



ตาย อย่างมีศักดิ์ศรี

(ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2)
 มาตรา 10 ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ
 (ฉบับตรวจพิจารณาโดย
 คณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ มีกฎหมายน 2548)



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

6. 2013

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี

อย่างมี



W 32 0332ต 2548



BK0000000992

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี : มาตรฐาน 10 ร...

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี : มาตรา 10 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

(ฉบับตรวจพิจารณาโดยคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ มิถุนายน 2548)

(ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2)

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.)

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บรรณาธิการ

นางอรพรรณ ศรีสุขวัฒนา

น.ส.สุนีย์ สุขสว่าง

น.ส.สุภาภรณ์ สว่างศรี

ที่ปรึกษา

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

ร.ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

นางปิติพร จันทระ ฤกษ์ อยุธยา

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2546 จำนวน 5,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 ธันวาคม 2548 จำนวน 3,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา.

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี.-- พิมพ์ครั้งที่ 2.-- กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี 2548.

144 หน้า.

1. สิทธิการตาย -- กรุงเทพฯ และระเบียบข้อบังคับ. 2. สิทธิการตาย -- แต่การแพทย์. I.ชื่อเรื่อง.

344.04197

ISBN 974-506-781-4

ออกแบบรูปเล่ม : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด โทร. 0-2279-9636, 0-2271-4339 แฟกซ์ 0-2618-7838

พิมพ์ที่ : พิมพ์ดี

คำ นำในการจัดพิมพ์ครั้งที่ 1

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (ฉบับปรับปรุงวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2545) มาตรา 24 เขียนไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

ประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” นี้ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ผู้คนให้ความสนใจไม่น้อย

อะไรคือการตายอย่างมีศักดิ์ศรี - ไม่มีศักดิ์ศรี

ทุกคนมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรีได้จริงหรือไม่ ด้วยวิธีการอย่างไร การกำหนดสิทธิเรื่องนี้ เกิดข้อดีข้อเสียอะไร จะเกิดผลกระทบอย่างไร ต่อสังคมบ้างหรือไม่

เหล่านี้เป็นประเด็นที่มีการพูดคุยกัน ถกเถียง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด

ดังนั้น เพื่อเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูล และข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องๆ กับเรื่องนี้ไว้เป็นฐานการทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น จึงได้จัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้น ซึ่งผมคิดว่าดี เพราะจะเป็นประโยชน์กับทุกฝ่าย และจะเป็นผลดีต่อการช่วยกันขับเคลื่อนเรื่องนี้ ให้เกิดผลสำเร็จในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมต่อไปครับ

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์
รองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
ประธานคณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
เมษายน 2546

คำ นำในการจัดพิมพ์ครั้งที่ 2

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ดูแลให้มีการจัดทำขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ได้เข้าสู่กระบวนการนิติบัญญัติแล้ว โดยด้านหนึ่งผ่านทางรัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพ และอีกด้านหนึ่งภาคประชาชนได้เข้าชื่อกันเสนอกฎหมายเองด้วย

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ดังกล่าว มีการกำหนด “สิทธิของบุคคลที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง” หรือที่เรียกกันว่า “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ไว้

ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ฉบับที่ประชาชนเสนอ (ซึ่งก็คือร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ทุกฝ่ายร่วมกันยกร่างขึ้น ภายใต้การดูแลสนับสนุนของ คปรส.) ปราบกฏสาระสำคัญของสิทธิเรื่องนี้อยู่ในมาตราที่ 24 ส่วนในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ที่รัฐบาลเป็นเจ้าภาพ (คณะกรรมการกฤษฎีกาปรับปรุงแก้ไขและผ่านความเห็นชอบของ ครม. เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2548) ปราบกฏสาระสำคัญของสิทธิเรื่องนี้อยู่ในมาตราที่ 10 ซึ่งมีสาระสำคัญสอดคล้องกัน จะต่างกันก็เพียงข้อความรายละเอียดที่คณะกรรมการกฤษฎีกาปรับปรุงให้ชัดเจนและรัดกุมขึ้นเท่านั้น ต่อประเด็นสิทธิเรื่องนี้ กล่าวได้ว่าผู้คนส่วนใหญ่ในทุกวงการมีความเห็นค่อนข้างสอดคล้องกันว่า เป็นการกำหนดสิทธิที่เหมาะสม เป็นประโยชน์แก่ประชาชนตามเจตนารมณ์

แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540

หากแต่ว่า เกี่ยวกับเรื่องนี้ มีมุมมองทางวิชาการ ทศนะ คำนิยม ที่แตกต่างกันหลากหลาย และมีโอกาสเข้าใจผิดหรือมองผิดประเด็นได้มาก เช่น อาจเข้าใจว่าเป็นการให้สิทธิฆ่าตัวตาย การให้สิทธิขอยุติชีวิตตนเอง (Active Euthanasia) หรือการให้สิทธิให้แพทย์หรือผู้ให้บริการทำให้ตายด้วยความกรุณา (Mercy Killing) ที่แท้จริงแล้ว ประเด็นนี้หมายถึง สิทธิของการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ยืดการตาย เพื่อจะได้ตายอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ (Living Will) เท่านั้น ดังนั้น สปรศ. จึงได้จัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ขึ้น เพื่อรวบรวมสาระสำคัญ ความเป็นมา ข้อมูลทางวิชาการ ตลอดจนความเห็นสาธารณะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เป็นฐานข้อมูลสำหรับผู้สนใจได้ศึกษาทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนความเห็น องค์กรความรู้ และผลักดันให้ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ประสบความสำเร็จเพื่อประโยชน์ของคนไทยโดยรวมต่อไป

ทั้งนี้ สปรศ. เคยจัดพิมพ์หนังสือ “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี มาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2546 แต่บัดนี้มีการพัฒนาของเรื่องราวที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และมีข้อมูลบางประการเพิ่มเติมมากขึ้น จึงได้จัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้นเป็นครั้งที่ 2 โดยปรับปรุงสาระและความเห็นที่มีเพิ่มเติมด้วย

ผมในฐานะ คปรศ. และประธานอนุกรรมการ ยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ขอขอบคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ได้มีส่วนช่วยกันผลักดันสิ่งใหม่สิ่งดี ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อคนไทยจะได้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นสืบไป

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

รองประธานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

ประธานอนุกรรมการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

พฤศจิกายน 2548

สารบัญ

มาตรา 10 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.	1
ตายอย่างมีศักดิ์ศรี : คำถาม คำตอบเพื่อความเข้าใจในเจตนารมณ์ กฎหมาย	3
ความเป็นมาและความเห็นต่อประเด็น “สิทธิการตายอย่างสงบและ มีศักดิ์ศรี”	9
สรุปการประชุมเรื่อง “สิทธิการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี” วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2546	26
บทความและความเห็นสาธารณะ (บางส่วน)	
1. ประมวลข้อคิดเห็นจากภาคีต่างๆ ต่อประเด็น “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี”	34
2. มุมมองต่อมาตรา 10 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ อาจารย์มีชัย ฤชุพันธ์	39
3. การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	45
4. พินัยกรรมเพื่อชีวิต ศ.นพ.สันต์ หัตถ์ธีรตัน	55

5. สิทธิการตาย	65
รายการ “กรองสถานการณ์” สถานีโทรทัศน์ช่อง 11 วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2545	
6. สิทธิการตาย	74
รายการ “เช้าวันนี้” สถานีโทรทัศน์ช่อง 5 วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2545	
7. สิทธิที่จะตาย : สังคมไทยพร้อมจริงหรือ ?	83
นันทน อินทนนท์	
8. สิทธิที่จะตาย ?	87
ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์	
9. เหตุใดสิทธิที่จะตายจึงควรได้รับการทบทวน	92
นันทน อินทนนท์	
10. แพทย์กับความตาย	97
ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์	
11. สิทธิที่จะตาย : อย่าอ้างฟ้ามาเป็นฝ่าย	103
นันทน อินทนนท์	
12. กระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ : ชีวิตและความตาย	106
สุภลักษณ์ ตันติวัฒนากุล	
13. การตายทางการแพทย์ กับการยอมรับของกฎหมายไทย	113
กุลพล พลวัน	
14. สิทธิการตาย	120
รายการ “คนในข่าว” สถานีโทรทัศน์ ASTV ช่อง NEWS 1 วันพุธที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2548	

ภาคผนวก

1. รายชื่อหนังสือที่เกี่ยวข้อง (บางส่วน)	131
2. ร่างกฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล พ.ศ.	133

มาตรา 10 ร่าง พ.ร.บ.

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

(ฉบับตรวจพิจารณาโดย

คณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ :

มิถุนายน 2548)

มาตรา 10.

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะ
รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง หรือเพื่อยุติการทรมาน
จากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรค
หนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กำหนดในกฎ
กระทรวง

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้อง
ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้
ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้น
เป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

คำชี้แจง

กำหนดสิทธิเพื่อให้บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษา
พยาบาลในสถานะที่ตนเองไม่มีโอกาสฟื้นกลับมาได้อีก
แล้ว เพื่อให้โอกาสตายอย่างสงบ เป็นไปตามธรรมชาติ
และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต
โดยไม่ถูกยึดชีวิตหรือถูกแทรกแซงการตายเกินความ
จำเป็น รวมถึงยุติการทรมาน โดยให้มีสิทธิแสดงเจตนา

ปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าเป็นหนังสือ ซึ่งจะต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการปฏิบัติอย่างรัดกุม และให้การคุ้มครองผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติตามหนังสือ แสดงเจตนาอันด้วย เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องการกำหนดสิทธิให้ขอยุติชีวิตของตนเอง (Active Euthanasia) และไม่ใช่การให้สิทธิผู้ใดทำการุณฆาตแก่ผู้ป่วย (Mercy Killing)

มาตรา 10 ตามร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฯ ฉบับนี้ ได้วิวัฒนาการมาจาก ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ฉบับปรับปรุงเมื่อ 24 กันยายน พ.ศ. 2545 ในมาตรา 24 ซึ่งระบุไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”





อย่างมีศักดิ์ศรี :

คำถาม คำตอบเพื่อความเข้าใจ
ในเจตนารมณ์กฎหมาย

1. เรื่องการตายอย่างมีศักดิ์ศรี มีสาระสำคัญอะไร ?

การตายอย่างมีศักดิ์ศรี บัญญัติอยู่ในมาตรา 10 แห่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. โดยมีสาระสำคัญ คือ “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

2. มาตรา 10 มีเจตนารมณ์เพื่ออะไร ?

มาตรา 10 นี้มีเจตนารมณ์เพื่อ

2.1คุ้มครองสิทธิของบุคคลตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันซึ่งมีอยู่หลายมาตรา ได้แก่ มาตรา 4 “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง” มาตรา 31 “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพ

ในชีวิตและร่างกาย” จึงเป็นสิทธิพื้นฐานทางสุขภาพที่บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรักษาชีวิต ร่างกายของตนเอง

2.2 มีแนวคิดที่ว่า การมีชีวิตอยู่ในวาระสุดท้ายโดยไม่มีสติสัมปชัญญะ และไม่สามารถฟื้นชีวิตให้กลับคืนมาได้อีกแล้ว ภายใต้เครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์อันเป็นกระบวนการช่วยยื้อชีวิตมนุษย์ เช่น การเจาะคอ ใส่ท่อหายใจ การใช้เครื่องมือและยาช่วยกระตุ้นหัวใจ ฯลฯ ในสภาพที่มีสายระโยงระยางนั้นบุคคลจะต้องทุกข์ทรมาน อันถือเป็นการทำลายหรือลดคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเสียค่าใช้จ่ายมาก ทั้งในส่วนของบุคคลและของประเทศชาติ

3. สิทธินี้มีความหมายอย่างไร ?

