

ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช
โดยจิตแพทย์

ชนิกา แก้วรัตน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธีดี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2562

**Legal Problem Regarding the Disclosure of Severe Confidentiality of
Psychiatric Patient by Psychiatrist**

Chanika Kaeorat

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws**

Department of Law

Pridi Bhanomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2019



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตราย

ของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

เสนอโดย

นางสาวชนิกา แก้วรัตน์

สาขาวิชา

นิติศาสตร์

หมวดวิชา


กฎหมายทางการแพทย์

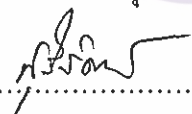
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ ดร.สุนทร มณีสวัสดิ์

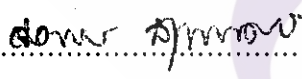
ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

.....ประธานกรรมการ

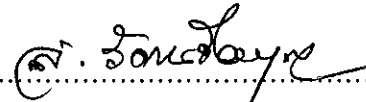
(รองศาสตราจารย์ปิยะนุช โปตะวณิช)

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ศาสตราจารย์ ดร.สุนทร มณีสวัสดิ์)

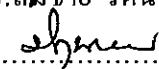
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรรัตน์ ประจวบปัจฉิม)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร สุทันกิตระ)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว

.....คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนเชื้อสกุล)

วันที่ ๒๐ เดือน  พ.ศ. ๒๕๖๖

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์
ชื่อผู้เขียน	ชนิกา แก้วรัตน์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์ ดร.สุนทร มณีสวัสดิ์
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2561

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีความบกพร่องด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม จนทำให้บางครั้งไม่อาจใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข หรืออาการอาจรุนแรงถึงขั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทรัพย์สินของตนเองบุคคลอื่น และสาธารณะ ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงเป็นกลุ่มคนที่สมควรได้รับการรักษาจากจิตแพทย์เพื่อให้หายขาดจากอาการต่างๆ เหล่านี้ เพื่อให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ดังเดิม โดยในกระบวนการรักษาของจิตแพทย์ จิตแพทย์จำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลและความลับของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้การรักษาของจิตแพทย์ สัมฤทธิ์ผลและช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถหายขาดจากอาการทางจิตเวชได้ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจิตแพทย์ทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว จิตแพทย์ย่อมมีหน้าที่ที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชไว้อย่างเคร่งครัดเพื่อสร้างความเชื่อใจให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช แต่อาจมีบางกรณีที่ภายหลังจิตแพทย์ล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยจิตเวชแล้วเห็นว่า ความลับดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณะได้ กล่าวคือ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชคือกลุ่มคนที่ไม่อาจควบคุมความคิดและการกระทำของตนเองได้ จึงทำให้บางครั้งความคิดหรือการกระทำบางประการของผู้ป่วยจิตเวชอาจเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐาน รวมถึงมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นได้ ด้วยเหตุนี้ดังกล่าวจึงเกิดแนวคิดป้องกันสังคมจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช โดยกำหนดให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในกรณีที่ความลับดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือต่อสาธารณชนได้ เพราะจิตแพทย์คือผู้ที่ดูแลรักษาและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายที่บัญญัติเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในกรณีที่ความลับดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือต่อสาธารณชนเช่นเดียวกัน โดยได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งบัญญัติในลักษณะที่เป็นข้อยกเว้นให้จิตแพทย์อาจกระทำการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ในกรณีที่จิตแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า สิ่งที่จิตแพทย์ได้ทราบหรือล่วงรู้มาจากผู้ป่วย

จิตเวชในขณะที่ทำการรักษานั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วย ผู้อื่น หรือต่อสาธารณะได้ อย่างไรก็ตาม กี่ปี ภายหลังพิจารณาบทบัญญัติดังกล่าวแล้วพบว่า กฎหมายบัญญัติไว้ไม่ครอบคลุมและขาดความชัดเจนหลายประการ กล่าวคือ กฎหมายมิได้กำหนดแนวทางที่ชัดเจนให้แก่จิตแพทย์ว่า จิตแพทย์ต้องเปิดเผยความลับด้วยวิธีการใด เปิดเผยอย่างไร เปิดเผยเมื่อใด และเปิดเผยแก่ผู้ใดหรือหน่วยงานใด รวมถึงกฎหมายมิได้บัญญัติมาตรการทางกฎหมายใดๆ รองรับในการเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชตามการประเมินอันตรายของจิตแพทย์ อีกทั้งกฎหมายยังให้ดุลพินิจแก่จิตแพทย์ในการพิจารณาเพื่อเปิดเผยความลับดังกล่าวแต่เพียงผู้เดียว ในขณะที่มิได้มีบทบัญญัติใดๆ ที่ให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ผู้เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเลย ดังนั้น หากเกิดความผิดพลาดจากการประเมินอันตรายของจิตแพทย์ อาจทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายแต่เพียงผู้เดียว ด้วยเหตุนี้เองจิตแพทย์จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง ซึ่งส่งผลให้มาตรการการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันสังคมจากอันตรายจึงไม่อาจบรรลุวัตถุประสงค์ได้เท่าที่ควร

ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหามาตามลำดับดังต่อไปนี้ คือ 1. ภายหลังจิตแพทย์ล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยจิตเวชและประเมินตามหลักวิชาชีพของตนแล้วเห็นว่า ความลับดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณะ จิตแพทย์ต้องมีหน้าที่เปิดเผยความลับดังกล่าว โดยกำหนดให้เป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่จิตแพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติตาม 2. บัญญัติความคุ้มครองให้แก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ไม่ต้องรับผิดชอบในทางแพ่งหรืออาญา 3. กำหนดความรับผิดทางแพ่งให้แก่จิตแพทย์ที่ฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับตามที่กฎหมายกำหนด 4. กำหนดให้องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพจัดทำแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพ (Clinical Guideline) และมาตรฐานในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช (Clinical Standard of Risk Assessment) ให้แก่จิตแพทย์ เพื่อให้มีวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจนและดำเนินไปอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน 5. กำหนดมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยไม่มีหลักกฎหมายที่จะนำมาใช้แก่การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้ 6. จัดให้มีเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินการรับเรื่องและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช 7. แก้ไขกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีความสอดคล้องกัน

Thesis Title	Legal Problem Regarding the Disclosure of Severe Confidentiality of Psychiatric Patient by Psychiatrist
Author	Chanika Kaeorat
Thesis Advisor	Professor Dr. Soonthorn Maneesawat
Department	Law
Academic Year	2018

ABSTRACT

Psychiatric patient is the person who defects in his consideration, emotion and behavior resulting in irregular livelihood or, occasionally may be harmed to himself or third person life or property. Therefore, he deserves to be treated by the psychiatrist recovering from his illness and returning his ordinary life as before. During the therapy, the psychiatrist has to reach patient's private information for an efficiency of the treatment and recovering patient from his mental disorder, accordingly to maintain the relationship between the psychiatrist and patient, he shall have a duty to keep his patient's medical information as a private strictly. Nevertheless, there is some case that psychiatrist regards as confidentiality of psychiatric patient tends to be dangerous to himself third person or public. To protect the public from his peril, then, the concept of severe confidentiality of psychiatric patient by psychiatrist is originated since he is a person who knows the patient well from his treatment.

Nowadays, there is a legal measure concerning the disclosure of psychiatric patient's confidentiality in Thai law legislated Section 16 of Mental Health Act B.E. 2551. The law permits a psychiatrist to disclose psychiatric patient's confidentiality, particularly in the event of it is deemed to be dangerous, on the other hand, it is still incomprehensive and unclear in many points, that is to say there are no explicit clinical guidelines directing the psychiatrist to violate the patient's confidentiality, and there is no distinctly responsible organization to protect the psychiatrist from harms by the patient. Additionally, psychiatrist solely have discretion to determine of disclosing information, and conversely have no immunity, making them liable for breach of confidentiality. Consequently, psychiatrists decide to keep a patient's medical information secret, resulting in the non-achievement of the law.

To resolve such a problem and make the law more effective, researcher suggests following legal measures respectively. 1 . Make it a duty for psychiatrists to disclose serious harm caused by patients who are deemed dangerous 2 . Provided the immunity from civil and criminal liability to a psychiatrist who discloses it 3 . Held psychiatrist be liable when this duty is not upheld 4 . Provided clinical guideline and clinical standard of risk assessment settling the standard to all psychiatrists 5 . Provided legal measures regarding protect public interest from psychiatric's harm in Thai law 6 . Assigned organization and agent to protect public from such patients 7 . Amending related law to be consistence with aforesaid measures.



กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่านศาสตราจารย์ ดร. สุนทร มณีสวัสดิ์ ที่เมตตาและกรุณาอย่างยิ่งในการสละเวลาอันมีค่าในการรับเป็นกรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัย ซึ่งท่านอาจารย์ได้ให้คำแนะนำ ชี้แนะข้อมูลที่สำคัญ รวมถึงข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อแนวทางการทำวิจัย จนทำให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลและจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วง

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ปิยะนุช โปตะวณิช ที่ให้เกียรติสละเวลาอันมีค่ารับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุรรัตน์ ประจวบจันทน์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร สุทนต์กิตระ ซึ่งได้กรุณารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ทั้งสามได้ให้ข้อชี้แนะในการปรับแก้ไขเนื้อหาให้เหมาะสม รวมถึงเสนอแนะแนวทาง ตลอดจนข้อสังเกตต่างๆ อันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้วิจัย จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้ครบถ้วนสมบูรณ์ อีกทั้งผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ท่านอาจารย์จรูญ ลิปิพันธ์ ผู้กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับหัวข้อและอาจารย์ที่ปรึกษา จนทำให้ผู้วิจัยสามารถสำเร็จการศึกษานิติศาสตรมหาบัณฑิตได้ภายในกรอบเวลาตามที่ผู้วิจัยคาดหวัง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง โดยเฉพาะนายวิชาญ แก้วรัตน์ บิดา ผู้ล่วงลับนางพัชรินทร์ แก้วรัตน์ มารดา และนางสาวชิตสุภางค์ แก้วรัตน์ พี่สาว ผู้ให้การสนับสนุนและอุปการะผู้วิจัยเรื่อยมา ตั้งแต่ให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในระดับชั้นปริญญาโท จนกระทั่งในช่วงการทำวิทยานิพนธ์ที่คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือต่างๆ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้วิจัยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจนสามารถทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้จนสำเร็จ รวมถึงขอขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาปริญญาโท คณะนิติศาสตร์ปริติ พนมยงค์ โดยเฉพาะนางสาวจันทร์จรัส จันเดชชนะ วงศ์ และนางสาวจิระภา กิจจงถาวรกลุ่มที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษายู้ง่าง ไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตาม ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้แก่บิดา มารดา และครอบครัว รวมถึงครูบาอาจารย์ที่ได้ประสาทวิชาให้แก่ผู้วิจัย ตลอดจนบรรดาผู้จัดทำเอกสารทางวิชาการและวิทยานิพนธ์ทั้งหลายที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและอ้างอิงดังกล่าว ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ด้วย และหากวิทยานิพนธ์เล่มนี้มีข้อบกพร่องหรือผิดพลาดประการใดแล้ว ผู้วิจัยขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

ชนิกา แก้วรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๖
กิตติกรรมประกาศ.....	๗
บทที่	
1. บทนำ.....	11
1.1 ความเป็นมาและสภาพของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์การศึกษา.....	5
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการศึกษา	6
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. แนวคิดและหลักการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตราย ของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์.....	8
2.1 แนวคิดและหลักการทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช.....	8
2.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย.....	26
2.3 แนวคิด ที่มา และทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย.....	36
3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์.....	46
3.1 สหรัฐอเมริกา.....	46
3.2 ประเทศอังกฤษ.....	68
3.3 ภาพรวมมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตราย ของผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศ	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์ในประเทศไทย.....	79
4.1 กฎหมายที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ ตามกฎหมายของแพทย์.....	79
4.2 กฎหมายที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์ อาจกระทำไม่ได้.....	82
5. วิเคราะห์การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ตามกฎหมายต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทย.....	91
5.1 ช่วงที่หนึ่ง: การเตือนหรือการแจ้งให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย ให้ทราบถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช.....	91
5.2 ช่วงที่สอง: การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช.....	105
6. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	111
6.1 บทสรุป.....	111
6.2 ข้อเสนอแนะ.....	116
บรรณานุกรม.....	120
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก. California Evidence Code.....	129
ภาคผนวก ข. California Civil Code.....	133
ภาคผนวก ค. The Texas Health & Safety Code.....	143
ภาคผนวก ง. North Carolina General Statutes.....	147
ประวัติผู้เขียน.....	149

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและสภาพของปัญหา

คำว่า “ผู้ป่วย” มิได้หมายความถึงเพียงผู้ป่วยที่ไม่สบายเพราะ โรคร้ายหรือบาดเจ็บทางกายเท่านั้นแต่รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชหรือบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตด้วย ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามความในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 คือ ผู้ที่มีอาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือ การรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท โดยบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเหล่านี้จะมีลักษณะแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายธรรมดาทั่วไป คือ บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้ความสามารถในการคิด ตัดสินใจ ควบคุมตนเอง รวมถึงการกระทำต่างๆ ของตนมีความผิดปกติจากบุคคลทั่วไป จนบางครั้งอาจถึงขนาดกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองหรืออาจมีโอกาเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสังคมได้ อย่างไรก็ดี กลุ่มคนที่มีความผิดปกติทางจิตเหล่านี้มักจะปฏิเสธอาการทางจิตของตนเองและไม่ยอมไปพบแพทย์เพื่อรักษาอาการของตน จนกระทั่งอาการทางจิตของตนเริ่มลุกลามจนสร้างความเสียหายแก่ผู้อื่นและสังคมทำให้ผู้ที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง เช่น พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง จำต้องพาผู้ที่มีอาการทางจิตมาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษา หรือบุคคลดังกล่าวอาจถูกเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจจับกุมตัวมาพบแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพจิตว่าปกติดีหรือไม่ และทันทีที่ผู้ที่มีอาการทางจิตได้รับการประเมินจากจิตแพทย์ว่ามีปัญหาทางจิตซึ่งสมควรได้รับการรักษาแล้วและดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญแล้ว บุคคลดังกล่าวก็จะมีฐานะเป็น “ผู้ป่วยจิตเวช”

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่อาจควบคุมความคิด การตัดสินใจ อารมณ์ หรือการกระทำของตนเองได้เนื่องจากความบกพร่องทางจิตของตนเอง ดังนั้นย่อมมีกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการของโรคจิตเภทหรือหลงผิด โรคประสาท รวมถึงโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องความผิดปกติทางอารมณ์ ยกตัวอย่างเช่นข่าวต่อไปนี้ “หนุ่มเมืองร้อยเอ็ดมีภาวะทางจิต คลั่งบุกครัวเอาสาเกยาวเท่าศอก กระหน่ำตีพ่อพิการติดเตียงจนเสียชีวิต ก่อนถูกขังและชาวบ้านจับตัวส่งแผนกจิตเวช เพื่อนบ้านหวั่นถูกปล่อยสร้างควม

เดือนร้อนแก่คนอื่น โดยภรรยาของผู้เสียชีวิตหรือแม่ของผู้ก่อเหตุได้เล่าว่า นายปัญญาหรือผู้ลงมือดีพอนั้นป่วยเป็นโรคลมชักมาตั้งแต่เด็กร่วมด้วยเบาหวานอยู่ระหว่างการกินยารักษาอาการทางจิตเวช และนอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านแต่ในเวลาที่ยุ่มคลั่งจะอาละวาดทำลายสิ่งของและทำร้ายร่างกายคนที่เข้าใกล้ โดยก่อนหน้านี้ได้พานายปัญญาไปหาหมอที่โรงพยาบาลจิตเวชแล้ว แต่โรงพยาบาลแค่ตรวจและให้ยากลับมากินที่บ้าน¹ หรือ กรณีข่าวหนุ่มวัย 28 ปีจังหวัดมุกดาหาร หลอนกลัวคนทำร้าย ส่งข้อความเสี่ยงเพื่อนก่อนเดินลงหนองน้ำ จมเสียชีวิต ญาติเผยผู้ตายมีอาการทางประสาทต้องกินยาระงับ ก่อนหน้าเคยคิดฆ่าตัวตายมาหลายครั้ง กระทั่งช่วงปีใหม่กลับไปดื่มเหล้าติดกันหลายวัน จนอาการกำเริบดังกล่าว² จะเห็นได้ว่าจากกรณีทั้งสองตัวอย่างข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชเองต่อผู้อื่น และต่อสังคม โดยความอันตรายนี้เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและความสงบเรียบร้อยของสังคมโดยตรง กล่าวคือในทางปฏิบัติไม่มีผู้ใดทราบว่า บุคคลนั้นๆ มีฐานะเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือมีอาการทางจิต และอาการของผู้ป่วยดังกล่าวจะกำเริบหรือก่ออันตรายแก่ผู้อื่นเมื่อใด เว้นแต่ในกรณีที่อาการจะลุกลามจนผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างไปจากเดิม ดังนั้นหากไม่มีมาตรการหรือแนวทางใดๆ ที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้อาจทำให้สังคมมีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นได้ ด้วยเหตุนี้เองจึงเกิดแนวคิดให้มีมาตรการคุ้มครองและกำหนดวิธีการดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชไว้เป็นการเฉพาะเพื่อป้องกันสังคมจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงการรักษาจากจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นภายหลังหายขาดจากอาการทางจิตเวชเหล่านี้แล้ว

หนึ่งในกระบวนการรักษาของจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่สำคัญและส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยจิตเวช คือ การทราบถึงเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นประวัติครอบครัว ประวัติการศึกษา การทำงาน สภาพแวดล้อมและสังคมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิต ฯลฯ โดยสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ประกอบกรวินิจฉัยและรักษาโรคของจิตแพทย์ เนื่องจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคทางจิตเวชนั้นมาจาก 3 ปัจจัยด้วยกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านจิตใจ ดังนั้นเมื่อจิตแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญได้ทราบเรื่องราวต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยเหล่านี้แล้วก็จะช่วยให้กระบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ภายหลังที่จิตแพทย์ได้ทราบข้อมูลเรื่องราวส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว จิตแพทย์

¹ ข่าวไทยรัฐออนไลน์, สลด! ลูกชายป่วยทางจิต คุ่มคลั่งควงสาทกะเบือทุบหัวพ่อพิการดับ, สืบค้นเมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <https://www.thairath.co.th/content/481638>

² ข่าวไทยรัฐออนไลน์, หนุ่มวัย 28 หลอนกลัวคนทำร้าย เดินลงหนองน้ำ จมดับ, สืบค้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2559, จาก <https://www.thairath.co.th/content/562274>

มีหน้าที่ที่ต้องรักษาความลับข้อมูลดังกล่าว เพื่อสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเชื่อว่าจิตแพทย์จะไม่เปิดเผยความลับของตนและยอมเล่าเรื่องราวของตนเองให้แก่จิตแพทย์ฟัง ด้วยเหตุนี้เองจึงเกิดแนวคิดให้มีการป้องกันสังคมจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยการกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช เฉพาะกรณีที่มีความลับดังกล่าวมีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสังคม ของผู้ป่วยจิตเวช โดยแนวความคิดนี้เห็นว่า จิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกัน (special relationship) กล่าวคือ เนื่องจากจิตแพทย์คือผู้ที่ทำการรักษาและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด รวมถึงได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวและความคิดต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชในหลายๆ ด้านได้ ดังนั้นจิตแพทย์จึงเป็นบุคคลที่ทราบอาการของผู้ป่วยจิตเวชดีที่สุด โดยเฉพาะในกรณีที่อาการของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณะ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการพิจารณาให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้เฉพาะกรณีที่ความลับนั้นอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณะ ทั้งนี้ เพราะการที่จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะกรณีดังกล่าวข้างต้นนั้น ทำให้ผู้อื่นสามารถทราบพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายหรือรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชได้ รวมถึงดำเนินการต่อเนื่องเพื่อหาวิธีการหลีกเลี่ยงอันตรายหรือเหตุร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้อีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การที่กฎหมายกำหนดให้จิตแพทย์ต้องเปิดเผยความลับในลักษณะนี้ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการประกอบวิชาชีพของจิตแพทย์ กล่าวคือ การประกอบวิชาชีพของจิตแพทย์นั้น จำต้องอาศัยความน่าเชื่อถือเป็นอย่างมาก เนื่องจากส่วนมากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตมักไม่ต้องการให้ใครรู้ว่าตนมีความผิดปกติทางจิตเพราะอาจส่งผลกระทบต่อการค้างชีวิตประจำวันของตนได้ ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน สังคมหรือครอบครัวข้างต้น และผลประโยชน์ต่างๆ ทางธุรกิจ และเมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ตัดสินใจมาพบจิตแพทย์ให้ทำการรักษาตนก็ด้วยเชื่อมั่นในตัวจิตแพทย์ว่า จิตแพทย์สามารถรักษาตนให้หายหรือบรรเทาอาการความผิดปกติทางจิตของตนได้ รวมถึงการเก็บรักษาความลับผู้ป่วยเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมและกฎหมายที่แพทย์ต้องปฏิบัติตาม ดังนั้นผู้ป่วยจึงสามารถมั่นใจได้ว่าความลับต่างๆ ไม่ถูกแพร่งพราย อีกทั้งเมื่อกำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในลักษณะนี้ได้แล้ว ผู้ป่วยจิตเวชอาจตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาเพราะกลัวถูกเปิดเผยความลับของตนเอง รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชอาจการกระทำอันตรายใดๆ โดยไม่มีผู้ใดทราบล่วงหน้า และแน่นอนว่าย่อมเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นในสังคม ซึ่งหากเกิดเหตุการณ์ในลักษณะนี้เกิดขึ้นย่อมไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ประสงค์ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในสังคมได้เลย ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า เป็นการเหมาะสมหรือไม่ที่รัฐจะบัญญัติกฎหมายในลักษณะที่ว่าให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ รวมถึงหากรัฐจำเป็นต้อง

บัญญัติแล้วควรมีมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมแก่กรณีนี้อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาเกี่ยวกับกฎหมายของประเทศไทยในเบื้องต้นและพบว่า ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่บัญญัติเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์ไว้ในมาตรา 16 ความว่า

“มาตรา 16 ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยในประการที่น่าจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่

- (1) ในกรณีที่น่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น
- (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน
- (3) มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย³

จากบทบัญญัติข้างต้นจะเห็นได้ว่า กฎหมายไทยได้บัญญัติให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์เป็นข้อยกเว้นของหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย กล่าวคือ โดยหลักแล้วจิตแพทย์มีหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตามหากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นปรากฏว่า พฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่น่าจะเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น เช่น ผู้ป่วยจิตเวชเคยมีประวัติการใช้ความรุนแรงมาก่อนหน้านี้ หรือในกรณีจิตแพทย์ล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยจิตเวชและประเมินแล้วเห็นว่า ความลับดังกล่าวอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น หรือสาธารณชนได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชมีแผนที่จะฆ่าผู้อื่น เป็นต้น หรือกรณีใดๆ ที่มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบทั้งในทางแพ่งและอาญา

อย่างไรก็ดี แม้มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะบัญญัติให้มีข้อยกเว้นให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับได้ก็ตาม แต่กฎหมายดังกล่าวมิได้กล่าวถึงรายละเอียดหรือวิธีการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ กฎหมายมิได้บัญญัติว่าจิตแพทย์ต้องเปิดเผยด้วยวิธีการใด เปิดเผยแก่ผู้ใด มีหน่วยงานใดที่เกี่ยวข้องหรือไม่ และภายหลังจิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชแล้วจะป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร กล่าวได้ว่ากฎหมายดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมและชัดเจนเพียงพอที่จะทำให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังนั้นหากจิตแพทย์ตัดสินใจที่จะเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชไป แต่วิธีการที่เปิดเผยไม่เหมาะสมจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเวชเสียชื่อเสียง อาจทำให้จิตแพทย์เสี่ยงต่อความรับผิดชอบจากการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้แล้ว ยังมีประเด็นเรื่องความแม่นยำในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์อีกด้วย กล่าวคือ การที่จิตแพทย์ประเมินว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายหรือมีความลับที่อาจเป็นอันตราย

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 16

แก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณชนนั้นเกิดจากการประเมินด้วยดุลพินิจของจิตแพทย์เท่านั้น ซึ่งการประเมินดังกล่าวก็มีได้แม่นยำและอาจมีความคลาดเคลื่อนก็เป็นได้ ดังนั้นหากจิตแพทย์ประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชคลาดเคลื่อนและเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยจิตเวชมิได้เป็นอันตรายดังที่จิตแพทย์ประเมิน เช่นนี้แล้วผู้ป่วยจิตเวชอาจได้รับความเสียหายจากการเปิดเผยความลับของจิตแพทย์ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบตามกฎหมายก็เป็นได้ อีกทั้งเมื่อกฎหมายมิได้มีการบัญญัติมาตรการในขั้นตอนต่างๆ ให้มีความชัดเจนจึงเป็นเหตุให้จิตแพทย์เลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชตามที่กฎหมายยกเว้นให้กระทำได้

ด้วยเหตุนี้เองผู้วิจัยจึงตัดสินใจทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ขึ้นเพื่อทำการศึกษาเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวข้างต้น และศึกษามาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยกับต่างประเทศว่ากฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะอย่างไร มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร รวมถึงจะสามารถนำมาตรการใดของกฎหมายต่างประเทศมาปรับใช้แก่กฎหมายของประเทศไทยได้หรือไม่ โดยหากผลลัพธ์ของการศึกษาออกมาเป็นประการใด จะนำผลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อสรุปผลและเสนอแนะเป็นแนวทางปฏิบัติในการปรับปรุงกฎหมายของประเทศไทยให้เหมาะสมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาข้อเท็จจริงและข้อกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ของประเทศไทยและต่างประเทศ
3. เพื่อเสนอแนะมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ของต่างประเทศที่มีความเหมาะสมมาปรับใช้กับกฎหมายไทย

1.3 สมมติฐานการวิจัย

กฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ของประเทศไทยยังไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมในหลายกรณีซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติและความสัมฤทธิ์ผลของกฎหมาย ดังนั้นจึงต้องศึกษาเพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปรับปรุงกฎหมายของประเทศไทยให้ครบถ้วนสมบูรณ์และเหมาะสมกับสภาพสังคมของประเทศต่อไป

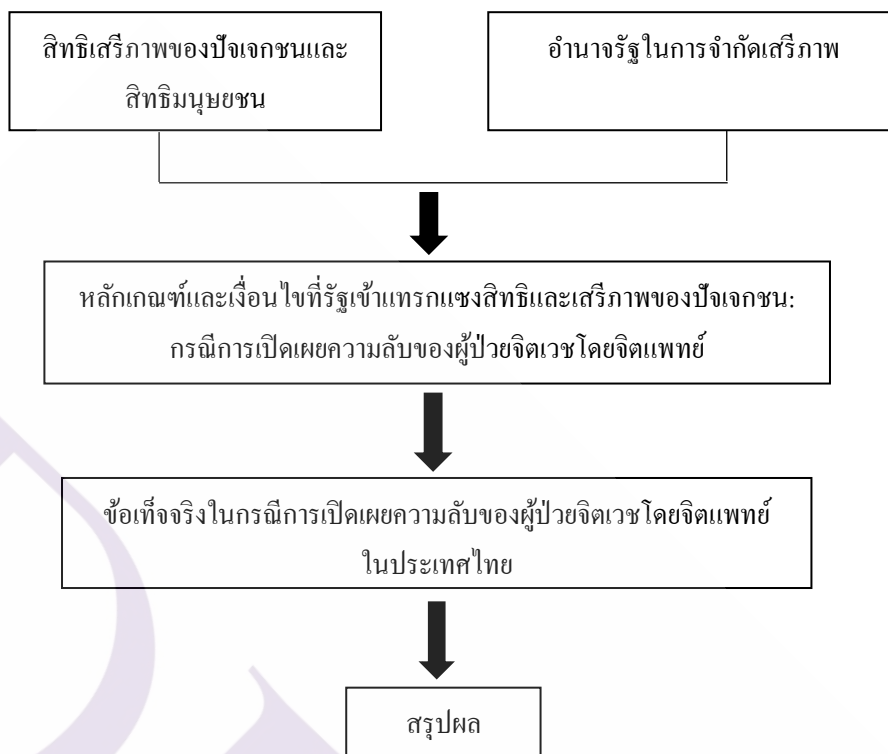
1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้จะมุ่งศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ โดยจะมุ่งศึกษาเฉพาะการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในกรณีที่มีความลับดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่น หรือต่อสังคมเท่านั้น ซึ่งจะศึกษาจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องว่า หลักการกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีที่มาและมีลักษณะอย่างไร จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับได้มากน้อยเพียงใด ลักษณะความลับที่เข้าลักษณะที่ต้องเปิดเผย รวมถึงรัฐควรเข้ามาควบคุมโดยการกำหนดแนวทางในการเปิดเผยความลับดังกล่าวหรือไม่ ทั้งนี้จะพิจารณาถึงกฎหมายที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวด้วย

1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร หนังสือ บทบัญญัติของกฎหมาย งานวิจัย บทความ แนวคำพิพากษาศาลฎีกาหรือศาลอื่น และเอกสารอื่นที่อาจเกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งสืบค้นจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่ปรากฏอยู่บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตทั้งในและต่างประเทศ โดยเมื่อได้ข้อมูลจากการศึกษาค้นคว้าแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาปัญหาก่อนหาข้อสรุป ข้อเสนอแนะ และนำมาหาแนวทางแก้ไขปัญหาทางกฎหมายที่เหมาะสมต่อไป

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยนี้ มีกรอบแนวคิดหลักในเรื่องสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชน สิทธิมนุษยชน และอำนาจรัฐในการแทรกแซงหรือจำกัดเสรีภาพดังกล่าวซึ่งต้องมีเท่าที่จำเป็นภายใต้เงื่อนไขที่มีเหตุผลสมควร ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดดังกล่าว และนำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เกณฑ์ขึ้นมา เพื่อนำมาใช้เป็นหลักในการเปรียบเทียบกับข้อเท็จจริงในกรณีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์เพื่อสรุปผลต่อไป



แผนภาพที่ 1 กรอบความคิดของงานวิจัย (Conceptual Framework)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทย
2. ทำให้ทราบถึงความแตกต่างของมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทยกับต่างประเทศ
3. เพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขและปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ของประเทศไทยให้มีความมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายต่อไป

บทที่ 2

แนวคิดและหลักการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับ

ที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

ในการศึกษาเพื่อตอบปัญหาเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องทราบเสียก่อนว่า ข้อมูลอย่างไรจึงจะถือว่าเป็นความลับของผู้ป่วยซึ่งแพทย์ผู้รักษาจะต้องรักษาไว้เป็นความลับหรือเปิดเผย และต้องศึกษาถึงแนวคิดของสิทธิของแพทย์ที่จะเปิดเผยความลับในเชิงทฤษฎีทั่วไป รวมถึงในด้านหลักการที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะที่จะมาลบเลือนสิทธิของผู้ป่วยในข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยเองดังนั้นในบทนี้จึงจะได้ศึกษาถึงประเด็นต่างๆ โดยลำดับ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและหลักการทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช
- 2.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย
- 2.3 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

2.1 แนวคิดและหลักการทางการแพทย์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

เนื่องจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับมาตรการทางกฎหมายที่จะนำมาใช้กรณีผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าจำเป็นต้องเข้าใจลักษณะและสภาพของผู้ป่วยจิตเวชเสียก่อน เพื่อให้เข้าใจหลักการและเหตุผลในการบัญญัติกฎหมายซึ่งบังคับใช้กับผู้ป่วยจิตเวชไว้เป็นการเฉพาะ ดังที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้วว่าอาการของผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอาการซึ่งเกิดจากสุขภาพจิตที่ไม่ปกตินำไปสู่ความบกพร่องทางจิตใจจนกระทั่งนำไปสู่ปัญหาทางจิตในที่สุด ดังนั้นในเบื้องต้นจึงต้องศึกษาเสียก่อนว่า สุขภาพจิตคืออะไร สุขภาพจิตดังกล่าวจะมีปัญหาและบกพร่องได้อย่างไร และต้องมีปัญหาหรือบกพร่องเพียงใดจึงจะถือว่าเป็นผู้มีอาการทางจิตในทางการแพทย์หรือไม่

2.1.1 ความผิดปกติทางจิตและหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิต

กรมสุขภาพจิตได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพจิตไว้ในรายงานการวิจัยการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2545 ว่า สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง ภาวะจิตใจที่เป็นสุข สามารถปรับตัวแก้ปัญหา สร้างสรรค์ทำงานได้ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความ

มันคงทางจิตใจ มีวิถีภาวะทางอารมณ์อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า บุคคลกลุ่มที่ประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิตหรือมีปัญหาทางจิต จึงเป็นกลุ่มคนที่ไม่มีความสามารถหรือมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมรอบตนเองได้ กล่าวคือ ไม่อาจใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเป็นปกติซึ่งมีสาเหตุมาจากอาการความคิดปกติทางจิต หรือการที่สุขภาพจิตของคนกลุ่มนี้มีปัญหานั้นเอง อีกทั้งความคิดปกติเหล่านี้ถือเป็นอุปสรรคสำคัญในการดำเนินชีวิตจนทำให้ตนเองรู้สึกที่ไม่มีความสุข โดยในตอนแรกอาจเป็นเพียงอาการทางจิตใจแต่ในเวลาต่อมา ก็อาจส่งผลถึงอาการทางร่างกายได้ด้วย

สำหรับในทางการแพทย์นั้น ความคิดปกติทางจิตถือเป็นกลุ่มโรคที่เกิดขึ้นจากการผิดปกติของความคิดทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมีพฤติกรรมมีการกระทำที่ผิดไปจากคนปกติทั่วไป หรืออาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความทรมานในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ โดยโรคกลุ่มนี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายด้านด้วยกัน ได้แก่¹

1. พันธุกรรม และร่างกาย ที่เกิดจากการสืบสายเลือดของผู้ที่มีปัญหาทางจิต อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตได้ง่ายกว่าคนทั่วไปเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นจากปัจจัยต่างๆ รวมไปถึงความบกพร่องของร่างกายขณะกำเนิด

2. ความคิดปกติทางชีวเคมี ที่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือสารเสพติด รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆที่มีผลต่อการสร้าง การหลั่งของสารเคมีในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาท และสมอง สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความคิดปกติทางจิตได้ง่าย

3. ปัจจัยทางด้านสังคม อันเกิดจากเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ รวมไปถึงภาวะแรงกดดันทางสังคมจากการใช้ชีวิต อาทิ การประสบอุบัติเหตุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การถูกปฏิเสธจากสังคมหรือถูกซ้ำเติมในปมด้อยของตนจากสังคม เป็นต้น

4. ปัจจัยทางด้านปัญญา และจิตใจ ที่เกิดจากการขาดวิจารณญาณในการรับฟัง การพูด การกระทำ และการตัดสินใจต่อการแก้ไขปัญหามากมายอย่างไม่ถูกต้อง รวมถึงภาวะทางจิตใจที่ขาดความเข้มแข็งแน่นอนและอ่อนไหวง่าย สิ่งเหล่านี้มีส่วนนำมาซึ่งกระบวนการทางจิตที่ผิดปกติได้ง่าย

ดังนั้นในทางการแพทย์จึงต้องมีการจำแนกและลักษณะความคิดปกติทางจิตออกเป็นกลุ่มๆ เพื่อจัดระเบียบและให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและรักษาความคิดปกติทางจิตเหล่านี้ ทั้งนี้ การจัดกลุ่มๆ ของโรคทางจิตเป็นเรื่องที่ยากมาก เพราะจะต้องรวบรวมสภาวะของโรคทางจิตต่างๆ ซึ่งมีหลายลักษณะและเป็นการยากที่แพทย์จะเข้าใจในลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้แล้วยังต้องอาศัยความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์จำนวนมาก แล้วหาข้อยุติซึ่งต้องอาศัยการประชุมโต้เถียงกัน

¹ Thaihealthlife, สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช, สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2560, จาก

หลายครั้ง ตลอดจนต้องมีการปรับปรุงให้ดีขึ้นเป็นลำดับ ด้วยเหตุดังกล่าวการจัดกลุ่มของความผิดปกติที่คล้ายๆ กันเข้าไปในกลุ่มเดียวกันและหาหลักเกณฑ์ในการแยกแต่ละกลุ่มออกเป็นโรคต่างๆ ความรู้จากการศึกษาที่ได้รับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะช่วยทำให้แพทย์สามารถ หาหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคและจัดกลุ่มของโรคได้ถูกต้องยิ่งขึ้นอย่างไรก็ตาม การจำแนกโรคทางจิตเวชจะเป็นปัญหามากกว่าโรคทางกายเพราะอาการแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรม (รวมทั้งความคิด และ อารมณ์) และการวัดว่าผิดปกติก็อาศัยการเบี่ยงเบนไปจากลักษณะที่ถือว่าปกติซึ่งขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะปัญหาหลักๆ ที่พบในการจำแนกหรือจัดกลุ่มโรคทางจิตมี 3 กรณีต่อไปนี้²

1. พฤติกรรมบางอย่างผิดปกติหรือไม่ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ บางคนถือว่าปกติ แต่บางคนถือว่าผิดปกติ

2. ผิดปกติแค่ไหนจึงจะเรียกว่าเป็นโรค ตัวอย่างเช่น บุคลิกภาพแปรปรวนอย่างอ่อนๆ เป็นโรคหรือเป็นความแตกต่างจากคนอื่นเล็กน้อยเท่านั้น

3. ถึงแม้พฤติกรรมนั้นจะเห็นได้ชัดว่าผิดปกติ แต่ควรจะเป็นความผิดปกติทางจิต หรือความผิดปกติด้านอื่น เช่น บุคลิกภาพแบบอันธพาล (sociopathic personality) เป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่ อย่างไรก็ดี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในเบื้องต้นมีหลักกว้างๆ ในการจำแนกโรคหรือความผิดปกติทางจิต ดังนี้³

1. แยกว่าเป็นความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) หรือเป็นความบกพร่องทางจิต (mental deficiency หรือ mental sub normality) ความบกพร่องทางจิต หมายถึงสภาวะที่สติปัญญาต่ำกว่าปกติ ตั้งแต่แรกเกิดหรือในวัยเด็กเล็ก อันได้แก่โรคปัญญาอ่อน แต่การเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง การที่เคยมีสุขภาพดีมาก่อน แล้วมาเกิดความผิดปกติภายหลัง ได้แก่ โรคจิตเภท โรคจิตที่เกิดจากสภาวะทางร่างกายโรคประสาท ฯลฯ

2. แยกว่าเป็นโรคจิต หรือไม่ใช่โรคจิต โรคจิตหรือวิกลจริต เป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรง มีกำเนิดจากสาเหตุทางร่างกายหรือสาเหตุทางอารมณ์ โดยแสดงลักษณะของความผิดปกติในความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริง และพฤติกรรมอย่างมากจนไม่สามารถจะตอบสนอง ความต้องการของชีวิตได้มักแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง มีความหลงผิด และประสาทหลอน เราอาจสรุปลักษณะสำคัญของโรคจิตได้ ดังนี้

2.1 มีการเปลี่ยนแปลงในบุคลิกภาพ กล่าวคือ มีการแยกตัวจากสิ่งแวดล้อมและเสียความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ หรือสนใจสิ่งแวดล้อมมาก

² เพิ่งอ้าง.

³ เพิ่งอ้าง.

เกินไป และมีความกระตือรือร้นที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งต่างๆ มากผิดปกติ มีการถอยหลังของพฤติกรรมไปสู่ระดับของการพัฒนาทางบุคลิกภาพที่ต่ำกว่า เช่น อายุ 10 ขวบ แต่มีพฤติกรรม ในระดับอายุ 5 ขวบ หรือไม่สามารถประกอบหน้าที่ที่เคยทำตามปกติได้ การถอยหลังของพฤติกรรมไปสู่ระดับที่ต่ำกว่าเดิมในผู้ป่วยโรคจิตมักจะรุนแรง และถอยหลังไปได้ไกลถึงวัยแรกของชีวิต หรืออาจถึงระดับ primitive คือเหมือนสัตว์หรือพืชมากกว่าจะเป็นมนุษย์ อาจมีพฤติกรรมแปลกๆ ประเภทที่คนทั่วไปเขาไม่ทำกัน เช่น พุดคนเดียว หัวเราะคนเดียว หรือแต่งกายด้วยเสื้อผ้าแบบแปลก ๆ ซึ่งไม่เหมาะสมกับกาลเทศะหรือความนิยมของสังคม อาจขยันขันแข็ง และเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วผิดปกติ หรือเกียจคร้านและเซื่องช้า ในรายที่ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม หรือเสียความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลหรือสิ่งต่างๆ อย่างมาก อาจทำให้การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสียไปด้วยลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วยก็มักจะเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น ปราศจากอารมณ์ยินดียินดีร้ายต่อสิ่งเร้าใดๆ อารมณ์ตื่นและเปลี่ยนแปลงง่าย ขาดความสามารถที่จะควบคุมอารมณ์ หรือผิดปกติในด้านระดับของอารมณ์ คือ เศร้ามาก ตื่นเต้นมาก หรือเป็นสุขมาก เป็นต้น

2.2 ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (out of reality) เพราะความคิดถูกรบกวนผู้ป่วยมักจะไม่นสนใจความเป็นจริงของสิ่งต่าง ๆ หรือรับรู้ในลักษณะที่บิดเบี้ยว หรือผิดไปจากความเป็นจริง เช่น เห็นคนอื่นกำลังมองตน ก็คิดว่าเขามองด้วยเจตนาเยาะเย้ย หรือเห็นคนกำลังคุยกันก็คิดว่าเขากำลังวางแผนจะฆ่าตน เรียกว่ามีความหลงผิด บางรายอาจมีประสาทหลอนร่วมด้วย ความผิดปกติดังกล่าวจะทำให้การตัดสินใจต่าง ๆ ของผู้ป่วยเสียไป

2.3 ขาดความรู้จักตน (no insight) คือขาดความรู้ความเข้าใจตนเองตามความเป็นจริง เช่น คิดว่า ตนเองปกติ บางคนรู้ว่าตนป่วย แต่คิดว่าป่วยทางร่างกายไม่ใช่ทางจิตใจ ประเภทแรกมักไม่ค่อยยอมรับการรักษา ประเภทหลังอาจจะยอมแต่ก็มักเชื่อว่าการรักษาที่ให้เป็นการรักษาโรคทางกายของตน ในรายที่คิดว่าตนเองปกติ อาจจะไมยอมรับการตรวจกับแพทย์ด้วยซ้ำ ในกรณีเช่นนี้ญาติอาจต้องหลอกพามาโรงพยาบาล ลักษณะดังกล่าวช่วยบอกปริมาณของการเสียความรู้จักตนของผู้ป่วยได้ดีโรคจิตอาจแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

ก. โรคจิตที่มีสาเหตุจากอารมณ์และจิตใจ (functional) หมายถึง โรคจิตซึ่งไม่สามารถแสดงพยาธิสภาพให้เห็นได้ด้วยวิธีที่มีอยู่ในปัจจุบัน การวินิจฉัยโรคจิตประเภทนี้อาศัยแค่อาการทางจิตใจร่วมกับ การวิเคราะห์แยกสาเหตุทางร่างกายออกไป โดยโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์หรือจิตใจได้แก่ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตทางอารมณ์ (Affective psychoses) และสภาวะระแวง (paranoid states) ฯลฯ โรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ได้แก่ โรคจิตจากพิษของสุรา (Alcoholic psychoses) โรคหลงในวัยชรา (senile dementia) ฯลฯ

ข. โรคจิตที่มีสาเหตุจากความผิดปกติทางร่างกาย (organic) หมายถึง โรคที่แสดงพยาธิสภาพ หรือความผิดปกติทางร่างกายให้เห็นได้ เช่นเนื้องอกของสมอง การติดเชื้อ ภาวะเป็นพิษจากสารหรือยาบางอย่าง ด้านอาการวิทยา โดยแบ่งความผิดปกติในสิ่งต่อไปนี้

1. ผิดปกติในระดับความรู้สึกตัว ได้แก่ มีอาการ confusion, delirium, stupor หรือ coma
2. เสียการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคล
3. ผิดปกติเกี่ยวกับความจำ มักจะเริ่มด้วยการเสียความจำใหม่ แต่เมื่อพยาธิสภาพรุนแรงขึ้นความจำเก่าจะเสียไปด้วย

4. ระดับเชาวน์ปัญญาต่ำลง

ถึงแม้ว่าโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางอารมณ์ หรือจิตใจส่วนใหญ่ จะไม่มีอาการในลักษณะเหล่านี้ แต่ในบางกรณี เช่นรายที่อาการรุนแรง เป็นอย่างเฉียบพลัน หรือขาดความสนใจ และขาดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมมาก ๆ อาจแสดงอาการดังกล่าวได้ หรือโรคจิตที่เกิดจากสาเหตุทางร่างกายบางโรคอาจไม่แสดงอาการ 4 ข้อข้างต้นก็เป็นได้ในทางการแพทย์

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจำแนกโรคในทางจิตเวชนั้นมีความละเอียดมาก และการแบ่งผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการรักษาโรค ซึ่งหากวิเคราะห์ตามสภาพของโรคจิตเวชแล้วจะพบว่าอาการจำแนกโรคทางจิตเวชในทางการแพทย์จะครอบคลุมในลักษณะกว้าง โดยถือว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตทั้งหมดเป็นผู้ป่วย ไม่ว่าจะความผิดปกตินั้นจะเกิดจากปัญญาอ่อน (mental retardation) โรคประสาท (neurosis) โรคจิต (psychosis) ความผิดปกติทางเพศ (sexual deviation) รวมถึงผู้ที่ติดยาเสพติดด้วย เหล่านี้ล้วนเป็นผู้ป่วยที่ควรจะได้รับ การรักษา กล่าวคือ ใช้เกณฑ์พิจารณาว่าผู้ใดมีความผิดปกติทางจิต แม้เพียงเล็กน้อยแต่สมควรได้รับการรักษา ย่อมถือเป็นผู้ป่วยจิตเวชในทางการแพทย์ได้

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในแง่มุมมองของกฎหมายจะพบว่า การใช้มาตรการทางกฎหมาย เพื่อลงโทษยกเว้นโทษ คุ้มครองและคุ้มครองสิทธิ หรือให้การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางจิตนั้น จะต้องพิจารณาหลักการและเหตุผล เงื่อนไขการใช้ให้ชัดเจนเสียก่อนบัญญัติกฎหมายใดๆ เช่น ในกฎหมายอาญามุ่งคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่อาจสำนึกในการกระทำของตนได้ แต่มิได้หมายความว่ารวมถึงผู้ที่ติดยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเป็นครั้งคราวด้วย ดังนั้นในมุมมองของกฎหมายจึงต้องมีการกำหนดกลุ่มโรคความผิดปกติให้ชัดเจนเสียก่อนว่า กฎหมายฉบับนั้น ประสงค์จะใช้กับผู้มีปัญหาหรือบกพร่องทางจิตในกลุ่มใดแล้วจึงกำหนดมาตรการทางกฎหมายอื่นๆ เพื่อรองรับวัตถุประสงค์ดังกล่าวต่อไป จะเห็นได้ว่าค่อนข้างแตกต่างจากมุมมองทางการแพทย์ที่ใช้เกณฑ์ผู้มีปัญหาทางจิตและควรได้รับการรักษาเป็นหลัก

2.1.2 หลักการและเกณฑ์ทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

เมื่อผ่านการประเมินสภาพว่ามีความผิดปกติทางจิตและสมควรได้รับการรักษาในเบื้องต้นแล้ว การจะถือว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตเวชนั้น ผู้ป่วยจะต้องมีความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเป็นอาการ และอาการดังกล่าวจะแสดงเมื่อมีความไม่สบายใจหรือปัญหากระทบจิตใจ โดยในเบื้องต้นการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชต้องมี 2 องค์ประกอบ คือ⁴

- 1) อาการเข้าได้กับกลุ่มโรค (Syndrome) ต่างๆ ที่เฉพาะหรือเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรค
- 2) เสียหน้าที่ (Dysfunction) ซึ่งอาจเป็นการงานอาชีพ (Occupational dysfunction) หรือการเข้าสังคม หรือรักษาสัมพันธ์กับผู้อื่น (Social Dysfunction) หรือรู้สึกเป็นทุกข์ (distress)

สำหรับกลุ่มโรคหรือเกณฑ์การวินิจฉัยของโรคนั้น ปัจจุบันระบบการแบ่งประเภทของโรคทางจิตเวชมีอยู่ 2 ชนิด คือ ระบบ ICD และระบบ DSM สำหรับในระบบแรก คือ ระบบ ICD (International classification of disease) ระบบนี้รวบรวมและจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ด้วยวิธีการเก็บสถิติจากทุกประเทศทั่วโลก ทั้งนี้ การจำแนกโรคทางจิตเวชอยู่ในหมวด F00-F99 Mental and behavioral disorders หรือการจำแนกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม โดยปัจจุบันได้มีการทบทวนแก้ไขจนมาถึง ฉบับที่ 10 หรือ ICD 10 แล้ว ในขณะที่ระบบ DSM (Diagnosis and statistic manual of mental disorder) ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychological Association หรือ APA) ปัจจุบันทบทวนแก้ไขเป็นฉบับที่ 5 หรือ DSM 5

จากการศึกษาพบว่า ระบบ ICD10 และระบบ DSM5 มีแนวทางการจำแนกโรคทางจิตเวชที่สอดคล้องกันและไม่แตกต่างกันมากนัก ส่วนใหญ่สามารถวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการเดียวกันหรือเป็นโรคเดียวกันได้ เพียงแต่บางกรณีอาจมีการเขียนบางโรคที่แตกต่างกันเท่านั้น แต่สภาพอาการของโรคเหมือนกัน โดยความแตกต่างที่สำคัญของทั้งสองระบบน่าจะเป็นในเรื่องของผู้จัดทำวัตถุประสงค์ในการจัดทำและลักษณะการเผยแพร่มากกว่า กล่าวคือ ระบบ ICD จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก จากการรวบรวมสถิติจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ด้วยวิธีการส่งแบบสำรวจไปยังประเทศที่ใช้เกณฑ์วินิจฉัยระบบ ICD 10 เพื่อสอบถามข้อมูลในการพัฒนาเกณฑ์วินิจฉัย โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดทำก็เพื่อช่วยเหลือประเทศต่างๆ และลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งยังเป็นข้อมูลที่เผยแพร่ฟรีบนอินเทอร์เน็ตเพื่อให้เข้าถึงได้ง่าย ในขณะที่ระบบ DSM นั้นจัดทำโดยสมาคมจิตเวชแห่งสหรัฐอเมริกาโดยคณะผู้จัดทำ คือ จิตแพทย์ชาวอเมริกาและวัตถุประสงค์ในการจัดทำคือเพื่อเป็นแนวทางของแพทย์ในการวินิจฉัยโรคจิตเวชอันนำไปสู่การรักษาที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

⁴ ฉหทัย วงศ์กำรันย์, บทบาทกระบวนการวิชาจิตเวชศาสตร์, (เชียงใหม่: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2557). น. 7.

รวมถึงการจำแนกตามระบบ DSM นี้ยังช่วยสร้างรายได้ให้แก่สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา อีกด้วย โดยระบบ DSM นั้นมักถูกใช้นำไปอ้างอิงในงานวิจัยมากกว่า อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยใช้ระบบ ICD-10 ตามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้เป็นมาตรฐาน เพื่อให้จำแนกโรคกลุ่มต่างๆ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกันกับระดับนานาชาติ

จากการจำแนกโรคทางจิตเวชตามระบบ ICD10 และ DSM5 สามารถสรุปกลุ่มโรคและเนื้อหาของโรคทางจิตเวชได้ ดังต่อไปนี้⁵

1. โรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้วและกลุ่มโรคซึมเศร้า (Bipolar and depressive disorders) สภาพอาการคือ เป็นความแปรปรวนของอารมณ์และการแสดงอารมณ์ อาจเป็นอารมณ์ซึมเศร้าและอารมณ์ครื้นเครง (หรือหงุดหงิด) เป็นหลัก หรือสลับกัน

2. โรคจิตเภททั้งหลายและโรคจิตอื่นๆ (Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders) หรือที่เราชอบเรียกกันว่า “โรคจิต” คือ เป็นความผิดปกติของความคิดที่ไม่เป็นเหตุเป็นผลและไม่เป็นความจริง มีหลายชนิด เช่น โรคจิตเภท (schizophrenia) หรือโรคหลงผิด (delusional disorder) เป็นต้น

3. โรควิตกกังวล (Anxiety disorders) คือ อาการที่วิตกกังวลโดยเป็นความลัวหน้าว่าจะไปเกิดผลลัพธ์ที่ไม่ดี ซึ่งเป็นการคาดการณ์มากกว่าความจริงหรือไม่สมเหตุผล อย่างไรก็ตาม อาการวิตกกังวลพบได้ไม่กลุ่มโรคอื่นด้วย มิได้เฉพาะว่าอาการจะต้องปรากฏในกลุ่มโรคนี้โดยเฉพาะ

4. โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-compulsive disorder-OCD and related disorders) เช่น อาการชอบคิดว่าร่างกายของตนเองผิดปกติ โรคสะสมของ โรคถอนขน โรคหิบบิวหนัง เป็นต้น

5. โรคที่เกี่ยวกับการบาดเจ็บและภาวะเครียด (Trauma-and stressor-related disorders) เป็นกลุ่มโรคที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญ หรือสถานการณ์ที่สร้างภาวะเครียด รวมถึงภาวะการปรับตัวผิดปกติด้วย เช่น ภายหลังประสบเหตุการณ์แล้วมีพฤติกรรมในการเข้าสังคมที่ผิดปกติไป

6. โรคที่มีอาการทางกายเป็นการแสดง (Somatic symptoms and related disorders) คือ ภาวะทางจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกาย กล่าวคือ กรณีผู้ป่วยมีโรคทางกายที่ตรวจพบได้จริง แต่ปัจจัยทางจิตใจส่งผลให้เกิดโรคทางกายนั้น เช่น ซึมเศร้าไม่ยอมรับประทานอาการทำให้เป็นผลในกะเพาะอาหาร หรือ โรค Somatic Symptom Disorders หรือโรคทางจิตที่ผู้ป่วยบ่นหรือรู้สึกว่าคุณเองมีโรคทางกาย แต่เมื่อตรวจอย่างละเอียดแล้วไม่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางกายอย่างแท้จริง เป็นต้น กล่าวง่าย ๆ คือ อาการทางจิตมีผลทำให้โรคทางกายหายช้า หรือโรคทางกายกำเริบ หรือคิดว่า

⁵ เพิ่งอ้าง. น. 8-22.

