

สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐*

ไพศาล ลิ้มสถิตย์**

“มาตรา ๑๒ บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

ความเจริญก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบันและอนาคต มีส่วนช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น เพราะสามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่ไม่สามารถรักษาหายขาดได้ในอดีต ยิ่งกว่านั้น ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายหรือในวาระสุดท้ายยืดชีวิตออกไป และมีสภาพที่ไม่ต่างจากผักอย่างถาวร (persistent vegetative state) คือผู้ป่วยไม่สามารถรู้สึกตัว ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยอุปกรณ์การแพทย์

* ปรับปรุงจากบทความตีพิมพ์ใน วารสาร (สิงหาคม ๒๕๕๑), หน้า ๑๓๕-๑๕๐. และบทความ “สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายอย่างมีศักดิ์ศรี: กฎหมายและแนวปฏิบัติระหว่างประเทศ” วารสารสภาพนายนความคิด (ปีที่ ๑๔ ฉบับที่ ๘๖-๘๗, กันยายน-ตุลาคม ๒๕๕๙).

** ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ยืดการตายที่จะต้องเกิดขึ้นตามธรรมชาติออกไป โดยแพทย์ก็ไม่มีหนทางที่จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากสภาพดังกล่าวได้ แพทย์บางท่านอาจไม่บอกความจริงในเรื่องนี้แก่ญาติผู้ป่วย กฎหมายต่างประเทศและแนวปฏิบัติของนานาชาติได้กำหนดให้เป็นสิทธิผู้ป่วยที่สามารถแสดงความประสงค์จะตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการถูกเหนี่ยวรั้งด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยแพทย์และผู้เกี่ยวข้องมีหน้าที่ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของตน ทั้งนี้ เป็นคนละกรณีกับการเร่งการตายหรือการฆ่าตัวตายซึ่งขัดต่อจริยธรรม

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ บัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า “living will” โดยกฎหมายนี้เพิ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๐ อันที่จริงแล้วเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่เพราะมีการถกเถียงอภิปรายกันในสังคมไทยเป็นเวลากว่า ๓๐ ปี คนในสังคมในขณะนั้นยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้อย่างถูกต้อง บางท่านไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลตนเองได้ บางท่านเข้าใจว่าเป็นเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือเป็นกรณี Active Euthanasia หรือที่เรียกว่า “การุณยฆาต” (mercy killing) ซึ่งเป็นเรื่องที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใดๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่มีนักวิชาการที่เห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมาย จริยธรรมแห่งวิชาชีพ และความเชื่อทางศาสนา เพราะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่เหนี่ยวรั้งความตาย”

สิทธิตามมาตรา ๑๒ ตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ สอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (พ.ศ. ๒๕๕๐) โดยเฉพาะมาตรา ๔ มาตรา ๒๘ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์, มาตรา ๓๒ วรรคหนึ่ง สิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย สอดคล้องกับที่ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า สิทธิที่จะตาย (right to die) อย่างมีศักดิ์ศรีถือเป็นสิทธิทางธรรมชาติหรือ “สิทธิมนุษยชน” อย่างหนึ่งเช่นเดียวกับสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (right to life) กล่าวคือเป็นการยอมรับให้มนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจ

๑. ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส, “มาตรา ๑๒ ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต” (เอกสารประกอบการประชุม เขียน Living will อย่างไรให้มีผลทางกฎหมาย เมื่อวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๑ ณ ห้องประชุมจิตติ ดิงศภักดิ์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คุณภาพ

เกี่ยวกับตนเอง (the right to self-determination) หรืออาจเรียกว่า ความอิสระเสรีของมนุษย์ (human autonomy)^๒

“สิทธิปฏิเสธการรักษา” เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง องค์กรระหว่างประเทศโดยเฉพาะแพทยสมาคมโลก (WMA) ได้ออกคำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”)) นอกจากนี้ ยังมีบัญญัติไว้ในกฎหมายหลายประเทศ^๓ เช่น

- ประเทศสหรัฐอเมริกา “Patient Self-Determination Act” (1990)/“Uniform Health-Care Decisions Act” (1993) และกฎหมายของทุกมลรัฐ
- ประเทศออสเตรเลีย
 - มลรัฐ Northern Territory - “Natural Death Act” (1988)
 - มลรัฐ South Australia - “Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act”(1995)
 - มลรัฐ Australian Capital Territory - “Medical Treatment Act” (1994)
 - มลรัฐ Victoria - “Medical Treatment Act” (1988)
- ประเทศอังกฤษ - “Mental Capacity Act 2005”
- ประเทศสิงคโปร์ - “Advance Medical Directive Act” (1996)
- ประเทศเดนมาร์ก - “Law No. 482 of 1 July 1998 on patients’ rights”

พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๒ วรรคสอง กำหนดให้การทำหนังสือแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ต้องออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการ ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดประชุมหน่วยงาน

๒. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “สิทธิที่จะตาย (The Right to Die)”, คุณภาพ (เล่ม ๔ ปีที่ ๔๓, ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๓๙), หน้า ๙๓-๙๔. และข้อมูลการสัมภาษณ์ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ ณ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

๓. กรุณา ดู รายงานวิจัย เรื่อง สิทธิปฏิเสธการรักษาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒: ศึกษาเปรียบเทียบแนวคิดของต่างประเทศ โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์ (เสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ปรับปรุง มีนาคม ๒๕๕๒).

