาจถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

---

[25] แหล่งเดิม.

แพทย์เจ้าของไข้ที่รักษาผู้ป่วยมีความเห็นว่าการที่ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจ และไม่ได้รับการบำบัดฟื้นฟูระบบทางเดินหายใจอย่างเต็มที่ แพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายฝ่ายแล้วตัดสินใจบอกให้บิดามารดาของผู้ป่วยทราบถึงการพยากรณ์ของโรคว่าผู้ป่วยอาจถอดเครื่องช่วยหายใจได้ แต่อาจเป็นอัมพาตไปตลอดชีวิต และแพทย์ได้ยืนยันว่าจะช่วยเหลือทุกด้านโดยไม่เลือกปฏิบัติด้วยเหตุผลว่าผู้ป่วยยากจน บิดามารดาของผู้ป่วยยอมรับว่าหากผู้ป่วยต้องเป็นอัมพาตไปตลอดชีวิตก็จะดูแลผู้ป่วยไปตลอดชีวิต ขอเพียงให้ผู้ป่วยหายใจได้เอง ต่อมาอีก 2 เดือน ปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ คงมีแต่อัมพาตของแขนขาทั้ง 2 ข้าง เขาถูกส่งไปรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และได้รับการฝึกให้ใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในการศึกษา

จากกรณีตัวอย่าง เห็นได้ว่าผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากโรคจนรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง และอยากตาย หากแพทย์ไม่ไตร่ตรองและพิจารณาให้รอบคอบและอนุญาตให้ผู้ป่วยจบชีวิตลง โดยยุติการรักษาด้วยความปราณี สงสาร อาจทำให้มนุษย์คนหนึ่งต้องจบชีวิตไปในเวลาอันไม่สมควรและอาจกลายเป็นตราบาปติดตัวแพทย์ไปจนชั่วชีวิตได้ เพราะการตัดสินใจของผู้ป่วยบางครั้งมิได้เกิดจากเจตนาอันแท้จริง แต่อาจเกิดจากภาวการณ์บีบคั้นจากปัจจัยหลายอย่าง เช่น ปัญหาความยากจน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจขอยุติการรักษา[26]

ผู้ป่วยรายที่ 2 อายุ 28 ปี ประสบอุบัติเหตุถูกรถบรรทุกเฉี่ยวล้มลง ศีรษะกระแทกพื้น หมดสติมีเลือดออกในสมอง ผู้ป่วยคลื่นสมองผิดปกติ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ม่านตาหดตัวได้ แต่ช้าแขนขาไม่ขยับ บิดาของผู้ป่วยกล่าวว่าไม่อยากให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพเป็นผักเช่นนี้ และทนไม่ได้ถ้าผู้ป่วยต้องมีสภาพเป็นเจ้าหญิงนิทราไปตลอดชีวิต บิดาผู้ป่วยอ้างคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า ขอตายดีกว่าพิการ และยืนยันว่าคงไม่เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายที่จะยืดวันตายหรือความทรมานออกไปอย่างไม่มีกำหนด และขอให้แพทย์ยุติการรักษาทั้งหมด เพื่อชาติหน้าที่สมบูรณ์และดีกว่านี้ และอนุญาตให้แพทย์นำอวัยวะของผู้ป่วยไปให้กับผู้ป่วยรายอื่นที่มีความต้องการได้ แพทย์เจ้าของไข้จึงได้ปรึกษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบประสาทเพื่อให้ช่วยประเมินสภาพสมองของผู้ป่วย ซึ่งจากการตรวจพบว่าสมองอยู่ในเกณฑ์เกือบปกติแล้ว แพทย์จึงแจ้งให้บิดาของผู้ป่วยทราบว่าสมองของผู้ป่วยยังไม่ตาย ยังมีโอกาสที่จะฟื้นฟู บิดาของผู้ป่วยจึงยอมให้รักษาต่อ ซึ่งต่อมาผู้ป่วยค่อย ๆ อาการดีขึ้น เริ่มรับรู้ แต่กลืนอาหารไม่ได้ พูดไม่ได้ แขนขาขยับได้เล็กน้อย[27]

---

[26] จาก *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น.124-125), โดย ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์ (อ้างถึงใน สุขิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2544, กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์).

[27] แหล่งเดิม.

เห็นได้ว่าความทุกข์ทรมานของญาติผู้ป่วย เป็นสิ่งที่แพทย์ต้องยอมรับและเห็นใจ แต่ควรแยกออกจากการตัดสินใจ เพราะแพทย์พึงตัดสินใจบนพื้นฐานทางวิชาชีพและหลักจริยธรรม การตัดสินใจยุติการรักษาหรือยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วย แพทย์ต้องประเมินว่าผู้ป่วยหมดหวังแล้วจริงหรือไม่ การรักษาที่ให้กับผู้ป่วยเพียงพอแล้วหรือไม่ มีการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด ที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากสภาวะที่เป็นอยู่หรือไม่ ในสภาวะเช่นนี้แพทย์ย่อมอยู่ในภาวะที่ลำบากใจ เพราะได้รับการร้องขอจากบิดาผู้ป่วยให้ยุติการรักษา แต่แพทย์ได้พยายามปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุด คือ รักษาชีวิตผู้ป่วยเอาไว้

ทั้งนี้ ผู้เขียนได้มีโอกาสพูดคุยและสอบถามความเห็นของแพทย์ และญาติผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวร ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้บางรายในพื้นที่จังหวัดสุพรรณบุรี โดยท่านเหล่านั้นได้กรุณาให้ข้อมูลข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ พอสรุปได้ดังนี้

แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าหากผู้ป่วยเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ หรืออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง การยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยไม่ถือว่าเป็นเรื่องที่ขัดต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพราะผู้ป่วยตัดสินด้วยตนเองโดยสมัครใจ และเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตนเอง ซึ่งแพทย์ควรต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม แพทย์บางท่านเห็นว่าผู้ป่วยที่แสดงเจตนาควรได้รับการประเมินหรือตรวจภาวะทางจิตจากจิตแพทย์ในขณะหรือก่อนทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อให้แน่ชัดว่าการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเป็นความประสงค์ที่แท้จริง มิได้เกิดจากภาวะทางด้านจิตใจ

ส่วนความเห็นของญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวรและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต่างยืนยันว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วยให้ถึงที่สุด แม้จะทราบว่าการยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไปจะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค และกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนเดิม หรือผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตอื่น ๆ ก็ตาม โดยทุกคนต้องการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักจนถึงวาระสุดท้าย ส่วนการยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยนั้นจะมอบอำนาจการตัดสินใจให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยว่าสมควรจะยุติหรือเพิกถอนการรักษาหรือไม่ หากแพทย์วินิจฉัยได้อย่างแน่ชัดว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแท้จริง ไม่มีทางที่จะรักษาผู้ป่วยได้ ญาติอาจอนุญาตให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ก่อนจะตัดสินใจเช่นนั้น จะต้องผ่านขบวนการยื้อชีวิตผู้ป่วยมาระยะหนึ่งแล้ว โดยญาติจะไม่ยินยอมให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยในทันทีที่ผู้ป่วยอาการแย่ลง ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ก่อนหรือไม่

อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยและญาติ 2 ราย เห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจโดยอิสระ ในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต และแพทย์ควรต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยรายหนึ่งให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยมีอายุมากแล้วไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องทรมานจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องเสี่ยงกับการรักษาที่ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยจะหายหรือไม่ ดังนั้น หากผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น หรือต้องอยู่ภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตตลอดไป ญาติจะปฏิเสธการรักษาของแพทย์ เพราะต้องการให้ผู้ป่วยตายไปอย่างสงบ ส่วนญาติผู้ป่วยอีกรายซึ่งป่วยเป็นโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องล้างไต แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาตัวในโรงพยาบาลและขอกลับมาใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้าน แม้จะได้รับข้อมูลและได้รับคำอธิบายจากบุคลากรด้านการแพทย์แล้วว่าหากไม่ทำการรักษาตามแนวทางที่แพทย์กำหนด ผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันสั้นและต้องทนทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิต แต่ผู้ป่วยก็ยังคงยืนยันปฏิเสธการรักษา รวมทั้งญาติก็ไม่ได้ท้วงติงหรือเหนี่ยวรั้งให้ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าแล้วแต่ความต้องการของผู้ป่วย ผู้เขียนขอตั้งข้อสังเกตว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยรายนี้ปฏิเสธการรักษา เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ เพราะผู้ป่วยกล่าวว่าไม่ต้องการเป็นภาระของบุตรหลาน และจากการสอบถามพยาบาลในพื้นที่ซึ่งดูแลผู้ป่วยอยู่ พบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรคที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ยอมไปโรงพยาบาล โดยกล่าวในทำนองน้อยใจว่าแล้วใครจะพาไปโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าในความเป็นจริงแล้ว มีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้ปฏิเสธการรักษาอย่างแท้จริง แต่ชีวิตของผู้ป่วยเหล่านั้นอาจไม่มีทางเลือกมากนัก ทำให้ต้องตัดสินใจไปตามภาวะที่ถูกบีบคั้น

เมื่อพบทางแยกทางด้านศีลธรรม ในสถานการณ์ที่เกิดความตึงเครียด และเกิดความขัดแย้งระหว่างกฎหมายหรือกฎระเบียบทางสังคม ซึ่งไม่สามารถดำเนินไปตามปกติ จริยธรรมทางการแพทย์จะเข้ามามีบทบาทแทนที่ แพทย์จึงต้องเข้าใจทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์ ขณะเดียวกันต้องเข้าใจบริบททางสังคมไปพร้อม ๆ กันด้วย ปัญหาทางจริยศาสตร์มักเกิดขึ้นเมื่อมีข้อขัดแย้งระหว่างหลักการ เช่น “เสรีภาพ” กับ “การทำความดี” บางครั้งผู้ป่วยและญาติต้องการให้แพทย์รักษาด้วยวิธีการที่ผู้ป่วยชอบ แต่แพทย์เห็นว่าวิธีเหล่านั้นอาจไม่ได้ผลหรือไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ กรณีเช่นนี้หากแพทย์ไม่ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยก็เท่ากับขัดกับหลักการเรื่องเสรีภาพส่วนบุคคล แต่หากแพทย์ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ก็เท่ากับขัดกับหลักการทำความดีให้กับผู้ป่วย เพราะแพทย์ทราบดีว่าการทำเช่นนั้นไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ข้อขัดแย้งทางจริยธรรมนี้ เป็นสิ่งที่แพทย์มักประสบอยู่เสมอในการปฏิบัติงาน เป็นปัญหาที่ทำให้แพทย์ต้องอยู่ในสภาพกลืนไม่เข้าคายไม่ออก ในชีวิตจริงของมนุษย์มีหลายครั้งที่ต้อง

เผชิญกับปัญหาและตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกตัดสินใจ ตัดสินว่าอะไรถูก อะไรผิด เลือกทำบางอย่าง ละเว้นไม่ทำบางอย่าง การที่จะเลือกตัดสินใจอย่างไรนั้น ต้องพิจารณาชั่งน้ำหนัก เปรียบเทียบว่าสิ่งใดสำคัญเหนือกว่าสิ่งใดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งบางครั้งไม่ว่าจะเลือกตัดสินใจไปในทางใดก็อาจมีข้อโต้แย้งทางจริยธรรมได้ทั้งสิ้น ความถูกผิดทางจริยธรรมเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เพราะมีลักษณะไม่แน่นอนตายตัวเหมือนวิทยาศาสตร์ โดยทั่วไปมนุษย์มักมีหลักช่วยในการตัดสินใจ คือ หลักจารีต ประเพณี ศาสนา เป็นต้น แต่บางครั้งเราก็ไม่อาจอาศัยหลักเหล่านี้ได้ เพราะปัญหาที่ประสบอยู่พ้นสามัญสำนึกและความเชื่อที่ยึดถือกันมา ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ถูกต้องทางจริยธรรม ศีลธรรม แต่สิ่งที่เราควรยึดถือและระลึกอยู่เสมอ คือ “จงปฏิบัติต่อผู้อื่นเหมือนที่อยากให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อเรา อย่าทำอะไรกับผู้อื่นโดยที่เราไม่อยากให้ผู้อื่นทำสิ่งนั้นกับเรา”[28] โดยสรุป คือ การเอาใจเขามาใส่ใจเรา การประกอบวิชาชีพของแพทย์มักประสบปัญหายุ่งยากและละเอียดอ่อนมากกว่าคนทั่วไป เพราะการปฏิบัติหน้าที่และการเลือกตัดสินใจของแพทย์เกี่ยวข้องกับชีวิตคน อย่างไรก็ตาม การเลือกตัดสินใจของแพทย์ที่มิได้ถือเอาประโยชน์ส่วนตัวเป็นหลัก แต่มุ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ย่อมเป็นการตัดสินใจที่อยู่บนหลักทางจริยธรรมที่เหมาะสมและมีคุณค่า อย่างกรณีตัวอย่างของผู้ป่วยทั้ง 2 รายข้างต้น หากแพทย์ยึดมั่นและเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดและยุติการรักษาผู้ป่วย ย่อมทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตมนุษย์ไป ทั้ง ๆ ที่เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ แม้แพทย์จะอ้างว่าทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์ มิได้ประสงค์ร้ายหรือเจตนาฆ่าผู้ป่วยก็ตาม เห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิปฏิเสธการรักษา แต่แพทย์ก็มีอิสระในการตัดสินใจว่าจะทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือไม่ก็ได้ โดยก่อนที่แพทย์จะตัดสินใจอย่างใดนั้น แพทย์ต้องพิจารณาอย่างรอบด้าน ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งต้องคำนึงถึงหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ประกอบกันด้วย แม้ว่าบางครั้งการตัดสินใจของแพทย์จะขัดกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วยก็ตาม ประเด็นที่แพทย์ควรตระหนักอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาจมิได้แสดงเจตนาจากความต้องการที่แท้จริง แต่เกิดจากอารมณ์ ความรู้สึก และปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยบีบคั้นให้ผู้ป่วยต้องตัดสินใจจบชีวิตตนเองเพื่อให้หลุดพ้นจากปัญหา แพทย์จึงต้องเข้าไปยับยั้งและแทรกแซงสิทธิของผู้ป่วย เพราะหากแพทย์ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย อาจถือได้ว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน และเป็นการขัดต่อหลักความศักดิ์สิทธิแห่งการมีชีวิตตามหลักสิทธิมนุษยชน เพราะมนุษย์มีสิทธิพื้นฐานที่จะมีชีวิตอยู่ ดังนั้น ต้องไม่มีใครและแม้แต่ตนเองที่จะพรากสิทธินี้ได้

---

[28] *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น.21).เล่มเดิม.

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์จะมีความศักดิ์สิทธิเหนือกว่าสิทธิของผู้ป่วย ทำให้แพทย์สามารถเข้าไปแทรกแซงและยับยั้งสิทธิของผู้ป่วยได้ก็ตาม แต่บางกรณีแพทย์อาจต้องยุติบทบาทและหน้าที่ของตนในการรักษาผู้ป่วย เช่น กรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าการรักษาที่ทำอยู่นั้นไม่มีโอกาสบรรลุผลได้อย่างแน่แท้ แต่การตัดสินใจของแพทย์ว่าสมควรยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตหรือไม่ แพทย์ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ หรือกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตและขอออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้านพร้อมกับครอบครัวอันเป็นที่รัก หากเกิดกรณีเช่นนี้ขึ้นแพทย์จะต้องตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งต้องคำนึงถึงหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ โดยแพทย์จะต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการอธิบายและสื่อสารให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลดีผลเสีย ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ชัดแจ้ง รวมทั้งการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ถูกต้อง และเลือกกำหนดชะตาชีวิตของตนเองตามความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้ แพทย์ต้องคำนึงขอบเขตความสามารถกับการตัดสินใจของผู้ป่วยและคำนึงถึงเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

1) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวกับการมีชีวิตและความตายเพียงพอกับสถานการณ์ในขณะนั้นหรือไม่

2) ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อดีและความเสี่ยงจากมาตรการบำบัดที่แพทย์แจ้งให้ทราบ รวมถึงทางเลือกอื่นมากน้อยเพียงใด

3) ผู้ป่วยทราบดีเพียงใดว่าการปฏิเสธการบำบัดรักษาที่แพทย์แนะนำอาจทำให้จบลงด้วยความตาย

4) เหตุใดผู้ป่วยจึงเลือกปฏิเสธวิธีบำบัดรักษาที่แพทย์แนะนำ

5) ผู้ป่วยมีเวลาในการตัดสินใจสำหรับการเลือกถึงการมีชีวิตและความตายเพียงพอหรือไม่

แพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ต้องสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยก่อนที่จะยอมปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย โดยเฉพาะมาตรการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ชีวิตคงอยู่ต่อไป หากผู้ป่วยยังคงยืนยันปฏิเสธการบำบัดรักษาเพื่อขอกลับไปใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ที่บ้านเช่นเดิม ผู้เขียนเห็นว่าแพทย์ต้องเคารพในเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและไม่อาจเหนี่ยวรั้งผู้ป่วยเอาไว้ได้ เมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลไปแล้วบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ย่อมสิ้นสุดลง กรณีนี้ผู้เขียนเห็นว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมิได้ขัดแย้งกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์แต่อย่างใด เพราะแม้ว่าแพทย์จะยุติหรือเพิกถอนเครื่องช่วยชีวิตออกจากร่างกายของผู้ป่วยก็ไม่ถือว่าแพทย์กระทำผิด

ต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพราะแพทย์ได้ทำหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถแล้วในระหว่างที่ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

4.2 ปัญหาและการวิเคราะห์ปัญหาการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย

โดยหลักแล้วความยินยอมของผู้ป่วย ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เพราะแพทย์จะทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอม เว้นแต่การบำบัดรักษานั้นมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนหรือกรณีฉุกเฉิน ซึ่งหากปล่อยให้เนิ่นช้าจะทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและแพทย์อยู่ในสถานะที่จะช่วยได้ แพทย์ก็สามารถให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย เหตุผลที่การรักษาของแพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อันสืบเนื่องมาจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกัน ทำให้ผู้ป่วยมีอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการรักษาอย่างไรก็ได้ รวมทั้งมีสิทธิปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้การที่แพทย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนลงมือรักษาพยาบาล ย่อมเป็นเกราะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยและญาติฟ้องร้องดำเนินคดีให้แพทย์ต้องรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา

การที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ถือเสมือนว่าผู้ป่วยไม่ยินยอมให้แพทย์ช่วยชีวิต โดยผู้ป่วยสมัครใจยินยอมให้แพทย์งดเว้น หรือเพิกถอนการช่วยชีวิตในวาระสุดท้าย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งหลักเรื่องความยินยอมตามกฎหมายไทยไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งแม้ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจสามารถให้ความยินยอมให้ผู้ใดกระทำการอย่างใดกับตนเองก็ตาม แต่ความยินยอมของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย เป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคล ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาเชิงจริยธรรมและคุณธรรมทางกฎหมาย ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงศึกษาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหาการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย

4.2.1 ปัญหาการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อันสืบเนื่องมาจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกัน และสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะรู้ หรือสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อการมีส่วนร่วมต่อขบวนการตัดสินใจ

และใช้ข้อมูลที่ได้รับประกอบการตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเองที่จะยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษา โดยแพทย์ต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจไปในทางใดก็ตาม

คำว่า "สิทธิ" (right) นั้น ศาสตราจารย์วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง อำนาจที่กฎหมายรับรองคุ้มครองให้แก่บุคคล ในอันที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิจึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วย[29]

โดยสรุปคำว่า "สิทธิ" หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม ซึ่งบุคคลอาจใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อรับรองคุ้มครอง หรือบังคับให้เป็นไปตามประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของบุคคลนั้น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือประโยชน์ หรืออำนาจอันชอบธรรม ซึ่งกฎหมายรับรองและคุ้มครองให้นั่นเอง สิทธิตามกฎหมายมหาชน หมายถึง อำนาจตามรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองไว้แก่บุคคล ในอันที่จะกระทำการใด หรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่บุคคลดังกล่าวก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้องที่จะไม่ให้บุคคลอื่นใดมาแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตน[30] ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 4 บัญญัติว่า "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิเสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง" และมาตรา 28 บัญญัติว่า "บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญ หรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน" ดังนั้น บุคคลจึงมีสิทธิเสรีภาพในการกำหนดตนเอง หลักการสำคัญ คือ เจ้าของชีวิตย่อมเป็นผู้มีสิทธิเลือก หรือยินยอมให้ผู้อื่นมากระทำกับชีวิต ร่างกาย ของตนเองได้ และตามหลักเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัญญาระหว่างกัน (Contractual relationship) ที่ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในขบวนการของการรักษาพยาบาล ซึ่งมีอำนาจและอิสระในการตัดสินใจ สามารถเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเองได้ ส่วนบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเอง ก็ให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิเสรีภาพของบุคคลเช่นกัน เห็นได้จากคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกันประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น"[31]

---

[29] จาก *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ* (น.21), โดยวรพจน์ วิศรุตพิชญ์, 2538, กรุงเทพ: วิญญูชน.