ตนเองมีโรคทางกาย แต่แท้จริงแล้วเกิดจากปัญหาทางจิต ถ้าไม่ได้รับการรักษาจิตใจก็จะปรากฏโรคทางกายเช่นนั้น

7. Dissociative disorders เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีการแยกระดับความรู้สึกออกจากความคิด และผู้ป่วยยังมีความรู้สึกตัวคืออยู่ ไม่เพื่อหรือไม่สับสน เช่น dissociative amnesia หมายถึงผู้ป่วยเคยประสบเหตุการณ์สะเทือนใจ แต่ลืม นึกไม่ออก ไม่เคยรู้ว่าประสบเหตุการณ์นั้น เป็นต้น

8. โรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร เป็นโรคทางจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดหรือสารเสพติดต่างๆ โดยเริ่มต้นจากการใช้อย่างควบคุมไม่ได้จนกระทั่งเกิดอาการเสพติด จนทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช เช่น ประสาทหลอน คิดว่ามีคนจะทำร้ายจากการใช้ยาบ้า

9. ปัญหาจิตเวชในผู้ป่วยต่างแผนก (Consultation-liaison (CL) psychiatry) เป็นการประเมินสุขภาพจิตของผู้ป่วยในแผนกอื่นๆ เช่น อายุรกรรม สูติศาสตร์ นรีเวช ชุมชน ก่อตัวคือ เป็นกรณีซึ่งผู้ป่วยเจ็บป่วยมาจากอาการทางกายอื่นๆ แต่ภายหลังตรวจแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิต จึงต้องส่งตัวมาพบจิตแพทย์ เพื่อปรึกษาและให้คำแนะนำ รวมถึงรักษาอาการต่างๆ ซึ่งในกรณีนี้รวมถึงการแจ้งข่าวร้ายต่อญาติผู้ป่วย หรือปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรัง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย โดยวิธีการรักษา ดูแล ประเมิน โรคจะแตกต่างกันและมีลักษณะพิเศษออกไปต้องอาศัยเทคนิคเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น

10. โรคบุคลิกภาพแปรปรวน (Personality disorder) คือ กรณีที่ผู้ป่วยมีลักษณะบุคลิกภาพมากหรือเด่นชัดมากเกินไป จนกระทบต่อสัมพันธภาพหรือการใช้ชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อความไม่สบายใจของบุคคลนั้น หรือมีลักษณะที่ผิดแปลกไปจากบรรทัดฐานของสังคมนั้นๆ ซึ่งทำให้คนรอบข้างยอมรับไม่ได้ เช่น เข้าระเบียบเกินไป เก็บตัวมากเกินไป ขี้สงสัยหรือขี้ระแวงมากเกินไป เป็นต้น

11. Neurocognitive disorder คือ ภาวะเพื่อ และกลุ่ม โรคสมองเสื่อม

12. จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (Child and adolescence psychiatry) เนื่องจากอาการทางจิตบางประเภทมีลักษณะเฉพาะบางประการ รวมถึงในบางครั้งอาจมีสภาพอาการแตกต่างจากของผู้ใหญ่ ดังนั้น จึงมีการแยกโรคทางจิตของเด็กและวัยรุ่นออกมาเพราะ โรคบางโรคเริ่มต้นเกิดในวัยเด็กเท่านั้น เช่น โรคสมาธิสั้น ปัญญาบกพร่อง ออทิสติก เป็นต้น

13. จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatry psychiatry) ผู้สูงอายุก็มีอาการทางจิตเฉพาะประชากรเช่นกัน กล่าวคือ เป็ดที่เริ่มต้นเกิดขึ้นครั้งแรกในวัยสูงอายุ เช่น โรคสมองเสื่อม หรือโรคซึมเศร้า โดยในบางครั้งอาการในผู้สูงอายุก็แตกต่างไปจากผู้ใหญ่เช่นกัน

14. โรคเกี่ยวกับเพศ เป็นโรคเกี่ยวกับอาการทางเพศต่างๆ เช่น ความผิดปกติทางเพศที่แสดงออกมากเกินไป หรือรสนิยมทางเพศที่ผิดปกติ รวมถึงความไม่พอใจในเพศของตน หรือความเบี่ยงเบนทางเพศนั่นเอง

15. นิติจิตเวชศาสตร์ (Forensic psychiatry) เป็นกรณีสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย เช่น กฎหมายแพ่ง กฎหมายอาญา พระราชบัญญัติสุขภาพจิต โดยจะเป็นการศึกษาโรคและอาการของผู้ป่วยที่กระทำความผิดว่า ผู้ป่วยผิดปกติจริงหรือไม่เหตุใดจึงทำแบบนั้น รวมถึงกระบวนการรักษาภายหลังกระทำความผิดต่างๆ

16. กลุ่มโรคอื่นๆ เช่น การกินที่ผิดปกติ การนอนที่ผิดปกติ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ใ้การพิจารณาว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น หรือต่อสังคมหรือไม่นั้น โดยทั่วไปแล้วมักพิจารณาจากอาการของผู้ป่วยเป็นหลักมิใช่พิจารณาจากกลุ่มโรคที่ผู้ป่วยประสบ เช่น ผู้ป่วยอาจเป็นโรคจิตแต่ยังไม่ถึงขนาดที่จะเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นก็เป็นได้ หรือในบางครั้งผู้ป่วยที่เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้วอาจมีอาการทางจิตถึงขนาดเป็นอันตรายต่อบุคคลรอบข้างก็เป็นได้ ดังนั้นแม้จะสามารถจำแนกกลุ่มโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยประสบได้ในทางการแพทย์แล้ว แต่ก็มิได้หมายความว่าเราจะรู้ได้ว่าผู้ป่วยคนนั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสังคม แต่ต้องพิจารณาลักษณะและอาการของโรคที่ผู้ป่วยประสบต่อไปด้วยว่า เข้าข่ายและเป็นอันตรายหรือไม่ ซึ่งอาการเบื้องต้นที่จะสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสังคม มีดังนี้⁶

1. รู้สึกทุกข์ทรมานใจ (Distress) คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกกังวล ไม่มีความสุข คิดมาก คิดฟุ้งซ่าน ไม่สบายใจ เป็นที่รบกวนจิตใจอย่างมาก บางคนมีอาการแสดงออกทางร่างกายโดยมีสาเหตุจากจิตใจ เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการต่างๆ เหล่านี้เป็นอยู่บ่อยครั้ง จริ่งจิง (intensity) และคงอยู่นาน (persistent) ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ทรมานไม่หายสักทีและทรมานจิตใจอย่างมาก คนที่เป็นมักจะรู้ตนเอง (insight) ว่ามีสุขภาพจิตไม่ใคร่ดี มีความผิดปกติของจิตใจ แต่บังคับจิตใจให้หยุดคิด หยุดกลัว หยุดกังวลไม่ได้ ความผิดปกติที่มีอาการรบกวนจิตใจตนเองนี้มักเป็น กลุ่มโรคประสาท (neurosis) ซึ่งได้แก่ โรคประสาทวิตกกังวล หวั่นกลัว ประสาทเครียด ขวัญผวา ภายหลังเหตุการณ์สะเทือนใจรุนแรง ย้ำคิดย้ำทำ บางคนมีอาการตื่นตระหนก (panic) จนแทบจะควบคุมสติไม่อยู่ กลัวว่าตนเองจะเป็นบ้า หรือโรคประสาทที่มีอาการทางกายโดยมีสาเหตุจากจิตใจ ได้แก่ โรคซึมเศร้ามีอาการหนักหน่วง ท้อแท้ หมกมุ่นตายอยาก เป็นต้น

⁶ คณะ DHM Staff กรมสุขภาพจิต, ปัญหาสุขภาพจิต...กับคนดังระดับโลก, สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มกราคม 2562, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=861>.

2. กระทบกระเทือนหรือรบกวนผู้อื่น (Disturb) เป็นพฤติกรรมหรือความเจ็บป่วยส่งผล กระทบกระเทือนหรือรบกวนผู้อื่น ในกรณีนี้ผู้ป่วยมักจะไม่มีรู้สึกเดือดเนื้อร้อนใจ ไม่คิดว่าตัวเอง มีปัญหา หรือเจ็บป่วยอะไร ไม่รับรู้ว่าตัวเองมีพฤติกรรม ความประพฤติเปลี่ยนแปลงไป จนก่อ ความเดือดร้อนให้แก่ผู้อื่นหรือสังคม หรือรู้ตัวเองแต่ควบคุมพฤติกรรมของตนเองไม่ได้ สร้างความ เดือดร้อนแก่ผู้คนรอบข้าง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักถูกจัดอยู่ในประเภทโรคจิตเภท (psychoses) คือมีอาการ ประสาทหลอน โดยที่พบได้บ่อยๆ คือ ชนินหูแว่ว หรือมีความคิดหลงเชื่อผิดๆ เช่น หลงผิดคิด ระวังว่ามีคนก่อกวนแกล้ง คิดร้าย เป็นความคิดหลงผิดที่พบบ่อยที่สุด หลงผิดคิดว่าตัวเองมีอิทธิฤทธิ์ เป็นใหญ่เป็นโต เป็นศาสดา เจ้าฟ้า เจ้าหญิง คนมีชื่อเสียง เป็นต้น โดยยังมีความคิดหลงผิดๆ อื่นๆ อีกมากมายหลายรูปแบบ ที่อันตรายก็คือ คนไข้ประเภทนี้มักไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วย ของตัวเอง ไม่รับรู้ว่าตัวเองป่วย ทำให้ไม่ยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา สร้างความรบกวนและ เดือดร้อนให้กับครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานได้มากมาย ความผิดปกติกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคจิตเภท ต่างๆ เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) หรือ โรคจิตชนิดหลงผิด (Delusion disorders) ที่มีอยู่หลาย ประเภทที่มีอยู่ในกลุ่มโรคจิตแต่ชอบก่อความเดือดร้อน วุ่นวายให้กับครอบครัว ญาติพี่น้อง คือ กลุ่มบุคลิกภาพเบี่ยงเบนหรือบกพร่อง โดยจะมีนิสัยที่เป็นแบบแผนที่ปฏิบัติมานานจนเป็นเรื่อง ธรรมดาของผู้ป่วยจนไม่รู้สึกเดือดร้อน แต่คนรอบข้างจะเดือนร้อนและจำเป็นต้องทนอยู่ร่วม อย่างอึดอัด

3. มีผลกระทบสร้างความเสียหายหรือพิกลพิการ (Disability) หลังจากมีอาการอย่างใด อย่างหนึ่งในสองข้อแรกแล้ว ถ้ามีผลกระทบกระเทือนต่อคุณภาพชีวิต มีผลเสียหายต่อ ประสิทธิภาพในด้านต่างๆ เช่น ถึงขาดทำงานไม่ได้ หรือเข้าสังคมไม่ได้ ตัวอย่างที่เคยมีในสังคม และมักพบบ่อย คือ ผู้ป่วยอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มักจะมีความคิดอยากฆ่าตัวตายควบคู่ไปด้วย ถ้า ไม่ได้ได้รับความเข้าใจให้การดูแลรักษา ก็อาจจะพยายามฆ่าตัวตายและเสียชีวิตได้จริงๆ ในบางครั้งมี อาการถึงขนาดฆ่าตัวตายกันทั้งครอบครัว คือพ่อแม่ไม่อยากตายไปคนเดียว ด้วยความรักความเป็นห่วง เลยฆ่าลูกๆ ตามไปด้วยอย่างน่าสลดใจ

กล่าวโดยสรุป การที่จะพิจารณาว่าผู้ป่วยจิตเวชคนใดอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น นอกจาก พิจารณาโรคที่ผู้ป่วยจิตเวชประสบแล้ว ต้องพิจารณาลักษณะและสภาพอาการของผู้ป่วยจิตเวชคน นั้นด้วยว่าเข้าลักษณะใดในสามกรณีข้างต้นหรือไม่ รวมถึงประวัติทางจิตก่อนหน้าว่าเคยถูกบังคับ รักษาหรือประวิติการใช้ความรุนแรงใดๆ หรือไม่ เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้จิตแพทย์ผู้ทำการรักษา สามารถพิจารณาและคาดการณ์ได้อย่างแม่นยำว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนใดบ้างที่สมควรได้รับการดูแล จากรัฐอย่างเป็นพิเศษ กล่าวคือ รัฐสมควรต้องบัญญัติมาตรการทางกฎหมายใดไว้เป็นการเฉพาะใน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อมิให้ไปก่ออันตรายแก่ผู้อื่น สังคม หรือไม่ ซึ่งเมื่อสามารถจัดกลุ่มผู้ป่วยจิต

เวชที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นได้แล้ว รัฐจะได้กำหนดกฎหมายที่เหมาะสมแก่สภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มดังกล่าวต่อไป

2.1.3 ทฤษฎีการป้องกันสังคม

ดังที่ได้ศึกษาไปแล้วว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางจิตจึงทำให้ขาดความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมรอบกาย อีกทั้งบางครั้งก็มีอาการหรือประพฤติดันผิดแผกไปจากคนทั่วไป ซึ่งบางครั้งความผิดปกติดังกล่าวอาจเลยไปถึงการกระทำความผิดทางอาญา หรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นและสังคมได้ ดังนั้นนอกจากในทางกฎหมายอาญาจะมีทฤษฎีเกี่ยวกับการลงโทษผู้กระทำความผิดตามกฎหมายอาญาเพื่อลงโทษผู้กระทำความผิดเข็ดหลาบและไม่กระทำความผิดอีก ยังมีอีกแนวคิดหนึ่ง คือ ทฤษฎีการป้องกันสังคม (the Social Defense Theory) ซึ่งเกิดจากนักอาชญาวิทยา (Fillippo Gramatica) ของสำนักอาชญาวิทยาแบบป้องกันสังคม (Social Defense School) โดยนำเอาปรัชญาของสำนักอาชญาวิทยาแบบดั้งเดิม กับสำนักปฏิฐานนิยมมาผสมผสานกัน กล่าวคือ เป็นการมุ่งเน้นให้มีการแก้ไขกฎหมายอาญาให้สอดคล้องกับหลักพฤติกรรมศาสตร์ โดยมีเป้าหมายคือ ป้องกันสังคมและปรับปรุงแก้ไขผู้กระทำความผิดให้กลับสู่สังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นคนทั่วไป โดยสิ่งที่สำนักอาชญาวิทยาแบบป้องกันให้ความสนใจ คือ บุคลิกภาพของผู้กระทำความผิด กฎหมายอาญา และการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อสังคมที่ดีและเพื่อป้องกันอาชญากรรม⁷

นอกจากทฤษฎีการป้องกันสังคมจะนำไปใช้ในทางกฎหมายอาญาแล้ว กรณีผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตก็ได้้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้เช่นกัน กล่าวคือ ทฤษฎีการป้องกันสังคมถือเป็นหลักการและเหตุผลสำคัญในการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองกลุ่มคนเหล่านี้ เพราะทฤษฎีป้องกันสังคมเชื่อว่าการใช้มาตรการกันหรือแยกตัวบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายจากสังคม โดยให้การรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ อีกทั้งเป็นหลักประกันว่าสังคมจะได้รับความปลอดภัยจากผู้ป่วย โดยแนวคิดนี้เป็นที่มาของการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับรักษาผู้ป่วยที่มีความอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น และไม่ยอมหรือขาดความสามารถในการให้ความยินยอมให้แพทย์รักษา เนื่องจากความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจของผู้ป่วยบิดเบือนไปจากที่ควรจะเป็นจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการบังคับ อีกทั้งระบบกฎหมายอาญาและการลงโทษไม่สามารถยับยั้งการกระทำ ความผิดของผู้ป่วยได้ เพราะผู้ป่วยไม่อาจตระหนักได้ว่าการกระทำของตนเองนั้นถูกหรือผิดและไม่

⁷ จุฬาลักษณ์ ตูละวรรณ, “แนวทางการป้องกันการผิดเงื่อนไขของผู้ถูกคุมความประพฤติ โดยอาสาสมัครคุมประพฤติ สำนักงานคุมประพฤติ จังหวัดอุดรธานี,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2544), น. 11.

รู้ถึงผลร้ายของการกระทำของตน จึงต้องมีมาตรการเพื่อผู้มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะ โดยนำมาบำบัดรักษาและป้องกันก่อนที่ผู้ป่วยจะทำความผิดขึ้น⁸ กล่าวได้ว่า แนวคิดดังกล่าวเป็นที่มาแห่งกฎหมายเกี่ยวกับผู้มีความผิดปกติทางจิตทั่วโลก รวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ของไทยด้วย ทั้งนี้ ทฤษฎีการป้องกันสังคมพอจะสรุปสาระสำคัญได้ 5 ประการ⁹ ดังนี้

1. มาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหอาชญากรรม ควรเป็นไปเพื่อป้องกันสังคมมากกว่าลงโทษผู้กระทำความผิด

2. ป้องกันสังคมจากการกระทำของผู้มีอาการทางจิต โดยใช้วิธีการแยกหรือกักกันออกมารวมทั้งการป้องกันและให้การเยียวยาเพื่อให้ผู้มีอาการทางจิตสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้ในภายหลัง

3. การป้องกันสังคมพิจารณาถึงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนมากกว่าที่จะพิจารณาพฤติกรรมของกลุ่มบุคคล

4. มาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ไขผู้กระทำความผิดต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักมนุษยธรรมและตระหนักถึงสิทธิและเสรีภาพพื้นฐานของบุคคล

5. ประเมินและทำความเข้าใจบุคลิกภาพของบุคคลและปรากฏการณ์ทางอาชญากรรมต้องใช้วิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามาตรการที่นำมาใช้เหมาะสมและเป็นธรรม

จะเห็นได้ว่าหลักการนี้ นอกจากมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันแล้วยังมีให้ความสำคัญแก่มาตรการแก้ไขฟื้นฟูเพื่อเยียวยาให้ผู้ป่วยจิตเวชหายจากความผิดปกติทางจิต โดยเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วก็จะสามารถเข้าใจระเบียบทางสังคมและกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติอีกครั้ง รวมถึงผู้ป่วยจะสามารถพิจารณาและตัดสินใจยับยั้งกระทำการต่างๆ ของตนเองได้ ซึ่งเป็นการป้องกันสังคมจากอาชญากรรมและช่วยเหลือคุ้มครองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตอีกด้วย

2.1.4 หลัก Duty to warn และ Duty to protect

หน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน หรือ Duty to warn and Protect เป็นหลักกฎหมายในเรื่องละเมิด ซึ่งส่วนมากมักนำมาใช้กับกรณีความรับผิดชอบของผู้ประกอบการในเรื่องสินค้าไม่ปลอดภัยหรืออาจเป็นอันตราย เช่น ผู้ผลิตมีหน้าที่ต้องเตือนผู้บริโภคในกรณีที่ผลิตภัณฑ์อาจเป็นอันตราย รวมถึงให้คำแนะนำและข้อควรระมัดระวังในการใช้ผลิตภัณฑ์นั้นแก่ผู้ใช้ทุกคน หรือกรณี

⁸ พิพัฒน์ จำเริญจิตร, การบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต หลักสูตรผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่ 9, (กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม, 2554), น. 8-9.

⁹ อรรถพร ชูบำรุง, อาชญาวิทยาและอาชญากรรม, (กรุงเทพฯ : คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2532), น. 50. อ้างถึงใน จิงชัย ศรีประสิทธิ์, “มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540), น. 24.

ที่เจ้าของอสังหาริมทรัพย์ซึ่งมีวัตถุอันตรายมีหน้าที่ที่จะต้องเตือนบุคคลอื่นที่เข้ามาภายในอสังหาริมทรัพย์ของตนว่า มีวัตถุซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นได้

อย่างไรก็ดี ปัจจุบันหลักดังกล่าวได้นำมาใช้กับกรณีความรับผิดชอบของนักบำบัดหรือจิตแพทย์ที่มีหน้าที่ต้องเตือนบุคคลที่สามหรือแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบ กล่าวคือ เมื่อมีเหตุการณ์ใดที่ชี้ให้นักบำบัดหรือจิตแพทย์เชื่อหรือเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชของตนอาจทำให้ตนเองหรือบุคคลที่สามได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายจากอาการทางจิตของตนเองได้ นักบำบัดหรือจิตแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องเตือนบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยหรือบุคคลที่สามซึ่งตกอยู่ในอันตราย หรือแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบในความอันตรายดังกล่าวนี้ ทั้งนี้ หน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันนี้ถือเป็นหนึ่งในไม่กี่กรณีที่กำหนดให้นักบำบัดหรือจิตแพทย์สามารถละเมิดหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ป่วยได้ เพราะโดยปกติแล้วในคู่มือทางจริยธรรมของจิตแพทย์จะกำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่รักษาความลับซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้ตลอดการรักษา

สำหรับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันนี้ มีที่มาจากสองคดีที่สำคัญของสหรัฐอเมริกา คือ คดี *Tarasoff v. Regents of University of California* (1976)¹⁰ และ คดี *Jablonski by Pahls v. United States* (1983)¹¹ ดังนี้¹²

คดี *Tarasoff v. Regents of University of California*

หลักหน้าที่ที่ต้องเตือนเริ่มต้นมาจาก คดี *Tarasoff v. Regents of the University of California* (1976) ที่นักบำบัดไม่แจ้งหญิงสาวและครอบครัวของหญิงสาวให้ทราบถึงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช จนทำให้หญิงสาวถูกผู้ป่วยจิตเวชฆ่าจนถึงแก่ชีวิต ข้อเท็จจริงในคดีนี้เริ่มจาก นาย Poddar ซึ่งเป็นชาวอินเดียและเกิดที่เมือง เบงกัล (Bengal) ได้เดินทางมาศึกษาต่อชั้นปริญญาตรีที่มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย วิทยาเขตเบิร์คลีย์ (University of California campus at Berkeley) จนกระทั่งใน ปี ค.ศ. 1968 เขาได้เข้าเรียนวิชาเดินโพร์ค และได้เจอกับนางสาว Tatiana (Tanya) Tarasoff หลังจากที่พวกเขาเจอกันในชั้นเรียนก็ได้พูดคุยกัน จนกระทั่งช่วงคริสต์มาสปีนางสาว Tarasoff ได้จูบนาย Poddar จนทำให้นาย Poddar เข้าใจว่า การแสดงออกในลักษณะดังกล่าวเป็นการแสดงว่าพวกเขาได้เริ่มคบกันอย่างเป็นทางการแล้ว อย่างไรก็ตาม นางสาว Tarasoff ไม่ได้คิดแบบเดียวกับนาย Poddar เพราะในเวลาต่อมาเธอได้เจอผู้ชายคนใหม่ ก่อนประกาศว่าเธอกำลังคบกับผู้ชายคนใหม่อยู่ จากการปฏิเสธของนางสาว Tarasoff นี้ทำให้นาย Poddar ต้องประสบกับ

¹⁰ *Tarasoff v. Regents of University of California* 551 P.2d 334, 345-47, Cal. 1976

¹¹ *Jablonski by Pahls v. United States*, 712 F.2d 391 (9th Cir. 1983)

¹² Floyd L. Jennings, *Revisiting the Duty to Warn Issue*, Retrived October 22, 2561, from

สภาวะทางอารมณ์ที่วิตกกังวลและรุนแรงมาก โดยเขาได้กลายเป็นคนซึมเศร้าและเฉยเมยกับทุกสิ่งรอบตัวเขา ไม่ว่าจะเป็นการเรียนหรือสุขภาพร่างกายของตนเองเขาเริ่มพูดไม่รู้เรื่องและร้องไห้บ่อยๆ จนอาการของเขาแยกลงเรื่อยๆ

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1969 นาย Poddar ได้เข้ารับการรักษากับจิตแพทย์ที่ชื่อว่า Lawrence Moore ที่โรงพยาบาล UC Berkeley's Cowell Memorial ในระหว่างการรักษานาย Poddar ได้แสดงออกว่ามีความประสงค์จะฆ่านางสาว Tarasoff ให้นายแพทย์ Moore เห็นหลายครั้ง ด้วยเหตุดังกล่าวนายแพทย์ Moore จึงแจ้งให้ตำรวจของมหาวิทยาลัยทราบและให้ความเห็นว่านาย Poddar สมควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะเขามีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น ในเวลาต่อมา นาย Poddar จึงถูกกักตัวเพื่อรักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ในระหว่างที่เขาถูกกักตัว อาการของเขาคงที่และไม่มีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตราย ตำรวจจึงปล่อยตัวเขาออกมา รวมถึงนาย Poddar สัญญาว่าจะอยู่ให้ห่างจากนางสาว Tarasoff แต่ภายหลังได้รับการปล่อยตัว ผู้อำนวยการฝ่ายจิตเวชของโรงพยาบาล Cowell Memorial ได้เขียนหนังสือสั่งการรักษา แต่หนังสือดังกล่าวก็ได้ถูกทำลายไป ทั้งนี้ เนื่องจากตำรวจและจิตแพทย์ไม่ได้แจ้งหรือเตือนนางสาว Tarasoff และครอบครัวของเธอให้ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากนาย Poddar ซึ่งภายหลังที่นาย Poddar ออกจากโรงพยาบาลแล้ว เขายังคงแอบตามนางสาว Tarasoff เรื่อยมา จนในที่สุดเขาก็ได้ฆาตกรรมเธอในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1969 โดยนาย Poddar ได้ไปหานางสาว Tarasoff ที่บ้านพร้อมกับอาวุธคือ มีดทำครัวและปืนลูกปราย หลังจากเผชิญหน้ากัน นางสาว Tarasoff ได้พยายามตะโกนเพื่อขอความช่วยเหลือ แต่นาย Poddar ได้ยิงเธอด้วยปืนลูกปราย ก่อนที่เธอจะวิ่งหนีไปที่สวนแต่นาย Poddar ได้วิ่งตามไปเพื่อจับตัวเธอและแทงเธออีกครั้งด้วยมีดทำครัว จนกระทั่งนางสาว Tarasoff เสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่นาย Poddar ฆาตกรรมนางสาว Tarasoff แล้ว เขาก็ได้กลับไปที่บ้านและเป็นผู้แจ้งตำรวจก่อนจะถูกจับในเวลาต่อมา เขาได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการโรคจิตเภทแบบหวาดระแวง ซึ่งเป็นโรคเดียวกับที่นายแพทย์ Moore ได้วินิจฉัยไว้ในตอนแรก

ด้วยเหตุดังกล่าว ครอบครัวของนางสาว Tarasoff ได้ทำการฟ้องจิตแพทย์และมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เบิร์กลีย์ (University of California, Berkeley) โดยต่อสู้ในคำฟ้องว่าลูกสาวของพวกเขาควรได้รับการเตือนว่าจะได้รับอันตราย ในขณะที่ฝั่งจำเลยซึ่งก็คือ จิตแพทย์และมหาวิทยาลัยได้ต่อสู้ว่า พวกเขามีหน้าที่ที่จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วยดังนั้นจึงไม่อาจเตือนได้ในคดีนี้ศาลล่างเห็นด้วยกับจำเลย แต่ครอบครัวของนางสาว Tarasoff ได้อุทธรณ์คดีต่อศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Supreme Court) จนกระทั่งศาลสูงได้พิจารณาและตัดสินคดีนี้ในปี ค.ศ. 1976 โดยสรุปว่า ความลับของผู้ป่วยย่อมเป็นรองต่อความปลอดภัยของสาธารณะ (confidentiality was secondary to the public's safety) ดังนั้นจิตแพทย์ต้องรับผิดชอบเนื่องจากไม่เตือน

เชื่อว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยระบุว่า การที่จิตแพทย์ไม่เตือนเหยื่อซึ่งคือ นางสาว Tatiana หรือบุคคลอื่นที่อาจได้รับอันตราย ถือว่าจิตแพทย์ได้ละเมิดหน้าที่ของตนเอง โดยหน้าที่ดังกล่าวเป็นหน้าที่ที่จะต้องกระทำการใดๆ เพื่อป้องกันนางสาว Tatiana อย่างสมเหตุสมผล อีกทั้งการที่จิตแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องเตือนบุคคลที่สามถึงอันตรายจากผู้ป่วยที่อาจคาดการณ์ได้ เนื่องจากเป็นไปตามหลักความสัมพันธ์พิเศษ (special relationship) ระหว่างแพทย์กับบุคคลที่เป็นอันตรายหรือแพทย์กับเหยื่อ

คดี Jablonski by Pahls v. the United States (1983)¹³

คดี Jablonski by Pahls v. the United States เป็นคดีที่ขยายความรับผิดชอบของหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน โดยให้รวมถึงกรณีที่ผู้ป่วยเคยมีประวัติความรุนแรงหรืออันตรายมาก่อนด้วย กล่าวคือในคดีนี้เริ่มมาจากข้อเท็จจริงที่ว่า จิตแพทย์ผู้มีหน้าที่ประเมินความเสี่ยงของนาย Jabonski ผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้ตรวจสอบประวัติความรุนแรงของนาย Jabonski ก่อนหน้านั้น ทำให้ไม่ได้เตือนนางสาว Kimball แฟนสาวของนาย Jabonski เกี่ยวกับพฤติกรรมความรุนแรงดังกล่าว ซึ่งภายหลังจากที่นาย Jabonski ได้รับการปล่อยตัว เขาได้ฆ่านางสาว Kimball แฟนสาวของเขาในที่สุด โดยในคดีนี้ศาลได้ขยายความว่า หน้าที่ที่ต้องเตือนเป็นหน้าที่และพันธกรณีตามกฎหมายของนักบำบัดหรือจิตแพทย์ที่สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยจิตเวชมีท่าทางที่อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น ซึ่งการที่นักบำบัดหรือจิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยนี้จะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย กล่าวคือ ได้รับความคุ้มครองจากการถูกฟ้องร้องต่างๆ หากการเปิดเผยความลับนั้นเป็นการเชื่อโดยสมเหตุสมผลแล้วว่า ผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นจริงๆ

จากคำพิพากษาของทั้งสองคดีในสหรัฐอเมริกาพอจะสรุปแนวทางและเหตุผลที่ทำให้เกิดหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน ดังต่อไปนี้

- 1) เนื่องจากศาลมองว่าจิตแพทย์ (รวมถึงนักบำบัด) และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกัน (special relationship) ดังนั้นเมื่อมีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันแล้วจิตแพทย์ผู้ให้การรักษาก็มีหน้าที่ยืนยันและดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสม
- 2) การที่จิตแพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเหมาะสมนี้รวมถึงการที่จิตแพทย์ต้องเตือนเมื่อจิตแพทย์รู้ หรือควรรู้ว่าอาการของผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะเป็นอันตราย
- 3) หากจิตแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น จิตแพทย์มีหน้าที่ต้องระบุให้ได้ว่าบุคคลอื่นที่อาจได้รับอันตรายนั้นเป็นใคร

¹³ Kendra Cherry, History and Purpose of Duty to Warn in Therapy, Retrieved October 13, 2561, from <https://www.verywellmind.com/what-is-duty-to-warn-2795096>.

4) หน้าที่ที่ต้องเตือนนี้เป็นพันธะกรณีทางกฎหมายที่จิตแพทย์ต้องปฏิบัติตาม หากจิตแพทย์ทราบแล้วไม่เตือนอาจมีความผิดในทางละเมิดได้

5) การเตือนให้บุคคลอื่นทราบถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชนี้ แม้เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยก็ตาม แต่ประโยชน์ของสาธารณะย่อมสำคัญมากกว่าความลับของผู้ป่วย ดังนั้นจิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยตามหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนนี้ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่อาจฟ้องร้องดำเนินคดีกับจิตแพทย์ในข้อหาละเมิดสิทธิความเป็นส่วนตัวหรือเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ตาม หลักการดังกล่าวยังคงมีประเด็นที่เป็นปัญหาว่าการกำหนดให้จิตแพทย์หรือนักบำบัด มีหน้าที่ที่ต้องเตือนนี้รวมถึงหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ด้วยหรือไม่ กล่าวคือ เมื่อเตือนแล้วต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นได้รับอันตรายด้วยหรือไม่ หรือเพียงแค่นำตัวผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นอันตรายนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ซึ่งต่อมาได้มีคดี In Currie v. United States¹⁴ เกิดขึ้นและเป็นคดีที่มีชื่อเสียง รวมถึงตอบประเด็นปัญหาเกี่ยวกับหน้าที่ที่ต้องป้องกันว่า หน้าที่ที่ต้องป้องกันเป็นหน้าที่ที่เกิดขึ้นพร้อมกับหน้าที่ที่ต้องเตือนหรือไม่ โดยข้อเท็จจริงคร่าวๆ ของคดีนี้ คือ ในปี ค.ศ. 1982 ที่ศูนย์วิจัย Triangle Park ได้มีเหตุการณ์ที่บุคคลหนึ่งยิงผู้อื่นจนถึงแก่ชีวิตหนึ่งคนและมีผู้ได้รับบาดเจ็บอีกหลายคน ในคดีนี้ศาลได้นำ Tarasoff doctrine มาใช้ และได้กล่าวถึงความแตกต่างที่สำคัญระหว่าง หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) กับ หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ว่า ขึ้นอยู่กับ “ความสามารถในการคาดการณ์ (foreseeability rule)” กับ “การระบุตัวตนได้ (readily identifiable rule)” แล้วแต่ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอย่างไร กล่าวคือ หากสามารถระบุตัวตนของเหยื่อได้ จิตแพทย์หรือนักบำบัดมีหน้าที่ที่ต้องเตือนเหยื่อคนดังกล่าว ในขณะที่หน้าที่ที่ป้องกันนั้นจะใช้กับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงเจตนาหรือความตั้งใจที่จะทำอันตรายต่อบุคคลอื่นแต่ไม่สามารถระบุตัวตนของเหยื่อได้¹⁵ ซึ่งหากเกิดสถานการณ์นี้ขึ้น จิตแพทย์จะมี Duty to commit เพิ่มเติม เช่น หน้าที่ในการแจ้งหน่วยงานของรัฐ (institute involuntary) ในการดำเนินการให้ศาลสั่งตามกฎหมายสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามในคดี Currie นี้ศาลแนะนำมาตรการในการป้องกันคือ คำพิพากษาที่สมเหตุสมผล

¹⁴ In Currie v. United States, 644 F. Supp. 1074 (M.D.N.C. 1986)

¹⁵ The court distinguished between a “foreseeability rule” and a “readily identifiable rule” and applied each rule to a different circumstance. That is, the court held that while a therapist had a duty to warn a readily identifiable victim, a duty to protect might extend to circumstances wherein the patient expressed intent to harm others but no victim was “readily identifiable.” (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

<https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>)

(reasonable judge) กล่าวคือ ไม่ว่าจะ Duty to warn หรือ Duty to commit อาจทำให้แน่ชัดขึ้นด้วยการปฏิบัติตามคำพิพากษาของผู้ที่มีความเชี่ยวชาญที่สมเหตุสมผล¹⁶

นอกจากนี้แล้วภายหลังที่มีหลัก Duty to warn และ Duty to protect เกิดขึ้น สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) ก็ได้จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Violence Risk Assessment) และคู่มือการประกอบวิชาชีพในเรื่องความลับของผู้ป่วยจิตเวช (Guideline on Confidentiality) เพื่อกำหนดแนวทางการประเมินความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชและวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเอาไว้ นอกจากนี้แล้วแต่ละมลรัฐของสหรัฐอเมริกาก็ออกกฎหมายภายในมลรัฐของตนให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายได้ โดยสามารถแบ่งลักษณะกฎหมายหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกันได้ ดังนี้¹⁷

1) กำหนดให้หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) เป็นหน้าที่บังคับตามกฎหมาย กล่าวคือ หากจิตแพทย์หรือนักบำบัดเชื่อว่าผู้ป่วยมีทำที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นก็สามารถรายงานได้ทันที รวมถึงให้ความคุ้มครองกันจิตแพทย์หรือนักบำบัดจากความรับผิดทั้งในทางแพ่งและทางอาญาหากจิตแพทย์หรือนักบำบัดล้มเหลวในการรายงานแต่ความล้มเหลวดังกล่าวเป็นการกระทำโดยสุจริต

2) อนุญาตให้หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) เป็นรายการตามที่กำหนดในกฎหมาย

3) ไม่มีบทบัญญัติลายลักษณ์อักษรกำหนดให้จิตแพทย์หรือนักบำบัดมีหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) แต่อาศัย caselaw หรือคำพิพากษาของศาลในการวางหลัก

4) อื่นๆ เช่น ในมลรัฐ Georgia ไม่มีหน้าที่ที่ต้องเตือน แต่หน้าที่ที่ต้องป้องกันเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นอันตรายถูกกักตัวอยู่ในโรงพยาบาลแต่ได้รับการปล่อยตัวโดยความประมาทเลินเล่อ เป็นต้น

¹⁶ In such a situation, then the therapist would have a “duty to commit,” i.e. a duty to institute involuntary or court-ordered mental health services.1 But the Currie court also offered a measure of protection to mental health providers by adding a “reasonable judgment” rule, that is, a duty to warn or commit would be tempered by exercise of reasonable professional judgment. (ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>)

¹⁷ National Conference of State Legislatures, MENTAL HEALTH PROFESSIONALS’ DUTY TO WARN, Retrived October 25, 2561, from <http://www.ncsl.org/research/health/mental-health-professionals-duty-to-warn.aspx>

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นพอจะสรุปหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ได้ดังนี้

(1) กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือต่อสาธารณะ จิตแพทย์หรือ นักบำบัดที่ทำการรักษาสามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่อาจเป็นอันตรายได้ อย่างไรก็ตาม ลักษณะการกำหนดให้เปิดเผยความลับนี้ย่อมแตกต่างกันออกไป กล่าวคือ อาจถือว่าเป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่จิตแพทย์หรือนักบำบัดต้องกระทำทุกกรณีก็ได้ หากจิตแพทย์หรือนักบำบัดไม่กระทำอาจต้องรับผิดชอบในทางกฎหมาย หรืออาจกำหนดให้การเปิดเผยความลับตามกรณีนี้เป็นเพียงข้อยกเว้นทางกฎหมายและมีกระบวนการเปิดเผยความลับแยกต่างหากก็ได้

(2) ความลับของผู้ป่วยที่สามารถเปิดเผยได้นั้นต้องเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าเป็นอันตราย และต้องเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้บุคคลซึ่งสามารถจัดการหรือลดความรุนแรงของอันตรายนั้นได้ เช่น ตำรวจ ศาล หรือหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่นี้โดยเฉพาะ เป็นต้น

(3) ต้องมีการแจ้งให้ทราบ ว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่อาจกระทำอันตรายต่อบุคคลอื่นได้ เพื่อให้บุคคลอื่นหรือเหยื่อทราบและระวังตัว รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องหรือคู่ในเรื่อดังกล่าวต้องมีการติดตามดูแลอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อมิให้ผู้ป่วยไปก่ออันตรายต่อผู้อื่น

(4) อาจมีกระบวนการกักตัวหรือแยกผู้ป่วยที่เป็นอันตรายเพื่อให้ได้เข้ารับการรักษาย่างถูกต้องและหายเป็นปกติ ก่อนปล่อยตัวกลับเข้าสู่สังคมเมื่ออาการทุเลาแล้ว โดยในบางครั้งอาจเป็นการบังคับรักษาโดยผู้ป่วยไม่ยินยอม แต่ก็เป็นการกระทำเพื่อคุ้มครองสังคมจากภัยอันตราย และคุ้มครองผู้ป่วยอีกด้วย

เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาผู้วิจัยขอสรุป หลักการดังกล่าวข้างต้นแบ่งออกเป็น 2 ช่วงใหญ่ๆ คือ ช่วงที่ต้องเตือน (warn) และช่วงที่ต้องป้องกัน (protect) กล่าวคือ ช่วงแรก เป็นช่วงที่จิตแพทย์ต้องแจ้งหรือเตือนให้ผู้อื่นทราบ ว่าผู้ป่วยจิตเวชมีลักษณะที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น ไม่ว่าจะทราบความอันตรายดังกล่าวมากจากการบอกเล่าของผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ทำการรักษา หรือเกิดจากการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายก็ตาม หรือเรียกว่า หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) นั่นเอง ส่วนช่วงที่สองจะเกิดขึ้นภายหลังที่จิตแพทย์แจ้งหรือเตือนให้ผู้อื่นทราบถึงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว คือ การหามาตรการเพื่อป้องกันมิให้อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นแก่เหยื่อ ผู้อื่น หรือสาธารณชน เช่น การกักขังผู้ป่วย การติดตามเพื่อเฝ้าดูอาการของผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น ซึ่งช่วงที่สองก็คือ หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) นั่นเอง ซึ่งการเตือนและการป้องกันตามหลักการทั้งสองข้างต้นจะดำเนิน ไปอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกัน จะกระทำตามหลักอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเดียวนั้นไม่ได้ โดยรายละเอียดการใช้หลัก

หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) ผู้วิจัยจะกล่าวถึงอย่างละเอียดในบทที่ 4 ต่อไป

กล่าวโดยสรุป แม้หลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) จะเกิดขึ้นจากคดี Tarasoff ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกาก็ตาม หากแต่ปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกต่างรับหลักการดังกล่าวนำไปบัญญัติเป็นกฎหมายภายในประเทศของตน โดยแต่ละประเทศก็มีรูปแบบของกฎหมายที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับสภาพสังคมของประเทศนั้นๆ แต่ก็เป็นการศึกษาให้เห็นว่า นานาประเทศต่างยอมรับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) นี้ โดยมีเจตนารมณ์เหมือนกันคือ เพื่อป้องกันและคุ้มครองสังคมจากอันตราย รวมถึงคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องให้ทัดเทียมกับผู้อื่น

2.2 แนวคิดและหลักการเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย

การศึกษาหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าในเบื้องต้นจำเป็นต้องศึกษาหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วยก่อน เนื่องจากการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยมีพื้นฐานและใช้หลักการเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 หัวข้อ ดังนี้

2.2.1 ความลับของผู้ป่วยและการล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยจากการประกอบวิชาชีพ

คำว่า “ความลับ” พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถานของไทยไม่ได้ระบุความหมายไว้โดยตรง แต่ได้มีการระบุของคำว่า “ลับ” ไว้ว่า ที่อยู่ในที่พินดา, ที่อยู่ในที่ซึ่งแลไม่เห็น, เช่น ที่ลับ ประตูลับ หายลับที่ปิดหรือควรปิด เช่น ความลับ หนังสือลับ ห้องลับ, มีสิ่งใดสิ่งหนึ่งบังอยู่ เช่น ของอยู่ลับฝ่าพระอาทิตย์ลับเหลี่ยมเขา¹⁸

นอกจากนี้แล้วในตำรากฎหมายของประเทศไทยได้ให้ความหมายของคำว่า “ความลับ” ไว้ดังนี้

ศาสตราจารย์จิติ ดิงศภัทย์ อธิบายว่า ความลับ หมายถึงข้อเท็จจริงหรือวิธีการที่ไม่ประจักษ์แก่คนทั่วไปและเป็นสิ่งที่เจ้าของประสงค์จะปกปิดเพื่อกิจการส่วนตัวของเจ้าของความลับ ฉะนั้น การที่จะถือว่าข้อเท็จจริงใดเป็นความลับจึงแล้วแต่ข้อเท็จจริงว่าเจ้าของต้องการปกปิด

¹⁸ ราชบัณฑิตยสภา, พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554, สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2560, จาก

หรือไม่ การปกปิดอาจเปิดเผยคนอื่นนอกจากคนที่รู้ความลับนั้นในวงจำกัด ถ้าเป็นสิ่งที่รู้กันทั่วไป เช่น ของผสมที่ได้แยกธาตุแสดงโดยเปิดเผยแล้วก็ไม่เป็นความลับ¹⁹

ศาสตราจารย์พิเศษ ไกรฤกษ์ เกษมสันต์ อธิบายว่า ความลับ หมายความว่า ข้อเท็จจริงที่ไม่ประจักษ์แก่คนทั่วไป และเจ้าของประสงค์จะปกปิดเพราะฉะนั้นสิ่งไหนจะเป็นความลับหรือไม่ ต้องพิจารณาตัวบุคคลนั้นเป็นสำคัญ²⁰ ดังนั้นจากการอธิบายความหมายของคำว่า “ความลับ” ข้างต้น พอจะสรุปได้เบื้องต้นว่า ความลับ คือ สิ่งที่บุคคลใดประสงค์ที่จะปกปิดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยไม่ต้องการเปิดเผยเรื่องราวดังกล่าวให้ผู้อื่นทราบ หรืออาจเปิดเผยให้ทราบแต่ให้ทราบแก่ในวงที่จำกัด และบุคคลนั้นเป็นผู้ทรงสิทธิที่จะเปิดเผยความลับของตนให้แก่ผู้อื่นหรือไม่ก็ได้

สำหรับในภาษาอังกฤษ คำว่า “ความลับ” ตรงกับคำว่า “confidentiality” ซึ่ง Oxford Dictionary ได้ให้ความหมายของคำว่า the state of keeping or being kept secret or private. หรือหมายถึง สถานะของการรักษา หรือการเก็บเป็นความลับ หรือส่วนตัว ในขณะที่ Cambridge Dictionary ได้ให้ในลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ the state of being confidential หรือสถานะของการเป็นความลับ ฉะนั้นจากนิยามของคำว่า confidentiality ข้างต้นจะเห็นได้ชัดเจนว่า ความหมายของคำว่าความลับในต่างประเทศนั้นมีลักษณะเดียวกันกับภาษาไทย คือ สิ่งใดๆ ที่บุคคลนั้นต้องรักษา หรือต้องการให้ได้รับการปกปิดไว้โดยไม่ต้องการบอกผู้ใดเพราะเป็นเรื่องส่วนตัว ซึ่งเรียกในชื่อว่า “ความลับ”

นอกจากนี้แล้วในต่างประเทศยังมีศัพท์กฎหมายคำว่า “confidential communications”²¹ หมายความว่า เป็นเรื่องราวที่เกิดจากติดต่อระหว่างบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างแน่นนอน โดยเป็นการสื่อสารระหว่างบุคคลที่มีความลับกับผู้ที่ได้รับความไว้วางใจจากผู้เปิดเผยความลับ หรือบุคคลที่มีความน่าเชื่อถือในสถานการณ์นั้นๆ หรือบุคคลซึ่งมีหน้าที่พิเศษในการเก็บรักษาความลับหรือมีความซื่อสัตย์ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีกฎหมายกำหนดไม่อนุญาตให้เปิดเผยความลับหรือกฎหมายอนุญาตให้เปิดเผยความลับได้ในบางกรณี เช่น การให้ข้อมูลเป็นพยานในชั้นศาล เพื่อการรักษาประโยชน์ของสาธารณะและเพื่อความ เป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม

¹⁹ จิตติ ดิงศกัทธิย์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3, พิมพ์ครั้งที่ 5, (กรุงเทพฯ : สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2539), น. 2156-2157.

²⁰ ไกรฤกษ์ เกษมสันต์, คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-มาตรา 366, พิมพ์ครั้งที่ 7, (กรุงเทพฯ : สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2554), น. 172.

²¹ Max Radin, *Radin Law Dictionary*, 1st Ed, (New York: Oceana Publications, 1955), p. 66. and John Burke, *Osborn's concise Law Dictionary*, 6th Ed, (London: Sweet & Maxwell, 1976), p. 87. and Black's Law Dictionary.

เป็นต้น ตัวอย่างของบุคคลที่มีความสัมพันธ์พิเศษในลักษณะนี้ เช่น สามีและภรรยา ทนายความ และลูกความ แพทย์และคนไข้²² โดยจะยอมให้รัฐระหว่างกันเองเท่านั้นและยอมรับในทางกฎหมายว่าเรื่องราวดังกล่าวเป็นสิทธิในการติดต่อซึ่งกันและกัน (Privilege Communications) และกฎหมายคุ้มครองมิให้ถูกเปิดเผยเพราะถือว่าเป็นความลับในวิชาชีพ (professional confidences)²³

หากพิจารณาความหมายของคำว่า “ความลับ” ประกอบกับความหมายของคำว่า “confidential communications” และ “professional confidences” พบว่า เหตุที่จะทำให้ความลับของบุคคลมีฐานะเป็นความลับของผู้ป่วยก็ต่อเมื่อ ผู้ป่วยมาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาแล้วแพทย์ยอมเป็นบุคคลที่ทราบถึงอาการ ข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ ของผู้ป่วยทุกด้าน รวมถึงประวัติครอบครัวและอาการป่วยต่างๆ โดยข้อมูลที่แพทย์ทราบเหล่านี้ผู้ป่วยเป็นผู้ทรงสิทธิในข้อมูลของตนเองและมีอำนาจที่จะสั่งให้แพทย์เก็บความลับของตนไว้ ห้ามมิให้เปิดเผยข้อมูลเหล่านี้แก่บุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้แล้วศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้ให้ความหมายคำว่า “ความลับของผู้ป่วย” ไว้ว่า หมายความว่า หมายความว่า ความรวมถึงสิ่งต่างๆ ที่แพทย์ทราบมาทั้งหมดเกี่ยวกับเรื่องราวของผู้ป่วยของเขาและอาจอนุมานได้ว่า มีความหมายครอบคลุมถึงข้อมูลทุกอย่างที่ปรากฏในรายงานผู้ป่วยหรือในเอกสารที่เกี่ยวกับผู้ป่วยทุกชนิดที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ปัจจุบันยังรวมถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่เก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ด้วยและความลับเหล่านี้แม้ผู้ป่วยตายแล้วก็ยังถือเป็นความลับอยู่²⁴ อีกทั้งในมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้...” ซึ่งหากพิจารณาบทบัญญัติดังกล่าวประกอบกับความหมายของความลับที่ได้กล่าวไปข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ความลับของผู้ป่วย คือ ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลทั้งหมดของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ข้อมูลด้านการเงิน ข้อมูลด้านอาชีพ ความเชื่อ การนับถือศาสนา ข้อมูลด้านความคิดทางการเมืองและอื่นๆ รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะทางชีววิทยา ทางกายภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

²² These are certain classes of communications, passing between persons who stand in a confidential or fiduciary relation to each other, (or who, on account of their relative situation, are under a special duty of secrecy and fidelity,) which the law will not permit to be divulged, or allow them to be inquired into in a court of justice, for the sake of public policy and the good order of society, Examples of such privileged relations are those of husband and wife and attorney and client.

²³ John Burke, Osborn's concise Law Dictionary, 264.

²⁴ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “แพทย์กับความลับของผู้ป่วย,” *คดีนิกร*, 3(3), (2530), น. 191.

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งหมด และข้อมูลทางครอบครัวผู้ป่วย²⁵ และผู้ป่วยประสงค์ที่จะปกปิดเรื่องดังกล่าวมิให้ผู้อื่นทราบ หรืออาจยอมเปิดเผยให้ทราบแต่ให้ทราบแค่ในวงที่จำกัด เช่น บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร เป็นต้น อีกทั้งผู้ป่วยเป็นผู้มีอำนาจอนุญาต หรือให้ความยินยอมที่จะให้ผู้อื่นเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของตนก็ได้ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่อนุญาต หรือไม่ยินยอม บุคคลอื่นย่อมไม่มีสิทธิเปิดเผยหรือเข้าถึงข้อมูลสุขภาพดังกล่าวของผู้ป่วย

ดังที่กล่าวไปเบื้องต้นแล้วว่า เมื่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อให้แพทย์ทำการรักษาตนนั้นแน่นอนว่าแพทย์ย่อมทราบข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นประวัติส่วนตัว ประวัติการรักษา อาการเจ็บป่วยก่อนหน้า ประวัติการทำงาน รวมถึงข้อมูลด้านครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะถูกบันทึกอยู่ในเวชระเบียน กล่าวได้ว่า แพทย์ล่วงรู้ข้อมูลหรือความลับผู้ป่วยต่างๆ เหล่านี้มาจากการประกอบอาชีพของตน ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดให้แพทย์มีหน้าที่ทางจริยธรรม และหน้าที่ทางกฎหมายในการรักษาความลับผู้ป่วย โดย Lord Philips MR ผู้พิพากษาชาวอังกฤษได้กล่าวในคำพิพากษาคดี *Ashworth Security Hospital v MGN Ltd*²⁶ ว่า “เป็นการดีที่มีภาระผูกพันทางกฎหมายกำหนดให้แพทย์รักษาความลับของผู้ป่วย และในมุมมองของข้าพเจ้า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ว่าในฐานะพลเมืองหรือฆาตกรก็ตาม ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิที่จะมั่นใจว่าข้อมูลเงื่อนไข การรักษาต่างๆ จะเป็นความลับระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ทำการรักษา”²⁷

กล่าวโดยสรุป การที่กำหนดให้แพทย์มีหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมและหน้าที่ทางกฎหมาย เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลส่วนตัวอันเป็นสิทธิส่วนตัว (privacy right) ที่ได้รับการคุ้มครองตามหลักสากล รวมถึงเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ดังนั้นหากไม่มีการกำหนดหลักประกันหรือรับรองให้แพทย์รักษาความลับผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยย่อมไม่กล้ามาพบแพทย์ หรืออาจมาพบแพทย์แต่ไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวให้แพทย์ทราบ โดยข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญและจำเป็นต่อการรักษา อีกทั้งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการรักษาของแพทย์ และความปลอดภัยของผู้ป่วยด้วย ทั้งนี้ หากไม่มีการประกันความปลอดภัยในข้อมูลของผู้ป่วยและกำหนดให้แพทย์ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็อาจไม่เข้าพบแพทย์เพื่อทำการรักษาได้

²⁵ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, *สุขภาพกับกฎหมาย*, (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2555), น. 52-53.

²⁶ *Ashworth Security Hospital v MGN Ltd* [2000] 1 WLR 515, 527

²⁷ It is well settle that there is an abiding obligation as between doctor and patient, and in my view when a patient enters a hospital for treatment, whether he be a model citizen or murderer, he is entitled to be confident that details about his condition and treatment remain between himself and those who treat him.

2.2.2 จริยธรรมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ (Medical Ethics)

หลักจริยธรรมของแพทย์ซึ่งใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันนี้มีพื้นฐานความคิดมาตั้งแต่สมัยโบราณ โดยเริ่มจากช่วงแรกที่มีการรักษาพยาบาลกระทำโดยพระหรือหมอผี เนื่องจากในสมัยก่อนสมาชิกในชุมชนเชื่อว่าพระหรือหมอผีเป็นผู้มีอำนาจเวทมนต์คาถาและมีสถานะสูงกว่าคนปกติทั่วไป อีกทั้งยังมีหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ของชุมชนรวมทั้งทำหน้าที่พิจารณาตัดสินการกระทำของสมาชิกที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้นๆ สมาชิกในชุมชนจึงเชื่อว่าพระหรือหมอผีอำนาจวิเศษกว่าคนทั่วไป และมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะรักษาตนให้หายขาดจากโรคได้ ต่อมาเมื่อสังคมมีการพัฒนาขึ้นและเริ่มมีการแยกอาชีพแพทย์ออกจากพระและหมอผี การเป็นแพทย์ได้รับการยอมรับจากสังคมและพัฒนาเป็นวิชาชีพซึ่งเมื่อพัฒนาเป็นวิชาชีพแล้ว ในเวลาต่อมาได้มีการรวมกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ขึ้นจึงเกิดแนวความคิดการควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ในรูปแบบของกฎหมาย ซึ่งกฎหมายที่เกี่ยวกับวิชาชีพฉบับแรกที่ออกมาควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ปรากฏในยุคสมัยบาบิโลนชื่อว่า Code of Hammurabi ที่วางหลักเกณฑ์การควบคุมความประพฤติให้แพทย์พึงยึดถือปฏิบัติที่เรียกว่า จรรยาแพทย์ (Medical Ethics) และได้กำหนดโทษสำหรับการประกอบอาชีพทางแพทย์โดยประมาทเลินเล่อไว้ด้วย²⁸

ต่อมาในสมัยยุคกรีกซึ่งเป็นยุคที่ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ที่ปัจจุบันได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์มีชีวิตอยู่ โดยฮิปโปเครติสได้กำหนดให้ลูกศิษย์ในโรงเรียนแพทย์ของตนที่สำเร็จออกไปปฏิบัติหน้าที่แพทย์ต้องมีการสาบานตนหรือปฏิญาณตน ซึ่งในส่วนหนึ่งของคำสาบандังกล่าวมีความตอนหนึ่งเกี่ยวกับหน้าที่รักษาความลับของผู้ป่วยของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ไว้คือ

“Whatever, in connection with my professional practice, or not in connection with it, I see or hear, in life of men, which ought not to be spoken of abroad, I will not divulge, as reckoning that all such should be kept secret.” แปลว่า “สิ่งที่ข้าพเจ้าเห็นหรือได้ยินเกี่ยวกับชีวิตของคนอื่นเนื่องมาจากการประกอบวิชาชีพ หรือมิได้เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพก็ดีซึ่งไม่ควรให้ผู้อื่นได้ทราบ ข้าพเจ้าจักไม่เปิดเผยและจะต้องรักษาไว้เป็นความลับ”²⁹ จากคำสาบандังกล่าวเป็นผลให้การเข้าสู่วิชาชีพแพทย์ต้องมีการปฏิญาณตนเพื่อวิชาชีพเพื่อให้แพทย์ทุกคนยึดถือปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อสร้างความเชื่อถือและไว้วางใจจากผู้ป่วยและสังคม และเมื่อคำสาบандังกล่าวได้ถูกนำมาใช้เรื่อยมา ในเวลาต่อมา มีการนำมาใช้ควบคุมความประพฤติของแพทย์ไม่ให้เปิดเผยความลับของคนไข้ที่ตนทราบมา

²⁸ Manson JK. and McCall Smith RA., *Medical Ethics*, 8th Ed, (London: Oxford University Press, 2010), p. 4-5.

²⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, *อ้าวแล้ว เจริญรทที่ 24*, น. 191.

จนกระทั่งถือเป็นหลักจริยธรรมทางการแพทย์ในเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายและนำมาใช้กับโรงเรียนแพทย์ทั่วโลกดังปรากฏในปัจจุบัน

กล่าวโดยสรุป แนวคิดรักษาความลับผู้ป่วยมีรากฐานมาจากคำสาบานของฮิปโปเครติส ต่อมาเมื่อการประกอบวิชาชีพแพทย์มีความเป็นวิชาชีพมากขึ้นคำปฏิญญานั้น ได้พัฒนาเป็นจรรยาแพทย์ (Medical Ethics) และแต่ละประเทศต่างจัดตั้งสมาคมแพทย์ขึ้นในประเทศของตน ก่อนมีการรวมตัวจัดตั้งสมาคมแพทย์แห่งโลกขึ้น แล้วมีการประกาศแห่งเจนีวาและปฏิญญาสากลว่าด้วยจรรยาแพทย์มารองรับหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยในหน้าที่แพทย์ไว้เป็นหลักสากล จากนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับปฏิญญาดังกล่าวได้มีการพัฒนากฎหมายให้ความคุ้มครองสิทธิของพลเมืองในสังคม นำไปสู่แนวคิดที่รัฐเข้ามาควบคุมการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้เองปัจจุบันประเทศต่างๆ จึงมีการบัญญัติกฎหมายออกมาควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์และให้การคุ้มครองความลับของผู้ป่วย³⁰

2.2.3 สิทธิส่วนตัวหรือสิทธิส่วนบุคคล

แนวคิดเรื่องสิทธิส่วนตัวหรือสิทธิส่วนบุคคลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแนวคิดรักษาความลับของผู้ป่วย โดยความลับของผู้ป่วยเป็นสิทธิส่วนตัว (privacy rights) ของผู้ป่วยประการหนึ่งที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ และสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยดังกล่าวก็ถือเป็นสิทธิพลเมือง (civil rights) ซึ่งมีรากฐานมาจากแนวคิดในเรื่องสิทธิมนุษยชน (human rights) อันเป็นแนวความคิดที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เห็นได้จากประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่นานาประเทศให้การยอมรับโดยได้มีการแสดงออกในทางกฎหมายรัฐธรรมนูญของแต่ละประเทศ ดังนั้นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวของตนไว้เป็นความลับจึงเป็นสิทธิส่วนตัวที่ได้รับการรับรองไว้ในกฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศต่างๆ ตามหลักสิทธิมนุษยชน ทั้งนี้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ฝ่ายผู้ป่วยว่า ความลับของตนจะไม่ถูกแพร่งพรายเมื่อมาทำการรักษาที่แพทย์ และสิทธิของตนจะได้รับการเคารพอย่างเคร่งครัดจากแพทย์ รวมถึงเป็นหลักประกันว่าตนจะไม่ถูกแพทย์ละเมิดหรือเอาโรคเอาเปรียบอันเนื่องมาจากความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ซึ่งอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าผู้ป่วยอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้กฎหมายรัฐธรรมนูญเพื่อรองรับสิทธิดังกล่าวแล้ว แต่ละประเทศยังได้มีการบัญญัติกฎหมายให้คุ้มครองผู้ป่วยโดยตรง เช่น การออกกฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพการออกกฎหมายรองรับสิทธิผู้ป่วย หรือการออกกฎหมายคุ้มครองความลับของผู้ป่วยโดยตรง เพื่อแสดงให้เห็นว่ารัฐเล็งเห็นถึงความสำคัญตามหลักสิทธิมนุษยชนและเป็นหลักประกันว่า ไม่ว่า

³⁰ ทรงชัย รัตนปริญญาพันธ์, “การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540), น. 17-18.

อย่างไรผู้ป่วยจะได้รับการเคารพในสิทธิดังกล่าวจากแพทย์เสมอ โดยแพทย์ไม่อาจละเมิดสิทธิดังกล่าวได้เลย หากฝ่าฝืนย่อมมีความผิดตามกฎหมายและความคิดในทางวิชาชีพซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการเยียวยาอย่างครบถ้วนตามความเสียหายที่ตนได้รับ

สิทธิส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล หรือในภาษาอังกฤษเรียกว่า Privacy Rights หมายถึงสิทธิประจำตัวบุคคลอันประกอบด้วยเสรีภาพในร่างกาย การดำรงชีวิต มีความเป็นส่วนตัวซึ่งได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายมิให้ผู้อื่นมาล่วงเกิน³¹ โดยทั่วไปแล้วเป็นการยากที่จะค้นหาความหมายของคำว่าสิทธิส่วนตัวแต่เมื่อค้นหาคำพิพากษาของศาลต่างประเทศแล้วพบว่าได้แก่สิทธิดังต่อไปนี้³²

- 1) สิทธิส่วนตัวภายนอก เช่น ชื่อ เครื่องหมายการค้า เป็นต้น
- 2) สิทธิส่วนตัวเกี่ยวกับเกียรติยศชื่อเสียง
- 3) สิทธิส่วนตัวเกี่ยวกับความลับ เช่น ความลับเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว ความเป็นอิสระในการดำรงชีวิต การดักฟังโทรศัพท์ เป็นต้น
- 4) สิทธิส่วนตัวภายใน คือ ชีวิต ร่างกาย อนามัย (การถูกรบกวนทางกาย) จิตใจ (การถูกรบกวนทางจิตใจ) เป็นต้น

นอกจากนี้แล้ว Black's Law Dictionary ได้ให้ความหมายสิทธิในชีวิตส่วนตัวไว้ว่า หมายถึง สิทธิของบุคคลที่จะอยู่โดยลำพังเสรี ปราศจากการรบกวนจากบุคคลภายนอก³³ หรือจะกล่าวได้ว่าเป็น สิทธิส่วนบุคคลซึ่งกลุ่มคนหรือปัจเจกชนมีอำนาจตัดสินใจว่าข้อมูลส่วนตัวเรื่องใดสามารถเผยแพร่ไปยังคนอื่น ๆ ได้ด้วยวิธีใดและเมื่อใด และคือการควบคุมข้อมูลข่าวสารโดยตนเองในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตธรรมดาทั่วไป³⁴ ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า สิทธิส่วนตัวหรือสิทธิส่วนบุคคลนั้นมีลักษณะเดียวกัน คือ สิทธิประจำตัวอันประกอบไปด้วย เสรีภาพในร่างกาย การดำรงชีวิต มีความเป็นส่วนตัว สถานะที่บุคคลจะรอดพ้นจากการสังเกตการรู้เห็น การสืบความลับ การรบกวนต่างๆ และมีความสันโดษ กล่าวคือ บุคคลหรือปัจเจกชนมีสิทธิที่จะดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามต้องการและเป็นไปตามความพึงพอใจของตนเองตราบใดที่การ

³¹ ชูชีพ ปิณฑะสิริ, “การละเมิดสิทธิส่วนตัว,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525), น. 10-20.

³² จิราวัฒน์ วรรณธำรง, “การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2548), น. 9-10.

³³ Henry Campbell, Black's Law Dictionary, 5th Ed. (St. Paul, Minn.: West, 1968), p. 335.

³⁴ กมลลา สุวรรณธรรม, “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิในการรับรู้และสิทธิส่วนบุคคลและอิทธิพลของภาพลักษณ์ต่อการประเมินเหตุการณ์ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538), น. 11-12.

ดำรงชีวิตนั้น ไม่ล่วงเกินสิทธิของผู้อื่นหรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย และสิทธิของบุคคลในลักษณะนี้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายมิให้ผู้ใดล่วงเกินความเป็นส่วนตัว

แนวคิดในการคุ้มครองความเป็นส่วนตัวเป็นแนวคิดปรากฏอยู่ในกฎหมายระหว่างประเทศ ซึ่งปรากฏการให้การรับรองในข้อ 12 ของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 ในฐานะสิทธิมนุษยชนโดยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ประเภทหนึ่งว่า “บุคคลย่อมไม่ถูกแทรกแซงสิทธิส่วนตัว สิทธิในครอบครัว สิทธิในที่อยู่อาศัยการสื่อสาร หรือถูกคุกคามในสิทธิเกียรติยศชื่อเสียง บุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองโดยกฎหมายมิให้มีการก้าวล่วงสิทธิเช่นนั้น”³⁵ เมื่อองค์การสหประชาชาติได้รับรองสิทธิไว้เช่นนั้นจึงทำให้นานาประเทศต่างเล็งเห็นว่า สิทธิส่วนตัวหรือสิทธิส่วนบุคคลนั้นเป็นเรื่องสำคัญและจำต้องได้รับการคุ้มครอง ด้วยเหตุนี้เองในกฎหมายรัฐธรรมนูญในต่างประเทศต่างๆ จึงได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิส่วนบุคคลแก่พลเมืองในประเทศไว้ อีกทั้งยังมีกฎหมายลำดับรองที่ให้การคุ้มครองเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลโดยตรงอีกด้วย ยกตัวอย่างเช่น Data Protection Act คือ กฎหมายที่สร้างขึ้นจากแนวคิดดังกล่าวและเพื่อสร้างความสมดุลระหว่างสิทธิในความเป็นอยู่ส่วนตัวหรือสิทธิส่วนบุคคล (privacy right) กับเสรีภาพของข้อมูลข่าวสาร โดยได้วางหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเก็บและรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อสร้างฐานข้อมูล เป็นต้น

สำหรับในทางการแพทย์ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ได้รับความคุ้มครองเช่นกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยจะเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวของตนเองให้แพทย์ทราบเพื่อประกอบการรักษาและวินิจฉัยโรค ไม่ว่าจะเป็นประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัว ข้อมูลด้านการเงิน ประวัติการทำงาน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนเป็นข้อมูลที่สำคัญและส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ เมื่อแพทย์ได้ทราบข้อมูลดังกล่าวแล้ว แพทย์ไม่มีสิทธิไปเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยให้บุคคลอื่นรับทราบได้ เพราะข้อมูลดังกล่าวถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่จะยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ใครทราบก็ได้ และเมื่อผู้ใดที่ได้ล่วงรู้แล้วย่อมไม่มีสิทธิเปิดเผย หากไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลนั้น ด้วยเหตุนี้เอง หากแพทย์ได้ล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากความสัมพันธ์พิเศษระหว่างตนและผู้ป่วย เช่นนี้แล้วแพทย์ต้องเคารพสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยในเรื่องการรักษาความลับ หากแพทย์ฝ่าฝืนย่อมเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยและอาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมาย

³⁵ No one shall be subjected to arbitrary inference with his privacy, family, home or correspondence, nor to attacks upon his honour and reputation. Everyone has the right to the protection of the law against such inference or attacks

2.2.4 สิทธิของผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยมีความเป็นมาอันยาวนานและได้วิวัฒนาการควบคู่มากระบบกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ เริ่มจากอดีตแพทย์มีฐานะเป็นผู้ให้การรักษาในขณะที่ผู้ป่วยเป็นผู้ขอรับการรักษาโดยไม่มีเงื่อนไขและมอบความไว้วางใจให้แก่แพทย์ โดยมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนแก่แพทย์ โดยสิ้นเชิงและคาดหวังว่าแพทย์จะใช้ความรู้ความสามารถของตนในการรักษาผู้ป่วยให้หายดี ดังนั้นในอดีตสิทธิในการตัดสินใจรักษาถือเป็นอำนาจของแพทย์ กล่าวคือแพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจของผู้ป่วย แพทย์มีอำนาจตัดสินใจรักษาแทนผู้ป่วยได้ทุกประการ ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ให้อยู่ในกฎเกณฑ์ทางจริยธรรม ซึ่งกฎเกณฑ์ทางจริยธรรมที่นำมาใช้ในการควบคุมในสมัยอดีต คือ คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) โดยคำสาบานที่แสดงให้เห็นถึงแนวคิดการเคารพสิทธิผู้ป่วย มีอยู่ 2 ข้อ³⁶ คือข้าพเจ้าจะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าพเจ้าด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าพเจ้า และจะไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด³⁷ และข้าพเจ้าจะไม่แพร่งพรายสิ่งที่ข้าพเจ้าได้เห็นหรือได้ยินเกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิตคนซึ่งไม่ควรเปิดเผยในการปฏิบัติหรือนอกการปฏิบัติวิชาชีพของข้าพเจ้า และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ³⁸ โดยคำสาบานทั้งสองข้อดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิดการเคารพสิทธิในร่างกายและการรักษาความลับอันแสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยที่จะไม่ถูกนำไปเปิดเผยที่อื่นนั่นเอง

ต่อมาเมื่อการแพทย์ได้รับการพัฒนาในเชิงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทำให้แพทย์เข้ามามีส่วนในการดำรงชีวิตของมนุษย์เรื่อยๆ โดยแพทย์มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดและการตายของบุคคลมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็มีความเข้าใจและมีความรู้เรื่องโรคร้ายไข้เจ็บและสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับแนวคิดของระบบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่สนับสนุนความเป็นอิสระเสรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ทำให้อำนาจในการตัดสินใจของแพทย์แทนผู้ป่วยเริ่มถ่ายโอนมาเป็นอำนาจของผู้ป่วยเองโดยเริ่มมีกฎหมายเข้ามารองรับในเรื่องสิทธิต่างๆ เช่น หลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) และการยอมรับสิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย หมายความว่า แพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการรักษา พร้อมทั้งเหตุผลหรือข้อบ่งชี้ ทางเลือกในการรักษา และความเสี่ยงที่จะเกิดผลร้าย เป็นต้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะลงชื่อให้ความ

³⁶ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, สิทธิผู้ป่วย, พิมพ์ครั้งที่ 1, (กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2537) น. 30.

³⁷ 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

³⁸ 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.

ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา หากแพทย์ละเลยไม่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบ การรักษานั้นย่อมเป็นการกระทำละเมิดต่อผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วยังมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง (Right to self-determination) ที่ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแพทย์ต้องให้ผู้ป่วยมีโอกาสใช้สิทธินี้ และเมื่อผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาแบบใดแล้ว แพทย์จำต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย

ปัจจุบันสิทธิของผู้ป่วยได้รับรองเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) โดยในมาตรา 25 (1) บัญญัติไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็น และสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงในการว่างงาน เจ็บป่วย ทูพลภาพ เป็นหม้าย วยชรา หรือการขาดปัจจัยในการดำรงชีพอื่นใดในเหตุการณ์ที่เกินความสามารถของตน”³⁹ นอกจากนี้สิทธิดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยยังมีสิทธิส่วนบุคคล (The privacy right) ที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของ และสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient’s right to refuse treatment)⁴⁰ ซึ่งภายหลังที่มีการบัญญัติรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ในปฏิญญาดังกล่าว รัฐชาติต่างๆ ก็ได้รับแนวคิดและนำไปบัญญัติเป็นกฎหมายภายในรัฐตนเอง โดยให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยไว้ในระดับต่างๆ ซึ่งอาจแสดงออกทางกฎหมายได้หลายลักษณะ เช่น ในลักษณะความสัมพันธ์ทางกฎหมายระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย กล่าวคือ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในทางแพ่งมีลักษณะเป็นสัญญา โดยถือว่าสิทธิของผู้ป่วยเป็นสิทธิของคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งในทางแพ่ง ในลักษณะสิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมายมหาชนที่กำหนดไว้ในลักษณะที่ระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยบริการทางสุขภาพ หรือในลักษณะที่ระบุไว้เป็นส่วนหนึ่งของสัญญาระหว่างแพทย์กับโรงพยาบาล หรือระหว่างหน่วยงานประกันสังคม (Social Security Service) กับฝ่ายบริการทางการแพทย์ หรือสถานบริการทางการแพทย์ เป็นต้น⁴¹

สำหรับในประเทศไทยนั้นก็ได้มีการบัญญัติกฎหมายเพื่อรับรองและคุ้มครองสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วยขึ้นมาเช่นเดียวกัน อาทิ ในกฎหมายรัฐธรรมนูญเรื่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของรัฐ สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลตามกฎหมายข้อมูลข่าวสาร ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ในเรื่องสัญญา การแสดงความยินยอม หรือการแสดงเจตนา สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายโดยในเบื้องต้นตามมาตรา 40 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2551 รวมไปถึง

³⁹ แสวง บุญเฉลิมวิลาส, สิทธิผู้ป่วย, สิทธิมนุษยชน : รัฐกับการสาธารณสุขในสังคมไทย, น.130. รวบรวมและจัดพิมพ์โดย สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2538). น. 115-138

⁴⁰ เพิ่งอ้าง. น.120.

⁴¹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 36, น. 30.

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพ พ.ศ.2549 และคำประกาศสิทธิผู้ป่วยที่จัดทำขึ้น โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข แพทยสภาทันตแพทยสภา และสภาพยาบาล สภาก่อสร้างกรรม สภาก่อเทคนิคการแพทย์ และสภากายภาพบำบัด โดยกฎหมายต่างๆ เหล่านี้เองแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยให้ความสำคัญและส่งเสริมในเรื่องของสิทธิผู้ป่วยซึ่งถือเป็นสิทธิมนุษยชนประการหนึ่ง

2.3 แนวคิด ที่มา และทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นแล้วว่า แพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วยซึ่งตนได้ล่วงรู้มาจากการประกอบวิชาชีพของตน อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีหรือบางสถานการณ์อาจมีความจำเป็นที่บังคับให้แพทย์ต้องเปิดเผยความลับ เพราะหากแพทย์ไม่ยอมเปิดเผยความลับแล้วอาจก่อความเสียหายใหญ่หลวงแก่สาธารณะหรือบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่า กฎหมายย่อมมีข้อยกเว้นในบางกรณีเพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพสังคมและอำนวยความสะดวกความเป็นธรรมให้แก่สังคมสูงสุด ดังนั้นแม้หลักการทางกฎหมายที่ควบคุมให้แพทย์รักษาความลับผู้ป่วยอย่างเคร่งครัดแล้ว แต่ก็มีบางกรณีที่กำหนดให้แพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้โดยไม่เป็นความผิดและไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.3.1 การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยความยินยอมของผู้ป่วย

หลักความยินยอมเป็นหลักการกฎหมายทั่วไปที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้เป็นข้อยกเว้นความผิดของแพทย์ได้ด้วย กล่าวคือ หากการเปิดเผยความลับนั้นได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แพทย์ย่อมมีอำนาจกระทำได้และไม่ถือเป็นความผิด ทั้งนี้ แต่เดิมก่อนแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน เนื่องจากแพทย์เชื่อว่าตนสามารถรักษาผู้ป่วยให้หายขาดได้โดยไม่ต้องอาศัยความยินยอมจากผู้ป่วย เนื่องจากในอดีตแพทย์ทุกคนมีหลักจริยธรรมตามคำสาบานของฮิปโปเครติสว่า ตนจะต้องรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุด (Best Practice) เพราะแพทย์เป็นผู้รู้ดีที่สุด (Doctor knows best) ซึ่งเป็นที่มาของหลักเอกสิทธิ์ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย (Therapeutic Privilege) ซึ่งหมายความว่า แพทย์มีเอกสิทธิ์ในการรักษาผู้ป่วยโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมและไม่ต้องรับฟังความคิดเห็นจากผู้ป่วยก็ได้ แต่เน้นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะวิธีการรักษาอาจสลับซับซ้อนจนยากจะอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจได้หรือการเปิดเผยข้อมูลจะทำให้ผู้ป่วยกังวลจนหมดกำลังใจรับการรักษา⁴²

⁴² Robert M. Veatch, *Medical Ethics*, 2nd Ed, (Washington DC: Georgetown University Press, 1989), p. 203.

หลักความยินยอมเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการประการคือสภาพและกำเนิดประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงศตวรรษที่ 18 ภายหลังจากที่การแพทย์ได้พัฒนาอย่างรวดเร็ว เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา ซึ่งการพัฒนาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย แต่แพทย์ได้ทำการรักษาผู้ป่วยโดยมิได้แจ้งหรือขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับอันตรายจากการรักษา ทั้งนี้ ไม่อาจปฏิเสธได้ว่าการกระบวนกรักษาของแพทย์นั้นเป็นการกระทำ ความผิดทางอาญา เช่น การผ่าตัด การตรวจและสัมผัสในเนื้อตัวของผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้นจึง ก่อให้เกิดการฟ้องร้องระหว่างแพทย์และผู้ป่วยหลายคดี ซึ่งภายหลังที่ฟ้องร้องเป็นคดีความใน ชั้นศาลแล้วคำพิพากษาที่ออกมาจากคดีดังกล่าวแสดงให้เห็นการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะ ในเรื่องความยินยอมมากขึ้น เช่น ในคดี *Schloendorff v Society of New York Hospital*⁴³ ผู้ป่วย ชื่อแมรี่ขอให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีเนื้องอกหรือไม่ แต่เมื่อแพทย์ตรวจพบว่าเนื้องอก ดังกล่าวเป็นเนื้อร้ายจึงตัดก่อนเนื้อร้ายออกไปโดยไม่ได้รับความยินยอมจากนางแมรี่ เป็นการ ทำตามหลักแพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยอย่างดีที่สุดไม่ว่าผู้ป่วยจะยินยอมหรือไม่ แต่ผู้พิพากษาชื่อ เบนจามิน กาโดโซ่ (Justice Benjamin Cardozo) พิพากษาว่า “มนุษย์ทุกคน ซึ่งบรรลุนิติภาวะและมีสติสัมปชัญญะปกติย่อมมีสิทธิที่จะวินิจฉัยได้ว่าสิ่งใดควรปฏิบัติต่อร่างกายของตนหรือไม่ แพทย์ ผู้ผ่าตัดโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยย่อมเป็นการทำละเมิดและทำร้ายร่างกายซึ่งจะต้อง รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น” และได้กล่าวต่อไปว่า “เฉพาะในเหตุฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหมด สติ หรือไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมได้และมีความจำเป็นต้องให้การรักษาโดยไม่อาจรอความ ยินยอมจากผู้ป่วยได้ แพทย์จึงสามารถรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย”⁴⁴ หรือในคดี *Sidaway v. Board Governors of Bethlem Royal Hospital and Maudsley Hospital*⁴⁵ ผู้ป่วยเข้ารับ การรักษาอาการปวดคอโดยการผ่าตัดมีความเสี่ยงทำให้เกิดการอัมพาตได้ แต่ความเสี่ยงมีโอกาส เกิดได้น้อยกว่า 1% แต่เมื่อภายหลังผ่าตัดแล้ว ผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาตครึ่งล่างของร่างกาย ผู้ป่วยจึง ฟ้องแพทย์ว่าไม่แจ้งข้อมูลความเสี่ยงให้ผู้ป่วยทราบก่อน และศาลได้วางหลักในคดีนี้ว่า แพทย์ต้อง ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการขอความยินยอมรับการรักษา แต่สามารถเลือกให้ข้อมูลได้โดย ต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงที่จำเป็น และไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดได้น้อยมากหรือ ไกลกว่าเหตุได้ กล่าวคือ ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์เพราะแพทย์เป็นผู้รู้ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม มีผู้โต้แย้ง ว่า การวางหลักเช่นนี้ไม่ถูกต้องเนื่องจากผู้ป่วยควรมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูลและมีอำนาจร่วมตัดสินใจ

⁴³ *Schloendorff v Society of New York Hospital* 105 N.E. 92, 211 N.Y. 125.

⁴⁴ วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์ และชนสร สุทธิบัณฑิต, กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าวแล้ว, (กรุงเทพฯ : นิติธรรม, 2561), น. 5-7.

⁴⁵ *Sidaway v. Board Governors of Bethlem Royal Hospital and Maudsley Hospital* [1985] AC 871

(Patient Autonomy) ต่อมาในประเทศออสเตรเลียมีคดี Rogers v. Whitaker⁴⁶ ที่แพทย์ไม่ได้แจ้งความเสี่ยงในการทำหัตถการที่ดวงตาข้างขวาของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุและสามารถมองเห็นได้โดยอาศัยดวงตาข้างซ้ายอย่างเดียว ทั้งนี้ ผู้ป่วยได้สอบถามถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ดวงตาข้างขวาของตนแล้ว แต่แพทย์มิได้แจ้งความเสี่ยงดังกล่าวเพราะเห็นว่าโอกาสเกิดน้อยมากภายหลังการทำหัตถการแล้วกระทบกระเทือนตาข้างซ้ายของผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยจึงฟ้องแพทย์ต่อศาลและศาลตัดสินว่า เป็นการรักษาโดยไม่ขอความยินยอมจากผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยตาบอดจึงเป็นการกระทำละเมิดต่อผู้ป่วย แพทย์ต้องรับผิดชอบ

ต่อมาหลักเกี่ยวกับความยินยอมของผู้ป่วยก็ได้รับการพัฒนาเรื่อยมา จนกระทั่งเกิดแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิส่วนบุคคล และสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับและรับรองจากองค์การระหว่างประเทศในปฎิญญาต่างๆ จนเกิดหลักที่เรียกว่า “Patient Autonomy” ที่แพทย์ต้องแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนทำการรักษา โดยจะต้องแจ้งรายละเอียดทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นโรคที่ผู้ป่วยเผชิญ วิธีการรักษา ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังรักษา ผลแทรกซ้อน ความสำเร็จในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจเพียงพอที่จะตัดสินใจว่าจะทำการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา ทั้งนี้ เมื่อแพทย์แจ้งข้อมูลดังกล่าวครบถ้วนและผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้วจะถือเป็นความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หรือ informed consent โดยหลักความยินยอมนี้ทำให้แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการรักษาได้ เพราะแพทย์ได้รักษาตามความยินยอมของผู้ป่วย โดยอาศัยหลักการเดียวกับหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่า “ความยินยอมทำให้ไม่เป็นละเมิด” หรือ Volenti Nonfit Injuria อย่างไรก็ตาม ความยินยอมของผู้ป่วยอันจะทำให้แพทย์สามารถอ้างเพื่อจำกัดความรับผิดชอบของตนได้นั้น จะต้องเป็นความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมาย กล่าวคือ จะต้องเป็นความยินยอมของผู้เสียหายอันบริสุทธิ์ โดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญ ข่มขู่หลอกลวง หรือสำคัญผิด และต้องมีอยู่ก่อนเปิดเผยความลับและมีอยู่จนถึงขณะเปิดเผยความลับ รวมถึงต้องไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน หากความยินยอมให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยครบถ้วนตามเงื่อนไขดังนี้แล้วยอมเข้าข้อยกเว้นที่แพทย์สามารถอ้างเพื่อจำกัดความรับผิดชอบได้

หลักการเกี่ยวกับความยินยอมในการรักษาผู้ป่วยนั้นก็นำมาใช้กับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเช่นกัน กล่าวคือ หากผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ แพทย์ก็สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้โดยไม่ถือว่ามีความผิด แต่การเปิดเผยดังกล่าวต้องอยู่ในขอบเขตความยินยอมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยยินยอมให้เปิดเผยความลับของตนแก่สามีของผู้ป่วยในเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นเท่านั้น ส่วนสาเหตุของโรคหรือประวัติความเจ็บป่วยให้เก็บไว้เป็นความลับ

⁴⁶ Rogers v. Whitaker [1992] HCA 58; 175 CLR 479. กระทำทุกอย่างที่กระทำต่อบุคคลหรือสิทธิของบุคคลย่อมไม่ผิดกฎหมาย ถ้าบุคคลนั้นได้ให้ความยินยอมในการกระทำความดังกล่าว

เช่นนี้แล้วแพทย์จะเปิดเผยความลับต่อญาติคนอื่นที่มีชื่อเสียงของผู้ป่วยมิได้ อีกทั้งแพทย์สามารถแจ้งสามีผู้ป่วยได้แค่โรคและอาการของโรคเท่านั้น แพทย์จะเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับประวัติอื่นๆ ของผู้ป่วยไม่ได้เพราะไม่ได้อยู่ในขอบเขตการให้ความยินยอมให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วย เป็นต้น

นอกจากนี้แล้วหลักเรื่องความยินยอมให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยยังเป็นที่ยอมรับไปทั่วโลกว่าเมื่อใดที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้วถือเป็นข้อยกเว้นประการหนึ่งที่ทำให้แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบ โดยประเทศในกลุ่มคอมมอนลว์ยอมรับว่า การกระทำทุกอย่างที่กระทำต่อบุคคลหรือสิทธิของบุคคลย่อมไม่ผิดกฎหมาย ถ้าบุคคลนั้นได้ให้ความยินยอมในการกระทำความผิด⁴⁷ เช่น ในคำพิพากษาของศาลอังกฤษคดี *Hunter v Mann* ที่วินิจฉัยให้การยอมรับว่า แพทย์ต้องไม่เปิดเผยเรื่องราวของผู้ป่วยหากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน ส่วนประเทศในกลุ่มซีวิลลว์ แม้ไม่มีบทบัญญัติเรื่องความยินยอมไว้โดยตรงในประมวลกฎหมายแต่ก็เป็นที่ยอมรับว่า ความยินยอมของผู้ป่วยเป็นเหตุให้ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ โดยเฉพาะความยินยอมในสิ่งที่เป็นการสละประโยชน์จากกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองตนเองแต่ต้องเป็นความยินยอมที่ไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน⁴⁸

ในจริยธรรมวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศต่างๆ ก็ได้กำหนดให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ หากได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ในไทยปรากฏอยู่ในข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2549 ในขณะที่ต่างประเทศก็มีการบัญญัติในลักษณะนี้ไว้เช่นกัน เช่น ประเทศอังกฤษในคู่มือจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ของสมาคมแพทย์อังกฤษ (*Handbook of Medical Ethics of British Medical Association*) ข้อ 1.6 กำหนดให้ความยินยอมของผู้ป่วยเป็นข้อยกเว้นบางประการหนึ่งที่ทำให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้⁴⁹ อีกทั้งจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทยสภาอังกฤษก็กำหนดให้ความยินยอมของผู้ป่วยเป็นข้อยกเว้นที่สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้เช่นกัน⁵⁰ หรือในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้มีการกล่าวถึงในเรื่องดังกล่าวไว้ในประมวลจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่กำหนดโดยสมาคมวิชาชีพแพทย์ของสหรัฐอเมริกา หรือ *American Medical Association (AMA)* นั่นเอง

⁴⁷ กมลชัย รัตนสกววงศ์, “ความยินยอมในกฎหมายอาญา,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2523), น. 141.

⁴⁸ ทรงชัย รัตนปริณยานนท์, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 30*, น. 88-93

⁴⁹ Finch John D., *Health Services Law*, (London: Sweet & Maxwell, 1981), p. 227.

⁵⁰ I Kenney & A Grubb, *Medical Law: Text with Materials*, 2nd ed, (London: Butterworth, 1994), p. 644.

2.3.2 การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยอำนาจของกฎหมาย

แม้โดยสภาพความลับของผู้ป่วยจะเป็นเรื่องส่วนตัวจึงทำให้แพทย์มีหน้าที่ทั้งในทางกฎหมายและจริยธรรมที่จะต้องรักษาความลับของผู้ป่วยดังกล่าวก็ตาม แต่เนื่องจากสภาพสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น อาจมีบางกรณีซึ่งจำเป็นต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ ดังนั้นหากไม่บัญญัติกฎหมาย หรือข้อยกเว้นในกฎหมายให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ อาจส่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม กฎหมายที่บัญญัติหรือข้อยกเว้นที่กฎหมายบัญญัติให้แพทย์เปิดเผยความลับได้ ย่อมแตกต่างกันออกไปในแต่ละประเทศ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า กรณีเหล่านี้ประเทศต่างๆ มักกำหนดให้แพทย์เปิดเผยความลับได้ แต่เป็นเพียงข้อยกเว้นทางกฎหมายที่กำหนดให้เปิดเผยเมื่อเกิดเหตุการณ์ลักษณะนี้ขึ้นเท่านั้น เช่น เมื่อแพทย์พบผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรงซึ่งเป็นโรคติดต่อหรือเป็นโรคที่ระบาดได้ง่าย ดังนั้นเพื่อมิให้ประชาชนผู้อื่นติดโรคดังกล่าวไปด้วย แพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบ เพื่อหามาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรค หรือการเปิดเผยเนื่องจากการปฏิบัติตามหน้าที่หรือหน้าที่ราชการที่กฎหมายบัญญัติไว้ หรือการเปิดเผยตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก เป็นต้น ทั้งนี้ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายเหล่านี้ ถือเป็นความชอบธรรมที่แพทย์กระทำได้โดยไม่เป็นความผิดใดๆ เลย เพราะเป็นการกระทำตามกฎหมายโดยแท้

นอกจากนี้แล้วในต่างประเทศยังมีกรณีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยทางการแพทย์ เช่น ในประเทศอังกฤษได้กำหนดข้อยกเว้นให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ ถ้าเป็นการเปิดเผยเพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยทางการแพทย์ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรม⁵¹ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา มีกฎหมายคุ้มครองเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับของผู้อื่นเพื่อการวิจัย คือ พระราชบัญญัติการวิจัยแห่งชาติ (National Research Act) โดยมีคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติทำหน้าที่ตรวจสอบและให้ความเห็นชอบในการเปิดเผยข้อมูลที่เป็นความลับเพื่อการวิจัยที่จะเป็นการล่วงล้ำสิทธิส่วนตัว⁵² สำหรับกฎหมายไทยนั้นมิได้มีการบัญญัติข้อยกเว้นความผิดตามกรณีนี้ไว้โดยตรง ทั้งในทางจริยธรรมและทางกฎหมาย ดังนั้นในทางปฏิบัติหากมีวิจัยทางการแพทย์แล้ว ระหว่างแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนั้นๆ แพทย์สามารถเปิดเผยความลับผู้ป่วยระหว่างแพทย์ที่ร่วมทำการวิจัยด้วยกันได้ แต่หากจะ

⁵¹ Handbook of Medical Ethics of the British Medical Association paragraph 1.6...

1.6 The doctor must preserve secrecy on all he knows. There are five exceptions to this general principle: (1)... (2)... (3)... (4) for the purposes of medical research, approved by the Chairman of the British Medical Association's Central Ethical Committee of his nominee (5)...

⁵² ทรงชัย รัตนปริญญาพันธ์, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 30*, น. 99-100.

เปิดเผยความลับแก่บุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้อง กรณีเช่นนี้อาจต้องนำหลักเรื่องอื่นมาใช้ เช่น การขอความยินยอมจากผู้ป่วยโดยตรง หรืออ้างเหตุการณ์เปิดเผยความลับตามกรณีหรือกฎหมายอื่น เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้กฎหมายไทยจะไม่มีเรื่องดังกล่าวบัญญัติไว้อย่างชัดเจนแต่เมื่อมีข้อยกเว้น กรณีนี้ปรากฏอยู่ในกฎหมายของประเทศอื่นแสดงให้เห็นว่า ในต่างประเทศต่างให้การยอมรับแนวคิดนี้เหมือนกัน

2.3.3 การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยการปฏิบัติตามหน้าที่

สำหรับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยการปฏิบัติตามหน้าที่นี้ อาจเป็นหน้าที่ทางวิชาชีพของแพทย์หรือหน้าที่ทางกฎหมายก็ได้ ดังนี้

2.3.3.1 หน้าที่ทางวิชาชีพ คือ สิ่งที่ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ในการประกอบวิชาชีพนั้นๆ หากไม่ปฏิบัติก็ไม่อาจประกอบวิชาชีพนั้นๆ ได้ เช่น การปรึกษาระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน ในการรักษาผู้ป่วย เนื่องจากบางโรคอาจเป็นโรคที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับระบบร่างกายหลายระบบ ดังนั้นแพทย์ไม่อาจทำการรักษาผู้ป่วยโดยลำพังได้ จึงต้องมีการปรึกษาระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกันว่าจะรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการใด หรือการที่บุคลากรทางสาธารณสุขในโรงพยาบาลทราบถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด หรือนักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น

2.3.3.2 หน้าที่ทางกฎหมาย คือ สิ่งที่กฎหมายกำหนดไว้ว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ หากไม่ปฏิบัติตามอาจมีความผิดทางกฎหมายได้ เช่น การสั่งให้แพทย์เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยโดยอำนาจศาลตามกฎหมายวิธีสบัญญัติที่ให้อำนาจศาลในการใช้ดุลพินิจเรียกเอกสาร หรือบังคับบุคคลที่เกี่ยวข้องให้ส่งพยานหลักฐาน หรือเข้าให้การอย่างไรอย่างหนึ่งอันเกี่ยวข้องกับความลับซึ่งได้มาหรือทราบมาเนื่องในวิชาชีพหรือหน้าที่ของเขา นอกจากนี้แล้วตัวอย่างหน้าที่ทางกฎหมายที่สำคัญอีกหน้าที่หนึ่งดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นคือ หน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และ หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือสาธารณะ จิตแพทย์หรือนักบำบัดสามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ ด้วยวิธีการเตือนเหยื่อโดยตรง หรือแจ้งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช

2.3.4 การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สาธารณะ

คำว่า “ประโยชน์สาธารณะ” หรือในบางครั้งเรียกว่า “ประโยชน์มหาชน” คือ ประโยชน์สำหรับประชาชนทุกคน กล่าวคือ เป็นการกระทำหรือการดำเนินการของรัฐเพื่อตอบสนองความต้องการส่วนใหญ่ของประชาชนภายในรัฐ ไม่ใช่การตอบสนองความต้องการของคนใดคนหนึ่ง โดยเฉพาะ และไม่ใช่ว่าการตอบสนองของผู้ที่ดำเนินการนั้นเอง กล่าวได้ว่า เป็นความต้องการของแต่ละ

ละคนในจำนวนคนหมู่มากที่ตรงกัน หรือคนส่วนใหญ่ของคนในสังคมนั้นๆ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญ หรือ “นิติสัมปัติ” ของกฎหมายมหาชน⁵³ ซึ่งแตกต่างกับประโยชน์ส่วนตนในกฎหมายเอกชน

ในการพิจารณาว่าสิ่งใดจึงจะถือว่าเป็นประโยชน์ของมหาชนหรือประโยชน์สาธารณะ นั้น ไม่สามารถพิจารณาหรือตอบได้ตายตัว กล่าวคือ เนื่องจากสังคมมีความเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นความต้องการของคนในสังคมแต่ละยุคย่อมแตกต่างกันออกไป กล่าวได้ว่าความต้องการของคนในสังคมย่อมเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามยุคสมัยและภารกิจของรัฐในขณะนั้น และเนื่องจากรัฐมีภารกิจจัดทำบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของรัฐนั้นทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัย การรักษาความสงบเรียบร้อย สาธารณูปโภคต่างๆ การคมนาคมหรือการขนส่งต่างๆ การศึกษา การบริการทางสาธารณสุข ดังนั้นสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นประโยชน์สาธารณะทั้งสิ้น

สำหรับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยนั้น แม้ว่าความลับของผู้ป่วยจะเป็นสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ต้องเคารพก็ตาม แต่เมื่อพิจารณาตามหลักประโยชน์สาธารณะแล้ว หากความลับของผู้ป่วยดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ เช่น เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยของประชาชน หรือเพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคระบาดของประชาชน เป็นต้น องค์กรของรัฐฝ่ายนิติบัญญัติก็อาจตรากฎหมายเพื่อกำหนดให้มีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ เนื่องจากประโยชน์สาธารณะย่อมต้องมาก่อนประโยชน์ของปัจเจกชน แม้ประโยชน์ของปัจเจกชนดังกล่าวจะเป็นเรื่องส่วนตัวหรือสิทธิส่วนตัวตามที่กฎหมายรับรองก็ตาม

ตัวอย่างกฎหมายซึ่งยกเว้นให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยตามหลักประโยชน์สาธารณะ เช่น แพทยสภาของประเทศไทย (General Medical Council) ได้กำหนดไว้เป็นหลักจริยธรรมของแพทย์ว่าการเปิดเผยความลับผู้ป่วยที่จะเป็นเพื่อประโยชน์ของสังคม (Public Interest) อาจเป็นการกระทำที่ชอบธรรมได้ หากเป็นการกระทำบนพื้นฐานประโยชน์ของสังคม⁵⁴ และได้กำหนดตัวอย่างกรณีการกระทำที่เป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายไว้ว่า ต้องเป็นการเปิดเผยในเรื่องความลับของผู้ป่วยที่เป็นการเสี่ยงภัยชีวิตหรืออันตรายร้ายแรงแก่บุคคลที่เข้ามาข้องเกี่ยวกับผู้ป่วย⁵⁵ หรือในสหรัฐอเมริกา แม้สมาคมแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Medical Association หรือ AMA) จะได้กำหนดให้มีการคุ้มครองความลับของผู้ป่วยไว้ในหลักจรรยาแพทย์ (AMA Principles of Medical Ethics) โดยบัญญัติห้ามมิให้แพทย์เปิดเผยความลับที่ได้มาจากการประกอบวิชาชีพเนื่องจากผู้ป่วยเชื่อถือว่าแพทย์จะรักษาความลับของตน

⁵³ สมยศ เชื้อไทย, หลักกฎหมายมหาชนเบื้องต้น, (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2536), น. 29.

⁵⁴ The GMC's Blue Book paragraph 78 (g)

⁵⁵ The GMC's Blue Book paragraph 86

แต่มีบางกรณีที่แพทย์เปิดเผยความลับได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อน เช่น กรณีการเปิดเผยนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดหาบริการสาธารณสุขหรือการดำเนินการทางสาธารณสุขซึ่งเป็นภารกิจของรัฐ หรือกรณีบุคคลที่สามซึ่งอาจได้รับอันตรายจากความลับของผู้ป่วย (Duty to Warn and Duty to Protect) จะเห็นได้ว่า การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยด้วยเหตุประโยชน์สาธารณะถือเป็นหลักข้อยกเว้นประการหนึ่งที่กฎหมายของประเทศต่างๆ ยอมรับว่าเป็นอำนาจที่กระทำได้ โดยผู้กระทำไม่มีความผิดเพราะถือว่าเป็นการกระทำเพื่อประโยชน์ของคนหมู่มากนั่นเอง

2.3.5 การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

สำหรับข้อยกเว้นที่กำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนี้ ถือเป็น การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สาธารณะประเภทหนึ่ง แต่เนื่องจากงานวิจัยชั้นนี้มุ่งศึกษาในประเด็นความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช และดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า “ความลับของผู้ป่วย” ก็นิยามความหมายกว้างขวางไปถึงข้อมูลทุกประการของผู้ป่วย ทั้งที่ระบุและมีได้ระบุไว้ในเวชระเบียน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ล้วนเป็นสิทธิส่วนตัว หรือ Right to Privacy ของผู้ป่วยโดยแท้ ดังนั้นอาจสร้างความสับสนระหว่าง “ความลับของผู้ป่วยทั่วไปที่เป็นสิทธิส่วนตัว (Right to Privacy)” กับ “ความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช” ได้ ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการแยกหัวข้อนี้ออกมาศึกษาต่างหาก

ความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช คือ ข้อมูลใดๆ หรือสิ่งใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่จิตแพทย์ผู้ทำการรักษาประเมินแล้วเห็นว่า ข้อมูลหรือสิ่งดังกล่าวมีแนวโน้มหรืออาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยจิตเวชเอง ผู้อื่น หรือสาธารณะ ซึ่งความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนี้ มิได้จำกัดว่าจะต้องเป็นข้อมูลประเภทใด หรือด้านใดโดยเฉพาะ กล่าวคือ อาจเป็นข้อมูลหรือสิ่งใดๆ ด้านใดก็ได้ที่แสดงให้จิตแพทย์เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และผู้อื่นหรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยจิตเวชเอง อาจได้รับอันตรายจากข้อมูลหรือสิ่งใดๆ ที่อาจเป็นอันตรายของตนเองได้ เช่น การที่ผู้ป่วยจิตเวชเล่าให้จิตแพทย์ฟังในระหว่างการรักษาว่า ตนเองต้องการฆ่าเพื่อนที่ทำงานของตนเอง เพราะไม่พอใจที่การกระทำของเพื่อน หรือการที่ผู้ป่วยจิตเวชเล่าให้จิตแพทย์ฟังว่า ตนเองต้องการฆ่าตัวตาย เพราะไม่อยากเป็นภาระพ่อกับแม่ เป็นต้น กล่าวได้ว่า ความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนี้ ถือเป็นความลับทั่วไปที่เป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยนั่นเอง แต่มีความแตกต่างตรงที่ว่า ความลับเหล่านี้อาจก่อให้เกิดอันตรายให้ผู้อื่น ผู้ป่วย หรือสาธารณะชนได้รับอันตรายได้ ดังนั้นหลังจากเกิดคดีสำคัญในสหรัฐอเมริกา คือ Tarasoff v. the Regents of the University of California จึงทำให้เกิดหลักการป้องกันบุคคลที่สามที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเป็นที่ยอมรับว่า เป็นข้อยกเว้นหลัก

ความลับของผู้ป่วยที่เป็นสากล แม้จะมีได้มีกฎหมายโคบัญญัติไว้ถึงกรณีที่จำเพาะแต่ถ้าแพทย์เห็นว่าการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายนั้น เป็นหนทางเดียวในการป้องกันภัยที่อาจเกิดขึ้น แพทย์ก็สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้⁵⁶

การที่คำพิพากษาคดี Tarasoff กำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ (Duty to Warn) เนื่องจากศาลมองว่าจิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกัน (Special Relationship) ซึ่งหลักการดังกล่าวเป็นหลักกฎหมายในเรื่องละเมิดที่กำหนดให้ผู้ที่มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันร่วมรับผิดชอบในการกระทำของบุคคลที่ตนมีความสัมพันธ์พิเศษด้วย เนื่องจากตนเองเป็นผู้มีหน้าที่ที่ต้องดูแลบุคคลที่มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันให้ดี เช่น นายจ้าง-ลูกจ้าง พ่อแม่-ลูก ผู้ควบคุมดูแลโรงแรม-แขกที่เข้าพัก หรือเจ้าของที่ดิน-ผู้ที่ถูกเชิญให้เข้าคูที่ดิน เป็นต้น โดยศาลได้นำหลักการดังกล่าวมาใช้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยเช่นกัน เพราะศาลมองว่าจิตแพทย์เป็นผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยและต้องระมัดระวังมิให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ไปก่ออันตรายแก่ผู้อื่น นอกจากนี้แล้วศาลยังมองเรื่องความปลอดภัยของสาธารณะและสังคมต้องมาก่อนประโยชน์ของปัจเจกชน กล่าวคือ รัฐมีหน้าที่รักษาความสงบสุขและสร้างบรรยากาศให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณเองปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นอีกเหตุหนึ่งที่ทำให้ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียตัดสินในคดี Tarasoff ให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนหรือแจ้ง (Duty to Warn) ให้เหยื่อหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช

นอกจากในคดีดังกล่าวจะกำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ในกรณีที่ความดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น หรือต่อสาธารณชนแล้ว คำพิพากษาคดี Tarasoff ของสหรัฐอเมริกา ยังได้ขยายการเปิดเผยความลับ ไปถึงการกำหนดให้มีป้องกันอันตรายภายหลังเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย กล่าวคือ แม้ว่าจิตแพทย์จะเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการแจ้งหรือเตือน ให้เหยื่อหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบแล้ว คำพิพากษาดังกล่าวได้กำหนดให้มีการดำเนินการใดๆ เพื่อป้องกันมิให้ผู้อื่นหรือผู้ที่เกี่ยวข้องได้รับอันตรายดังกล่าวจากผู้ป่วยจิตเวชด้วย โดยเล็งเห็นว่า แม้จิตแพทย์จะเตือนให้เหยื่อหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทราบแล้ว แต่อันตรายยังคงสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากมิได้ดำเนินการป้องกันให้เป็นกิจลักษณะ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการกำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องดำเนินการใดๆ เพื่อป้องกันมิให้อันตรายดังกล่าวเกิดขึ้นด้วย เช่น การแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทราบ การกักตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (admit) หรือการส่งเรื่องให้ตำรวจทราบพร้อมขอให้ตำรวจตามสังเกตอาการของผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

⁵⁶ ศักดา สติระเรื่องชัย, “การรักษาความลับของผู้ป่วย,” เวชบันทึกศิริราช, 6(2), (กรกฎาคม-ธันวาคม 2556), น. 79-80.

กล่าวโดยสรุป การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช หรือหลักฐานที่
 ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) เป็นหลักที่ใช้ในการป้องกันบุคคลที่สาม โดยอนุญาตให้จิตแพทย์ที่
 ล่วงรู้ข้อมูลที่สำคัญบางอย่างสามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพื่อเป็นเตือนบุคคลที่สาม
 (third party) ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลนั้นได้⁵⁷ อย่างไรก็ตาม ความลับที่จิตแพทย์สามารถ
 เปิดเผยได้นั้นจำกัดเฉพาะความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ส่วนข้อมูลหรือ
 ความลับอื่นๆ ของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งไม่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่น เช่น ข้อมูลด้านการเงิน ประวัติ
 การศึกษา เป็นต้น ยังคงเป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเวช (Right to Privacy) ที่จิตแพทย์มีหน้าที่
 ต้องรักษาความลับดังกล่าวและไม่อาจเปิดเผยได้หากมิได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเวช

จากแนวคิดที่กำหนดให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า
 ข้อยกเว้นหลักการรักษาความลับที่กำหนดให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้นั้นล้วน
 เกี่ยวข้องกับความสงบเรียบร้อยแล้วศีลธรรมอันดีของประชาชน กล่าวคือ หากหลักในการรักษา
 ความลับของผู้ป่วยไม่มีข้อยกเว้นอาจทำให้ประชาชนหรือบุคคลในสังคมได้รับอันตราย หรือเสีย
 ประโยชน์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งได้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในบางกรณีที่ต้องกำหนดให้แพทย์สามารถ
 ละเว้นหน้าที่ในการรักษาความลับได้ ส่วนลักษณะกฎหมายที่กำหนดให้แพทย์สามารถเปิดเผย
 ความลับของผู้ป่วยได้จะมีรูปแบบใดนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับรัฐนั้นๆ ที่จะออกแบบกฎหมายภายในรัฐ
 ของตนให้อยู่ในรูปแบบใดเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและระบบกฎหมายของตนเอง ซึ่งเป็น
 สิ่งที่ผู้วิจัยจะศึกษาและกล่าวถึงในส่วนถัดไป

⁵⁷ เห่งอ้าง.

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตราย ของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

สำหรับในบทนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งในงานวิจัยเล่มนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอมาตรการทางกฎหมายของ สหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษว่าทั้งสองประเทศมีการบัญญัติกฎหมายในเรื่องดังกล่าวไว้อย่างไรรวมถึงศึกษาด้วยว่ากฎหมายดังกล่าวประสบปัญหาในการใช้ด้านใดหรือไม่ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์และเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างกับกฎหมายของประเทศไทย

3.1 สหรัฐอเมริกา

ดังที่ได้กล่าวไปในเบื้องต้นแล้วว่า ภายหลังจากศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกาได้ตัดสินคดี Tarasoff จนก่อให้เกิดหลัก Duty to warn และ Duty to protect ขึ้นแล้ว ในมลรัฐอื่นๆ ของสหรัฐอเมริกาก็ต่างรับแนวคิดดังกล่าวและนำไปบัญญัติเป็นกฎหมายภายในรัฐของตนเช่นกัน อย่างไรก็ตาม สภาพการนำไปใช้และแนวคิดต่างๆ ของแต่ละมลรัฐยังมีลักษณะแตกต่างกันออกไป ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มลักษณะกฎหมายเกี่ยวกับ Duty to warn และ Duty to protect ของสหรัฐอเมริกาออกเป็น 3 ลักษณะได้ดังนี้

3.1.1 บทกฎหมายบังคับให้กระทำการ (Mandatory Statute)

สำหรับลักษณะแรกคือ กรณีที่มลรัฐนั้นๆ ได้บัญญัติกฎหมายบังคับให้จิตแพทย์หรือผู้ที่มีวิชาชีพเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ในกรณีที่จิตแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทราบถึงความลับที่อาจเป็นอันตรายแก่บุคคลที่สามของผู้ป่วยจิตเวช หรือประเมินแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะก่ออันตรายแก่บุคคลที่สาม หากจิตแพทย์หรือผู้ที่มีวิชาชีพนั้นไม่เตือนหรือป้องกันเหตุอันตรายที่อาจเกิดขึ้นอาจต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย โดยมลรัฐที่บัญญัติกฎหมายลักษณะบังคับให้กระทำการนี้มีมากกว่า 20 มลรัฐด้วยกัน อย่างไรก็ตาม ในวิทยานิพนธ์ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างมลรัฐซึ่งเป็นผู้วางหลักกฎหมายในเรื่องนี้ขึ้นมา มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) รายละเอียดดังนี้

มลรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งเป็นต้นกำเนิดของหลัก Duty to warn และ Duty to protect นี้ เป็นหนึ่งในมลรัฐที่กฎหมายกำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในกรณีที่ ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เป็นบทบังคับทางกฎหมาย (Mandatory Statute) กล่าวคือ จิตแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพที่เข้าลักษณะตามที่กฎหมายให้คำนิยาม มีหน้าที่ทาง กฎหมายที่ต้องเปิดเผยความลับ หากความลับของผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ใดๆก็ตาม การเปิดเผยความลับดังกล่าวเป็นบทบังคับทางกฎหมายนั้นมิได้เกิดจากบทบัญญัติแห่ง มลรัฐ แต่เกิดจากการพิพากษาคดีของศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Supreme Court) ในคดี Tarasoff v. Regents of the University of California หรือคดี Tarasoff นั้นเอง ดังนั้น การศึกษากฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนียจึงต้องศึกษาจากกฎหมายลายลักษณ์อักษรของมลรัฐควบคู่ไปกับแนวคำพิพากษาของศาล

บทบัญญัติของมลรัฐแคลิฟอร์เนียที่เกี่ยวข้องกับ Duty to warn และ Duty to protect ได้รับการบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายพยานหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Evidence Code) และประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Civil Code) โดยสามารถแยกพิจารณาได้ดังนี้

1. ประมวลกฎหมายพยานหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Evidence Code) ในกฎหมายฉบับนี้ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับหลัก Duty to Warn และ Duty to Protect ไว้ใน ส่วน 8 เอกสิทธิ์ หมวด 7 นักจิตบำบัดกับผู้ป่วย (Division 8. Privileges Article 7. Psychotherapist-Patient Privilege) ซึ่งในหมวดนี้จะอธิบายเกี่ยวกับเอกสิทธิ์ต่างๆ ที่กฎหมายให้ความคุ้มครองและ อนุญาตให้กระทำได้โดยไม่ต้องรับผิดตามกฎหมาย โดยมีมาตราที่เกี่ยวข้องคือ มาตรา 1010, มาตรา 1010.5 และมาตรา 1018

สำหรับบทบัญญัติในมาตรา 1010 ได้กล่าวถึงนิยามของคำว่า “Psychotherapist” เอาไว้ โดยกำหนดให้มีทั้งหมด 16 กรณี ตั้งแต่ (a)-(p)¹ ซึ่งบุคคลใดที่อยู่ในความหมายของคำว่านักจิต บำบัดตามมาตรานี้ บุคคลนั้นจะต้องมีหน้าที่ในการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช หากบุคคลนั้น เห็นว่า ความลับของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น แต่เนื่องจากมาตรา 1010 ได้กำหนดไว้ถึง 16 กรณี ผู้วิจัยจึงสรุปกลุ่มบุคคลที่เข้าลักษณะคำนิยามของคำว่า “Psychotherapist” ไว้ในเบื้องต้น ดังนี้²

¹ ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก ก.