สิทธินี้ไม่ใช่เรื่องบังคับ แต่เป็นสิทธิที่เปิดไว้ให้บุคคลสามารถเลือกรับล่วงหน้าในขณะที่มีสติสัมปชัญญะหากประสงค์จะใช้สิทธิ โดยแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายแห่งชีวิตตน เพื่อจะได้ตายอย่างสงบหรือตามธรรมชาติ รวมทั้งให้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีต่างๆ ที่กระทำไปเพียงเพื่อยืดความตาย ซึ่งมีได้ช่วยให้ชีวิตฟื้นกลับคืนมา

ที่จริง บุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธที่จะไม่รับการรักษาพยาบาลได้อยู่แล้ว ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะและสื่อสารได้ แต่ไม่สามารถรักษาสีตินี้ไว้ได้ในห้วงสุดท้ายของชีวิตที่ไร้สติสัมปชัญญะแล้ว การกำหนดสิทธิในมาตรา 10 นี้ จึงเป็นการรักษาสีทธิในส่วนหลังนี้เท่านั้นเอง

ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยชราถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หัวใจหยุดเต้น ไม่สามารถหายใจด้วยตนเองได้ เมื่อถูกส่งตัวเข้ารับการักษาพยาบาล อาจได้รับการรักษาด้วยการให้ยาและใช้เครื่องมือกระตุ้นหัวใจ การเจาะคอใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผลทำให้ต้องตกอยู่ภายใต้การรักษาเช่นนั้นเป็นวัน เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน โดยไม่สามารถฟื้นคืนชีวิตมาได้อีกแล้ว แต่หากมีการทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าว่าในสภาวะดังกล่าว เจ้าตัวขอไม่รับการรักษา

พยาบาลด้วยการกระตุ้นหัวใจและช่วยหายใจ ตลอดจนใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เพื่อยืดความตายโดยขอตายตามวิถีธรรมชาติ ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า โดยแสดงเจตนาไว้ว่า ไม่ต้องการรับการรักษาดังกล่าว เจ้าหน้าที่ก็จะได้สิ้นชีวิตไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ เป็นต้น

4. เมื่อผู้ให้บริการได้รับทราบเจตนาซึ่งแสดงไว้เกี่ยวกับความต้องการในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยแล้ว ผู้ให้บริการจะยุติการรักษาทุกชนิดเลยหรือไม่ ?

ผู้ให้บริการจะต้องยุติการรักษาพยาบาลตามที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาารมณ์ไว้ในหนังสือ แต่จะยังคงให้การรักษาที่บรรเทาความเจ็บปวด หรือความทุกข์ทรมานเท่าที่จำเป็น ทั้งนี้จะต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่สภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขกำหนดขึ้นด้วย

5. ผู้ที่ต้องการใช้สิทธิการตายนี้ มีวิธีปฏิบัติอย่างไร ?

ถ้าต้องการใช้สิทธิ ผู้ป่วยต้องทำเป็นหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า เป็นลายลักษณ์อักษร ตรวจสอบพิสูจน์ได้ และต้องทำในขณะที่บรรลุนิติภาวะ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยสิทธินี้จะมีผลก็ต่อเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะที่เป็น “วาระสุดท้ายของชีวิต” กล่าวง่ายๆ คือ ผู้เลือกใช้สิทธินี้ต้องทำหนังสือเอาไว้ล่วงหน้าเพื่อบอกให้ผู้อื่นรู้ว่า ถ้าตนอยู่ในสภาพอย่างไรแล้วตนไม่ต้องการการรักษา หรือเมื่อหมดสติแล้ว ชีวิตจะสิ้นแล้ว ผู้ให้บริการจะได้หยุดการรักษาเพียงเท่านั้น แทนที่จะยืดความตายออกไปอีก

สำหรับหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติโดยละเอียดชัดเจนจะมีการออกกฎกระทรวงกำหนดในภายหลัง โดยจะกำหนดรูปแบบและเงื่อนไขในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยเพื่อให้การปฏิบัติเกิดความถูกต้องและชัดเจน และจะกำหนดให้สภาวิชาชีพด้านสาธารณสุขจะต้องมีการกำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ ในกรณีนี้ผู้ป่วยขอใช้สิทธินี้ด้วย

6. ญาติพี่น้อง หรือผู้อื่นจะสามารถเลือกใช้สิทธินี้แทนผู้ป่วยได้หรือไม่ ?

สิทธินี้เป็นสิทธิเฉพาะบุคคล โดยเจ้าของชีวิตต้องเป็นผู้แสดงเจตนาใช้สิทธิล่วงหน้าด้วยตนเอง กฎหมายไม่อนุญาตให้ญาติพี่น้องหรือคนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการหรือใครก็ตามมาเป็นผู้เลือกใช้สิทธินี้แทน เพราะถ้าให้คนอื่นสามารถมาใช้สิทธิแทนได้ก็จะเกิดปัญหาติดตามมามากมาย

7. กฎหมายนี้เป็นการยอมรับให้มีการฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร หรือยอมให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเพื่อหนีความทรมานหรือไม่ ?

ไม่ทั้ง 2 กรณี กฎหมายนี้ไม่ครอบคลุมทั้งการอนุญาตให้มีการฆ่าผู้ป่วยด้วยความกรุณา หรือการุณยฆาต (Mercy Killing) และไม่ใช้กฎหมายที่จะอนุญาตให้ถูกทำให้ตายเพื่อหนีความทรมาน (Active Euthanasia) หรือสิทธิที่จะฆ่าตัวตาย แต่เป็นเรื่องของการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าให้กระทำการใดๆ เมื่อบุคคลอยู่ในวาระสุดท้ายซึ่งไม่สามารถตัดสินใจได้เองในเวลานั้น กล่าวคือเป็นการขอใช้สิทธิหยุดการรักษาเพื่อให้ได้จากไปโดยสงบ อันเป็นการให้ความเคารพต่อเจตนาของผู้ที่เป็นเจ้าของชีวิตในวาระสุดท้าย

8. สังคมได้ประโยชน์อะไรจากกรณีกฎหมายมาตรานี้ ?

8.1 ทำให้บุคคลได้รับการคุ้มครองสิทธิในฐานะเจ้าของชีวิต และช่วยแก้ปัญหาการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ในช่วงที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว

8.2 เป็นการป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจจะกลายเป็นคดีความระหว่างญาติผู้ป่วยและผู้ให้การรักษาพยาบาล ดังเช่นกรณีชวนางเทอริรี เซอโว สตรีชาวอเมริกัน ที่เป็นคดีความระหว่างสามีกับพ่อแม่มากว่า 7 ปี กว่าที่ศาลรัฐฟลอริดาจะสั่งให้ดึงท่ออาหารและน้ำออกเมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2548 เพื่อให้เธอตายไปตามธรรมชาติ หลังจากอยู่ในสภาพเหมือนผักมานานถึง 15 ปี

9. สิทธิเช่นนี้ มีประเทศใดใช้กันบ้างแล้ว ?

หลายประเทศลงความเห็นว่า การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ล่วงหน้าเอาไว้ไม่ใช่เรื่องเสียหาย และเป็นสิทธิที่ทุกคนควรจะสามารถเลือกได้ การระบุแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องชอบธรรม และได้รับการยอมรับในหลายประเทศ โดยนำมาเขียนเป็นกฎหมายคุ้มครองแล้ว เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ แคนาดา นิวซีแลนด์ เดนมาร์ก และรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกา

10. สิทธินี้ขัดกับหลักความกตัญญูในสังคมไทย หรือหลักศาสนาหรือไม่ ?

ไม่ขัดแย้งเพราะสิทธินี้ไม่อนุญาตให้มีการฆ่าตัวตายซึ่งผิดหลักทางศาสนา แต่เป็นการยินยอมให้ตายในสภาพธรรมชาติ ตามกาลเวลาอันสมควรในขณะเดียวกัน ถ้าญาติทราบผู้ป่วยเลือกใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ ก็ย่อมมีช่วงเวลาเตรียมจิตใจยอมรับและทดแทนบุญคุณด้วยความใกล้ชิดจนถึงวาระสุดท้ายในสภาพที่ผู้ป่วยจากไปอย่างเป็นธรรมชาติ อันเป็นการแสดงความกตัญญูอย่างมีสติซึ่งผู้ป่วยเองก็ได้มีโอกาสรับรู้ แทนที่ลูกหลาน ญาติ พี่น้องจะมัวแต่รื้อร่น วิดกกังวลทุกครั้งที่อาการทรุดลงจนถึงวาระสุดท้าย แล้วญาติยังต้องคอยหวังผลสำเร็จจากการยื้อชีวิตทุกวิถีทางว่าจะได้ผลหรือไม่

11. การยุติการช่วยชีวิตของผู้ให้บริการตามสิทธินี้ เป็นการขัดหลักจริยธรรมทางวิชาชีพหรือไม่ ?

ไม่ เพราะในกรณีนี้ผู้ให้บริการมิใช่ผู้กระทำให้ตาย หรืออนุญาตให้ฆ่าตัวตาย แต่เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยได้จากไปโดยธรรมชาติ แม้จรรยาบรรณผู้ให้บริการจะย้ำเรื่องการช่วยชีวิตให้ถึงที่สุด แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเลือกใช้สิทธินี้เมื่อถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต ซึ่งสภาวิชาชีพต้องกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติในการพิจารณาตัดสิน “วาระสุดท้ายแห่งชีวิต” ที่ชัดเจน นั้นหมายถึง แม้ผู้ให้บริการจะช่วยหรือไม่ช่วยชีวิต ผู้ป่วยก็จะต้องจากไปอย่างแน่นอนอยู่แล้ว

12. ผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบใดๆ หรือไม่ ถ้าดำเนินการตาม เจตนาของผู้ป่วย ?

ไม่ สาระสำคัญในวรรคสุดท้ายของมาตรา 10 ที่ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพ
ด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และ
เมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่ากรกระทำนั้นเป็นความผิดและ
ให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” แต่การพ้นจากความรับผิดของผู้ให้บริการจะเกิด
ขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการได้ดำเนินการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดใน
กฎกระทรวง รวมถึงข้อบังคับสำหรับการปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่สภา
วิชาชีพด้านสาธารณสุขกำหนดด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2546,21 มกราคม). การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์. เอกสาร
ประกอบการประชุมหารือเพื่อเตรียมการจัดเวทีรับฟังความเห็นประเด็นสิทธิการตาย
อย่างมีศักดิ์ศรี, กรุงเทพฯ.
2. แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2546,21 มกราคม). สรุปผลการสัมมนาเรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง
ตายอย่างสงบ : ร่วมสานแนวคิดสู่วิธีปฏิบัติ”. เอกสารประกอบการประชุมหารือเพื่อเตรียม
การจัดเวทีรับฟังความเห็นประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี, กรุงเทพฯ.
3. แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ อเนก ยมจินดา. (2546, มีนาคม). กฎหมายการแพทย์ “การ
รักษาพยาบาลผู้ป่วยหนัก และการให้ผู้ป่วยวาระสุดท้ายถึงแก่ความตายด้วยความ
สงบ”, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน.
4. สันต์ หัตถิรัตน์. (2544). สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. พิมพ์ครั้งที่
ที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
5. ประเวศ วะสี. (2541). ปัจฉิมอาภาท ท่านพุทธทาสมหาเถระ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
6. <http://washingtontimes.com/upi-breaking/20041130-115652-6545r.htm>. Lawmakers
approve passive euthanasia, The Washington Times, November 30, 2004.



เป็นมาและความเห็นต่อประเด็น

“สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

จากการดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมาเป็นเวลากว่า 6 ปี ที่ผ่านมามีการทำงานทั้งในด้านการสร้างความรู้ การสร้างความร่วมมือทางสังคม และการสื่อสารสาธารณะ ไปพร้อมๆ กับการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

กล่าวสำหรับการสื่อสารสาธารณะนั้น พบว่า ในความพยายามที่จะจุดประเด็นให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นเรื่องของสาธารณะ กระตุ้นให้เกิดความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ โดยการทำงานผ่านสื่อมวลชนแขนงต่างๆ นั้น นับว่าไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากมีปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ไม่ว่าจะเป็นความสนใจของสื่อมวลชนที่แทบจะถูกเทลงไปที่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล นอกจากนี้การที่ สป.ร.ส. ยึดจุดยืนการทำงานในการที่จะสื่อสารในเชิงบวก เน้นให้เกิดภาพของกระบวนการที่งดงามและความสมานฉันท์ในสังคม ซึ่งค่อนข้างขัดกับธรรมชาติของการทำข่าวของสื่อมวลชน จึงทำให้เรื่องของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้รับความสนใจและเป็นประเด็นวิพากษ์วิจารณ์อยู่ในแวดวงที่ไม่กว้างขวางนัก

อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีบางประเด็นในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ที่ได้รับความสนใจอย่างโดดเด่น หากเปรียบกับร้านอาหารซึ่งมีอาหารมากมายหลาย

รายการให้ลูกค้าเลือกชิม ประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ก็น่าจะถือได้ว่าเป็น “เมนูเด่น” ประจำร้าน ที่เมื่อนำมาสื่อสารสู่สาธารณชนครั้งใด ก็มักจะได้รับการตอบสนองทั้งจากสื่อมวลชนและบุคคลที่เกี่ยวข้องเสมอ