[30] จาก *หลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ* (น.45), โดยบรรเจิด สิงคะเนติ, 2547, กรุงเทพ: วิญญูชน.

[31] คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541

เมื่อสังคมไทยมีการรับรู้ถึงสิทธิผู้ป่วยกันอย่างกว้างขวาง จึงมีแนวความคิดเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ เนื่องจากเห็นว่าการตายภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตเป็นจำนวนมาก เป็นการตายอย่างไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นการลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลง[32] ต่อมาประเทศไทยจึงบัญญัติกฎหมายรับรองให้สิทธิแก่บุคคลในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บปวด ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 เมื่อกฎหมายดังกล่าวมีผลบังคับใช้ ได้ก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ และส่งผลกระทบต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วย รวมถึงญาติผู้ป่วย เพราะแม้ว่าบุคคลจะมีสิทธิและเสรีภาพแต่บุคคลก็ไม่อาจใช้สิทธิเสรีภาพอย่างไร้ขอบเขต การใช้สิทธิตามหลักเสรีนิยมต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมและศีลธรรมด้วย[33] สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของบุคคล ซึ่งเป็นสิทธิลำดับแรกของการเป็นมนุษย์ การที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเปรียบเสมือนว่าผู้ป่วยสมัครใจยินยอมให้แพทย์งดเว้น หรือเพิกถอนการรักษาที่แพทย์ได้กระทำไปแล้ว ซึ่งกฎหมายไทยไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติเรื่องความยินยอมไว้โดยตรง แต่มีการนำหลักเรื่องความยินยอมตามกฎหมายจารีตประเพณีมาใช้ โดยหลักเรื่องความยินยอมของผู้เสียหายไปปรากฏเป็นข้อยกเว้นในความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา ในทางแพ่งให้ถือว่าความยินยอมของผู้เสียหายเป็นการยกเว้นความรับผิดในทางละเมิด (Volunti Non Fit Injuria) หมายความว่า “ความยินยอมไม่เป็นละเมิด”[34] โดยมีคำพิพากษาฎีกาที่ 673/2510 วางหลักเป็นบรรทัดฐานไว้ว่าความยินยอมไม่เป็นละเมิด อย่างไรก็ตามต่อมาเมื่อ มีพระราชบัญญัติข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540 ประกาศใช้ แม้ว่าพระราชบัญญัติดังกล่าวจะเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการแสดงเจตนา แต่ก็มีหลักเรื่องละเมิดแทรกอยู่ โดยมาตรา 9 วางหลักไว้ว่า “ความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหาย สำหรับการกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน จะนำมาอ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดเพื่อละเมิดมิได้” เมื่อพระราชบัญญัติดังกล่าวมีผลบังคับใช้ จึงส่งผลกระทบต่อคำพิพากษาฎีกาดังกล่าว ที่ถือว่าเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินคดีละเมิดของไทยในอดีต

---

[32] *สิทธิที่จะตาย* (The Right to Die) (น.93). เล่มเดิม.

[33] จาก “ความยินยอมในการรักษาพยาบาล :สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย,” โดย ชนภัทร วินยวัฒน์, 2551, *วารสารนิติศาสตร์*, 1(1), น. 98. มหาวิทยาลัยนเรศวรเจ้าของลิขสิทธิ์.

[34] จาก *สังคมกับกฎหมาย* (น.128), โดย ทวีเกียรติ มีนกนิษฐ์, 2555, กรุงเทพ: วิญญชน.

และทำให้หลักเรื่องความยินยอมในทางแพ่ง ต้องตกอยู่ภายใต้หลักที่ว่าความยินยอมนั้นต้องไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

ส่วนในทางอาญามีคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1403/2508 วางหลักเกณฑ์เรื่องความยินยอมไว้ว่า "ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหาย ให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด ถ้าความผิดนั้นไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี และยินยอมอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดแล้ว ความยินยอมนั้นย่อมเป็นข้อยกเว้น มิให้การกระทำนั้นเป็นความผิดขึ้นได้"[35] ทำให้หลักเรื่องความยินยอมในระบบกฎหมายของไทย ทั้งในทางแพ่งและทางอาญามีหลักการที่คล้ายคลึงกัน คือ สามารถนำความยินยอมของผู้เสียหายมาเป็นเหตุยกเว้นความผิดของผู้กระทำได้ ก็ต่อเมื่อความยินยอมนั้นต้องไม่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดีของประชาชน เป็นการนำหลักความยินยอมมาใช้อย่างมีขอบเขตจำกัด

แม้ว่าภายใต้หลักอิสระของปัจเจกชน ซึ่งบุคคลมีสิทธิและเสรีภาพและมีกฎหมายรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยการยินยอมให้แพทย์งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตตนเองได้ก็ตาม แต่ความยินยอมของผู้ป่วยนำไปสู่ปัญหาเชิงจริยธรรมและคุณธรรมทางกฎหมาย และประเทศไทยเป็นประเทศใช้ระบบประมวลกฎหมาย แต่ไม่มีกฎหมายบัญญัติเรื่องความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร มีเพียงแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่ใช้เป็นบรรทัดฐานสืบต่อกันมา ย่อมก่อให้เกิดประเด็นปัญหาและข้อถกเถียงในเรื่องดังกล่าว จึงจำเป็นต้องนำมาพิจารณาให้เกิดความชัดเจน เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.2 การวิเคราะห์ปัญหาการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย

สิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เดิมเมื่อเจ็บป่วยและต้องไปรับการรักษาจากแพทย์ อำนาจการตัดสินใจเรื่องการรักษาว่าจะรักษาอย่างไรโดยวิธีใด เป็นอำนาจของแพทย์ทั้งสิ้น แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจ หรือความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน แพทย์จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย ดูแลรักษาผู้ป่วยเหมือนบุตรหลานของตนเอง แต่ปัจจุบันเนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทำให้ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความเท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัญญาระหว่างกัน (Contractual relationship) และด้วยความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปนี้ ทำให้แพทย์ต้องเพิ่มความรับผิดชอบ

---

[35] *ความยินยอมในการรักษาพยาบาล :สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย* (น.109). เล่มเดิม.

ด้วยการให้ข้อมูลต่าง ๆ หรือบอกกล่าวถึงผลดีผลเสีย ของวิธีการตรวจรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจในสิ่งที่ดีที่สุดตามความประสงค์ของผู้ป่วย อันเป็นการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในขบวนการรักษาพยาบาล ซึ่งมีอำนาจและอิสระในการตัดสินใจสามารถเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง ความยินยอมของผู้ป่วยในลักษณะนี้ เรียกว่าความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent)[36] และเป็นการยอมรับรู้สิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย นอกจากนี้แพทย์ต้องให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ รวมถึงมีสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ซึ่งหลายประเทศได้พัฒนาสิทธิปฏิเสธการรักษามาเป็นสิทธิทางกฎหมาย มีการพัฒนาสิทธิปฏิเสธการรักษาโดยการนำรูปแบบของเอกสาร ที่เรียกว่าคำสั่งล่วงหน้าเพื่อการรักษา หรือพินัยกรรมเพื่อชีวิตมาใช้ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ถูกนำมาใช้ในสหรัฐอเมริกาหลังจากเกิดคดีของเคเรนแอนน์ ควินแลน (Karen Ann Quinlan) โดยคำวินิจฉัยของศาลในคดีนี้ อาศัยหลักเรื่องสิทธิส่วนตัวตามรัฐธรรมนูญและได้ขยายสิทธิส่วนตัวออกไปว่าเป็นสิทธิของปัจเจกชน ที่จะเลือกตัดสินใจได้โดยเสรี คดีนี้ผู้ปกครองของเคเรนแอนน์ควินแลน (Karen Ann Quinlan) เรียกร้องให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจเคเรนแอนน์ควินแลน ซึ่งนอนสลบไม่รู้สึกตัว เนื่องจากสมองบางส่วนขาดอากาศอยู่นาน แต่ไม่อยู่ในเกณฑ์ของสมองตาย บิดาของเธอได้ขอให้ศาลตั้งให้เป็นผู้แทนโดยชอบธรรม และมีสิทธิที่จะแสดงความประสงค์ให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจ ศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซี่ได้ตั้งนายควินแลนเป็นผู้แทนโดยชอบธรรม และระบุว่าการจะหยุดเครื่องช่วยชีวิตหรือไม่นั้นย่อมไม่มีความผิด โดยให้ผู้แทนโดยชอบธรรมและครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ ซึ่งดูแลผู้ป่วยหาข้อสรุปตามเหตุผลทางวิชาการว่าผู้ป่วยไม่อาจฟื้นจนรู้สึกตัวขึ้นมาใหม่ได้อีก และถ้าคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยอยู่รับรอง ก็ควรหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิตได้ คดีนี้เป็นคดีที่โด่งดังและเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ในสังคมเป็นอย่างมาก ต่อมาจึงมีการพิจารณาเรื่องการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการรักษาขึ้นในสหรัฐอเมริกา[37]

สำหรับประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้เคยหารือไปยังคณะกรรมการกฤษฎีกา กรณีมีผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา (Jehovah's Witness) ทำหนังสือปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดที่จะนำสู่ร่างกายในทุกกรณี โดยจะมีบัตรประจำตัวระบุชื่อและข้อความว่าเขาเป็นผู้นับถือศาสนานี้ และในกรณีอุบัติเหตุหรือป่วยหนัก ที่ทำให้เขาไม่มี

---

[36] จาก *สิทธิผู้ป่วย* (น. 105), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

[37] จาก *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย* (น. 69), โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพฯ: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์จำกัด.

สติสัมปชัญญะแล้ว หากแพทย์พบเห็นบัตรประจำตัวของเขาขอปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดทุกกรณี (เพราะการรับเลือดขัดกับหลักคำสอนทางศาสนาของเขา) คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาและตอบข้อหารือดังกล่าวเป็นสองกรณี ตามบันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสร็จที่ 250/2546[38] โดยสรุปคือ คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่าการแสดงเจตจำนงดังกล่าวขัดหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ มีข้อสรุปว่าหากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต การแสดงเจตนาดังกล่าวสามารถทำได้ แต่หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และตามมาตรฐานการรักษาแพทย์จำต้องใช้วิธีการรักษาโดยการใช้เลือด การแสดงเจตนาดังกล่าวไม่มีผล หากแพทย์ดำเนินการตามเจตจำนงนั้นอาจมีความผิด

ในต่างประเทศ อย่างเครือรัฐออสเตรเลีย เคยตราพระราชบัญญัติว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ค.ศ.1996 (Rights of the Terminally Ill Act) รับรองให้แพทย์สามารถทำการุณยฆาตและช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย เป็นการให้สิทธิผู้ป่วยที่เจ็บปวดและทรมานอย่างแสนสาหัสสามารถยุติการมีชีวิตของตนเองได้ แต่หลังจากประกาศใช้ไม่ถึงปี มีผู้ป่วยจำนวน 4 ราย ฆ่าตัวตายด้วยอุปกรณ์ที่ติดตั้งโดยแพทย์ ต่อมาเมื่อวันที่ 25 มีนาคม ค.ศ.1997 รัฐบาลกลางจึงยกเลิกกฎหมายดังกล่าว ส่งผลให้การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ เป็นความผิดตามกฎหมายในทุกรัฐ อย่างไรก็ตามเครือรัฐออสเตรเลียยังคงไว้ซึ่งกรณีการยับยั้งหรือการเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ว่าเป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมายในทุกมลรัฐ หากเข้าเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด เช่น รัฐ Queensland กำหนดให้มีคำสั่งล่วงหน้าทางสุขภาพ (Advance Health Directive) ในการยับยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตทำได้ก็ต่อเมื่อครบตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายบัญญัติ คือ

ผู้ป่วยต้องมีอาการป่วยในระยะสุดท้าย หรืออยู่ในสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และไม่มีความหวังว่าจะมีชีวิตอยู่เกินกว่า 1 ปี หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะผัก หรือไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หรือมีความเจ็บป่วยรุนแรง โดยไม่มีความหวังว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต และการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นขัดกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ดี และผู้ป่วยไม่มีความหวังว่าสุขภาพทางกายจะกลับฟื้นคืนดี

---

[38] แหล่งเดิม.

ผู้เขียนเห็นว่าการยังยั้งหรือเพิกถอนการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยของรัฐ Queensland เครือรัฐออสเตรเลียนั้นไม่สามารถกระทำได้โดยง่าย ต้องเข้าเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ซึ่งนอกจากกฎหมายจะคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยแล้ว ยังคุ้มครองการทำหน้าที่ของแพทย์ด้วย เพราะแม้ว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ซึ่งไม่มีหวังว่าจะสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตแล้ว การใช้เครื่องมือช่วยชีวิตนั้นต้องขัดกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ที่ดีด้วย สำหรับประเทศไทยที่มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 รับรองให้บุคคลสามารถใช้สิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า “Living Will” ได้ โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2550 มีนักวิชาการและนักกฎหมายหลายท่านให้ความเห็นว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา12 เป็น Passive Euthanasia[39] คือ การทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าไปช่วยชีวิต เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมายจริยธรรมแห่งวิชาชีพและความเชื่อทางศาสนา เพราะเป็นการดูแลแบบประคับประคองตามอาการที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ[40]

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขอตายอย่างสงบนั้น นำไปสู่ประเด็นปัญหาเชิงจริยธรรมหลายประการ แม้ว่าผู้ป่วยจะทำด้วยความสมัครใจเพื่อให้ตนเองพ้นจากความเจ็บปวดทรมานจากโรค หรือด้วยเหตุผลอื่นใดก็ตาม หากเรายอมรับเรื่องสิทธิที่จะตายและความเป็นอิสระของมนุษย์ว่าเป็นสิทธิทางธรรมชาติ ซึ่งมนุษย์แต่ละคนมีสิทธิและเสรีภาพโดยสมบูรณ์ในการกำหนดการกระทำของตนเอง มนุษย์ผู้เป็นเจ้าของร่างกายและจิตใจย่อมมีอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดชะตาชีวิตของตนเองโดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของใครทั้งสิ้น เพื่อบังคับการตามสิทธิที่ตนมีตามธรรมชาติ แพทย์ผู้กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเจ้าของสิทธินั้นก็ไม่น่าจะถูกตำหนิ หรือถูกกล่าวหาว่ากระทำโดยไม่ชอบหรือไม่มีจริยธรรม โดยเฉพาะกรณีทำให้ผู้ป่วยตายโดยทางอ้อม และผู้ป่วยได้ตัดสินใจด้วยสติสัมปชัญญะที่ชัดแจ้งแน่นอนแล้ว[41] แต่ตามกฎหมายของไทยไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายบัญญัติหลักเรื่องความยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่หลักเรื่องความยินยอมของผู้เสียหายไปปรากฏ

---

[39] แหล่งเดิม.

[40] จาก“สิทธิปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ,” โดย แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2552, *ดุลพาห*, 2, น.141. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

[41] *สิทธิที่จะตาย* (The Right to Die) (น.103). เล่มเดิม.