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

และผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมจัดทำร่างกฎกระทรวงดังกล่าว บทความนี้อธิบายแนวคิดเรื่อง การแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามแนวปฏิบัติและกฎหมายที่นานาประเทศยอมรับและความพร้อมของประเทศไทย

แนวทางปฏิบัติและกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันมีแนวปฏิบัติระหว่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นที่ยอมรับกันทั่วไป ได้แก่ “ปฏิญญาสิทธิผู้ป่วย” และ “คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า” ของแพทยสมาคมโลก รวมทั้งคดีความที่ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) เคยตัดสินวางหลักการไว้

แพทยสมาคมโลก

แพทยสมาคมโลก (World Medical Association-WMA) ในฐานะองค์กรวิชาชีพระหว่างประเทศ ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวดสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้สมาคมทางการแพทย์ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรในประเทศอื่นๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม ประเทศสมาชิกเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องควบคุมดูแลความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการกระทำหรืองดเว้นกระทำการที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมากได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ (right to die)^๔ แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบทางจริยธรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

- “ปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)^๕

๔. ผู้เขียนจะใช้คำนี้ในความหมายของสิทธิในการตายตามกระบวนการธรรมชาติ มิได้หมายถึงกรณีการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือกรณี “euthanasia” ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก.

๕. กรุณา ดู “ปฏิญญาเรื่อง สิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก” แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์

คุณภาพ

แพทยสมาคมโลกออกปฏิญญา “สิทธิผู้ป่วย” ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๘๑ ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดเมื่อปีที่ผ่านมา (ค.ศ. ๒๐๐๕) มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และผู้ที่เกี่ยวข้อง หัวใจสำคัญคือแพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบ เคารพผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย อันที่จริงแล้วเนื้อหาของปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยแต่ละข้อมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น ในที่นี้จะยกมาเพียงบางข้อมาวิเคราะห์ เพื่อนำมาปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม หลักการสำคัญมีดังนี้

ข้อ ๑๐ ของปฏิญญานี้รับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

“ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้”

ข้อความนี้สอดคล้องกับสิทธิที่จะปฏิเสธรักษาตามมาตรา ๑๒ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี มีมนุษยธรรม หลักการนี้สอดคล้องกับหลักความยินยอม สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (right to self-determination) ของผู้ป่วย ซึ่งปรากฏในปฏิญญาฯ ข้อ ๓ และสิทธิของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในข้อ ๔ มีเนื้อหา ดังนี้

“ข้อ ๓ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม...”

“ข้อ ๔ กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมที่ได้รับ การอธิบายให้เข้าใจจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย

กรณีที่ไม่มีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่ง

สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น...”

สิทธิผู้ป่วยข้างต้นเป็นสิทธิที่จะปฏิเสธรักษาพยาบาลที่มีลักษณะเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป ตัวอย่างเช่น การยกเลิกการบำบัดรักษาที่สิ้นหวัง มีผลเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไป และใช้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายแทน แพทย์มิได้ละทิ้งผู้ป่วยให้ทุกข์ทรมานแต่อย่างใด แพทย์ยังคงให้การดูแลในลักษณะประคับประคอง (palliative care)^๖ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์^๗ ต่างจากกรณีการช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และกรณี “ยูธานาเซีย” (euthanasia) ตามความหมายของแพทยสมาคมโลก^๘ ที่มีความหมายใกล้เคียงกับกรณี “การุณยฆาต” (mercy killing) ดังที่กล่าวมาแล้ว

นอกจากนี้ การช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย และยูธานาเซียตามนัยข้างต้น ยังขัดต่อ “the Hippocratic Oath” อีกด้วย กล่าวคือแพทย์มีหน้าที่ดูแลรักษาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย จะไม่กระทำการใดๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย จะไม่มอบยาพิษที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายแม้ว่าผู้ป่วยต้องการก็ตาม ดังเนื้อความตอนหนึ่งของคำปฏิญาณฮิปปอกเรติสว่า

“...I will keep them from harm and injustice. I will neither give a deadly drug to anybody who asked for it, nor will I make a suggestion to this effect...”^๙

ฉะนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตจำเป็นต้องมีการทำความเข้าใจปรึกษาหารือกับผู้ป่วย และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเสมอ เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธรักษาพยาบาลในภาวะเช่นนั้น ซึ่งแม้จะมีผลถึงชีวิตของเขาคือทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในที่สุด

๖. หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามอาการที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ทั้งทางกายภาพ สภาพจิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่ใช้วิธีการรักษาแบบหักโหมเพื่อยื้อชีวิตและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แพทย์จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดจากอาการเจ็บป่วย รวมถึงการให้อาหารและน้ำตามความเหมาะสมจำเป็น ไม่เร่งการตายและไม่ยืดการตายของผู้ป่วย หากปล่อยให้ไปเป็นไปตามกระบวนการธรรมชาติ การดูแลลักษณะนี้สามารถทำที่บ้านโดยคนในครอบครัวและญาติมิตรที่ได้รับคำแนะนำแล้ว สรุปความจาก WHO Definition of Palliative Care.