² Cal. [Evid] Code § 1010 As used in this article, “psychotherapist” means a person who is, or is reasonably believed by the patient to be:

1) บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไม่ว่าในมลรัฐหรือประเทศใดก็ตามที่ปฏิบัติหน้าที่ หรือผู้ป่วยเชื่อว่าได้ปฏิบัติหน้าที่ในการรักษาผู้ช่วยในทางจิตเวช³

2) บุคคลที่ได้รับใบอนุญาตตามประมวลธุรกิจและวิชาชีพ (Business and Professions Code) เช่น ใบอนุญาตในการประกอบอาชีพนักจิตวิทยา (licensed as a psychologist) ใบอนุญาตในการปฏิบัติหน้าที่ด้านคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดทางจิต (licensed a clinical social worker) ใบอนุญาตในการประกอบอาชีพนักบำบัดการแต่งงานและครอบครัว (licensed as a marriage and family therapist) แพทย์ฝึกหัดด้านจิตวิทยาที่ภายใต้การดูแลของนักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาตจากคณะกรรมการจิตแพทย์ (A psychological intern who is under the supervision of a licensed psychologist or board certified psychiatrist) พยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีคุณสมบัติตามที่ประมวลธุรกิจและวิชาชีพกำหนด ผู้ประกอบวิชาชีพให้คำปรึกษาด้านคลินิกที่ได้รับใบอนุญาต (A person licensed as a professional clinical counselor) เป็นต้น ทั้งนี้ รวมถึงบุคคลที่เป็นผู้ช่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องที่เข้ารับการฝึกอบรมที่อยู่ภายใต้การดูแลของบุคคลที่ประกอบวิชาชีพดังกล่าวข้างต้นด้วย

3) บุคคลที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนนักจิตวิทยาและได้รับหนังสือรับรองจากมลรัฐที่อนุญาตให้ดำเนินการให้บริการได้

4) บุคคลที่ได้ขึ้นทะเบียนกับคณะกรรมการนักจิตวิทยาในฐานะนักจิตวิทยาและอยู่ภายใต้การดูแลของนักจิตวิทยาที่ได้รับใบอนุญาต หรือจิตแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ

5) บุคคลที่ประกอบธุรกิจบริการเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทางจิต หรือการให้คำปรึกษาต่างๆ ที่ได้รับอนุญาตตามมาตรา 6924 ของประมวลกฎหมายครอบครัวมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

จะเห็นได้ว่า มาตรา 1010 ประมวลกฎหมายพยานหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย³ได้ให้ความหมายของคำว่า “Psychotherapist” ใช้อย่างกว้างขวาง กล่าวคือ รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับจิตศาสตร์ในแขนงต่างๆ มากมาย ไม่จำกัดเฉพาะจิตแพทย์เท่านั้น อีกทั้งคำว่า “Psychotherapist” ยังได้รับการขยายความหมายเพิ่มเติมไว้ในมาตรา 1010.5 ของประมวลกฎหมายพยานหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียอีกด้วย โดยกำหนดให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับ

³ Section 1010 (a) A person authorized to practice medicine in any state or nation who devotes, or is reasonably believed by the patient to devote, a substantial portion of his or her time to the practice of psychiatry.

จิตแพทย์ที่อยู่ระหว่างการศึกษาก็ได้รับเอกสิทธิ์ตามที่ระบุไว้ในประมวลกฎหมายนี้ และรวมถึงข้อจำกัดต่างๆ เสมือนกับการสื่อสารดังกล่าวเป็นการสื่อสารระหว่างจิตแพทย์ (ทั่วไป) กับผู้ป่วยด้วย⁴

กล่าวโดยสรุป บุคคลที่ประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับจิตศาสตร์ซึ่งเข้าความหมายตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 1010 และ 1010.5 ของประมวลกฎหมายแพนหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ฎหมายกำหนดให้การเปิดเผยความลับซึ่งอาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชของบุคคลดังกล่าวได้รับเอกสิทธิ์ตามกฎหมายนี้ กล่าวคือ ไม่ต้องรับผิดชอบทั้งในทางแพ่งและอาญาแม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลและสิทธิของผู้ป่วยก็ตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เอกสิทธิ์ดังกล่าวย่อมมีข้อยกเว้นโดยได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 1018 และมาตรา 1024 แห่งประมวลกฎหมายแพนหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ดังนี้

“มาตรา 1018 การให้บริการของนักจิตบำบัด (Psychotherapist) จะไม่ได้รับเอกสิทธิ์ตามหมวดนี้ (Article 7) หากบุคคลดังกล่าวเป็นผู้ค้นหา หรือได้รับมอบอำนาจ หรือช่วยเหลือบุคคลที่ทำความผิดหรือวางแผนที่จะก่ออาชญากรรมหรือกระทำการละเมิด หรือหลบหนีจากการกักกัน หรือเป็นผู้ถูกจับกุมหลังจากกระทำความผิดทางอาญาหรือกระทำละเมิด”⁵ สำหรับข้อยกเว้นกรณีตามมาตรา 1018 นี้ เป็นข้อยกเว้นตามหลักสุจริต คือ หากบุคคลดังกล่าวมิได้กระทำการโดยสุจริตแล้ว บุคคลนั้นย่อมไม่สามารถอ้างประโยชน์ตามที่กฎหมายคุ้มครองได้ ดังนั้นหากจิตแพทย์เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำความผิดกับผู้ป่วยจิตเวชแล้ว จิตแพทย์ย่อมอาศัยประโยชน์ตามเอกสิทธิ์ของนักจิตบำบัดไม่ได้เลย

“มาตรา 1024 นักจิตบำบัด (Psychotherapist) จะไม่ได้รับเอกสิทธิ์ตามหมวดนี้ (Article 7) ถ้ามีเหตุให้นักจิตบำบัด (Psychotherapist) เชื่อถือว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิต หรือมีความผิดปกติทางจิตใจซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือบุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของบุคคลอื่นได้ และการเปิดเผยความลับจากการสื่อสารระหว่างตนเองกับผู้ป่วยดังกล่าวมีความสำคัญถึงขนาดสามารถช่วยป้องกัน

⁴ Cal. [Evid] Code § 1010.5 A communication between a patient and an educational psychologist shall be privileged to the same extent, and subject to the same limitations, as a communication between a patient and a psychotherapist.

⁵ Cal. [Evid] Code § 1018 There is no privilege under this article if the services of the psychotherapist were sought or obtained to enable or aid anyone to commit or plan to commit a crime or a tort or to escape detection or apprehension after the commission of a crime or a tort. (Enacted by Stats. 1965, Ch. 299.)

อันตรายได้”⁶ จะเห็นได้ว่ากรณีตามมาตรา 1024 นี้ เป็นไปตามหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to warn and Duty to protect) ตามคำพิพากษาคดี Tarasoff นั้นเอง โดยภายหลังที่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียได้ตัดสินในคดีดังกล่าวแล้ว ฝ่ายนิติบัญญัติของมลรัฐแคลิฟอร์เนียก็ได้บัญญัติมาตรานี้ขึ้นเพื่อเป็นการเน้นย้ำว่า การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นนั้นเป็นบทบังคับทางกฎหมาย

2. ประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Civil Code)

นอกจากบทบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียดังกล่าวข้างต้นประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียยังได้บัญญัติเกี่ยวหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) ไว้ในมาตรา 43.92 และมาตรา 56.10 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1) มาตรา 43.92 ประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยมีทั้งหมด 4 อนุมาตราด้วยกัน ตั้งแต่ (a)-(d) ซึ่งในอนุมาตรา (a) และ (b) จะบัญญัติเกี่ยวกับขั้นตอนในการเปิดเผยความลับที่ของนักจิตบำบัดที่เข้าคำนิยามตามมาตรา 1010 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California Evidence Code) กล่าวคือ เป็นการบัญญัติเกี่ยวกับขั้นตอนในการเปิดเผยความลับซึ่งอาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชว่ามีแนวทางและขั้นตอนอย่างไร รวมถึงการสิ้นสุดหรือการปลดภาระหน้าที่ในการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ (c) และ (d) บัญญัติเกี่ยวกับข้อกำหนดทั่วไปของหน้าที่ที่ต้องป้องกัน โดยผู้วิจัยขอแบ่งการอธิบายบทบัญญัติมาตรานี้ออกเป็น 2 หัวข้อ คือ หัวข้อที่หนึ่ง มาตรา 43.92 (c) และ (d) และหัวข้อที่สอง มาตรา 43.92 (a) และ (b) ดังนี้

2.1.1) มาตรา 43.92 (c) และ (d)

ดังที่กล่าวไปแล้วว่า (c) และ (d) เป็นเพียงข้อกำหนดทั่วไป กล่าวคือ มิได้บัญญัติลงในรายละเอียดเกี่ยวกับเนื้อหาของกฎหมาย เพียงแต่ระบุเกี่ยวกับชื่อของหลักนี้และการแก้ไข ดังนี้

“มาตรา 43.92 (c) บัญญัติว่า เป็นเจตนารมณ์ของผู้บัญญัติกฎหมายในการแก้ไขมาตรานี้ โดยการเปลี่ยนชื่อหน้าที่ตามมาตรา นี้ จากหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to warn and protect) เป็นหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) โดยจะไม่มีกรณีใดที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง

⁶ Cal. [Evid] Code § 1024 There is no privilege under this article if the psychotherapist has reasonable cause to believe that the patient is in such mental or emotional condition as to be dangerous to himself or to the person or property of another and that disclosure of the communication is necessary to prevent the threatened danger. (Enacted by Stats. 1965, Ch. 299.)

อนุมาตรา⁷ และหน้าที่ของนักจิตบำบัดยังคงเดิม มิได้แก้ไขเปลี่ยนแปลงจากการแก้ไขคำในมาตรา⁷ นี้แต่อย่างใด⁷

มาตรา 43.92 (d) บัญญัติว่า เป็นเจตนารมณ์ของผู้บัญญัติกฎหมายจากการที่ศาลตีความ มาตรา⁷ นี้ โดยได้แก้ไขมาตรา⁷ นี้โดยพระราชบัญญัติ เพื่อให้สอดคล้องกับการตีความมาตรา⁷ นี้ดังที่ศาล ได้อ่านคำพิพากษาเมื่อก่อนวันที่ 1 มกราคม ปี 2013⁸

จะเห็นได้ว่า ในคำพิพากษาคดี Tarasoff ได้เรียกหน้าที่ของนักจิตบำบัดว่า “Duty to warn and protect” คือหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน แต่ได้มีการแก้ไขชื่อหน้าที่ดังกล่าว ให้เหลือเพียง “Duty to protect” ดังนั้นจึงมีการระบุไว้ในมาตรา 43.92 (c) ว่า การเปลี่ยนชื่อหลัก กฎหมายมิได้เปลี่ยนแปลงหน้าที่ของนักจิตบำบัดที่ต้องเตือนและป้องกันแต่อย่างใด ในขณะที่ มาตรา 43.92 (d) กล่าวถึงหลักการและเหตุผลในการแก้ไขมาตรา 43.92 ว่า เพื่อให้สอดคล้องกับการ ตีความของศาลเท่านั้น

2.1.2) มาตรา 43.92 (a) และ (b)

สำหรับมาตรา 43.92 (a) และ (b) ถือเป็นสาระสำคัญของหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน เนื่องจากได้ระบุเกี่ยวกับการเริ่มต้นของหน้าที่ที่ต้องป้องกัน รวมถึงการสิ้นสุดหน้าที่ดังกล่าวและ การได้รับเอกสิทธิ์ให้ไม่ต้องรับผิดชอบกฎหมาย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

“มาตรา 43.92 (a) บัญญัติว่า นักจิตบำบัดตามมาตรา 1010 ย่อมไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายอันเป็นตัวเงิน หากนักจิตบำบัดดังกล่าวไม่อาจป้องกันอันตรายจากความรุนแรงของ พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือไม่อาจคาดการณ์และป้องกันพฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยได้ เว้นแต่ ในกรณีที่ผู้ป่วยได้สื่อสารกับนักจิตบำบัดเกี่ยวกับภัยคุกคามรุนแรงที่สามารถระบุตัวเหยื่อได้ หรือ

⁷ California Civil Code Law § 43.92: (c) It is the intent of the Legislature that the amendments made by the act adding this subdivision only change the name of the duty referenced in this section from a duty to warn and protect to a duty to protect. Nothing in this section shall be construed to be a substantive change, and any duty of a psychotherapist shall not be modified as a result of changing the wording in this section. (Amended by Stats. 2012, Ch. 149, Sec. 1. (SB 1134) Effective January 1, 2013.)

⁸ California Civil Code Law § 43.92: (d) It is the intent of the Legislature that a court interpret this section, as amended by the act adding this subdivision, in a manner consistent with the interpretation of this section as it read prior to January 1, 2013. (Amended by Stats. 2012, Ch. 149, Sec. 1. (SB 1134) Effective January 1, 2013.)

เชื่อได้ว่าอาจตกเป็นเหยื่อ”⁹

มาตรา 43.92 (b) บัญญัติว่า “นักจิตบำบัดย่อมไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายอันเป็นตัวเงิน หากภายใต้สถานการณ์ที่จำกัดตาม (a) และนักจิตบำบัดได้ดำเนินการตามหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) โดยการแจ้งอันตรายหรือความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อเหยื่อให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement agency) แล้ว”¹⁰

จากบทบัญญัติมาตรา 43.92 (a) และ (b) ดังกล่าวข้างต้นพอจะสรุปขั้นตอนหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) รวมถึงการสิ้นสุดภาระหน้าที่ดังกล่าวได้ 2 ขั้นตอน ดังนี้

2.1.2.1) ขั้นตอนที่หนึ่ง

มาตรา 43.92 (a) คือ การประเมินหรือคาดการณ์โดยนักจิตบำบัดว่าผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือไม่ หากนักจิตบำบัดประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ก็จะเข้าสู่ขั้นตอนที่สองตามมาตรา 43.92 (b) ต่อไป แต่ถ้าหากนักจิตบำบัดประเมินหรือคาดการณ์แล้วเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมิได้เป็นอันตรายต่อผู้อื่น หน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันของนักจิตบำบัดย่อมเป็นอันตกไป

สำหรับหน้าที่ในการประเมิน¹¹ว่าข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชคนใดอาจเป็นอันตรายหรือไม่ จิตแพทย์จำเป็นต้องเริ่มประเมินจากตัวของผู้ป่วยจิตเวชก่อนว่า มีเหตุผลใดในตัวผู้ป่วยจิตเวชที่น่าเชื่อถือว่าอาจเป็นอันตรายชีวิต ร่างกายของบุคคลอื่นหรือไม่ เนื่องจากเป็นไปได้ว่าในบางครั้งผู้ป่วยจิตเวชอาจเล่าให้จิตแพทย์ฟังว่าตนต้องการฆ่าผู้อื่น แต่การเล่าดังกล่าวอาจเป็นเพียงการพูด

⁹ California Civil Code Law § 43.92: (a) There shall be no monetary liability on the part of, and no cause of action shall arise against, any person who is a psychotherapist as defined in Section 1010 of the Evidence Code in failing to protect from a patient’s threatened violent behavior or failing to predict and protect from a patient’s violent behavior except if the patient has communicated to the psychotherapist a serious threat of physical violence against a reasonably identifiable victim or victims. (Amended by Stats. 2012, Ch. 149, Sec. 1. (SB 1134) Effective January 1, 2013.)

¹⁰ California Civil Code Law § 43.92: (b) There shall be no monetary liability on the part of, and no cause of action shall arise against, a psychotherapist who, under the limited circumstances specified in subdivision (a), discharges his or her duty to protect by making reasonable efforts to communicate the threat to the victim or victims and to a law enforcement agency. (Amended by Stats. 2012, Ch. 149, Sec. 1. (SB 1134) Effective January 1, 2013.)

¹¹ David G. Jensen. (September/October 2012). The Tarasoff Two-Step. Retrived November 30, 2561, from https://www.camft.org/images/PDFs/AttorneyArticles/Dave/The_Tarasoff_Two-Step.pdf

เล่นของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นได้ ซึ่งในประเด็นนี้ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย¹² ได้อธิบายในคำพิพากษาของคดี Tarasoff ว่า

“ศาลตระหนักดีว่า การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชหรือบทสนทนาระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับจิตแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่นนั้นอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับผู้ที่เป็นเหยื่อในทางกลับกันหน้าที่ของจิตแพทย์คือรักษาความลับของผู้ป่วยและจะไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวหากความลับนั้นไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น และแม้ว่าจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นก็ตาม จิตแพทย์ก็ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ กล่าวคือ จิตแพทย์ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถให้เหมือนกับหน้าที่ของจิตแพทย์ที่ต้องป้องกันสาธารณะจากอันตรายเช่นเดียวกัน”¹² และศาลได้กล่าวต่อไปว่า “ในขณะที่เดียวกันศาลก็ตระหนักดีว่า จิตแพทย์ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการคาดการณ์อันตรายของผู้ป่วย ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่าศาลไม่ได้ต้องการให้จิตแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างยอดเยี่ยม แต่จิตแพทย์เพียงต้องปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวอย่างสมเหตุสมผลให้สอดคล้องกับทักษะ ความรู้ และความเชี่ยวชาญตามแต่ละบุคคล ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพของแต่ละบุคคลแล้ว ความคิดเห็นและการตัดสินใจย่อมแตกต่างกันออกไป ดังนั้นจิตแพทย์มีอิสระที่จะใช้วิจารณญาณของตนโดยไม่ต้องรับผิดชอบ เพื่อให้การตัดสินใจของตนออกมาดีที่สุด รวมทั้งจิตแพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบในกรณีที่จิตแพทย์ตัดสินใจผิดพลาด”¹³

¹² “We realize that the open and confidential character of psychotherapeutic dialogue encourages patients to express threats of violence, few of which are ever executed. Certainly, a therapist should not be routinely encouraged to reveal such threats; such disclosures could seriously disrupt the patient’s relationship with his therapist and with the persons threatened. To the contrary, the therapist’s obligations to his patient require that he not disclose a confidence unless such disclosure is necessary to avert danger to others, and even then that he do so discreetly, and in a fashion that would preserve the privacy of his patient to the fullest extent compatible with the prevention of the threatened danger.”

¹³ “We recognize the difficulty that a therapist encounters in attempting to forecast whether a patient presents a serious danger of violence. Obviously, we do not require the therapist, in making that determination, to render a perfect performance; the therapist need only exercise reasonable degree of skill, knowledge, and care ordinarily possessed and exercised by members of that specialty under similar circumstances. Within the broad range of reasonable practice and treatment in which professional opinion and judgment may differ, the therapist is free to exercise his or her own best judgment without liability”

จากเหตุผลในคำพิพากษาสรุปหลักการเกี่ยวกับการคาดการณ์อันตรายของได้ว่า นักจิตบำบัดไม่จำเป็นต้องคาดการณ์เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างยอดเยี่ยม นักจิตบำบัดเพียงพิจารณาอย่างรอบคอบและประเมินว่าอันตรายดังกล่าวอาจเกิดขึ้นได้หรือไม่ โดยการประเมินดังกล่าวย่อมต้องอาศัยความสามารถ ประสบการณ์ ความรู้ความสามารถ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นๆ โดยปัจจุบันเครื่องมือที่นักจิตบำบัดส่วนมากนำมาใช้ประกอบการประเมิน ได้แก่ ตำราเรียน (textbooks) คู่มือการปฏิบัติงาน (practice handbooks) บทความทบทวนความรู้ (peer-reviewed articles) และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาอบรมในคอร์สเรียนต่างๆ ทั้งนี้ไม่ว่านักจิตบำบัดจะใช้เครื่องมือใดในการประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช จุดหมายที่สำคัญที่สุดในการประเมินคือ ผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือไม่ โดยนักจิตบำบัดต้องมีเหตุผลประกอบที่เหมาะสม รวมถึงมีหลักฐานใดๆ ที่เป็นปัจจัยบ่งชี้ซึ่งทำให้นักจิตบำบัดเข้าใจได้ว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มและอาจนำไปสู่ความรุนแรงได้ ยกตัวอย่างเช่น ในคดี Tarasoff สิ่งที่ปัจจัยบ่งชี้ให้นักจิตบำบัดเชื่อว่า นาย Poddar อาจเป็นอันตรายต่อนางสาว Tarasoff ได้แก่ 1. นาย Poddar มีอาการของจิตเภทแบบหวาดระแวง (paranoid schizophrenic reaction) 2. นาย Poddar มีอาการหมกมุ่นเกี่ยวกับนางสาว Tarasoff เนื่องจากการหมกมุ่นของผู้ป่วยที่มีอาการจิตเภทแบบหวาดระแวง จะทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยไม่คงที่ อีกทั้งจากบทสนทนาระหว่างนาย Poddar กับจิตแพทย์ขณะทำการรักษามีบางช่วงที่นาย Poddar หมกมุ่นและแสดงออกว่า ถ้าตนเองไม่ได้เป็นแฟนกับนางสาว Tarasoff คนอื่นก็ต้องไม่ได้เป็นแฟนกับเธอเช่นกัน รวมถึงได้บอกนักจิตบำบัดว่า นางสาว Tarasoff ต้องได้รับบทเรียนจากการบอกเลิกตน 3. อาการจิตเภทแบบหวาดระแวงและอาการหมกมุ่นของนาย Poddar เป็นสิ่งกระตุ้นและบ่งชี้ให้เห็นว่า นาย Poddar อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นได้

นอกจากนี้แล้วอีกปัจจัยที่อาจมีผลต่อการคาดการณ์ความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชคือ “ประวัติการทำร้ายหรือฆาตกรรมผู้อื่น” หากผู้ป่วยจิตเวชมีประวัติความรุนแรงในลักษณะนี้มาก่อนแล้วย่อมเป็นสิ่งสำคัญที่นักจิตบำบัดต้องตระหนักถึง รวมถึงอาจทำให้นักจิตบำบัดมีหน้าที่ที่ต้องป้องกันตามหลักในคดี Tarasoff ได้ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวจะมีได้แสดงอาการที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเลยก็ตาม ยกตัวอย่างเช่น ในคดี Jablonski v. United States (1983)¹⁴ โดยคดีนี้ นาย Jablonski ได้ฆาตกรรมแฟนสาวของตนที่ชื่อ Melinda Kimball และศาล the United States District อธิบายในคำพิพากษาว่า “แม้ว่าในคดีนี้ฆาตกรมิได้แสดงอาการหรือมีข้อบ่งชี้ใดๆ ว่าอาจจะเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นแบบในคดี Tarasoff ก็ตาม แต่นาย Jablonski มีประวัติก่อนหน้าที่บ่งชี้ว่าเขาอาจเป็นอันตรายต่อนางสาว Kimball ได้ กล่าวคือ เขามีประวัติข่มขืนและกระทำการรุนแรงอื่นๆ ต่อภรรยาคนก่อน อีกทั้งประวัติทางจิตของเขาบ่งชี้ว่า ความรุนแรงของเขาเป็นอันตรายโดยตรงต่อ

¹⁴ Jablonski v. United States (1983) 712 F.2d 391

ผู้หญิงที่อยู่ใกล้ตัวเขา”¹⁵ ด้วยเหตุนี้เองนักจิตบำบัด จึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับประวัติความรุนแรงหรืออันตรายก่อนหน้าของผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมาก เพราะจากคดี Jablonski แสดงให้เห็นแล้วว่า ศาลยอมรับในเรื่องดังกล่าวด้วย นอกจากนี้แล้วประวัติความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงกรณีที่นักจิตบำบัดได้รับทราบความรุนแรงจากสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชด้วย กล่าวคือ แม้นักจิตบำบัดจะมีได้รับทราบความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชมาด้วยตนเอง แต่ได้ยื่นเรื่องดังกล่าวจากครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชก็ตาม นักจิตบำบัดจำเป็นต้องนำข้อมูลดังกล่าวมาประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชด้วย¹⁶

ประเด็นสำคัญในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยนักจิตบำบัดอีกประการหนึ่ง คือ ความรุนแรงกล่าวต้องเป็นความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น ไม่รวมถึงความรุนแรงของบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยจิตเวชนำมาเล่าให้นักจิตบำบัดฟัง เช่น การที่ผู้ป่วยจิตเวชเล่าให้นักจิตบำบัดฟังว่า น้องของผู้ป่วยจิตเวชตั้งใจจะฆ่าแฟนของตนเอง กรณีเช่นนี้ไม่ถือว่านักจิตบำบัดมีหน้าที่ต้องเตือนตามหลักคดี Tarasoff เพราะฉะนั้นน้องของผู้ป่วยจิตเวชมิใช่ผู้ป่วยจิตเวชที่นักจิตบำบัดทำการรักษา ทั้งนี้ การประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยนักจิตบำบัดจำกัดเฉพาะกรณีผู้ป่วยจิตเวชที่ตนรักษาเท่านั้น ไม่รวมถึงบุคคลที่สาม

แม้ภายหลังที่นักจิตบำบัดประเมินหรือคาดการณ์อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชแล้ว เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชไม่มีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น แต่หน้าที่ของนักจิตบำบัดยังไม่สิ้นสุดลง เนื่องจากนักจิตบำบัดยังคงต้องประเมินความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่ทำการรักษา อีกทั้งต้องระบุข้อมูลและรายละเอียดต่างๆลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังการประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชด้วย เนื่องจากถือว่าเป็นอีกหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของนักจิตบำบัดเช่นกัน โดยต้องมีการระบุเหตุผลด้วยว่า จากการประเมินของตนเหตุใดผู้ป่วยจึงมีแนวโน้มว่าจะเป็นอันตราย รวมถึงในกรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่เป็นอันตราย นักจิตบำบัดย่อมต้องระบุเหตุผลลงไปในเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกัน

2.1.2.2) ขั้นตอนที่สอง

มาตรา 43.92 (b) คือ ภายหลังที่นักจิตบำบัดคาดการณ์แล้วว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตราย หน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันย่อมเกิดแก่นักจิตบำบัด โดยการแจ้งให้เหยื่อทราบ หรือแจ้ง

¹⁵ “Unlike the killer in Tarasoff, Jablonski made no specific threats concerning any specific individuals. Nevertheless, Jablonski’s previous history indicated that he would likely direct his violence against Kimball. He had raped and committed other acts of violence against his previous wife. His psychological profile indicated that his violence was likely to be directed against women very close to him.”

¹⁶ Ewing v. Goldstein (2004) 120 Cal.App.4th 807

ให้ทั้งเหยื่อและหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement agency) ทราบเพื่อให้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปก็ได้ ทั้งนี้ ภายหลังจากที่จิตแพทย์ได้แจ้งให้หน่วยงานดังกล่าวทราบแล้ว หน้าที่และความรับผิดชอบของนักจิตบำบัดตามหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันนี้ย่อมสิ้นสุดลง ซึ่งที่มาของหลักการตามมาตรา 43.92 (b) นี้ มาจากส่วนหนึ่งของพิพากษาคดี Tarasoff โดยส่วนหนึ่งของคำพิพากษาระบุว่า

“เมื่อจิตแพทย์หรือนักบำบัดวินิจฉัยว่า หรือตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพวางแนวทางให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจิตเวชที่จิตแพทย์หรือนักบำบัดรักษาอยู่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น จิตแพทย์หรือนักบำบัดคนดังกล่าวย่อมมีหน้าที่ที่ต้องดูแลตามสมควรและป้องกันมิให้เหยื่อได้รับอันตราย ทั้งนี้หน้าที่ของจิตแพทย์หรือนักบำบัดคนดังกล่าวจะสิ้นสุดลงเมื่อจิตแพทย์ได้ดำเนินการในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องต่อไปแล้ว ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แล้วแต่กรณีไป ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าจิตแพทย์หรือนักบำบัดต้องเตือนให้เหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายทราบ รวมถึงแจ้งให้ตำรวจทราบด้วย หรือดำเนินการในกรณีอื่นใดที่เหมาะสมต่อสถานการณ์นั้นๆ”¹⁷

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาตามบทบัญญัติมาตรา 43.92 (b) ประกอบกับส่วนหนึ่งในคำพิพากษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสิ้นสุดหน้าที่ของนักจิตบำบัดของกฎหมายลายลักษณ์อักษรกับหลักกฎหมายในคำพิพากษาคดี Tarasoff มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ หน้าที่ของนักจิตบำบัดจะสิ้นสุดลงไม่เหมือนกัน เนื่องจากในกฎหมายลายลักษณ์อักษรตามมาตรา 43.92 (b) ระบุว่า นักจิตบำบัดจะสิ้นสุดหน้าที่เมื่อแจ้งให้เหยื่อ หรือหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement Agency) ทราบเท่านั้น แต่ในคำพิพากษาได้ระบุเพิ่มเติมว่าอาจดำเนินการตามกรณีอื่นใดที่เหมาะสมต่อสถานการณ์นั้นๆ ก็ได้ จึงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า เมื่อใดจึงจะถือว่านักจิตบำบัดสิ้นสุดหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) นี้ และได้รับความคุ้มครองให้ไม่ต้องรับผิดชอบตามมาตรา 43.92

นายแพทย์ Simon ได้เสนอแนะและให้ข้อมูลในหนังสือ Psychiatry and Law for Clinicians เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว โดยพยายามเสนอแนะแนวทางให้หลักการตามคดี Tarasoff และ

¹⁷ “When a therapist determines, or pursuant to the standards of his profession should determine, that his patient presents a serious danger of violence to another, he incurs an obligation to use reasonable care to protect the intended victim against such danger. The discharge of this duty may require the therapist to take one or more of various steps, depending upon the nature of the case. Thus, it may call for him to warn the intended victim or others likely to apprise the victim of the danger, to notify the police, or to take whatever other steps are reasonably necessary under the circumstances.” (Tarasoff v. Regents of the University of California (1976))

กฎหมายลายลักษณ์อักษรดำเนินไปด้วยกันได้ รวมถึงเพื่อเสนอแนะวิธีการอื่นๆ ในการปลดภาระหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) ของนักจิตบำบัดตามที่ระบุในคำพิพากษา ดังนี้¹⁸

นายแพทย์ Simon มองว่า ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเกิดตามคดี Tarasoff นั้นสามารถแบ่งความรุนแรงหรืออันตรายที่อาจเกิด 3 ลักษณะ คือ

(1) ในกรณีที่ความเสี่ยงของความรุนแรงในระดับต่ำ (Low Risk of Violence) หากนักจิตบำบัดประเมินแล้วว่า ความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับต่ำ นายแพทย์ Simon แนะนำให้นักจิตบำบัดดำเนินการตามแผนการรักษาผู้ป่วย จิตเวชคนดังกล่าวต่อไป เพื่อลดความอันตรายในตัวผู้ป่วยจิตเวชลงให้ และนักจิตบำบัดไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ตำรวจหรือเตือนให้เหยื่อทราบ เนื่องจากในมุมมองของนายแพทย์ Simon เห็นว่า กรณีความเสี่ยงของความรุนแรงในระดับต่ำนี้ การรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชย่อมสำคัญกว่าการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช โดยการแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบโดยไม่จำเป็น

(2) ในกรณีที่ความเสี่ยงของความรุนแรงในระดับปานกลาง (Moderate Risk of Violence) หากนักจิตบำบัดประเมินแล้วว่า ความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง นายแพทย์ Simon แนะนำให้กักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ และเตือนให้เหยื่อทราบ รวมถึงแจ้งให้ตำรวจทราบ พร้อมทั้งประเมินความอันตรายของผู้ป่วยประกอบกับปรับแผนการรักษาผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น และ/หรือพยายามปรับตารางเวลานัดของตนเองให้ผู้ป่วยมากขึ้น

(3) ในกรณีที่ความเสี่ยงของความรุนแรงในระดับสูง (High Risk of Violence) หากนักจิตบำบัดประเมินแล้วว่า ความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูง นายแพทย์ Simon แนะนำให้กักตัวผู้ป่วยจิตเวชเพื่อประเมินความป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช แต่ในมุมมองของนายแพทย์ Simon เห็นว่า กรณีที่ไม่สามารถกักตัวผู้ป่วยได้ก็ให้นำแนวทางปฏิบัติของความเสี่ยงของความรุนแรงในระดับปานกลางมาใช้เพื่อเป็นการปลดภาระหน้าที่ที่ต้องป้องกันของนักจิตบำบัด

แม้ว่านายแพทย์ Simon จะได้เสนอแนะแนวทางดังกล่าวข้างต้นเพื่อให้กฎหมายลายลักษณ์อักษรและกฎหมายจากคำพิพากษาคดี Tarasoff ดำเนินไปในแนวทางเดียวกันก็ตาม แต่เนื่องจากบทบัญญัติในมาตรา 43.92 (a) และ (b) ให้เอกสิทธิ์ในการคุ้มกันแก่นักจิตบำบัดให้ไม่ต้องรับผิดชอบกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชกระทำความรุนแรงต่อเหยื่อตามที่ผู้ป่วยจิตเวชได้สื่อสารความประสงค์ดังกล่าวให้นักจิตบำบัดทราบ และนักจิตบำบัดได้แจ้งให้เหยื่อหรือหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement Agency) ทราบแล้วเท่านั้น กล่าวคือ หากนักจิตบำบัดดำเนินการครบสอง

¹⁸ Simon, M.D., *Robert I. Psychiatry and Law for Clinicians*, American Psychiatric Publishing, Inc. 2001, p.189.

ขั้นตอนนี้แล้ว แม้ว่าผู้ปวยจิตเวชจะก่ออันตรายต่อเหยื่อในภายหลัง นักจิตบำบัดก็ไม่ต้องรับผิดชอบในความรุนแรงหรืออันตรายดังกล่าวที่เกิดขึ้น เพราะหน้าที่ของนักจิตบำบัดสิ้นสุดลงเมื่อแจ้งหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมายแล้วตามมาตรา 43.92 (b) แต่ในขณะที่ในคำพิพากษาคดี Tarasoff ได้ตีความการสิ้นสุดหน้าที่ของนักจิตบำบัดกว้างออกไป คือ ให้ดำเนินการด้วยวิธีอื่นๆ ที่เหมาะสมแก่สถานการณ์ในขณะนั้นได้ จึงทำให้มาตรา 43.92 (b) และคำพิพากษาคดี Tarasoff มีความแตกต่างกัน 3 ประการ ดังนี้¹⁹

(1) ความแตกต่างในประเด็นที่ว่า หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) เกิดขึ้นเมื่อใด ในคดี Tarasoff หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) เกิดขึ้นเมื่อนักจิตบำบัดเห็นว่า ผู้ปวยจิตเวชแสดงความรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้อื่น (serious danger of violence) แต่ในขณะที่บทบัญญัติมาตรา 43.92 ระบุว่า หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) เกิดขึ้นเมื่อผู้ปวยจิตเวชได้สื่อสารกับนักจิตบำบัดในเรื่องความรุนแรงทางกายภาพเกี่ยวกับการคุกคามอย่างร้ายแรง (serious threat of physical violence) ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดของความแตกต่างในข้อนี้ คือ ในคดี Jablonski แม้ว่านาย Jablonski จะไม่เคยสื่อสารให้นักจิตบำบัดฟังเกี่ยวกับการคุกคามนางสาว Kimball แต่ทุกคนทราบว่านาย Jablonski เป็นอันตรายต่อนางสาว Kimball อย่างมาก เนื่องจากประวัติความรุนแรงนาย Jablonski

(2) ความแตกต่างในประเด็นของบุคคลที่อาจเป็นเหยื่อจากความอันตรายของผู้ปวยจิตเวช ในคดี Tarasoff ระบุว่า “เจตนากระทำต่อเหยื่อ” (intended victims) แต่ในบทบัญญัติมาตรา 43.92 ระบุว่า “เหยื่อที่สามารถระบุได้อย่างสมเหตุสมผล” (reasonably indentifiable victims) กล่าวคือ หากนักจิตบำบัดเชื่ออย่างสมเหตุสมผลว่า ผู้ปวยจิตเวชอาจฆาตกรรมผู้อื่นได้เช่นนี้แล้ว นักจิตบำบัดย่อมมีหน้าที่ที่ต้องป้องกันตามคดี Tarasoff เพราะว่าเจตนากระทำต่อเหยื่อนั้นสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าจะมีการกระทำ แม้ว่าจะระบุตัวเหยื่อไม่ได้ก็ตาม แต่สำหรับมาตรา 43.92 นั้น นักจิตบำบัดย่อมไม่ได้รับความคุ้มครอง เพราะนักจิตบำบัดไม่สามารถระบุตัวเหยื่อได้ กล่าวคือเพียงทราบล่วงหน้าว่าผู้ปวยจิตเวชจะกระทำการใดต่อบุคคลอื่นเท่านั้น แต่ไม่สามารถระบุได้

(3) ความแตกต่างในประเด็นทางเลือกการสิ้นสุดหน้าที่ที่ต้องป้องกัน ในคดี Tarasoff ระบุว่า หน้าที่ที่ป้องกันสิ้นสุดลงเมื่อนักจิตบำบัดได้เตือนเหยื่อ หรือเตือนให้บุคคลอื่นแจ้งให้เหยื่อทราบว่ากำลังตกอยู่ในอันตราย หรือนักจิตบำบัดได้แจ้งให้ตำรวจทราบ หรือนักจิตบำบัดได้ดำเนินการในขั้นตอนต่อไปที่สมเหตุสมผลและเหมาะสมกับสถานการณ์แล้ว ในขณะที่บทบัญญัติมาตรา 43.92 ระบุว่า หน้าที่ที่ป้องกันจะสิ้นสุดลงเมื่อนักจิตบำบัดได้แจ้งถึงเหตุคุกคามให้เหยื่อทราบ หรือแจ้งให้ทั้งเหยื่อและหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement Agency) ทราบ

¹⁹ David G. Jensen, supra note 77.

แล้ว จะเห็นได้ว่า คดี Tarasoff ได้ระบุนกการสิ้นสุดหน้าที่ที่ต้องป้องกันของนักจิตบำบัดไว้ทั้งหมด 3 วิธีการ ในขณะที่มาตรา 43.92 ระบุไว้เพียง 2 วิธีการเท่านั้น อีกทั้งวิธีการตามมาตรา 43.92 ไม่รวมถึงการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ที่โรงพยาบาลอีกด้วย ทั้งที่ในมุมมองทางการแพทย์เห็นว่า บางครั้ง การกักตัวผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาลนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมกว่าการแจ้งให้ตำรวจหรือหน่วยงานของรัฐ ทราบ เพราะสามารถรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชไว้ได้ อีกทั้งในบางครั้งการแจ้งให้ตำรวจทราบ อาจทำให้สถานการณ์เลวร้ายขึ้น

กล่าวโดยสรุป การสิ้นสุดหน้าที่ที่ต้องป้องกันตามคดี Tarasoff และบทบัญญัติ ตามมาตรา 43.92 นั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้นนักจิตบำบัดต้องพึงตระหนักให้ดีว่า หน้าที่ที่ต้อง ป้องกันของตนเองเกิดขึ้นและจะสิ้นสุดลงเมื่อใด รวมถึงตนจะได้รับความคุ้มครองจากความรับผิดชอบ อย่างไรบ้าง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพอจะสรุปแนวทางการสิ้นสุดของหน้าที่ที่ต้องป้องกัน และการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายของนักจิตบำบัดได้ดังนี้²⁰

1. ถ้าผู้ป่วยจิตเวชสื่อสารให้นักจิตบำบัดทราบถึงความรุนแรงทางกายภาพเกี่ยวกับการคุกคามอย่างรุนแรงต่อเหยื่อ หรือเหยื่อที่สามารถระบุได้อย่างสมเหตุสมผล และภายหลังการ ประเมินแล้วนักจิตบำบัดเชื่อว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หน้าที่ในการป้องกันอันตราย ดังกล่าวของนักจิตบำบัดจะสิ้นสุดลงเมื่อได้สื่อสารเหตุอันตรายที่คุกคามดังกล่าวให้เหยื่อทราบ หรือให้เหยื่อและหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement Agency) ทราบแล้ว อีกทั้งหาก ผู้ป่วยจิตเวชได้ก่ออันตรายต่อเหยื่อจริงนักจิตบำบัดจะได้รับความคุ้มครองจากความรับผิดชอบ ได้ บทบัญญัติมาตรา 43.92 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียด้วย

2. ถ้าผู้ป่วยจิตเวชสื่อสารให้นักจิตบำบัดทราบถึงความรุนแรงทางกายภาพเกี่ยวกับการ คุกคามอย่างรุนแรงต่อเหยื่อ หรือเหยื่อที่สามารถระบุได้อย่างสมเหตุสมผลและภายหลังการประเมิน แล้วนักจิตบำบัดเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หากนักจิตบำบัดใช้วิธีการกักตัวผู้ป่วย ในการป้องกันอันตรายดังกล่าว นักจิตบำบัดจะไม่ได้ได้รับความคุ้มครองจากบทบัญญัติมาตรา 43.92 แต่ว่านักจิตบำบัดจะได้รับความคุ้มครองตามหลักกฎหมายในคดี Tarasoff เพราะถือว่าได้ดำเนินการ ตามมาตรการที่เหมาะสมแล้วในการป้องกันเหยื่อในสถานการณ์นั้นๆ แล้ว ทั้งนี้ หากเกิดคดีฟ้องร้องต่อศาลเพื่อให้นักจิตบำบัดรับผิดชอบ นักจิตบำบัดสามารถต่อสู้ได้ว่า ตนได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน แห่งวิชาชีพในการกระทำที่สมเหตุสมผลเพื่อป้องกันเหยื่ออีกด้วย

3. ถ้าผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้สื่อสารให้นักจิตบำบัดทราบถึงอันตรายคุกคามที่ร้ายแรง หาก ภายหลังนักจิตบำบัดประเมินแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายร้ายแรงต่อผู้อื่น หน้าที่ที่ต้อง ป้องกันของนักจิตบำบัดจะสิ้นสุดลงตามหลักกฎหมายในคดี Tarasoff เมื่อนักจิตบำบัดได้เตือนให้

²⁰ Ibid.

เหยื่อที่ผู้ป่วยจิตเวชเจตนากระทำต่อ หรือแจ้งให้ผู้อื่นที่สามารถแจ้งให้เหยื่อทราบ เช่น แจ้งตำรวจ หรือดำเนินการขั้นตอนอื่นใดที่สมเหตุสมผลภายใต้สถานการณ์นั้นๆ เรียบร้อยแล้ว ซึ่งรวมถึงการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชด้วย

จะเห็นได้ว่าความแตกต่างของหลักกฎหมายในคดี Tarasoff กับบทบัญญัติมาตรา 43.92 ที่สำคัญ คือ คดี Tarasoff อนุญาตให้นักจิตบำบัดใช้วิธีการกักตัวเพื่อให้หน้าที่ที่ต้องป้องกันสิ้นสุดได้ แต่บทบัญญัติมาตรา 43.92 ไม่ได้ให้ความคุ้มครองแก่นักจิตบำบัดจากความรับผิดโดยการใช้วิธีการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว ซึ่งเป็นความแตกต่างของบทบัญญัติทางกฎหมายและหลักกฎหมายจากคดีที่นักจิตบำบัดต้องตระหนัก เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความรับผิดของตนเองได้

2.2) มาตรา 56.10 มาตรา 56.10 ได้บัญญัติเกี่ยวกับรายละเอียดการให้อำนาจในการบังคับหรืออนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลทางการแพทย์ได้ ซึ่งจะบัญญัติครอบคลุมในหลายกรณี เช่น โดยอำนาจศาล โดยการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายของหน่วยงานรัฐ โดยอำนาจตามกฎหมายของคณะกรรมการต่างๆ เป็นต้น แต่ที่สำคัญและเกี่ยวข้องคือ ในมาตรานี้ได้บัญญัติให้อำนาจแก่นักจิตบำบัดตามระบุในมาตรา 1010 ของประมวลกฎหมายพยานหลักฐานแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียสามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ ในกรณีที่เป็นการกระทำโดยสุจริต กล่าวคือ หากจิตแพทย์เชื่อว่าการเปิดเผยความลับนั้นจำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันหรือช่วยเหลือภัยคุกคามที่ร้ายแรงและใกล้จะถึงแก่ชีวิต หรือความปลอดภัยของเหยื่อที่สามารถคาดหมายได้อย่างสมเหตุสมผล และการเปิดเผยนั้นจะทำให้บุคคล หรือบุคคลที่สามารถคาดการณ์ว่าช่วยเหลือได้ หรือช่วยเหลือจากภัยคุกคาม รวมถึงเป้าหมายจากการคุกคามนั้นๆ

กล่าวโดยสรุป มลรัฐแคลิฟอร์เนียกำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเป็นหน้าที่โดยบังคับของจิตแพทย์ หากมาตรฐานแห่งวิชาชีพสามารถคาดการณ์ได้ว่าอันตรายนั้นจะเกิดแล้วจิตแพทย์ไม่เตือนและป้องกันอันตรายดังกล่าว จิตแพทย์ย่อมต้องรับผิดจากการละเว้นการปฏิบัติหน้าที่นั้นๆ อีกทั้งหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันของจิตแพทย์จะสิ้นสุดลงเมื่อจิตแพทย์ได้แจ้งให้เหยื่อทราบ หรือแจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมายทราบ หรือได้ดำเนินการตามมาตรการใดๆ ที่เหมาะสมแก่สถานการณ์นั้นๆ แล้วแต่กรณี เนื่องจากรายละเอียดการสิ้นสุดของหน้าที่มีความละเอียดอ่อนเพราะหลักกฎหมายในคดี Tarasoff และบทบัญญัติลายลักษณ์อักษรมีบางส่วนที่แตกต่างกัน ดังนั้นจิตแพทย์ต้องพิจารณาและตระหนักในข้อนี้ให้ดี เพราะส่งผลกระทบต่อการสิ้นสุดหน้าที่และความรับผิดทางกฎหมาย

3.1.2 บทกฎหมายที่อนุญาตให้เปิดเผยได้ (Permissive Statute)

กฎหมายตามกรณีนี้จะบัญญัติในลักษณะที่ว่า จิตแพทย์หรือนักจิตบำบัดสามารถละเว้นหน้าที่การรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ ด้วยการเตือนหรือป้องกันเหยื่อมิให้ได้รับอันตรายจาก

ผู้ป่วยจิตเวชได้ ในขณะที่เดียวกัน หากจิตแพทย์ไม่ได้เตือนหรือป้องกันเหยื่อจากอันตราย จิตแพทย์ก็ไม่ต้องรับผิดชอบจากกรณีดังกล่าวด้วย โดยเป็นกรณีซึ่งกฎหมายอนุญาตให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่กระทำการได้ในบางกรณีนั่นเอง กฎหมายมิได้บังคับให้จิตแพทย์ต้องกระทำได้เช่นมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ทั้งนี้ แม้ว่าหลายๆ มลรัฐจะรับหลักการในคดี Tarasoff ไปบัญญัติไว้เป็นกฎหมายภายในมลรัฐของตนก็ตาม แต่ยังคงมีบางมลรัฐที่ไม่ยอมรับหลักการดังกล่าวและกำหนดให้เป็นเพียงข้อยกเว้นหรือเป็นดุลพินิจของจิตแพทย์ในการที่จะตัดสินใจว่าจะเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชต่อผู้อื่นหรือไม่ โดยในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยขอตัวอย่างกฎหมายของมลรัฐเท็กซัส (Texas) รายละเอียดดังนี้²¹

มลรัฐเท็กซัสมีกฎหมายหลายลักษณะอักษรที่บัญญัติเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยจิตเวชและการรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ไว้ใน หมวด 611 ข้อมูลด้านสุขภาพจิต (Chapter 611. Mental Health Records) แห่งประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยแห่งมลรัฐเท็กซัส (The Texas Health and Safety Code) โดยบัญญัติให้การสื่อสารข้อมูลระหว่างจิตแพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจิตเป็นความลับ กล่าวคือให้จิตแพทย์มีหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงระบุความหมายของผู้ป่วยเพิ่มเติมว่า “ผู้ป่วย คือ บุคคลที่ขอคำปรึกษา หรือได้รับการซักประวัติเพื่อวินิจฉัยโรค หรือได้รับการประเมิน หรือได้รับการรักษาทางจิตหรือได้รับการรักษาด้านอารมณ์หรือโรคใดๆ ซึ่งรวมถึงโรคจิตสุราเรื้อรังหรือการติดยาเสพติดด้วย”²²

ในขณะที่มาตรา 611.004 ของหมวดดังกล่าว ได้บัญญัติเกี่ยวกับข้อยกเว้นของหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ทั้งหมด 11 กรณีด้วยกัน ซึ่งกรณีที่กำหนดให้เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วย คือกรณีตามอนุมาตรา 611.004 (2) บัญญัติว่า ผู้ประกอบวิชาชีพอาจเปิดเผยข้อมูล เพื่อประโยชน์ทางการแพทย์ หรือต่อหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (law enforcement) ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพเห็นว่า มีความเป็นไปได้ที่การกระทำของผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น หรือมีความเป็นไปได้ที่จะส่งผลต่อสุขภาพจิตหรือความ

²¹ Floyd L. Jennings. *Revisiting the Duty to Warn Issue*, Retrived January 13, 2018, from <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>

²² The Tex. Health & Safety Code § Chapter 611 establishes the principle that communications between a patient and a mental health professional are confidential – where a “patient” is a person who “consults or is interviewed by a professional for diagnosis, evaluation, or treatment of any mental or emotional condition or disorder, including alcoholism or drug addiction.”

เจ็บปวดทางอารมณ์ของผู้ป่วย²³ ทั้งนี้ คดีซึ่งเกี่ยวข้องและวางหลักเกี่ยวกับบทบัญญัติดังกล่าว คือ คดี *Thapar v. Zezulka*²⁴ โดยศาลฎีกาแห่งมลรัฐเท็กซัสได้พิจารณาคดีระหว่างจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีชื่อว่า Freddie Ray Lilly มาหลายปี ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชคนนี้ได้ถูกกักตัวเพื่อทำการรักษาไว้ที่โรงพยาบาลถึงหกครั้ง และในการกักตัวครั้งล่าสุดเขาได้แสดงออกว่า เขามีความตั้งใจที่จะฆ่าพ่อเลี้ยงของตนเอง โดยในขณะเขียนได้ระบุว่า แม้เขาอยากจะทำแต่เขาก็ไม่ได้ตั้งใจทำ เป็นเพียงความรู้สึกของเขาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หลักจาก Freddie Ray Lilly ได้รับการปล่อยตัวเพียงหนึ่งเดือน เขาได้ยิงและฆ่านาย Henry Zezulka โดยศาลได้ระบุในคำพิพากษาว่า Thapar หรือจิตแพทย์ที่ทำการรักษาไม่มีหน้าที่ต่อบุคคลที่สามซึ่งก็คือนาย Zezulka เพราะว่า นาย Zezulka ไม่ได้มีส่วนในความสัมพันธ์ใดที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และในอนุมาตรา 611.004 (2) แห่งประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัยของมลรัฐเท็กซัสได้บัญญัติโดยใช้คำว่า “may” หรือ “อาจ” แจ้งให้ทราบ ดังนั้นการที่มาตราดังกล่าวบัญญัติในลักษณะนี้ จึงเป็นข้อยกเว้นว่าจะแจ้งหรือไม่ก็ได้ ด้วยเหตุดังกล่าวแพทย์จึงไม่มีหน้าที่ใดๆ ต่อเหยื่อ

ภายหลังที่ศาลได้วางหลักในคดี *Thapar* ต่อมาก็ได้มีคำพิพากษาอีกหลายคดีที่พิพากษาขึ้นตามหลักกฎหมายในคดี *Thapar* เช่น คดี *Bird v. W.C.W.*²⁵ ที่ศาลระบุว่า Psychological Associate ไม่มีหน้าที่ต่อบุคคลที่สามซึ่งมิได้เป็นส่วนหนึ่งของการรักษา กล่าวคือ บุคคลที่สามมิได้มีความเกี่ยวข้องใดๆ ในความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์กับผู้ป่วยจิตเวชเลย หรือในคดี *Praesel* ศาลตัดสินเช่นกันว่า แพทย์ไม่มีหน้าที่ใดๆ ต่อผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ อันเนื่องมาจากการกระทำของผู้ป่วยที่ตนรักษา เพราะไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ อีกทั้งในคดี *Van Horn v. Chambers*²⁶ ศาลระบุว่า แพทย์ไม่มีหน้าที่ใดๆ ต่อลูกจ้างที่ได้รับบาดเจ็บ

²³ Sec. 611.004(2) states that a professional may disclose information: to medical or law enforcement personnel if the professional determines that there is a probability of imminent physical injury by the patient to the patient or others or there is a probability of immediate mental or emotional injury to the patient.

²⁴ *Thapar v. Zezulka*, 994 S.W.2d 635 (Tex. 1999) cited in Floyd L. Jennings, *Revisiting the Duty to Warn Issue*. Retrived January 13, 2018, from <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>.

²⁵ *Bird v. W.C.W.* 868 SW.2d 767 (Tex. 1994) cited in Floyd L. Jennings, *Revisiting the Duty to Warn Issue*, Retrived January 13, 2018, from <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>.

²⁶ *Van Horn v. Chambers*, 970 S.W.2d 542 (Tex. 1998) cited in Floyd L. Jennings, *Revisiting the Duty to Warn Issue*, Retrived January 13, 2018, from <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>.

ทั้งสองคนจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากทั้งสองคนมิได้เป็นส่วนหนึ่งหรือมีความสัมพันธ์ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา โดยข้อเท็จจริงในคดีนี้เริ่มจากลูกจ้างสองคนได้รับบาดเจ็บ ในขณะที่ลูกจ้างอีกสองคน ถูกฆ่าตายจากการพยายามช่วยสงบสติอารมณ์ผู้ป่วยที่มีอารมณ์รุนแรงในโรงพยาบาล Houston's Hermann คดีนี้ขึ้นสู่ศาลด้วยคำฟ้องที่ว่า แพทย์ประมาทเลินเล่อในการรักษาผู้ป่วยและความประมาทดังกล่าวเป็นเหตุให้มีผู้ได้รับบาดเจ็บ อย่างไรก็ตาม ศาลได้นำเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล (causation) มาใช้ ก่อนตัดสินว่าแพทย์ไม่มีหน้าที่ใดตามกฎหมายที่ต้องต้องให้ลูกจ้างทราบ รวมถึงในปีเดียวกันนั้น มีคดี Williams v. Sun Valley²⁷ ที่ศาลได้ปฏิเสธความรับผิดในความประมาทเลินเล่อของผู้ให้บริการในกรณี que ผู้ป่วยได้หนีออกจากศูนย์จิตเวชที่มีชื่อว่า Sun Valley และวิ่งไปยังทางลาดก่อนกระโดดเข้าขางทางรถยนต์ที่กำลังแล่นอยู่จนทำให้คนขับรถถึงแก่ความตาย โดยศาลสรุปว่า กฎหมายมิได้มีหลักให้แพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนต่อสาธารณะ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าศาลแห่งมลรัฐเท็กซัสจะได้วางหลักว่าจิตแพทย์ไม่มีหน้าที่ที่ต้องเตือนตามกรณีดังกล่าวข้างต้นก็ตาม หากแต่ในกรณีที่จิตแพทย์สามารถระบุตัวเหยื่อได้ รวมถึงทราบถึงภัยคุกคามต่อร่างกายของเหยื่อได้อย่างชัดเจน กฎหมายได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ที่ต้องป้องกันผู้ป่วยจากผู้อื่นด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- (1) แจ้งให้เหยื่อที่ถูกระบุตัวทราบถึงภัยคุกคามทราบจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช
- (2) อาจใช้วิธีการเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยจิตเวชยอมเข้ารับการรักษาโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
- (3) ห้ามมาตรการบังคับรักษาด้วยวิธีการกักขังตัวไว้ในโรงพยาบาล
- (4) ดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งจะช่วยให้แพทย์พ้นจากความรับผิดหน้าที่ที่ต้องเตือน

ทั้งนี้ การที่จิตแพทย์เลือกใช้วิธีการเตือนให้เหยื่อทราบ จิตแพทย์อาจต้องตระหนักให้ดีกว่า การเตือนให้เหยื่อทราบนั้นต้องเป็นการเปิดเผยข้อมูลในกรณีที่จิตแพทย์สังเกตเห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความเป็นไปได้ที่จะก่ออันตรายแก่เหยื่อ เพราะหากมิได้เป็นกรณีที่เป็นภัยคุกคามอย่างชัดเจนอาจเป็นการละเมิดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้จิตแพทย์ต้องรับผิดในผลแห่งการละเมิดดังกล่าวได้ เนื่องจากกฎหมายอนุญาตให้เปิดเผยต่อเหยื่อได้เฉพาะกรณีที่เป็นภัยคุกคามอย่างชัดเจนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม หากเป็นกรณีที่ภัยคุกคามของผู้ป่วยจิตเวชมิได้เป็นภัย

²⁷ Williams v. Sun Valley, 723 S.W.2d 783 (Tex. App. – El Paso 1988) cited in Floyd L. Jennings, *Revisiting the Duty to Warn Issue*, Retrived January 13, 2018, from <https://www.texaspsyc.org/page/DutytoWarn/Revisiting-the-Duty-to-Warn-Issue.htm>.