เป็นข้อยกเว้นในความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา โดยอ้างหลักจารีตประเพณี ในทางแพ่งให้ถือว่าความยินยอมของผู้เสียหายเป็นการยกเว้นความรับผิดในทางละเมิด หมายความว่า “ความยินยอมไม่เป็นละเมิด” เป็นการยอมรับหลักกฎหมายทั่วไป ว่าผู้กระทำสามารถนำมาใช้อ้าง เพื่อยกเว้นความรับผิดได้ ทั้ง ๆ ที่ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ของประเทศไทย ไม่ปรากฏว่ามีมาตราใดที่กล่าวถึงหลักความยินยอมไม่ก่อให้เกิดละเมิดตามหลัก Volenti non fit injuria ความเป็นมาของหลัก Volenti non fit injuria นั้นมาจากภาษาโรมัน ซึ่งแปลว่า “ความสมัครใจ หรือความยินยอมไม่ทำให้เกิดความเสียหาย หรือไม่เกิดเสียหายเมื่อยินยอมให้กระทำ” ความหมายว่าบุคคลซึ่งยอมต่อการกระทำอย่างหนึ่ง หรือบุคคลที่เข้าเสี่ยงภัยยอมรับความเสียหาย จะฟ้องคดีเกี่ยวกับการกระทำหรือความเสียหายนั้นมิได้ และถือว่าไม่มีการละเมิดเกิดขึ้น และมีคำพิพากษาที่ถือเป็นบรรทัดฐานเรื่องหลักความยินยอมไม่เป็นละเมิด คือฎีกาประชุมใหญ่ที่ 673/2510 คำพิพากษาฎีกาฉบับนี้ได้ตัดสินโดยใช้หลักทั่วไปตามมาตรา 4 ว่า การที่โจทก์ท้าให้จำเลยฟันเพื่อทดลองคาถาอาคมที่ตนเชื่อและอวดอ้างว่าจะอยู่ยงคงกระพันนั้น เป็นการที่โจทก์ยอมหรือสมัครใจให้จำเลยทำร้ายร่างกาย เป็นการยอมรับผลเสียหายที่จะเกิดขึ้นแก่ตนเองตามกฎหมาย จึงถือไม่ได้ว่าโจทก์ได้รับความเสียหาย เมื่อถือว่าไม่ได้รับความเสียหายแล้ว โจทก์จะมาฟ้องให้จำเลยรับผิดชดใช้ค่าเสียหายไม่ได้ ซึ่งก็คือไม่เป็นละเมิดนั่นเอง ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540 ประกาศใช้แม้ว่าพระราชบัญญัติดังกล่าวจะเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการแสดงเจตนา แต่ก็มีหลักเรื่องละเมิดแทรกอยู่ โดยมาตรา 9 วางหลักไว้ว่า ความตกลงหรือความยินยอมของผู้เสียหาย สำหรับการกระทำที่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมาย หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน จะนำมาอ้างเป็นเหตุยกเว้นหรือจำกัดความรับผิดเพื่อละเมิดมิได้ พระราชบัญญัติดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อคำพิพากษาฎีกาที่ 673/2510 ซึ่งถือเป็นบรรทัดฐานในการตัดสินคดีละเมิดของไทยในอดีต

ส่วนในทางอาญา มีแนวคำพิพากษาศาลฎีกาวางหลักเป็นบรรทัดฐานเรื่องความยินยอมไว้ว่า ความยินยอมนั้นต้องเป็นความยินยอมที่บริสุทธิ์โดยสมัครใจ ไม่ได้ถูกบังคับข่มขู่ หลอกลวงหรือสำคัญผิด ความยินยอมนั้นต้องมีอยู่จนถึงขณะกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิด และความยินยอมนั้นต้องไม่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดี[42]

เห็นได้ว่าการใช้หลักเรื่องความยินยอม เพื่อเป็นเหตุยกเว้นความผิดได้นั้น ผู้กระทำสามารถนำมาอ้างได้ก็ต่อเมื่อ ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดี และผู้ยินยอมจะต้อง

---

[42]*ความยินยอมในการรักษาพยาบาล :สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย* (น.109). เล่มเดิม.

เข้าใจสาระสำคัญของเรื่องที่ตนเองให้ความยินยอมอย่างถูกต้องครบถ้วน หากความยินยอมนั้นขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดีของประชาชน ผู้กระทำก็ไม่อาจอ้างความยินยอมของผู้เสียหายเพื่อปฏิเสธความรับผิดได้ทั้งทางแพ่งและทางอาญาตามหลักดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่าหากความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดีของประชาชนแล้ว ผู้กระทำย่อมไม่มีความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา แม้ว่าจะไม่มีกฎหมายฉบับใดบัญญัติยกเว้นการกระทำไว้ก็ตาม สำหรับกรณีการรักษาของแพทย์ ซึ่งบางครั้งมีลักษณะของการกระทำประทุษร้ายต่อร่างกาย เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลติดเชื้อบริเวณเท้า และแผลขาดเลือดไปเลี้ยงยังเนื้อเยื่อส่วนปลาย แพทย์จึงแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าจำเป็นต้องตัดขา ผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดขา การกระทำของแพทย์นั้นถือว่าเป็นการทำร้ายร่างกายแล้ว แต่แพทย์ไม่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 297 เพราะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ซึ่งเป็นความยินยอมที่สำนึกของวิญญูชนทั่วไปยอมรับว่าเจตนาของแพทย์เป็นการรักษาไม่ใช่เจตนาทำร้าย ความยินยอมนั้นจึงไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีของประชาชน

ความยินยอมของผู้เสียหาย เป็นการที่ผู้เสียหายสละประโยชน์ที่กฎหมายให้ความคุ้มครองที่ให้ไว้แก่บุคคลที่ได้รับผลร้าย การที่แนวคำวินิจฉัยของศาลฎีกายอมยกเว้นให้ความยินยอมของผู้เสียหายทำให้การกระทำไม่เป็นความผิด หรือทำให้ผู้กระทำได้รับการยกเว้นโทษนั้น เนื่องจากเห็นว่าการกระทำนั้นไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียหาย หรือส่งผลกระทบต่อสังคม ซึ่งรัฐจะต้องเข้ามาปกป้องคุ้มครอง แต่หากยินยอมให้กระทำการอันส่งผลกระทบกระเทือนต่อสังคมโดยส่วนรวม รัฐก็จำเป็นต้องเข้ามาปกป้องคุ้มครองรักษาผลประโยชน์ของส่วนรวม ดังนั้น ความยินยอมจึงมีลักษณะที่มีขอบเขตจำกัด ผู้เสียหายสามารถจะให้ความยินยอมได้เพียงบางเรื่องเท่านั้น ไม่อาจให้ความยินยอมได้โดยเสรี

ความยินยอมของผู้เสียหาย ถือว่าผู้เสียหายยินดีสละสิ่งที่เป็นประโยชน์ ที่กฎหมายมุ่งคุ้มครองปัจเจกชนนั้น ๆ (Individual Rechtsgut) หรือเรียกว่าคุณธรรมทางกฎหมาย[43] “คุณธรรมทางกฎหมาย (Rechtsgut) หมายถึง สิ่งที่กฎหมายมุ่งประสงค์ที่จะคุ้มครอง คือ ให้ดูว่ากฎหมายมุ่งคุ้มครองอะไรเป็นสำคัญ และผู้กระทำจะมีความผิดตามบทบัญญัติในมาตรานั้น ๆ ก็ต่อเมื่อ มีการกระทำผิด (ทำลาย) ต่อสิ่งที่กฎหมายคุ้มครอง สำหรับประโยชน์ที่กฎหมายมุ่งคุ้มครองนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองส่วนรวม แม้ว่าผู้เสียหายจะให้ความยินยอมสละสิ่งที่กฎหมายคุ้มครองก็เป็นเพียงการสละการคุ้มครองในส่วนของตนเท่านั้น ผู้เสียหายไม่มีอำนาจจะไปสละสิ่งที่กฎหมาย

---

[43] *วิเคราะห์ปัญหาการใช้การตีความตามมาตรา 9 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ. 2540* . เล่มเดิม.

มุ่งคุ้มครองส่วนรวมได้ แม้ผู้เสียหายยินยอมให้กระทำ การกระทำนั้นก็ยังเป็นความผิดอยู่ เช่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 277 เนื่องจากคุณธรรมในกฎหมายของมาตรานี้คุ้มครองศีลธรรมในทางเพศของคนในสังคม[44]

กรณีที่เป็นความผิดต่อชีวิตร่างกายแล้วกระทบต่อบุคคลอื่นนั้น ผู้เสียหายจะสละความยินยอมได้หรือไม่นั้น เห็นว่าถึงแม้เรื่องชีวิตจะเป็นเรื่องส่วนตัว ซึ่งผู้เสียหายน่าจะสละคุณธรรมในเรื่องส่วนตัวได้ แต่เรื่องชีวิตมนุษย์เป็นเรื่องที่มีคุณค่าสูงสุด แม้เป็นเรื่องส่วนตัวก็แฝงอยู่ในแง่ของการคุ้มครองส่วนรวม คือ การคุ้มครองความสงบเรียบร้อยของประชาชนและของสังคม ดังนั้น เราจึงไม่ยอมให้มีการทำลายชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้เขียนจะขอยกตัวอย่างเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว เป็นเหตุการณ์ที่คนยินยอมให้ผู้อื่นฆ่าและกินเนื้อตัวเอง โดยเรื่องดังกล่าวเกิดเมื่อปี ค.ศ. 2001 ในโรเทนเบิร์ก สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี - เบิร์น- เยอร์เก็น โดยอาร์มินไมเวสลงโฆษณาทางอินเตอร์เน็ตหาคนยอมถูกฆ่าและกิน ไมเวสไม่ได้เสนอค่าตอบแทนเป็นเงิน แต่เสนอประสบการณ์การถูกฆ่าและกิน ต่อมาบรานเดสได้ตอบรับโฆษณาและเดินทางไปหาไมเวสและตอบตกลง หลังจากนั้นไมเวสได้ฆ่าบรานเดสและหั่นศพเป็นชิ้น ๆ ใส่ถุงเก็บไว้ในช่องฟรีซ และกินชิ้นส่วนของศพไปกว่า 40 ปอนด์ ก่อนที่จะถูกตำรวจจับ ซึ่งในเยอรมนีไม่มีกฎหมายห้ามกินคน ทนายความของไมเวสต่อสู้ว่าเหยื่อตายด้วยความสมัครใจ ดังนั้น ถ้าไมเวสจะผิดก็ผิดเฉพาะข้อหา “ฆ่าคนโดยถูกขอให้ฆ่า” ศาลได้พิพากษาให้ไมเวสผิดฐานฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา[45] เรื่องนี้ชี้ให้เห็นว่าหากเรายอมรับหลักเรื่องความเป็นอิสระของมนุษย์นิยมว่าถูกต้อง เมื่อเราเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตนเอง เราย่อมมีสิทธิทำอย่างไรกับตนเองก็ได้ แม้กระทั่งยอมให้ผู้อื่นทำร้ายหรือฆ่า รัฐย่อมไม่อาจเข้ามาแทรกแซงได้ แต่สิ่งหนึ่งที่เราต้องพิจารณาจากเรื่องนี้คือตรรกะของอิสระนิยมกับเรื่องของศีลธรรม รัฐจึงไม่อาจยินยอมให้บุคคลใช้สิทธิของตนเองได้ตามอำเภอใจ

ในทางการแพทย์นั้นหลักความยินยอมของผู้ป่วย บางครั้งอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ทุกกรณี เช่น กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต กรณีจำเป็นเร่งด่วน ความยินยอมของผู้ป่วยย่อมไม่มีความสำคัญ แพทย์สามารถกระทำการช่วยเหลือและรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่จำต้องได้รับความยินยอม การกระทำของแพทย์มิใช่เรื่องที่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดี ในทางตรงกันข้ามหากแพทย์ไม่ยอมช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้น ด้วยเหตุผลเพียงว่ายังไม่ได้รับความ

---

[44] แหล่งเดิม.

[45] From *Justice*, by Michael Sandel, แปลโดยสฤณี อาชวานันทกุล (น.101-102), 2554, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ openworlds.

ยินยอมจากผู้ป่วย ผู้เขียนเห็นว่าการกระทำของแพทย์ย่อมเป็นการกระทำที่ผิดต่อหน้าที่ของแพทย์ ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดีอีกด้วย

ปัญหาว่าอย่างไรเป็นเรื่องที่ขัดต่อสำนึกและศีลธรรมอันดี อย่างไรขัดต่อความสงบเรียบร้อยจะใช้อะไรมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินนั้น ไม่สามารถวางหลักเกณฑ์ให้แน่นอนในการตัดสินได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่มักแปรเปลี่ยนไปตามกาลเวลาและสภาพของสังคม ตลอดจนความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคมนั้น ๆ ซึ่งช่วงเวลาหนึ่งการกระทำบางอย่างอาจถูกมองว่าขัดกับความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดี แต่เมื่อช่วงเวลาเปลี่ยนไปเรื่องเดียวกันอาจได้รับการยอมรับว่าไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีเลย ซึ่งท่านอาจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ ให้ใช้วิธีพิจารณาจากความรู้สึกของบุคคลทั่วไปในท้องที่และเวลาที่เกิดจากการกระทำนั้น ๆ เป็นเกณฑ์ในการตัดสิน การพิจารณาว่าสิ่งใดถือเป็นศีลธรรมอันดี อาจต้องนำหลักจริยศาสตร์มาใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจ เพราะจริยศาสตร์จะทำให้มนุษย์ รู้ว่าอะไรดี อะไรชั่ว อะไรถูก อะไรผิด จะเลือกปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้อยู่ในทางที่ถูกที่ควร ทำให้รู้ทางดำเนินชีวิตทั้งในส่วนตัวและสังคม เข้าใจกฎความจริงของชีวิต ทำให้รู้จักค่าของชีวิตว่าค่าของชีวิตอยู่ที่ไหน ทำอย่างไรชีวิตจะมีค่าและเลือกทางที่ดี ชีวิตก็มีค่าตามที่ต้องการ ผู้เขียนขอเสนอทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์ที่สำคัญ 2 ทฤษฎี คือ

ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม หลักการพื้นฐานของสำนักนี้เรียกว่า “หลักมหสุข” (The greatest happiness principle) คือ การกระทำที่ถูกต้อง หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด เมื่อใดที่คนเราตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประโยชน์นิยมเห็นว่าต้องเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนจำนวนมากที่สุด บางครั้งหากการกระทำที่ต้องเลือกนั้นอาจก่อให้เกิดทั้งสุขและทุกข์ เราต้องประเมินว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดความสุขเท่าใดความทุกข์เท่าใด แล้วนำมาเปรียบเทียบว่าผลออกมานั้นก่อให้เกิดความสุขมากที่สุด หรือทุกข์น้อยที่สุด เราจึงเลือกทำสิ่งนั้น[46]

ประโยชน์นิยมมองว่าในสังคมทุกสังคม ดูเหมือนจะมีกฎเกณฑ์บางอย่างอันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าทุกคนต้องปฏิบัติตาม การปฏิบัติบางอย่าง เช่น การทำลายชีวิตมนุษย์เป็นข้อห้ามทั้งของจารีตประเพณี ศาสนา การปฏิบัติบางอย่าง เช่น การร่วมประเวณีของชายหญิงก่อนแต่งงานกฎหมายไม่ถือว่าผิด แต่ประเพณีและศาสนาถือว่าไม่ดี ข้อห้ามต่าง ๆ เหล่านี้ประสบการณ์ของมนุษย์ในสังคมก่อน ๆ คงเห็นว่ามีประโยชน์ คือ นำความสุขมาให้แก่คนทั่วไป เมื่อเป็นเช่นนี้ ประโยชน์นิยมก็จะเห็นว่ากฎต่าง ๆ เหล่านี้เราควรปฏิบัติตาม ส่วนใหญ่แล้วก็จะเกิด

---

[46] จาก *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ* (น. 2), โดย วิทย์ วิศทเวทย์ (อ้างถึงใน สุขิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2544, กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์).

ประโยชน์มากกว่าโทษ คือให้ความสุขมากกว่าความทุกข์ สำหรับชาวประโยชน์นิยมเห็นว่าการยุติชีวิตไม่ผิดไม่ถูกในตัวมันเอง แต่อยู่ที่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ชาวประโยชน์นิยมอาจยอมรับว่าโดยทั่วไป จงอย่าฆ่า แต่ในบางกรณี ถ้าส่วนใหญ่จะได้ประโยชน์มากกว่าโทษก็จำต้องทำ เช่น บางครั้งเราต้องประหารชีวิตอาชญากรในคดีอุกฉกรรจ์ เพราะเราเชื่อว่าจะเกิดความสงบสุขแก่คนทั่วไปมากกว่า[47]

ทฤษฎีของอิมมานูเอลคานท์ (KANT 1724-1804) ค้านท์ นักปรัชญาชาวเยอรมันมีความเห็นตรงข้ามกับสำนักประโยชน์นิยม ค้านท์สอนว่าการกระทำจะดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบไม่อยู่ที่ผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นประโยชน์สุขเพียงใดแก่คนมากน้อยเท่าใด เมื่อเราได้เลือกทำอะไรลงไป เราบอกได้เลยว่าในแง่ศีลธรรมการกระทำนั้นผิดหรือถูก

ค้านท์ เห็นว่าดี ชั่ว ผิด ถูก ซึ่งเป็นค่าทางศีลธรรมนั้นต้องตายตัว คือ ถ้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือการกระทำอันหนึ่งอันใดดี ต้องดีอยู่เสมอ ไม่เลือกเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม หรือตัวบุคคล ค้านท์ไม่ยอมรับเอาผลของการกระทำเป็นสิ่งตัดสินความดี เพราะถ้าหากยอมรับเช่นนั้นก็เท่ากับยอมรับว่าความดีไม่เป็นสิ่งที่ตายตัว ตามความเห็นของค้านท์ เมื่อเชื่อว่าค่าทางจริยธรรมเป็นจริงก็ต้องเชื่อว่ามีอะไรสักอย่างที่ใช้วัดหรือตัดสิน และสิ่งที่ใช้วัดหรือตัดสินก็คือเจตนาดี เมื่อมีการกระทำเกิดขึ้นเรามองการกระทำได้ 2 แง่ คือ แง่แรกมองที่ผล เช่น มองว่าผลก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษมากน้อยแค่ไหน แต่ประโยชน์เป็นเรื่องไม่ตายตัวดังที่กล่าวมาแล้ว ในแง่ที่สองมองว่าการกระทำนั้นเกิดจากเจตนาอะไร อะไรเป็นแรงจูงใจให้เกิดการกระทำนั้นขึ้น เจตนานี้ไม่ว่าเป็นเจตนาดีหรือไม่ดี เมื่อผลักดันให้เกิดการกระทำแล้วการกระทำนั้นเป็น “เจ้าของ” ไม่ว่าจะก่อให้เกิดผลอะไรก็เกิดมาจากเจตนาอันนั้น ดังนั้น เจตนาของการกระทำจึงเป็นสิ่งที่ตายตัวติดอยู่กับการกระทำนั้นตลอดเวลา เป็นเกณฑ์ตายตัวที่จะวัดได้ว่าการกระทำนั้นมีค่าทางศีลธรรม สำหรับค้านท์การกระทำดี หรือการกระทำที่ถูก คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี คือ การกระทำตามหน้าที่ การกระทำที่เกิดจากแรงกระตุ้นหรือความรู้สึก มิใช่การกระทำที่เกิดจากหน้าที่และไม่ถือว่าเป็นเจตนาดี แนวคิดของค้านท์นั้นการกระทำตามหน้าที่ไม่เพียงแต่ต้องไม่คำนึงถึงประโยชน์ของตนเท่านั้น แต่ต้องไม่คำนึงถึงผลใด ๆ ทั้งสิ้น การกระทำที่ถูกไม่ใช่การกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือความสุขของใคร ๆ แต่เป็นการกระทำตามหน้าที่ [48]

---

[47] แหล่งเดิม.