๗. Medical Ethics Manual, (France: World Medical Association, 2005), pp. 57-59.

๘. ที่ประชุมสามัญของแพทยสมาคมในปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ณ กรุงวอชิงตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีมติยืนยันว่า “ยูธานาเซีย” เป็นสิ่งที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเรียกร้องให้องค์กรวิชาชีพและแพทย์ในประเทศสมาชิก ไม่ให้มีส่วนร่วมในเรื่องนี้ แม้ว่ากรกระทำดังกล่าวจะชอบด้วยกฎหมาย ไม่เป็นความผิดอาญาในประเทศสมาชิกก็ตาม อ้างจาก The World Medical Association Resolution on Euthanasia (2002).

๙. คำแปลจากภาษากรีกโดย EDELSTEIN, Ludwig, The Hippocratic Oath: Text, Translation, and Interpretation, (Baltimore: Johns Hopkins Press, 1943).

คุณภาพ

แพทย์ก็ต้องยอมรับที่จะปฏิบัติตาม^{๑๐} หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจรู้สึกตัวหรือสื่อสารกับคนอื่นได้ สิ่งที่ต้องพิจารณาคือผู้ป่วยเคยแสดงเจตนาล่วงหน้าเมื่อตอนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะใกล้ตายซึ่งจำเป็นจะต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางแพทย์ช่วยชีวิต ถ้าแพทย์ทราบผู้ป่วยเคยทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เรียกว่า “advance directive” หรือมีพยานหลักฐานยืนยันการแสดงเจตนาในเรื่องนี้ แพทย์ก็ต้องเคารพเจตจำนงของผู้ป่วย

• “คำแถลงเรื่อง เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก” (The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”))^{๑๑}

แพทยสมาคมโลกได้ออกคำแถลงเกี่ยวกับ “เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้า” (advance directive/living will^{๑๒}) เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๓ มีเนื้อหาสรุปความหมายและวัตถุประสงค์สรุปได้ดังนี้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าเป็นเอกสารที่จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรลงลายมือชื่อของผู้แสดงเจตจำนง บางกรณีจัดทำเป็นบันทึกต่อหน้าบุคคลอื่นที่เป็นพยานเพื่อบันทึกความปรารถนาเกี่ยวกับการรักษาทางการแพทย์ที่ประสงค์ หรือไม่ประสงค์จะรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เกินจำเป็น ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป เพราะในอนาคตผู้แสดงเจตจำนงอาจเจ็บป่วยถึงขั้นที่ผู้นั้นไม่รู้สึกตัว หรือไม่อาจแสดงเจตจำนงของตนเองได้

เอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าจึงมีความสำคัญในการกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในสภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจหรือให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เมื่อผู้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าประสงค์จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็นหรือไม่มีประโยชน์กับตนเอง แพทย์จะต้องเคารพปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วย ในการทำเอกสารดังกล่าวแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ที่ต้องการทำเอกสารฯ และควรให้คำแนะนำว่าผู้ป่วยมีสิทธิแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกเอกสารฯ เมื่อใดก็ได้

กรณีที่แพทย์ไม่มั่นใจถึงความมีผลทางกฎหมายของเอกสารดังกล่าว หรือไม่แน่ใจ

๑๐. See supra note 9, Medical Ethics Manual, p. 60.

๑๑. แปลโดย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และนายไพศาล ลิ้มสถิตย์.

๑๒. คำว่า “living will” ที่นิยมเรียกกันในภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” นั้น แปลไม่น่าจะถูกต้อง เพราะคำว่า “will” ในที่นี้หมายถึง เจตจำนง, ความปรารถนา, ความต้องการ, ความมุ่งหมาย, ทางเลือก.

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

เกี่ยวกับเจตจำนงที่แท้จริงของผู้ป่วย เพราะเอกสารมักจะมีข้อความคลุมเครือไม่ชัดเจน ก็จะต้องตีความเนื้อหาในเอกสารของผู้ป่วยในสภาวะการณ์เช่นนั้น ในคำแถลงเรื่องเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก ระบุให้แพทย์ควรปรึกษากับสมาชิกครอบครัวหรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง และขอคำแนะนำจากแพทย์อื่นอย่างน้อย ๑ คน หรือคณะกรรมการจริยธรรมที่รับผิดชอบ (ถ้ามี) แต่ถ้าผู้ป่วยมิได้จัดทำเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าไว้ หรือไม่สามารรู้ตัวผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วยตามกฎหมาย แพทย์ควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ก็ให้ความสำคัญกับประเด็นสิทธิผู้ป่วยเช่นกัน กล่าวคือในปี ค.ศ. ๑๙๙๔ องค์การอนามัยโลกได้ออก “ปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป” (A Declaration on the Promotion of Patients’ Rights in Europe) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวนโยบายร่วมกันของประเทศสมาชิกในยุโรป เนื้อหาของปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรปประกอบด้วย สิทธิมนุษยชนและคุณค่าของการดูแลสุขภาพ, สิทธิในข้อมูลเวชระเบียน, หลักความยินยอม, ข้อมูลที่เป็นความลับและความเป็นส่วนตัว และการดูแลรักษาพยาบาล

สาระสำคัญของปฏิญญาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับปฏิญญาเรื่องสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก และระบุถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้อย่างชัดเจน คือ

“๓.๒ ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายถึงผลของการปฏิเสธหรือยุติการรักษานั้น”