คุกคามอย่างชัดเจน จิตแพทย์จะเปิดเผยให้แก่หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement) ทราบได้เท่านั้น หากแพทย์เปิดเผยให้เหยื่อทราบแล้วอาจทำให้ต้องรับผิดชอบจากการละเมิดสิทธิ ส่วนตัวและหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยได้ ดังนั้นแพทย์ต้องประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนก่อนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ เพื่อหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบต่างๆ โดยวิธีที่ปลอดภัยและสามารถป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชได้มากที่สุด คือ การเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยจิตเวชยอมเข้ารับการรักษาโดยการนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยความสมัครใจ เพื่อให้สอดคล้องกับบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิชาชีพและความปลอดภัยของมลรัฐเท็กซัส (Texas Health and Safety Code)

กล่าวโดยสรุป กฎหมายของมลรัฐเท็กซัสกำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์สามารถกระทำได้ โดยจะเปิดเผยได้เฉพาะกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่า มีความเป็นไปได้ที่การกระทำของผู้ป่วยจิตเวชอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้ป่วยเองหรือแก่บุคคลอื่น ซึ่งจิตแพทย์จะเปิดเผยความลับดังกล่าวให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement) ทราบได้เท่านั้น จิตแพทย์ไม่อาจแจ้งให้เหยื่อทราบได้โดยตรงเพราะจิตแพทย์มิได้มีความสัมพันธ์ใดเกี่ยวข้องโดยตรง อย่างไรก็ตาม เฉพาะกรณีที่จิตแพทย์สามารถระบุตัวเหยื่อได้และภัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นแก่เหยื่อนั้นมีความชัดเจนเท่านั้น เช่น สามารถระบุตัวเหยื่อและทราบวันเวลา รวมถึงวิธีการลงมือได้อย่างชัดเจน เป็นต้น ที่จิตแพทย์จะสามารถเตือนอันตรายให้เหยื่อทราบได้โดยตรง ทั้งนี้ จิตแพทย์จะต้องประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชอย่างเคร่งครัดเพื่อที่จะได้ดำเนินการตามกระบวนการเพื่อป้องกันมิให้เกิดเหตุขึ้นขึ้น (Duty to protect) ได้อย่างถูกต้อง และป้องกันความรับผิดชอบทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

3.1.3 ไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรในเรื่องหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (No Statute of duty to warn and duty to protect)

สำหรับกรณีนี้เป็นกรณีที่ซึ่งมลรัฐมิได้บัญญัติกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ว่า ให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่โดยบังคับของจิตแพทย์หรือเป็นกรณีที่อนุญาตให้กระทำการได้ อย่างไรก็ดี แม้มิได้มีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ศาลแห่งมลรัฐย่อมมีอิสระที่จะใช้กฎหมายเฉพาะกรณีได้ (caselaw) ทั้งนี้ เนื่องจากสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายแบบคอมมอนลอว์ (common law) ดังนั้นศาลของแต่ละมลรัฐย่อมมีสิทธิที่จะพิจารณาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในคดีและพิจารณาพิพากษาเพื่อวางหลักกฎหมายภายในมลรัฐของตนได้ ซึ่งปัจจุบันแม้จะมีหลายมลรัฐที่บัญญัติกฎหมายลายลักษณ์อักษรไว้ในบทบัญญัติแห่งมลรัฐของตน แต่ยังคงมีอีกหลายมลรัฐที่อาศัย caselaw ในการวางหลักกฎหมายหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน เช่น มลรัฐจอร์เจีย (Georgia) มลรัฐนอร์ทแคโรไลนา (North Carolina) มลรัฐเนวาดา

(Nevada) หรือมลรัฐนอร์ทดาโกต้า (North Dakota) เป็นต้น ทั้งนี้ เนื่องจากมลรัฐที่อาศัย caselaw ในการวางหลักกฎหมายนี้มักมีแนวทางในลักษณะเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกยกตัวอย่างของกฎหมายเพียงมลรัฐเดียว นั่นก็คือ มลรัฐนอร์ทแคโรไลนา รายละเอียดดังนี้

กฎหมายลายลักษณ์อักษรของมลรัฐนอร์ทแคโรไลนามิได้บัญญัติหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to warn and duty to protect) ตามหลักกฎหมายในคดี Tarasoff ไว้เลย กล่าวคือ สภานิติบัญญัติแห่งมลรัฐนอร์ทแคโรไลนา (North Carolina General Assembly) มิได้บัญญัติกฎหมายหรือวางแนวทางให้จิตแพทย์สามารถละเมิดหลักการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ รวมถึงมิได้กล่าวถึงให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนหรือป้องกัน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับศาลตัดสินของศาลแห่งมลรัฐว่า หากมีข้อเท็จจริงเกิดขึ้นแล้วศาลจะตัดสินว่า จิตแพทย์สมควรที่จะต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ ตามที่มาตรา 8-53.8 แห่งบทบัญญัติทั่วไปแห่งมลรัฐนอร์ทแคโรไลนา (North Carolina General Statute 8-53.8) ดังตัวอย่างในคดี In Moyer v. United States (1990)

คดีนี้ที่ศาลแห่งมลรัฐนอร์ทแคโรไลนาปฏิเสธหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน โดยระบุว่า แม้ว่าจิตแพทย์จะมีหน้าที่ที่ต้องเตือนเหยื่อซึ่งอาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช แต่หน้าที่ดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้นถ้าเหยื่อทราบถึงอันตรายอยู่ก่อนแล้ว โดยข้อเท็จจริงในคดีนี้เริ่มจากนาย Moyer ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมีประวัติอาการทางจิตที่รุนแรงและเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาล Veterans Administration (VA) อย่างไรก็ตาม แพทย์ที่โรงพยาบาล VA เห็นว่า นาย Moyer ไม่ได้รับประโยชน์จากการรักษาที่นี้จึงทำเรื่องย้ายนาย Moyer ไปรักษาที่ private facility แทนแต่ในเวลาต่อมา นาย Moyer ก็ได้รับการปล่อยตัวเนื่องจากนาย Moyer ไม่ปฏิบัติตามที่จิตแพทย์สั่งและให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ แม้ว่าภายหลังที่นาย Moyer ถูกปล่อยตัวจะมีแผนระวางอันตรายจากนาย Moyer ตลอดแต่ภายหลังที่ครอบครัวของนาย Moyer ได้พาตัวนาย Moyer กลับบ้าน นาย Moyer ก็ได้ทำการฆาตกรรมครอบครัวของตนเอง ในระหว่างการพิจารณาคดีปรากฏข้อเท็จจริงว่า ครอบครัวของนาย Moyer ทราบเกี่ยวกับความอันตรายของนาย Moyer มาตลอด แต่พวกเขาปฏิเสธที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ ดังนั้นศาลจึงตัดสินว่า หน้าที่ที่ต้องเตือนย่อมไม่เกิดขึ้นในกรณีที่เหยื่อที่อาจได้รับอันตรายให้ความร่วมมือกับผู้ป่วยเอง และไม่ถือว่าโรงพยาบาล VA ประมาทเลินเล่อที่ปล่อยตัวนาย Moyer ออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้แล้วในคดี Gregory v. Kilbride (2002) ก็ได้ตัดสินในลักษณะเดียวกัน ข้อเท็จจริงในคดีนี้เริ่มจากเจ้าของสังหาริมทรัพย์และภรรยาที่ผู้ป่วยจิตเวชอาศัยอยู่ได้ฟ้องนายแพทย์ Kilbride ต่อศาล โดยระบุว่าจิตแพทย์ประมาทเลินเล่อที่ไม่ส่งตัวผู้ป่วยไปกักตัวที่โรงพยาบาล ข้อเท็จจริงเริ่มจากผู้ป่วยจิตเวช หรือนาย Mark Gregory ได้ขู่ว่า จะทำการฆาตกรรม Kathryn ภรรยาพร้อมทั้งฆ่าตัวเองตาม ด้วยเหตุดังกล่าวพ่อของนาย Mark จึงได้ยื่นคำร้องต่อศาล

ขอให้กักตัวนาย Mark ไว้ที่โรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของทั้งคู่ ต่อมานาย Mark ได้ถูกกักตัวไว้ (involuntary commitment) ที่โรงพยาบาล Broughton และได้รับการประเมินอาการโดยนายแพทย์ Kilbride อย่างไรก็ตาม แม้นายแพทย์ Kilbride จะเห็นว่า นาย Mark มีอาการป่วยทางจิตก็ตาม แต่นายแพทย์ Kilbride กลับสรุปว่า นาย Mark ไม่เข้าลักษณะของบุคคลที่จะถูกกักตัวไว้ในโรงพยาบาล ดังนั้นนาย Mark จึงได้รับการปล่อยตัวจากโรงพยาบาลในเวลาต่อมา แต่ในวันเดียวกัน ภายหลังจากที่นาย Mark ได้รับการปล่อยตัว นาย Mark ก็ได้ทำการยิงนาง Kathryn จนถึงแก่ความตาย ก่อนยิงตนเองตายตาม ด้วยเหตุนี้เองนายแพทย์ Kilbride จึงถูกฟ้องคดีต่อศาลและถูกกล่าวหาว่า นายแพทย์ Kilbride ไม่ปฏิบัติตามหลักกฎหมายในเรื่องหน้าที่ที่ต้องเตือน กล่าวคือ นายแพทย์ Kilbride ไม่ยอมเตือนให้นาง Kathryn ทราบถึงภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของนาย Mark ท้ายที่สุดศาลอุทธรณ์แห่งมลรัฐนอร์ธแคโรไลนาได้ตัดสินคดีนี้ว่า จิตแพทย์ไม่มีหน้าที่ที่ต้องเตือนตามหลักกฎหมายในคดี Tarasoff

ในทางกลับกัน แม้ว่าศาลแห่งมลรัฐนอร์ธแคโรไลนาจะไม่ยอมรับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) แต่สำหรับกรณีหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) นั้นกลับมีคำพิพากษาที่ยอมรับหลักการดังกล่าวในคดี In Pangburn v. Saad (1985) แต่หลักในคดีนี้ค่อนข้างมีความแตกต่างกับหลักในคดี Tarasoff รายละเอียดดังนี้

คดี In Pangburn v. Saad (1985) ศาลได้ตัดสินว่า จิตแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางจิตเวชอื่นๆ มีหน้าที่ที่จะต้องป้องกันและรับผิดชอบเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางจิตเวชคนนั้นๆ เท่านั้น โดยในคดีนี้มีข้อเท็จจริงว่า นาง Sheri Pangburn ได้ฟ้องนายแพทย์ M.Saad และโรงพยาบาล Cherry ในเมือง Goldsboro ว่า เธอได้รับบาดเจ็บที่มีมือจากการกระทำของน้องชายเธอ หรือนาย Daniel Pangburn โดยนาย Daniel มีประวัติอาการทางจิตและพฤติกรรมที่เป็นอันตราย รวมถึงเคยถูกกักขังตัวไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชมาแล้วหลายครั้ง จนกระทั่งปี ค.ศ. 1982 นาย Daniel ได้ถูกกักขังอีกครั้งไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีชื่อว่า โรงพยาบาล Cherry หลังจากกักขังตัวนาย Daniel มาช่วงระยะเวลาหนึ่ง นายแพทย์ Saad ผู้ทำการรักษาเห็นว่า ควรปล่อยตัวนาย Daniel แต่ต่อมามาภายหลังปล่อยตัวนาย Daniel ได้เพียง 16 ชั่วโมง นาย Daniel ได้ลงมือทำร้ายร่างกาย นาง Sheri Pangburn ด้วยมีดจนทำให้เธอได้รับบาดเจ็บ ด้วยเหตุดังกล่าว นาง Sheri จึงฟ้องคดีต่อศาล โดยขอให้ให้นายแพทย์ Saad รับผิดชอบจากความประมาทเลินเล่อที่ปล่อยตัวนาย Daniel อย่างไรก็ตาม นายแพทย์ Saad ก็ได้ต่อสู้ว่า ตนไม่มีหน้าที่ใดๆ ต่อนาง Sheri เนื่องจากตนและนาง Sheri ไม่มีนิติสัมพันธ์ระหว่างกัน ภายหลังจากที่ศาลอุทธรณ์แห่งมลรัฐนอร์ธแคโรไลนาพิจารณาข้อเท็จจริงในคดีนี้แล้วเห็นว่า ข้อต่อสู้ของนายแพทย์ Saad ฟังไม่ขึ้น เนื่องจากจิตแพทย์มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งอยู่ในความดูแลของตน รวมถึงต้องคาดการณ์เหตุอันตรายซึ่งอาจ

เกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือผู้อื่นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชด้วย ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งของคำพิพากษาได้อธิบายว่า “ในระหว่างการรักษาผู้ป่วยจิตเวช จิตแพทย์ย่อมต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงจะต้องรู้หรือควรรู้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือไม่ ซึ่งหน้าที่ในการดูแลดังกล่าวเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกัน ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ที่จะต้องดำเนินการใดๆ ที่สมเหตุสมผล เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันบุคคลอื่นจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชที่ตนทำการรักษาอยู่”

นอกจากนี้แล้วในคดี *Currie v. US. Here* (1985) ยืนยันหลักการดังกล่าวเช่นเดียวกับคดี *In Pangburn v. Saad* (1985) โดยในคดี *Currie v. US Here* นี้ เป็นคดีซึ่งจิตแพทย์ของโรงพยาบาล *Vererans Administration (VA)* ในเมือง *Raleigh* ได้ให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีชื่อว่า *Loenard Avery* ซึ่งนาย *Leonard Avery* เคยพูดว่าจะวางระเบิดภายในบริเวณที่ทำงานของตนเองและสถานที่ดังกล่าวคือบริเวณ โรงงาน *IBM (IBM facility)* ซึ่งตั้งอยู่ในสวนสาธารณะศูนย์วิจัย *Triangle (Research Triangel Park)* ต่อมาจิตแพทย์ได้เข้าพูดคุยกับนาย *Avery* ก่อนที่นาย *Avery* จะตกลงเข้ารับการรักษาด้วยความสมัครใจ (*voluntary commitment*) อย่างไรก็ตาม ตลอดระยะเวลาที่ทำการรักษา ทุกครั้งที่จิตแพทย์พูดคุยกับนาย *Avery* นาย *Avery* ได้แสดงท่าทีคุกคาม *IBM* มากขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้จิตแพทย์ของโรงพยาบาล *VA* ตัดสินใจแจ้งให้ *IBM* และหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (*law enforcement agency*) ทราบถึงท่าทีที่เป็นอันตรายดังกล่าวของนาย *Avery* ต่อมาจิตแพทย์ที่โรงพยาบาล *VA* และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของ *IBM* ได้ร่วมปรึกษาระหว่างกันเพื่อดำเนินการตามขั้นตอนการบังคับผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับรักษา (*involuntary commitment*) แต่สุดท้ายแล้วก็ยังเห็นว่าอาการของนาย *Avery* ยังไม่เข้าคุณสมบัติที่จะบังคับรักษาได้ ซึ่งหลังจากนั้นไม่นาน นาย *Avery* ก็ได้เข้าไปที่โรงงาน *IBM* และก่อเหตุฆ่าลูกจ้างที่ชื่อว่า *Ralph Glenn* และได้มีการฟ้องร้องคดีต่อศาลในที่สุด ในคำฟ้องของโจทก์ระบุว่า โรงพยาบาล *VA* ประมาทเลินเล่อในการดำเนินการตามขั้นตอนบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวช (*involuntary commitment*) อย่างไรก็ตาม ในชั้นอุทธรณ์ศาลอุทธรณ์ของสหรัฐอเมริกา (*U.S. Court of Appeals*) ได้ตัดสินว่า คดีนี้เป็นคดีที่อยู่ใต้กฎหมายของมลรัฐ *นอร์ทแคโรไลนา* ดังนั้นจึงต้องเป็นไปตามที่ศาลของมลรัฐ *นอร์ทแคโรไลนา* ได้วางหลักไว้ ซึ่งศาลอุทธรณ์แห่งมลรัฐ *นอร์ทแคโรไลนา* ได้วางหลักในคดี *Pangburn* เมื่อปี ค.ศ. 1995 แล้วว่า หน้าที่ที่ต้องป้องกันจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์เท่านั้น ในขณะที่คดี *Davis v. North Carolina Department of Human Resources* (1995) ก็ได้ตัดสินในลักษณะเดียวกัน โดยได้ขยายความกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของจิตแพทย์ว่าให้รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกบังคับรักษาด้วยการกักตัวไว้ในโรงพยาบาลจิตเวชด้วย (*involuntary commitment*) กล่าวคือ โรงพยาบาลหรือสถาบันที่ทำการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ มีหน้าที่ดูแลควบคุมผู้ป่วยจิตเวชมิให้ก่ออันตรายแก่ผู้อื่น รวมทั้งต้อง

ป้องกันบุคคลที่สามมิให้ได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชที่ตนกักตัวไว้ด้วย ดังนั้นข้อเท็จจริงในคดีนี้ เมื่อนาย Avery ยังมีได้ถูกบังคับรักษาไว้ในโรงพยาบาลจึงถือว่ายังมิได้อยู่ในความดูแลของ จิตแพทย์ จิตแพทย์จึงไม่มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันอันตรายตามที่โจทก์กล่าวอ้าง

กล่าวโดยสรุป แม้ว่ามลรัฐนอร์ธแคโรไลนาจะไม่มีบทบัญญัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในเรื่องหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันแบบในคดี Tarasoff แต่มลรัฐนอร์ธแคโรไลนามี caselaw ที่วางหลักกฎหมายในเรื่องหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) บุคคลที่สามไว้เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในความดูแลของจิตแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ตาม สำหรับกรณีหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) แม้ว่าจะมิได้มีบทบัญญัติใดกำหนดให้หน้าที่ที่ต้องเตือนเป็นหน้าที่ที่บังคับให้กระทำการก็ตาม หากแต่ก็ไม่มีบทบัญญัติใดห้ามมิให้กระทำการดังกล่าว ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของจิตแพทย์ที่จะต้องพิจารณาตามหลักจริยธรรมของจิตแพทย์ในการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวชกับความจำเป็นที่ต้องป้องกันเหยื่อหรือบุคคลที่สามจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งหากเป็นกรณีที่จิตแพทย์ได้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันเหยื่อจากอันตรายแล้วเมื่อคดีขึ้นสู่ศาล ศาลจะเป็นผู้พิจารณาเองว่าการเปิดเผยความลับของจิตแพทย์นั้นสมควรหรือไม่ โดยจะมีความแตกต่างกับหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ที่มี caselaw วางหลักไว้อย่างชัดเจนว่า จิตแพทย์ต้องกระทำเฉพาะในกรณีใดบ้าง

3.2 ประเทศอังกฤษ

นับแต่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย²⁸ ได้ตัดสินคดี Tarasoff และกำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to warn and Duty to protect) บุคคลที่สามจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ประเทศอังกฤษก็ได้รับแนวคิดดังกล่าวมาจากสหรัฐอเมริกาเช่นกัน กล่าวคือ ศาลอุทธรณ์ของประเทศอังกฤษเห็นด้วยกับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนที่ว่า หากจิตแพทย์พบว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อเหยื่อ จิตแพทย์สามารถใช้ดุลพินิจในการพิจารณาที่จะเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการเตือนให้เหยื่อทราบได้ อย่างไรก็ตาม การเตือนดังกล่าวจะแตกต่างจากสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ประเทศอังกฤษให้ดุลพินิจแก่จิตแพทย์ในการพิจารณาว่า ความลับของผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่บุคคลที่สามหรือไม่ รวมทั้งไม่ถือว่าการเตือนเป็นหน้าที่ หรือบทบังคับทางกฎหมายที่จะทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบจากการไม่กระทำการดังกล่าว ซึ่งในคดี Egdell²⁸ และคดี Crozier²⁹ ต่างพิพากษายืนยันในลักษณะเดียวกันว่า จิตแพทย์อาจจะมิได้ถือว่าการรักษาความลับของผู้ป่วยด้วยการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ หากการเปิดเผยความลับดังกล่าว

²⁸ W v Egdell (1990) Ch 359 (Egdell).

²⁹ R v Crozier (1991) Crim LR 138 (Crozier).

เป็นการเปิดเผยเพื่อเตือนเหยื่อมิให้ได้รับอันตรายหรือการคุกคามจากผู้ป่วยจิตเวช³⁰ อย่างไรก็ตามยังคงมีประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า ภายหลังจากจิตแพทย์เตือนให้เหยื่อทราบแล้ว จิตแพทย์เพียงแค่เตือนอย่างเดียว หรือต้องป้องกันเหยื่อจากอันตรายที่คาดหมายได้จากผู้ป่วยจิตเวชแบบในคดี Tarasoff ของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

สำหรับในประเด็นที่ว่า จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันเหยื่อจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชด้วยหรือไม่ นั้น ในคดี Palmer v Tees Health Authority³¹ ได้วางหลักและยืนยันว่า จิตแพทย์มิได้มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันและรับผิดชอบจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ แม้ว่ากฎหมายในประเทศอังกฤษจะบัญญัติให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยในกรณีเกี่ยวข้องกับสาธารณะหรือเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นก็ตาม แต่การให้เปิดเผยดังกล่าวก็ไม่ถึงขนาดให้แพทย์รับผิดชอบแบบคดี Tarasoff ดังที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากหลักกฎหมายเรื่องละเมิดของประเทศอังกฤษมิได้กำหนดให้บุคคลต้องรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลที่สาม³² ข้อเท็จจริงในคดีนี้เริ่มจากจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชถูกฟ้องคดีต่อศาล เนื่องจากหนึ่งปีก่อนเกิดเหตุจิตแพทย์ได้ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่งและระบุว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวมีความหมกมุ่นทางเพศโดยเฉพาะกับเด็กและมีแนวโน้มที่จะทำการฆาตกรรมเด็กได้ อย่างไรก็ตาม จิตแพทย์ก็ได้ปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลในเวลาต่อมา และภายหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปล่อยตัว ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวก็ได้ลักพาตัวเด็กผู้หญิงอายุ 4 ขวบ ก่อนข่มขืนและฆาตกรรมเด็กหญิงในเวลาต่อมา จึงทำให้แม่ของเด็กหญิงที่เป็นเหยื่อฟ้องโรงพยาบาลต่อศาลและระบุในคำฟ้องว่า โรงพยาบาลบกพร่องและไม่คาดการณ์อันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้นผู้ป่วยจิตเวชก่ออาชญากรรมทางเพศอย่างร้ายแรงกับเด็ก โดยศาลอุทธรณ์แห่งประเทศอังกฤษได้ตัดสินคดีนี้ว่า เนื่องจากในคดีนี้จิตแพทย์และเหยื่อไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก่อน ดังนั้นเมื่อไม่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันมาก่อนหน้านี้ จึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ใดๆ เพียงพอที่จะทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบสำหรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงคำพิพากษาได้กล่าวต่อเพิ่มเติมว่า แม้การที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ดูแลผู้มีอาการทางจิต แต่ก็มิได้หมายความว่า เจ้าหน้าที่คนดังกล่าว จะต้องมีการหน้าที่ในการดูแลหรือระมัดระวังเด็กผู้หญิงคนหนึ่งจากผู้มีอาการทางจิตตั้งใจจะฆ่า อีกทั้งไม่มีเหตุผลใดๆ ที่เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพจะคาดหมายได้ว่าผู้มีอาการทางจิตจะฆ่าผู้หญิงดังกล่าว ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นกรณีที่ศาลในประเทศอังกฤษวางหลัก

³⁰ Osman v UK (1999) 1 FLR193. See Colin Gavaghan, "A Tarasoff for Europe? A European Human Rights perspective on the duty to protect" (2007) 30 International Journal of Law&Psychiatry, p. 255.

³¹ Palmer v. Tees Health Authority (1999) Loyd's Red Med 351 (Palmer).

³² Smith v Littlewoods (1987) AC 241.

กฎหมายในลักษณะที่แตกต่างกับคดี Tarasoff ในสหรัฐอเมริกา³³ และแสดงให้เห็นว่า ประเทศอังกฤษไม่มีหลักกฎหมายในเรื่องหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) แบบในสหรัฐอเมริกา

แม้จากคำพิพากษาดังกล่าวข้างต้นจะเป็นการยืนยันแล้วว่า ประเทศอังกฤษยอมรับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) โดยอนุญาตให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ ในกรณีที่จิตแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าความลับของผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น อย่างไรก็ตาม หน้าที่ดังกล่าวมิได้เป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่จะทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบหากมีการฝ่าฝืนเกิดขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากประเทศอังกฤษเป็นภาคีสมาชิกของอนุสัญญาสหภาพยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (European Convention on Human Rights “ECHR”) กล่าวคือ ภาคีสมาชิกต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดในอนุสัญญาอย่างเคร่งครัด และจะการกระทำใดๆ ที่ขัดต่ออนุสัญญาดังกล่าวไม่ได้ หากมีการกระทำที่ขัดต่ออนุสัญญาเกิดขึ้นปัจเจกชนหรือรัฐอาจฟ้องคดีต่อศาลแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (European Court of Human Rights) ให้บังคับรัฐหรือปัจเจกชนนั้นๆ ให้ปฏิบัติตามอนุสัญญาดังกล่าวได้ โดยใน Article 2 ของอนุสัญญาได้กำหนดเรื่อง “สิทธิที่จะมีชีวิต (Right to Life)” เอาไว้ กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคม ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีการนำคดีขึ้นสู่ศาลแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (European Court of Human Rights) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิดังกล่าวในคดีที่มีชื่อว่า Osman³⁴ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ข้อเท็จจริงเริ่มต้นจากนาง Osman ได้ฟ้องตำรวจท้องถิ่นต่อศาลภายในประเทศอังกฤษ ในข้อหาที่ว่า ตำรวจท้องถิ่นไม่ดำเนินการตามหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) จนทำให้สามีของเธอถึงแก่ความตาย โดยนาย Osman เสียชีวิตเนื่องจากถูกรุมที่โรงเรียนของลูกชายที่มีชื่อว่า นาย Paget Lewis ยิง โดยให้เหตุผลว่าที่นาย Paget Lewis ยิงสามีของเธอจนถึงแก่ความตายนั้น เนื่องจากนาย Paget Lewis มีความหมกมุ่นและสะกดรอยตามลูกชายของพวกเขา พร้อมทั้งต่อสู้ในคำฟ้องว่า ตำรวจท้องถิ่นไม่ยอมเตือนให้เธอทราบว่า ผู้ก่อเหตุมีลักษณะที่เป็นอันตรายและเป็นภัยคุกคามแก่ครอบครัวของเธอ³⁵ โดยพยานหลักฐานในคดีชี้ให้เห็นว่า นาย Paget Lewis อิจฉาความสัมพันธ์ของลูกชายเธอกับนักเรียนคนอื่นที่โรงเรียน รวมถึงก่อนหน้านี้ นาย Paget Lewis เคยถูกกล่าวหาว่าทำลายทรัพย์สินของครอบครัว Osman และเขียนข้อความหมิ่นประมาทพวกเขาที่สิ่งก่อสร้างภายในโรงเรียน ก่อนเกิดเหตุนาง โมยเป็นลูกชองและนำไปใช้ยิงนาย Osman จนถึงแก่

³³ Jonathan Herring, *Medical Law and Ethics*, 5th Ed, (Oxford: Oxford University Press, 2014), p. 243.

³⁴ Osman v UK (1999) 1 FLR 193 (Osman). See Michael Thomas, *Expanded Liability for*

Psychiatrists: Tarasoff Gone Crazy?, Retrieved January 20, 2018, from

https://www.researchgate.net/publication/291576243_Expanded_Liability_for_Psychiatrists_Tarasoff_Gone_Crazy

³⁵ *Ibid.*

ชีวิตในที่สุด อย่างไรก็ตาม ในคดีนี้ศาลอุทธรณ์อังกฤษได้ยกองในประเด็นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ โดยระบุว่าตำรวจไม่อาจประมาทเลินเล่อในประเด็นเกี่ยวกับความล้มเหลวที่เกี่ยวข้อง การสอบสวนคดีอาญาได้³⁶

ต่อมานาง Osman จึงได้ยื่นคำร้องต่อศาลแห่งสหภาพยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (ECHR) เพื่อขอให้ศาลเยียวยาความเสียหาย แต่ศาลก็ได้ยกคำร้องดังกล่าวพร้อมทั้งระบุว่า การจัดการหรือรับมือกับคดีอาชญากรรมที่นาย Pabet Lewis อาจกระทำนั้นเป็นกรณีซึ่งตำรวจไม่อาจคาดการณ์ได้ อย่างไรก็ดี แม้ว่าศาลแห่งสหภาพยุโรปจะยกคำร้องดังกล่าว แต่ส่วนหนึ่งของคำพิพากษาได้ระบุเกี่ยวกับพันธกรณีตาม Article 2 สิทธิที่จะมีชีวิตไว้ว่า “หน่วยงานของรัฐ (authorities) มีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม Article 2 ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดมาตรการป้องกันอันตรายที่เหมาะสมให้แก่ปัจเจกชนที่อาจได้รับอันตรายจากการก่ออาชญากรรมของผู้อื่นได้ โดยในความคิดเห็นของศาล ศาลมองว่า หน้าที่ของหน่วยงานของรัฐ (authorities) ที่จะต้องป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้อื่นนั้นจะเกิดขึ้นก็เมื่อหน่วยงานของรัฐ (authorities) ทราบหรือควรจะทราบในขณะนั้นมีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อชีวิตของเหยื่อหรือปัจเจกชนจากการกระทำความผิดทางอาญาของบุคคลที่สาม และหน่วยงานของรัฐ (authorities) ไม่สามารถดำเนินการหรือหามาตรการใดๆ มาป้องกันได้อย่างเหมาะสมภายใต้อำนาจตามกฎหมายที่ตนมีได้”³⁷ จะเห็นได้ว่า จากคำพิพากษาดังกล่าวศาลได้นำหลักสิทธิที่จะมีชีวิต (Right to Life) มาใช้ประกอบการอธิบายหน้าที่ที่ต้องป้องกันบุคคลที่สามในกฎหมายของประเทศอังกฤษ³⁸ รวมถึงการวางหลักของศาลในคดี Osman ซึ่งให้เห็นว่า คำอธิบายและเหตุผลสนับสนุนของศาลมีความใกล้เคียงหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) ในคดี Tarasoff มาก แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องของที่มาของหลักการและผู้ที่ต้องรับผิดชอบ กล่าวคือ ที่มาของหลักการและหน้าที่ในคดี Osman นี้เป็นไปตามหลักสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ตามที่กำหนดไว้ใน Article 2 ของอนุสัญญาสหภาพยุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชนส่วนในประเด็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบ มีความแตกต่างตรงที่การวางหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกันของศาลในคดี Osman นี้ เป็นการวางหลักให้รัฐบาลของสหราชอาณาจักรรับผิดชอบ มิใช่ให้จิตแพทย์รับผิดชอบเป็นการส่วนตัวแบบในคดี Tarasoff กล่าวได้ว่า หากยังไม่มีคำพิพากษาของศาลอังกฤษวางหลักให้การยอมรับเช่นเดียวกับในคดี Osman จิตแพทย์ก็ยังคงมีต้องรับผิดชอบจากการที่มีได้เดือน รวมถึงมิได้มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันแบบในคดี Tarasoff

³⁶ *Ibid.*

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Gavaghan, *supra* note 30, p.258.

กล่าวโดยสรุป กฎหมายของประเทศอังกฤษในประเด็นการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์นั้น อนุญาตให้จิตแพทย์ใช้ดุลพินิจในการพิจารณาเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชด้วยวิธีการเตือนเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายได้ (Duty to warn) แต่การเตือนดังกล่าวยังไม่รวมถึงการป้องกันมิให้เกิดอันตรายขึ้นแก่เหยื่อ (Duty to protect) รวมถึงหากจิตแพทย์ได้ดำเนินการเตือนเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายแล้ว แต่ความอันตรายดังกล่าวยังคงเกิดแก่เหยื่อของผู้ป่วยจิตเวช จิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำต่อเหยื่อด้วย เนื่องจากหลักกฎหมายละเมิดของประเทศอังกฤษระบุว่า บุคคลไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบในการกระทำของบุคคลที่สาม หากบุคคลดังกล่าวมิได้มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันมาก่อน

สำหรับแนวทางและวิธีการของจิตแพทย์ในการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์นั้น เนื่องจากสภาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพในประเทศอังกฤษ มักมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพ (guideline) ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพของตน เพื่อให้การประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนดำเนินไปในแนวทางและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความลับของผู้ป่วย สภาวิชาชีพในทางสาธารณสุขต่างๆ เช่น The British Medical Association (BMA), General Medicine Council (GMC), Nursing and Midwifery Council (NMC), National Health Service เป็นต้น ก็ได้มีการออกแนวทางปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเช่นเดียวกัน ซึ่งในแนวทางปฏิบัติเหล่านี้จะระบุรายละเอียดที่ชัดเจนมากกว่ากฎหมายเพราะเป็นการกำหนดโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเองและเน้นเพื่อนำไปเป็นคู่มือในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นภายหลังที่มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพในเรื่องนั้นๆ แล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนมักปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติขององค์กรวิชาชีพของตนอย่างเคร่งครัด เพราะเมื่อใดที่มีการละเมิดหรือมีความเสียหายเกิดขึ้นแล้ว ในทางปฏิบัติย่อมถือว่าผู้ที่ได้ประกอบวิชาชีพตามแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพแล้ว เป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้ตามมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดแล้ว กล่าวคือ หากมีการฟ้องร้องหรือมีคดีขึ้นสู่ศาลในประเด็นความรับผิดชอบอันเกี่ยวข้องกับมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ ผู้ประกอบวิชาชีพ ก็สามารถใช้เป็นข้อต่อสู้ของตนในชั้นศาลเพื่อปฏิเสธความรับผิดได้ ทั้งนี้ ศาลมักพิจารณาตามแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพในเรื่องนั้นๆ ว่า มีการกำหนดรายละเอียดวิธีการประกอบวิชาชีพไว้อย่างไรบ้าง ซึ่งหากผู้ประกอบวิชาชีพได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติดังกล่าวแล้ว ศาลมักตัดสินว่าผู้ประกอบวิชาชีพไม่มีความผิดเพราะได้ดำเนินการตามมาตรฐานขั้นต่ำที่กฎหมายกำหนดแล้ว ดังนั้นแม้แนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพจะไม่มีสถานะทางกฎหมายก็ตาม แต่ในทางเทคนิคแล้วแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพเหล่านี้มักมีลักษณะเหมือนการตีความกฎหมายเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยโดยศาลนั่นเอง เนื่องจากประเทศ

อังกฤษเป็นประเทศที่ใช้ระบบคอมมอนลอว์ดังนั้นศาลจะเป็นผู้นำหลักต่างๆ มาใช้ในการตีความ และวางหลักกฎหมายที่นำมาใช้ภายในประเทศด้วย

แพทยสภาของประเทศอังกฤษ หรือ General Medical Council เป็นองค์กรวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในสหราชอาณาจักร ที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ ค.ศ. 1858 (Medical Act 1858) ได้วางแนวทางเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยเอาไว้ในหนังสือ Confidentiality: good practice in handling patient information³⁹ ซึ่งได้รวบรวมข้อมูลและแนวทางเรื่องความลับของผู้ป่วยและการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยตามกฎหมายของประเทศอังกฤษให้แก่แพทย์ โดยหนังสือเล่มนี้ได้ตีพิมพ์และเผยแพร่เป็นแนวทางให้แพทย์ทราบเรื่องมาและได้รับการแก้ไขล่าสุดเมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 พร้อมทั้งกำหนดว่าแม้การรักษาความลับของผู้ป่วยจะเป็นหน้าที่ที่สำคัญของแพทย์ แต่แพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ โดยไม่ถือว่าเป็นการประพฤติดนินาที่ ร้ายละเอียด ดังนี้

1. การเปิดเผยโดยอาศัยอำนาจของกฎหมาย คือ มีกฎหมายบัญญัติให้แพทย์ต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยหากข้อเท็จจริงเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติซึ่งเป็นข้อยกเว้นในลักษณะเดียวกับประเทศไทย

2. การเปิดเผยโดยความยินยอมของผู้ป่วย เป็นไปตามแนวคิดและทฤษฎีเรื่องความยินยอมและสิทธิส่วนตัว กล่าวคือ หากแพทย์เห็นว่าการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยดังกล่าวอาจเป็นประโยชน์ทางการศึกษาการวิจัย หรือในด้านอื่นใด แพทย์ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนจึงจะเปิดเผยความลับได้ เป็นไปตามหลักสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย เนื่องจากข้อมูลความลับของผู้ป่วยเป็นข้อมูลส่วนบุคคลและเป็นสิทธิของผู้ป่วยโดยแท้ ดังนั้นหากแพทย์ขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยความลับดังกล่าว

3. การเปิดเผยเพื่อประโยชน์สาธารณะ แม้ว่า การรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นความคาดหวังที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อมาพบแพทย์ แต่ประโยชน์สาธารณะย่อมมีความสำคัญมากกว่า กล่าวคือ หากความลับของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะ โดยหากแพทย์เปิดเผยความลับแล้วจะเป็นการป้องกันบุคคลอื่นหรือสังคม จากความเสี่ยงอันตรายร้ายแรง เช่น โรคติดต่อ อาชญากรรมร้ายแรง การวิจัยทางการแพทย์ หรือเพื่อการศึกษา ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมในภาพภาคหน้า ด้วยเหตุนี้เองแพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะได้ โดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย แพทย์ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างความลับของผู้ป่วยกับ

³⁹ General Medical Council, Confidentiality: good practice in handling patient information, Retrieved January 10, 2018, from https://www.gmc-uk.org/Confidentiality_good_practice_in_handling_patient_information___English_0417.pdf_70080105.pdf

ประโยชน์สาธารณะ โดยพิจารณาว่าการไม่เปิดเผยความลับดังกล่าวส่งผลอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่นอย่างไร รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยภายหลังเปิดเผยความลับ

อย่างไรก็ตาม แพทยสภาของอังกฤษยังคงถือหลักความยินยอมของผู้ป่วยเป็นหลัก กล่าวคือ เพื่อรักษาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจึงวางแนวทางให้แพทย์ขอความยินยอมจากผู้ป่วยในการเปิดเผยความลับก่อน เว้นแต่ในกรณีผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ หรือการขอความยินยอมของผู้ป่วยไม่อาจเป็นไปได้ก็ให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(a) หากผู้ป่วยไม่อาจให้ความยินยอมได้ ให้แพทย์ปรึกษากับนักกฎหมายสังคมสงเคราะห์ของผู้ป่วย (Patients' welfare attorney) ตามพระราชบัญญัติความสามารถของผู้มีปัญหาทางจิตปี 2005 (The Mental Capacity Act 2005) หรือผู้ให้ความยินยอมของผู้ป่วยที่ศาลแต่งตั้ง (court-appointed deputy) ตามพระราชบัญญัติความสามารถของผู้มีปัญหาทางจิต ปี 2005 (The Mental Capacity Act 2005) หรือผู้ปกครองของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยก่อน หรือเพื่อนของผู้ป่วย หรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยคนนั้น

(b) แพทย์ต้องให้เหตุผลอย่างเพียงพอว่า การขอความยินยอมจากผู้ป่วยอาจทำให้แพทย์หรือผู้อื่น มีความเสี่ยงที่จะได้รับอันตราย

(c) แพทย์อาจเปิดเผยความลับโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยได้ เช่น เป็นการป้องกันหรือสืบหาเหตุอาชญากรรมร้ายแรงล่วงหน้า

(d) หากเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วฉับพลัน ไม่อาจขอความยินยอมได้ เช่น เป็นการควบคุมโรคติดต่อและไม่มีเวลาเพียงพอที่จะติดต่อให้ผู้ป่วยทราบก่อน

ทั้งนี้ ภายหลังจากที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยแล้ว แพทย์ควรแจ้งผู้ป่วยด้วยว่าการเปิดเผยความลับนั้นเป็นการกระทำเพื่อประโยชน์สาธารณะ และแพทย์ต้องทำการบันทึกเหตุผลที่เปิดเผยความลับไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยว่า การเปิดเผยความลับนั้นปราศจากความยินยอมของผู้ป่วยด้วยเหตุใด หรือได้พยายามขอความยินยอมจากผู้ป่วยพร้อมแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับแล้ว หรือเหตุผลใดที่แพทย์ไม่อาจขอความยินยอมได้ เช่น เหตุที่แพทย์ไม่ได้ขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเนื่องจากหากขอความยินยอมก่อนอาจทำให้แพทย์และบุคคลอื่นต้องตกอยู่ในอันตรายก็เป็นได้ หรือการเปิดเผยความลับดังกล่าวเป็นการกระทำเพื่อป้องกันอันตรายล่วงหน้า เป็นต้น ซึ่งภายหลังจากที่แพทย์ระบุเหตุผลและข้อมูลต่างๆ ไว้ในเวชระเบียนแล้ว แพทย์จึงดำเนินการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยด้วยการเตือนเหยื่อ หรือแจ้งให้หน่วยงานของรัฐ (authorities) ทราบต่อไป

นอกจากหนังสือคู่มือที่จัดทำโดยแพทยสภาของประเทศไทยแล้ว ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (Royal College of Psychiatrists) ก็ได้จัดทำ “คู่มือการประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับ

ความลับของผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วย” (Good Psychiatric Practice Confidentiality and information sharing)⁴⁰ เพื่อให้จิตแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความลับของผู้ป่วยจิตเวช โดยในคู่มือดังกล่าวจะยึดตามหลักของคู่มือของแพทย์สภาที่ได้กล่าวไปแล้ว พร้อมทั้งเพิ่มเติมในรายละเอียดให้เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ซึ่งการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้นได้กำหนดไว้ในหัวข้อ “Disclosure in the public interest” ตั้งแต่ข้อ 87-101 พร้อมทั้งได้กำหนดผังภาพ (flowchart) ขั้นตอนการเปิดเผยความลับในกรณีดังกล่าวไว้ในภาคผนวก 2: ผังภาพการพิจารณาตามหลักประโยชน์สาธารณะ (Appendix 2: Public interest decisions flowchart) เพื่อให้จิตแพทย์เข้าภาพรวมและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องอีกด้วย

3.3 ภาพรวมมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศ

จากการศึกษากฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษจะเห็นได้ว่า ทั้งสองประเทศต่างเล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันสังคมหรือสาธารณะจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช และการป้องกันดังกล่าวยังถือเป็นการป้องกันอันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย กล่าวคือ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาอย่างถูกต้องให้หายขาดจากโรคทางจิตและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ อย่างไรก็ดี แม้ทั้งสองประเทศจะยอมรับหลักการดังกล่าวแต่กฎหมายของทั้งสองประเทศยังคงมีความแตกต่างกันอยู่หลายประการ โดยเฉพาะในเรื่องรูปแบบของกฎหมาย ทั้งนี้ เนื่องจากสหรัฐอเมริกาปกครองแบบสหพันธรัฐจึงทำให้มีกฎหมายในลักษณะที่หลากหลายรูปแบบ ในขณะที่ประเทศอังกฤษที่ปกครองในรูปแบบของรัฐเดี่ยวจึงทำให้มีกฎหมายลักษณะเดียวและบังคับใช้ทั่วประเทศ ในความเห็นของผู้วิจัยเห็นว่า อาจเป็นเพราะสหรัฐอเมริกาใช้การปกครองแบบสหพันธรัฐจึงทำให้แต่ละมลรัฐมีความเห็นเกี่ยวกับหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ป้องกันแตกต่างกันไป เห็นได้จากลักษณะของกฎหมายที่มีตั้งแต่บ่งคับให้จิตแพทย์กระทำการและรับผิดชอบจากการละเว้นหน้าที่ดังกล่าว บทบัญญัติที่อนุญาตให้กระทำการได้ในบางกรณี และไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรเลยแต่อาศัย caselaw ในการวางหลักเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ส่วนกฎหมายของประเทศอังกฤษนั้น แม้จะรับหลักการหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันมาจากคดี Tarasoff ของสหรัฐอเมริกาก็ตาม แต่ศาลอังกฤษค่อนข้างตีความ

⁴⁰ The Royal College of Psychiatrists, Good Psychiatric Practice Confidentiality and information sharing, Retrived 25 May 2019.

https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-report-cr209.pdf?sfvrsn=23858153_2.

กฎหมายดังกล่าวในลักษณะอนุรักษนิยม อาจเป็นเพราะการนำหลักในเรื่องละเมิดมาปรับใช้ ในลักษณะค่อนข้างเคร่งครัดจึงทำให้มีความเห็นที่แตกต่างจากสหรัฐอเมริกา

นอกจากนี้แล้วลักษณะสำคัญของกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์ในสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษอีกประการหนึ่ง คือ กฎหมายไม่ได้กำหนดให้เพียงแค่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีการกำหนดกระบวนการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง ดังนี้

1) ช่วงที่หนึ่ง คือ การให้จิตแพทย์ประเมินแนวโน้มที่ผู้ป่วยจิตเวชเดือนหรือแจ้งอันตรายให้แก่เหยื่อ หรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานของรัฐทราบล่วงหน้า เพื่อให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายดังกล่าวระวังภัยที่อาจเกิดขึ้นแก่ตนเอง รวมถึงเพื่อให้หน่วยงานของรัฐทราบความอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชและหาวิธีการเพื่อดำเนินการป้องกันอันตรายต่อไป

2) ช่วงที่สอง คือ การป้องกันมิให้อันตรายเกิดขึ้นแก่เหยื่อ ภายหลังจากที่เตือนหรือแจ้งให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานของรัฐทราบถึงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว หน่วยงานของรัฐจะทำหน้าที่ในการดำเนินการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช เช่น ใช้มาตรการบังคับรักษา (involuntary commitment) หรือ การให้ผู้ป่วยนอนที่โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ เป็นต้น

โดยจากการอภิปรายข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปภาพรวมและความแตกต่างของกฎหมายทั้งสองประเทศได้ดังตารางดังต่อไปนี้

หัวข้อ	สหรัฐอเมริกา	ประเทศอังกฤษ
กฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช	มี	มี
ลักษณะของกฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช	กฎหมายแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 1. กฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Mandatory Statute) โดยแจ้งให้เหยื่อหรือแจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement) ทราบ ตามหลักในคดี Tarasoff	ศาลอุทธรณ์ของประเทศอังกฤษยอมรับหลักที่จิตแพทย์อาจเตือนเหยื่อที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยถือเป็นดุลพินิจของจิตแพทย์แต่หน้าที่ที่ต้องเตือนดังกล่าวไม่รวมถึงหน้าที่ที่ต้องป้องกันบุคคลที่สามจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

หัวข้อ	สหรัฐอเมริกา	ประเทศอังกฤษ
	<p>2. อนุญาตให้จิตแพทย์เตือนและป้องกันเหยื่อได้ในบางกรณี แต่มีใช้หน้าที่โดยบังคับ(Permissive Statute)</p> <p>3. ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมายในเรื่องหน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน</p>	
หน้าที่ที่ต้องเตือน (หน้าที่โดยบังคับตามกฎหมาย)	มี (แต่แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ)	ไม่มี กฎหมายวางหลักให้เป็นดุลพินิจของจิตแพทย์ในการพิจารณาว่า สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้นสมควรที่จะต้องเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ (ขึ้นอยู่กับการประเมินความเสี่ยงของจิตแพทย์)
หน้าที่ที่ต้องป้องกัน (หน้าที่โดยบังคับตามกฎหมาย)	มี (แต่แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ)	ไม่นำหลักการดังกล่าวมาใช้
ความรับผิดในกรณีที่ไม่เตือนหรือป้องกัน	มี (แต่แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ)	ไม่มี เนื่องจากหลักกฎหมายในเรื่องละเมิดกำหนดว่า บุคคลไม่จำเป็นต้องรับผิดจากการกระทำของบุคคลอื่น
แนวทางหรือวิธีการในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่จิตแพทย์	American Psychiatrist Association หรือสมาจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา ได้จัดทำคู่มือการประกอบวิชาชีพในเรื่องความลับของผู้ป่วย (Guideline on Confidentiality) และแนวทางการประเมินความเสี่ยงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Violence Risk Assessment) ให้แก่จิตแพทย์ไว้เป็นคู่มือในการประกอบวิชาชีพ เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน	1. Royal College of Psychiatrists ได้จัดทำ “Good Psychiatric Practice Confidentiality and information sharing (Guideline)” หรือแนวทางการเปิดเผยความลับให้แก่จิตแพทย์เพื่อใช้เป็นคู่มือในการประกอบวิชาชีพให้ดำเนินไปในแนวทางเดียวกัน

หัวข้อ	สหรัฐอเมริกา	ประเทศอังกฤษ
	<p>อีกทั้งกำหนดให้จิตแพทย์ต้องเข้ารับ การอบรมแนวทางการเปิดเผย ความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกต้อง ตามกฎหมายด้วย รวมถึงในทาง ปฏิบัติจิตแพทย์มักขอคำปรึกษา ทนายความ หรือผู้ให้คำปรึกษาทาง กฎหมายก่อนเพื่อขอคำแนะนำ ประกอบการเปิดเผยความลับที่อาจ เป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช</p>	<p>2. มีการจัดทำมาตรฐานการ ประเมินความเสี่ยงของผู้ ประกอบวิชาชีพ (clinical standard of risk assessment) เพื่อเป็นแนวทางให้แก่จิตแพทย์ ในการประเมินความเสี่ยงหรือ แนวโน้มความเป็นอันตรายของ ผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้แล้วในทางปฏิบัติ จิตแพทย์มักขอคำปรึกษาจาก ทนายความ หรือผู้ให้คำปรึกษา ทางกฎหมายก่อน เพื่อให้การ เปิดเผยความลับที่อาจเป็น อันตรายของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับกฎหมาย</p>
<p>ความคุ้มกันภายหลังจิตแพทย์เปิดเผย ความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วย จิตเวช</p>	<p>มีบทบัญญัติให้ความคุ้มกันแก่ จิตแพทย์ที่ได้กระทำตามขั้นตอนที่ กฎหมายบัญญัติไว้แล้ว เช่น เตือน เหยื่อ หรือแจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับ ใช้นโยบายทราบ ให้ไม่ต้องรับผิดชอบ ในทางแพ่ง</p>	<p>แม้ไม่มีบทบัญญัติของกฎหมาย บัญญัติไว้โดยตรงแต่ศาล อุทธรณ์ยอมรับหลักการที่ว่า จิตแพทย์สามารถใช้ดุลพินิจใน การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย จิตเวชได้ ย่อมถือเป็นการปฏิบัติ ตามกฎหมายแล้ว ดังนั้นจึงไม่ ถือว่าจิตแพทย์มีความผิด</p>

บทที่ 4

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตราย ของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทย

ดังที่ได้อภิปรายไปในเบื้องต้นแล้วว่า กฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทยนั้นไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะทำให้กฎหมายสัมฤทธิ์ผลได้ ดังนั้นในบทนี้ผู้วิจัยจึงจะทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบัญญัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย เพื่อนำไปประกอบการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศก่อนทำการอภิปรายและสรุปผลต่อไป

ประเทศไทยก็เป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับแนวคิดและหลักการทางกฎหมายมาจากต่างประเทศ ทั้งหลักกฎหมายที่กำหนดให้แพทย์รักษาความลับของผู้ป่วยและกรณีที่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้มุ่งศึกษาในประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ ดังนั้นในบทนี้ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวเท่านั้น โดยจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

4.1 กฎหมายที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ตามกฎหมายของแพทย์

สำหรับกฎหมายในลักษณะนี้จะเป็นกฎหมายที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยจิตแพทย์นั้นเป็นบทบังคับให้กระทำการ กล่าวคือ กฎหมายจะบัญญัติกรณีหรือสถานการณ์ที่จิตแพทย์ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยไว้โดยถือเป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่แพทย์ต้องปฏิบัติตาม หากแพทย์ฝ่าฝืนมิได้ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าว แพทย์ย่อมต้องรับผิดชอบการไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าวด้วย ส่วนความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นจะเป็นความรับผิดชอบในทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางปกครองนั้นต้องพิจารณาตามรายกรณีไป โดยกฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยในประเทศไทยนั้นมีดังต่อไปนี้

4.1.1 การเปิดเผยโดยอำนาจศาล

ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 231 ได้บัญญัติให้อำนาจในการเรียกของศาลไว้ ดังนี้

“เมื่อคู่ความหรือผู้ใดจะต้องการให้การหรือส่งพยานหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้

(1) เอกสารหรือข้อความที่ยังเป็นความลับในราชการอยู่

(2) เอกสารหรือข้อความ ซึ่งได้มาหรือทราบเนื่องในอาชีพหรือหน้าที่ของเขา

(3) วิธีการ แบบแผนหรืองานอย่างอื่นซึ่งกฎหมายคุ้มครองไม่ยอมให้เปิดเผย คู่ความหรือบุคคลนั้นมีอำนาจไม่ยอมให้การหรือส่งพยานหลักฐาน เว้นแต่ได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความลับนั้น

ถ้าคู่ความหรือบุคคลใดไม่ยอมให้การหรือส่งพยานหลักฐานดังกล่าว ศาลมีอำนาจหมายเรียกเจ้าหน้าที่หรือบุคคลผู้เกี่ยวข้องกับความลับนั้นมาแถลงต่อศาล เพื่อวินิจฉัยว่าการไม่ยอมนั้นมีเหตุผลจำเป็นหรือไม่ ถ้าเห็นว่าไร้เหตุผล ให้ศาลบังคับให้ ๆ การหรือส่งพยานหลักฐานนั้น”

จากบทบัญญัติดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การที่แพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์อื่น ได้มาหรือทราบมาซึ่งความลับของผู้ป่วยเนื่องจากการประกอบวิชาชีพหรือหน้าที่ของตนเองเป็นกรณีตามมาตรา 231 (2) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ที่กฎหมายให้อำนาจศาลในการเรียกให้แพทย์ที่ได้รับหมายเรียกให้มาแถลงเหตุผลที่ไม่ยอมเปิดเผยความลับได้ ซึ่งหากแถลงแล้วเหตุผลฟังไม่ขึ้น ในที่สุดศาลก็สามารถบังคับให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยอยู่ดี ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของแพทย์โดยนัยว่า ภายหลังจากที่แพทย์ได้รับหมายเรียกจากศาลให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยแล้ว แพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องกระทำการดังกล่าว หากแพทย์ฝ่าฝืนอาจได้รับโทษทางอาญาได้ ในขณะที่การที่แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยโดยอำนาจศาลนี้ แพทย์ย่อมไม่มีความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแต่อย่างใด

นอกจากนี้แล้ว ส่วนมากการสืบพยานใดๆ ในชั้นศาลในประเด็นที่เป็นความลับหรืออาจส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้อื่น กระบวนการสืบพยานมักจำกัดกลุ่มคนที่สามารถเข้าถึงความลับดังกล่าว โดยจะมีเพียงคู่ความเท่านั้น หรือในบางครั้งศาลอาจให้เป็นการพิจารณาคดีแบบปิดและสั่งให้บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาฟังการสืบพยานก็ได้ ด้วยเหตุดังกล่าวหากมีหมายศาลเรียกให้แพทย์เข้าเบิกความเป็นพยานและมีบางกรณีที่แพทย์ต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแล้ว แพทย์จำต้องกระทำตามเพราะหากฝ่าฝืนหรือไม่กระทำตามอาจมีความผิดฐานขัดคำสั่งศาลตามประมวลกฎหมายอาญาได้