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านการตรวจพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ และได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2548 เพื่อส่งเรื่องไปยังคณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎรพรรครัฐบาลเข้าสู่วาระการประชุมของสภานิติบัญญัติ โดยมีร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งประชาชน 95,410 คน ได้เข้าชื่อเสนอเป็นกฎหมายรอการจัดวาระอยู่แล้วตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2548

ก่อนจะมาเป็น มาตรา 10

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดทำ “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้นเพื่อเป็นเอกสารตั้งต้นในการระดมความคิดเห็นต่อกรรมาธิการ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยการศึกษาเอกสารสำคัญที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก อาทิ รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540, พ.ร.บ.การศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542, บันทึก “จากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน” ของอาจารย์ป่วย อังภาภรณ์, หนังสือ “สุขภาพ ในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์” โดย นพ.ประเวศ วะสี โดยเฉพาะรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ : ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ซึ่งเสนอโดยคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน เมื่อ 1 มีนาคม พ.ศ. 2543 นั้น ถือว่าเป็นเอกสารหลักที่สำคัญในการกรรกรอบความคิดฯ

ในร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 13 หมวด นั้น ประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ถูกเขียนไว้ในหมวดที่ 2 สิทธิหน้าที่ความเสมอภาค และหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมสิทธิด้านสุขภาพตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาไปจนถึงหลังการตาย โดยในข้อที่ 2.2.10 ได้เขียนไว้ว่า “*ในบั้นปลายของชีวิตบุคคลพึงมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี และมีคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ โดยมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่*

เหมาะสม และไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจ ทั้งแก่บุคคลและสังคมโดยรวม” ซึ่งเป็นข้อความที่นำมาจากรายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ที่กล่าวถึงคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไว้ 11 ประการ

หลังจากได้นำร่างกรอบความคิดฯ ออกเผยแพร่และรับฟังความคิดเห็น ทั้งโดยการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การสื่อสารผ่านสื่อต่างๆ และการส่งให้กับหน่วยงาน องค์กร กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ มีเครือข่ายประชาคมร่วมให้ความเห็น 306 เครือข่าย รวม 1,599 ภาคี มีผู้ร่วมให้ความเห็นกว่า 2 แสนคนแล้ว ก็ได้นำมาสู่การจัดทำเอกสาร “สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นเอกสารประกอบการรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมจากหน่วยงานองค์กรประชาคมต่างๆ อีกรอบหนึ่ง ในเอกสาร “สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” มีทั้งหมด 12 หมวด ประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ถูกเขียนไว้อย่างสั้นๆ ในข้อที่ 8 หมวดที่ 3 ว่าด้วยสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพว่า “มีสิทธิตายอย่างมีศักดิ์ศรี”

จากนั้นไม่นานนักก็ได้มีการจัดทำ ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในฉบับที่ค่อนข้างเป็นภาษากฎหมายอีกระดับหนึ่งขึ้นมาเพื่อนำไปรับฟังความเห็นในเวทีสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดและระดับชาติที่เตรียมการไว้ในช่วงเดือน เมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2545

วันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2545 สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้จัดการเสวนาสีอมวลชนในหัวข้อ “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี คนไทยคิดอย่างไร” โดยผู้เข้าร่วมเสวนาครั้งนี้ ประกอบด้วย ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ในฐานะนักกฎหมายและกรรมการแพทยสภา อาจารย์วัฒนานวลสุวรรณ รองประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และแมซีคันสนีย์ เสถียรสุด จากเสถียรธรรมสถาน รวมทั้งสีอมวลชนประมาณ 30 ท่าน สาระสำคัญในการเสวนามีดังนี้

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) อธิบายว่า ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติมีทั้งหมด 12 หมวด เรื่องสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีประเด็นหนึ่งที่อยู่ในหมวดที่ 3 เรื่องสิทธิ

และหน้าที่ด้านสุขภาพ และในช่วงนี้ สปรส. กำลังเปิดรับฟังความเห็นต่อประเด็นต่างๆ ที่จะเขียนลงไปในกฎหมายฉบับนี้ โดยในประเด็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรีได้ยกวางไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี” เหตุผลที่เขียนไว้แบบนี้ เพื่อให้คนทุกคนมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในบ้านปลายชีวิต และไม่เป็นภาระในทุกด้าน โดยให้สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้าได้ (Living Will) ซึ่งสิทธิดังกล่าวเกี่ยวข้องกับบุคคลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ เจ้าของชีวิต แพทย์ และญาติพี่น้อง และยังรวมไปถึงระบบความเชื่อทางสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และศาสนา ที่มีอิทธิพลต่อการใช้สิทธินี้

ในการเสวนา ผู้อำนวยการ สปรส. พยายามอธิบายแยกแยะเพื่อความเข้าใจในสองประเด็น คือเรื่องการรักษาสิทธิให้แพทย์สามารถทำการยุติชีวิต (Mercy Killing) ว่าไม่ใช่ประเด็นที่ยอมรับให้กระทำได้ แต่ประเด็นที่ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพฯ นี้จะรับรอง เป็นเรื่องความสมัครใจที่จะรับและไม่รับการรักษาในวาระสุดท้ายเพื่อไม่ให้มีการแทรกแซง ยึด ลาก ดึงชีวิตที่หมดหวังแล้วในผู้ที่อยู่ในลักษณะ “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” ซึ่งกรณีนี้จะพบได้มากในกลุ่มคนที่มีฐานะดี หรือคนที่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากเป็นพิเศษ เช่น คนไข้ไอพี คนมีฐานะ หรือมีญาติเป็นแพทย์ ซึ่งนอกจากทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคลนั้นแล้ว ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายตามมา

นพ.อำพลฯ ยกกรณีการมรณภาพของ อาจารย์พุทธทาสภิกขุ ที่ท่านแสดงเจตจำนงต่อสาธารณะว่าขอมรณภาพที่สวนโมกข์อย่างสงบและเป็นธรรมชาติ นั่นคือการแสดงเจตนาธรรมณ์ (Living Will) ของท่าน แต่ในที่สุดท่านต้องสิ้นชีวิตอยู่ในห้องไอซียูของโรงพยาบาล ซึ่งคงมีอีกหลายกรณีที่เกิดอย่างนี้ เพราะชีวิตคนเราไม่ได้อยู่โดดๆ ยิ่งบ้านปลายชีวิตก็จะมีแพทย์ การสาธารณสุขเข้ามา รวมทั้งค่านิยมทางสังคม ความต้องการของญาติพี่น้อง ซึ่งสามารถไปแทรกแซงการตายอย่างนั้นได้ จึงนำมาสู่ความพยายามที่จะกำหนดออกมาเป็นกฎหมาย เพราะไม่ต้องให้เกิดลักษณะที่ว่าฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

มีอำนาจยึดชีวิต ที่หมดหวังแล้วออกไป ถ้าเจ้าของชีวิตไม่สมัครใจ หลักการใน
ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ จึงให้ความสำคัญกับเจ้าของชีวิตเพื่อให้สามารถเลือก
ตายอย่างสงบ ตายอย่างธรรมชาติ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ส่วน
การนำไปสู่การปฏิบัติก็ต้องดูต่อไปว่า หน่วยงาน องค์กรใดที่เกี่ยวข้องจะต้อง
มาออกหลักเกณฑ์รองรับต่อไป เชื่อว่าถ้าหลักการนี้ผ่าน จะมีผู้แสดงความจำนง
ใช้สิทธินี้ซึ่งคงไม่เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่า เรื่องสิทธิการตาย (Right to die) เป็น
แนวคิดจากตะวันตก ได้รับอิทธิพลจากศาสนาโดยเฉพาะศาสนาคริสต์ เชื่อว่า
พระเจ้าเป็นเจ้าของผู้สร้างทุกอย่างในจักรวาล เพราะฉะนั้นมนุษย์จึงถูกสร้างมา
โดยพระเจ้า ใครฆ่าตัวตายเป็นการขัดต่อโอองการของพระเจ้า จะเห็นว่าผู้ที่ฆ่า
ตัวตายแล้วไม่ตายถือเป็นความผิดทางอาญา แต่เนื่องจากในประเทศ
สหรัฐอเมริกา รัฐธรรมนูญได้ให้สิทธิเสรีภาพกับประชาชนมาก ดังนั้น แม้
กฎหมายที่บังคับใช้จะเป็นกฎหมายของมลรัฐนั้น หากล่งล้าต่อสิทธิเสรีภาพที่
กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ประชาชนมีสิทธิจะฟ้องศาลสูง เพื่อตีความว่าขัดต่อ
รัฐธรรมนูญหรือไม่

“เรื่องสิทธิการตายนั้นก็มีผู้พยายามนำขึ้นสู่ศาลสูงว่าจะทำได้หรือไม่
ประเด็นเหล่านี้ในที่สุดก็เพิ่งจะมีประเด็นขึ้นสู่ศาลสูงของอเมริกาว่า คนอเมริกัน
มีสิทธิจะเลือกตายหรือไม่ เพราะมีกรณีเกิดขึ้นเยอะมาก โดยเฉพาะคนที่นอน
ไม่ได้สติแล้วอยากให้หมอเลิกรักษา หมอก็บอกว่าเลิกไม่ได้ เพราะผิดข้อหาฆ่า
คนตาย เขาก็ต้องยื่นฟ้องศาลขอให้หมอเลิกรักษา และคดีแบบนี้เกิดขึ้น
มาก ไม่เฉพาะสหรัฐฯ เท่านั้น แต่เป็นทั่วโลก เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์
ก้าวหน้าไปมาก เกิดการแทรกแซงธรรมชาติ ทำให้คนมีอายุยืนมากขึ้น แต่ชีวิต
ที่อยู่มันไม่ค่อยมีศักดิ์ศรีเพราะคนบางคนมีชีวิตอยู่จริง นอนสลบเป็นปีๆ แม้มี
ชีวิตก็จริงอยู่ แต่หลายคนมองว่าชีวิตอย่างนี้ไม่มีความเป็นมนุษย์ เพราะต้อง
อยู่ในเครื่องรุกรังมาก”

ศ.นพ.วิฑูรย์ กล่าวว่า ศักดิ์ศรีของมนุษย์ไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนหรือ
กำหนด ขึ้นกับความรู้สึกแต่ละคน ฉะนั้นสิทธิความเป็นมนุษย์ที่สำคัญคือสิทธิ

ในการตัดสินใจเลือกโดยตัวเขาเอง ในเอกสารของปัญญาสาภกลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติใช้คำว่า “ศักดิ์ศรีประจำตัวและสิทธิเท่าเทียมกัน” ดังนั้น ศักดิ์ศรีจึงขึ้นอยู่กับแต่ละคน แต่ละความเชื่อ ปัจจุบันรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้รับรองเรื่องนี้ไว้ถึง 3 มาตราด้วยกัน ได้แก่ ม.4, ม.26 และ ม.28 หมายความว่าประชาชนมีสิทธิอยู่แล้วตามรัฐธรรมนูญ แต่จะได้นำมาบรรจุไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่จะเป็นธรรมนูญด้านสุขภาพ ซึ่งจะต้องเขียนให้เป็นภาษาสุขภาพ ไม่ใช่ภาษากฎหมาย เพื่อให้เหมาะแก่การนำไปปฏิบัติ

แม้ซีคัสเนียนี เสถียรสุด ผู้อำนวยการเสถียรธรรมสถาน ที่ให้เห็นว่าความตายก็ไม่ใช่เรื่องน่ากลัว แต่ความตายเป็นเรื่องความจริง เป็นการเข้าสู่ความสงบที่แท้จริง และการเผชิญกับความตายเป็นเรื่องสำคัญของชีวิตพอๆ กับการมีชีวิตอยู่ เมื่อไม่มองความตายเป็นเรื่องของความกลัว การหนีความยึดมั่นถือมั่น แต่มองว่าความตายคือการส่งผ่าน เช่น ความเชื่อทางศาสนาพุทธของทิเบต มองว่าการตายเป็นศิลปะเป็นการส่งผ่านของชีวิต ด้วยการเปิดประตูสู่สภาวะที่งดงาม จึงเป็นเรื่องน่าสนใจว่าทำอะไร จะให้ผู้ป่วยตายอย่างมีศักดิ์ศรีมากที่สุด