“๕.๑๑ ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกของแพทยสมาคมโลก โดยองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพในขณะนั้นคือ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ รวมทั้งนักวิชาการได้ร่วมกันจัดทำ “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย” เมื่อวันที่ ๑๖ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๑ แต่ยังไม่มีการจัดทำคำอธิบายหรือรายละเอียดของสิทธิผู้ป่วย รวมถึงสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

ตัวอย่างคดีพิพาทระหว่างประเทศ

กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญซึ่งประเทศไทยเป็นภาคีอนุสัญญา

คุณภาพ

แล้วคือ “ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ค.ศ. ๑๙๔๘” (Universal Declaration of Human Rights) ในข้อ ๒๕ ได้รับรองสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่จะมีมาตรฐานการดำรงชีพอย่างเหมาะสม ในด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตัวเองและสมาชิกครอบครัว อันประกอบด้วยปัจจัยสี่ คืออาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์ กฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศที่สำคัญที่อาศัยพื้นฐานของปฏิญญาฯ ๑๙๔๘ คือ “อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ ๓ กันยายน ค.ศ. ๑๙๕๓ (พ.ศ. ๒๔๙๖) และเมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๒ ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ได้พิจารณาคดีคดี Pretty Case ซึ่งเป็นคดีสำคัญเกี่ยวกับการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย เนื้อหาคำตัดสินของศาลช่วยสร้างความเข้าใจพร้อมทั้งยืนยันรับรองสิทธิพิเศษการรักษารักษาของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือผู้ป่วยใกล้ตายไว้ด้วย

ข้อเท็จจริงในคดีดังกล่าวมีดังนี้ ในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ นาง Diane Pretty อายุ ๔๒ ปีป่วยเป็นโรคความเสื่อมของระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย (Motor Neurone Disease^{๑๓}) ในขั้นรุนแรงและกำลังจะเสียชีวิต อาการของโรคนี้ทำให้นาง Pretty เป็นอัมพาตทั่วร่างกาย ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนขาช่วยเหลือตนเองได้ การหายใจ การกลืนอาหารและการพูดจาสื่อสารก็เป็นไปด้วยความยากลำบาก สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทของกระดูกไขสันหลังและบางส่วนของสมอง ซึ่งควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อที่ทำงานอย่างอิสระ อย่างไม่รู้ตัว ผู้ป่วยยังมีความสามารถในการคิดตัดสินใจและมีความทรงจำเป็นปกติอยู่ โดยทั่วไปผู้ป่วยเป็นโรคนี้ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน ๒-๕ ปี เพราะกล้ามเนื้อที่ควบคุมระบบการหายใจและปอดไม่สามารถควบคุมระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย อาการป่วยของนาง Pretty ทรมานอย่างรวดเร็วจนทำให้รู้สึกสิ้นหวังที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตัวเธอมีความปรารถนาที่จะฆ่าตัวตายที่บ้านต่อหน้าคนในครอบครัว แม้ในที่สุดจะทำไม่สำเร็จ นาง Pretty ได้เสียชีวิตลงเมื่อวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ค.ศ. ๒๐๐๒

๑๓. โรคนี้มีชื่อเรียกหลายชื่อคือ ภาวะการสลายตัวเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาท (Amyotrophic lateral sclerosis-ALS) หรือ Lou Gehrig's disease หรือ Maladie de Charcot ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ คนที่มีชื่อเสียงที่ป่วยเป็นโรคนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๖๓ แต่ยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบันคือ สตีเฟ่น ฮอว์กิง (Stephen Hawking) นักฟิสิกส์ชื่อดัง อ้างจาก Motor Neurone Disease Association (www.mndassociation.org) และhttp://en.wikipedia.org/wiki/Motor_neurone_disease.

สิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ในขณะที่ป่วยเป็นโรครดดังกล่าว นาง Pretty ประสงค์จะฆ่าตัวตายด้วยตนเองเพื่อเลี่ยงความทุกข์ทรมานจากโรครดดังกล่าวแต่ไม่สามารถทำได้ จำต้องอาศัยความช่วยเหลือของผู้อื่นคือสามีของเธอ ซึ่งตามกฎหมายอังกฤษว่าด้วยการฆ่าตัวตาย (the Suicide Act 1961) การฆ่าตัวตายไม่ถือเป็นความผิดอาญา แต่ผู้ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา หรือเตรียมการในการฆ่าตัวตายของผู้หนึ่งจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน ๑๔ ปี (มาตรา ๒ (๑))^{๑๔} หรืออาจถูกดำเนินคดีในความผิดต่อชีวิตฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (homicide) หรือกระทำการให้ผู้อื่นตายโดยไม่เจตนา (manslaughter) นาง Pretty จึงขอให้กลุ่ม Liberty เป็นตัวแทนทำหนังสือถึงอัยการสูงสุด (Director of Public Prosecutions) เพื่อขอคำรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของเธอ โดยอ้างว่าเป็นการช่วยเหลือของสามีของเธอสอดคล้องกับกฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของอังกฤษ (the Human Rights Act 1998) เพราะเงื่อนไขการริเริ่มดำเนินคดีแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย จะต้องได้รับความเห็นชอบจากอัยการสูงสุด ต่อมาอัยการสูงสุดมีจดหมายตอบกลับว่าไม่สามารถให้คำรับรองในกรณีนี้ เว้นแต่จะมีหลักฐานยืนยันว่านาง Pretty และครอบครัวจะต้องตกอยู่ในสภาพที่ทนทุกข์ทรมานอย่างยิ่งเท่านั้น