4.1.2 การเปิดเผยตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 บัญญัติว่า “มาตรา 7 ในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่อ ต้องแจ้งความเกิดขึ้นหรือมีเหตุสงสัยว่าได้มีโรคติดต่อ ดังกล่าวเกิดขึ้น ให้บุคคลดังต่อไปนี้แจ้งต่อเจ้าพนักงาน สาธารณสุขหรือพนักงานเจ้าหน้าที่...” เนื่องจากโรคติดต่อเป็นข้อมูลด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังนั้นกฎหมายฉบับนี้จึงกำหนดให้กลุ่มบุคคลตามที่กฎหมายกำหนดมีหน้าที่แจ้งต่อเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในกรณีที่พบมีโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้นซึ่งโรคใดที่ถูกกำหนดให้เป็นโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้นย่อมเป็นไปตามประกาศที่ออกตามความในพระราชบัญญัติฉบับนี้ (ประกาศของกระทรวงสาธารณสุข)

ดังนั้นหากแพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลพบผู้เป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อตามที่ประกาศกำหนด แพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องแจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบตามที่พระราชบัญญัติโรคติดต่อกำหนด ทั้งนี้ หากแพทย์ที่พบโรคติดต่ออันตราย โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้นแล้วไม่แจ้งหรือไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายกำหนด แพทย์คนดังกล่าวอาจต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท ตามความมาตรา 50 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 อีกทั้งการแจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบถึงโรคดังกล่าว ไม่ถือว่าเป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยแต่อย่างใด เนื่องจากการกระทำโดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้นแพทย์จึงไม่มีความผิด

ภายหลังที่แพทย์แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบแล้ว เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่มีอำนาจในการดำเนินการหรือออกคำสั่งตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ทั้งนี้ ซึ่งการดำเนินการหรือออกคำสั่งดังกล่าวเป็นมาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมมิให้โรคติดต่อหรือโรคระบาดแพร่กระจายไปที่อื่น เพราะหากไม่ควบคุมแล้วอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนได้

4.1.3 การเปิดเผยโดยการเรียกของเจ้าพนักงาน

มาตรา 52 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา บัญญัติว่า “มาตรา 52 การที่จะให้บุคคลใดมาที่พนักงานสอบสวนหรือมาที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจชั้นผู้ใหญ่หรือมาศาล เนื่องในการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องการพิจารณาคดี หรือการอย่างอื่นตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายนี้ จักต้องมีหมายเรียกของพนักงานสอบสวนหรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจชั้นผู้ใหญ่หรือของศาล แล้วแต่กรณี...” จะเห็นได้ว่า มาตรการดังกล่าวได้ให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการเรียกให้บุคคลใดมาสอบสวนหรือให้ถ้อยคำ รวมถึงการไต่สวนมูลฟ้องการพิจารณาคดี และกรณีอื่นใดๆตามระบุนี้ไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนั้นหากแพทย์คนใด

ได้รับหมายเรียกจากเจ้าพนักงานให้เข้าให้ถ้อยคำเพื่อประกอบการสอบสวนของเจ้าพนักงาน หรือ เพื่อเบิกความประกอบการไต่สวนมูลฟ้องแล้ว แพทย์จะต้องปฏิบัติตามรวมถึงให้ถ้อยคำและเบิกความตามที่เจ้าพนักงานร้องขอ หากแพทย์ไม่มาให้การหรือเบิกความตามหมายเรียก แพทย์ย่อมมีความผิดทางอาญาฐานขัดคำสั่งเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา หรือ ในกรณีที่ได้รับความหมายเรียกแล้วและยอมมาพบพนักงานสอบสวน แต่ไม่ยอมให้ถ้อยคำก็จะมีผิดตามประมวลกฎหมายอาญาเช่นกัน

4.2 กฎหมายที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์อาจกระทำได้

กฎหมายในลักษณะนี้จะเป็นกรณีที่กฎหมายบัญญัติข้อยกเว้นบางประการไว้เพื่อให้จิตแพทย์สามารถใช้ดุลพินิจในการพิจารณาว่า ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเหมาะสมที่จะต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตแพทย์หรือไม่ หากจิตแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่า สมควรต้องเปิดเผย จิตแพทย์ก็สามารถกระทำได้โดยไม่มีความผิดเพราะกฎหมายได้ให้อำนาจไว้ หรือแม้กระทั่งเข้าลักษณะตามที่ข้อยกเว้นบัญญัติไว้แล้ว แต่จิตแพทย์เห็นว่า ไม่สมควรเปิดเผยความลับดังกล่าว แพทย์ก็ไม่ต้องรับผิดเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้วิจัยเห็นว่า ส่วนมากกฎหมายไทยมักบัญญัติกฎหมายในลักษณะเช่นนี้ เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติหน้าที่ รวมถึงให้ดุลพินิจแก่จิตแพทย์ในการพิจารณาสถานการณ์หรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นก่อนดำเนินการในขั้นตอนต่อไปที่เหมาะสมแก่สถานการณ์นั้นๆ ทั้งนี้ กฎหมายไทยมักไม่บัญญัติในลักษณะที่เป็นบทบังคับให้กระทำการ เว้นแต่เป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นต้องกระทำเพื่อประโยชน์แห่งความสงบเรียบร้อยของประชาชน

สำหรับกฎหมายไทยที่กำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์อาจกระทำได้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.1 ข้อยกเว้นตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อวางกรอบและแนวทางด้านกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชน โดยจัดตั้งองค์กรและมีกลไกให้ภารกิจด้านสุขภาพของประชาชนดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน ทั้งนี้ เพราะเรื่องสุขภาพคือภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ดังนั้น การจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ โดยเฉพาะในเรื่องการจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาล ระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์

ด้วยเหตุนี้เองจึงมีการบัญญัติพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้น¹ โดยภายในพระราชบัญญัติฉบับนี้ในหมวดที่ 1 ได้บัญญัติถึง “สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ” เพื่อเป็นการคุ้มครองและรับรองสิทธิที่สำคัญของผู้ป่วยให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้รับการบัญญัติไว้ในหมวดดังกล่าว โดยมีสาระสำคัญ คือ กำหนดข้อมูลด้านสุขภาพถือเป็นความลับส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสาธารณสุขและการรักษาความลับเป็นหลักจริยธรรมทางการแพทย์ที่สำคัญ ดังนั้นจะนำข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยไปเปิดเผยต่อผู้อื่นไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลสุขภาพที่เป็นความลับส่วนบุคคลต้องเป็นข้อมูลที่สามารถระบุถึงเฉพาะบุคคลนั้นได้ กล่าวคือ มีชื่อของผู้นั้นระบุอยู่ หรือมีข้อมูลใดๆ ที่อ่านแล้วพอเข้าใจได้ว่าหมายถึงบุคคลใด หรือเป็นข้อมูลของใคร เช่น เลขบัตรประจำตัวประชาชน เลข HN ผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น แต่ถ้าเป็นข้อมูลสถิติของกลุ่มประชากร หรือลบข้อมูลที่บ่งชี้ตัวบุคคลออกแล้ว เช่นนี้ไม่ถือเป็นข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอีกต่อไป เช่น การทำข้อมูลผู้ป่วยไปประกอบการเรียนการสอน โดยนำแค่อาการของผู้ป่วยมาใช้ประกอบการสอนเท่านั้น มิได้มีรูปภาพหรือชื่อปรากฏอยู่ เป็นต้น

สำหรับข้อยกเว้นที่กำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น บัญญัติไว้ในส่วนท้ายของมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ความหลักว่า “มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยใน ประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้น โดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่ากรณีใดๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้”

จากบัญญัติดังกล่าวเห็นได้ว่า กรณีขกเว้นตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่สามารถเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยได้มีเพียง 2 กรณี คือ ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้เปิดเผย ดังนี้

ข้อยกเว้นของมาตรา 7 กรณีแรกคือ การเปิดเผยตามความประสงค์ของเจ้าของข้อมูล กล่าวคือ ผู้เป็นเจ้าของข้อมูลให้ความยินยอมโดยอาจมอบอำนาจให้บุคคลอื่นเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนได้ หรือความยินยอมในกรณีอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเจ้าของข้อมูลอนุญาตให้เปิดเผยได้โดยการยินยอมให้เปิดเผยนี้ต้องเป็นความยินยอมที่ชอบด้วยกฎหมายคือ สมัครงใจ ปราศจากการขู่เชิญ หลอกลวง และทราบวัตถุประสงค์ในการนำข้อมูลผู้ป่วยไปใช้ด้วย เช่น บริษัทประกันชีวิต

¹ ตามนัยหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ต้องการขอข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันชีวิต ผู้แทนบริษัทประกันต้องได้รับความยินยอมจากผู้เอาประกันชีวิตก่อน²

ข้อยกเว้นของมาตรา 7 กรณีสองคือ มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้รับการบัญญัติไว้อย่างกระจัดกระจายใน กฎหมายหลายฉบับ ดังนั้นจึงกฎหมายฉบับนี้จึงต้องบัญญัติในลักษณะที่ว่า หากมีกฎหมายใดให้อำนาจให้แพทย์กระทำการได้ก็จะเป็นไปตามหลักของกฎหมายนั้นๆ ซึ่งการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์นั้นจัดอยู่ในข้อยกเว้นกรณีนี้เช่นเดียวกัน กล่าวคือ มีกฎหมายที่บัญญัติข้อยกเว้นให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชไว้เป็นการเฉพาะในมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยผู้วิจัยจะกล่าวถึงอย่างละเอียดในหัวข้อถัดไป นอกจากนี้แล้วก็ยังมีกฎหมายอื่นๆ อีกเช่นเดียวกันที่กำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ เช่น พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 เป็นต้น

นอกจากนี้แล้วพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังได้กำหนดโทษทางอาญาสำหรับบุคคลที่ฝ่าฝืนเปิดเผยความลับให้แก่บุคคลที่ไม่มีสิทธิหรือไม่มีอำนาจตามกฎหมาย และการฝ่าฝืนดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเจ้าของข้อมูลได้รับความเสียหายไว้ในมาตรา 49 อีกด้วย โดยบัญญัติให้ผู้ที่ฝ่าฝืนมีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ดังนั้นแม้กฎหมายจะบัญญัติข้อยกเว้นให้สามารถเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลได้ แต่การเปิดเผยดังกล่าวก็ต้องเป็นไปตามหลักการที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัดด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นการเฉพาะจึงยังไม่มีหน่วยงานระดับชาติที่รับผิดชอบดูแลข้อมูลส่วนบุคคลของภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ปัจจุบันมีเพียงสำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการที่รับผิดชอบข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในความครอบครองของรัฐเท่านั้น ดังนั้นแนวทางการเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบันจึงขึ้นอยู่กับแนวทางการปฏิบัติของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน แตกต่างจากในต่างประเทศที่มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและมีหน่วยงานดูแลเรื่องนี้เป็นการเฉพาะ

² ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, (ร่าง) แนวปฏิบัติตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล และสถานบริการสาธารณสุข, สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2561, จาก

4.2.2 ข้อยกเว้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อให้บุคคลดังกล่าวได้เข้ารับการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม และป้องกันมิให้ความผิดปกติทางจิตของบุคคลดังกล่าวทวีความรุนแรงขึ้นซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่นก็เป็นได้ ดังนั้นจึงมีการบัญญัติกฎหมายฉบับนี้ขึ้นเพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม รวมทั้งกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอยู่ระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณาหรือภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้³ กล่าวได้ว่ากฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อกำหนดมาตรการ ให้การรับรอง และคุ้มครองบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเวชไว้เป็นการเฉพาะ

ดังที่ได้กล่าวไปในเบื้องต้นแล้วว่า ประเทศไทยมีกฎหมายที่กำหนดเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชไว้ในมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยได้บัญญัติเกี่ยวกับการรักษาความลับและข้อยกเว้นที่อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชไว้ ดังนี้

“มาตรา 16 ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่

- (1) ในกรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น
- (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน
- (3) มีกฎหมายบัญญัติเฉพาะให้ต้องเปิดเผย”

จะเห็นได้ว่า ข้อยกเว้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้นมี 3 กรณี ได้แก่ ในกรณีที่ความลับของผู้ป่วยจิตเวชอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น ในกรณีที่ความลับของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสาธารณชน และในกรณีที่กฎหมายบัญญัติเฉพาะให้ต้องเปิดเผย ซึ่งหากเปรียบเทียบกับข้อยกเว้นตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะเห็นได้ว่ามาตรานี้เป็นบทบัญญัติที่เพิ่มเติมข้อยกเว้นให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้มากกว่า กล่าวคือ การบัญญัติข้อยกเว้นเพิ่มเติมที่มากกว่า 2 กรณี ได้แก่ กรณีที่ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น และเพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน โดยข้อยกเว้นที่เพิ่มเติมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้บัญญัติกฎหมายเล็งเห็นถึงลักษณะและสภาพอาการของผู้ป่วย

³ ตามนัยหมายเหตุแนบท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.

จิตเวชที่มีแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีอาการทางกายทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถควบคุมความคิดหรือพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้การกระทำต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชอาจเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของคนทั่วไปซึ่งในบางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของบุคคลอื่นได้ ดังนั้นจึงมีข้อยกเว้นให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพิ่มเติมจากกรณีทั่วไป เพื่อป้องกันสังคมจากอันตรายดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับข้อยกเว้นที่ให้เปิดเผยความลับตามมาตรา 16 (1) และ 16 (2) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นกรณีซึ่งกำหนดให้จิตแพทย์ที่ทราบถึงเกี่ยวกับความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเอง ผู้อื่น หรือต่อสังคมแล้วสามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเวชได้ เพื่อป้องกันมิให้ผู้อื่นได้รับอันตรายยกตัวอย่างเช่น เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยบอกกับจิตแพทย์ว่ามีการวางแผนฆ่าผู้ชายคนหนึ่ง เนื่องจากอาการทางจิตของเองที่หวาดระแวงว่าภรรยาแอบคบหาอยู่กับผู้ชายคนดังกล่าวอยู่ในกรณีเช่นนี้จิตแพทย์ควรแจ้งแก่ญาติ ภรรยา หรือทีมที่ทำการรักษาเพื่อทำการวางแผนการรักษาที่เหมาะสม หรือในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชบอกกับจิตแพทย์ว่า ตนเองจะทำการก่อการร้ายโดยใช้พื้นที่ที่โรงเรียนในการก่อการร้ายดังกล่าว เช่นนี้แล้วเกี่ยวข้องกับสาธารณชน ดังนั้นจิตแพทย์จึงสมควรแจ้งให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชทราบ รวมถึงปรึกษากับทีมที่รักษาว่าจะดำเนินการเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยจิตเวชอย่างไร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าข้อยกเว้นตามกรณีนี้เป็นหลักการในลักษณะที่คล้ายคลึงกับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) ในคดี Tarasoff ส่วนข้อยกเว้นที่ให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรา 16 (3) นั้น เป็นข้อยกเว้นเช่นเดียวกับมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 กล่าวคือ อาจมีกฎหมายอื่นที่บัญญัติให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในกรณีอื่นได้ เช่น กฎหมายข้อมูลข่าวสาร หรือกฎหมายโรคติดต่อซึ่งกล่าวไปแล้วข้างต้น หรือกฎหมายคุ้มครองเด็ก เป็นต้น

หากพิจารณาข้อยกเว้นตามมาตรา 16 (1) และ 16 (2) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เปรียบเทียบกับกฎหมายของสหรัฐอเมริกาแล้วพบว่า กฎหมายของประเทศไทยบัญญัติในลักษณะที่เป็นข้อยกเว้นให้กระทำการหรือ Permissive Statute มิได้บัญญัติให้เป็นบทบังคับให้กระทำการ หรือ Mandatory Statute แบบในมลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกาโดยในมุมมองของผู้วิจัยเห็นว่า กฎหมายของประเทศไทยมีลักษณะคล้ายคลึงกับประเทศอังกฤษ คือ บัญญัติในลักษณะที่ให้จิตแพทย์ใช้ดุลพินิจในการชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของคนไข้กับประโยชน์ของบุคคลที่อาจได้รับอันตรายหรือสาธารณชนว่า ผู้ใดจะได้ประโยชน์ในเรื่องนั้นมากกว่ากัน โดยไม่ถึงขนาดบังคับว่าให้จิตแพทย์ต้องเปิดเผยหรือเตือนผู้อื่นในทุกกรณีแบบในสหรัฐอเมริกาอย่างไรก็ดี กฎหมายของประเทศไทยยังคงมีความแตกต่างที่ชัดเจนจากทั้งสองประเทศในประเด็น

ที่ว่า ข้อยกเว้นให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 นี้ถือเป็นการเตือนและต้องป้องกันเหมือนดังกฎหมายของสหรัฐอเมริกาหรือประเทศอังกฤษหรือไม่ เนื่องจากในมาตราดังกล่าวบัญญัติในลักษณะให้เปิดเผยความลับได้ แต่มิได้ระบุว่าต้องเปิดเผยแก่ผู้ใดและวิธีการเปิดเผยเป็นอย่างไร จึงไม่เป็นการแน่ชัดว่าจิตแพทย์ต้องเตือนเหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช แบบหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) แบบในคดี Tarasoff หรือไม่ ในขณะที่ประเทศอังกฤษศาลวางหลักไว้อย่างชัดเจนว่า จิตแพทย์สามารถเตือนเหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายได้ นอกจากนี้ประเด็นหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) แล้ว ยังมีประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันแบบหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) หรือไม่ กล่าวคือ ภายหลังจากเปิดเผยความลับแล้วต้องดำเนินการใดๆ เพื่อป้องกันมิให้อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมและพบว่า นอกจากมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่บัญญัติให้จิตแพทย์สามารถใช้ดุลพินิจในการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้แล้ว ไม่มีการออกกฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายอื่นใดโดยอาศัยอำนาจแห่งมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เลย รวมถึงไม่มีหลักกฎหมายหรือมาตรการอื่นใดที่กำหนดในลักษณะเดียวกับหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to warn and protect) แบบในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ

กล่าวโดยสรุป ข้อยกเว้นตามมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นบทบัญญัติที่อนุญาตให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ หากภายหลังจากที่จิตแพทย์ทราบความลับของผู้ป่วยจิตเวชและพิจารณาแล้วเห็นว่า ความลับของผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรือต่อความปลอดภัยสาธารณะ อย่างไรก็ตาม ไม่เป็นการชัดเจนว่า การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ดังกล่าวคือหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) หรือไม่ เนื่องจากกฎหมายบัญญัติเพียงแค่ว่าให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยได้แต่มิได้ระบุว่าต้องเปิดเผยแก่ผู้ใดและต้องเตือนเหยื่อหรือไม่ รวมทั้งประเทศไทยยังคงไม่มีกฎหมายลำดับรองหรือกฎหมายอื่นใดที่บัญญัติหรือกำหนดเป็นหลักการในลักษณะเดียวกับหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to warn and protect) แบบในกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ

4.2.3 ข้อยกเว้นตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540

พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 คือ กฎหมายที่กำหนดมาตรการเกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ของทางราชการ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลของหน่วยงาน หรือข้อมูลวิธีการปฏิบัติราชการต่างๆ ซึ่งจะกำหนดแนวทางและขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังกล่าว รวมถึงการ

เปิดเผยข้อมูล ขั้นตอนและวิธีการเกี่ยวกับการเก็บรักษาข้อมูล ขั้นตอนและวิธีการเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูล ฯลฯ อย่างไรก็ดี กฎหมายดังกล่าวเพียงกำหนดแนวทางในการรักษาและเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่อยู่ในความครอบครองของทางราชการเท่านั้น มิได้รวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่อยู่ในความดูแลของเอกชน ดังนั้นจึงสามารถนำกฎหมายฉบับนี้มาใช้กับข้อมูลข่าวสารเฉพาะกับ โรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น ไม่รวมถึงข้อมูลต่างๆ ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลเอกชน

มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้รับการบัญญัติไว้ในมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยกำหนดห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐ (ในที่นี้คือ โรงพยาบาลของรัฐ) เปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐแห่งอื่น หรือผู้อื่น โดยปราศจากความยินยอมเป็นหนังสือของเจ้าของข้อมูลที่ให้ไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้นมิได้ เว้นแต่เป็นกรณีการนำไปเปิดเผยตามกรณีที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยมาตรานี้ได้กำหนดข้อยกเว้นไว้ทั้งหมด 9 กรณีตั้งแต่อนุมาตรา (1) ถึงอนุมาตรา (9) อย่างไรก็ดี กรณีที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช คือ มาตรา 24 (7) ที่กำหนดว่า “...เป็นการให้ซึ่งจำเป็น เพื่อการป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคล...” สำหรับข้อยกเว้นนี้เป็นกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเพื่อป้องกันหรือระงับมิให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคลซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ พระราชบัญญัติจึงยกเว้นให้เปิดเผยได้โดยไม่ต้องรับคำยินยอมจากเจ้าของข้อมูลได้ ดังนั้นหากภายหลังที่จิตแพทย์ล่วงรู้ความลับของผู้ป่วยจิตเวชและพิจารณาแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคลอื่นหรือสาธารณชน หรือมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคลอื่นหรือสาธารณชน เช่นนี้แล้วจิตแพทย์อาจป้องกันหรือระงับอันตรายดังกล่าวด้วยวิธีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยอำนาจตามอนุมาตรานี้ก็ได้ อย่างไรก็ตาม การอาศัยอำนาจในมาตรานี้จำกัดเฉพาะจิตแพทย์ที่ทำงาน ในโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น เนื่องจากพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ใช้เฉพาะกับหน่วยงานของรัฐเท่านั้น ซึ่งเมื่ออาศัยอำนาจการเปิดเผยตามข้อยกเว้นของพระราชบัญญัติฉบับนี้แล้ว จิตแพทย์จำเป็นต้องปฏิบัติตามขั้นตอนและวิธีการเปิดเผยข้อมูลตามที่พระราชบัญญัตินี้กำหนดไว้ด้วย

ข้อยกเว้นที่กำหนดให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 24 (7) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 นี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพียงแต่พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 นี้ ใช้กับหน่วยงานของรัฐเท่านั้น ดังนั้นจิตแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนจึงไม่สามารถอ้างข้อยกเว้นนี้ในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ นอกจากนี้แล้วข้อยกเว้นตามอนุมาตรานี้มิได้จำกัดการใช้เฉพาะในผู้ป่วยจิตเวช

เท่านั้น ในกรณีของบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยทั่วไป ก็สามารถอ้างเหตุตามอนุมาณี้ได้เช่นกัน แต่ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลดังกล่าวจะต้องอยู่ในความครอบครองของหน่วยงานรัฐเท่านั้น ไม่รวมถึงข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความครอบครองของปัจเจกชน

4.2.4 ข้อยกเว้นตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม พ.ศ. 2549

จิตแพทย์ถือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาหนึ่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ดังนั้นจิตแพทย์จึงมีหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 (“ข้อบังคับแพทยสภา”) ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ด้วย โดยข้อบังคับดังกล่าวเป็นข้อบังคับที่ออกมาเพื่อควบคุมผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมไปให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ ดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับหลักจริยธรรมทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ดังนั้นในข้อบังคับแพทยสภาฯ จึงมีการบัญญัติหลักการรักษาความลับไว้ รวมถึงข้อยกเว้นบางประการที่แพทย์อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ไว้ดังนี้

“ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอม โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่”

แม้ในข้อ 27 ของข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 จะกำหนดหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นหน้าที่ทางจริยธรรมของแพทย์ แต่ในส่วนท้ายของข้อบังคับแพทยสภาดังกล่าวกำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอม โดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่” ซึ่งเป็นข้อยกเว้นที่อนุญาตให้แพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยได้ใน 3 กรณี คือ เมื่อได้รับความยินยอม โดยชอบด้วยกฎหมาย เมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามหน้าที่

สำหรับข้อยกเว้นกรณีแรก “เมื่อได้รับความยินยอม โดยชอบด้วยกฎหมาย” ย่อมเป็นไปตามหลักการให้ความยินยอมหรือ Informed consent โดยในขณะที่ขอความยินยอมแพทย์ต้องอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ของการเปิดเผยความลับดังกล่าว รวมถึงเงื่อนไขอื่นๆ ประกอบการเปิดเผยความลับครั้งนั้นๆ ด้วย

ข้อยกเว้นกรณีที่สอง “เมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย” กล่าวคือ เมื่อมีกฎหมายใดๆ บัญญัติไว้แล้ว แพทย์ย่อมมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามหลักกฎหมายในเรื่องดังกล่าว จะกระทำการใดๆ ที่ฝ่าฝืนต่อกฎหมายไม่ได้ เช่น หากแพทย์จะเปิดเผยความลับของผู้ป่วย แพทย์จำเป็นต้องพิจารณา

ว่า การเปิดเผยในครั้งนั้นๆ มีกฎหมายใดที่เกี่ยวข้องซึ่งกำหนดขั้นตอนหรือวิธีการไว้หรือไม่ หากมี แพทย์ย่อมต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือวิธีการนั้นๆ

ข้อยกเว้นกรณีที่สาม “เมื่อต้องปฏิบัติตามหน้าที่” โดยหน้าที่ดังกล่าวย่อมรวมถึงหน้าที่ทางจริยธรรมและหน้าที่ทางกฎหมายของแพทย์ เช่น การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเพื่อปรึกษา ระหว่างทีมแพทย์ที่ทำการรักษา หรือการเบิกความต่อศาล เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ข้อยกเว้นทั้งสามกรณีที่กำหนดไว้ในข้อ 27 ของข้อบังคับแพทยสภาฯ นั้น ล้วนเป็นข้อยกเว้นในลักษณะเดียวกับที่กฎหมายบัญญัติไว้ซึ่งได้อภิปรายไปในหัวข้อก่อนหน้านี้ แล้วทั้งสิ้น

4.2.5 กรณีที่การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นไปตามการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยในบางครั้งมีความซับซ้อนและต้องอาศัยแพทย์หลายแขนงในการทำการรักษา ดังนั้นในกระบวนการรักษาอาจมีแพทย์ที่ทำการรักษาหลายคนเพื่อร่วมปรึกษา แนะนำวิธีการรักษา ตลอดจนร่วมกันวินิจฉัยและช่วยฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย ด้วยเหตุดังกล่าวจึงต้องมีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยระหว่างทีมแพทย์ที่ทำการรักษาด้วยกันอันเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วยเอง จึงเกิดการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยในกรณีนี้ขึ้น อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยในลักษณะนี้แม้ไม่มีกฎหมายบัญญัติรองรับให้กระทำได้ แต่ก็เป็นที่ยอมรับโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมว่า สามารถกระทำได้เพราะเป็นการเปิดเผยความลับเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเอง รวมถึงเป็นการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยที่จำกัดบุคคลที่เข้าถึง ดังนั้นลักษณะของความลับของผู้ป่วยก็ยังคงอยู่

บทที่ 5

วิเคราะห์การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ตามกฎหมายต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทย

จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชของทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ มาเปรียบเทียบแล้ว ในบทนี้จะทำการวิเคราะห์ถึงปัญหาต่างๆ ที่พบจากการศึกษา และเปรียบเทียบกับกฎหมายต่างประเทศ เพื่อนำไปสู่การอภิปรายผลการศึกษาและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาทางกฎหมายที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับกับประเทศไทยต่อไป ทั้งนี้ เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในต่างประเทศที่ศึกษาไปนั้นได้แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงการเตือนหรือการแจ้งให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายให้ทราบ และช่วงการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชนั้นๆ เพื่อให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นและป้องกันการสับสน ในบทนี้ผู้วิจัยจึงแบ่งการเปรียบเทียบออกเป็น 2 ช่วงตามหลักการดังกล่าว โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ช่วงที่หนึ่ง: การเตือนหรือการแจ้งให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายให้ทราบถึงอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช

5.1.1 ด้านการประเมินแนวโน้มความเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

ในเบื้องต้นก่อนที่จิตแพทย์จะเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น จิตแพทย์จะต้องพิจารณาและทราบเสียก่อนว่า สภาพลักษณะอาการ ประวัติการรักษา และทำที่ของผู้ป่วยจิตเวชที่ตนรักษานั้นมีแนวโน้มหรือมีความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือไม่ ซึ่งการที่จิตแพทย์จะทราบได้ จิตแพทย์ก็จำเป็นต้องทำการประเมินอาการดังกล่าวตามหลักการทางการแพทย์ที่ตนได้ศึกษามา เพื่อประกอบการตัดสินใจว่าผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นหรือไม่

สหรัฐอเมริกา American Psychiatric Association (APA) หรือสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาเป็นองค์กรหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลและควบคุมจิตแพทย์ภายในสหรัฐอเมริกา ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวย่อมรวมถึงการควบคุมการประกอบวิชาชีพและจัดทำแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพ

ให้แก่จิตแพทย์ทุกคนเพื่อกำหนดแนวทางในการประกอบวิชาชีพให้ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน สำหรับกรณีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ดังที่กล่าวไปแล้วว่าก่อนเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดเผยความลับได้นั้น จิตแพทย์จะต้องประเมิน เสียก่อนว่าผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น ดังนั้นเพื่อให้การประเมินความเสี่ยงของจิตแพทย์ทุกคนดำเนินไปอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาจึงได้จัดทำคู่มือคู่มือการประเมินความเสี่ยง หรือ Psychiatric Violence Risk Assessment¹ เอาไว้ด้วย โดยในคู่มือดังกล่าวจะระบุวิธีการประเมินความเสี่ยงไว้อย่างละเอียดตั้งแต่บริบทต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเปลี่ยนแปลงไปในขณะที่ประเมินความเสี่ยง (The changing context of violence risk assessment in psychiatry) กระบวนการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช (The process of violence risk assessment) ความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยง (The accuracy of risk assessment) และจริยธรรมในการประเมินความเสี่ยง (The ethics of risk assessment) ทั้งนี้ ภายหลังจากที่จิตแพทย์ประเมินความเสี่ยงตามขั้นตอนดังกล่าวอย่างเคร่งครัดแล้ว ผลที่ได้จากการประเมินย่อมใกล้เคียงกับสภาพอาการและแนวโน้มความเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในขณะนั้นมากที่สุด ซึ่งหากผลการประเมินพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่เหยื่อ ผู้อื่น หรือสาธารณชน จิตแพทย์จึงค่อยดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมายในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชภายในมลรัฐของตนต่อไป

ประเทศอังกฤษ ภายหลังจากที่ศาลได้วางหลัก ให้จิตแพทย์อาจใช้ดุลพินิจในการพิจารณาเพื่อเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ หากเห็นว่าความลับดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ผู้อื่น หรือสาธารณชน องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพในประเทศอังกฤษต่างๆ ได้แก่ แพทยสภา และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศอังกฤษก็ได้มีการจัดทำคู่มือการประกอบวิชาชีพอันเกี่ยวข้องกับความลับของผู้ป่วย (Guideline) ไว้ให้แก่จิตแพทย์ด้วย โดยในคู่มือดังกล่าวจะระบุถึงวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชและการประเมินความเหมาะสมในการเปิดเผยความลับดังกล่าวเอาไว้ ซึ่งในเบื้องต้นก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้นั้น จิตแพทย์ต้องทำการรวบรวมข้อมูลอันเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชเสียก่อน เพื่อจะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการประเมินว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนนั้นๆ มีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นหรือไม่ โดยข้อมูลที่ต้องรวบรวมก็เช่น ประวัติ

¹ Alec Buchanan, Renee Binder, Michael Norko and Marvin Swartz, Psychiatric Violence Risk Assessment, Retrived May, 13, 2019.

https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/rd2011_violencerisk.pdf.

การรักษา ประวัตินครอบครัวหรือการใช้ความรุนแรงต่างๆ พฤติกรรมและสภาพอาการของผู้ป่วยจิตเวชในขณะนั้น สภาพแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เป็นต้น ภายหลังจากรวบรวมข้อมูลดังกล่าวครบถ้วนแล้ว จิตแพทย์ก็จะต้องนำข้อมูลดังกล่าวมาประเมินตามหลักการทางการแพทย์ซึ่งองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ เช่น ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย หรือ NHS Trust เป็นต้น ก็ได้จัดทำแนวทางการประเมินความเสี่ยงตามหลักวิชาชีพ (Clinical Standard of Risk Assessment) หรือวิธีการประเมินความเสี่ยงให้แก่จิตแพทย์ (Clinical Risk Assessment Procedure)² ให้แก่จิตแพทย์เพิ่มเติม เพื่อให้จิตแพทย์มีแนวทางในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจน กล่าวได้ว่า วัตถุประสงค์ของการจัดทำคู่มือการประเมินความเสี่ยงดังกล่าวก็เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ ทั้งนี้ เมื่อสิ้นสุดกระบวนการประเมินความเสี่ยงแล้วจิตแพทย์ก็ต้องทำการสรุปผลการประเมินและกำหนดความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช (Formulating Risk) เพื่อกำหนดว่า ความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้นจัดอยู่ในกลุ่มหรือระยะใด โดยหากผลการประเมินระบุว่าผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในขั้นที่อาจเป็นอันตรายหรือมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น จิตแพทย์ก็ต้องดำเนินการจัดการความเสี่ยง (Managing Risk) ดังกล่าว กล่าวคือเข้าสู่ขั้นตอนการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ประเทศไทย มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้เป็นผู้ดูแลจิตใจของจิตแพทย์ในการพิจารณาว่าความลับของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยผู้อื่น หรือความปลอดภัยของสาธารณชนหรือไม่ ซึ่งจิตแพทย์จะต้องพิจารณาข้อเท็จจริงประกอบกับหลักการทางการแพทย์ตนได้เรียนมา เพื่อตัดสินใจว่า ความลับที่ตนได้ทราบจากผู้ป่วยจิตเวชหรือสภาพอาการและท่าทีของผู้ป่วยจิตเวชคนนั้น มีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือไม่ โดยหากพิจารณาตามบทบัญญัติของกฎหมายจะเห็นได้ว่า กฎหมายให้อำนาจแก่จิตแพทย์ในใช้ดุลพินิจเพื่อพิจารณาข้อเท็จจริงแต่เพียงผู้เดียว ทั้งนี้ แม้กฎหมายจะมีได้กล่าวถึงผู้อื่น แต่ก็ไม่ได้มีข้อห้ามมิให้จิตแพทย์ปรึกษาผู้อื่น ดังนั้นส่วนมากในทางปฏิบัติจิตแพทย์ มักขอคำปรึกษาจากจิตแพทย์ท่านอื่น หรือจิตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า รวมถึงทีมแพทย์ที่ร่วมกันรักษาเป็นระยะ เพื่อให้ผลการคาดการณ์อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชออกมาอย่างคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษแล้วจะพบความแตกต่างในประเด็นที่ว่า ประเทศไทยไม่มีการกำหนดคู่มือการประเมินความเสี่ยงทางวิชาชีพ หรือ Clinical Standard of Risk Assessment โดยองค์กรวิชาชีพไว้แบบในสหรัฐอเมริกาหรือประเทศอังกฤษ

² Royal College of Psychiatrists. Assessing Risk, Retrived May 13, 2019, from <https://www.rcpsych.ac.uk/members/supporting-you/assessing-and-managing-risk-of-patients-causing-harm/assessing-risk>.

ดังนั้นจึงอาจทำให้ประเทศไทยยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนให้แก่จิตแพทย์ในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งอาจทำให้การประเมินไม่ดำเนินไป ในแนวทางหรือเป็นมาตรฐานเดียวกันจึงอาจส่งผลให้มีโอกาสที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ความไม่ชัดเจนดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จิตแพทย์เลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากหากจิตแพทย์ประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชคลาดเคลื่อนและตัดสินใจเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ผู้อื่นทราบแล้ว แต่ความอันตรายดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นจริงจึงอาจทำให้จิตแพทย์เสี่ยงต่อความรับผิดชอบในทางกฎหมายได้

5.1.2 วิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

ภายหลังที่มีการประเมินว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือสังคมแล้ว สิ่งที่จิตแพทย์ต้องกระทำต่อมาก็คือ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชหรือการแจ้งความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานของรัฐทราบ เพื่อให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายระมัดระวังตนเองจากผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเพื่อให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการป้องกันมิให้มีเกิดอันตรายขึ้น

สหรัฐอเมริกา นอกจากสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาจะจัดทำคู่มือการประเมินความเสี่ยงแล้วทางสมาคมก็ได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพในเรื่องความลับของผู้ป่วย (Guidelines on Confidentiality) เพื่อให้จิตแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการประกอบวิชาชีพ รวมถึงสามารถปฏิบัติตามเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ละเมิดหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย และเพื่อให้เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างสอดคล้องต่อกฎหมาย (ในกรณีที่ต้องเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช) นอกจากแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพของสมาคมแล้ว โรงพยาบาลต่างๆ ภายในสหรัฐอเมริกาก็มักมีจัดทำแนวปฏิบัติให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทุกคนภายในโรงพยาบาลเช่นกัน กล่าวคือ จัดทำในลักษณะที่เป็นคู่มือการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาล เพื่อให้ทุกหน่วยงานภายในโรงพยาบาลดำเนินงานไปอย่างสอดคล้องกัน

สำหรับแนวทางการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้น จากการศึกษาคำพิพากษาและกฎหมายของสหรัฐอเมริกาในแต่ละมลรัฐผู้วิจัยเห็นว่า แต่ละมลรัฐมีแนวทางการเปิดเผยที่คล้ายคลึงกัน คือ แต่ละมลรัฐมักมีหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่รับแจ้งความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจิตแพทย์ประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชตามหลักวิชาชีพแล้วเห็นว่า อาการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตรายต่อผู้อื่น อย่างไรก็ตาม ชื่อของหน่วยงานอาจแตกต่างกันออกไป เช่น Law Enforcement Agency หรือ Authorities เป็นต้น โดยก่อนที่จิตแพทย์จะแจ้งความอันตรายให้แก่หน่วยงานของรัฐทราบได้นั้น จิตแพทย์มักมีการประชุมระหว่างจิตแพทย์ภายใน

โรงพยาบาลซึ่งอาจเป็นการประชุมภายในทีมแพทย์ที่ทำการรักษา หรือเป็นการประชุมของ คณะกรรมการที่พิจารณาเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วยจิตเวชภายในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อทุกคนเห็น พ้องต้องกันแล้วก็จะดำเนินการแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบ หรือในบางครั้งอาจมีการประชุม ร่วมกับหน่วยงานของรัฐเพื่อประเมินอาการร่วมกันเสียก่อน ทั้งนี้ ภายหลังจากผลการพิจารณาแล้วสรุป ได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่เหยื่อ บุคคลอื่น หรือสาธารณะ หน่วยงานของรัฐ ก็จะดำเนินการในขั้นตอนต่อไปเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช เช่น คอยติดตาม คุกพฤติกรรม หรือเรียกเข้ามาพูดคุยเพื่อสังเกตพฤติกรรม หรืออาจให้จิตแพทย์สั่งกักตัวไว้ ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ แต่ในกรณีที่หน่วยงานของรัฐเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยง ที่อาจเป็นอันตรายสูงก็อาจใช้วิธีการบังคับรักษา (involuntary commitment) ก็เป็นได้ ทั้งนี้ ภายหลังจาก ที่จิตแพทย์ได้แจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว หน้าที่และความรับผิดชอบตามหลักหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) ย่อม สิ้นสุดทันที และหากผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดอันตรายแก่เหยื่อภายหลังจากที่จิตแพทย์แจ้งให้ หน่วยงานของรัฐทราบแล้ว หน่วยงานของรัฐย่อมเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบเนื่องจากไม่สามารถป้องกัน อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในกรณีที่ปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวชแล้วผู้ป่วยจิตเวชได้ไปก่อเหตุขึ้น เช่นนี้ แล้วผู้เสียหายและครอบครัวของผู้เสียหายสามารถฟ้องเรียกให้หน่วยงาน ของรัฐรับผิดชอบได้ด้วย อยากรู้ก็ตาม หากผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุขึ้นในขณะที่จิตแพทย์ยังไม่ได้แจ้งความอันตรายของผู้ป่วยจิต เวชให้หน่วยงานของรัฐหรือทำการเตือนให้เหยื่อทราบ เช่นนี้แล้วจิตแพทย์ย่อมต้องรับผิดชอบใช้ ค่าสินไหมทดแทนตามหลักกฎหมายละเมิดด้วย

ประเทศอังกฤษ องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพในประเทศอังกฤษ คือ แพทยสภาได้ มีการจัดทำหนังสือ “คู่มือความลับ: เวชปฏิบัติในการรับมือกับข้อมูลของผู้ป่วย” (Confidentiality: good practice in handling patient information) ไว้เพื่อเป็นแนวทางให้แก่แพทย์ทุกคนให้ดำเนินการ ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับความลับของผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน ในขณะที่ราชวิทยาลัย จิตแพทย์แห่งประเทศอังกฤษเองก็ได้มีการจัดทำหนังสือ “คู่มือการประกอบวิชาชีพเกี่ยวกับ ความลับของผู้ป่วยและข้อมูลของผู้ป่วย” (Good Psychiatric Practice Confidentiality and information sharing) เพิ่มเติม ให้เป็นคู่มือแก่จิตแพทย์ไว้เป็นการเฉพาะ พร้อมทั้งได้กำหนดรายละเอียดเพิ่มเติม จากคู่มือที่แพทยสภาจัดทำ อยากรู้ก็ตาม ไม่ว่าจะป็นหนังสือคู่มือที่จัดทำโดยแพทยสภาหรือราช วิทยาลัยจิตแพทย์ ก็ได้กำหนดไปแนวทางเดียวกันว่า จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็น อันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยถือว่าเป็นการเปิดเผยเพื่อประโยชน์สาธารณะ (Public interest) และจัดว่าเป็นข้อยกเว้นของหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย

สำหรับขั้นตอนในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ นั้น หนังสือคู่มือของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดว่า ก่อนเปิดเผยความลับใดๆ ของผู้ป่วยจิตเวช จิตแพทย์จะต้องชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์สาธารณะกับประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชเสียก่อนว่า ผู้ใดได้ประโยชน์มากกว่ากัน โดยขั้นแรกจิตแพทย์จะต้องรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นอาการ ลักษณะท่าทาง ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างๆ รอบตัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์อย่างละเอียดว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่บุคคลอื่นหรือไม่ หากจิตแพทย์เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่อาจเป็นอันตรายก็ต้องพิจารณาต่อไปว่า หากจิตแพทย์ตัดสินใจเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้วจะสามารถช่วยป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หรือป้องกันมิให้เกิดอาชญากรรมร้ายแรงขึ้น หรือเป็นการช่วยเหลือสาธารณชนได้หรือไม่ หากสามารถช่วยป้องกันได้กรณีดังกล่าวข้างต้นได้ จิตแพทย์ต้องดำเนินการหารือกับเพื่อนร่วมงานเพื่อชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์สาธารณะกับการรักษาความลับของผู้ป่วย หากพิจารณาแล้วเห็นว่า การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชส่งผลโดยตรงต่อประโยชน์สาธารณะ เช่นนี้แล้วจิตแพทย์ก็สามารถเปิดเผยความลับดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเวชได้ แต่หากจิตแพทย์ยังไม่แน่ใจหรือเห็นว่า ความลับดังกล่าวอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะโดยตรง จิตแพทย์ก็สามารถขอคำปรึกษาจากผู้ประกอบวิชาชีพคนอื่นๆ ผู้บังคับใช้กฎหมาย และทนายความเพิ่มเติมได้ ซึ่งถ้าภายหลังขอความเห็นเพิ่มเติมแล้วบุคคลดังกล่าวเห็นตรงกันว่า ความลับดังกล่าวเกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะและสมควรได้รับการเปิดเผย จิตแพทย์ก็สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้เชื้อ บุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานของรัฐทราบได้แล้วแต่กรณี พร้อมทั้งต้องเขียนรายละเอียดการเปิดเผยความลับดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชอย่างละเอียดด้วย

ประเทศไทย หากพิจารณาจากบทบัญญัติมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แล้วจะเห็นได้ว่า กฎหมายดังกล่าวมิได้บัญญัติถึงแนวทางหรือวิธีการให้แก่จิตแพทย์ในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ เป็นการไม่ชัดเจนว่าจะให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยแก่ผู้ใด เพราะกฎหมายมิได้กำหนดบุคคลให้ชัดเจน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยในกรณีอื่นๆ ของกฎหมายไทย เช่น กฎหมายพยานหลักฐานที่ให้อำนาจศาลในการออกหมายเรียกให้แพทย์มาเป็นพยานรวมถึงเบิกความในชั้นศาล จะเห็นได้ว่า กฎหมายดังกล่าวกำหนดให้แพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชต่อหน้าศาลเท่านั้น อีกทั้งศาลสามารถจำกัดบุคคลที่เข้ารับฟังการสืบพยานนัดดังกล่าวได้อีกด้วย หรือในกรณีตามกฎหมายโรคติดต่อที่กำหนดให้แพทย์แจ้งให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทราบ เมื่อพบผู้เป็นหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคติดต่อตามที่ประกาศกำหนด และภายหลังที่แพทย์แจ้งให้เจ้าพนักงาน

ควบคุมโรคติดต่อทราบแล้ว เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่มีอำนาจในการดำเนินการหรือออกคำสั่งตามที่กฎหมายควบคุมโรคติดต่อกำหนดต่อไป เป็นต้น เห็นได้ว่า กฎหมายอื่นที่กำหนดให้แพทย์หรือผู้ใดเปิดเผยความลับของบุคคลนั้นๆ กฎหมายมักกำหนดวิธีการและบุคคลที่เกี่ยวข้องเอาไว้อย่างชัดเจน พร้อมทั้งกำหนดมาตรการทางกฎหมายอื่นๆ ให้ดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ในขณะที่มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 รวมถึงมาตราอื่นๆ ของกฎหมายดังกล่าว มิได้กำหนดบุคคลใดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับแก่ผู้อื่นเอาไว้เลย นอกจากนี้แล้วหากพิจารณาข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ที่ได้กำหนดข้อยกเว้นในการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยเอาไว้ว่า “ข้อ 27 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยที่เสียชีวิตแล้วซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพเว้นแต่ได้รับความยินยอมโดยชอบด้วยกฎหมาย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่” จะเห็นได้ว่าข้อบังคับแพทยสภาฯ ก็ได้กำหนดบุคคลที่แพทย์ต้องเปิดเผยความลับต่อเช่นกัน อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติแม้จะไม่มีกฎหมายกำหนดไว้แต่หากมีกรณีที่ต้องเปิดเผยความลับ แพทย์มักจะพิจารณาข้อเท็จจริงเป็นรายกรณีว่า มีผู้ใดเป็นผู้มีส่วนได้เสียและส่วนมากแพทย์มักเลือกที่จะเปิดเผยกับผู้ที่มีความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามีภรรยา บิดามารดา เป็นต้น แต่ก่อนที่จะเปิดเผยความลับดังกล่าวได้ ในเบื้องต้นแพทย์มักขอรับความยินยอมจากผู้ป่วยเสียก่อน กล่าวคือ ต้องเป็นกรณีที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น แพทย์จึงจะเปิดเผยความลับโดยไม่ขอความยินยอมจากผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดการเปิดเผยความลับดังกล่าวไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วย

อย่างไรก็ดี เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความแตกต่างจากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่บกพร่องทางจิตจึงทำให้ไม่อาจทำการตัดสินใจใดๆ ด้วยตนเองเองได้ ดังนั้นจึงทำให้จิตแพทย์ไม่อาจขอความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเวชได้ และกฎหมายไทยก็มิได้มีกฎหมายเกี่ยวกับการให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยจิตเวชเอาไว้ รวมทั้งหากในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่บุคคลอื่นหรือสาธารณชน เช่น ผู้ป่วยจิตเวชวางแผนที่จะกราดยิงผู้คนที่อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ เป็นต้น เช่นนี้แล้วจิตแพทย์จะมีวิธีการแจ้งให้สาธารณชนทราบความอันตรายดังกล่าวได้อย่างไร เพราะจิตแพทย์ไม่มีนิติสัมพันธ์ใดๆ เพียงพอที่จะแจ้งให้ทุกคนทราบได้ อีกทั้งหากแจ้งให้ผู้คนดังกล่าวทราบแล้วก็อาจก่อให้เกิดความแตกตื่น หรือบางคนอาจเห็นว่าเป็นเรื่องไร้สาระและไม่สนใจเพราะไม่คิดว่าเป็นเรื่องจริงก็เป็นได้ นอกจากนี้แล้วหากจิตแพทย์จะแจ้งให้ตำรวจทราบเพื่อให้ตำรวจหาทางป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ก็เป็นการไม่แน่ชัดว่าตำรวจให้การตอบสนองมากน้อยเพียงใด เพราะความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวเกิดจากการคาดการณ์ของจิตแพทย์เท่านั้น รวมถึงไม่มีกฎหมายใดที่บัญญัติวิธีการหรือรายละเอียดใดๆ ในการเปิดเผยความลับและ

ป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชไว้เลย จึงทำให้ไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการเปิดเผยความลับให้แก่จิตแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลให้จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อความรับผิดทางกฎหมายเพราะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเสื่อมเสียชื่อเสียงได้

5.1.3 ความคุ้มกันให้แก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์

ความคุ้มกันให้แก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชถือเป็นอีกหนึ่งมาตรการสำคัญที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรต้องได้รับการบัญญัติไว้ในกฎหมาย เนื่องจากหากไม่มีบทบัญญัติใดๆ ที่เป็นหลักประกันให้แก่จิตแพทย์ว่าภายหลังจิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชไปแล้วจิตแพทย์จะได้รับความคุ้มกันโดยไม่ต้องรับผิดตามกฎหมาย อาจทำให้จิตแพทย์กังวลที่จะต้องรับผิดจากการประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชผิดพลาด จนทำให้ตัดสินใจไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายดังกล่าวก็เป็นได้ เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความยุ่งยากที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

สหรัฐอเมริกา ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ไม่จำเป็นต้องรับผิดชดใช้ค่าเสียหายใดๆ เลย หากภายหลังที่ผู้ประกอบวิชาชีพได้ประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นและได้ตัดสินใจเปิดเผยความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่เหยื่อหรือหน่วยงานของรัฐทราบแล้ว แม้ว่าการประเมินอันตรายของผู้ประกอบวิชาชีพจะคลาดเคลื่อนและเหตุอันตรายมิได้เกิดขึ้นจริงก็ตามผู้ประกอบวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ย่อมไม่ต้องรับผิด จะเห็นได้ว่าการกำหนดในลักษณะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ให้สามารถใช้ดุลพินิจตามหลักวิชาชีพของตนเองในการประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างอิสระและปราศจากความกดดันที่จะต้องรับผิดจากความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ของตนเอง ทั้งนี้ เพราะข้อเท็จจริงที่อาจเกิดขึ้นในทางการแพทย์ ไม่มีผู้ใดสามารถคาดการณ์ใดๆ ได้อย่างแน่นอนและอาจคลาดเคลื่อนได้ตลอดเวลา อีกทั้งโรคทางจิตเวชค่อนข้างมีความซับซ้อนเพราะอาการต่างๆ เกิดขึ้นจากกลไกการทำงานของสมองที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ที่ประกอบวิชาชีพด้านจิตเวชศาสตร์ไม่อาจประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างแม่นยำ ดังนั้นหากไม่บทบัญญัติให้ความคุ้มกันแก่ผู้ประกอบวิชาชีพจิตเวชศาสตร์แล้ว ก็อาจทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพกังวลเรื่องความรับผิด จนไม่กล้าที่จะประเมินหรือคาดการณ์อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นได้

ประเทศอังกฤษ แม้ประเทศอังกฤษจะไม่มีบทบัญญัติที่ชัดเจนแบบในมลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกาที่กำหนดให้จิตแพทย์ไม่ต้องรับผิดก็ตาม แต่การที่ศาลของประเทศอังกฤษวางหลักให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์

กระทำได้นั้นเป็นการแสดงให้เห็นแล้วว่า ศาลให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ไม่ต้องรับผิด

อย่างไรตาม ประเด็นสำคัญที่จิตแพทย์ต้องตระหนักถึงก่อนทำการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยดังกล่าวคือ จิตแพทย์ต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและแน่ใจว่า ความลับของผู้ป่วยจิตเวชที่ตนได้ประเมิมนั้นอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นตามหลักแห่งวิชาชีพทางการแพทย์แล้ว กล่าวคือ จิตแพทย์ได้ทำการประเมินอันตรายตามหลักวิชาชีพอย่างครบถ้วนพร้อมทั้งทำการปรึกษากับจิตแพทย์คนอื่นๆ รวมทั้งทนายความ นักกฎหมาย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจนทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันแล้วว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นจริง จิตแพทย์ก็สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงความรับผิดใดๆ เลย แต่ทั้งนี้ หากมีกรณีที่เกิดการฟ้องร้องคดีต่อศาลเกิดขึ้น เช่นว่าจิตแพทย์ไม่อาจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้เพราะไม่เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะหรือผู้ป่วยจิตเวชเห็นว่าความลับของผู้ป่วยจิตเวชมิได้เกี่ยวข้องกับประโยชน์สาธารณะแบบที่จิตแพทย์ประเมิน ในกรณีเหล่านี้จิตแพทย์สามารถนำข้อต่อสู้ที่ว่า จิตแพทย์ได้ประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์และได้เปิดเผยความลับดังกล่าวตามขั้นตอนที่กฎหมายกำหนดแล้ว รวมถึงการกระทำดังกล่าวมิได้กระทำโดยประมาทเลินเล่อมาต่อสู้ในชั้นศาลเพื่อปฏิเสธความรับผิดได้ ซึ่งโดยทั่วไปหากศาลพิจารณาแล้วเห็นว่า จิตแพทย์ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพที่กำหนดไว้แล้วจริงและการประกอบวิชาชีพดังกล่าวเป็นไปตามหลัก standard of care แล้วศาลมักตัดสินให้จิตแพทย์ไม่มีความผิด

ประเทศไทย แม้มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะบัญญัติว่าการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิ่งที่จิตแพทย์กระทำได้โดยไม่ต้องผิดกฎหมายเพราะเป็นข้อยกเว้นที่กฎหมายอนุญาตให้กระทำได้ก็ตาม แต่หากพิจารณาตามข้อเท็จจริงที่อาจเกิดขึ้นจริง เช่น หากมีเหตุการณ์ที่จิตแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่เหยื่อจิตแพทย์จึงแจ้งให้เหยื่อทราบเพื่อให้ระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้น แต่ต่อมาผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้ลงมือก่ออันตรายแก่เหยื่อจริงตามที่จิตแพทย์แจ้ง เช่นนี้แล้วทำให้การที่จิตแพทย์แจ้งความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้เหยื่อทราบจึงเป็นการทำให้เหยื่อเสื่อมเสียชื่อเสียงและเป็นที่หวาดระแวงแก่ผู้อื่นซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเวชตัดสินใจฟ้องคดีต่อศาลเพื่อขอจิตแพทย์ให้รับผิดจากการละเมิดหลักการรักษาความลับผู้ป่วย โดยหากเกิดเหตุการณ์เช่นนี้ขึ้นจิตแพทย์ก็จำต้องเสียเวลาและทรัพย์สินในการต่อสู้คดีเพื่อแสดงให้เห็นให้ศาลเห็นให้ได้ว่า ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชมีท่าทีที่เป็นอันตรายอย่างไรจิตแพทย์จึงตัดสินใจเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การที่ไม่มีกฎหมายใดๆ บัญญัติให้ความคุ้มกันแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้นสร้างความยุ่งยากให้แก่จิตแพทย์ ประกอบกับประเทศไทยไม่มีแนวทางการประเมินความอันตรายของผู้ป่วย

จิตเวชและแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพที่เป็นคู่มือให้แก่จิตแพทย์ ในการประกอบวิชาชีพให้แก่จิตแพทย์ที่ชัดเจน จึงทำให้ประกอบวิชาชีพของจิตแพทย์ดำเนินไปด้วยความยากลำบากเพราะเมื่อไม่มีมาตรฐานใดกำหนดไว้ก็ทำให้จิตแพทย์แต่ละคนต้องประกอบวิชาชีพตามดุลยพินิจของตนเอง และทำให้จิตแพทย์ต้องเสี่ยงต่อความรับผิดชอบตามกฎหมาย กล่าวได้ว่า มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในไม่เอื้ออำนวยให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับดังกล่าว ประกอบกับเมื่อกฎหมายไทยมิได้ให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชจึงส่งผลให้จิตแพทย์เสี่ยงต่อความรับผิดได้ง่ายเพราะไม่มีหลักประกันใดๆ ให้แก่จิตแพทย์เลย

5.1.4 ความรับผิดชอบของจิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับ ที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์

เนื่องจากศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ได้วางหลักในคดี Tarasoff ให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to Warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) โดยกำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่ที่จิตแพทย์ทุกคนต้องกระทำตาม กล่าวคือ หากในขณะที่จิตแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยจิตเวชจิตแพทย์ประเมินแล้วเห็นว่า อาการของผู้ป่วยจิตเวชที่ตนรักษามีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายแก่เหยื่อหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง จิตแพทย์ต้องทำการเตือนให้บุคคลผู้นั้นทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันมิให้เกิดอันตรายดังกล่าวขึ้นแก่บุคคลนั้น หากจิตแพทย์ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันแล้ว จิตแพทย์อาจต้องรับผิดชอบตามกฎหมายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เพิ่มเติมหัวข้อความรับผิดชอบขึ้นมาในบทวิเคราะห์นี้เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นว่า มีกฎหมายของประเทศใดบ้างที่กำหนดบทลงโทษทางแพ่งให้แก่จิตแพทย์ที่ไม่เปิดเผยความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายทราบ

สหรัฐอเมริกา ในมลรัฐแคลิฟอร์เนียกำหนดให้หน้าที่ที่ต้องเตือนและหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to Protect) ถือเป็นหลักกฎหมายเดียวกัน กล่าวคือ ภายหลังจากที่จิตแพทย์เห็นผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นแล้ว จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือนให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายทราบพร้อมทั้งป้องกันมิให้อันตรายเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายด้วยวิธีการใดๆ ที่เหมาะสมหรือแจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law enforcement) ทราบ โดยจิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องดำเนินการตามหน้าที่ทั้งสองประการให้ครบถ้วน หากกระทำไม่ครบถ้วนแล้วอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดแก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย จิตแพทย์จำต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่เหยื่อด้วย ทั้งนี้ ความรับผิดชอบดังกล่าวถือเป็นความรับผิดทางแพ่งและการรับผิดชอบที่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียวางหลักไว้ในคดี Tarasoff โดยศาลได้นำหลัก

“Special relationship” หรือหลักความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันมาใช้ ซึ่งหลักการดังกล่าวเป็นไปตามที่มาตรา 315 ของ Restatement (Second) of Torts หรือข้อบัญญัติกฎหมายลักษณะละเมิดที่จัดทำโดยสถาบันกฎหมายของสหรัฐอเมริกา (The American Law Institute) ระบุไว้ โดยบัญญัติว่า “บุคคลใดจะไม่มีหน้าที่ที่จะต้องดูแลบุคคลที่สามมิให้ได้รับอันตรายทางกาย หากไม่มีความสัมพันธ์พิเศษเหตุใดเหตุหนึ่งดังต่อไปนี้ (a) มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างผู้กระทำกับบุคคลที่สามซึ่งกำหนดหน้าที่ให้ผู้กระทำควบคุมความประพฤติของบุคคลที่สาม หรือ (b) มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างผู้กระทำกับบุคคลอื่นซึ่งให้สิทธิบุคคลอื่นในการปกป้อง³ โดยการพิจารณาความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันนั้นศาลจะมองว่าในขณะที่เกิดเหตุสามารถในการคาดการณ์เหตุการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้หรือไม่⁴ ภายหลังที่จิตแพทย์กับผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันตามหลักการนี้ จิตแพทย์ย่อมมีหน้าที่ที่จะต้องควบคุมดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ตนเองรักษามิให้ไปกระทำการใดๆ ที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น ดังนั้นเมื่อความสัมพันธ์พิเศษระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นแล้วจิตแพทย์ก็มีหน้าที่ที่จะต้องดูแลบุคคลที่สามมิให้ได้รับอันตรายทางกายจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชด้วย โดยหน้าที่ที่ต้องดูแลบุคคลอื่นมิให้ได้รับอันตรายแก่กายที่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนียได้วางหลักไว้ในคดี Tarasoff นั่นคือหลักหน้าที่ที่ต้องและป้องกัน (Duty to warn and protect) นั่นเอง ทั้งนี้ เนื่องจากความรับผิดชอบในผลแห่งละเมิดตามหลักความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันตามข้อบัญญัติกฎหมายลักษณะละเมิด (Restatement (Second) of Torts) ของสหรัฐอเมริกานั้นถือเป็นความรับผิดชอบตามทฤษฎีความรับผิดโดยเคร่งครัด (Strict liability) กล่าวคือเป็นกรณีที่กฎหมายกำหนดให้บุคคลบางประเภทต้องรับผิดแม้ไม่ได้ตั้งใจหรือประมาทเลินเล่อเนื่องจากการกระทำของบุคคลนั้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่นและบุคคลนั้นควรเป็นผู้รับภาระในการป้องกันความเสียหาย หรือเป็นกรณีที่ยากแก่การพิสูจน์ถึงความจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ดังนั้นจากข้อเท็จจริงในคดี Tarasoff แม้จิตแพทย์จะมีได้ตั้งใจหรือประมาทเลินเล่อให้เกิดอันตรายขึ้นแก่นางสาว Tarasoff แต่ความสัมพันธ์พิเศษระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดขึ้นทำให้

³ RESTATEMENT (Second) OF TORTS § 315 (1965) provides:

There is no duty so to control the conduct of a third person as to prevent him from causing physical harm to another unless

(a) a special relation exists between the actor and the third person which imposes a duty upon the actor to control the third person's conduct, or

(b) a special relation exists between the actor and the other which gives to the other a right to protection.