[48] แหล่งเดิม.

จึงเห็นได้ว่าแนวความคิดของทั้ง 2 ทฤษฎี นั้นมีข้อแตกต่างกัน โดยประโยชน์นิยมเห็นว่าคุณค่าทางศีลธรรมเป็นการกระทำที่ขึ้นอยู่กับการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม การยึดถือคุณค่าทางศีลธรรมขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นหลัก ส่วนค้านท์เห็นว่าการตั้งใจดีหรือเจตนาดี คือ การกระทำตามหน้าที่ ทางเลือกที่เป็นศีลธรรม คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี การกระทำที่เกิดจากหน้าที่ คือ การกระทำที่เกิดจากเหตุผล เราไม่อาจบอกได้ว่าทฤษฎีใดดีกว่าทฤษฎีใด อาจต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือความเป็นไปในสังคม สำหรับประเด็นเรื่องการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขอตายอย่างสงบนั้น ผู้เขียนมีความเห็นคล้อยตามในแนวทางของค้านท์ ที่ว่าชีวิตที่มีค่าคือชีวิตที่อยู่กับศีลธรรม คือ อยู่กับหน้าที่ไม่ใช่อยู่กับความสุข หรือความรู้สึกการที่ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน รู้สึกเจ็บปวด และอยากตาย เพื่อให้พ้นจากความเจ็บปวดล้วนเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก เกิดจากแรงกระตุ้น ปรารถนา เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเจ็บปวดไม่ใช่การกระทำที่เกิดจากหน้าที่ ไม่ถือว่าเป็นเจตนาดี มิใช่การกระทำที่ตั้งอยู่บนหลักของเหตุผล จึงมิใช่การกระทำที่เกิดจากศีลธรรมตามแนวความเห็นของค้านท์ โดยค้านท์เห็นว่าทุกคนควรค่าแก่การเคารพ ไม่ใช่เพราะเราเป็นเจ้าของตัวเอง แต่เพราะเราเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผลใช้เหตุผลเป็น นอกจากนี้เราเป็นสิ่งมีชีวิตที่อิสระ สามารถทำตัวและเลือกสิ่งต่าง ๆ อย่างอิสระ แต่ไม่ได้หมายความว่าเราจะเลือกอย่างอิสระได้ตลอดเวลา บางครั้งเราทำได้ แต่บางครั้งก็ทำไม่ได้ เพียงแต่หมายความว่าเรามีศักยภาพที่จะมีเหตุผลและมีเสรีภาพ และมนุษย์ทุกคนมีศักยภาพนี้เหมือนกัน[49]

โดยหลักแล้วความยินยอมของผู้เสียหายในการกระทำความผิดที่ผู้กระทำจะนำมาอ้างเพื่อลบล้างหรือยกเว้นความผิดนั้น ต้องไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ขัดต่อนโยบายของรัฐ หากการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวมมุ่งคุ้มครองสังคม ผู้เสียหายก็ไม่อาจสละคุณธรรมทางกฎหมายนั้นได้ และรัฐต้องเข้ามาปกป้องและพิทักษ์รักษาผลประโยชน์ของส่วนรวม การที่บุคคลยินยอมให้แพทย์งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิต แม้เรื่องชีวิต ร่างกาย คุณธรรมทางกฎหมายมุ่งคุ้มครองปัจเจกชนก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม ผู้เขียนเห็นว่าผู้เสียหายไม่อาจสละคุณธรรมทางกฎหมายและใช้สิทธิดังกล่าวอันเป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน แม้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 จะรับรองไว้ก็ตาม การที่มนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคมที่ต่างมีความรู้สึกนึกคิดและมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไป อาจก่อให้เกิดปัญหาหรือความเสียหายแก่บุคคลอื่น

---

[48] *Justice* (น.144). เล่มเดิม.

และสังคม ดังนั้น การกระทำใด ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความสงบสุขของสังคม จึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจยินยอมให้เกิดขึ้นและกลายเป็นข้อห้ามที่สังคมใช้บังคับแก่เอกชน ซึ่งเรียกว่าหลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

การยุติหรือไม่ยุติการช่วยช่วยชีวิตผู้ป่วย เป็นปัญหาทางอารมณ์และปัญหาทางจริยธรรมของทั้งญาติผู้ป่วยและบุคลากรด้านการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่าการยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยบางกรณีแพทย์สามารถทำได้โดยชอบ เช่น กรณีที่แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าการรักษาที่ทำอยู่นั้นไม่มีโอกาสบรรลุผลได้อย่างแน่แท้ แต่การตัดสินใจของแพทย์ว่าสมควรยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตหรือไม่ แพทย์ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ เช่น ตามแนวทางของ AHA 2010 guideline for CPR[50] ที่แนะนำว่าการปฏิบัติการช่วยชีวิต(CPR) ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่สามารถหยุดได้ถ้าไม่มีชีพจรกลับมาเลยใน 30 นาที สำหรับทารกแรกเกิดการหยุด CPR ถือว่าเหมาะสมถ้าไม่มีชีพจรกลับมาใน 15 นาที และการที่ไม่มีการตอบสนองใน 10 นาทีแรก เป็นข้อบ่งชี้ว่ามีพยากรณ์โรคที่ไม่ดี แต่บางกรณีแพทย์อาจต้องใช้ข้อมูลอื่น ๆ ประกอบการตัดสินใจด้วย เช่น เด็กที่หมดสติจากในสภาวะอุณหภูมิต่ำ เด็กก็มีโอกาสรอดชีวิตจากการช่วยชีวิตที่ใช้เวลานานได้ หรือกรณีของแพทยสภา ที่ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายไว้ หากคณะแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดมีข้อเท็จจริงเป็นไปตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว เท่ากับผู้ป่วยรายนั้นตายไปแล้วในทางการแพทย์ กรณีเหล่านี้แม้ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ แพทย์ก็สามารถยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แม้ผู้ป่วยบางรายจะถือว่าตายแล้วในทางการแพทย์ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถยุติการช่วยชีวิตได้ แต่อาจเกิดข้อขัดแย้งกับหลักกฎหมายทั่วไปที่ใช้บังคับ เพราะในทางกฎหมายหากผู้ป่วยยังคงหายใจ แม้จะเป็นการหายใจโดยอาศัยเครื่องช่วยหายใจ ก็ยังคงถือว่าผู้ป่วยรายนั้นยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้น การที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตหรือถอดเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากร่างกายผู้ป่วย แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นได้

แม้ว่าความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และช่วยเป็นเกราะป้องกันไม่ให้แพทย์ถูกผู้ป่วยและญาติฟ้องร้องดำเนินคดีให้ต้องรับผิดในภายหลังก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาจากบริบทของกฎหมายไทย ที่ยังไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติเรื่องหลักความยินยอมไว้เป็นการเฉพาะ ดังนั้น การที่ศาลฎีกาของไทยยอมรับและนำหลักกฎหมายทั่วไปมาใช้ เป็นบรรทัดฐาน ผู้เขียนเห็นว่าอาจทำให้กฎหมายถูกเบี่ยงเบนไปจากหลักการและอาจเกิดปัญหา

---

[50] คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.(ม.ป.ป.). *highlight CPR 2010*, สืบค้น 22 กุมภาพันธ์ 2558 , จาก http://www.si.mahidol.ac.th/th/division/cpr/knowledge.asp

ข้อขัดแย้งขึ้นได้ เพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่ใช้ระบบประมวลกฎหมาย และแม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 จะบัญญัติยกเว้นความผิดของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยไว้ก็ตาม แต่ประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไปมิได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดเอาไว้ โดยเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายอาญานั้นมุ่งที่จะควบคุมการกระทำความผิดและลงโทษผู้กระทำความผิด เมื่อมีบทบัญญัติที่ชัดแจ้งระบุว่าการกระทำหรือการไม่กระทำอย่างใดเป็นความผิดทางอาญา การกระทำนั้นก็เป็นความผิดและการกระทำใดที่กฎหมายไม่ได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดไว้ ผู้กระทำย่อมไม่อาจนำมาอ้างเพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิดไปได้ ทำให้แพทย์บางส่วนไม่กล้าเสี่ยงที่จะยุติการรักษาผู้ป่วย แม้แพทย์จะวินิจฉัยได้อย่างแน่แท้แล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแท้จริง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองตาย และผู้ป่วยได้แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ก็ตาม และจากการที่ผู้เขียนได้มีโอกาสสอบถามความคิดเห็นของแพทย์ในจังหวัดสุพรรณบุรี เกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย มีแพทย์ท่านหนึ่งกล่าวกับผู้เขียนว่าท่านไม่แน่ใจว่าหากท่านยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายตามเจตนาของผู้ป่วยแล้ว จะช่วยทำให้ท่านพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาหรือไม่ ทั้งนี้ ผู้เขียนเห็นว่าการยกเว้นความรับผิดของแพทย์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ไม่สามารถนำมาอ้างเป็นข้อยกเว้นความรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้ เพียงแต่อาจเป็นเครื่องช่วยยืนยันว่าแพทย์กระทำตามเจตนาของผู้ป่วยด้วยใจบริสุทธิ์เท่านั้น ผู้เขียนเห็นว่ากฎหมายส่วนใหญ่ที่ออกมาล้วนมุ่งคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทั้งสิ้น แต่ไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายฉบับใดที่กล่าวถึงหรือคุ้มครองสิทธิของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในการประกอบวิชาชีพอย่างเป็นรูปธรรม ทำให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ภายใต้ความวิตกกังวล เกรงว่าจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดี สิ่งเหล่านี้ล้วนบั่นทอนจิตใจบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ดังนั้น เพื่อเป็นการปกป้องคุ้มครองการทำหน้าที่และสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทรมานและตายอย่างสงบ จึงควรผลักดันให้มีการปรับปรุงแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาโดยนำหลักการหรือข้อยกเว้นการไม่ต้องรับผิดมากำหนดไว้ในกฎหมายให้ชัดเจนว่าแพทย์ผู้กระทำได้รับความคุ้มครองจากการประกอบวิชาชีพโดยสุจริต เพราะการที่แพทย์ยุติการรักษาหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วย แม้การงดเว้นหรือเพิกถอนช่วยชีวิตผู้ป่วยมิใช่เป็นการลงมือฆ่าโดยตรง แพทย์กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์ ปรารถนาดีต่อผู้ป่วย แต่แพทย์ก็ยังเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นโดยการงดเว้นการกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย แห่งประมวลกฎหมายอาญาได้ ทั้งนี้ เนื่องจากความรับผิดทางอาญา อาจเกิดได้ด้วยการกระทำโดยตรง หรือโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

4.3 ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 รับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ โดยมาตรา 12 วรรคสอง บัญญัติให้มีการออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ต่อมาจึงมีการออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ขึ้น จากการที่ผู้เขียนศึกษากฎกระทรวงพบว่ายังมีประเด็นปัญหาอยู่บางประการ เช่น คำนิยามไม่ชัดเจน หลักเกณฑ์ วิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่มีความเหมาะสม

ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงทำการศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย

4.3.1 ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย

1) ปัญหาความไม่ชัดเจนของคำจำกัดความ

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ข้อ 2 ได้ให้คำนิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” ว่าหมายถึง “ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น” เมื่อพิจารณาจาก

คำนิยาม เห็นได้ว่ากฎกระทรวงวางกรอบการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างกว้าง ๆ เท่านั้น โดยไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนแน่นอนลงไปว่า ภาวะเช่นใดจึงจะถือว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมอบอำนาจการตัดสินใจให้แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วย เป็นผู้วินิจฉัยตามหลักวิชาว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงอาจกล่าวได้ว่าการวินิจฉัยว่าบุคคลใดอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ขึ้นอยู่กับการพยากรณ์โรคตามหลักวิชาของแพทย์ผู้ทำการรักษาเท่านั้น ซึ่งการวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของแพทย์แต่ละคน อาจมีความแตกต่างไม่แน่นอนเป็นมาตรฐานเดียวกัน การวินิจฉัยย่อมขึ้นอยู่กับความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และทักษะของแพทย์แต่ละคน และอาจหมายรวมถึงความพร้อมและศักยภาพด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วย จึงทำให้เกิดปัญหาในการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้เขียนเห็นว่าบุคคลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คือ แพทย์ผู้ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยวาระสุดท้าย หากแพทย์วินิจฉัยผิดพลาด อาจทำให้เกิดกรณีที่ผู้ป่วยต้องเสียชีวิตในขณะที่ยังไม่สมควรได้ ดังนั้น เมื่อกฎหมายไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนแน่นอนไว้ จะทำอย่างไรหรือใช้หลักเกณฑ์ใดเป็นแนวทางปฏิบัติ ในการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตให้เป็นไปอย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

นอกจากนี้กฎกระทรวงยังได้ให้คำนิยามคำว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ว่าหมายถึง “ความทุกข์ทรมานทางกาย หรือทางจิตใจ ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้” เมื่อพิจารณาคำนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าย่อมเป็นเรื่องยากที่จะวินิจฉัยว่าอย่างไรเป็นการทรมานจากการเจ็บป่วย จนถึงขนาดที่แพทย์สามารถยุติ หรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจนั้น เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีความรู้สึก ความอดทน แตกต่างกันไป บางคนสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดได้มาก แต่บางคนเจ็บปวดเพียงเล็กน้อย ก็รู้สึกว่าเจ็บปวดทรมานมากจนทนไม่ไหว ทำให้ข้อเท็จจริงดังกล่าวไม่เป็นที่ยุติว่าอย่างไรเป็นการทรมานจากการเจ็บป่วย จนถึงขนาดที่แพทย์จะสามารถยุติการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

เมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อขอตายอย่างสงบ สิ่งสำคัญที่แพทย์ต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่งคือ การวินิจฉัยว่าเมื่อใดเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างแท้จริง และการประเมินภาวะความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เมื่อกฎกระทรวงที่ออกมาบังคับใช้ไม่มีความชัดเจนเพียงพอและก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ดังนั้น จะมีวิธีการหรือหลักเกณฑ์อย่างไรที่จะใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้กฎหมายที่ออกมาบังคับใช้

2) ปัญหาการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา เมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันการแสดงเจตนาได้

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล และปรากฏข้อเท็จจริงว่าผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตามที่กฎหมายรับรองไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 ก่อนที่แพทย์จะดำเนินการใด ๆ ตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว แพทย์จะต้องขอคำยืนยันจากผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งก่อนว่าผู้ป่วยยังคงยืนยันตามเจตนาเดิมหรือไม่ อย่างไร เพราะแม้ว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ต้องการให้แพทย์ช่วยชีวิตหรือต้องการให้แพทย์งดเว้นเครื่องมือใด ๆ เพื่อช่วยชีวิตตนเองก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังคงมีสิทธิเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกหนังสือแสดงเจตนานั้นได้ตลอดเวลา แพทย์จึงต้องขอคำยืนยันจากผู้ป่วยก่อนจะดำเนินการใด ๆ ลงไป โดยกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ข้อ 6 (1) ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยไว้ว่า “ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น เพื่อขอคำยืนยัน หรือปฏิเสธ ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว”

บทบัญญัตินี้เป็นการยืนยันหลักการที่กล่าวมาในข้างต้น ซึ่งหากผู้ป่วยมีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารกับแพทย์และยืนยันเจตนารมณ์ของตนเองได้ ก็คงไม่เกิดปัญหาใด ๆ แต่หากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันเจตนารมณ์ของตนเองได้ ย่อมเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ซึ่งกฎกระทรวงข้อ 6 (2) ระบุว่ากรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากบุคคลที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

เห็นได้ว่ากฎกระทรวงข้อ 6 (2) บัญญัติว่ากรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสาร หรือให้คำยืนยันเจตนาของตนเองได้ กฎหมายกำหนดให้บุคคลอื่นสามารถอธิบายความประสงค์ของผู้ป่วยแทน บุคคลนั้นอาจเป็นบุคคลที่ผู้แสดงเจตนาระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก็ได้ ซึ่งในทางกฎหมายสิทธิการมีชีวิตอยู่เป็นสิทธิเฉพาะตัว

ของแต่ละคน ผู้อื่นจะไปแสดงความยินยอมแทนย่อมไม่ได้ และจะขอให้ศาลสั่งอนุญาตแทนก็ไม่ได้เช่นกัน เพราะไม่มีกฎหมายบัญญัติให้อำนาจไว้เช่นนั้น สำหรับประเทศไทยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาได้ แพทย์มักจะสอบถามญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา ผู้ปกครอง เพื่อให้ความยินยอมในนามของผู้ป่วยก่อนเสมอ การปฏิบัติเช่นนี้ได้ถูกนำมาใช้กับการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตด้วย จึงเป็นประเด็นว่าสิ่งที่แพทย์ถือปฏิบัติกันมาเป็นสิ่งที่ถูกต้องและสามารถกระทำได้หรือไม่ และกรณีที่ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อปฏิเสธการรักษา แต่ไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันเจตนาของตนเองต่อแพทย์ได้ แพทย์จะปฏิบัติอย่างไร ยังคงต้องถือตามเจตนาของผู้ป่วยที่ทำไว้ก่อนหรือไม่ และญาติสนิทของผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นใด จะแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้หรือไม่เพียงใด นอกจากนี้หากมีกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า แต่ญาติยืนยันว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาให้ญาติรับรู้ว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องการให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตตนเอง เช่นนี้แพทย์ต้องปฏิบัติตามที่ญาติแจ้งหรือไม่ ปัญหาต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาในข้างต้นจะมีหลักเกณฑ์หรือแนวทางในการปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้แพทย์สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้อง ชอบธรรม และผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิตามที่กฎหมายรับรองไว้

4.3.2 การวิเคราะห์ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ.2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย

1) การวิเคราะห์ปัญหาความไม่ชัดเจนของคำจำกัดความ

สิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เป็นเรื่องที่มีความสำคัญ เพราะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น สิ่งสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาก็คือคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” และคำว่า “ทรมานจากการเจ็บป่วย”โดยกฎกระทรวงให้คำนิยามคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิตว่า “ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรค ตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น”