นาง Pretty จึงยื่นคำร้องต่อ Queen's Bench Divisional Court เพื่อขอให้สั่งให้อัยการสูงสุดรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีทางอาญากับสามีของเธอ หากมีการช่วยเหลือให้เธอฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ศาลมีคำตัดสินว่าอัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะรับรองในเรื่องนี้ล่วงหน้า และตัดสินอีกว่ากฎหมาย the Suicide Act ไม่ขัดต่ออนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน

ต่อมานาง Pretty ยื่นคำร้องต่อ the House of Lords^{๑๕} ในประเด็นว่ากฎหมาย the Suicide Act ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุโรป และประเด็นเรื่องผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะใกล้ตายจะร้องขอให้ผู้อื่นช่วยเหลือให้ตนจบชีวิตลงตามความต้องการ จะถูกยกเว้นไม่ดำเนินคดีตามกฎหมายได้หรือไม่ ผลคือมีการยกคำร้องทั้งหมดของนาง Pretty ผู้ร้อง

๑๔. s 2 Criminal liability for complicity in another's suicide.

(1) A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another, or an attempt by another to commit suicide, shall be liable on conviction on indictment to imprisonment for a term not exceeding fourteen years.

๑๕. *The Queen on the Application of Mrs Dianne Pretty v. Director of Public Prosecutions and Secretary of State for the Home Department* [2001] UKHL 61 (29 November 2001).

คุณภาพ

อัยการสูงสุดไม่ได้กระทำที่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของสหภาพยุโรปและไม่ขัดต่อกฎหมายสิทธิมนุษยชนของอังกฤษคือ the Human Rights Act 1998 ผู้พิพากษา Lord Bingham of Cornhill ให้เหตุผลเพิ่มเติมในคำวินิจฉัยว่าอัยการสูงสุดไม่มีอำนาจที่จะให้การรับรองในเรื่องนี้ เพราะการใช้อำนาจดุลยพินิจที่จะไม่ใช้บทบัญญัติกฎหมายและไม่บังคับใช้กฎหมายที่มีได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภา เป็นการละเมิดต่อกษัตริย์และประชาชนตามรัฐธรรมนูญอังกฤษ (the Bill of Rights of 1689) นอกจากนี้ฝ่ายผู้ร้องไม่ได้ยื่นพยานหลักฐานที่ชัดเจนเพียงพอตามคำร้อง^{๑๖}

เมื่อวันที่ ๒๑ ธันวาคม ค.ศ. ๒๐๐๑ นาง Pretty ได้มอบอำนาจให้นางสาว Chakrabarti เป็นตัวแทนยื่นคำร้องต่อศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรป (The European Court of Human Rights) ให้พิจารณาเรื่อง การปฏิเสธการรับรองว่าจะไม่ดำเนินคดีกับสามีของผู้ร้องตามกฎหมายฐานช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย และประเด็นเรื่องกฎหมายว่าด้วยการฆ่าตัวตายของอังกฤษ ขัดต่อมาตรา ๒, ๓, ๘, ๙ และ ๑๔ แห่ง “อนุสัญญายุโรปว่าด้วยการปกป้องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน” (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) หรือไม่ ศาลรับคดีนี้ไว้พิจารณาและเห็นว่าเป็นคดีสำคัญต้องดำเนินกระบวนการพิจารณาอย่างเร่งด่วน ในที่สุดศาลตัดสินว่าไม่มีการกระทำละเมิดต่ออนุสัญญาดังกล่าวแต่อย่างใด

อนึ่ง ก่อนที่ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปจะออกคำตัดสินในคดีข้างต้น ศาลฯ ได้พิจารณาผลคำตัดสินของศาลอังกฤษในคดีต่างๆ ที่นาง Pretty พินาศกับหน่วยงานของรัฐบาลอังกฤษ สารสำคัญของกฎหมายอังกฤษ รวมถึงกฎเกณฑ์ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ “ข้อเสนอแนะเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย” (Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากรัฐสภายุโรป (The Parliamentary Assembly of the Council of Europe-PACE) เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ค.ศ. ๑๙๙๙

๑๖. KEOWN, John, “European Court of Human Rights: Death in Strasbourg-Assisted Suicide, the Pretty Case, and the European Convention on Human Rights”, *International Journal of Constitution Law* (October, 2003), para.723.