“เรื่องการตายมันเป็นเรื่องของการอยู่อย่างไรตายอย่างนั้น อยู่อย่างเย็นตายเย็น อยู่อย่างร้อนก็ตายร้อน มันพูดเรื่องโครงสร้างว่าปัจจุบันเป็นอนาคต อดีตเป็นเหตุปัจจุบันเป็นผล ปัจจุบันเป็นเหตุอนาคตเป็นผล เพราะฉะนั้นการตายนั่นมันต้องมาจากปัญญาในการเลือกตายอย่างมีศักดิ์ศรี ปัญหาคือกระบวนการในการจัดการ หากชีวิตคนในปัจจุบันไม่ว่าอยู่แบบพื้นไม่ได้ ตายไม่ลง หรือ หากชีวิตเราถูกกระตุ้นเร้าให้หลงอารมณ์อยู่ตลอดเวลา มันจะตายเย็นได้อย่างไร มันก็เป็นเรื่องสภาวะทางจิตวิญญาณ ทุกคนควรมีกระบวนการจัดการเตรียมตัวตายก่อนตายให้เราเลือกได้”

ทางด้าน นายวัฒนา นวลสุวรรณ รองประธานสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งขณะนั้นท่านมีอายุ 75 ปี กล่าวว่า สิทธิการตายเป็นสิทธิข้อหนึ่งในสิทธิผู้สูงอายุ ซึ่งสหพันธ์ผู้สูงอายุระหว่างประเทศ (The International Federation on Aging : IFA) จัดทำขึ้นเพื่อเสนอต่อสหประชาชาติ และถือเป็น

หลักการเรื่องสิทธิของผู้สูงอายุในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย โดยระบุว่าผู้สูงอายุมีอิสระที่จะตัดสินใจในการรักษาพยาบาลตนเอง และมีสิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี แต่ได้ขยายความต่อว่าเป็นสิทธิการตายในลักษณะของการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่มุ่งเพียงจะต่อชีวิตให้ยืนยาว ดังนั้นหากพิจารณาข้อความในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ที่ระบุว่าต้องตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี จะมีปัญหาถกเถียงถึงคำจำกัดความว่าแค่ไหน? อย่างไร? จึงจะเรียกว่าเป็นการตายที่สงบและมีศักดิ์ศรี เพราะความเข้าใจของแต่ละคนแตกต่างกัน อาจถูกตีความกลายเป็นเรื่องศักดิ์ศรีของวงศ์ตระกูล หรือการได้รับการยกย่องเชิดชู ทั้งนี้ทางสภาผู้สูงอายุที่ดำเนินการภายใต้ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 มิได้กล่าวถึงการตายอย่างมีศักดิ์ศรีอย่างนั้น แต่มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ ดูแลสุขภาพ มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาจนถึงวาระสุดท้ายตามคตินิยม จะมีศักดิ์ศรีหรือไม่ นั่นไม่ใช่เรื่องสำคัญ

นายวัฒนาเสนอว่า หากใช้คำว่า “ยกย่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และความเชื่อทางศาสนา” น่าจะดีกว่าคำว่า “ตายอย่างมีศักดิ์ศรี” และน่าจะพูดถึงเฉพาะกรณีที่มีการยึดมั่นปลายของชีวิตต่อไป โดยไม่มีประโยชน์ออกไปเท่านั้น

ผลจากการจัดเสวนาครั้งนั้น มีการเผยแพร่ประเด็นดังกล่าวผ่านสื่อมวลชนแขนงต่างๆ อย่างกว้างขวางทั้งในลักษณะข่าว บทความ ตลอดจนข้อเขียนแสดงความคิดเห็นของคอลัมนิสต์ต่างๆ กล่าวได้ว่าประเด็นนี้เป็นเรื่องที่เป็นข่าวมากกว่าประเด็นใดๆ ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ทั้งหมด อย่างไรก็ตามเนื่องจากมีความเข้าใจว่าร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ กำลังเสนอเรื่องของการุณยฆาตหรือ Mercy Killing ซึ่งเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันในสังคมมานาน ประกอบกับช่วงเวลาที่จัดการเสวนานั้นเป็นช่วงเวลาที่กำลังเคียงกับที่มีข่าวว่าประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ออกกฎหมายอนุญาตให้แพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายตามคำร้องขอหรือความต้องการของคนไข้เป็นประเทศแรกในโลก ทำให้การแสดงความคิดเห็นตอบสนองต่อประเด็นในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ บางส่วนไปเกี่ยวพันกับเรื่องดังกล่าว

บ้างเกรงว่าจะเป็นการคิดและทำตามอย่างฝรั่ง ในขณะที่นักกฎหมายก็ได้ออกมาแสดงความเป็นห่วงเรื่องปัญหาการใช้กฎหมายที่จะตามมาเพราะมีแง่มุมอันละเอียดอ่อนที่ต้องคำนึงถึง บ้างก็แสดงความเห็นด้วยในหลักการ แต่เสนอให้ปรับปรุงในเรื่องการใช้ถ้อยคำ (Wording) ในส่วนของประชาชนทั่วไปนั้นก็มีจำนวนหนึ่งที่แสดงความเห็นด้วย โดยเฉพาะหลังจากที่ สปรส. ได้เผยแพร่บทความเกี่ยวกับประเด็นนี้ลงในนิตยสารชีวิต ซึ่งมีพื้นที่มากพอที่จะอธิบายเหตุผลที่มาของแนวคิดอย่างครบถ้วนนั้นปรากฏว่ามีผู้อ่านชีวิตจิตจำนวนถึง 73 คน ได้เขียนจดหมายแสดงความเห็นด้วยเข้ามาถึง สปรส. ในจำนวนนั้นหลายคนยกกรณีตัวอย่างประสบการณ์ในชีวิตจริงของตนที่เคยมีญาติหรือคนรู้จักต้องตายอย่างทุกข์ทรมานภายใต้เครื่องมือเทคโนโลยีต่างๆ

ในที่สุด ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ฉบับปรับปรุงเมื่อ 24 กันยายน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นร่างที่ได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาดำเนินการตามกระบวนการนิติบัญญัติ ก็ได้บัญญัติเรื่อง “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ไว้ในหมวดที่ 2 สิทธิ หน้าที่ และความมั่นคงด้านสุขภาพ ส่วนที่ 1 มาตรา 24 ระบุไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของตนเองเพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์”

หลังจาก คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. และได้ส่งร่างกฎหมายให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกฤษฎีกาคณะพิเศษ มีอาจารย์มีชัย ฤชุพันธุ์ เป็นประธาน ดำเนินการตรวจพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. จนเสร็จสิ้นเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2548 และส่งให้คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2548 และส่งต่อให้คณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาเพื่อจัดวาระตามกระบวนการนิติบัญญัติ ในร่างฉบับนี้ “สิทธิการตาย” ปรากฏอยู่ในหมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพ มาตรา 10 ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน

หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง”

ขณะเดียวกันเนื้อหาในร่างฉบับปรับปรุงเมื่อ 24 กันยายน พ.ศ. 2545 ได้ปรากฏอยู่ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ฉบับซึ่งภาคประชาชน 95,410 คน ได้เข้าชื่อเสนอเป็นกฎหมายรอการจัตวาระคู่ขนานไปกับฉบับของรัฐบาล ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2548

ต่อไปนี้เป็นบางส่วนของความคิดเห็นของบุคคลต่างๆ ต่อประเด็นสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

10 เมษายน 2545

สภุภิศษในหนังสือพิมพ์บ้านเมือง (ซึ่งดูเหมือนจะเข้าใจว่า พ.ร.บ.สุขภาพฯ เสนอเรื่อง “การุณยฆาต”) ได้อ้างความเห็นของบุคคลหลายฝ่าย คือนายวัลลภ ตังคณานูรักษ์, รศ.ดร.สุพัตรา สุภาพ และ ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม ที่ให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า เห็นด้วยกับการนำกฎหมายนี้มาใช้กับคนที่ เป็นโรคร้ายแรงไม่สามารถรักษาได้ และผู้ป่วยประเภทเจ้าชายนิทรา แต่ทางด้านสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และสมาชิกวุฒิสภาส่วนใหญ่ ได้ออกมาคัดค้านกฎหมายให้สิทธิผู้ป่วยเลือกตาย เพราะขัดกับหลักพระพุทธศาสนา ประเพณี และศีลธรรมของคนไทย ในขณะที่ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ย้ำว่าเรื่องนี้ยังอยู่ระหว่างรับฟังความเห็น กำลังมีการรวบรวมข้อมูลอยู่อย่าเพิ่งสรุปว่าจะเป็นปัญหา

คอลัมน์ “คนละพวกเดียวกัน” โดย ชุนสีอโธ ในหนังสือพิมพ์โลกวันนี้ แสดงความเห็นว่าเรื่องความตายถือกันว่าใครทำให้คนอื่นตายเป็นความผิดร้ายแรง ใครฆ่าตัวตายก็เป็นบาป คนที่มีสติสมบูรณ์จะยอมให้คนอื่นฆ่าเขา

หรือ แม้จะเจ็บป่วยปางตาย ลูกหลานมีหรือจะยอมให้คนอื่นประณามว่าฆ่าพ่อแม่ แม้จะเป็นสิทธิของพ่อแม่ผู้อยากตาย เรื่องนี้แม้จะเป็นเรื่องน่าคิด แต่คิดแบบฝรั่งเสียทุกอย่างคงไม่ได้

11 เมษายน 2545

นพ.ชุมศักดิ์ พุททษาพงษ์ รองเลขาธิการแพทยสภา ให้สัมภาษณ์ นสพ.มติชนว่า เรื่องนี้อยู่ที่ใครมีเงินจ่ายหรือไม่ คนไม่มีเงินก็ไม่มีแพทย์ที่ไหนอยากเห็นยวร้างไว้ การจะอยู่หรือตายของคนจึงเป็นเรื่องสองมาตรฐานที่เงินเป็นตัวกำหนด อย่างไรก็ตามในเรื่องตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั้นเป็นเรื่องดีแต่ต้องแยกแยะเป็น 2 ประเด็น คือถ้าพูดถึงการุณยฆาต เป็นไปไม่ได้ที่แพทยสภาจะสนับสนุนเรื่องนี้ แต่ถ้าเป็นการแสดงความจำนงไว้ล่วงหน้า ณ ขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะก็อาจทำได้ ในส่วนของแพทยสภาได้มีการตั้งคณะกรรมการกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวัง โดยมี นพ.ประสงค์ ตูจินดา เป็นประธาน มีข้อสรุปแล้วว่า แพทย์จะยุติการรักษาผู้ป่วยก็ต่อเมื่อแพทย์นิติเวช พยาธิวิทยา และแพทย์เจ้าของไข้ ร่วมกันวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนั้นสมองตาย โดยต้องได้รับความยินยอมจากญาติด้วย จึงจะหยุดการใช้เครื่องช่วยชีวิต

16 เมษายน 2545

คอลัมน์รายงานพิเศษจากทีมข่าวสาธารณสุข นสพ.ไทยรัฐ ยกกรณีตัวอย่างท่านพุทธทาส และสรุปว่า พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ กำลังให้สิทธิแก่เจ้าของชีวิต ไม่ใช่ปล่อยให้สิทธินั้นตกอยู่ในมือของหมอหรือญาติ ซึ่งเป็นเรื่องที่สังคมต้องช่วยกันคิดต่อไปว่ามีความเหมาะสมหรือไม่กับกฎหมายนี้

นายสมชาย หอมละออ ประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน สภาทนายความแห่งประเทศไทย ให้สัมภาษณ์ นสพ.กรุงเทพธุรกิจว่า เห็นด้วย แต่ต้องมีเงื่อนไขเข้มงวด เช่น ต้องเป็นการแจ้งเจตนาารมณ์ก่อนตายด้วย สติที่สมบูรณ์ มีระบบการตรวจสอบตัดสินใจที่ดีพอที่จะไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

นายจรัล ดิษฐาอภิชัย กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ให้สัมภาษณ์ นสพ.กรุงเทพธุรกิจว่า เรื่องนี้อาจยอมรับได้ในกรณีผู้ป่วยที่พิสูจน์ได้ว่าไม่มีทางที่จะเยียวยาได้

นายจักรกฤษณ์ ควรพจน์ ผู้อำนวยการสำนักงานกฎหมายและนิติธรรม คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ให้สัมภาษณ์ นสพ.กรุงเทพธุรกิจว่า เห็นด้วยในหลักการของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ แต่อำนาจการตัดสินใจในการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยหรือไม่ ควรอยู่ที่ศาล ไม่ใช่อยู่ที่แพทย์

18 เมษายน 2545

ยศวดี บุญยเกียรติ เขียนบทความลงใน นสพ.ผู้จัดการ คอลัมน์สังคมสีเขียว เห็นด้วยว่าทุกคนควรมีสิทธิที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี โดยการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ต้องใช้เครื่องมือต่อชีวิต โดยคนนั้นต้องพร้อมและไม่ถูกชี้นำ แต่ถ้าเป็น “การุณยฆาต” นั้นเป็นอีกเรื่องที่ต้องใช้ความละเอียดรอบคอบมากกว่า