การตัดสินใจว่าเมื่อใดเป็น “วาระสุดท้ายแห่งชีวิต” เป็นเรื่องที่ยากลำบากและเป็นปัญหาในทางปฏิบัติของแพทย์ว่าข้อเท็จจริงใดถือเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากข้อเท็จจริงของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน รวมทั้งภาวะของโรคที่ไม่มีความแน่นอน การพิจารณาว่าเวลาใดคือ “วาระสุดท้ายของชีวิต” ต้องผ่านการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าเป็นภาวะที่นำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้ และกฎกระทรวงยังให้หมายรวมถึงภาวะการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้ และการติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้มีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น ซึ่งกฎกระทรวงบัญญัติเรื่องการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตไว้เพียงว่าให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ ผู้เขียนเห็นว่าบทบัญญัติดังกล่าวไม่อาจเป็นหลักประกันเพียงพอต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ถือว่าเป็นสิ่งที่มีค่าสูงสุดของมนุษย์ เนื่องจากกฎกระทรวงไม่มีความชัดเจนว่าแพทย์ที่จะวินิจฉัยต้องมีจำนวนเท่าใด และมีคุณสมบัติอย่างไร หากมีแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาเพียงคนเดียวแพทย์ผู้นั้นก็สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยที่แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ ซึ่งในสภาพความเป็นจริงของประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะมีแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาลเพียงคนเดียวเท่านั้น เท่ากับว่ากฎหมายเปิดโอกาสให้แพทย์เพียงหนึ่งคนสามารถกำหนดชะตาชีวิตของผู้ป่วยได้ การวินิจฉัยโดยถือเอาความเห็นของแพทย์ผู้รักษาเพียงคนเดียวย่อมไม่เหมาะสมเพราะการพยากรณ์โรค และการวินิจฉัยของแพทย์เพียงคนเดียวนั้นอาจมีความผิดพลาดคลาดเคลื่อนได้

ในต่างประเทศเคยมีประเด็นแพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยผิดพลาด โดยเมื่อปลายเดือนพฤศจิกายน 2552 เคยมีการวินิจฉัยผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งทุกคนเข้าใจว่าเขาอยู่ใน “สภาพผักถาวร” (Persistent Vegetative State) ตลอดระยะเวลา 23 ปี แต่ปรากฏว่าผู้ป่วยรายนี้สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยรายนี้เป็นชายชาวเบลเยียม อายุ 46 ปี ชื่อนายรอม (Rom Houben) เขาประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์เมื่ออายุ 23 ปี ทำให้เขาเป็นอัมพาตทั้งตัว จนพูดไม่ได้ ขยับแขนขาไม่ได้และไม่แสดงปฏิกิริยาใด ๆ ที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน แพทย์ผู้รักษานายรอมลงความเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพผักถาวร แต่พ่อแม่ของผู้ป่วยคิดว่าผู้ป่วยรับรู้ได้ แต่ก็ไม่สามารถแสดงหลักฐานของการรับรู้นั้น พ่อแม่ของผู้ป่วยไม่ยอมให้ผู้ป่วยตาย และอดทนดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา 23 ปี จนมีเครื่องตรวจสมองแบบพิเศษที่สามารถเห็นการทำงานของสมองได้ แพทย์จึงตรวจพบว่าสมองของนายรอมน่าจะรับรู้ได้ จึงช่วยกันสร้างเครื่องคอมพิวเตอร์แบบพิเศษให้นายรอม และฝึกให้นายรอมใช้นิ้วที่กระดิกได้เพียงนิ้วเดียวนั้นกดลงบนตัวอักษรบนแป้นพิมพ์ดีด โดยมีคนคอยขยับมือให้นิ้วเลื่อนไปมาบนแป้นตัวอักษร จนสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นคำพูด นายรอมยังรู้เรื่อง

ทุกอย่างและได้ระบายความทุกข์ของตนออกมา มีใจความว่า “ผมไม่สามารถทำอะไรได้เลยช่วงแรก ผมโกรธมากและทรมานมาก แต่ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร ในที่สุดผมก็ปล่อยเลยตามเลย และอยู่มาจนถึงวันนี้”[51] และในอังกฤษเคยมีผู้ป่วยในสภาวะ PVS ราว 1,500 คน โดยมีข้อโต้แย้งว่าการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ PVS บางราย แพทย์วินิจฉัยผิดพลาด เพราะมีผู้ป่วยบางรายสามารถฟื้นฟูเรียกความรู้สึกกลับมาได้[52]

ผู้เขียนเห็นว่าการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายใดอยู่ใน “วาระสุดท้ายของชีวิต” ควรต้องกระทำโดยคณะแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ ร่วมวินิจฉัยกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพราะบางกรณีภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ แพทย์ผู้ทำการรักษาอาจมิใช่แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เพียงไม่กี่คน และมีแพทย์เฉพาะทางเพียงบางสาขา แต่แพทย์เหล่านั้นก็จำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยที่มารับบริการทุกคน แม้ผู้ป่วยจะเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งไม่ตรงกับความเชี่ยวชาญของแพทย์ก็ตาม หากคณะแพทย์ที่ร่วมวินิจฉัยทุกคนมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยอยู่ใน “วาระสุดท้ายของชีวิต” อย่างแท้จริง และภาวะของผู้ป่วยจะนำไปสู่ความตายอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในเวลาอันใกล้ ก็ย่อมเป็นเครื่องช่วยยืนยันและเป็นหลักประกันให้กับผู้ป่วยและญาติว่าผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งแพทย์สามารถยุติการรักษาและปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามเจตนาของผู้ป่วย การวินิจฉัยของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญเพราะส่งผลต่อการมีชีวิตอยู่ หรือการจบชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ ผู้เขียนเห็นว่าแพทยสภาและกระทรวงสาธารณสุขต้องเข้ามามีบทบาทร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติของแพทย์ ซึ่งจะเข้าร่วมวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตให้ชัดเจน โดยควรทำในรูปของคณะแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ ร่วมกับแพทย์ผู้ทำการรักษา

วาระสุดท้ายของชีวิตในกฎกระทรวง หมายรวมถึงเรื่องสมองตายด้วย ซึ่งการวินิจฉัยเรื่องสมองตายนั้น แพทยสภาได้ออกประกาศแพทยสภาที่ 7/ 2554 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตายไว้ค่อนข้างละเอียด โดยกำหนดถึงสภาวะและเงื่อนไขของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจนว่าต้องเข้าเงื่อนไขอย่างใดบ้าง และเมื่อเข้าเงื่อนไขแล้วแพทย์ต้องตรวจตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองตาย นอกจากนี้ยังระบุให้การวินิจฉัยสมองตาย ต้องกระทำโดยองค์คณะของแพทย์ไม่น้อยกว่า 3 คน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ได้รับ

---

[51] หมอชาวบ้าน. (2553). *สภาพผักถาวรกับสิทธิการตาย.* สืบค้น 2 สิงหาคม 2557 จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/10966.

[52] จาก *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต) (น.93), โดย ดารณี มังกรทอง, 2548, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มอบหมาย จะต้องร่วมเป็นผู้รับรองการวินิจฉัยสมองตาย และเป็นผู้ลงนามรับรองการตาย ซึ่งประกาศของแพทยสภา มีความชัดเจนในการวินิจฉัยที่ละเอียดมากกว่าที่ระบุไว้ในกฎกระทรวง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าหลักเกณฑ์การวินิจฉัยเรื่องสมองตาย จะมีความชัดเจนและสามารถเป็นหลักประกันให้กับผู้ป่วยและญาติได้ แต่การวินิจฉัยเรื่องสมองตายเป็นเพียงส่วนหนึ่งในการวินิจฉัยเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น มิใช่หลักเกณฑ์ที่จะนำมาใช้วินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตในกรณีอื่น ๆ ด้วย ผู้เขียนเห็นว่าการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับกรณีอื่น ๆ ยังคงเป็นเป็นปัญหาในทางปฏิบัติอยู่

สำหรับประเด็นเรื่องการทรมานจากการเจ็บป่วย บางคนเมื่อถูกถามว่ากลัวความตายหรือไม่ จะตอบว่าไม่กลัวตาย แต่กลัวความเจ็บปวดทรมาน และคงจะปฏิเสธไม่ได้ว่าสำหรับทุกคนความตายที่ปราศจากความเจ็บปวดทรมานย่อมเป็นความปรารถนา จนกระทั่งมีการขอร้องให้แพทย์ยุติการรักษาเพื่อให้ตัวเองพ้นจากความเจ็บปวดทรมาน และกลายเป็นข้อถกเถียงทั้งในทางจริยธรรมและทางกฎหมายมาเป็นเวลานาน เมื่อพิจารณาความหมายของคำว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” จะเห็นได้ว่าย่อมเป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าอย่างไรเป็นการทรมานจากการเจ็บป่วย จนถึงขนาดที่แพทย์สามารถยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจนั้นเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคล ซึ่งมีความรู้สึก ความอดทน แตกต่างกันไป บางคนสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดได้มาก แต่บางคนเจ็บปวดเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกว่าเจ็บปวดทรมานมากจนทนไม่ไหว ผู้ที่เคยเจ็บมาก่อนอาจจะทนเจ็บได้มากกว่าคนที่ไม่เคยเจ็บ คนที่เคยผ่านความยากลำบากจะผ่านเรื่องราวความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญไปได้ และจะอดทนต่อสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นได้มากกว่าเดิม ความเจ็บปวดก็เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยในร่างกายของคนเราที่ไม่ใช่เรื่องทางกายภาพล้วน ๆ แต่มีมิติทางด้านจิตใจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอไม่มากก็น้อย เมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยหรือเจ็บปวด ไม่ใช่กายของเขาเท่านั้นที่ป่วยหรือปวด แต่ว่าจิตใจของเขาก็พลอยป่วยหรือปวดตามไปด้วย ดังนั้น จึงจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจมิติความสัมพันธ์ทางจิตใจกับความเจ็บป่วยด้วย อาจารย์ประเวศ วะสี ผู้เชี่ยวชาญทางด้านโลหิตวิทยา เคยเล่าถึงประสบการณ์ของท่านเมื่อครั้งทำงานที่โรงพยาบาลศิริราช ว่าวันหนึ่งมีผู้ป่วยชายวัยกลางคนตัวซีดไม่มีเรี่ยวแรง จนต้องนอนเปลมาให้ท่านรักษาอาจารย์ประเวศ วะสี ซักถามอาการผู้ป่วยสักพัก ก็หันไปกล่าวกับแพทย์ประจำบ้านว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่เป็นอะไรมาก ตัวซีดเพราะมีพยาธิปากขอทำให้เลือดจาง รับประทานเหล็กจะดีขึ้น กล่าวเสร็จท่านก็หันไปหาผู้ป่วย ปรากฏว่าผู้ป่วยลุกขึ้นจากเปลแล้วพูดว่า “ถ้าหายง่ายอย่างนี้ผมก็ไม่ต้องใช้ไอ้เปลนี้แล้ว” ว่าแล้วก็เข็นเปลออกไป เห็นได้ว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น มีเรี่ยวแรงทั้ง ๆ ที่แพทย์ยังไม่ได้ลงมือรักษาหรือให้ยาอะไรเลย ผู้ป่วยรายนี้เป็นแค่พยาธิปากขอ แต่เหตุใดตอนแรกเขาจึงไม่มีเรี่ยวแรงจนต้องนอนเปลมา คำตอบก็คือเป็นเพราะความวิตกกังวล และความกลัว ผู้ป่วยอาจคิดว่าเขากำลังเป็นมะเร็ง หรือป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่อาจถึงแก่ชีวิต เมื่อคิดอย่างนั้นทำให้ไม่มีแรงจนต้องนอนเปล

มาให้แพทย์รักษา เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าไม่ได้เป็นอะไรมาก ความวิตกกังวลก็หายไป เรี่ยวแรงกลับมาอีกครั้งหนึ่ง[53]

พระไพศาล วิสาโล กล่าวว่า “ในทัศนะของพุทธศาสนา การกระทำใดที่มีเจตนาเพื่อยุติชีวิต หรือทำให้ชีวิตตกล่วงไปไม่ว่าชีวิตของตนหรือชีวิตของผู้อื่น ถือเป็นอกุศลกรรม จัดว่าเป็นบาป เพราะปุถุชนจะทำกรรมดังกล่าวได้ ย่อมต้องมีอกุศลจิตเจือปนอยู่ไม่มากก็น้อย เช่น โทสะ หรือความโกรธ เกลียด ตัณหา หรือความอยากที่จะไปให้พ้นจากสภาพที่เป็นอยู่ แม้ผู้กระทำนั้นจะมีเจตนาดีเป็นจุดเริ่มต้น แต่ทันทีที่ตั้งใจทำลายชีวิต หรือทำให้ชีวิตจบสิ้น อกุศลจิตก็เกิดขึ้นทันที” ในทางพุทธศาสนามองว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า ในพระไตรปิฎกกล่าวถึงพระอรหันต์จำนวนไม่น้อย ซึ่งบรรลุธรรมขณะที่ป่วยหนักมีทุกขเวทนา แต่อาศัยความเจ็บป่วยและทุกขเวทนานี้เอง ท่านเหล่านั้นจึงเกิดปัญญาเห็นความจริงของชีวิต จนไม่ยึดติดถือมั่นในสังขารร่างกายต่อไป แม้ว่าคนเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถจะทำได้อย่างพระอรหันต์ แต่ก็มีไม่น้อยที่สามารถอยู่กับความเจ็บปวดได้ โดยไม่ทุรนทุราย เพราะจิตมีสมาธิ มีสติ ไม่ปล่อยใจจมอยู่กับความเจ็บปวด และมีปัญญา คือแลเห็นว่าเป็นธรรมดา ไม่คิดผลักไสความเจ็บปวด ทำให้ปวดแต่กาย ส่วนใจไม่ปวด นี้คือศักยภาพหรือความสามารถที่มนุษย์ทุกคนสามารถทำได้ อยู่ที่ว่าจะตระหนักหรือไม่[54]

สิ่งหนึ่งที่มักถูกมองข้าม คือ ความเจ็บปวดที่รุมเร้าผู้ป่วยนั้นไม่ได้เกิดจากความเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น แต่อาจเกิดจากความทุกข์ใจ มีหลายกรณีที่เมื่อแก้ปมในใจแล้ว ความเจ็บปวดทุรนทุรายจะลดลง ในทางตรงข้าม หากปมดังกล่าวยังไม่ได้แก้ไข แม้ให้ยาระงับปวด ก็ลดความทุรนทุรายได้ชั่วคราว แล้วอาการก็จะกำเริบอีก ดังนั้น แทนที่จะนึกถึงแต่การบรรเทาความเจ็บปวดทางกาย หรือการยุติชีวิต เพื่อหนีความเจ็บปวดและความทรมาน ควรต้องหันมาใส่ใจกับการบรรเทาความทุกข์ในใจควบคู่ไปด้วย[55]

การวินิจฉัยเรื่องความทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นเรื่องยาก ผู้เขียนมีความเห็นว่ายากยิ่งกว่าการวินิจฉัยคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก แม้แพทย์จะทราบถึงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคเป็นอย่างดี แต่ก็ไม่อาจวินิจฉัยได้ว่าความเจ็บปวดทรมานจากพยาธิสภาพของโรคนั้น ๆ มันมากมายเพียงใด และไม่มีเครื่องมือหรือหลักเกณฑ์ใดมาวัดระดับ

---

[53] จาก “รักษาใจ คลายความปวด,” โดย พระไพศาล วิสาโล, 2555, *วารสารธรรม(ะ)ชาติบำบัด,* 4 (10), สืบค้น 2 สิงหาคม 2557 จาก http://www.visalo.org/article/D_dhammachatBumbud10.html

[54] จาก “การุณยฆาตในมิติของพุทธศาสนา,” โดย พระไพศาล วิสาโล, 2554, *นิตยสาร IMAGE,* สืบค้น 2 สิงหาคม 2557 จาก http://www.visalo.org/columnInterview/5409Image.htm

[55] แหล่งเดิม.

ความเจ็บปวดทรมานให้ปรากฏชัดว่าความเจ็บปวดทรมานระดับใดที่แพทย์สามารถยุติ หรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยได้ ผู้เขียนมีความเห็นว่าคำนิยามคำว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ตามกฎกระทรวงไม่มีความชัดเจนเพียงพอ และไม่สามารถหาข้อยุติได้ ดังนั้น เมื่อไม่มีหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยเรื่องความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยที่แน่นอน ผู้เขียนเห็นว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ควรยกเลิกให้บุคคลมีสิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีหลักเกณฑ์หรือเครื่องมือที่จะใช้วินิจฉัยความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยที่แน่นอนชัดเจน

2) วิเคราะห์ปัญหาการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะยืนยันการแสดงเจตนาได้

สิทธิในชีวิตและร่างกาย ถือเป็นรากฐานอันสำคัญประการหนึ่งของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่บัญญัติไว้ในมาตรา 32 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย” สิทธิในชีวิตและร่างกายเป็นสิทธิส่วนบุคคลที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองตามกฎหมาย มิให้ผู้ใดมาล่วงละเมิด เป็นสิทธิของบุคคลที่จะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการรบกวนจากบุคคลอื่นหรือรัฐ และสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ซึ่งสิทธิส่วนบุคคลนี้ครอบคลุมถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วย การที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ให้การรับรองเรื่องสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลไว้ ย่อมทำให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาได้อย่างอิสระ ตราบเท่าที่ไม่กระทบกระเทือนต่อการใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ในทางกฎหมายเป็นที่ยอมรับกันว่าบุคคลซึ่งอยู่ในภาวะของความเป็นผู้ใหญ่และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ย่อมสามารถที่จะแสดงเจตนาได้ หากไม่มีกฎหมายบัญญัติห้ามไว้เป็นการเฉพาะ รวมถึงการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีการรับรองไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 สำหรับกรณีศึกษาเรื่องการใช้สิทธิตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ได้แก่กรณีคุณยอดรักสลักใจ ที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งตับและเสียชีวิตเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2551 ก่อนที่คุณยอดรักจะเสียชีวิตอย่างสงบได้สั่งเสียบอกลาคนในครอบครัว และคุณยอดรักได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่าขอปฏิเสธการยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจ หรือใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจใด ๆ ถ้าหยุดหายใจ หรือหัวใจหยุดเต้น โดยภรรยาและบุตรได้ลงนามในหนังสือ

ร่วมกับแพทย์ที่ให้การรักษา[56]

ในทางปฏิบัติที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนากับแพทย์ได้โดยตรง หรือเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาได้ แพทย์มักจะสอบถามญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยเพื่อให้ความยินยอมในนามของผู้ป่วยก่อนเสมอ การปฏิบัติเช่นนี้ได้ถูกนำมาใช้กับการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตด้วย ผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในข้างต้น เพราะแม้ว่าผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะจะให้ความยินยอมได้ แต่กรณีจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย แพทย์ก็สามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติ[57] และเมื่อพิจารณาตามกฎหมายไทย ญาติของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นใดไม่มีสิทธิในทางกฎหมายที่จะให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา หรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงการปฏิเสธไม่ยอมใช้เครื่องมือช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วย การที่แพทย์ขอความยินยอมจากญาติผู้ป่วย หรือยินยอมให้ญาติปฏิเสธการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ อาจส่งผลกระทบในทางที่เป็นปรปักษ์กับผู้ป่วย เพราะอาจทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยต้องถูกหน่วงเหนี่ยวหรือเลื่อนเวลาออกไป ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ ผู้เขียนเห็นว่า แพทย์ไม่มีหน้าที่ต้องขอความยินยอมจากญาติผู้ป่วย ในทางกลับกันญาติของผู้ป่วยก็ไม่มีอำนาจขอให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการใช้เครื่องช่วยชีวิตกับผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