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปได้พิจารณาสาระสำคัญของข้อเสนอแนะเรื่อง การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยหนักและใกล้ตาย ที่ระบุนำมา การทำให้ผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายต้องสิ้นชีวิตลงโดยเจตนา กล่าวคือ ประการแรก ยืนยัน เรื่องสิทธิที่จะมีชีวิต (right to life) ตามมาตรา ๒ แห่งอนุสัญญาฯ ประการที่สอง ความปรารถนาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง ไม่ได้ทำให้การช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายของผู้อื่นนั้นชอบด้วยกฎหมาย และประการสุดท้าย ความปรารถนาของผู้ป่วยหนักหรือผู้ใกล้ตายที่ต้องการจะจบชีวิตของตนเองลง มิได้สร้างความชอบด้วยกฎหมายให้แก่ การกระทำใดๆ ที่มีเจตนาทำให้นักคลั่งถึงแก่ความตาย

เนื้อหาของข้อเสนอแนะฯ ที่น่าสนใจคือ ระบุถึงมูลเหตุที่ทำให้สิทธิของผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตายถูกละเมิด เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) และลดอาการเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยที่ตั้นยังมีไม่เพียงพอ การไม่ได้คำนึงถึงสภาพจิต สังคมและความสำคัญทางจิตวิญญาณ การยืดความตายของผู้ป่วยออกไป ด้วยเครื่องมือทางแพทย์ (artificial prolonging of the dying process) อย่างไม่เหมาะสมหรือยังคงให้การรักษาต่อไปแม้จะไม่ได้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม ประกอบกับการขาดความเข้าใจของสังคม คนในครอบครัวญาติพี่น้อง ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะจากไปอย่างสงบ

รัฐสภายุโรปเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในประเทศ เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องห้ามการยืดการตาย (prolongation of the dying process) ที่ขัดต่อเจตนาของของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเช่นนั้น ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยลำพังและสิ้นหวัง หรือปล่อยให้ตกอยู่ในความกลัวว่าจะเป็นภาระของสังคมหรือต้องเป็นทุกข์กับอาการเจ็บป่วยจากโรค ฉะนั้น ประเทศสมาชิกจะต้องจำกัดการรักษาพยาบาลเพื่อยืดชีวิต (life-sustaining treatment) ให้เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยและญาติ และควรจัดตั้งเงินกองทุนและทรัพยากรที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยหนักหรือใกล้ตาย นอกจากนี้ รัฐสภายุโรปยังเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยดังกล่าว ในเรื่อง การดูแลแบบประคับประคองไว้ในบทบัญญัติกฎหมาย จัดสรรเงินกองทุน และจัดให้มีบริการด้านนี้อย่างทั่วถึงและเป็นมาตรฐาน

ในปี ๒๐๐๒ ศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปมีคำตัดสินในคดี Pretty v. United Kingdom (no.2346/02) โดยยกคำร้องที่อ้างว่ากฎหมายอังกฤษและการปฏิบัติหน้าที่ของ

คุณภาพ

เจ้าหน้าที่ของรัฐ มีลักษณะขัดต่อบทบัญญัติของกฎหมายสิทธิมนุษยชนของยุโรปนั้น ศาลยังได้ยืนยันหลักการสำคัญเรื่องสิทธิของผู้ป่วยขั้นวิกฤตหรือใกล้ตายที่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องต้องเคารพปฏิบัติตาม

ความพร้อมของประเทศไทย

จากที่กล่าวมาแล้วว่าสิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการจัดทำหนังสือแสดงเจตนา (living will) มีการพูดคุยเรื่องนี้เป็นเวลานานในสังคมไทยเมื่อราว ๒๐-๓๐ ปีก่อน มีการโต้เถียงกันในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมของแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง แต่ในระยะหลังคนส่วนใหญ่มีความเข้าใจเรื่องนี้มากขึ้น มีการเสนอข่าวสารของสื่อมวลชนทั้งทางโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์เป็นระยะๆ โดยเทียบเคียงกับการเสียชีวิตของบุคคลสาธารณะ อย่างกรณีการเสียชีวิตของนักร้องลูกทุ่งชื่อดัง ยอดรัก สลักใจ ที่ป่วยเป็นมะเร็งตับ ได้แสดงความประสงค์กับคนในครอบครัวและแพทย์ว่า ไม่ต้องการใส่ท่อช่วยหายใจ การปั๊มหัวใจหรือใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจใดๆ หากคนไข้หยุดหายใจหรือหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเป็นความปรารถนาของคุณยอดรักในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ โดยภรรยาและลูกได้ลงนามในหนังสือกับแพทย์ที่ให้การรักษาก่อน เป็นการแสดงเจตนาที่จะใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา ๑๒ เช่นกัน^{๑๗} หรือกรณีปู่เย็น อายุ ๑๐๘ ปี ที่เสียชีวิตนานกว่า ๑ ชั่วโมง แต่ถูกแพทย์ พยายามกู้ชีพด้วยการปั๊มหัวใจ ก็เป็นการกระทำที่ไร้ประโยชน์ การปฏิบัติการณ์กู้ชีพในผู้ป่วยที่ชราภาพมากแล้ว และเป็นโรคต่างๆ ที่ได้รับการรักษาแล้วไม่ดีขึ้น เป็นสิ่งที่ต้องห้าม (ไม่ควรทำ)^{๑๘} สิ่งเหล่านี้เป็นกรณีตัวอย่างที่สะท้อนถึงความพร้อมและแง่มุมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๑. ความพร้อมทางกฎหมาย

การใช้สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ถือเป็นสิทธิผู้ป่วยที่นานาชาติให้การยอมรับ โดยได้รับการรับรองตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ แล้ว และให้ความคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุข ทั้งแพทย์ พยาบาล มิให้ต้องรับผิดชอบ

๑๗. ไพศาล ลิ้มสถิตย์, “คุณยอดรัก กับการใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ” (มติชนรายวัน, วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๕๑).