2 พฤษภาคม 2545

นพ.สมยศ ติรักษิณี ให้สัมภาษณ์ นสพ.มติชน สรุปว่า ส่วนตัวไม่ค่อยเห็นด้วย เพราะการรักษาก้าวหน้ามาก มียาประคับประคองไม่ให้ทรมานเกินไปก็ได้ การปล่อยให้คนไข้ตายเป็นการขัดความรู้สึก บางคนอาจตายฟรีทั้งๆ ที่ยังรักษาได้

พระพยอม กัลยาโณ ให้สัมภาษณ์ นสพ.มติชน เห็นด้วยกับเรื่องนี้โดยยกตัวอย่างท่านพุทธทาส

นายทองใบ ทองเปาว์ ให้สัมภาษณ์ นสพ.มติชนว่า ถ้าดูตามสิทธิ ไม่ว่าจะสิทธิมนุษยชน หรือสิทธิตามรัฐธรรมนูญก็ดี บุคคลมีสิทธิในชีวิต มีสิทธิที่จะกำหนดชะตาตัวเอง ถ้าเขารู้ชะตากรรมตัวเองเขาก็มีสิทธิจะกำหนดไว้ว่าจะรับหรือไม่รับการรักษา แต่ที่กฎหมายนี้ยังไม่ออกมาใช้น่าจะเป็นการเกรงว่า

จะเกิดการใช้กฎหมายมากล้นแกล้งฆ่ากันตาย และเป็นประเด็นจริยธรรม แพทย์ด้วย

22 พฤษภาคม 2545

นายันทน อินทนนท์ นักกฎหมายจากศาลภาชีอากรกลาง เขียนบทความหัวข้อ “สิทธิที่จะตาย : สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ” ลงในมติชนรายวัน สรุปได้ว่าร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ได้นำเอาหลักการของสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Medical Treatment) ไปบัญญัติรวมไว้กับสิทธิที่จะตาย (Right to Die) ซึ่งทั้งสองสิทธินี้มีความแตกต่างกันหลายประการ โดยเฉพาะสิทธิที่จะตายนั้นเป็นถ้อยคำใหม่ที่ถูกนำมาใช้เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่การทำกรณียฆาต และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ การบัญญัติทางกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตาย จะก่อปัญหาทาง จริยธรรม สังคม และกฎหมายตามมามากมาย

ความเห็นในบทความดังกล่าวเป็นความเข้าใจว่าร่างกฎหมายนี้ให้สิทธิที่จะตาย ซึ่งเป็นคนละประเด็นกัน

4 มิถุนายน 2545

นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ เขียนบทความลงในมติชนรายวัน ตอบบทความของคุณันทน ชี้แจงแทน สปรส. ว่า ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ เสนอให้มีการ “ยุติหรือไม่แทรกแซงการตายตามธรรมชาติ” ไม่ใช่ให้มีการฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร (Mercy Killing)

“สิทธิที่จะตาย” จึงไม่ใช่ “สิทธิที่จะถูกฆ่าให้ตาย” และไม่ใช่ “สิทธิที่จะฆ่าตัวตาย”

4 กรกฎาคม 2545

ศูนย์ประชาชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยรามคำแหง เผยแพร่รายงานการสำรวจความเห็นเกี่ยวกับเรื่องกรณียฆาต และสิทธิการ

ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ในกลุ่มแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พระสงฆ์ และแม่ชี รวมทั้งประชาชนทั่วไป จำนวน 1,687 คน โดยร้อยละ 45 เห็นด้วยกับการออกกฎหมายสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี กลุ่มที่เห็นด้วยเป็นแพทย์มากที่สุด นอกจากนี้ร้อยละ 54 เห็นด้วยว่าควรปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ โดยกลุ่มที่เห็นด้วยในข้อนี้มากที่สุดคือพระสงฆ์และแม่ชี และร้อยละ 59 เห็นว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิขอตายได้ โดยกลุ่มพยาบาลเห็นด้วยกับข้อนี้ถึงร้อยละ 72 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อถามว่าแพทย์และพยาบาลควรมีสิทธิปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติหรือไม่ ปรากฏว่ามีผู้ไม่เห็นด้วยถึงร้อยละ 42 โดยกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยนี้ส่วนใหญ่เป็นญาติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเอง

ในรายงานข่าวยังระบุอีกว่า เป็นเรื่องที่ต้องตั้งข้อสังเกตว่า การออกกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิการตายตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ นั้น จะเป็นการเสี่ยงต่อการทำกรณียฆาตหรือการฆ่าตัวตายหรือไม่

7 พฤศจิกายน 2545

นายันทน อินทนนท์ นักกฎหมายจากศาลภาษีอากรกลาง เขียนบทความลงในมติชนรายวัน เป็นครั้งที่ 2 โดยท้วงติงในประเด็นเดิม

สิงหาคม 2547 - มิถุนายน 2548

ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547 การอภิปรายในประเด็น “สิทธิการตาย” ในสื่อสาธารณะต่างๆ ได้เริ่มซบเซาลง เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ไปค้างอยู่ที่รัฐบาล และเป็นช่วงเวลาที่คณะกรรมการกฤษฎีกาคณะพิเศษตรวจพิจารณา ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.

ในการตรวจพิจารณาร่างกฎหมายของคณะกรรมการกฤษฎีกาชุดนี้ มีการแก้ไขเพิ่มเติมในสาระสำคัญในบางมาตรา และมีการเรียงมาตราใหม่โดยมาตรา 24 เรื่องสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเดิมปรับเป็น มาตรา 10 และปรับข้อความใหม่ให้ชัดเจนและรัดกุมยิ่งขึ้น โดยระบุให้การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้โดยต้องแสดงเจตนาเป็นหนังสืออย่างชัดเจน และเพิ่มข้อความที่จะคุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพสาธารณสุขให้พ้นความรับผิดชอบ หากได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาอย่างถูกต้องแล้ว

อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวยังคงเป็นประเด็นศึกษาวิจัยในทางวิชาการด้านกฎหมายทางการแพทย์ และเริ่มมีการนำเสนอเพื่อถกแถลงต่อสาธารณะอีกครั้งในปี 2548

20 เมษายน 2548

นายกุลพล พลวัน อธิบดีอัยการฝ่ายช่วยเหลือทางกฎหมาย สำนักงานอัยการสูงสุด ได้เขียนบทความลงในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันพุธที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2548 ในหัวข้อ “การตายทางการแพทย์กับการยอมรับของกฎหมายไทย” โดยกล่าวถึงปัญหาเรื่องการตีความของ “การตาย” ที่ยังเป็นข้อโต้แย้งกันมาตลอดระหว่างการตายในทางการแพทย์ที่เรียกว่าสมองตาย ซึ่งทางปฏิบัติแพทย์จะยุติการช่วยเหลือชีวิตเพื่อปล่อยให้ตายอย่างสงบ ขณะที่ทางกฎหมายอาการสมองตายยังไม่ถูกยอมรับว่าเป็นการตาย โดยถือว่าบุคคลนั้นยังมีชีวิตอยู่ การตายในทางกฎหมายยังคงหมายถึงการตายตามธรรมชาติโดยหมดลมหายใจและหัวใจหยุดเต้นอย่างสิ้นเชิง เหตุผลสำคัญประการหนึ่งคือ การตายด้วยภาวะสมองตายยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอนในการวินิจฉัย แม้แพทย์สภาจะออก “ประกาศแพทย์สภาเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย” ลงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2532 แต่ประกาศแพทย์สภาก็มิใช่กฎหมายโดยตรง เป็นเพียงแต่ออกโดยอำนาจของกฎหมายเท่านั้น จึงยังไม่อาจใช้เป็นข้อยกเว้นทางกฎหมายโดยตรงในความผิดต่อชีวิตได้ ต่อประเด็นนี้ผู้เขียนมีความเห็นต่อ ร่าง มาตรา 10 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ว่าเป็นก้าวใหม่ของกฎหมายไทยที่เริ่มมีการยอมรับการตายโดยทางการแพทย์และให้แพทย์เป็นผู้ยุติการช่วยเหลือชีวิตของบุคคลอย่างเป็นทางการได้ โดยข้อความในร่าง มาตรา 10 มีลักษณะคล้ายการทำ “พินัยกรรมชีวิต” ในต่างประเทศ

12 กันยายน 2548

นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภาให้สัมภาษณ์ นสพ.เดลินิวส์ เมื่อวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2548 ว่า ไม่แน่ใจว่ากฎหมายที่กำหนดสิทธิการตายจะขัดแย้งกับกฎหมายอาญาหรือไม่ เนื่องจากกฎหมายอาญากำหนดให้หมอต้องช่วยรักษาคนไข้ หากไม่ช่วยจะถือเป็นความผิด ซึ่งเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องสร้างความเข้าใจให้กับคนในสังคม เพื่อป้องกันปัญหาการฟ้องร้องตามมาภายหลัง และกล่าวว่า ในทางการแพทย์ถือว่าคนไข้ที่สมองตายนั้นเสียชีวิตแล้ว แต่หลายครั้งที่ญาติจะขอให้ใส่เครื่องช่วยหายใจเอาไว้

ดังนั้น หากมีหนังสือแสดงความจำนงไม่ขอรับการรักษาต่อไปจะทำให้ทุกอย่างง่ายขึ้น สิทธิการตายนี้เป็นกฎหมายที่ต่างประเทศใช้มานานแล้ว ขนาดอดีตประธานาธิบดีสหรัฐอเมริกา ริชาร์ด นิกสัน ยังทำพินัยกรรมนี้เอาไว้เพราะไม่ต้องการใส่สายระโยงระยางให้เจ็บปวดทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต

14 กันยายน 2548

รายการคนในข่าว ทางสถานีโทรทัศน์ ASTV ช่อง NEWS 1 มีการพูดถึงประเด็นสิทธิการตายในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. โดยเชิญผู้เกี่ยวข้องมาร่วมแลกเปลี่ยนทัศนคติต่อเรื่องนี้ ได้แก่ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, ว่าที่ พ.ต.สมบัติ วงศ์กำแหง เลขาธิการสภาทนายความ, นพ.วิสูตร ฟ่องศิริไพบูลย์ กรรมการแพทยสภา และ ผศ.จรัลดิษฐาอภิชัย กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

สาระสำคัญจากการพูดคุยในรายการเป็นการทำความเข้าใจถึงขอบเขตของสิทธินี้ตามร่างกฎหมาย และย้ำถึงเจตนารมณ์ของ ร่าง มาตรา 10 ว่า เป็นสิทธิในการปฏิเสธการรักษาเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ไม่ใช่สิทธิที่จะฆ่าตัวตาย หรือให้ใครทำให้ใครตายได้ และกรณีเช่นนี้ไม่ใช่แพทย์ไม่ช่วยอะไร หรือละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ แพทย์ยังต้องมีหน้าที่ช่วยดูแลรักษาเยียวยาตามวิธีเท่าที่สามารถทำได้ และไม่ปล่อยให้ตายอย่างทรมานทุกขทรมาน ส่วนหลักเกณฑ์การตีความว่าภาวะใดเป็นภาวะสุดท้ายของชีวิต การตรวจสอบหนังสือ

แสดงเจตนา และเกณฑ์การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะมีการกำหนดขึ้นมาภายหลังเป็นกฎกระทรวง ประกอบกับเกณฑ์การปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมของสภาวิชาชีพ ซึ่งแนวโน้มน่าจะใช้วิธีจัดตั้งคณะกรรมการจากตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนนักกฎหมาย ตัวแทนจากสิทธิมนุษยชน เข้ามา ร่วมกันพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์รายละเอียดประกอบการบังคับใช้ร่างกฎหมายมาตรานี้ เช่น ผู้ป่วยอายุเท่าไร จะใช้เกณฑ์ไหน เป็นต้น

ว่าที่ พ.ต.สมบัด วงศ์กำแหง เลขาธิการสหภคณายความ เห็นว่า สิทธิ ตามมาตรา 10 นี้ไม่ใช่สิทธิการตาย แต่เป็นสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาซึ่งเป็น สิทธิที่มีอยู่ก่อนแล้ว การทำเอกสารปฏิเสธการรักษาในภาวะสุดท้ายเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย” ซึ่งมีผลทาง กฎหมายอยู่แล้วภายใต้สิทธิตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 แต่การมีบทบัญญัติ ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ช่วยให้มีการกำหนดกฎกติกา รายละเอียดทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น