⁴ RESTATEMENT (Second) OF TORTS § 315 (1965). By finding a special relationship, the court was able to avoid the question of whether foreseeability alone would have been enough to impose a duty to use reasonable care. 17 Cal. 3d at 435, 551 P.2d at 343, 131 Cal. Rptr. at 23.

จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชมิให้ไปก่ออันตรายแก่บุคคลอื่น ด้วยเหตุดังกล่าวเมื่อ นาย Poddar หรือผู้ป่วยจิตเวชในคดีนี้ไปก่ออันตรายแก่ผู้อื่น คือ ข่านางสาว Tarasoff จนถึงแก่ชีวิต จึงทำให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบในผลแห่งละเมิดที่เกิดขึ้นจากการกระทำของบุคคลที่ตนเองมีหน้าที่ต้องดูแล แม้ว่าจิตแพทย์จะมีได้จิตใจหรือประมาทเลินเล่อให้เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเลยก็ตาม ซึ่งภายหลังที่ศาลสูงแห่งมลรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้วางหลักความรับผิดชอบของจิตแพทย์ดังกล่าวข้างต้น ในคดี Tarasoff แล้ว มลรัฐอื่นๆ ก็ได้นำกฎหมายดังกล่าวไปปรับใช้เป็นกฎหมายภายในของประเทศตนเอง แต่ลักษณะการนำไปใช้และการกำหนดหน้าที่ให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบแตกต่างกันออกไป เช่น ในมลรัฐเท็กซัสและมลรัฐนอร์ทแคโรไลนา ดังที่ยกตัวอย่างไปในบทที่ 3 แล้วว่า กฎหมายของทั้งสองมลรัฐกำหนดให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบเฉพาะกรณีที่มิปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) เท่านั้น

อย่างไรก็ดี การวางหลักกฎหมายให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) และหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) และกำหนดให้ต้องรับผิดชอบในกรณีที่มิได้ปฏิบัติตามหน้าที่ดังกล่าวในลักษณะนี้ย่อมได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากผู้ที่ไม่เห็นด้วยเช่นกัน โดยกลุ่มคนที่ไม่เห็นด้วยมองว่า การกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนี้สร้างผลร้ายมากกว่าผลดี เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนกลัวและไม่กล้าเข้ารับการรักษามาจากจิตแพทย์เพราะกลัวว่าความลับของตนเองที่เล่าให้แกจิตแพทย์ฟังในระหว่างเข้ารับการรักษานั้น จะถูกเปิดเผย อีกทั้งยังมีประเด็นในเรื่องของความแม่นยำในการคาดการณ์อันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเกิดจากคาดการณ์หรือประเมินของจิตแพทย์เท่านั้น แน่แน่นอนว่าย่อมมีโอกาสที่การประเมินดังกล่าวอาจคลาดเคลื่อน กล่าวคือ อาจมีบางกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชมิได้เป็นอันตรายแก่ผู้อื่นแบบที่จิตแพทย์ประเมิน ดังนั้นหากการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์มีความคลาดเคลื่อนและจิตแพทย์ได้แจ้งให้เหยื่อทราบถึงอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชไปแล้ว แต่ผู้ป่วยจิตเวชมิได้กระทำอันตรายดังกล่าวจริงตามที่จิตแพทย์ประเมิน เช่นนี้แล้วย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเสื่อมเสียชื่อเสียง รวมถึงในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชถูกกักตัวไว้ในโรงพยาบาล หรือถูกติดตามจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ย่อมเป็นการกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง นอกจากนี้แล้ว ในบางมลรัฐของสหรัฐอเมริกา เช่น มลรัฐนอร์ทแคโรไลนา มิได้มีการบัญญัติกฎหมายไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้ชัดเจนดังเช่นมลรัฐแคลิฟอร์เนีย แต่ในทางกลับกันก็มีคำพิพากษาของศาลที่วางหลักให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ จึงเป็นกรณีที่ทำให้จิตแพทย์อาจตกอยู่ในสภาวะที่ลำบากก็เป็นได้ เพราะไม่มีกฎหมายลายลักษณ์อักษรใดที่กำหนดความคุ้มครองให้แก่จิตแพทย์อย่างชัดเจน รวมถึงหากกระทำไปแล้วอาจทำให้จิตแพทย์เสี่ยงต่อความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นได้ เพราะหากคนประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชผิดพลาด

ก็เป็นการไม่แน่นอนว่าตนจะต้องรับผิดชอบหรือไม่ แต่ในขณะที่ถ้าไม่เปิดเผยหรือแจ้งอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ผู้อื่นทราบแล้วผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุอันตรายดังกล่าวจริง เช่นนี้แล้วจิตแพทย์อาจต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นแก่เหยื่อเช่นกัน ด้วยเหตุดังกล่าวจึงมีกลุ่มคนบางส่วนในสหรัฐอเมริกาที่ไม่เห็นด้วยกับการบัญญัติกฎหมายให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่โดยบังคับตามกฎหมายของจิตแพทย์ เพราะมองว่าประโยชน์ที่ได้รับจากการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์นั้นน้อยกว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ความสัมพันธ์ระหว่างจิตแพทย์และผู้ป่วยจิตเวช

ประเทศอังกฤษ แม้ประเทศอังกฤษจะเห็นด้วยกับการรักษาประโยชน์สาธารณะแบบในคดี Tarasoff ของสหรัฐอเมริกาก็ตาม แต่ประเทศอังกฤษเพียงรับหลักการหน้าที่ที่ต้องเตือน (Duty to warn) มาปรับใช้เป็นกฎหมายภายในประเทศเท่านั้น และความแตกต่างอีกประการหนึ่งจากกฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา คือ ประเทศอังกฤษกำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นทางกฎหมายที่จิตแพทย์สามารถกระทำการได้ มิได้ถือว่าเป็นหน้าที่โดยบังคับตามกฎหมายที่จิตแพทย์ต้องปฏิบัติตามดังเช่นมลรัฐแคลิฟอร์เนีย รวมถึงจิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบจากการกระทำของบุคคลที่สามอีกด้วย ทั้งนี้ แม้ว่าประเทศอังกฤษจะมีหลักความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกัน (Special relationship) ในกฎหมายละเมิดเช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ไม่ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก⁵ จิตแพทย์ก็มีหน้าที่ที่ต้องควบคุมดูแลผู้ป่วยจิตเวชของมิให้ไปก่ออันตรายแก่บุคคลอื่น แต่ในคดี Palmer v Tees

⁵ Under the Mental Health Act 1983 (as revised by the Mental Health Act 2007), a particular clinician is assigned responsibility for a patient. The Responsible Clinician has a substantial amount of information about and control over the patient and it seems reasonable to expect her or him to take steps to prevent behavior in foreseeable dangerous ways. However, the question is more difficult when dealing with patients who have been discharged or who remain outpatients. When a patient has recently been discharged there may still be sufficient proximity, especially where the Responsible Clinician has the authority to discharge. Many patients, particularly those with a notable history of offending, are discharged by the Mental Health Review Tribunal or the statutory restrictions on them are lifted by the Ministry of Justice. While these decisions are based on medical and social care reports it is not the Responsible Clinician who orders the discharge and it is questionable whether a 'special relationship' exists in those circumstances. Similarly, it is unlikely that a court would find a proximate relationship between a clinician and an outpatient but a Responsible Clinician might be obliged to warn the police, for instance, of the threatened risk to an individual by virtue of *W v Egdell* (1990). Cited in Andy Young, "The Arms of the Infinite? The Liability of Mental Health Professionals for the Violent Acts of their Patient," *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, p.3 – 13 (2011).

Health Authority ได้วางหลักว่า จิตแพทย์มิได้มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันและรับผิดจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งปฏิเสธหลักกฎหมายแบบในคดี Tarasoff และเห็นว่า หากพิจารณาตามหลักกฎหมายละเมิดของประเทศอังกฤษแล้ว เป็นการไม่ชัดเจนว่าจิตแพทย์มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันกับบุคคลที่สาม โดยลอร์ด Stuart-Smith ผู้พิพากษาในคดีนี้อธิบายว่า “ในคดีนี้หน้าที่ที่ต้องดูแล (Duty to care) มิได้เกิดขึ้นตั้งแต่ตอนแรก เนื่องจากจิตแพทย์ไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้นและไม่มีความสัมพันธ์พิเศษระหว่างกันที่เพียงพอต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงพยานในคดีนี้ก็ไม่อาจพิสูจน์ได้ว่า จิตแพทย์มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเพียงพอและคาดการณ์ว่ามีอันตรายเกิดขึ้น”⁶ นอกจากนี้แล้วหากพิจารณาตามหลัก The Chain of Causation หรือความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลจะพบว่า ห่วงโซ่ของความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลตั้งแต่การประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชจนกระทั่งปล่อยตัวผู้ป่วยอันนำไปสู่การก่ออาชญากรรมนั้นเป็นห่วงโซ่ที่ยาวมากและทำให้เกิดความสับสนว่าความรับผิดชอบนั้นอาจมิได้เกิดจากการกระทำของผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต ตั้งแต่แรก เนื่องจากภายหลังที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการปล่อยตัวจากโรงพยาบาลนั้นอาจมีเหตุการณ์ใดๆ เกิดขึ้นในระหว่างนั้นก็เป็นที่น่าสงสัยได้ว่าอันตรายที่เกิดจากผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นความรับผิดชอบของจิตแพทย์ มิฉะนั้นก็จะถือว่าการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโรงพยาบาลมีวัตถุประสงค์เดียวคือ ป้องกันมิให้เกิดอาชญากรรมจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้น⁷ กล่าวโดยสรุป แม้ว่าประเทศอังกฤษจะมีหลักความสัมพันธ์ระหว่างกัน (Special relationship) และการกำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ควบคุมดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบหลักกฎหมายละเมิดของสหรัฐอเมริกาก็ตาม แต่ศาลอังกฤษตีความกฎหมายดังกล่าวแตกต่างกันออกไป จึงทำให้ประเทศอังกฤษไม่มีหลักกฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์ต้องรับผิดจากการกระทำที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแบบในสหรัฐอเมริกา

ประเทศไทย การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทย ถือเป็นข้อยกเว้นที่กฎหมายอนุญาตให้กระทำการได้ดังที่บทบัญญัติมาตรา 16 แห่ง

⁶ There is no prima facie duty of care, since there is no foreseeability of danger, and insufficiently proximate towards the incident occurred. In deciding Palmer case, Lord Stuart-Smith announced there is no duty of care since Palmer did not witness the abduction, or the murder, or the discovery of her daughter body, and what Palmer had witnessed and experienced did not prove any proximity and foreseeability on her. Cited in Law Student, Legal Claims on Computech Ltd, Retrived Maay 20, 2019, from <https://www.lawteacher.net/free-law-essays/health-law/legal-claims-on-computech-ltd.php>

⁷ Andy Young, “The Arms of the Infinite? The Liability of Mental Health Professionals for the Violent Acts of their Patient,” *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, p.3-13 (2011).

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดไว้แต่ในกฎหมายดังกล่าวมิได้บัญญัติเกี่ยวกับความรับผิดชอบของจิตแพทย์ที่ไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชไว้เลย รวมทั้งมิได้กล่าวถึงความรับผิดชอบของจิตแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นด้วย ด้วยเหตุดังกล่าวจึงไม่เป็นการชัดเจนว่าจิตแพทย์จะต้องรับผิดชอบในการกระทำของบุคคลอื่นหรือไม่ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาตามหลักกฎหมายของประเทศไทย ผู้วิจัยเห็นว่าจิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบเนื่องจากประเทศไทยใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร ดังนั้นหากไม่มีบทบัญญัติใดกำหนดความรับผิดชอบไว้ บุคคลดังกล่าวย่อมไม่ต้องรับผิดชอบ โดยหากพิจารณาตามบทบัญญัติในเรื่องละเมิดตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้วก็ได้มีการบัญญัติความรับผิดชอบในลักษณะนี้ไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่ากฎหมายไทยไม่มีบทบัญญัติใดๆ ที่กำหนดให้จิตแพทย์ต้องรับผิดชอบในกรณีที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแบบในสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ

5.2 ช่วงที่สอง: การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

ภายหลังที่จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเรียบร้อยแล้วก็จะเริ่มเข้าสู่ขั้นตอนการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันมิให้บุคคลที่อาจได้รับอันตรายหรือสาธารณชนได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในหัวข้อนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงกระบวนการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละประเทศว่าได้บัญญัติวิธีการป้องกันเอาไว้อย่างไรบ้าง

สหรัฐอเมริกา กฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าความรับผิดชอบหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to protect) ของจิตแพทย์จะสิ้นสุดลงเมื่อจิตแพทย์ได้ดำเนินการในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องต่อไปแล้ว ซึ่งขั้นตอนที่เกี่ยวข้องย่อมขึ้นอยู่กับสถานการณ์แล้วแต่กรณี กล่าวได้ว่า นอกจากจิตแพทย์จะต้องเตือนให้เหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายทราบแล้ว จิตแพทย์จะต้องดำเนินการตามกรณีใดๆ ที่เหมาะสมต่อสถานการณ์นั้นๆ ด้วย เพื่อให้ภาระหน้าที่ตามหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to protect) สิ้นสุดลง ซึ่งขั้นตอนที่เหมาะสมดังกล่าว คือ วิธีการป้องกันมิให้ผู้ป่วยจิตเวชไปก่ออันตรายแก่ผู้อื่นนั่นเอง เช่น การแจ้งให้ตำรวจหรือหน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement Agency) ทราบ หรือจิตแพทย์อาจดำเนินการป้องกันด้วยตนเองโดยใช้วิธีกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโรงพยาบาล (Admin) เพื่อเฝ้าระวังอาการรวมถึงป้องกันมิให้ออกไปก่อเหตุอันตรายแก่ผู้อื่นก็เป็นได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการตามกระบวนการป้องกันมิให้เกิดอันตรายนี้ จิตแพทย์ต้องคำนึงถึงระดับความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชประกอบด้วย กล่าวคือ จิตแพทย์ต้องพิจารณาว่า ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวมีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำปานกลาง หรือสูง เพื่อเลือกใช้วิธีการป้องกันที่เหมาะสมแก่

กรณีด้วย เช่น หากผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวมีความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ แต่จิตแพทย์เลือกใช้วิธีการกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโรงพยาบาลเช่นนี้ก็ไม่ต้อง เพราะในขณะนั้นอาการของผู้ป่วยจิตเวชมิได้บ่งชี้ความเป็นอันตรายที่ถึงขนาดจะเป็นภัยต่อบุคคลอื่นอย่างชัดเจน

สำหรับกฎหมายของมลรัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันมิให้อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นเฉพาะในกรณีที่จิตแพทย์สามารถระบุตัวเหยื่อของผู้ป่วยจิตเวช หรือทราบถึงภัยคุกคามต่อร่างกายของเหยื่อได้อย่างชัดเจนเท่านั้น ซึ่งกฎหมายได้กำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันผู้ป่วยจิตเวชจากผู้อื่นด้วยวิธีการวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้

1. แจ้งให้เหยื่อที่ถูกระบุตัวทราบถึงภัยคุกคามทราบจากอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช
2. อาจใช้วิธีการเกลี้ยกล่อมให้ผู้ป่วยจิตเวชยอมเข้ารับการรักษาโดยการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. ห้ามมาตรการบังคับรักษาด้วยวิธีการกักขังตัวไว้ในโรงพยาบาล
4. ดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานแห่งวิชาชีพซึ่งจะช่วยให้แพทย์พ้นจากความรับผิดชอบหน้าที่ที่ต้องเตือน ทั้งนี้ หากจิตแพทย์ทราบถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจนแล้วไม่ดำเนินการตามวิธีการใดวิธีการหนึ่งข้างต้น จิตแพทย์อาจมีความรับผิดชอบตามกฎหมายได้

ส่วนกรณีของมลรัฐนอร์ธแคโรไลนา สหรัฐอเมริกา ได้กำหนดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่จะต้องป้องกัน (Duty to protect) และรับผิดชอบในกรณีที่มิได้ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชอยู่ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์คนนั้นเท่านั้น กล่าวคือ จำกัดให้จิตแพทย์มีหน้าที่ที่ต้องป้องกันมิให้อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชคนดังกล่าวเป็นผู้ป่วยใน หรือได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกบังคับรักษาด้วยการกักตัวไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช (involuntary commitment) เท่านั้น ส่วนวิธีการป้องกันก็มีลักษณะเช่นเดียวกับในมลรัฐอื่นๆ ที่ได้กล่าวมา คือ จิตแพทย์จะต้องใช้วิธีการหรือดำเนินการใดๆ ก็ได้ที่สมเหตุสมผลและสามารถป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชได้ในขณะนั้น เพื่อป้องกันบุคคลอื่นจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชที่ตนทำการรักษาอยู่

กล่าวโดยสรุป ส่วนมากกฎหมายในแต่ละมลรัฐของสหรัฐอเมริกาคำหนดให้จิตแพทย์เป็นผู้มีบทบาทและมีหน้าที่ทางกฎหมายในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นด้วย ในกรณีที่ความลับดังกล่าวอาจเป็นอันตรายต่อเหยื่อหรือผู้อื่น ตั้งแต่กำหนดให้จิตแพทย์เป็นผู้ประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชตามหลักวิชาชีพ และหากภายหลังการประเมินแล้วเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตราย จิตแพทย์ย่อมมีหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกันมิให้อันตรายดังกล่าวเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายทันที รวมถึงหากมีอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นแก่เหยื่อแล้ว จะต้องมีส่วนที่ต้องรับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนตามหลักกฎหมายละเมิดให้แก่เหยื่อขึ้นอยู่กับการพิจารณาว่า ในขณะนั้นหน้าที่ในการป้องกันอยู่ที่

จิตแพทย์ หรือหน่วยงานที่บังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement) กล่าวคือ เมื่อมีกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวช อาจเป็นภัยแก่ผู้อื่นเกิดขึ้น หน้าที่ทางกฎหมายของจิตแพทย์ย่อมเกิดขึ้นทันที และเมื่อจิตแพทย์ได้ แจ้งให้หน่วยงานซึ่งบังคับใช้กฎหมายทราบถึงความอันตรายดังกล่าวแล้ว หน้าที่ในการเตือนและ ป้องกันของจิตแพทย์ย่อมโอนไปยังหน่วยงาน ซึ่งบังคับใช้กฎหมายทันทีที่จะเห็นได้ว่า กฎหมาย ของสหรัฐอเมริกามีการกำหนดมาตรการและหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปิดเผย ความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชไว้อย่างเป็นระบบ รวมถึงมีการกำหนดความรับผิดชอบ ให้ชัดเจนค่าสินไหมทดแทนที่เกิดขึ้นแก่เหยื่อในกรณีที่ไม่อาจป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชไว้ ด้วยซึ่งเป็นหลักกฎหมายที่ไม่มีในประเทศไทย

ประเทศอังกฤษ ถึงแม้ว่าประเทศอังกฤษจะมีได้นำหลักหน้าที่ที่ต้องป้องกัน (Duty to protect) มาใช้ก็ตาม แต่ประเทศอังกฤษก็มีหน่วยงานของรัฐที่เรียกว่า Authorities หรือ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ที่ทำหน้าที่ในการรับเรื่องจากจิตแพทย์ เพื่อดำเนินการเฝ้าติดตามอันตรายจาก ผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้แล้ว ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศอังกฤษก็ได้จัดทำคู่มือในการจัดการความเสี่ยง (Managing Risk) ให้แก่จิตแพทย์ เพื่อให้จิตแพทย์ดำเนินการจัดการความเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งสามารถจัดส่งข้อมูลเกี่ยวกับความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่หน่วยงานที่ รับผิดชอบต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนวิธีการป้องกันมิให้อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้น แก่ผู้อื่นก็มีลักษณะเช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา คือ จิตแพทย์อาจกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ในโรงพยาบาล หรือให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการจับตัวผู้ป่วยจิตเวชมาเพื่อใช้วิธีการบังคับรักษาก็ได้ ซึ่งวิธีการ และขั้นตอนดังกล่าวจะได้รับการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (Mental Health Act) ของประเทศอังกฤษ

ประเทศไทย หากพิจารณาบทบัญญัติ มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะเห็นได้ว่า กฎหมายเพียงบัญญัติถึงหน้าที่ของจิตแพทย์ในการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วย และข้อยกเว้นที่จิตแพทย์อาจทำการเปิดเผยความลับดังกล่าวได้ หากข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเข้าลักษณะ ข้อยกเว้นข้อใดข้อหนึ่งใน 3 กรณี อันได้แก่ กรณีที่ความลับอาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น หรือ ความลับเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสาธารณชน หรือกรณีที่มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้อง เปิดเผย อย่างไรก็ตาม กฎหมายเพียงบัญญัติให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ เท่านั้น แต่ไม่ได้กล่าวหรือบัญญัติถึงบทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์ในการเตือนหรือป้องกันเหยื่อ กระทำได้แค่ไหน อย่างไร⁸ ซึ่งเป็นการไม่ชัดเจนว่า ภายหลังเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของ

⁸ ประทีภ ลิขิตเลอสรวง, “สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช,” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 44, (2544), น. 361–369.

ผู้ป่วยจิตเวชแล้ว จิตแพทย์ต้องดำเนินการใดๆ เพื่อป้องกันเหยื่อหรือผู้อื่นจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ ทั้งนี้ หากพิจารณาเจตนารมณ์ของกฎหมายที่กำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช จะเห็นได้ว่า กฎหมายต้องการให้มีมาตรการใดๆ เพื่อป้องกันสังคมจากภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นเมื่อกฎหมายเพียงบัญญัติให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้เมื่อเข้าข้อยกเว้นตามที่กฎหมายกำหนด แต่มิได้บัญญัติมาตรการหรือบทบาทหน้าที่ใดๆ ให้แก่จิตแพทย์ในการแจ้งหรือเตือนเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตราย จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาต่อไปว่า จะนำมาตรการทางกฎหมายใดมาใช้ประกอบการกำหนดให้จิตแพทย์มีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

แม้ประเทศไทยจะมีหลักในเรื่องการป้องกันบัญชีไว้ในมาตรา 68 แห่งประมวลกฎหมายอาญาความหลักว่า “มาตรา 68 ผู้ใดต้องกระทำการใดเพื่อป้องกันสิทธิของตนหรือของผู้อื่นให้พ้นภัยอันตรายซึ่งเกิดจากการประทุษร้ายอันละเมิดต่อกฎหมาย และเป็นภัยอันตรายที่ใกล้จะถึง ถ้าได้กระทำพอสมควรแก่เหตุ การกระทำนั้นเป็นการป้องกันตัวโดยชอบด้วยกฎหมาย ผู้นั้นไม่มีความผิด” แต่หลักการป้องกันดังกล่าวเป็นการป้องกันตัวจากภัยอันตรายที่ใกล้จะถึง กล่าวคือเป็นการป้องกันตัวเป็นการที่รัฐให้สิทธิในการป้องกันตนเองแก่ประชาชนต่อภัยที่อาจเกิดขึ้นโดยกระชั้นชิดและละเมิดต่อกฎหมาย โดยรัฐถือว่า การป้องกันกันดังกล่าวแม้จะมีความเสียหายบ้าง หากเป็นความเสียหายที่สมควรแก่เหตุ ผู้กระทำก็ไม่มีผิด⁹ ทั้งนี้ การป้องกันตัวดังกล่าวจะต้องเป็นการป้องกันตัวในภัยอันตรายที่ใกล้จะถึง โดยเป็นภัยที่เกิดขึ้นกระชั้นชิดถึงขนาดที่ไม่มีหนทางอื่นที่จะขจัดปัดเป่าภัยนั้นได้นอกจากการป้องกันตนเอง¹⁰ ซึ่งหากพิจารณาอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช จะเห็นได้ว่า อันตรายดังกล่าวเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าของจิตแพทย์เท่านั้น เหตุอันตรายอาจเกิดหรือไม่ได้เกิดขึ้นจริงก็ได้ ดังนั้นจึงไม่ถือเป็นภัยอันตรายที่ใกล้จะถึงตามหลักกฎหมายอาญาและไม่สามารถนำเรื่องการป้องกันมาใช้แก่กรณีนี้ได้ กล่าวได้ว่า จิตแพทย์ไม่สามารถแจ้งให้เหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายทราบโดยอาศัยหลักในเรื่องการป้องกันได้เลย นอกจากนี้แล้วหลักเรื่องจำเป็นของกฎหมายอาญาก็ไม่สามารถนำมาใช้แก่กรณีได้เช่นกัน เนื่องจากมาตรา 67 แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า “มาตรา 67 ผู้ใดกระทำความผิดด้วยความจำเป็น (1) เพราะอยู่ในที่บังคับ หรือภายใต้อำนาจ ซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือขัดขืนได้ หรือ (2) เพราะเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภัยอันตรายที่ใกล้จะถึงและไม่สามารถหลีกเลี่ยงให้พ้นโดยวิธีอื่นใดได้ เมื่อภัยอันตรายนั้นตนมิได้ก่อให้เกิดขึ้นเพราะความผิดของตนถ้าการกระทำนั้นไม่เป็นการเกิน

⁹ สภานายความ. ป้องกันตัว...ไม่ผิดกฎหมาย, สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2559, จาก

<http://www.lawyerscouncil.or.th/infor/lin57.htm>.

¹⁰ เห่งอ้าง.

สมควรแก่เหตุแล้ว ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ” ผู้ที่จะอ้างหลักในเรื่องจำเป็นของกฎหมายอาญาได้ จะต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องกระทำเพราะไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือขัดขืนได้เพราะอยู่ในที่บังคับหรือภายใต้อำนาจ หรือจำเป็นต้องกระทำเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภัยอันตรายที่ใกล้มาถึง ซึ่งอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช โดยการคาดการณ์ของจิตแพทย์ย่อมไม่เข้าลักษณะในเรื่องจำเป็นเช่นเดียวกัน ฉะนั้นแล้ว การกำหนดให้จิตแพทย์เป็นผู้มีส่วนร่วมแจ้งเตือนหรือมีส่วนร่วมในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นกรณีที่ไม่มีความหมายเรื่องใดมารองรับ เพราะประเทศไทยไม่มีหลักกฎหมายในเรื่องการป้องกันล่วงหน้า

อย่างไรก็ตาม การประะเทศไทยบัญญัติกฎหมายไว้มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งอนุญาตให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ หากแต่ไม่ปรากฏกฎหมายลำดับรอง หรือกฎหมายอื่นใดที่ออกมารองรับแนวคิดตามมาตราดังกล่าว อันเป็นการชี้ให้เห็นว่า กฎหมายยังประสบปัญหาและมีข้อบกพร่องอยู่หลายประการ กล่าวคือ กฎหมายไทยมิได้กำหนดมาตรการใดๆ อันที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนให้แก่จิตแพทย์ รวมถึงหากจิตแพทย์ได้ทำการแจ้งตำรวจเพื่อให้ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชแล้วก็ไม่อาจทราบได้ว่า ตำรวจจะให้ความเชื่อถือและตอบสนองต่อคำเตือนจากจิตแพทย์มากน้อยเพียงใด เพราะมิได้มีกฎหมายใดๆ บัญญัติรองรับในเรื่องแนวทางปฏิบัติไว้ รวมถึงแม้กระทั่งตัวเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชเอง เมื่อได้รับการเตือนจากจิตแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องแล้วก็ไม่อาจทราบได้ว่า จะได้รับการตอบสนองหรือไม่ เพราะเหตุอันตรายที่จิตแพทย์ทราบล่วงหน้าและทำการเตือนนั้นเป็นเพียงเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนและเกิดจากการคาดการณ์โดยอาศัยหลักแห่งวิชาชีพของจิตแพทย์เท่านั้น กล่าวได้ว่า บทบาทหน้าที่ของจิตแพทย์ ตำรวจ และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวยังไม่ชัดเจนว่าจะดำเนินไปในทิศทางใด อีกทั้งเมื่อกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมายเกี่ยวกับความมั่นคงของมนุษย์ หรือ กฎหมายครอบครัว ยังมีได้มีบทบัญญัติใดๆ ที่รองรับในประเด็นดังกล่าว หรือแม้กระทั่งในส่วนของหน่วยงานรัฐเองก็ยังคงคลุมเครือว่า หน่วยงานใดจะเป็นผู้รับผิดชอบช่วยเหลือและป้องกันผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่อาจเป็นภัยต่อสาธารณประโยชน์ ด้วยเหตุดังกล่าวมาตรการป้องกันอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชภายหลังที่จิตแพทย์เปิดเผยความลับจึงเป็นประเด็นทางกฎหมายที่สำคัญและสมควรได้รับการแก้ไขให้มีความเหมาะสม เป็นรูปธรรมและเกิดผลได้จริง เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายให้บรรลุเจตนารมณ์และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมอย่างแท้จริง

สำหรับในความเห็นของผู้วิจัยมองว่า การที่ประเทศไทยบัญญัติให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชได้ในกรณีที่ความลับดังกล่าวเกี่ยวข้องกับอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเอง เพราะหลักการโดยทั่วไปแล้วการที่รัฐออกกฎหมายใดๆ มาใช้บังคับนั้น

ย่อมต้องคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของประชาชนว่าจะได้รับประโยชน์ในเรื่องดังกล่าวมากน้อยเพียงใด ดังนั้นเมื่อหลักการของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ต้องการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชและป้องกันสังคมจากภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ดังนั้นกฎหมายดังกล่าวจึงสมควรที่จะต้องมีมาตรการที่เกี่ยวข้องให้ครบถ้วน เพื่อให้ชัดเจนแก่ผู้อยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายและผู้บังคับใช้กฎหมาย ยกตัวอย่างดังเช่น กฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกาที่มีการกำหนดหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชไว้อย่างชัดเจน รวมถึงให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับเอกสิทธิ์คุ้มกันทั้งในทางอาญาและทางแพ่ง แม้ว่าความลับที่อาจเป็นอันตรายดังกล่าวจะเป็นเพียงการคาดการณ์ของจิตแพทย์เท่านั้น



บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี และมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช โดยเปรียบเทียบมาตรการทางกฎหมายของประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันกับมาตรการทางกฎหมายของต่างประเทศแล้วมีบทสรุปและข้อเสนอแนะ ดังนี้

6.1 บทสรุป

การรักษาความลับของผู้ป่วยจิตเวช คือ สิ่งที่จิตแพทย์ทุกคนต้องให้ความเคารพและพึงปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด เนื่องจากความลับของผู้ป่วยจิตเวชเป็นสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเวช แต่เพียงผู้เดียวในการจำกัดบุคคลที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้ อย่างไรก็ตาม ความเป็นส่วนตัวในความลับของผู้ป่วยจิตเวสดังกล่าวย่อมมีข้อยกเว้น ในกรณีที่มีความลับนั้นเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสาธารณชนหรือบุคคลอื่นในสังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความบกพร่องทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม เพราะอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่อาจตระหนักได้ว่าสิ่งที่ตนกระทำนั้นเป็นอันตรายต่อผู้อื่นหรือสาธารณชนอย่างไร ด้วยเหตุนี้เองประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชหรือปัจเจกชนจึงไม่สามารถอยู่เหนือประโยชน์ของสาธารณชนได้ ดังนั้นจึงเกิดแนวคิดให้จิตแพทย์ที่ล่วงรู้ถึงความลับที่อาจเป็นอันตรายดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเวช หรือจิตแพทย์ที่คาดการณ์หรือประเมินว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่น สามารถเปิดเผยความลับ เตือน หรือแจ้งความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้เหยื่อ (ในกรณีที่สามารถระบุตัวเหยื่อได้) หรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายทราบได้ เพื่อป้องกันความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเพื่อให้ผู้ที่อาจได้รับอันตรายตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นและระวังตนเองจากผู้ป่วยจิตเวช

อย่างไรก็ตาม การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์เป็นประเด็นที่ค่อนข้างละเอียดอ่อนและจำเป็นต้องมีมาตรการทางกฎหมายที่เหมาะสมซึ่งจะนำมาใช้แก่กรณี เนื่องจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชนั้นเป็นเพียงการประเมิน หรือคาดการณ์จากจิตแพทย์เท่านั้น กล่าวคือ จิตแพทย์อาจตระหนักถึงความอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่ทำการรักษา หรืออาจสังเกตจากพฤติกรรมประกอบกับประวัติอันตรายก่อนหน้า รวมถึงจากการบอกเล่าความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยจิตเวชในระหว่าง

ทำการรักษา กล่าวได้ว่าไม่มีความแน่นอนว่าอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชนี้จะเกิดขึ้นจริงหรือไม่ ดังนั้นการระบุงุ่มหรือบุคคลที่สามารถทราบหรือเข้าถึงความลับที่อาจเป็นอันตรายได้ อย่างเฉพาะเจาะจงจึงเป็นมาตรการแรกที่กฎหมายพึงมี เพราะหากมิได้มีการจำกัดกลุ่มคนที่เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวไว้แล้วจิตแพทย์ได้ทำการเปิดเผยต่อสาธารณชนอาจก่อให้เกิดความแตกตื่นแก่ผู้อื่นได้ รวมถึงหากเหตุอันตราย ดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นจริงก็ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเสื่อมเสียชื่อเสียงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้แล้ววิธีการการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นอีกหนึ่ง มาตรการที่สำคัญเช่นกัน เพราะเมื่อจำกัดบุคคลที่สามารถเข้าถึงความลับแล้วกฎหมายก็สมควร กำหนดวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่นให้ชัดเจนเป็นลำดับเพื่อให้เกิดความ ชัดเจน ทั้งแก่จิตแพทย์ บุคคลที่ทราบความลับ และหน่วยงานของรัฐ ซึ่งการกำหนดวิธีการนี้ นอกจากจะช่วยให้จิตแพทย์ทุกคนปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน แล้ว ยังช่วยให้บุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช ทราบถึงหน้าที่และบทบาทของตนได้อย่างชัดเจนอีกด้วย

ภายหลังที่กระบวนการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชดำเนินไป เสร็จสิ้นแล้ว การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชถือเป็นอีกหนึ่งประการที่สำคัญที่จะ ช่วยป้องกันสังคมจากอันตรายได้เช่นกัน กล่าวคือ ภายหลังที่ทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตราย แล้ว สิ่งที่ต้องกระทำต่อไปคือการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการคาดการณ์หรือการแจ้งเตือน จากจิตแพทย์ โดยต้องมีมาตรการใดๆ ในการป้องกันมิให้อันตรายดังกล่าวเกิดขึ้น ซึ่งรัฐในฐานะ ผู้มีหน้าที่ดูแลประโยชน์สาธารณะของประชาชนและป้องกันสังคมจากอันตรายจึงสมควรกำหนด มาตรการหรือวิธีการป้องกันอันตรายดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย โดยรัฐจะให้เหยื่อระมัดระวังตนเองจาก อันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ แต่รัฐควรเข้าไปกำหนดมาตรการใดๆ อันเป็นการช่วยเหลือเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชด้วย ดังนั้นภายหลังที่จิตแพทย์ เปิดเผยความลับหรือเตือนให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายทราบแล้ว จึงมีหลักหน้าที่ที่ต้อง ป้องกันเกิดขึ้น โดยมีการกำหนดให้หน่วยงานของรัฐเข้ามามีหน้าที่ในการป้องกันอันตรายที่อาจ เกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มเติม กล่าวคือ ภายหลังจิตแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจเป็น อันตรายแก่ผู้อื่นแล้ว นอกจากจิตแพทย์จะเปิดเผยให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายทราบแล้ว จิตแพทย์ต้องแจ้งให้หน่วยงานของรัฐทราบถึงลักษณะความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชด้วย เพื่อที่ หน่วยงานของรัฐจะเข้าไปดำเนินการด้วยมาตรการใดๆ ที่เหมาะสมแก่สถานการณ์ เพื่อป้องกันมิให้ อันตรายดังกล่าวเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย เช่น การกักตัวผู้ป่วยจิตเวชไว้ที่ โรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ หรือการติดตามผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเฝ้าระวังมิให้ไปก่ออันตรายแก่ผู้อื่น เป็นต้น ทั้งนี้ หากไม่มีการกำหนดมาตรการใดๆ ในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิต

เวชไว้ในกฎหมายแล้ว การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ย่อมไม่มีความหมายใดๆ เลย เนื่องจากเมื่อเปิดเผยแล้วก็ไม่อาจป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เลย กล่าวได้ว่าเป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวและสิทธิของผู้ป่วยโดยมิได้เกิดประโยชน์ใดๆ เลย ดังนั้นเพื่อให้บรรลุลวัตถุประสงค์ในการป้องกันสังคมจากอันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช มาตรการดังกล่าวข้างต้นนี้จึงเป็นสิ่งที่กฎหมายสมควรบัญญัติไว้

จากการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของประเทศไทยกับกฎหมายของต่างประเทศพบว่า แม้ประเทศไทยจะมีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ไว้ก็ตาม แต่กฎหมายดังกล่าวยังขาดมาตรการที่สำคัญและจำเป็นหลายประการ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้กฎหมายประสบปัญหาและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยผู้วิจัยขอสรุปปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ในประเทศไทยไว้เป็นหัวข้อดังนี้

6.1.1 ปัญหาการมิได้กำหนดความรับผิดชอบให้แก่จิตแพทย์ที่ไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

เนื่องจากมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 บัญญัติให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์อาจกระทำการได้ โดยกฎหมายมิได้กำหนดให้เป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่ต้องกระทำการ ดังนั้นจึงเป็นดุลพินิจของจิตแพทย์แต่เพียงผู้เดียวในการพิจารณาว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ตนทำการรักษาอยู่นั้นอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้อื่นหรือสาธารณชน และสมควรที่จะต้องเปิดเผยความอันตรายดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเวชให้ผู้อื่นทราบหรือไม่ ดังนั้นเมื่อกฎหมายมิได้กำหนดความรับผิดชอบให้แก่จิตแพทย์ที่ไม่ดำเนินการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายดังกล่าว ประกอบกับมาตรการทางอื่นๆ ของกฎหมายไทยที่มีได้ระบุหรือบัญญัติรายละเอียดวิธีการให้ชัดเจน เช่น วิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ วิธีการประเมินความเสี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช หรือความคุ้มครองให้แก่จิตแพทย์เป็นต้น จึงทำให้จิตแพทย์อาจเสี่ยงต่อความรับผิดชอบได้ แต่ในทางกลับกันหากจิตแพทย์ตัดสินใจที่จะไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าว จิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องเสี่ยงต่อความรับผิดชอบเพราะกฎหมายมิได้กำหนดโทษใดๆ ไว้ ด้วยเหตุดังกล่าวเพื่อป้องกันตนเองจากการถูกฟ้องร้องให้ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย และการสูญเสียความน่าเชื่อถือในวิชาชีพ จิตแพทย์จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

6.1.2 ปัญหาการไม่มีมาตรฐานในการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่จิตแพทย์ (clinical standard of risk assessment)

จากการเปรียบเทียบกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษในบทก่อนหน้าจะเห็นว่า ทั้งสองประเทศได้มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่อจิตแพทย์ (clinical standard of risk assessment) ภายในประเทศของตน เพื่อให้จิตแพทย์ทุกคนประเมินความอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชไปในแนวทางเดียวกัน รวมถึงเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของการประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชด้วย ในขณะที่ประเทศไทยไม่มีคู่มือหรือแนวทางประเมินเหล่านี้เลยจึงทำให้เกิดประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความแม่นยำในการคาดการณ์อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์เกิดขึ้น กล่าวคือ แม้อจิตแพทย์จะศึกษาวิชาการเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชศาสตร์มาในลักษณะเดียวกัน แต่ดุลพินิจในการประเมินและคาดการณ์อันตรายของจิตแพทย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน จึงส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจในผลการประเมินอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ว่า อันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชที่จิตแพทย์คาดการณ์นั้นจะเกิดขึ้นจริงหรือไม่และสามารถเชื่อถือได้หรือไม่ ซึ่งปัญหาดังกล่าวเกิดจากไม่กำหนดคู่มือหรือวิธีการประเมินความอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่อจิตแพทย์ (clinical standard of risk assessment) ที่ชัดเจน ประกอบกับมาตรการทางกฎหมายและวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชนั้น ไม่มีวิธีการที่ชัดเจนจึงทำให้จิตแพทย์เลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ยังยากที่อาจเกิดขึ้น

6.1.3 ปัญหาการไม่บัญญัติวิธีการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ให้ชัดเจน

เนื่องจากมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 บัญญัติแต่เพียงให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้เท่านั้น แต่ไม่ได้มีการบัญญัติแนวทางหรือวิธีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่อจิตแพทย์ไว้อย่างชัดเจน กล่าวคือ มิได้มีการระบุรายละเอียดหรือกระบวนการให้จิตแพทย์ทราบได้ว่า จิตแพทย์ต้องดำเนินการอย่างไรบ้างเพื่อประกอบการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละครั้ง และต้องเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ใด รวมถึงมีเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานของรัฐเกี่ยวข้องกับกระบวนการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ อีกทั้งจิตแพทย์จะเปิดเผยความลับดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด ขอบเขตแห่งการเปิดเผยความลับอยู่ที่ใด ดังนั้นเมื่อกฎหมายมิได้บัญญัติรายละเอียดเป็นแนวปฏิบัติให้แก่อจิตแพทย์ทุกคนให้ชัดเจน การพิจารณาและตัดสินใจย่อมเป็นไปตามดุลพินิจของจิตแพทย์แต่ละคน และแน่นอนว่าหากมีความผิดพลาดจากการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์เกิดขึ้น เช่น การใช้วิธีการเปิดเผยที่ไม่เหมาะสม หรือความลับดังกล่าวยังไม่จัดว่าเป็นความลับที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น เป็นต้น เช่นนี้แล้วความรับผิดชอบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามกฎหมายอาจตกแก่อจิตแพทย์แต่เพียงผู้เดียว ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความรับผิดชอบที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช จิตแพทย์ย่อมเลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับดังกล่าวซึ่งทำให้เจตนาธรรมของกฎหมายในการป้องกันเหยื่อหรือผู้ที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชไม่อาจเกิดขึ้นได้เลย เพราะหลักกฎหมายของประเทศไทยยังไม่มี ความชัดเจนให้แก่จิตแพทย์

6.1.4 ปัญหาการไม่มีบทบัญญัติให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

แม้มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะบัญญัติให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นให้จิตแพทย์กระทำการได้ก็ตาม แต่ไม่มีบทบัญญัติใดที่ให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นเมื่อไม่มีหลักประกันให้แก่จิตแพทย์ในการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช จึงทำให้จิตแพทย์อาจเสี่ยงต่อความรับผิดชอบตามกฎหมายได้ประกอบกับหากจิตแพทย์ไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว จิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องเสี่ยงต่อความรับผิดชอบใดๆ ด้วยเหตุดังกล่าวจิตแพทย์จึงอาจเลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

6.1.5 ปัญหาการไม่มีหลักกฎหมายและมาตรการในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากผู้ป่วยจิตเวช

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ระบบกฎหมายของประเทศไทยไม่มีหลักในเรื่องการป้องกันล่วงหน้า รวมทั้งไม่มีมาตรการทางกฎหมายใดๆ เลยที่จะนำมาใช้แก่การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชโดยการคาดการณ์ของจิตแพทย์ ดังนั้นภายหลังที่จิตแพทย์ประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตราย และได้มีการเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวช เช่นนี้แล้วจะนำมามาตรการในเรื่องใดมาใช้ในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชยังมีได้ก่อเหตุแต่เป็นเพียงการคาดการณ์ของจิตแพทย์ที่ประเมินว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น ดังนั้นหลักในเรื่องการป้องกันและจำเป็นในทางกฎหมายอาญาจึงไม่สามารถนำมาใช้แก่กรณีนี้ได้ อีกทั้งเมื่อผู้ป่วยจิตเวชมิได้ก่อเหตุ หรือกระทำความผิดใดๆ การบังคับรักษาหรือกักตัวผู้ป่วยก็ไม่อาจนำมาใช้แก่กรณีได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้เองแม้จะมีการกำหนดให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชตามกรณีที่กำหนดไว้ก็ตาม แต่หากไม่มีหลักกฎหมายและมาตรการอื่นใดมารองรับเพื่อป้องกันมิให้อันตรายเกิดขึ้นแล้ว วัตถุประสงค์ของการกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันสังคมจากอันตรายก็ย่อมไม่บรรลุผล

6.1.6 ปัญหาความไม่สอดคล้องกับกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

เมื่อมีการกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช โดยจิตแพทย์ให้ผู้ที่อาจได้รับอันตรายทราบเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นนั้น แน่แน่นอนว่าการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อสาธารณชนย่อมต้องมีความเกี่ยวข้องกับกฎหมายอื่นๆ อีกหลาย

ฉบับอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นหากมีการบัญญัติกฎหมายในลักษณะนี้แล้ว รัฐย่อมต้องพิจารณาถึงมาตรการทางกฎหมายในกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันและแก้ไขให้มีความสอดคล้องกันด้วย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของผู้วิจัยพบว่า แม้กระทั่งในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เองก็ยังมีได้มีการกำหนดมาตรอื่นใดๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น หน่วยงานที่รับผิดชอบในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น มาตรการที่จะนำมาใช้ในการป้องกันอันตราย เป็นต้น อีกทั้งในกฎหมายอื่น เช่น กฎหมายครอบครัว กฎหมายละเมิด กฎหมายอาญา กฎหมายว่าด้วยความมั่นคงของมนุษย์ ก็มิได้มีการกล่าวถึงมาตรการในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเอาไว้ ดังนั้นเมื่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องมิได้มีการแก้ไขให้สอดคล้องกันย่อมส่งผลให้มาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบันไม่อาจเกิดประสิทธิภาพได้เท่าที่ควร

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นเหตุให้ต้องพิจารณาว่ากฎหมายเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่บังคับใช้อยู่มีความเหมาะสมเพียงใด กล่าวคือ กฎหมายดังกล่าวสามารถป้องกันอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ผู้อื่นหรือสาธารณะได้หรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาและวิเคราะห์ข้อกฎหมาย แนวคิดทฤษฎี และข้อมูลต่างๆ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในส่วนของข้อเสนอแนะต่อไป

6.2 ข้อเสนอแนะ

จากข้อสรุปดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย เพื่อสร้างแนวทางที่ชัดเจนและเพื่อให้กฎหมายมีความครอบคลุมต่อข้อเท็จจริงที่อาจเกิดขึ้น รวม 7 ข้อตามลำดับดังต่อไปนี้

1. กำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่ทางกฎหมายของจิตแพทย์

เนื่องจากมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นข้อยกเว้นที่จิตแพทย์อาจกระทำก็ได้ กล่าวคือกฎหมายให้ดุลพินิจแก่จิตแพทย์ในการพิจารณาว่าข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเข้าลักษณะที่จะสามารถเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชตามกฎหมายได้หรือไม่ และหากจิตแพทย์มิได้เปิดเผยความลับดังกล่าวก็ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบใดๆ เพราะกฎหมายมิได้บังคับให้จิตแพทย์ต้องเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชในทุกกรณี ดังนั้นจิตแพทย์จึงเลือกที่จะไม่เปิดเผยความลับดังกล่าวของผู้ป่วยจิตเวชเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ด้วยเหตุดังกล่าวเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้นำหลักหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to Protect) ของมลรัฐ

แคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา มาใช้ กล่าวคือ กำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่ทางกฎหมายที่จิตแพทย์ทุกคนต้องปฏิบัติตาม รวมทั้งบัญญัติมาตรการทางกฎหมายอื่นๆ (ซึ่งผู้วิจัยจะกล่าวถึงในข้อถัดไป) ออกมารองรับหน้าที่ที่ดังกล่าวของจิตแพทย์ให้ครบถ้วนแล้ว ซึ่งจะทำให้กฎหมายมีสภาพบังคับและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมถึงช่วยให้สามารถป้องกันสังคมจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายอีกด้วย

2. กำหนดความคุ้มครองให้แก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากสภาพการณ์ในปัจจุบันจิตแพทย์อาจต้องกังวลเรื่องความรับผิดชอบเพราะมิได้มีกฎหมายให้ความคุ้มครองจิตแพทย์ไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้บัญญัติกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวงดังเช่นบทบัญญัติของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ให้จิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบใช้ค่าเสียหายใดๆ ในทางแพ่ง รวมถึงให้ได้รับการคุ้มครองจากการถูกฟ้องร้องหรือการดำเนินคดีในชั้นศาล หากจิตแพทย์ได้ดำเนินการระบวงการเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชอย่างถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนดแล้ว เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่จิตแพทย์ว่า แม้จิตแพทย์จะประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชคลาดเคลื่อนก็ตาม แต่จิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบจากความผิดพลาดดังกล่าว เพราะถือว่าจิตแพทย์ได้ดำเนินการตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพเรียบร้อยแล้ว

3. กำหนดให้จิตแพทย์มีความรับผิดชอบทางแพ่งในกรณีที่ฝ่าฝืนหรือมิได้ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ต้องเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อกำหนดให้การเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเป็นหน้าที่ทางกฎหมายและให้ความคุ้มครองแก่จิตแพทย์ที่เปิดเผยความลับดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยเห็นว่า สมควรกำหนดความรับผิดชอบทางแพ่งให้แก่จิตแพทย์ที่ไม่เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้แก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานของรัฐทราบ แล้วแต่กรณี โดยให้นำหลักการเดียวกันกับกฎหมายของมลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา มาเป็นต้นแบบที่กำหนดให้จิตแพทย์ต้องชดใช้ค่าเสียหายให้แก่เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชในกรณีที่ไม่วางความอันตรายดังกล่าวให้ผู้อื่นทราบ รวมทั้งนำหลักการสิ้นสุดหน้าที่ที่ต้องเตือนและป้องกัน (Duty to protect) ของจิตแพทย์มาใช้ด้วย กล่าวคือ หากจิตแพทย์ได้ดำเนินการแจ้งให้เหยื่อหรือบุคคลที่อาจได้รับอันตราย หรือหน่วยงานรัฐทราบถึงอันตรายดังกล่าวแล้วหน้าที่และความรับผิดชอบของจิตแพทย์ย่อมสิ้นสุดลง ซึ่งผู้วิจัยมองว่า การบัญญัติกฎหมายในลักษณะนี้จะทำให้จิตแพทย์และหน่วยงานของรัฐเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของตนเองมากยิ่งขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มิได้บัญญัติหรือกล่าวถึงเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางแพ่งเอาไว้อย่างชัดเจน

รวมถึงในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ก็มีได้บัญญัติความรับผิดของจิตแพทย์ในลักษณะนี้เอาไว้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้กำหนดความรับผิดในทางแพ่งนี้ลงในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพิ่มเติม กล่าวคือ ให้เป็นความรับผิดทางแพ่งตามกฎหมายพิเศษและให้เป็นความรับผิดอย่างเคร่งครัด (Strict Liability)

4. กำหนดให้องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพจัดทำมาตรฐานประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช (clinical standard of risk assessment) และแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพด้านความลับของผู้ป่วย (Guideline on Confidentiality)

เนื่องจากปัจจุบันองค์กรวิชาชีพยังมีได้มีการจัดทำมาตรฐานการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวช (Clinical standard of risk assessment) และแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพเกี่ยวกับความลับของผู้ป่วย (Guideline on confidentiality) ใ่ว่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาความไม่ชัดเจนของกฎหมายและให้การประเมินอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์ดำเนินไปอย่างแม่นยำและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพจัดทำคู่มือการประเมินความเสี่ยงและแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพดังกล่าวให้แก่จิตแพทย์ดังเช่นที่สมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา แพทยสภาและราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดทำขึ้น โดยให้ในคู่มือดังกล่าวระบุขั้นตอนตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงจนกระทั่งเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชให้ชัดเจนตามลำดับ ทั้งนี้ นอกจากการจัดทำคู่มือและแนวทางปฏิบัติแห่งวิชาชีพดังกล่าวจะสร้างมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพให้ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันแล้ว ยังช่วยให้จิตแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวเข้าใจหน้าที่และบทบาทของตนเองมากยิ่งขึ้น โดยภายหลังที่กำหนดแนวปฏิบัติแห่งวิชาชีพและมาตรฐานการประเมินความเสี่ยงของผู้ประกอบวิชาชีพเรียบร้อยแล้ว องค์กรที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพควรจัดอบรมให้แก่จิตแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวทุกคนเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน รวมถึงจัดให้มีการอบรมแก่จิตแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาในภายหลังด้วย

5. กำหนดมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจุบัน ไม่มีหลักกฎหมายหรือมาตรการใดที่จะนำมาใช้ในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช อีกทั้งกฎหมายเพียงบัญญัติให้จิตแพทย์อาจเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชเท่านั้น แต่ไม่ได้มีมาตรการทางกฎหมายใดๆ ที่กำหนดให้ดำเนินการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเลย ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า หากไม่มีการกำหนดมาตรการป้องกันแล้ว รัฐก็อาจป้องกันสังคมจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้ เนื่องจากเพียงแต่การกำหนดให้จิตแพทย์เปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายนั้น ไม่เพียงพอที่จะป้องกันอันตรายได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเสนอแนะให้กำหนดมาตรการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มเติม

ไว้ในกฎหมายด้วย เช่น การกำหนดให้มีหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการรับเรื่องจากจิตแพทย์ ภายหลังจากที่จิตแพทย์ประเมินแล้วเห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชอาจเป็นอันตรายแก่ผู้อื่น และอาจกำหนดให้โรงพยาบาลที่จิตแพทย์สังกัดและหน่วยงานของรัฐดังกล่าว ร่วมประชุมและพิจารณาเพื่อกำหนด วิธีการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นร่วมกันก็เป็นได้

6. กำหนดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบให้ชัดเจนเพื่อกำหนดการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช

แม้ว่าจะมีข้อยกเว้นให้จิตแพทย์สามารถเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชได้ในกรณีที่เขาข้อยกเว้นตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดก็ตาม แต่ไม่เป็นการชัดเจนว่า หน่วยงานใดเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและรับแจ้งอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวช เพราะกฎหมายมิได้เขียนให้ชัดเจน อีกทั้งการแจ้งเหตุอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชให้แก่เจ้าหน้าที่ตำรวจทราบก็ไม่แน่นอนว่าตำรวจจะตอบสนองต่อการป้องกันอันตรายดังกล่าวได้มากน้อยเพียงใด ดังนั้นในปัจจุบันจึงทำให้ไม่มีหน่วยงานที่รับแจ้งเหตุอันตรายดังกล่าวอย่างเป็นทางการ กลายเป็นว่าเมื่อจิตแพทย์มีความประสงค์ที่จะเปิดเผยความลับที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชแล้ว ให้จิตแพทย์แจ้งมาที่หน่วยงานดังกล่าวซึ่งภายหลังจากที่หน่วยงานรับเรื่องแล้วจะมีมาตรการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป เช่น จัดเจ้าหน้าที่เข้าติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช หรือกักตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ เป็นต้น ดังนั้นผู้เขียนจึงเสนอแนะให้แก้ไขกฎหมายด้วยการระบุหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจน เพื่อให้มีหน่วยงานที่ตอบสนองต่อการรับเรื่องจากจิตแพทย์และดำเนินการตามมาตรการต่อไป เพื่อป้องกันอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นแก่เหยื่อหรือผู้อื่น

7. แก้ไขกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีความสอดคล้องกัน

ดังที่กล่าวไปแล้วว่ามีกฎหมายฉบับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง ดังนั้นภายหลังจากที่บัญญัติเพิ่มมาตรการทางกฎหมายดังกล่าวข้างต้นที่ผู้วิจัยได้เสนอแนะไปแล้ว ก็ต้องมีการปรับแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกันด้วย เพื่อป้องกันมิให้เกิดช่องว่างของกฎหมายและให้กฎหมายทั้งระบบมีความสอดคล้องกันซึ่งหากกระทำได้อาจจะช่วยให้อาการเกี่ยวกับจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายของผู้ป่วยจิตเวชโดยจิตแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ปริญญา

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กมลชัย รัตนสกวาวงศ์. “ความยินยอมในกฎหมายอาญา.” *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 2523.