๑๘. นพ.สันต์ หัตถิรัตน์, “ปู่เย็น-นายเย็น แก้วมณี เฒ่าทรงแห่งลุ่มน้ำเพชรบุรี” (หมอชาวบ้าน, ฉบับที่ ๓๕๕ เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๑).

สิทธิปฏิเสธรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ตามกฎหมายถ้าปฏิบัติตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยโดยสุจริตตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ในขณะที่บุคคลทั่วไปสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาตามมาตรา ๑๒ ได้ โดยไม่ต้องรอให้มีการประกาศใช้กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ แต่สิ่งสำคัญคือการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ให้แก่บุคคลทั่วไป และบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

เนื้อหาของกฎกระทรวงจะกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ซึ่งขณะนี้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับ ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่ระหว่างการพัฒนาร่างกฎกระทรวง และรับฟังความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ พยาบาล สภาวิชาชีพ ผู้แทนสถานพยาบาลที่ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายและบุคคลทั่วไปตั้งแต่กลางปี พ.ศ. ๒๕๕๑

กฎกระทรวงตามมาตรา ๑๒ นี้จะเป็นประโยชน์ในการแสดงเจตนาของบุคคลในเรื่องนี้ ซึ่งขณะนี้ก็มีผู้ให้ความสนใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาหลายราย เพราะทำให้เกิดความชัดเจนทางกฎหมายมากขึ้น ป้องกันหรือลดความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือญาติ เพราะทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามเจตนาของผู้แสดงเจตนาหรือผู้ป่วยเป็นสำคัญ นอกจากนี้ ผู้ทำหนังสือสามารถมีตัวแทนที่เป็นผู้ใกล้ชิดเพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตนาของตนเองได้ ตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือหรือผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาการโต้แย้งของญาติผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของนานาชาติและกฎหมายต่างประเทศ

๒. ความพร้อมของบุคลากรด้านสาธารณสุข

ความเข้าใจของแพทย์ในเรื่องนี้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ในประเทศไทยได้รับการฝึกฝนตามหลักวิชาของแพทย์ตะวันตก มุ่งแต่การรักษาผู้ป่วยให้ถึงที่สุด เพื่อเห็นยวรงค์ชีวิตไว้ให้ยาวนานเท่าที่จะทำได้ โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตด้านอื่น ในขณะที่ญาติผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจสภาวะของผู้ป่วยในขณะนั้น จึงพยายามขอให้รั้งชีวิตไว้^{๑๙} เสมือนว่าเรื่องความเจ็บป่วยและความตายเป็นสิ่งที่ต้องเอาชนะให้ได้

๑๙. แสง บุญเฉลิมวิภาส, “การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย” การประชุมทางวิชาการของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (๕ ก.พ. ๒๕๔๗).

คุณภาพ

จะต้องยึดการตายออกไปให้นานที่สุด ฐานคิดของการแพทย์สมัยใหม่มองว่าความตายเป็นเพียงจุดสิ้นสุดของชีวิต เป็นกระบวนการทางวัตถุวิสัยที่เรียกว่า ชีวิต มิได้คำนึงถึงองค์รวมของชีวิตหรือผลกระทบต่อสุขภาพในทุกมิติทั้งกายภาพ จิตใจ คนส่วนใหญ่รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ไม่ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต^{๒๐} ยิ่งกว่านั้นยังมีความเชื่อที่ว่าแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยทุกเรื่องนั้นตามแนวคิด (Medical Paternalism)^{๒๑} ไม่น่าจะถูกต้อง เพราะความรู้ความสามารถของแพทย์ก็มีข้อจำกัดเช่นกัน แพทย์จึงต้องให้มีผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบางอย่างด้วย

หนึ่ง ในปัจจุบันยังไม่มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของแพทย์เป็นการเฉพาะ แพทย์ที่จบมาจึงยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจดีพอ ต้องอาศัยการสั่งสมประสบการณ์และเรียนรู้จากแพทย์ที่เคยทำงานด้านนี้ ปัญหาในทางปฏิบัติที่มักพบคือ ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายที่มีฐานะดีเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ญาติของผู้ป่วยมักต้องการยื้อชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังออกไป โดยไม่ทราบสภาพของผู้ป่วยที่แท้จริงจากแพทย์ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลจนอาจถึงขั้นหมดตัวได้ในเวลาอันสั้น

แต่ก็ยังมีแพทย์และพยาบาลบางกลุ่มที่มีความเข้าใจและมีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ได้รวมตัวกันเป็นเครือข่ายวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านนี้ มีการจัดตั้งเป็นเครือข่าย ชมรม คณะกรรมการที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลบางแห่ง นอกจากนี้ปัจจุบันมีองค์กร เครือข่ายที่อยู่ในระบบสุขภาพหลายกลุ่มที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แต่ยังมีข้อจำกัดในการทำงานบางประการ เช่น กลุ่มชมรม เครือข่าย องค์กรเอกชน ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง ขาดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร และขาดการประสานการทำงานร่วมกันสำหรับกรณีโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของรัฐ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการจะไปตายที่บ้าน^{๒๒} เพื่อให้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว ญาติมิตร โรงพยาบาลภาครัฐเองก็ไม่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณ ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่างๆ แก่ผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน

๒๐. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ), วัฒนธรรม ความตาย กับวาระสุดท้ายของชีวิต: คู่มือเรียนรู้มิติสังคมของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๐), หน้า ๑๑-๑๓.