นพ.วิสูตร พงษ์ศิริไพบูลย์ กรรมการแพทยสภา มีความเห็นว่า ถ้าคนไข้ ในวาระสุดท้ายมีการเขียนพินัยกรรมชีวิตไว้เรียบร้อยแล้วชัดเจน ก็จะช่วยให้เกิด ความสะดวก และการตัดสินใจของแพทย์ง่ายขึ้น แพทย์จะลดความกังวลลง เพราะมีบทบัญญัติตามกฎหมายรองรับไม่ให้ถูกกล่าวหาว่าละเว้นการช่วยชีวิต ผู้ป่วย ส่วนระเบียบการปฏิบัติโดยละเอียดนั้นต้องมีการกำหนดออกมาให้ ชัดเจนต่อไป

ตุลาคม 2548

อาจารย์มีชัย ฤชุพันธุ์ ประธานคณะกรรมการกฤษฎีกา คณะพิเศษ ตรวจพิจารณา ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ให้สัมภาษณ์ของ บรรณานิการ “เวทีปฏิรูป” ถึงความเห็นต่อหลักการและเจตนารมณ์ของมาตรา 10 ในร่างฯ ที่มีกรปรับแก้ใหม่ไว้ สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

มาตรา 10 ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ไม่ใช่การเปลี่ยน แนวคิดในเรื่องชีวิตของคน เพราะคนมีสิทธิที่จะยุติการรักษาพยาบาลตนเองได้

อยู่แล้วโดยไม่ขัดต่อหลักกฎหมาย เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งซึ่งเขาจะไปอยู่แล้ว
สติหมดแล้วได้แต่นอนเป็นผักไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์แล้วแบบนั้น ทำไมไม่
ให้สิทธิเขาเลือกที่จะรักษาหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตัวเขาเอง บุคคลย่อมมี
สิทธิที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรับการรักษาได้ แต่นั่นเป็นอยู่ในยามที่คน
อยู่ในยามภาวะปกติ หลักของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิบุคคลสามารถ
เลือกใช้สิทธินี้ในวาระสุดท้ายของชีวิตด้วย แต่เดิมว่าต้องเลือกในขณะที่มี
สติสัมปชัญญะ เป็นการเลือกล่วงหน้าโดยต้องทำหนังสือบอกไว้ให้รู้ ถ้าอยู่ใน
ในสภาพอย่างไรแล้วไม่ต้องการรับการรักษา การแสดงความจำนงจึงต้องชัดเจน
มีแบบแผนพอสมควร โดยโยงไว้ว่าให้ไปออกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข
ที่กระทรวงกำหนด และยืนยันว่ามาตรา 10 นี้ไม่ได้ให้สิทธิการกระทำที่เรียกว่า
“การุณยฆาต” (Mercy Killing) ไม่ได้ให้สิทธิคนฆ่าตัวตายได้ แต่เมื่อรู้ว่าจะรักษา
ไม่ได้ ที่สำคัญสิทธินี้ไม่มีการบังคับ ใครจะเลือกใช้หรือไม่ก็ได้ สุดแต่ใจคน
ประโยชน์ของสิทธินี้คือ ทำให้ชีวิตคนไม่ถูกยึดด้วยวิชาการสมัยใหม่ซึ่งไม่เป็น
ธรรมชาติ และยังยุติการทรมานด้วย



สรุป

การประชุมเรื่อง

“สิทธิการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี”

วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2546

ณ ห้องประชุม 1 สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ

การประชุมเริ่มด้วย ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย กล่าวเปิดการประชุม และแจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุมในวันนี้ว่า จากการดำเนินการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติขึ้นในช่วงเวลา 2 ปีที่ผ่านมา จนถึงขณะนี้อยู่ระหว่างการเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี โดยในมาตรา 24 ของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ฉบับนี้ได้กำหนดว่า

“บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

เนื่องจากยังมีความเห็นต่างในเรื่องนี้ และเพื่อให้ประเด็นนี้มีความชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้เมื่อออกเป็นกฎหมาย จึงได้เชิญผู้เข้าร่วมประชุมในวันนี้มาช่วยกันให้ข้อคิดเห็นและเสนอแนะต่อประเด็น “สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ว่าสมควรจะเขียนไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพฯ อย่างไร รวมถึงจะขอหารือที่ประชุมว่าสมควรที่จะมีการเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นเพื่อหาข้อสรุปเพิ่มเติมอีกหรือไม่ประการใด โดยฝ่ายเลขานุการได้สรุปความเป็นมาและความคิดเห็นของฝ่ายต่างๆ มาส่วนหนึ่งแล้วตามเอกสารประกอบการประชุม

จึงขอเชิญร่วมกันพิจารณาและอภิปราย

ซึ่งที่ประชุมได้มีการอภิปรายพอสรุปได้ดังนี้

นายันทน อินทนนท์ : กล่าวแสดงความวิตกหลายข้อต่อมาตรา 24 และสะท้อนมุมมองที่แตกต่างในเชิงกฎหมาย เช่น การตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์ต่างๆ หลายสาขา รวมทั้งจริยศาสตร์ ต้องให้ชัดเจนก่อนว่าเรากำลังพูดเรื่อง **สิทธิที่จะตาย** หรือ **สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา** โดยนายันทนได้แยกแยะให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิทธิทั้งสองดังนี้

สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา พัฒมาจากสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของตนเอง การใช้สิทธินี้ไม่ต้องพิจารณาถึงเหตุของการใช้สิทธิ เหตุผลทางศาสนา ความเชื่อส่วนตัวก็ถือเป็นเหตุของการใช้สิทธินี้ได้ และผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร จะจบที่ความตายของบุคคลหรือไม่ก็ไม่สำคัญเพราะถือว่าเจ้าของร่างกายได้เลือกเองแล้วว่าจะให้ใครทำอะไรกับร่างกายตนหรือไม่ กฎหมายต่างประเทศรับรองสิทธินี้มานาน ในกฎหมายไทยไม่มีการรับรองสิทธินี้โดยตรง แต่อาจอ้างอิงได้ในกฎหมายอื่นๆ เช่น ตามกฎหมายอาญาแล้ว เมื่อแพทย์รักษาคนอื่นโดยไม่ได้รับความยินยอมก็เป็นความผิด

ส่วน **สิทธิที่จะตาย** มีรากฐานมาจากความเท่าเทียมกันของบุคคล แบ่งเป็นสามอย่าง

1. การยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต
2. การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Euthanasia) ซึ่งเดิมแบ่งเป็น Active กับ Passive แต่ปัจจุบันแยกตามจากความสมัครใจของผู้ป่วยด้วย
3. การช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

นายันทน ตั้งคำถามว่า ขอบเขตที่ พ.ร.บ.สุขภาพฯ มาตรานี้รับรองอยู่ตรงไหน มาตรานี้ไม่ได้ระบุว่าใครจะใช้สิทธิ วิธีการที่จะแสดงออกว่าจะใช้สิทธิ ไม่มีรายละเอียดว่าการแสดงเจตนาต้องทำกับใคร ผลการแสดงเจตนาที่ขัดกันเป็นเช่นไร การแต่งตั้งบุคคลอื่นให้ตัดสินใจแทนได้หรือไม่ ขอบเขตของวิธีการบำบัดรักษาขนาดไหนที่บุคคลจะสามารถปฏิเสธได้ เป็นต้น

และมีข้อสังเกตด้วยว่า ในมาตรา 18 มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรา 24 อยู่

เล็กน้อย โดยมาตรา 18 เป็นเรื่องสิทธิที่จะได้รับข้อมูล แต่เอามาปนกับสิทธิ
ปฏิเสธหรือรับการรักษา พร้อมทั้งเสนอทางเลือกในการปรับปรุงมาตรานี้หลาย
ประการ เช่น ยืนยันร่างเดิมแต่แก้ไขข้อความ หรือ ยืนยันหลักการเดิมใน
พ.ร.บ.สุขภาพฯ นี้ แล้วไปออกหลักเกณฑ์ในกฎหมายเฉพาะ เป็นต้น

อาจารย์ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ : กล่าวว่า เข้าใจธรรมชาติของ
นักกฎหมายว่าจะต้องรอบคอบโดยเฉพาะต่อเรื่องภาษา แต่ในฐานะที่เป็นผู้หนึ่ง
ในคณะอนุกรรมการร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติก็ได้ร่วมกันยกร่างมาด้วย
ความเข้าใจและวิธีคิดแบบชาวบ้านธรรมดา ในส่วนตัวแล้วตนมีความชัดเจน
ว่าทำไมถึงเขียนมาตรานี้ขึ้น กล่าวคือ หลักการของกฎหมายฉบับนี้ ถือว่าเป็น
ธรรมนูญในเรื่องสุขภาพและในเรื่องสิทธิของมนุษย์ โดยร่างขึ้นมารองรับ
รัฐธรรมนูญ ปี 2540 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง จุดประสงค์ที่เรา
เขียนมาตรานี้ขึ้นก็เพื่อปฏิเสธความทรมาน หรือภาพที่คนเราถูกขังขุดชีวิตที่
ไม่มีหวังออกไป เพราะเรารู้สึกว่าเป็นภาพที่ไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เราก็
เลยอยากให้มีช่องทางที่เขาจะรอดพ้นจากสภาพนั้น

อย่างไรก็ตามอาจารย์ศรีสว่างก็แสดงความเห็นด้วยว่า ชาวบ้านก็คง
สงสัยว่า ตรงไหน แคไหน ที่ถือว่าเขาหมดหวังจริงๆ และในที่สุดนั้นจะกลายเป็น
สิทธิของหมอไปหรือไม่ เพราะคนที่ไม่ใช่แพทย์ย่อมไม่สามารถเข้าใจคำ
ชี้แจงแบบแพทย์ แล้วถ้ามีแพทย์พาณิชย์มากๆ ก็จะเป็นสิทธิของแพทย์ที่
จะตัดสินใจอีกเช่นเคยหรือไม่

อาจารย์พิชัย ศรีใส : กล่าวถึงการตั้งข้อสังเกตของคุณนั้นทน ว่าเป็นการ
ทำให้เรามองไปถึงแนวทางการเอากฎหมายไปปฏิบัติ แต่จากประสบการณ์
จัดเวทีรับฟังความเห็นในกลุ่มมุสลิม เขาเป็นห่วงมากในเรื่องแนวปฏิบัติ เขา
ขอว่าในบั้นปลายชีวิตเขาขออยู่กับพระเจ้า คือขอให้มีความรู้ทางศาสนาอยู่ด้วย
เพื่อสวดมนต์หรือทำพิธีใดก็ได้แล้วแต่ ถ้าไม่เช่นนั้นเขาจะรู้สึกว่ายาวอย่างไม่มี
ศักดิ์ศรี นี่ก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้มีการเขียนมาตรานี้ขึ้นมา

อาจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส : ชี้แจงว่าล่าสุดในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ เขียนไว้ชัดแล้วว่า ให้ “สิทธิปฏิเสธการรักษาที่จะยืดการตายออกไป” และระบุด้วยว่าในรายละเอียดให้ไปออกกฎกระทรวงตามมา ข้อสงสัยของนายันทนในเรื่องการไม่ระบุรายละเอียดแนวทางปฏิบัติจึงมีคำตอบแล้ว แต่สิ่งที่ตนเห็นว่าเป็นเรื่องยากในเรื่องนี้ คือ การตัดสินใจว่า อะไรคือวาระสุดท้าย เขียนแบบนี้เป็นการปฏิเสธการรักษาพยาบาล (ที่จำเป็นและมีประโยชน์ต่อชีวิต) หรือไม่ เป็นการให้สิทธิแก่แพทย์ในการตัดสินใจที่เป็นชี้ตายหรือไม่ นอกจากนี้อาจารย์แสวงยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมอีกว่าในส่วนของแพทยสภามีการจัดทำข้อเสนอแนะเรื่องการตัดสินใจวาระสุดท้ายเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ว่าต้องมีคณะกรรมการ มีญาติ มีคณะแพทย์ ฯลฯ ร่วมกันรับรอง

อาจารย์ศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์ : ตั้งคำถามและแสดงความกังวลว่าการที่แสดงความจำนงว่าไม่ขอรับการรักษายาบาลนั้นแปลว่าจะไม่ได้รับการช่วยเหลือให้ทุเลาความเจ็บปวดทรมานก่อนตายหรือไม่

นายันทน อินทนนท์ : กล่าวเพิ่มเติมว่า จากร่างล่าสุดเห็นว่าที่เขียนไว้และเหตุผลต่างๆ ที่ฟังมาก็พอรับได้ แต่ก็ยังติดใจว่า สิทธินี้เป็นการจำกัดสิทธิในการปฏิเสธการรักษาให้แคบลงหรือไม่และเสนอว่าน่าจะจัดพิจารณาพิจารณาให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น