ประเด็นเรื่องญาติของผู้ป่วย ไม่มีสิทธิในทางกฎหมายที่จะให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา หรือปฏิเสธไม่ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยนั้น ศาลสูงของอังกฤษ (House of Lords) ได้พิจารณาปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว ในคดีของโทนี่แบลนด์ โทนี่อายุ 17 ปี ปอดของโทนี่ถูกกระแทกอย่างรุนแรงและไม่มีอากาศไปหล่อเลี้ยงสมอง ทำให้สมองส่วนบนไม่ทำงานและตกอยู่ในสภาวะผัก แต่แกนสมองของโทนี่ยังคงทำงานอยู่ ตามกฎหมายคอมมอนลอว์ของอังกฤษเมื่อแกนสมอง (brainstem) ยังคงทำงานอยู่ กฎหมายจะถือว่าบุคคลนั้นมีชีวิตอยู่ การที่โทนี่อยู่ในสภาวะเช่นนี้ ทำให้เขาไม่มีความรู้สึก ไม่สามารถสื่อสารกับคนรอบข้างได้ ไม่รู้รส ไม่ได้กลิ่น และไม่ได้ยินเสียงใด ๆ ทั้งสิ้น แต่ดวงตาของโทนี่ยังคงเปิดอยู่ตลอดเวลา และสามารถหายใจด้วยตนเองตามปกติ คณะแพทย์ให้ความช่วยเหลือโทนี่ด้วยการให้อาหารผ่านทางสายยาง หลังจาก

---

[56]ไพศาล ลิ้มสถิตย์จาก.(2554). *การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living Will) ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ (ตอนที่ 2)*. สืบค้น 2 สิงหาคม 2557, จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/11486

[57]พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 วรรคท้าย

เวลาผ่านไปกว่า 3 ปี ครอบครัวของโทนี่และคณะแพทย์ต่างเห็นว่าการช่วยชีวิตเขาต่อไปจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ จึงได้แจ้งไปยังเจ้าหน้าที่ชันสูตร ถึงความประสงค์ที่จะยุติการช่วยชีวิตโทนี่ต่อไปแต่เจ้าหน้าที่ชันสูตรเตือนคณะแพทย์ว่าการกระทำเช่นนี้ เป็นการเสี่ยงต่อการถูกดำเนินคดีฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา สถานพยาบาลที่บำบัดรักษาโทนี่จึงได้ยื่นคำร้องต่อศาล ขอให้มีคำสั่งอนุญาตให้คณะแพทย์ยุติการช่วยชีวิตโดยถอดสายยางที่ให้อาหารแก่โทนี่ คดีดังกล่าวขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูงของอังกฤษ ศาลได้พิจารณาปัญหาทางกฎหมายที่สำคัญหลายประการ คือ ประการแรก ศาลอังกฤษเห็นว่าบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาได้ ประการที่สอง ศาลยอมรับหลักการเกี่ยวกับคำสั่งล่วงหน้า หรือพินัยกรรมชีวิต (Advance Directive หรือ Living Will) บางประการ กล่าวคือ ศาลยอมรับว่าบุคคลดังกล่าวย่อมมีสิทธิที่จะตัดสินใจล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิตของตนเองได้ หากในขณะที่แสดงเจตนาบุคคลนั้นมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ (competence) และทราบว่าคำสั่งนั้นจะต้องถูกนำไปใช้ในสถานการณ์เช่นใด (anticipated scope) รวมทั้งการตัดสินใจเช่นนั้นจะต้องไม่มีอิทธิพลอื่นมาครอบงำ (undue influence) อย่างไรก็ดี ศาลอังกฤษยอมรับเฉพาะคำสั่งล่วงหน้า ที่แสดงเจตนาโดยผู้ป่วยเท่านั้น (instruction directive) โดยศาลไม่ยอมรับให้บุคคลนั้นแต่งตั้งบุคคลอื่นมาตัดสินใจแทน (proxy directive) ทั้งนี้ เพราะศาลอังกฤษยึดถือทฤษฎีประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยโดยเคร่งครัด การตัดสินใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษา จึงไม่อาจกระทำโดยบุคคลภายนอกได้ เว้นแต่จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น หลักกฎหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ศาลอังกฤษไม่ถือว่าการยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา เพราะศาลเห็นว่าการยุติการช่วยชีวิตไม่ใช่การกระทำ (act) แต่เป็นการละเว้นการกระทำ (omission) และการละเว้นนี้ก็มิได้เป็นไปโดยฝ่าฝืนต่อหน้าที่ของแพทย์ เพราะแพทย์ไม่มีหน้าที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังต่อไป เมื่อศาลอังกฤษได้พิจารณาข้อเท็จจริงในคดีนี้แล้ว จึงเห็นว่าการช่วยให้ชีวิตของโทนี่ให้ยืนยาวอีกต่อไป จะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ที่สูงสุดแก่ผู้ป่วยต่อไป จึงอนุญาตให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตโดยให้โทนี่ได้ตายอย่างสงบปราศจากความเจ็บปวด และด้วยศักดิ์ศรีอันสูงสุดแห่งความเป็นมนุษย์[58]

สำหรับสหรัฐอเมริกา มีแนวพิจารณาเรื่องดังกล่าวแยกเป็น 2 กรณี กรณีแรก เมื่อมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ แต่หากไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้ สมาชิกในครอบครัวนั้นจะต้องยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอให้ศาลตามปกติ เธอจึงสามารถหายใจได้ตามธรรมชาติโดยไม่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แต่ไม่สามารถกลืน

---

[58]จาก “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ,” (น. 136-142), โดย นันทน อินทนนท์, 2544, 2544,ธันวาคม). *บทบัณฑิตย์*. 57.

อาหารด้วยตนเองได้ แพทย์จึงต้องให้อาหารผ่านทางสายยาง เวลาผ่านไปหลายปี อาการของแนนซี่มีคำสั่งแต่งตั้งตนเองเป็นผู้ปกครอง (guardian) ก่อน บุคคลนั้นจึงจะมีสิทธิตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ ในสหรัฐอเมริกา มีคดีตัวอย่างเรื่องญาติผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการปฏิเสธการรักษา คดีนี้มีข้อเท็จจริงว่าผู้หญิงคนหนึ่งชื่อ “แนนซี่ ครูซาน” ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ ทำให้สมองส่วนบนของเธอไม่สามารถทำงานได้ เธอจึงตกอยู่ในสภาวะที่ไม่รู้สึกตัว แต่เนื่องจากแกนสมองของเธอยังคงทำงานไม่ดีขึ้น บิดามารดารวมทั้งญาติสนิทของเธอ ได้ขอให้แพทย์ยุติการให้อาหารเธอทางสายยาง แต่เนื่องจากแพทย์ไม่พบหลักฐานว่าแนนซี่ได้ปฏิเสธไม่ยอมรับการบำบัดรักษา แพทย์จึงไม่ยินยอม บิดามารดาของแนนซี่จึงยื่นฟ้องต่อศาล ขออนุญาตให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตของแนนซี่ ศาลสูงสุดของมลรัฐมิสซูรีตัดสินว่า ศาลอาจอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาได้ต่อเมื่อ มีพยานหลักฐานอันชัดแจ้งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะได้รับการบำบัดรักษาเช่นนั้น เมื่อไม่มีพยานหลักฐานเช่นนี้ปรากฏต่อศาล รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องรักษาชีวิตของคนในรัฐนั้นต่อไป คดีของแนนซี่ได้ขึ้นสู่การพิจารณาของศาลสูงของสหรัฐอเมริกา ในชั้นนี้ศาลตัดสินโดยยืนยันว่าบุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษา แต่เมื่อแนนซี่ไม่อยู่ในสภาพที่จะแสดงเจตนาของตนเองได้ มลรัฐต่าง ๆ ย่อมมีสิทธิที่จะไม่ยินยอมให้มีการยุติการบำบัดรักษานั้น คดีนี้ศาลสูงของสหรัฐอเมริกาจึงปล่อยให้เป็นหน้าที่ของแต่ละมลรัฐในการออกกฎหมายเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวเอง

หลังจากศาลสูงของสหรัฐตัดสินคดีได้ไม่นานนัก พ่อแม่ของแนนซี่ได้นำเพื่อนคนหนึ่งของแนนซี่มาแสดงให้เห็นว่าก่อนที่แนนซี่จะประสบอุบัติเหตุ เธอเคยกล่าวว่าเธอไม่ต้องการการบำบัดรักษาใด ๆ หากอยู่ในสภาพที่ไม่อาจเยียวยารักษาได้อีกต่อไป ในที่สุดมลรัฐมิสซูรีจึงอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาเธอได้ รวมเวลาที่เธออยู่ในสภาวะผักกว่า 7 ปี[59]

ผู้เขียนมีความเห็นสอดคล้องกับแนวคำวินิจฉัยของศาลอังกฤษ ที่ศาลอังกฤษยอมรับเฉพาะคำสั่งล่วงหน้าที่แสดงเจตนาโดยผู้ป่วยเท่านั้น (instruction directive) โดยศาลไม่ยอมรับให้บุคคลนั้นแต่งตั้งบุคคลอื่นมาตัดสินใจแทน โดยยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เว้นแต่จะเป็นการตัดสินใจของแพทย์เท่านั้น ซึ่งศาลสูงของสหรัฐอเมริกาก็มีคำวินิจออกมาในแนวทางเดียวกันว่าญาติผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการปฏิเสธการรักษา แต่อย่างไรก็ตามหลังจากศาลสูงของสหรัฐตัดสินคดีได้ไม่นานได้มีการนำเพื่อนของผู้ป่วยมาแสดงให้เห็นว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะประสบอุบัติเหตุ เคยกล่าวว่าไม่ต้องการการบำบัดรักษาใด ๆ หากอยู่ในสภาพที่ไม่อาจเยียวยารักษาได้อีกต่อไป ทำให้ศาลของมลรัฐมิสซูรีอนุญาตให้ยุติการบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ ซึ่งผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับกรณีที่ศาลของมลรัฐ

---

[59] แหล่งเดิม

มิสซูรียินยอมให้นำบุคคลอื่นมายืนยันเจตนาของผู้ป่วย ผู้เขียนเห็นว่าการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นสิทธิส่วนบุคคล ที่จะตัดสินใจในการรับบริการด้านสาธารณสุขด้วยตนเอง สิทธิและเสรีภาพดังกล่าวไม่อาจโอนไปยังบุคคลอื่น เพื่อให้ใช้สิทธิแทนตนเอง นอกจากนี้การมอบอำนาจให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วย อาจมีปัญหาเรื่องผลประโยชน์ภายในครอบครัวของผู้ป่วยหรือผลประโยชน์ของผู้ตัดสินใจแทน เพราะการมีชีวิตอยู่หรือการจบชีวิตลงเป็นเงื่อนไขสำคัญในเรื่องทรัพย์สินของผู้ตาย อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาไว้ล่วงเป็นหนังสือว่าไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย แต่เจตนาหรือความคิดของคนเราสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น คำยืนยันสุดท้ายของผู้แสดงเจตนาย่อมเป็นสิ่งสำคัญ และแพทย์ต้องทำให้ปรากฏชัดว่าการตัดสินใจ ของผู้ป่วยเป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงภายใต้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้องก่อนการตัดสินใจและไม่มีอิทธิพลภายนอกใด ๆ มากดดันให้ผู้ป่วยตัดสินใจเช่นนั้น แต่กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะยืนยันเจตนาของตนเองต่อแพทย์ได้ แพทย์จะทำอย่างไร เมื่อพิจารณากฎกระทรวง ข้อ 6 (2) ผู้เขียนเห็นว่าการที่กฎหมายบัญญัติให้บุคคลอื่นอธิบายความประสงค์ของผู้ป่วยได้กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารหรือให้คำยืนยันเจตนาของตนเองได้ ถือเสมือนว่ากฎหมายยอมให้บุคคลอื่นสามารถยืนยันเจตนารมณ์แทนผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดข้อโต้แย้งในทางกฎหมาย เพราะการแสดงเจตนาของบุคคลต้องกระทำด้วยตนเอง ดังนั้น กฎกระทรวงควรกำหนดให้ชัดเจน ว่าบุคคลอื่นใดไม่มีอำนาจให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมให้แพทย์งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 หากมีข้อขัดข้องในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาควรต้องยื่นคำร้องต่อศาล เพื่อให้วินิจฉัยชี้ขาด

บทที่ 5
บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

เรื่องสิทธิผู้ป่วย มีวิวัฒนาการควบคู่กับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์มาช้านาน สิทธิผู้ป่วยมีความสำคัญมากขึ้นตามลำดับ จนผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขไม่อาจปฏิเสธได้ ทั้งนี้ เนื่องจากหลักเรื่องความเป็นอิสระของปัจเจกบุคคลที่บุคคลย่อมมีอิสระและมีเสรีภาพในการตัดสินใจสำหรับกิจการต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีสิทธิตัดสินใจเลือกรับหรือไม่รับบริการด้านการแพทย์หรือไม่อย่างไรก็ได้ รวมทั้งมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ แต่สิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อขอตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเพราะเกี่ยวข้องกับชีวิตคน แม้ว่าประเทศไทยจะออกกฎหมายรับรองให้บุคคลสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ โดยมีผลบังคับใช้เป็นเวลาหลายปีแล้ว แต่ยังคงมีประเด็นปัญหาบางประการที่ต้องนำมาพิจารณา จากผลการศึกษาของผู้เขียนพอสรุปได้ ดังนี้

5.1.1 ปัญหาความขัดกันระหว่างสิทธิในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขกับหน้าที่และจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีกฎหมายกำหนดให้ต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525

ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สาธารณรัฐฝรั่งเศส เครือรัฐออสเตรเลีย ต่างให้การยอมรับคำแถลงหรือเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเกี่ยวกับ “สิทธิปฏิเสธการรักษา” เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตัดสินใจด้วยตนเองที่จะตายอย่างสงบตามวิถีธรรมชาติ แต่ละประเทศมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายโดยมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป สำหรับประเทศไทยเรื่องสิทธิการตายของบุคคลรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ไม่ได้บัญญัติรับรองไว้เป็นการเฉพาะอย่างสิทธิขั้นพื้นฐานบางประการ แต่มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 รับรองให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ กฎหมายดังกล่าวถือเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ช่วยชีวิตหรือต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคที่รุมเร้าอยู่ ซึ่งหากพิจารณา

ในแง่ที่ว่ามนุษย์ทุกคนมีคุณค่าในตัวเอง มีเกียรติมีศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ มีสิทธิและเสรีภาพมนุษย์แต่ละคนย่อมมีสิทธิและเสรีภาพโดยสมบูรณ์ในการกำหนดการกระทำของตนเอง เพราะมนุษย์เป็นเจ้าของร่างกายและจิตใจที่มีอำนาจและมีอิสระในการตัดสินใจ จึงสามารถกำหนดชะตาชีวิตของตนได้โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของใครทั้งสิ้นเพื่อบังคับการตามสิทธิที่ตนมีตามธรรมชาติ แพทย์ผู้กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยซึ่งเป็นเจ้าของสิทธินั้นก็ไม่น่าจะถูกตำหนิหรือถูกกล่าวหาว่ากระทำโดยไม่ชอบหรือไม่มีจริยธรรม ดังนั้น เมื่อรัฐออกกฎหมายรับรองและคุ้มครองสิทธิดังกล่าวหลายคนจึงเห็นว่าเป็นสิ่งที่ชอบธรรม และเห็นว่าเมื่อผู้ป่วยขอใช้สิทธิตามกฎหมาย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องต้องเคารพและปฏิบัติให้เป็นไปตามเจตนารมณ์นั้น แม้ว่ากฎหมายที่ออกมาจะไม่มีบทกำหนดโทษแก่ผู้ที่ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาก็ตาม

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายโดยขอให้แพทย์งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิต การใช้สิทธิดังกล่าวย่อมขัดแย้งกับหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์โดยตรง ซึ่งข้อขัดแย้งดังกล่าวเป็นข้อขัดแย้งทางศีลธรรมและจริยธรรม แพทย์จึงต้องเข้าใจทั้งวิทยาศาสตร์การแพทย์ จริยศาสตร์ ขณะเดียวกันต้องเข้าใจบริบททางสังคมไปพร้อม ๆ กันด้วย การที่แพทย์ตัดสินใจว่าจะงดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยหรือไม่นั้น นอกจากแพทย์ต้องคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยตามที่กฎหมายรับรองแล้ว แพทย์ยังต้องคำนึงถึงหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ประกอบด้วย เพราะการกระทำบางอย่างแม้บุคคลสามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แต่คนในสังคมอาจเห็นว่าการกระทำนั้นผิดต่อศีลธรรม หรือไม่ถูกต้องตามหลักจริยธรรม แม้ว่าศีลธรรมและจริยธรรมมิใช่สิ่งที่กำหนดว่าการกระทำหรือการไม่กระทำอย่างใดเป็นความผิดก็ตาม แต่ศีลธรรมและจริยธรรมล้วนเป็นรากฐานที่สำคัญในการธำรงไว้ซึ่งความดีงามของสังคม โดยเฉพาะจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากสำนึกและความเต็มใจภายใต้ความเห็นร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพ ว่าสมาชิกทุกคนในวิชาชีพต้องปฏิบัติ เมื่อมีข้อขัดแย้งระหว่างหลักการ เช่น “หลักเสรีภาพ” กับ “หลักการทำความดี” บางครั้งผู้ป่วยต้องการให้แพทย์รักษาด้วยวิธีการที่ผู้ป่วยชอบ แต่แพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าวิธีเหล่านั้นอาจไม่ได้ผลหรือไม่สามารถรักษาโรคให้หายได้ กรณีเช่นนี้หากแพทย์ไม่ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยก็เท่ากับขัดกับหลักการเรื่องเสรีภาพของบุคคล แต่หากแพทย์ทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ก็เท่ากับขัดกับหลักการทำความดีให้กับผู้ป่วย เพราะแพทย์ทราบดีว่าการทำเช่นนั้นไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคและอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ ข้อขัดแย้งเหล่านั้นเป็นสิ่งที่แพทย์มักประสบอยู่เสมอในการปฏิบัติงาน เมื่อเผชิญกับปัญหาและตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกตัดสินใจ ตัดสินว่าอะไรถูกอะไรผิด เลือกทำบางอย่าง ละเว้นไม่ทำบางอย่าง การที่จะเลือกตัดสินใจอย่างไรนั้น แพทย์ต้อง