๒๑. ญาติหรือผู้มีหน้าที่ดูแลจะได้รับการฝึกฝนในการดูแลผู้ป่วย การให้อาหาร การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น และจะมีทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อนามัยหรืออาสาสมัครมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติก็สามารถเข้ามารักษาตามอาการที่โรงพยาบาลได้.

สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๐

ในกรณีนี้ได้ จึงต้องอาศัยการบริจาคเงินของคนทั่วไปหรือการสงเคราะห์ของแพทย์ พยาบาล เป็นกรณีๆ ไป ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปและเสียชีวิตในที่สุด สิ่งเหล่านี้ยังส่งผลทำให้ระบบบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ทวีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ จนเป็นข้อจำกัดในการบริการผู้ป่วยรายอื่นๆ

ข้อจำกัดในทางปฏิบัติที่สำคัญคือ ขณะนี้ยังไม่มีการพัฒนาหรือจัดทำ guidelines หรือแนวทางปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แต่มีการริเริ่มดำเนินการของแพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยตามความสนใจเฉพาะบุคคลเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะในระยะ ๕-๖ ปีที่ผ่านมา วงการแพทย์ตื่นตัวเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ตายอย่างสงบ^{๒๓} มีการบอกความจริงและทางเลือกแก่ญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วย เพื่อที่จะไม่ต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการยืดการตายออกไป บางครั้งก็มีสภาพที่เป็นผักอย่างถาวร (persistent vegetative state-PVS) ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นตัวได้อีกเลย

ตัวอย่างที่ปรากฏเป็นข่าวที่ทราบกันดีคือ กรณีครูจูลิง ปงกันมูล ครูสอนศิลปะในจังหวัดนราธิวาสที่ถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บรุนแรงบริเวณศีรษะ เมื่อวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๔๙ และเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องไอซียู โรงพยาบาลสงขลานครินทร์กว่า ๗ เดือน อยู่ในสภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง” เนื่องจากผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ^{๒๔} อาการโดยรวมมีแต่ทรึงกับทรุด เช่น ระยะเวลาหลังตรวจพบการติดเชื้อมอง มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรง ต่อมาได้เสียชีวิตเมื่อวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๕๐ โดยในข่าวปรากฏว่าทีมแพทย์ที่ให้การรักษาดูแลพยายามรักษาอย่างเต็มที่และพยายามยื้อชีวิตสุดความสามารถตามวิชาชีพของแพทย์แล้ว เมื่อครูจูลิงไม่เคยทำหนังสือแสดงเจตนา จึงไม่สามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ทั้งๆ ที่อยู่ในสภาพที่แทบจะสิ้นหวัง ประกอบกับครูจูลิงเป็นตัวแทนของผู้เสียสละที่สังคมให้ความสนใจ จึงมีลักษณะต่างจากคนทั่วไป ปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ หรือถูกทำร้ายร่างกาย

๒๒. วรพงษ์ เวชมาสินนท์, ชายโยมิตรภาพ: รายชื่อบุคคล องค์กร เครือข่ายและสื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กรุงเทพฯ: โครงการเผชิญความตายอย่างสงบ เครือข่ายพุทธิกา, ๒๕๕๑), คำนำ.

๒๓. แถลงการณ์ ฉบับที่ ๑ ของคณะแพทย์ฯ ลงวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๔๙.

คุณภาพ

ชั้นสำหรับจนกลายเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายหากไม่ทราบเจตนาของผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่บอกข้อมูลที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยหรือคนในครอบครัว และควรทำการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{๒๔}

บทสรุป

สิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย เป็นสิทธิที่แพทย์ บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องให้ความเคารพเจตจำนงดังกล่าว เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๑๒ ได้รับรองและยืนยันสิทธิดังกล่าวไว้แล้ว โรงพยาบาลทั้งหลายควรเร่งกำหนดแนวทางปฏิบัติในเรื่องนี้ และจัดฝึกอบรมแก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เหมาะสม ถูกต้อง แพทย์ต้องบอกความจริงแก่ผู้ป่วยและญาติ ไม่ควรคิดในเรื่องการเอาชนะความเจ็บป่วยหรือความตายเมื่อผู้ป่วยรายนั้นอยู่ในวาระสุดท้าย การดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายจึงเป็นทางศาสตร์และศิลปะอย่างหนึ่งที่ต้องมีความละเอียด มีมิติทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ควรพิจารณาเอาหลักศาสนา หรือการเยียวยาทางจิตใจมาใช้เยียวยาผู้ป่วยและคนใกล้ชิด โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่มุ่งในเชิงธุรกิจการค้าเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ควรเหนียวรั้งให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่รักษาต่อไปอย่างสิ้นหวัง โดยหวังเพียงค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย

การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่สาธารณชนในวงกว้าง สร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมของคนทั่วไปในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้คนทั่วไปยอมรับและเคารพต่อความประสงค์ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ผู้เขียนเห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าใจและปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของกฎหมายนี้ จะมีส่วนช่วยปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของสถานพยาบาลต่าง ๆ และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบบริการสาธารณสุขโดยรวมอีกทางหนึ่ง



๒๔. อ้างจาก The World Medical Association Statement on Advance Directives (“Living Wills”).