กมลลา สุวรรณธรรมา. “ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิในการรับรู้และสิทธิส่วนบุคคลและอิทธิพลของภาพลักษณ์ต่อการประเมินเหตุการณ์ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

กองส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม.

“ชุดความรู้สิทธิมนุษยชน สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ สนธิสัญญาหลักระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่ประเทศไทยภาคี.”

จาก http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/HRC/nhr.pdf, 20 กรกฎาคม 2561.

กุสุมา จินดาทิพย์. “ความจำเป็นที่กฎหมายยอมรับ,” *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 2531.

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชน ว่าด้วย รัฐ รัฐธรรมนูญ และกฎหมาย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2557.

ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-มาตรา 366.

พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2554.

ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. คำบรรยายเนติบัณฑิตยสภา ภาคหนึ่ง ปีการศึกษา 2553.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2553.

จรัญ โฆษณานันท์. กฎหมายกับสิทธิเสรีภาพในสังคมไทย: เส้นขนานจาก 2475

ถึงปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มประสานงานศาสนาเพื่อสังคม, 2528.

จิตติ ดิงศภทิพย์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3. พิมพ์ครั้งที่ 5.

กรุงเทพมหานคร: สำนักอบรมกฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2539.

จิรารัตน์ วรวัฒน์ธำรง. “การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล,” *วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 2548.

เฉลิมเกียรติ ศิวานวล. ปรัชญาสิทธิมนุษยชนและพันธะกรณีไทยในสังคมไทย.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: งานดี, 2530.

ชุนตรา อธิธรรมวินิจ. “ความลับของผู้ป่วย (Patients’ Confidentiality).”

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, (2541).

ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. “มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

ชูชีพ ปิณฑะศิริ. “การละเมิดสิทธิส่วนตัว.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2525.

ชัชวาล มีเมตตา. “สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
พ.ศ. 2550 : ศึกษากรณีปัญหาสิทธิพิเศษการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติ
สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2553.

ณัฐวสา ฉัตรไพบูลย์. “ความลับกับหน้าที่ต่อสังคมของแพทย์.” วารสารกฎหมาย คณะนิติศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 22(3). (2547).

ทรงชัย รัตนปริญญาพันธ์. “การเปิดเผยความลับของผู้ป่วย.”

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2529.

นิรมัย พิศแข มั่นจิตร. กฎหมายว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยและการจัดทำบริการด้านสุขภาพ.

กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. กฎหมายมหาชน เล่ม 1 วิวัฒนาการทางปรัชญาและลักษณะ

ของกฎหมายมหาชนในยุคต่างๆ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2538.

บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. กฎหมายมหาชน เล่มที่ 3 ที่มาและนิติวิธี, กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2538.

บรรเจิด สิงคะเนติ. หลักพื้นฐานของสิทธิและเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ตามรัฐธรรมนูญ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2543.

บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ. คำอธิบายรัฐธรรมนูญเปรียบเทียบ: รัฐธรรมนูญเยอรมัน. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.

ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง. “สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช.” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

44(4). (2542).

ปรีชา ช่างขวัญยืน. อารยธรรมสมัยโบราณ-สมัยกลาง. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

พิพัฒน์ ขำชะจิตร์. รายงานเรื่อง “การบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต” หลักสูตรผู้พิพากษา

ผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่ 9, กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการ

ศาลยุติธรรม, 2554.

ไพจิตร ปุณฺณพันธ์. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ลักษณะละเมิด.

พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณสาร, 2525.

ราชบัณฑิตยสถาน. “พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554.” จาก

<http://www.royin.go.th/dictionary>, 3 มีนาคม 2560.

วรพจน์ วิสสุตพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

พุทธศักราช 2540. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2543.

วรเจตน์ ภาคีรัตน์. คำสอนว่าด้วย รัฐและหลักกฎหมายมหาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2557.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. “ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์เปรียบเทียบ เปรียบเทียบความยินยอมที่
ได้รับการบอกกล่าวในกฎหมายอังกฤษและกฎหมายเยอรมัน.” บทบัญญัติ, 43(4). (2530).

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. แพทย์กับความลับของผู้ป่วย.” คลินิก. 3(3). (2530).

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. “สิทธิผู้ป่วย.” วารสารนิติศาสตร์. 22(4). (2535).

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, บรรณาธิการ. สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2553.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. นิติเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2548.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. จากจรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2559.

วิษณุ เครื่องาม. สิทธิเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ ในรวมบทความสู่สิทธิมนุษยชน. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

วีระ โลจายะ. กฎหมายสิทธิมนุษยชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2525.

วีระ โลจายะ. กฎหมายสิทธิมนุษยชน. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์, 2532.

วุฒิชัย จิตदानุ. “สิทธิที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ในประเทศต่างๆทั่วโลก.”

วารสารศาลรัฐธรรมนูญ. 5(14). (2546).

ศักดิ์ สติรเรื่องชัย. “การรักษาความลับของผู้ป่วย.” เวชบันทึกศิริราช. (กรกฎาคม ธันวาคม 2556).

ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

(ร่าง) แนวปฏิบัติตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุข.

กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560.

สภาพนายความ. “ป้องกันตัว...ไม่ผิดกฎหมาย.” จาก

<http://www.lawyerscouncil.or.th/infor/lin57.htm>, 13 กันยายน 2559.

สมยศ เชื้อไทย. หลักกฎหมายมหาชนเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2536.

สุจิตรา วงศ์กำแหง. “หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล
ในวาระสุดท้ายของชีวิต.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2546.

สุปิ่น พูลพัฒน์. คำอธิบายเรียงมาตราประมวลกฎหมายอาญา ตอน 4.

กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2521.

สุมาลี วงษ์วิฑิต. กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยละเมิด จัดการงานนอกสั่ง ลากมิควรได้.

พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2548.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส, บรรณาธิการ. รวมคำบรรยายหลักวิชาซีพนักกฎหมาย.

กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. “กฎหมายสุขภาพจิต มาตรการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต.”

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 14(13). (2549).

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา.

เอกสารประกอบการสัมมนาโครงการอบรมให้ความรู้“แนวทางในการประเมินอาการ
และนำส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต สำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน.
โครงการจัดโดย กรมสุขภาพจิต, โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลีช คอนเวนชั่น นนทบุรี,
(2560, 25-26 ธันวาคม).

สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ. “การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล
โดยปราศจากความยินยอม.” จาก

http://www.oic.go.th/web2017/disclosure_pi_without_consent_data_subject.htm,
13 มกราคม 2561.

วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์ และชนสร สุทธิบัติ. กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลัง
ได้รับการบอกกล่าวแล้ว. กรุงเทพมหานคร: นิติธรรม, 2561.

หยุด แสงอุทัย. กฎหมายอาญา ภาค 2-3. พิมพ์ครั้งที่ 7 ปรับปรุงใหม่

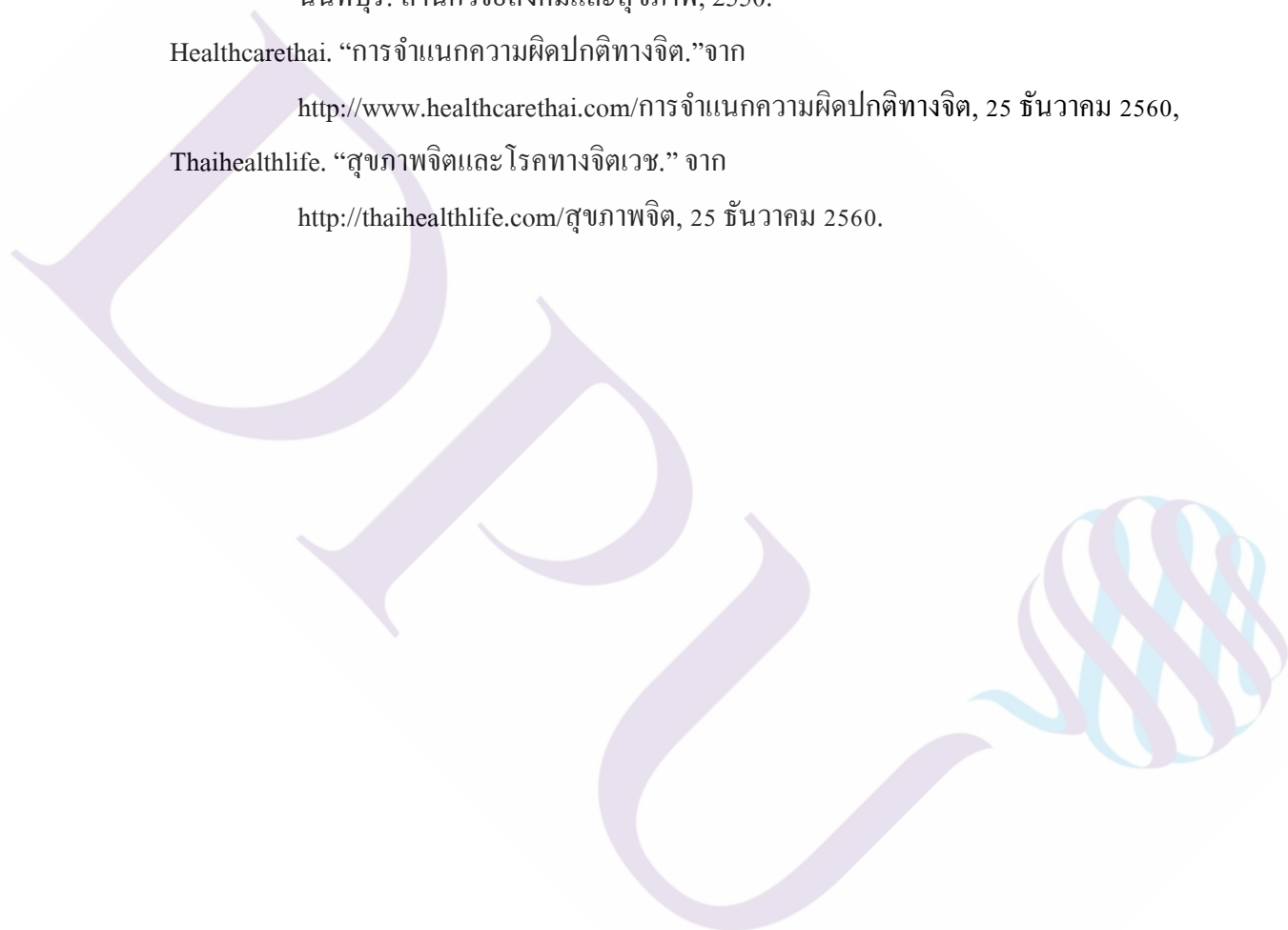
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.

อุดม รัฐอมฤต. การอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของบุคคลตาม

มาตรา 28 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพมหานคร: นานาส์พิมพ์, 2544.

- อุดมศักดิ์ สินธิพงษ์. สิทธิมนุษยชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2548.
- อฉนพ ชูบารุง. อาชญาวิทยาและอาชญากรรม, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2532.
- สมภพ เรืองตระกูล, และคณะ. คู่มือเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์, 2525.
- สมคิด เลิศไพฑูรย์, และกล้า สมุทวณิช. การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน
โดยศาลรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ, 2546.
- สุรสม กฤษณะจุฑา, และคณะ. สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน. พิมพ์ครั้งที่ 1.
นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, 2550.
- Healthcarethai. “การจำแนกความผิดปกติทางจิต.” จาก
<http://www.healthcarethai.com/การจำแนกความผิดปกติทางจิต>, 25 ธันวาคม 2560,
- Thaihealthlife. “สุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช.” จาก
<http://thaihealthlife.com/สุขภาพจิต>, 25 ธันวาคม 2560.



ภาษาต่างประเทศ

Ackerknecht. EH.A short history of medicine. New York : Ronald Press, 1955.

Andre de Laubadere, Jean Claude Venezia and Yves Gaudement.

“Traite de droit administrative In Tome I.” Paris, LGDI, Vol. 43 N4. (1990).

Andy Young. “The Arms of the Infinite? The Liability of Mental Health Professionals for the Violent Acts of their Patient.” In Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice. 8 (1). 2011

Attorney General v Guardian Newspaper (1990) AC 109, (1988) 3 All ER 176-177, 545.

Christoffel T. Health and the Law. New York : A division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1982.

Davis, B.A. History of forensic medicine. In The Medico-legal, J1985 (53 part I), 1958.

Dunbar and S Rehm. On Visibility: AIDS, Deception by Patients and the Responsibility of the Doctor. In Journal of Medical Ethics, (18), 1992.

Dyer AR. Ethics. Advertising and the definition of a profession In J Med Ethics, 1985.

Finch, John D. Health Service’s Law. London : Sweet & Maxwell, 1981.

General Medical Council. “Confidentiality: good practice in handling patient information.”

From https://www.gmc-uk.org/Confidentiality_good_practice_in_handling_patient_information__English_0417.pdf_70080105.pdf, January 10, 2017.

George P. Fletcher. Rethinking Criminal Law, Toronto. Boston : Little Brown and Company, 1978.

Healy EF. Medical Ethics. (1st ed.). Chicago : Layola University Press, 1956.

Harry D. Krause, The Right to Privacy in Germany-Pointers for American Legislation?, 1965
Duke Law Journal 481-530 (1965)

Henry Campbell. Black’s Law Dictionary. (5th ed). St.Paul : Minn: West, 1968.

I Kenney & A Grubb. Medical Law: Text with Materials. (2nd ed.). London : Butterworth & Co. (publishers) Ltd, 1994.

JK Mason, RA McCall Smith and GT Laurie. Law and Medical Ethics.
London : Butterworths, 2002.

John Burke. Osborn’s concise Law Dictionary. (6th ed.). London : Sweet & Maxwell, 1994.

Jonathan Herring. Medical Law and Ethics. (5th ed). Oxford : Oxford University Press, 2014.

Kenneth Tardiff. Concise Guide to Assessment and Management of Violent Patients.

Washington DC : American Psychiatric Press Inc., 1989.

Manson JK. and McCall Smith RA., Medical Ethics. (8th ed).

London: Oxford University Press, 2010.

Max Radin. Radin Law Dictionary. (1st ed.). New York : Oceana Publications, 1955.

Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, and Derse AR.

Hippocrates to HIPAA: Privacy and confidentiality in emergency medicine Part I; conceptual, moral, and legal foundations In *Ann Emerg Med.*, 2005.Jan;45(1). p.53-59.

R Gillon. Philosophical Medical Ethics. Chichester, John Wiley, 1986.

Ralph Reisner. Law and The Mental Health System Civil and Criminal aspects.

St. Paul, Minn, America: American casebook series west publishing Co, 1985.

Reich W, editor. Encyclopedia of Bioethics. New York : Macmillan, 1995.

Robert M. Veatch. Medical Ethics. (2nd ed).

Washington DC : Georgetown University Press, 1989.

Rudolf Weber-Fas. Staatsdenker der Moderne. Tübingen : Mohr Siebeck, 2003.

S J Warwick. A vote for no confidence. In 15 *Journal of Medical Ethics*, 1989.

Segal, H., Warner, R. Origins of paternalism. In *Med Law*, 4 (4), 1985.

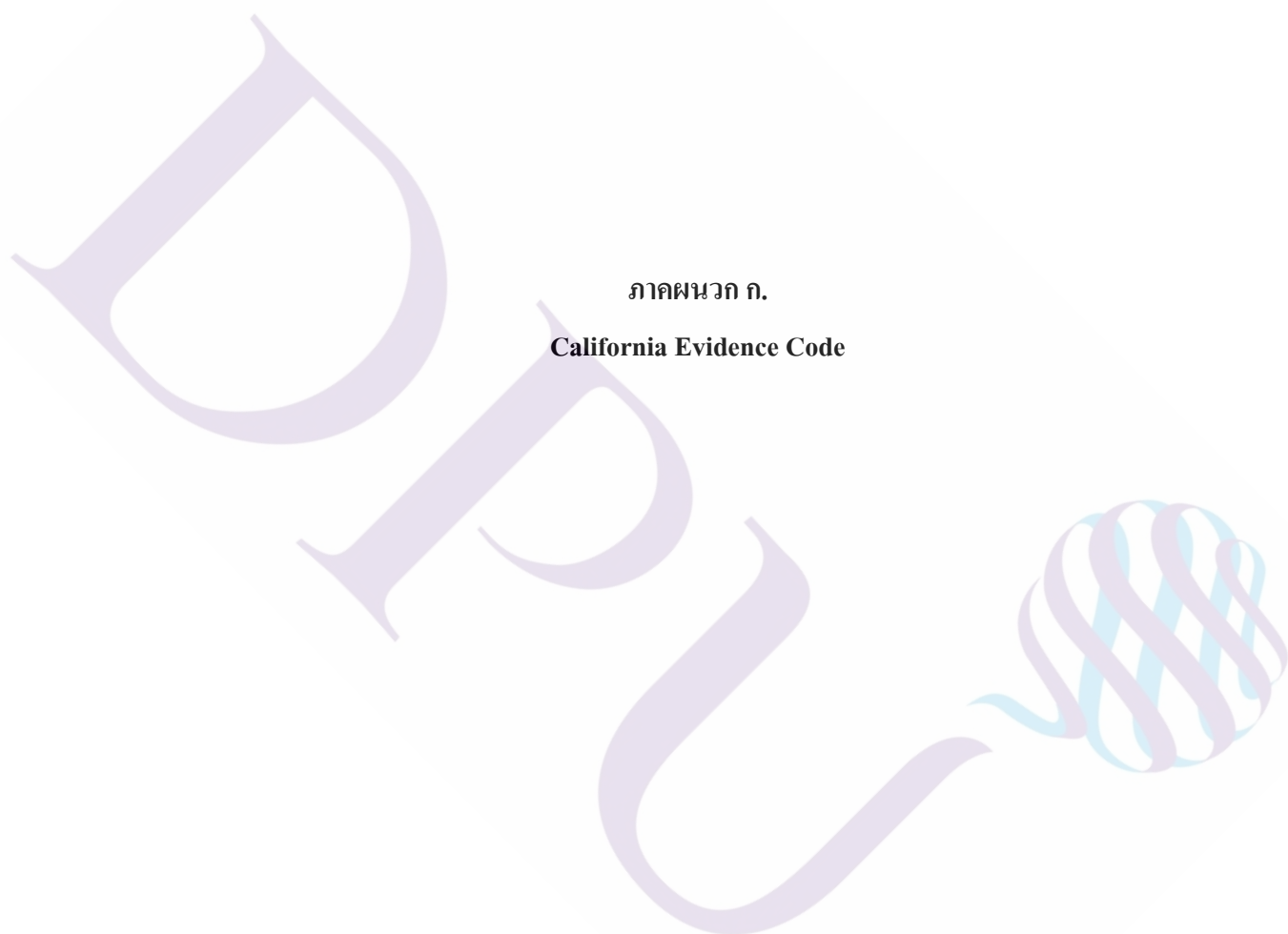
Wagner, H.J. Zur Historischen Entwicklung des Begriffs Aertzlicher Kunstfehler.

Im *ZblRechtsmed*, 1981.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.
California Evidence Code



Division 8. Privileges

Article 7. Psychotherapist-Patient Privilege

1010. As used in this article, “psychotherapist” means a person who is, or is reasonably believed by the patient to be:

(a) A person authorized to practice medicine in any state or nation who devotes, or is reasonably believed by the patient to devote, a substantial portion of his or her time to the practice of psychiatry.

(b) A person licensed as a psychologist under Chapter 6.6 (commencing with Section 2900) of Division 2 of the Business and Professions Code.

(c) A person licensed as a clinical social worker under Chapter 14 (commencing with Section 4991) of Division 2 of the Business and Professions Code, when he or she is engaged in applied psychotherapy of a nonmedical nature.

(d) A person who is serving as a school psychologist and holds a credential authorizing that service issued by the state.

(e) A person licensed as a marriage and family therapist under Chapter 13 (commencing with Section 4980) of Division 2 of the Business and Professions Code.

(f) A person registered as a psychological assistant who is under the supervision of a licensed psychologist or board certified psychiatrist as required by Section 2913 of the Business and Professions Code, or a person registered as an associate marriage and family therapist who is under the supervision of a licensed marriage and family therapist, a licensed clinical social worker, a licensed psychologist, or a licensed physician and surgeon certified in psychiatry, as specified in Section 4980.44 of the Business and Professions Code.

(g) A person registered as an associate clinical social worker who is under supervision as specified in Section 4996.23 of the Business and Professions Code.

(h) A person registered with the Board of Psychology as a registered psychologist who is under the supervision of a licensed psychologist or board certified psychiatrist.

(i) A psychological intern as defined in Section 2911 of the Business and Professions Code who is under the supervision of a licensed psychologist or board certified psychiatrist.

(j) A trainee, as defined in subdivision (c) of Section 4980.03 of the Business and Professions Code, who is fulfilling his or her supervised practicum required by subparagraph (B) of paragraph (1) of subdivision (d) of Section 4980.36 of, or subdivision (c) of Section 4980.37 of, the Business and Professions Code and is supervised by a licensed psychologist, a board certified psychiatrist, a licensed clinical social worker, a licensed marriage and family therapist, or a licensed professional clinical counselor.

(k) A person licensed as a registered nurse pursuant to Chapter 6 (commencing with Section 2700) of Division 2 of the Business and Professions Code, who possesses a master's degree in psychiatric-mental health nursing and is listed as a psychiatric-mental health nurse by the Board of Registered Nursing.

(l) An advanced practice registered nurse who is certified as a clinical nurse specialist pursuant to Article 9 (commencing with Section 2838) of Chapter 6 of Division 2 of the Business and Professions Code and who participates in expert clinical practice in the specialty of psychiatric-mental health nursing.

(m) A person rendering mental health treatment or counseling services as authorized pursuant to Section 6924 of the Family Code.

(n) A person licensed as a professional clinical counselor under Chapter 16 (commencing with Section 4999.10) of Division 2 of the Business and Professions Code.

(o) A person registered as an associate professional clinical counselor who is under the supervision of a licensed professional clinical counselor, a licensed marriage and family therapist, a licensed clinical social worker, a licensed psychologist, or a licensed physician and surgeon certified in psychiatry, as specified in Sections 4999.42 to 4999.46, inclusive, of the Business and Professions Code.

(p) A clinical counselor trainee, as defined in subdivision (g) of Section 4999.12 of the Business and Professions Code, who is fulfilling his or her supervised practicum required by paragraph (3) of subdivision (c) of Section 4999.32 of, or paragraph (3) of subdivision (c) of Section 4999.33 of, the Business and Professions Code, and is supervised by a licensed psychologist, a board-certified psychiatrist, a licensed clinical social worker, a licensed marriage and family therapist, or a licensed professional clinical counselor.

(Amended by Stats. 2017, Ch. 573, Sec. 75. (SB 800) Effective January 1, 2018.)

1010.5. A communication between a patient and an educational psychologist, licensed under Article 5 (commencing with Section 4986) of Chapter 13 of Division 2 of the Business and Professions Code, shall be privileged to the same extent, and subject to the same limitations, as a communication between a patient and a psychotherapist described in subdivisions (c), (d), and (e) of Section 1010.

(Added by Stats. 1985, Ch. 545, Sec. 1.)

1018. There is no privilege under this article if the services of the psychotherapist were sought or obtained to enable or aid anyone to commit or plan to commit a crime or a tort or to escape detection or apprehension after the commission of a crime or a tort.

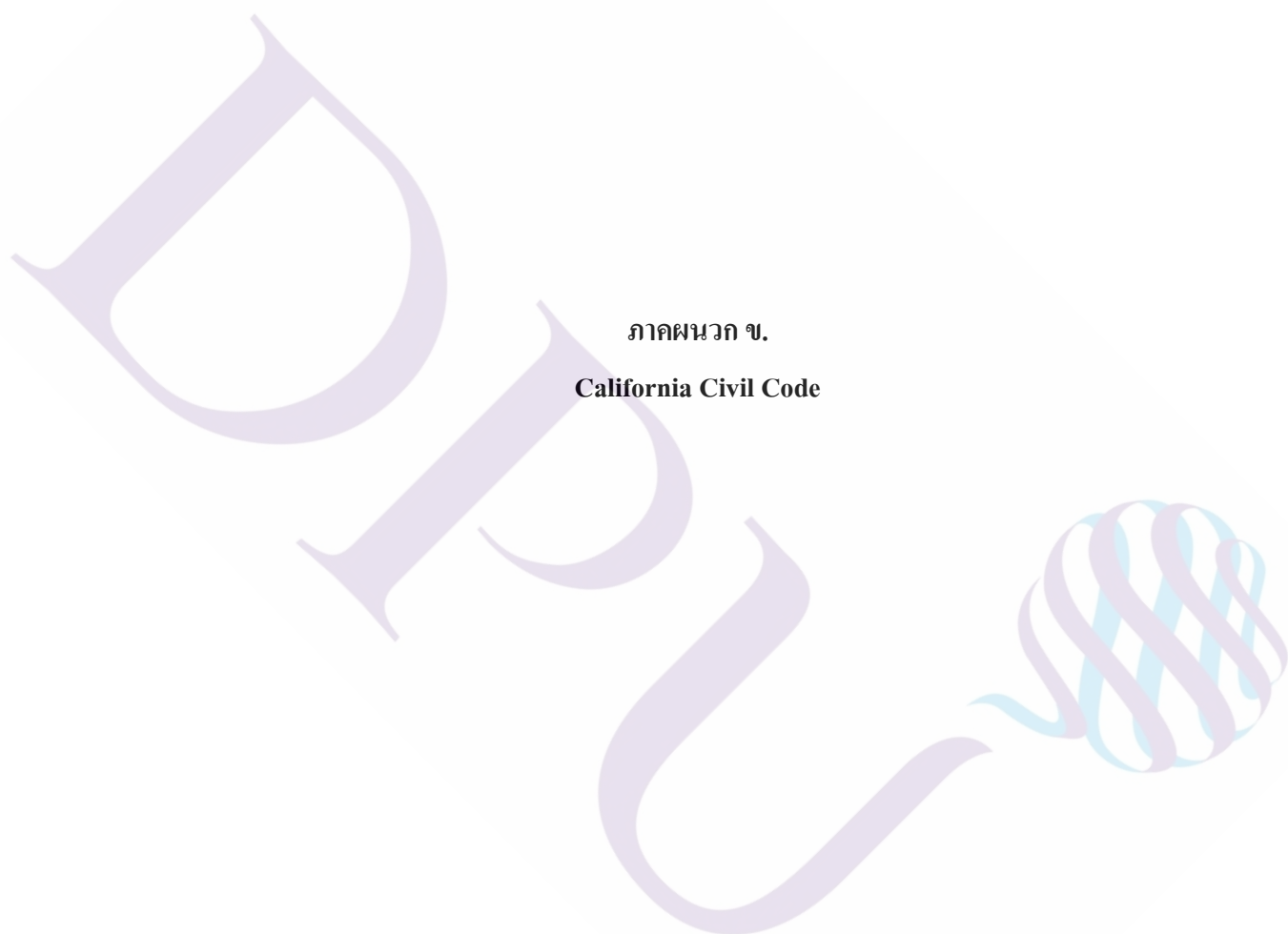
(Enacted by Stats. 1965, Ch. 299.)

1024. There is no privilege under this article if the psychotherapist has reasonable cause to believe that the patient is in such mental or emotional condition as to be dangerous to himself or to the person or property of another and that disclosure of the communication is necessary to prevent the threatened danger.

(Enacted by Stats. 1965, Ch. 299.)



ภาคผนวก ข.
California Civil Code



DIVISION 1. PERSONS**PART 2. PERSONAL RIGHTS**

43.92. (a) There shall be no monetary liability on the part of, and no cause of action shall arise against, any person who is a psychotherapist as defined in Section 1010 of the Evidence Code in failing to protect from a patient's threatened violent behavior or failing to predict and protect from a patient's violent behavior except if the patient has communicated to the psychotherapist a serious threat of physical violence against a reasonably identifiable victim or victims.

(b) There shall be no monetary liability on the part of, and no cause of action shall arise against, a psychotherapist who, under the limited circumstances specified in subdivision (a), discharges his or her duty to protect by making reasonable efforts to communicate the threat to the victim or victims and to a law enforcement agency.

(c) It is the intent of the Legislature that the amendments made by the act adding this subdivision only change the name of the duty referenced in this section from a duty to warn and protect to a duty to protect. Nothing in this section shall be construed to be a substantive change, and any duty of a psychotherapist shall not be modified as a result of changing the wording in this section.

(d) It is the intent of the Legislature that a court interpret this section, as amended by the act adding this subdivision, in a manner consistent with the interpretation of this section as it read prior to January 1, 2013.

(Amended by Stats. 2012, Ch. 149, Sec. 1. (SB 1134) Effective January 1, 2013.)

DIVISION 1. PERSONS**PART 2.6. CONFIDENTIALITY OF MEDICAL INFORMATION****CHAPTER 2. Disclosure of Medical Information by Providers**

56.10. (a) A provider of health care, health care service plan, or contractor shall not disclose medical information regarding a patient of the provider of health care or an enrollee or subscriber of a health care service plan without first obtaining an authorization, except as provided in subdivision (b) or (c).

(b) A provider of health care, a health care service plan, or a contractor shall disclose medical information if the disclosure is compelled by any of the following:

(1) By a court pursuant to an order of that court.

(2) By a board, commission, or administrative agency for purposes of adjudication pursuant to its lawful authority.

(3) By a party to a proceeding before a court or administrative agency pursuant to a subpoena, subpoena duces tecum, notice to appear served pursuant to Section 1987 of the Code of Civil Procedure, or any provision authorizing discovery in a proceeding before a court or administrative agency.

(4) By a board, commission, or administrative agency pursuant to an investigative subpoena issued under Article 2 (commencing with Section 11180) of Chapter 2 of Part 1 of Division 3 of Title 2 of the Government Code.

(5) By an arbitrator or arbitration panel, when arbitration is lawfully requested by either party, pursuant to a subpoena duces tecum issued under Section 1282.6 of the Code of Civil Procedure, or another provision authorizing discovery in a proceeding before an arbitrator or arbitration panel.

(6) By a search warrant lawfully issued to a governmental law enforcement agency.

(7) By the patient or the patient's representative pursuant to Chapter 1 (commencing with Section 123100) of Part 1 of Division 106 of the Health and Safety Code.

(8) By a medical examiner, forensic pathologist, or coroner, when requested in the course of an investigation by a medical examiner, forensic pathologist, or coroner's office for the purpose of identifying the decedent or locating next of kin, or when investigating deaths that may involve public health concerns, organ or tissue donation, child abuse, elder abuse, suicides,

poisonings, accidents, sudden infant deaths, suspicious deaths, unknown deaths, or criminal deaths, or upon notification of, or investigation of, imminent deaths that may involve organ or tissue donation pursuant to Section 7151.15 of the Health and Safety Code, or when otherwise authorized by the decedent's representative. Medical information requested by a medical examiner, forensic pathologist, or coroner under this paragraph shall be limited to information regarding the patient who is the decedent and who is the subject of the investigation or who is the prospective donor and shall be disclosed to a medical examiner, forensic pathologist, or coroner without delay upon request. A medical examiner, forensic pathologist, or coroner shall not disclose the information contained in the medical record obtained pursuant to this paragraph to a third party without a court order or authorization pursuant to paragraph (4) of subdivision (c) of Section 56.11.

(9) When otherwise specifically required by law.

(c) A provider of health care or a health care service plan may disclose medical information as follows:

(1) The information may be disclosed to providers of health care, health care service plans, contractors, or other health care professionals or facilities for purposes of diagnosis or treatment of the patient. This includes, in an emergency situation, the communication of patient information by radio transmission or other means between emergency medical personnel at the scene of an emergency, or in an emergency medical transport vehicle, and emergency medical personnel at a health facility licensed pursuant to Chapter 2 (commencing with Section 1250) of Division 2 of the Health and Safety Code.

(2) The information may be disclosed to an insurer, employer, health care service plan, hospital service plan, employee benefit plan, governmental authority, contractor, or other person or entity responsible for paying for health care services rendered to the patient, to the extent necessary to allow responsibility for payment to be determined and payment to be made. If (A) the patient is, by reason of a comatose or other disabling medical condition, unable to consent to the disclosure of medical information and (B) no other arrangements have been made to pay for the health care services being rendered to the patient, the information may be disclosed to a governmental authority to the extent necessary to determine the patient's eligibility for, and to obtain, payment under a governmental program for health care services provided to the patient. The information may also be

disclosed to another provider of health care or health care service plan as necessary to assist the other provider or health care service plan in obtaining payment for health care services rendered by that provider of health care or health care service plan to the patient.

(3) The information may be disclosed to a person or entity that provides billing, claims management, medical data processing, or other administrative services for providers of health care or health care service plans or for any of the persons or entities specified in paragraph (2). However, information so disclosed shall not be further disclosed by the recipient in a way that would violate this part.

(4) The information may be disclosed to organized committees and agents of professional societies or of medical staffs of licensed hospitals, licensed health care service plans, professional standards review organizations, independent medical review organizations and their selected reviewers, utilization and quality control peer review organizations as established by Congress in Public Law 97-248 in 1982, contractors, or persons or organizations insuring, responsible for, or defending professional liability that a provider may incur, if the committees, agents, health care service plans, organizations, reviewers, contractors, or persons are engaged in reviewing the competence or qualifications of health care professionals or in reviewing health care services with respect to medical necessity, level of care, quality of care, or justification of charges.

(5) The information in the possession of a provider of health care or a health care service plan may be reviewed by a private or public body responsible for licensing or accrediting the provider of health care or a health care service plan. However, no patient-identifying medical information may be removed from the premises except as expressly permitted or required elsewhere by law, nor shall that information be further disclosed by the recipient in a way that would violate this part.

(6) The information may be disclosed to a medical examiner, forensic pathologist, or county coroner in the course of an investigation by a medical examiner, forensic pathologist, or coroner's office when requested for all purposes not included in paragraph (8) of subdivision (b). A medical examiner, forensic pathologist, or coroner shall not disclose the information contained in the medical record obtained pursuant to this paragraph to a third party without a court order or authorization pursuant to paragraph (4) of subdivision (c) of Section 56.11.

(7) The information may be disclosed to public agencies, clinical investigators, including investigators conducting epidemiologic studies, health care research organizations, and accredited public or private nonprofit educational or health care institutions for bona fide research purposes. However, no information so disclosed shall be further disclosed by the recipient in a way that would disclose the identity of a patient or violate this part.

(8) A provider of health care or health care service plan that has created medical information as a result of employment-related health care services to an employee conducted at the specific prior written request and expense of the employer may disclose to the employee's employer that part of the information that:

(A) Is relevant in a lawsuit, arbitration, grievance, or other claim or challenge to which the employer and the employee are parties and in which the patient has placed in issue his or her medical history, mental or physical condition, or treatment, provided that information may only be used or disclosed in connection with that proceeding.

(B) Describes functional limitations of the patient that may entitle the patient to leave from work for medical reasons or limit the patient's fitness to perform his or her present employment, provided that no statement of medical cause is included in the information disclosed.

(9) Unless the provider of health care or a health care service plan is notified in writing of an agreement by the sponsor, insurer, or administrator to the contrary, the information may be disclosed to a sponsor, insurer, or administrator of a group or individual insured or uninsured plan or policy that the patient seeks coverage by or benefits from, if the information was created by the provider of health care or health care service plan as the result of services conducted at the specific prior written request and expense of the sponsor, insurer, or administrator for the purpose of evaluating the application for coverage or benefits.

(10) The information may be disclosed to a health care service plan by providers of health care that contract with the health care service plan and may be transferred among providers of health care that contract with the health care service plan, for the purpose of administering the health care service plan. Medical information shall not otherwise be disclosed by a health care service plan except in accordance with this part.

(11) This part does not prevent the disclosure by a provider of health care or a health care service plan to an insurance institution, agent, or support organization, subject to Article 6 .6

(commencing with Section 791) of Chapter 1 of Part 2 of Division 1 of the Insurance Code, of medical information if the insurance institution, agent, or support organization has complied with all of the requirements for obtaining the information pursuant to Article 6.6 (commencing with Section 791) of Chapter 1 of Part 2 of Division 1 of the Insurance Code.

(12) The information relevant to the patient's condition, care, and treatment provided may be disclosed to a probate court investigator in the course of an investigation required or authorized in a conservatorship proceeding under the Guardianship-Conservatorship Law as defined in Section 1400 of the Probate Code, or to a probate court investigator, probation officer, or domestic relations investigator engaged in determining the need for an initial guardianship or continuation of an existing guardianship.

(13) The information may be disclosed to an organ procurement organization or a tissue bank processing the tissue of a decedent for transplantation into the body of another person, but only with respect to the donating decedent, for the purpose of aiding the transplant. For the purpose of this paragraph, "tissue bank" and "tissue" have the same meanings as defined in Section 1635 of the Health and Safety Code.

(14) The information may be disclosed when the disclosure is otherwise specifically authorized by law, including, but not limited to, the voluntary reporting, either directly or indirectly, to the federal Food and Drug Administration of adverse events related to drug products or medical device problems, or to disclosures made pursuant to subdivisions (b) and (c) of Section 11167 of the Penal Code by a person making a report pursuant to Sections 11165.9 and 11166 of the Penal Code, provided that those disclosures concern a report made by that person.

(15) Basic information, including the patient's name, city of residence, age, sex, and general condition, may be disclosed to a state-recognized or federally recognized disaster relief organization for the purpose of responding to disaster welfare inquiries.

(16) The information may be disclosed to a third party for purposes of encoding, encrypting, or otherwise anonymizing data. However, no information so disclosed shall be further disclosed by the recipient in a way that would violate this part, including the unauthorized manipulation of coded or encrypted medical information that reveals individually identifiable medical information.

(17) For purposes of disease management programs and services as defined in Section 1399.901 of the Health and Safety Code, information may be disclosed as follows: (A) to an entity contracting with a health care service plan or the health care service plan's contractors to monitor or administer care of enrollees for a covered benefit, if the disease management services and care are authorized by a treating physician, or (B) to a disease management organization, as defined in Section 1399.900 of the Health and Safety Code, that complies fully with the physician authorization requirements of Section 1399.902 of the Health and Safety Code, if the health care service plan or its contractor provides or has provided a description of the disease management services to a treating physician or to the health care service plan's or contractor's network of physicians. This paragraph does not require physician authorization for the care or treatment of the adherents of a well-recognized church or religious denomination who depend solely upon prayer or spiritual means for healing in the practice of the religion of that church or denomination.

(18) The information may be disclosed, as permitted by state and federal law or regulation, to a local health department for the purpose of preventing or controlling disease, injury, or disability, including, but not limited to, the reporting of disease, injury, vital events, including, but not limited to, birth or death, and the conduct of public health surveillance, public health investigations, and public health interventions, as authorized or required by state or federal law or regulation.

(19) The information may be disclosed, consistent with applicable law and standards of ethical conduct, by a psychotherapist, as defined in Section 1010 of the Evidence Code, if the psychotherapist, in good faith, believes the disclosure is necessary to prevent or lessen a serious and imminent threat to the health or safety of a reasonably foreseeable victim or victims, and the disclosure is made to a person or persons reasonably able to prevent or lessen the threat, including the target of the threat.

(20) The information may be disclosed as described in Section 56.103.

(21) (A) The information may be disclosed to an employee welfare benefit plan, as defined under Section 3(1) of the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (29 U.S.C. Sec. 1002(1)), which is formed under Section 302(c)(5) of the Taft-Hartley Act (29 U.S.C. Sec. 186(c)(5)), to the extent that the employee welfare benefit plan provides medical care, and may also be disclosed to an entity contracting with the employee welfare benefit plan for billing, claims

management, medical data processing, or other administrative services related to the provision of medical care to persons enrolled in the employee welfare benefit plan for health care coverage, if all of the following conditions are met:

(i) The disclosure is for the purpose of determining eligibility, coordinating benefits, or allowing the employee welfare benefit plan or the contracting entity to advocate on the behalf of a patient or enrollee with a provider, a health care service plan, or a state or federal regulatory agency.

(ii) The request for the information is accompanied by a written authorization for the release of the information submitted in a manner consistent with subdivision (a) and Section 56.11.

(iii) The disclosure is authorized by and made in a manner consistent with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (Public Law 104-191).

(iv) Any information disclosed is not further used or disclosed by the recipient in any way that would directly or indirectly violate this part or the restrictions imposed by Part 164 of Title 45 of the Code of Federal Regulations, including the manipulation of the information in any way that might reveal individually identifiable medical information.

(B) For purposes of this paragraph, Section 1374.8 of the Health and Safety Code shall not apply.

(22) Information may be disclosed pursuant to subdivision (a) of Section 15633.5 of the Welfare and Institutions Code by a person required to make a report pursuant to Section 15630 of the Welfare and Institutions Code, provided that the disclosure under subdivision (a) of Section 15633.5 concerns a report made by that person. Covered entities, as they are defined in Section 160.103 of Title 45 of the Code of Federal Regulations, shall comply with the requirements of the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) privacy rule pursuant to subsection (c) of Section 164.512 of Title 45 of the Code of Federal Regulations if the disclosure is not for the purpose of public health surveillance, investigation, intervention, or reporting an injury or death.

(d) Except to the extent expressly authorized by a patient, enrollee, or subscriber, or as provided by subdivisions (b) and (c), a provider of health care, health care service plan, contractor, or corporation and its subsidiaries and affiliates shall not intentionally share, sell, use for marketing, or otherwise use medical information for a purpose not necessary to provide health care services to the patient.

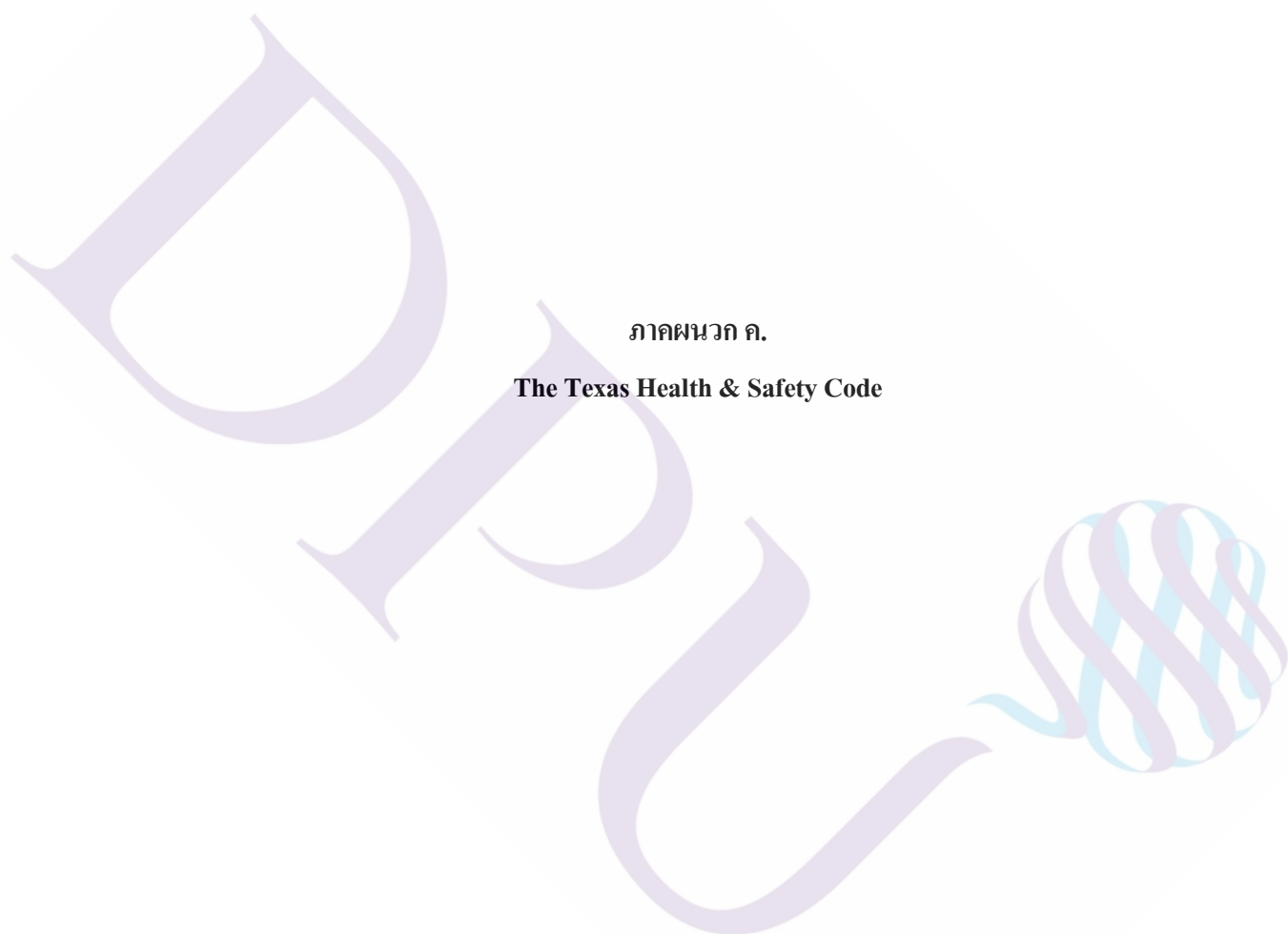
(e) Except to the extent expressly authorized by a patient or enrollee or subscriber or as provided by subdivisions (b) and (c), a contractor or corporation and its subsidiaries and affiliates shall not further disclose medical information regarding a patient of the provider of health care or an enrollee or subscriber of a health care service plan or insurer or self-insured employer received under this section to a person or entity that is not engaged in providing direct health care services to the patient or his or her provider of health care or health care service plan or insurer or self-insured employer.

(f) For purposes of this section, a reference to a “medical examiner, forensic pathologist, or coroner” means a coroner or deputy coroner as described in subdivision (c) of Section 830.35 of the Penal Code, or a licensed physician who currently performs official autopsies on behalf of a county coroner’s office or a medical examiner’s office, whether as a government employee or under contract to that office.

(Amended by Stats. 2016, Ch. 690, Sec. 1. (AB 2119) Effective January 1, 2017.)

ภาคผนวก ค.

The Texas Health & Safety Code



Title 7. Mental Health and Intellectual Disability

Subtitle E. Special Provisions Relating to Mental Illness and Mental Retardation

Chapter 611. Mental Health Records

611.001. Definitions

In this chapter:

(1) "Patient" means a person who consults or is interviewed by a professional for diagnosis, evaluation, or treatment of any mental or emotional condition or disorder, including alcoholism or drug addiction.

(2) "Professional" means:

(A) a person authorized to practice medicine in any state or nation;

(B) a person licensed or certified by this state to diagnose, evaluate, or treat any mental or emotional condition or disorder; or

(C) a person the patient reasonably believes is authorized, licensed, or certified as provided by this subsection.

611.002. Confidentiality of Information and Prohibition Against Disclosure

(a) Communications between a patient and a professional, and records of the identity, diagnosis, evaluation, or treatment of a patient that are created or maintained by a professional, are confidential.

(b) Confidential communications or records may not be disclosed except as provided by Section 611.004 or 611.0045 .

(c) This section applies regardless of when the patient received services from a professional.

611.003. Persons Who May Claim Privilege of Confidentiality

(a) The privilege of confidentiality may be claimed by:

(1) the patient;

(2) a person listed in Section 611.004(a)(4) or (a)(5) who is acting on the patient's behalf; or

(3) the professional, but only on behalf of the patient.

(b) The authority of a professional to claim the privilege of confidentiality on behalf of the patient is presumed in the absence of evidence to the contrary.

611.004. Authorized Disclosure of Confidential Information Other than in Judicial or Administrative Proceeding

(a) A professional may disclose confidential information only:

- (1) to a governmental agency if the disclosure is required or authorized by law;
- (2) to medical or law enforcement personnel if the professional determines that there is a probability of imminent physical injury by the patient to the patient or others or there is a probability of immediate mental or emotional injury to the patient;
- (3) to qualified personnel for management audits, financial audits, program evaluations, or research, in accordance with Subsection (b);
- (4) to a person who has the written consent of the patient, or a parent if the patient is a minor, or a guardian if the patient has been adjudicated as incompetent to manage the patient's personal affairs;
- (5) to the patient's personal representative if the patient is deceased;
- (6) to individuals, corporations, or governmental agencies involved in paying or collecting fees for mental or emotional health services provided by a professional;
- (7) to other professionals and personnel under the professionals' direction who participate in the diagnosis, evaluation, or treatment of the patient;
- (8) in an official legislative inquiry relating to a state hospital or state school as provided by Subsection (c);
- (9) to designated persons or personnel of a correctional facility in which a person is detained if the disclosure is for the sole purpose of providing treatment and health care to the person in custody;
- (10) to an employee or agent of the professional who requires mental health care information to provide mental health care services or in complying with statutory, licensing, or accreditation requirements, if the professional has taken appropriate action to ensure that the employee or agent:

(A) will not use or disclose the information for any other purposes; and

(B) will take appropriate steps to protect the information; or
(11) to satisfy a request for medical records of a deceased or incompetent person pursuant to Section

74.051(e), Civil Practice and Remedies Code .

(b) Personnel who receive confidential information under Subsection (a)(3) may not directly or indirectly identify or otherwise disclose the identity of a patient in a report or in any other manner.

(c) The exception in Subsection (a)(8) applies only to records created by the state hospital or state school or by the employees of the hospital or school. Information or records that identify a patient may be released only with the patient's proper consent.

(d) A person who receives information from confidential communications or records may not disclose the information except to the extent that disclosure is consistent with the authorized purposes for which the person first obtained the information. This subsection does not apply to a person listed in Subsection (a)(4) or (a)(5) who is acting on the patient's behalf.

ภาคผนวก ง.
North Carolina General Statutes



Chapter 8. Evidence

Article 7. Competency of Witnesses

8-53.8. Counselor privilege

No person, duly licensed pursuant to Chapter 90, Article 24, of the General Statutes, shall be required to disclose any information which he or she may have acquired in rendering professional counseling services, and which information was necessary to enable him or her to render professional counseling services: Provided, that the presiding judge of a superior or district court may compel such disclosure, if in the court's opinion the same is necessary to a proper administration of justice and such disclosure is not prohibited by other statute or regulation. (1983, c. 755, s. 2; 1993, c. 514, s. 2.)



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ – นามสกุล

ประวัติการศึกษา

ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน

ชนิกา แก้วรัตน์

พ.ศ. 2557 นิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง)

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2558 ศิลปศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.ศ. 2559 เนติบัณฑิตไทย สมัยที่ 69

ที่ปรึกษากฎหมาย

บริษัท เอ็ม เอ็ม ซี ทูลส์ (ประเทศไทย) จำกัด