พิจารณาชั่งน้ำหนัก เปรียบเทียบว่าสิ่งใดสำคัญเหนือกว่าสิ่งใดอย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งบางครั้งไม่ว่าจะเลือกตัดสินใจไปในทางใดก็อาจมีข้อโต้แย้งทางจริยธรรมได้ทั้งสิ้น ความถูกผิดทางจริยธรรมเป็นเรื่องละเอียดอ่อนเพราะมีลักษณะไม่แน่นอนตายตัวเหมือนวิทยาศาสตร์ โดยทั่วไปมนุษย์มักมีหลักช่วยในการตัดสินใจ คือ หลักจารีต ประเพณี ศาสนา เป็นต้น แต่บางครั้งก็ไม่อาจอาศัยหลักเหล่านี้ได้ เพราะปัญหาที่ประสบอยู่พ้นสามัญสำนึกและความเชื่อที่ยึดถือกันมา ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าอะไรคือสิ่งที่ถูกต้องทางศีลธรรม จริยธรรม การปฏิบัติหน้าที่และการเลือกตัดสินใจของแพทย์เกี่ยวข้องกับชีวิตคน การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์จึงต้องถือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง แม้บางครั้งการตัดสินใจและการกระทำของแพทย์จะขัดกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วยและญาติก็ตาม

การพิจารณาว่าการกระทำอย่างใดดี อะไรถูก อะไรควร ทำอะไรไม่ควรทำ อาจต้องนำแนวคิดตามหลักจริยศาสตร์มาช่วยในการพิจารณา ซึ่งหลักจริยศาสตร์ตามแนวคิดของ Immanuel Kant เห็นว่าการกระทำของคนจะไม่มีคุณค่าทางศีลธรรมเลย หากไม่เกิดจากสำนึกในหน้าที่ ศีลธรรมจะเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์มีความสำนึกในหน้าที่ การกระทำตามหน้าที่นั้นไม่จำต้องคำนึงถึงผลใด ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งสิ้น ดังนั้น หากพิจารณาเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในแง่จริยธรรมตามแนวคิดของ Immanuel Kant มนุษย์มีหน้าที่ในทางศีลธรรม มีหน้าที่ในการยอมรับนับถือชีวิตในฐานะเป็นสิ่งมีค่าสูงสุดของตน เมื่อเกิดเป็นมนุษย์แล้วต้องใช้ชีวิตนั้นให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ ทุกคนต้องเห็นคุณค่าในชีวิตตัวเองรวมทั้งมีหน้าที่รักษาชีวิตของตนและไม่ทำลายชีวิตของบุคคลอื่นด้วย ในแง่ของแพทย์ก็ต้องสำนึกในหน้าที่ของตนเองคือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ โดยไม่จำต้องคำนึงถึงผลใด ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การทำตามหน้าที่ของแพทย์ย่อมเป็นการกระทำที่มีศีลธรรมและจริยธรรม การช่วยชีวิตผู้ป่วยถือเป็นหลักสูงสุดที่แพทย์ต้องยึดถือ แม้ผลสุดท้ายผู้ป่วยจะถึงแก่ความตายไปตามพยาธิสภาพของโรคอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ก็ตาม และแม้ว่าในการรักษานั้นจะต้องสูญเสียทรัพยากรไปมากมายเพียงใดก็ตาม เพราะคุณค่าของมนุษย์นั้นมีค่ามากไม่อาจนำมาเปรียบเทียบกับทรัพยากรต่าง ๆ ได้ และในความเป็นจริงพบว่ามีผู้ป่วยบางรายปฏิเสธการรักษาโดยมิได้แสดงเจตนาโดยอิสระ หรือเป็นความต้องการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากมีปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ บีบคั้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเลือกตัดสินใจจบชีวิตตนเองลงเพื่อให้หลุดพ้นจากปมปัญหาที่เผชิญอยู่ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ควรต้องตระหนักและวินิจฉัยให้ได้ก่อนที่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย แพทย์จึงมีสิทธิเข้าไปแทรกแซงและยับยั้งสิทธิของผู้ป่วยได้

5.1.2 ปัญหาเรื่องการใช้สิทธิในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตกับหลักความยินยอมตามกฎหมาย

แม้ว่าโดยหลักแล้วหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์จะมีความศักดิ์สิทธิเหนือกว่าสิทธิของผู้ป่วย แต่บางกรณีแพทย์อาจต้องยุติบทบาทของตนเองลงโดยงดเว้นหรือเพิกถอนการรักษาตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย เช่น กรณีที่แพทย์วินิจฉัยแล้วว่าการรักษาไม่มีโอกาสบรรลุผลได้อย่างแน่แท้ ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแท้จริง หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสมองตายที่ถือว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วในทางการแพทย์ แต่การตัดสินใจของแพทย์ว่าสมควรยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตหรือไม่ แพทย์ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ มิใช่งดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตเพียงเพราะผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การงดเว้นหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตของแพทย์อาจเกิดข้อโต้แย้งกับหลักกฎหมายทั่วไปที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน เพราะในทางกฎหมายหากผู้ป่วยยังคงหายใจ แม้จะเป็นการหายใจโดยอาศัยเครื่องช่วยหายใจก็ยังคงถือว่าผู้ป่วยรายนั้นยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้นการที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตหรือถอดเครื่องมือช่วยชีวิตออกจากร่างกายผู้ป่วย แพทย์อาจถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นได้ แม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 จะบัญญัติยกเว้นความผิดของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยไว้ก็ตาม แต่ประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไปมิได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดเอาไว้ โดยเจตนารมณ์ของประมวลกฎหมายอาญานั้นมุ่งที่จะควบคุมการกระทำความผิดและลงโทษผู้กระทำความผิด เมื่อมีบทบัญญัติที่ชัดแจ้งระบุว่าการกระทำหรือการไม่กระทำ อย่างใดเป็นความผิดทางอาญา การกระทำนั้นก็เป็นความผิดและการกระทำใดที่กฎหมายไม่ได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดไว้ ผู้กระทำย่อมไม่อาจนำมาอ้างเพื่อให้ตนเองพ้นจากความรับผิดไปได้ ทำให้แพทย์บางคนไม่กล้าเสี่ยงที่จะยุติการรักษาผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในวาระสุดท้ายอย่างแท้จริงหรืออยู่ในภาวะสมองตาย ผู้เขียนเห็นว่าการยกเว้นความรับผิดของแพทย์ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่สามารถนำมาอ้างเป็นข้อยกเว้นความรับผิดตามประมวลกฎหมายอาญาได้ เพียงแต่อาจเป็นเครื่องช่วยยืนยันว่าแพทย์กระทำตามเจตนาของผู้ป่วยด้วยใจอันบริสุทธิ์และปรารถนาดีต่อผู้ป่วยเท่านั้น และแม้แพทย์จะอ้างว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมก็ตาม เพราะจากบริบทของกฎหมายไทย ไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรบัญญัติเรื่องหลักความยินยอมไว้เป็นการเฉพาะ มีเพียงแนวคำพิพากษาศาลฎีกาวางแนวบรรทัดฐานเรื่องหลักความยินยอมไว้เท่านั้น ซึ่งอาจเกิดปัญหาข้อขัดแย้งขึ้นได้ เพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่ใช้ระบบประมวลกฎหมาย ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องปฏิบัติหน้าที่อยู่ภายใต้ความวิตกกังวล เกรงว่าจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีจากการปฏิบัติหน้าที่ซึ่งเป็นเรื่องที่บั่นทอนจิตใจบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นอย่างมาก

5.1.3 ปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ

สุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ในการยอมรับคำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ บัญญัติรับรองเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้เพียงมาตราเดียว คือ มาตรา 12 ส่วนหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการได้ออกเป็นกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งกฎกระทรวงก็พบว่ามีข้อบกพร่องบางประการ ที่ส่งผลกระทบในการปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย คือ ปัญหาความไม่ชัดเจนของคำจำกัดความ

เนื่องจากสิ่งสำคัญที่จะต้องนำมาพิจารณาว่าแพทย์จะปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้หรือไม่นั้น แพทย์จะต้องวินิจฉัยให้ได้เสียก่อนว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทรมานจากการเจ็บป่วย โดยกฎกระทรวงได้วางกรอบการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างกว้าง ๆ เท่านั้น ไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาที่ชัดเจนแน่นอนลงไป ว่าภาวะเช่นใดจึงจะถือว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมอบอำนาจการตัดสินใจให้แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยเป็นผู้วินิจฉัยตามหลักวิชา จึงอาจกล่าวได้ว่าการวินิจฉัยว่าบุคคลใดอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตขึ้นอยู่กับการพยากรณ์โรคตามหลักวิชาของแพทย์ผู้ทำการรักษา การตัดสินใจว่าเมื่อใดเป็น “วาระสุดท้ายแห่งชีวิต” เป็นเรื่องที่ยากลำบากและเป็นปัญหาในทางปฏิบัติของแพทย์ว่าข้อเท็จจริงใดถือเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากข้อเท็จจริงของผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน รวมทั้งภาวะของโรคที่ไม่มีความแน่นอนการพิจารณาว่าเวลาใดคือ “วาระสุดท้ายของชีวิต” ต้องผ่านการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ ว่าเป็นภาวะที่นำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้ การที่กฎหมายมอบอำนาจให้แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย ผู้เขียนเห็นว่าไม่อาจเป็นหลักประกันเพียงพอต่อชีวิตของผู้ป่วยที่ถือว่าเป็นสิ่งที่มีค่าสูงสุดของมนุษย์ เนื่องจากกฎกระทรวงไม่มีความชัดเจนว่าแพทย์ที่จะวินิจฉัยต้องมีจำนวนเท่าใด และมีคุณสมบัติอย่างไร ซึ่งในสภาพความเป็นจริงของประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะมีแพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษาพยาบาลเพียงคนเดียวเท่านั้น เท่ากับว่ากฎหมายเปิดโอกาสให้แพทย์เพียงหนึ่งคนสามารถกำหนดชะตาชีวิตของผู้ป่วยได้ การวินิจฉัยโดยถือเอาความเห็นของแพทย์ผู้รักษาเพียงคนเดียวย่อมไม่เหมาะสม เพราะการพยากรณ์โรคและการวินิจฉัยของแพทย์เพียงคนเดียวนั้น อาจมีความผิดพลาด คลาดเคลื่อนได้

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่อง “การทรมานจากการเจ็บป่วย” ที่เป็นเรื่องยากที่จะบอกว่าอย่างไรเป็นการทรมานจากการเจ็บป่วย จนถึงขนาดที่แพทย์สามารถยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจนั้นเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีความรู้สึก ความอดทน แตกต่างกันไป บางคนสามารถอดทนต่อความเจ็บปวดได้มาก แต่บางคน

เจ็บปวดเพียงเล็กน้อยก็รู้สึกว่าเจ็บปวดทรมานมากจนทนไม่ไหว ผู้ที่เคยเจ็บมาก่อนอาจจะทนเจ็บได้มากกว่าคนที่ไม่เคยเจ็บ คนที่เคยผ่านความยากลำบากจะผ่านเรื่องราวความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญไปได้ และจะอดทนต่อสิ่งเลวร้ายที่เกิดขึ้นได้มากกว่าเดิม ความเจ็บปวดก็เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยในร่างกายของคนเรา ที่ไม่ใช่เรื่องทางกายภาพล้วน ๆ แต่มีมิติทางด้านจิตใจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอไม่มากก็น้อย เมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยหรือเจ็บปวด ไม่ใช่กายของเขาเท่านั้นที่ป่วยหรือปวด แต่ว่าจิตใจของเขาก็พลอยป่วยหรือปวดตามไปด้วย ดังนั้นจึงจำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจมิติความสัมพันธ์ทางจิตใจกับความเจ็บป่วยด้วย

การวินิจฉัยเรื่องความทรมานจากการเจ็บป่วยเป็นเรื่องยาก ผู้เขียนมีความเห็นว่ายากยิ่งกว่าการวินิจฉัยคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิต เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความรู้สึก แม้แพทย์จะทราบถึงพยาธิสภาพและการดำเนินของโรคเป็นอย่างดี แต่ก็ไม่อาจวินิจฉัยได้ว่าความเจ็บปวดทรมานจากพยาธิสภาพของโรคนั้น ๆ มันมากมายเพียงใด และไม่มีเครื่องมือหรือหลักเกณฑ์ใดมาวัดระดับความเจ็บปวดทรมานให้ปรากฏชัดว่าความเจ็บปวดทรมานระดับใดที่แพทย์สามารถยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยได้ กฎกระทรวงจึงไม่มีความชัดเจนเพียงพอและไม่สามารถหาข้อยุติได้ว่าแพทย์จะใช้หลักเกณฑ์อะไรเป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจเพื่อยุติการรักษา

นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ต่อมาผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะยืนยันเจตนาของตนเองต่อแพทย์ได้ กฎกระทรวงข้อ6(2) ได้บัญญัติให้บุคคลอื่นอธิบายความประสงค์ของผู้ป่วยได้กรณีผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสาร หรือให้คำยืนยันเจตนาของตนเอง การที่กฎหมายบัญญัติเช่นนั้นถือเสมือนว่ากฎหมายยอมให้บุคคลอื่นสามารถยืนยันเจตนารมณ์แทนผู้ป่วยได้ อาจเกิดข้อโต้แย้งทางกฎหมายในภายหลัง เพราะโดยหลักแล้วการแสดงเจตนาของบุคคลต้องกระทำด้วยตนเอง การปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจในการรับบริการด้านสาธารณสุขด้วยตนเอง สิทธิและเสรีภาพดังกล่าวไม่อาจโอนไปยังบุคคลอื่นเพื่อให้ใช้สิทธิแทนได้ นอกจากนี้การมอบอำนาจให้ผู้อื่นตัดสินใจแทนผู้ป่วยอาจมีปัญหาเงื่อนไขบางประการแอบแฝงอยู่ เช่น เรื่องผลประโยชน์ภายในครอบครัว เพราะการมีชีวิตอยู่หรือการจบชีวิตลงเป็นเงื่อนไขสำคัญเกี่ยวกับเรื่องสิทธิและหน้าที่ของผู้ตาย แม้ว่าผู้ป่วยจะแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเป็นหนังสือว่าไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย แต่เจตนาหรือความคิดของคนเราเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้น คำยืนยันสุดท้ายของผู้แสดงเจตนาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจโอนไปให้บุคคลอื่นมายืนยันแทนได้

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้เขียน พบว่าแม้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะออกมานานพอสมควรแล้ว คือตั้งแต่ปี 2550 ส่วนกฎกระทรวงประกาศและมีผลบังคับใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2554 ก็ตาม แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาตามที่กฎหมายรับรองยังไม่เป็นที่ยอมรับกันมากนัก แม้ญาติของผู้ป่วยจะมีความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ทรมาน แต่ด้วยเหตุผลบางประการ เช่น เรื่องของความเชื่อและบริบทของคนในสังคมไทยที่ยังคงยึดมั่นอยู่กับคำว่า “กตัญญู และ “บาป” จึงยื้อชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ นอกจากนี้กฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบัน ยังไม่สามารถเป็นเครื่องช่วยยืนยันและปกป้องคุ้มครองบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตได้อย่างแท้จริง ทำให้เป็นอุปสรรคในการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ผู้เขียนจึงขอเสนอแนะบางประการ เพื่อให้กฎหมายที่ออกมามีผลบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพสมตามเจตนารมณ์ ขณะเดียวกันบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติตามกฎหมายก็ต้องได้รับการปกป้องคุ้มครองด้วยเช่นกัน ดังนี้

5.2.1 ควรปรับปรุงแก้ไขประมวลกฎหมายอาญา โดยนำหลักการหรือข้อยกเว้นการไม่ต้องรับผิดมากำหนดไว้ในกฎหมายให้ชัดเจนว่าแพทย์ผู้กระทำได้รับความคุ้มครองจากการประกอบวิชาชีพโดยสุจริต เพื่อให้ความคุ้มครองแพทย์ซึ่งปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย เพราะแม้ว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 จะบัญญัติยกเว้นความผิดของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขผู้ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วยไว้ก็ตาม แต่ประมวลกฎหมายอาญาซึ่งเป็นกฎหมายทั่วไปมิได้บัญญัติยกเว้นความรับผิดเอาไว้ ดังนั้น การที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยโดยการถอดเครื่องมือต่าง ๆ ออก แม้มิใช่เป็นการลงมือฆ่าโดยตรง แต่แพทย์ก็ยังเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่าฆ่าผู้อื่นโดยการงดเว้นการกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้าย แห่งประมวลกฎหมายอาญาได้ ทั้งนี้ เนื่องจากความรับผิดทางอาญาอาจเกิดได้ทั้งที่เป็นการกระทำโดยตรง หรือโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำ เพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

5.2.2 กระทรวงสาธารณสุขและแพทยสภา ต้องร่วมกันกำหนดหลักเกณฑ์และคุณสมบัติของแพทย์ ในการวินิจฉัยวาระสุดท้ายของชีวิตให้ชัดเจน โดยควรทำในรูปของคณะแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคนั้น ๆ ร่วมกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพราะบางกรณีภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ แพทย์ผู้ทำการรักษาอาจมิใช่แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ หากคณะแพทย์ที่ร่วมวินิจฉัยทุกคนมีความเห็นไปในทางเดียวกันว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็จะเป็นเหตุผลยืนยัน และเป็นหลักประกันให้กับผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามเจตนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

5.2.3 ควรยกเลิกเรื่องการปฏิเสธการรักษาเนื่องจากการทรมานจากการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่มีหลักเกณฑ์หรือเครื่องมือที่จะใช้วินิจฉัยความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยที่แน่นอนชัดเจน ดังนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 ไม่ควรบัญญัติให้บุคคลมีสิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

5.2.4 ให้มีการกำหนดไว้ในกฎกระทรวงให้ชัดเจน ว่าบุคคลอื่นใดไม่มีอำนาจให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมให้แพทย์งดเว้น หรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 หากมีข้อขัดข้องในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ควรต้องยื่นคำร้องต่อศาล เพื่อให้วินิจฉัยชี้ขาด

DPU

บรรณานุกรม

DPU

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ร่วมกับแพทยสภา. (2543). *การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์. (2544). *การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ: รวมสานแนวคิดสู่วิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. (2551). *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค* 1 (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ พลสยาม พริ้นติ้ง (ประเทศไทย).

กุลพล พลวัน. (2548). การตายทางการแพทย์กับการยอมรับของกฎหมายไทย. *วารสารกรมประชาสัมพันธ์*, 10 (120).

กุลพล พลวัน. *พินัยกรรมชีวิต*. สืบค้น 5 มิถุนายน 2557, จาก, http://www.stat.ago.go.th

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *สิทธิผู้ป่วย*. สืบค้น 10 เมษายน 2557, จาก http://www.dt.mahidol.ac.th/DTID232/data/course/Patient_right_th.pdf

จรัญ โฆษณานันท์. (2545). *สิทธิมนุษยชนไร้พรหมแดนปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.

ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ. (2555). *กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนภัทร วินยวัฒน์. (2551). ความยินยอมในการรักษาพยาบาล : สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1). สืบค้น 28 พฤษภาคม 2557 , จาก http://webbase.law.nu.ac.th/lawnujournal/journal/journal1/chanapat.pdf

ชัชวาร มีเมตตา. (2553). *สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยารามคำแหง.

ดารณี ภัทรมังกร. (2548). *สิทธิของบุคคลในการแสดงความจำนงที่จะตายอย่างสงบ* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยารามคำแหง.

เต็มศักดิ์ พึ่งรัศมี และคณะ. *การสำรวจข้อมูลบุคลากรและการบริการด้าน palliative care ในประเทศไทย ปี 2555*, สืบค้น 15 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/main_gooddeath_17_Dec_final.pdf

ทรงชัย รัตนปริญญานนท์. (2540). *การเปิดเผยความลับผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ทองจันทร์ หงศ์ลดารมภ์. *จริยธรรมแห่งวิชาชีพและจริยศาสตร์*. สืบค้น 20 มีนาคม 2557, จาก http://www.stc.arts.chula.ac.th

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2555). *สังคมกับกฎหมาย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2556). *มุมมองใหม่ในกฎหมายอาญา* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

ทัศนีย์ แน่นอุดร. (2544). *สิทธิผู้ป่วย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). นนทบุรี: บริษัทพิมพ์ดีจำกัด.

นภดล นิ่มหนู, อมรรัตน์ อริยะชัย, และประดิษฐ์ นิ่มหนู. *ความสำคัญของแนวคิดสิทธิมนุษยชนในบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญไทย*. สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก. http://research.msu.ac.th/journal_/wp-content/uploads/2013/04/The-Importance-of-the-Concept-of-Human-Rights-in-the-Provisions-of-the-Thai-Constitutions.pdf.

นภาพร อติวานิชยพงศ์. *แนวคิดสิทธิมนุษยชนและความเป็นชายขอบ*. สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก http://gvc.tu.ac.th/old/th/

นิศารัตน์ ท้าวโสม. (2555). *ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

นันทน อินทนนท์. (2544). *ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ*. สืบค้น 2 เมษายน 2557, จาก http://people.su.se/~nain4031/euthanasiaTHAI.htm

นันทน อินทนนท์. (2546). *สิทธิที่จะตาย: สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2547). *หลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. (2552). *กฎหมายรัฐธรรมนูญ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา. (2546). *ตายอย่างมีศักดิ์ศรี*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

ปรีดี เกษมทรัพย์. (2552*). นิติปรัชญา* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปัญญา จิตตานุ. (2550). *ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมบรรทัดฐานในเชิงรูปธรรมเพื่อการคุมครองสิทธิและเสรีภาพพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์. (2555). *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี.

พิชัยศักดิ์ หรยางกูร และณัฐนันทน์ อัศวเลิศศักดิ์. *หลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน.* สืบค้น 28 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.stou.ac.th/Schools/Slw/upload/Ex%2040701- 3.pdf

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2552). สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ 2550. *ดุลพาห,* 3(56). สืบค้น 9 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.library.coj.go.th/searchpage.php?Search=&&page=42&&tablesearch=Article_code

ไพศาล ลิ้มสถิตย์. *การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living Will) ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (ตอนที่ 2).* สืบค้น 9 กรกฎาคม 2557, จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/11486

ไพศาล วิสาโล. (2555). *รักษาใจ คลายความปวด.* สืบค้น 2 มิถุนายน 2557, จาก http://www.visalo.org/article/D_dhammachatBumbud10.html

มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. (2556). *CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation).* กรุงเทพฯ: พรีเมี่ยมเอ็กซ์เพรส

ไมเคิล แซนเดล. (2554). *Justice.* (สฤณี อาชวานันทกุล, ผู้แปลและเรียบเรียง). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ openworlds.

ระพี แม้นโกศล. (2539). *กฎหมายการแพทย์.* กรุงเทพฯ: ไพศาลพิมพ์การพิมพ์.

รัตนวดี ณ นคร. *หลักทางจริยศาสตร์และแนวทางในการพิจารณา.* สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก www.ped.si.mahidol.ac.th.

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. (2538). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ.* กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. (2543). *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540*(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

วิชัย ศรีรัตน์. (2548). พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน. *ดุลภาพ.* เล่ม 3.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2513). ประวัติการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในประเทศไทย. *สารศิริราช.* ปีที่ 22.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2536). *ปัญหาจริยธรรมทางวิชาชีพของประเทศไทย : เน้นด้านการแพทย์และสาธารณสุข.* สืบค้น, จาก. http://www.thaicadet.org/Ethics/MoralofProfessionalEthics.html.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). จรรยาแพทย์หลักศีลธรรมจริยศาสตร์การแพทย์. *คลินิก 10.*

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). *สิทธิผู้ป่วย.* กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2539). สิทธิที่จะตาย (The Right to die). *ดุลพาห,* 4(43)**.** สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก http://www.library.coj.go.th/indexarticlesearch.php

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2551). *คำอธิบาย พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525.* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2552). *สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา – สิทธิที่จะตาย.* สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก http://www.library.coj.go.th/searchpage.php?Search=&&page=42&&tablesearch=Article_code

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2553). *สิทธิด้านสุขภาพ.* สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก http://www.library.coj.go.th/indexarticlesearch.php

วีระ โลจายะ. (2532). *กฎหมายสิทธิมนุษยชน* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

วุฒิชัย จิตตานุ. (2546). สิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก. *วารสารศาลรัฐธรรมนูญ.*

ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธีมหาวิทยาลัยมหิดล. *รายงานการศึกษาสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามกรอบรัฐธรรมนูญ ในบริบทของสังคมไทย และมาตรฐานสากลระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชน.* สืบค้น 11 มกราคม 2557, จาก http://www.peace.mahidol.ac.th/th/document/Reliability/2.pdf

สถาพร ลีลานันทกิจ. (2547). *คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันวิจัยรพีพัฒนศักดิ์ สำนักงานศาลยุติธรรม. (2557). *โครงการวิจัยแนวทางการพิจารณาคดีความผิดทางแพ่งและทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะ : ศึกษากรณีวิชาชีพทนายความและวิชาชีพแพทย์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สมศักดิ์ โล่เลขา และคณะ. (2545). *สิทธิผู้ป่วยและการประเมินตนเองเพื่อป้องกันการถูกฟ้องร้อง.* กรุงเทพฯ: บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด.

สมยศ เชื้อไทย. (2522). *หลักกฎหมายมหาชนเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

สมยศ เชื้อไทย. (2548). *นิติปรัชญา* **(**พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

สุขิต เผ่าสวัสดิ์ และคณะ. (2544). *จริยธรรมในเวชปฏิบัติ.* กรุงเทพฯ: โอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์.

สุจิตรา วงศ์กำแหง. (2546). *หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุธีรา จินายน. (2550). *วิเคราะห์ปัญหาการใช้การตีความมาตรา 9 ของ พ.ร.บ. ว่าด้วยข้อสัญญาที่ไม่เป็นธรรม พ.ศ.2540.* สืบค้น 28 พฤษภาคม 2557, จาก http://digi.library.tu.ac.th/thesis/la/0922/03THAI_ABSTRACT.pdf

แสวง บุญเฉลิมวิภาส, และเอนก ยมจินดา. (2540). *กฎหมายการแพทย์.* กรุงเทพฯ: วิญญชน.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2552). *หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต.* สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก http://www.library.coj.go.th/searchpage.php?Search=&&page=42&&tablesearch=Article_code

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2554). *สาระสำคัญของ Living will ตามกฎกระทรวง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12.* สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก http://www.koonnapab.com/gallery

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. *การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้ายความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย.* สืบค้น 19 กุมภาพันธ์ 2557, จาก http://elib.coj.go.th/Article/j4_1_4.pdf

สันต์ หัตถีรัตน์. (2542). *สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง.* สืบค้น 10 มิถุนายน 2557, จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/2525

สันต์ หัตถีรัตน์. *หมอชาวบ้าน.* สืบค้น, จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/10966

สำนักกฎหมาย. (2545). สิทธิในการรักษาพยาบาล. *จุลนิติ.*

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย.* กรุงเทพฯ: บริษัทเอมี่เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด.

อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง. *วาระสุดท้ายแห่งชีวิตและสิทธิการตาย.* สืบค้น 2 มีนาคม 2557, จาก http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article14.htm.

อาทิ เครือวิทย์. (2552). *นักศึกษาแพทย์กับจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Student and Medical Ethics).* สืบค้น 2 มีนาคม 2557, จาก The Medical Council of Thailand.

ภาษาต่างประเทศ

Information and guidance for physicians Provided by the Illinois State Medical Society. *A Physician 's guide to advance directive: living will. (2000)*. Retrieved April 2, 2014, from https://www.isms.org/uploadedFiles/Main_Site/Content/Resources /Member_Resources/advance_directives/LivingWills.pdf

South Australia. *Consent to Medical Treatment and Palliative Act 1995*. Retrieved June 6, 2014, from http://www.legislation.sa.gov.au/LZ/C/A/CONSENT%20TO% 20MEDICAL%20TREATMENT%20AND%20PALLIATIVE%20CARE%20ACT%201 995/CURRENT/1995.26.UN.PDF

Cristopher J. Ryanand Miranda Kaye. (1996). *Euthanasia in Australia*: *The Northern Territory Rights of Terminally III Act*. Retrieved May 9, 2014, from http://www.academia.edu/ 1492758/Euthanasia_in_Australia_-_The_Northern_Territory_ Rights_of_ the_Terminally_Ill_Act

Divid Orentlicher. (1997). *The Legalization of Physician-Assisted Suicide: A Very Modest Revolution*. Retrieved May 10, 2014, from http://lawdigitalcommons.bc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2067&context=bclr

Exit International. *Living Will-What are They*?. Retrieved May 10, 2014, from http://www. exitinternational.net

Illinois compiled statutes. Retrieved April 2, 2014, from http://www.legis.state.il.us/legislation/ilcs

Johns Hopkins University Press. (1998). *Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Socio-Cultural and Legal Point of View*. Retrieved February 15, 2014, from http://www.bioethics.jp/licht_adv8.html

Oregon's Death with Dignity Act. Retrieved April 2, 2014, from http://public.health.oregon.gov/ ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx

Peter Singer. (1995). *Rethinking Life & Death: the Collapse of Our Traditional Ethics*. Oxford University Press.

Rights of the terminally ill act 1995. Retrieved June 6, 2014, from http://www.nt.gov.au/ lant/parliamentary-business/committees/rotti/rotti95.pdf

State of Oregon Annual Reports. (2014). Retrieved May 10, 2014, from http://www.deathwithdignity.org/in-oregon

ภาคผนวก

DPU

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

DPU

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่1)

เขียนที่ .....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า(ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....เบอร์ที่ทำงาน .....

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้าพเจ้ายอมรับได้ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมดพร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลยและมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น	☐ .....
มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำเข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใด ๆ ได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง	☐ .....
ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาว ๆ อย่างชัดเจนหรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพ หรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใด ๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น	☐ .....
อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่ มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่ว โดยไม่สนองต่อการรักษาใด ๆ ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาดอากาศอยู่ตลอดเวลา	☐ .....

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านยอมรับ หรือไม่ยอมรับพร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

1. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้วซึ่งได้แก่ การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้นกดกระแทกทรวงอกและใช้เครื่องช่วยหายใจ	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
2. การพยุงการมีชีวิต คือการใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจไตและอวัยวะอื่น ๆ ทำงานต่อไปได้	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
3. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยาปฏิชีวนะซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ
4. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดงด้วย	☐ ยอมรับ ☐ ไม่ยอมรับ

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ให้บริการไปแล้วโดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ยุติการบริการ (Withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาล หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

O ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

O การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ (กรุณาระบุเช่นการสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช เป็นต้น).....

O .....

O .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อนามสกุล)..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิดและพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล เมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์ .....

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ 2)

วันที่ .....

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) .....อายุ.....ปี
บัตรประชาชนเลขที่ .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้ .....
เบอร์โทรศัพท์ .....เบอร์ที่ทำงาน .....
ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใด ๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็น และเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

• เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ
• เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อและให้เซ็นชื่อกำกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

O การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
O การใช้เครื่องช่วยหายใจ
O การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
O การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู (I.C.U.)
O การกระตุ้นระบบไหลเวียน
O กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
O การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใด ๆ
O .....
O .....
O .....

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้ให้บริการดังกล่าวโดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้นกรุณาหยุดการบริการ(Withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

O การใช้เครื่องช่วยหายใจ
O การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
O .....

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข อำนวยความสะดวกตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

O ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

O การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุเช่นการสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช)

O .....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อนามสกุล) ..... ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิดและพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ

บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

พยาน.....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล .....มีความสัมพันธ์เป็น .....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ .....

DPU

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

DPU

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้จากการสัมภาษณ์แพทย์ในจังหวัดสุพรรณบุรี

คำถาม : ท่านคิดว่าการยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการกระทำที่ขัดต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพหรือไม่

คำตอบ : แพทย์ทุกท่านเห็นว่าไม่ขัดต่อหน้าที่และจริยธรรมแห่งวิชาชีพ หากโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นไม่สามารถหายและผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาเพื่อยื้อชีวิตจากการทุกข์ทรมานทั้งทางร่ายกาย จิตใจ และมีการระบุไว้อย่างชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนา ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ มาตรา 12 แพทย์ก็สามารถยุติการรักษาได้ โดยแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยควรมีโอกาสตัดสินใจในการรักษาชีวิตตนเองอย่างอิสระ มีสิทธิในการยินยอมหรือไม่ยินยอมรับการรักษาก็ได้ ซึ่งแพทย์ต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม มีแพทย์ท่านหนึ่งเห็นว่าผู้ป่วยที่แสดงเจตนาควรได้รับการประเมินสุขภาพจิตหรือสภาวะทางจิตใจจากจิตแพทย์ในขณะ/ก่อนทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยแสดงเจตนาอย่างแท้จริงมิได้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

คำถาม : ท่านคิดว่าการที่ท่านยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตตามเจตนาของผู้ป่วย จะช่วยทำให้ท่านพ้นจากความรับผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญาหรือไม่

คำตอบ : แพทย์ จำนวน 6 ท่าน เห็นว่าแพทย์ย่อมพ้นจากความรับผิด หากหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นถูกต้องกฎหมาย เพราะเป็นความต้องการของผู้ป่วยเอง

แพทย์ จำนวน 1 ท่าน ไม่แน่ใจว่าแพทย์จะพ้นจากความรับผิดหรือไม่ โดยเห็นว่าควรสร้างแบบแผนทางกฎหมายและการรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการเรื่องแนวทางการรักษาของตนเองได้ก่อนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

คำถาม : ท่านคิดว่ามาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการ ตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มีข้อบกพร่องอย่างไร

คำตอบ : แพทย์ จำนวน 1 ท่าน เห็นว่าพยานหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับทราบความประสงค์ของผู้ป่วยควรเป็นบุตร บิดา มารดา หรือพี่น้องผู้ป่วยเท่านั้นไม่ควรเป็นบุคคลอื่น

แพทย์ จำนวน 1 ท่าน เห็นว่าหากกฎหมายทั่วไปขัดแย้งกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติหรือกฎกระทรวง ควรยึดถือตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก และเห็นว่าก่อนจะมีการออกกฎหมายใด ๆ ควรมีการศึกษาและวิเคราะห์ก่อนอย่างละเอียดรอบคอบ รวมทั้งควรให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสรับทราบและแสดงความคิดเห็น

ความเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวร และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้บางรายในจังหวัดสุพรรณบุรี

คำถาม : หากญาติของท่านต้องการให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ท่านจะเคารพและปฏิบัติตามเจตนาของญาติหรือไม่

คำตอบ : ญาติผู้ป่วย จำนวน 5 ราย ตอบว่าจะดูแลรักษาผู้ป่วยไปเรื่อย ๆ แม้ผู้ป่วยจะอาการแย่ลงจนต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้เครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องช่วยชีวิตอื่น ๆ ก็ยังจะรักษาผู้ป่วยต่อไปจนถึงที่สุด ส่วนการยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยนั้นจะมอบอำนาจการตัดสินใจให้แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย หากแพทย์วินิจฉัยได้อย่างแน่ชัดแล้วว่าผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้าย ซึ่งไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยปราศจากเครื่องมือช่วยชีวิต ญาติอาจอนุญาตให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ แต่ก่อนจะตัดสินใจเช่นนั้น จะต้องผ่านขบวนการยื้อชีวิตผู้ป่วยมาระยะหนึ่งแล้ว โดยญาติจะไม่ยินยอมให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วยในทันทีแม้ผู้ป่วยจะแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ก็ตาม

ญาติผู้ป่วย จำนวน 1 ราย ตอบว่าจะปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และนำผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน โดยไม่ได้ให้เหตุผลอื่นประกอบการตัดสินใจ

ญาติผู้ป่วย จำนวน 1 ราย ตอบว่า ไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องมือช่วยชีวิตกับผู้ป่วยในวาระสุดท้าย เพราะไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเจ็บปวดทรมานจากการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต โดยจะนำผู้ป่วยกลับบ้าน และพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยตลอดไปอย่างดีที่สุดจนกว่าจะเสียชีวิต

คำถาม : หากญาติของท่านไม่ได้แสดงเจตนาไว้ ท่านจะให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่

คำตอบ : ญาติผู้ป่วยทุกราย มีความเห็นเช่นเดียวกับกรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ คือ ญาติ จำนวน 5 ราย จะดูแลผู้ป่วยให้ถึงที่สุดโดยไม่ยอมให้แพทย์ยุติหรือเพิกถอนการช่วยชีวิตผู้ป่วย ส่วนอีก 2 ราย จะให้แพทย์ยุติการช่วยชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตและพาผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อให้ไปเสียชีวิตที่บ้าน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล	นางสาวนภัส คำนวน
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2538 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2541 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี พ.ศ. 2548 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2550 เนติบัณฑิต สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	นิติกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี

DPU