ศ.นพ.วิฑูรย์ อังประพันธ์ : ตอบข้อสงสัยของคุณันทนว่า เรื่องนี้พูดกันมานานเกือบยี่สิบปี หากจะมาตีความอย่างนี้เป็นการรวบรัดเกินไป ที่คณะอนุกรรมการยกร่างฯ เขียนมาตรงนี้ก็เพื่อจะให้ความเฉพาะเจาะจงว่าเราจะให้ “สิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี” เป็นการให้ความสำคัญต่อคำสั่งของคนที่จะตาย ผู้เป็นเจ้าของชีวิต ในต่างประเทศมีมานานแต่บ้านเรายังไม่มี ที่ร่างขึ้นมาจากประสบการณ์ว่าเรามีคนที่ถูกยื้อ หมอไม่เคารพสิทธิผู้ป่วย ลูกหลานก็ไม่รู้เรื่อง เจ้าตัวเองเขาไม่ยอมให้หมอทำแต่พูด

ไม่ได้ ส่วนเรื่องสิทธิที่จะปฏิเสธอื่นๆ นั้น เราไม่ต้องมาเขียนเพราะบ้านเรามีสิทธิเหล่านี้อยู่แล้ว ประกอบกับรัฐธรรมนูญว่าไว้ สิทธิศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ต้องได้รับการคุ้มครอง เราก็ต้องรับรองให้สอดคล้อง

นพ.พรเลิศ จัตรแก้ว : กล่าวว่า ที่ประเทศแคนาดามีการใช้ Living Will แต่มีคนเขียนน้อยมาก เพราะมีปัญหาว่าเกิดปัญหาตามมามาก อย่างไรก็ตามมีหลายปัจจัยที่จะส่งเสริมให้เกิดการตายดี Living Will อาจจะเป็นส่วนหนึ่ง เห็นว่ากระบวนการตายดี น่าจะครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการศึกษาของแพทย์และอื่นๆ แต่มาตรา 24 นี้เขียนไว้เพียงจุดๆ หนึ่ง และเป็นจุดที่ชันมากอาจตกเหวได้ (อาจมีผลเสียตามมาได้)

อาจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส : หรือว่าเราจะทำอย่างไรให้เกิดความสบายใจต่อทุกฝ่าย จะจัดเวทีสัมมนาเพื่อความเข้าใจและเตรียมกฎกระทรวง โดยพัฒนาจากงานเดิมของแพทยสภาดีหรือไม่

นายันทน อินทนนท์ : ตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าในคำชี้แจงของมาตรา 24 นี้ ไม่นำใช้คำว่า การที่ให้สิทธิปฏิเสธการถูกยื้อชีวิตนี้ “เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระในทุกๆ ด้าน” ฟังดูไม่ค่อยดี น่าจะเน้นไปที่ประโยชน์สูงสุดของคนใช้มากกว่า

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย : กล่าวว่า เท่าที่คุยกันมาพอสรุปได้ว่า

1. ประเด็นเหล่านี้เป็นประเด็นที่คนที่อยู่ในวงการ (คนที่ติดตามเรื่องนี้มานาน) ถือว่าเป็นประเด็นเก่า แต่ประชาชนโดยทั่วไป รวมทั้งสื่อมวลชน ถือว่าเป็นประเด็นใหม่ ต้องช่วยกันคิดว่าจะปรับความคิดเห็นอย่างไร

2. เจตนารมณ์ของมาตรา 24 คืออะไร ต้องคุยกันให้เข้าใจตรงกัน ทั้งฝ่ายออกกฎหมาย ฝ่ายใช้กฎหมาย แล้วก็ลงไปถึงประชาชนด้วย ถ้าฝ่ายออกกฎหมายและฝ่ายใช้กฎหมาย หมายถึงกลุ่มทางด้านสุขภาพยังไม่เข้าใจตรง

กัน ยากที่จะให้สื่อมวลชนและประชาชนจะเข้าใจตรงกันอย่างที่เรำเข้าใจ และ

3. เรื่องนี้สำคัญมาก ก็คือว่าอยากเห็นประเด็นหลักๆ ที่จะอยู่ในกฎกระทรวงว่ามีอะไรบ้าง ซึ่งอาจจะมีการจัดเวทีให้กว้างกว่านี้เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นที่กว้างขึ้น

อาจารย์พิชัย ศรีใส : เสนอว่าสมควรที่จะจัด เพราะนอกเหนือจากเทคนิคในทางการแพทย์และเทคนิคทางกฎหมายแล้ว ข้อมูลเชิงวัฒนธรรมวิถีทางปฏิบัติของประชาชนก็มีความสำคัญ เป็นมิติการรักษาทางใจน่าจะได้นำมาพูดคุยกันให้มากขึ้นด้วย

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย : กล่าวว่าการสัมมนา คงจะต้องเชิญผู้สนใจทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ นอกจากทางกฎหมายและทางแพทย์ และเพื่อให้เกิดความชัดเจนยิ่งขึ้นขอให้ฝ่ายเลขานุการจัดทำกรอบคิดที่สะท้อนเจตนารมณ์ของมาตรานี้เป็นการเฉพาะ รวมทั้งยกร่างกฎกระทรวงมาให้ที่ประชุมได้พิจารณาในครั้งต่อไป

อาจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส : ประเด็นทางสังคม ด้านเศรษฐกิจ มีการพูดไปหลายครั้งพอสมควรแล้ว ดังนั้น ในการร่างกฎกระทรวงคิดว่าอาจจะต้องร่วมมือกับแพทยสภา และราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะให้ได้เป็นร่างที่สามารถปฏิบัติได้

นายันทน อินทนนท์ : เสนอให้สรุปพันธงไปเลยว่ามาตรานี้ไม่ใช่เรื่องแอ็คทีฟยูธานาเซีย (Active Euthanasia) และก็ไม่ใช่พาสซีฟยูธานาเซีย (Passive Euthanasia) ด้วย แต่ในคำชี้แจงประกอบร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ หรือ ในเอกสารประกอบการประชุมครั้งนี้ก็ตามมักจะมีการใช้คำนี้ ก็เลยห่วงว่าจะไปไม่พ้นประเด็นที่ว่าต่อไปประเทศไทยจะมีกฎหมายยูธานาเซีย (Euthanasia)

นพ.ธนา นิลชัยโกวิท : สนับสนุนว่าน่าจะตัดคำเดิมๆ ที่เป็นตัวปัญหา ไม่ว่าจะเป็นคำว่า “การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หรือ คำว่า “Euthanasia” คำไหนที่เป็นปัญหาให้ตัดออกไปเลย สำคัญว่าเราต้องชัดเจนในแนวคิด และอธิบายได้ว่าทำไมถึงเขียนอย่างนี้ และใช้วิธีพูดทางบวกไว้ รวมทั้งใช้ภาษาต่างๆ ที่ทุกคนเข้าใจได้ตรงกัน

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ : เห็นด้วยว่ามาตรา 24 ไม่ต้องพูดถึงคำว่า “Euthanasia” ก็ได้ แต่เอกสารวิชาการอาจมีคำมาโยงกันได้

นพ.ธนา นิลชัยโกวิท : นอกเหนือจากข้อความในมาตรานี้แล้ว คำชี้แจงประกอบก็เป็นสิ่งที่สำคัญ น่าจะมีคนไปตรวจตราคำชี้แจงอย่างรอบคอบด้วย เพราะจะต้องใช้กันต่อไปในระยะยาว ขณะเดียวกันอาจจะตั้งคณะทำงานไปรวบรวมความเห็น และกล้าฟันธงว่าตกลงกลุ่มมีความเห็นอย่างไร หลังจากฟังความเห็นมานาน ไม่เช่นนั้นก็จะไม่มีข้อสรุป

นพ.พรเลิศ ฉัตรแก้ว : โดยทั่วไปการพัฒนาแนวทางการทำงานมีสามขั้น ตั้งแต่การสัมมนารวบรวมความรู้ การร่างแนวทาง และการนำแนวทางไปทดลองปฏิบัติกับคนไข้ มาตรา 24 น่าจะได้ทำให้ครบทุกขั้นตอนเพื่อให้เกิดการถกเถียงและตกผลึกในที่สุด

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย : กล่าวสรุปว่า

1. ที่ประชุมเห็นด้วยให้มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นประเด็นนี้ (มาตรา 24) โดยให้จัดทำกรอบความคิดหลัก และนำเสนอในช่วงแรก โดยเน้นว่าเจตนารมณ์ของมาตรา 24 นี้ต้องการอะไร เพราะอะไร จะเกิดประโยชน์อย่างไร

2. ในเวทีนี้ให้มีการทำประชาพิจารณ์ต่อกฎกระทรวงว่าด้วยเรื่องนี้ด้วย โดยให้ฝ่ายเลขานุการยกร่างเป็นตุ๊กตาให้ที่ประชุมพิจารณา กำหนดให้

ชัดว่าจะเน้นความสำคัญของประเด็นใดบ้าง ซึ่งอาจจะต้องมีการเชิญทีมเล็กๆ มายกร่างกันก่อน

3. ที่ประชุมอยากให้ปรับแก้คำชี้แจงของมาตรา 24 ให้เขียนอธิบาย เจตนารมณ์เฉพาะประเด็น Living Will ไม่ต้องเขียนเรื่อง Euthanasia เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจสับสน มีการตีความหมายต่างกัน (มาตรานี้ต้องมีเพียง แค่ Legalize Living Will เท่านั้น) และกำหนดสิทธิการตายเฉพาะบางเรื่องที่จะนำไปสู่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เท่านั้น

1.

ประมวลข้อคิดเห็นจากภาคีต่างๆ

ต่อประเด็น “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” *

จากการที่ภาคีต่างๆ เสนอข้อคิดเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นจำนวนมากนั้น ใน “ประเด็นการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” มีภาคีต่างๆ เสนอความคิดเห็นที่หลากหลาย ซึ่งสามารถประมวลได้ดังนี้

ก. ว่าด้วยเรื่อง “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” หมายถึง

- ไม่ตายด้วยอุบัติเหตุ
- ถ้าตายด้วยอุบัติเหตุ ห้ามเอากระดาษหนังสือพิมพ์ปิดศพ
- ไม่ตายด้วยโรคร้ายแรงที่สังคมรังเกียจ
- ไม่ตายด้วยวัยอันสมควร
- ตายไปแล้วไม่สร้างความเดือดร้อนให้กับบุคคลที่อยู่เบื้องหลังหรือ
ไม่สร้างหนี้ให้กับลูกหลาน
- ความต้องการ คือ การตายที่บ้าน ที่มีลูกๆ หลานๆ อยู่รอบข้าง
จนวาระสุดท้าย นึกถึงความดีที่ได้กระทำมาแล้ว
- เคารพผู้ป่วย คนตาย ไม่ซื้อขายอวัยวะ

* รวบรวมจากเวทีรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน องค์กร ภาคี ประชาคมสุขภาพ ต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ (เมษายน - กันยายน พ.ศ. 2544) สปรส. 8 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544

- ตายเพราะสมควรตายตามเวลา ไม่ตายด้วยอุบัติเหตุ ไม่ตายด้วยสิ่งเสียดิบ หรือโรคที่สังคมรังเกียจ เมื่อตายแล้วคนข้างหลังยังคิดถึงคุณงามความดีที่ได้สร้างไว้ ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะตายอย่างไร คือ ให้อำนาจวิธีการรักษาของหมอจะทำอย่างไรกับตัวเองบ้าง และให้โอกาสเลือก ให้มีระบบกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (มีระบบการประกันสังคมที่ดีและเป็นธรรม)
- ต้องไม่ตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคโปลิโอ โรคไข้เลือดออก โรคเอดส์ ต้องไม่ตายด้วยสารพิษโรงงานหรือตายจากภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เกิดจากการกระทำของบุคคล ต้องไม่ตายแบบหนุทล้องยา
- ไม่ควรตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ ตายจากความชรา และไม่ผิดศีลธรรม
- ตายแล้วมีคนยกย่อง
- ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ มีการชันสูตร มีการรับรองการตาย ตายภายใต้อ้อมกอดของลูกหลาน
- ผู้ป่วยควรมีทางเลือกและมีสิทธิที่จะตัดสินใจตายอย่างมีศักดิ์ศรี กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ ให้ระบุบุคคลผู้ตัดสินใจแทน เช่น สามี ภรรยา บุตร ทนายความ เป็นต้น
- ผู้ป่วยมีสิทธิเต็มที่ในการเลือกรักษา เลือกตาย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา และมีความเท่าเทียมกันด้านการรักษา
- การตายโดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น ด้านจารีตประเพณี ด้านการเปิดเผยข้อมูล ด้านการใช้เครื่องมือที่ช่วยชีวิตก่อนตาย ด้านการใช้ยา หรือการจัดการกับศพหรือการนำชิ้นส่วน หรือการนำชิ้นส่วนของร่างกายไปทำประโยชน์หรือศึกษา ปัจจุบันเมื่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแล้ว ไม่มีสิทธิที่จะพูดอะไรและได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกัน

- การตายโดยมีคนเหลียวแล การตายโดยไม่ทราบเมื่อเป็นโรคที่ถึงขั้นสุดทายเป็นแล้ว และควรตายโดยสมควรตายหรือไม่
- มีความเสมอภาค โดยไม่ขึ้นต่อเงื่อนไขใดๆ เกิดและตายอย่างมีศักดิ์ศรี ได้รับการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม
- ขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ ประชาชนควรเลือกได้ด้วยตนเองว่าจะมีชีวิตต่อหรือต้องการยุติการมีชีวิตของตน
- นอกจากการกำหนดแนวทางการปฏิบัติต่ออวัยวะของผู้ตายแล้ว ควรมีการกล่าวถึงจริยธรรมทางด้านชีวภาพ หรือ Bio-ethics รวมทั้งการพูดถึงแนวทางดำเนินการทางด้านพันธุกรรม (genetic-ethics) และการดูแลเรื่อง Genome Project ซึ่งอาจเกิดปัญหาในอนาคต
- การเคารพสิทธิผู้ป่วย/ผู้ตาย
- หลังการตายผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติอย่างเคารพในจารีตประเพณี และวัฒนธรรมของครอบครัวและญาติ การนำอวัยวะผู้ตายมาศึกษาวิจัย หรือใช้ช่วยเหลือผู้อื่น ต้องปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ตาย ในกรณีที่ผู้ตายไม่ได้แจ้งเจตจำนงไว้ก่อนตาย ให้เคารพการตัดสินใจของครอบครัวและเครือญาติของผู้ตาย โดยไม่เป็นไปเพื่อการแสวงกำไร
- หลังการตาย ต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ตาย ครอบครัว และเครือญาติของผู้ตาย
- ควรให้ความสำคัญแก่ศพของผู้ด้อยโอกาสหรือผู้ยากไร้ โดยรัฐจัดให้มีองค์กรในชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือศพ

ข. ว่าด้วยเรื่องการให้บริการของโรงพยาบาลต่อการตาย

- มีระบบการให้บริการรับคนไข้เข้าโรงพยาบาลและส่งคนไข้ หรือผู้เสียชีวิตกลับบ้านได้ โดยให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการทางสุขภาพ
- เมื่อผู้ป่วยใกล้ตายควรติดต่อญาติให้ทราบโดยรวดเร็ว

ค. ว่าด้วยเรื่องการช่วยเหลือคนตาย/กองทุนช่วยเหลือผู้ตาย

- มีกองทุนบริการคนเสียชีวิต โดยชุมชนมีส่วนร่วม
- ในกรณีที่มีผู้เสียชีวิตที่รักษาในโรงพยาบาล มีฐานะยากจน ควรมีมาตรการในการช่วยเหลือสมทบการทำศพตามประเพณี เพื่อไม่ให้เป็นการกระทำแก่ญาติของผู้เสียชีวิต
- มีการช่วยเหลือภายหลังการตาย มีกองทุนฌาปนกิจในชุมชนองค์กร/ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมในการฌาปนกิจ

ง. ว่าด้วยเรื่องการคุ้มครองผู้เสียชีวิต

- คนไข้ที่แพทย์วินิจฉัยว่าจะรักษาไม่หายและจะต้องเสียชีวิตต้องได้รับการคุ้มครอง หรือ ปฏิบัติเยี่ยงผู้มีชีวิตจะละเมิดต่อชีวิตและร่างกายของผู้ป่วยไม่ได้ เช่น การตัดต่ออวัยวะของผู้ป่วยเพื่อคนไข้รายอื่น ต้องได้รับความยินยอมจากญาติ และห้ามมิให้มีการกระทำเพื่อการพาณิชย์
- คนไข้ที่เสียชีวิตจะต้องได้รับความคุ้มครองโดยให้ถือว่าเป็นทรัพย์สินของญาติ จะทำการละเมิดต่อทรัพย์สินไม่ได้ ให้ญาติมีสิทธิเต็มที่ในการดูแลคุ้มครองต่อผู้เสียชีวิต
- การบริจาคอวัยวะของผู้ตายเพื่อการช่วยเหลือผู้อื่น หรือการศึกษาวิจัยต้องให้ข้อมูลและรายละเอียดเพื่อการตัดสินใจต่อครอบครัวและเครือญาติผู้ตาย
- ผู้ป่วยที่ไม่มีเงินแต่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่มีปัญหาคือทำให้เกิดเป็นภาระทางเศรษฐกิจ แล้วผู้ป่วยนี้มีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปหรือไม่
- ไม่เห็นด้วยกับการส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์จากอวัยวะของผู้ตาย เพราะผิดธรรมชาติ แต่การนำไปใช้ประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาวิจัยหรือใช้ช่วยเหลือคนอื่น ต้องเป็นไปตามความประสงค์ของเจ้าของอวัยวะที่แจ้งไว้ก่อนตาย ถ้าเจ้าของอวัยวะไม่ได้แสดงความจำนงไว้ก่อนตาย ผู้ต้องการศึกษาวิจัยหรือใช้ ต้องทำหนังสือ

ขอจากครอบครัวและญาติอย่างเปิดเผยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยการตัดสินใจต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ตาย คำนี้ถึงจารีตประเพณี ความเชื่อทางศาสนาและความเห็นของชุมชนด้วย และต้องกระทำอย่างเปิดเผยเช่นเดียวกัน

จ. คำถามจากเวที

- ควรนิยามความหมายคำว่า “การตายอย่างมีศักดิ์ศรี” ว่าอย่างไร มีลักษณะอย่างไร
- “มีสิทธิตายอย่างมีศักดิ์ศรี” หมายถึงการสมัครใจที่จะตายด้วยหรือไม่ ยังไม่ชัดเจน
- สิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นอย่างไร สอดคล้องกับความหมายในปัจจุบันหรือไม่
- ผู้ป่วยอยากตายและไม่ต้องการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใดๆ มาต่อชีวิต แต่แพทย์ต้องการใช้เทคโนโลยีที่แพทย์คิดว่าเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไป
- แพทย์สามารถใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเพื่อจบชีวิตผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ทราบได้หรือไม่



2.

มุมมองต่อมาตรา 10

ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ *

อาจารย์ปิยะ ฤกษ์พันธ์

● คนเรามีสิทธิเลือกที่จะตายได้หรือไม่ ?

โดยกฎหมายของไทย การฆ่าตัวตายไม่ผิด ไม่เหมือนของอังกฤษที่การฆ่าตัวตายเป็นความผิด ถ้าฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะมีความผิดฐานพยายามฆ่า ถ้าฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นก็มีความผิดฐานฆ่าตัวตาย แต่คดีอาญาก็จะจับไปโดยที่ความตายทำให้ดำเนินคดีไม่ได้ ส่วนของไทย การฆ่าตัวตายไม่มีความผิด การทำร้ายร่างกายตัวเองก็ไม่ใช่ความผิด ถ้าในแง่ของกฎหมายก็แปลว่า มนุษย์เลือกวิถีชีวิตของตัวเองได้ แต่ว่าคนอื่นมายุ่งไม่ได้ ถ้าคนอื่นมายุ่งด้วย คนอื่นก็จะกลายเป็นมีส่วนทำผิดตรงที่ว่าถ้าไปทำให้เขาตายก็จะกลายเป็นฆ่าคนตาย หรือไม่ให้การเยียวยารักษา ก็จะเป็นความผิดตามจรรยาบรรณหรือวิชาชีพของตัว หรือบางที่ถึงขนาดผิดทางอาญาได้ มีกฎหมายอยู่ว่า ผู้ใดเห็นบุคคลอื่นซึ่งจะได้รับอันตรายถึงตายแล้วอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้ แต่ไม่ช่วย คนนั้นมีความผิด กฎหมายการเลือกวิถีชีวิตที่เขียนไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. จึงไม่ใช่เปลี่ยนแปลงแนวคิดในเรื่องชีวิตของคน ในทัศนะของกฎหมายนะ เราไม่พูดถึงในแง่ของศาสนา ถ้าศาสนาทำลายชีวิตตัวเองก็ผิด แต่ว่าในทางกฎหมายไม่ผิด

* บทสัมภาษณ์โดยกองบรรณาธิการ “เวทีปฏิรูป” เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2548

การที่เราบอกว่า **คนมีสิทธิที่จะยุติการรักษาพยาบาลตัวเองได้** จึงไม่ขัดต่อหลักกฎหมายที่มีอยู่เดิม สิ่งเดียวที่กฎหมายพยายามจะทำนั้นคือทำให้คนซึ่งจะมีส่วนเกี่ยวข้องข้องพลอยไม่ผิดไปด้วย เพราะมีฉะนั้นการที่จะให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของผู้ตาย ของเจ้าของชีวิตก็จะเป็นไปไม่ได้ เพราะเราไม่ได้มุ่งหวังที่จะให้คนจู่ๆ ก็ยุติชีวิต ตรงนั้นไม่เกี่ยวกับ เรามุ่งหวังว่า เมื่อถึงจุดๆ หนึ่งเขาจะไปอยู่แล้ว สติเขาหมดแล้ว แต่ในแง่ทางแพทย์ชีวิตยังอยู่ เช่น นอนเป็นไม้ เป็นผักอยู่นั้น ชีวิตยังอยู่ ใครไปทำอะไรเขาก็เป็นการฆ่าคนตายได้ ถามว่า ถ้าคนๆ นั้นเขาอยากจะทำชีวิต ควรจะให้เขาจบหรือไม่ การที่สังคมพยายามรักษาเยียวยาเขาเอาไว้ โดยรู้ที่อยู่ว่า เขาไม่มีสิทธิที่จะฟื้นขึ้นมาได้แล้ว ถามว่า สังคมให้ความกรุณาเขา หรือให้ความทารุณเขา คำตอบก็คือว่า ไม่แน่นอนว่าจะเป็นความกรุณา มันอาจจะเป็นเรื่องของความทารุณๆ ทั้งคนที่ตายและคนที่อยู่

ดังนั้นเราก็คิดว่า ทำไมไม่ให้เขามีสิทธิเลือก ถ้าเขามีสิทธิที่จะเลือกได้ว่าถึงจุดๆ หนึ่งเขาไม่ต้องการรักษาแล้ว ซึ่งจะไปสอดคล้องกับหลักของสุขภาพที่วางกันไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรับการรักษาได้ แต่นั้นเป็นอยู่ในยามที่คนอยู่ในยามภาวะปกติ สมมุติว่าผมปวดหัว ถ้าถามหมอ หมอต้องบอกว่าต้องไปหาหมอ แต่ถ้าผมบอกว่าผมไม่ไปถามว่าสังคมควรจะเข้ามายุ่งกับผมหรือไม่ คำตอบคือว่า “ไม่” ไม่ควรจะเข้ามายุ่งกับผม ถ้าผมไม่ไปก็ต้องไม่ไป นั่นเป็นเพราะว่าผมมีสติที่จะตัดสินใจได้ หลักก็เป็นอย่างนั้น หลักของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็เป็นอย่างนั้น และเราก็เติมต่อไปอีกหน่อยว่า ถ้าอย่างนั้นถึงตอนจะสิ้นชีวิตก็ให้เขาเลือกด้วยสิ แต่ว่าการเลือกนั้นต้องเข้าใจว่า เขาต้องเลือกในขณะที่เขามีสติสัมปชัญญะ เป็นการเลือกล่วงหน้า เรายังไม่ไปถึงขนาดที่จะให้ญาติเป็นผู้เลือก เพราะถ้าให้ญาติเป็นผู้เลือกจะเกิดปัญหาติดตามมามากมายเลย ปัญหาว่าใช้สิทธิตรงนั้นอย่างสุจริตใจหรือไม่ หรือเพราะเห็นแก่เงิน เห็นแก่มรดก ค่ารักษาพยาบาล เราก็ไม่แน่เพราะฉะนั้นตรงนั้นเจ้าตัวจึงต้องเลือก วิธีเลือกก็คือต้องทำหนังสือเอาไว้ล่วงหน้า เพื่อบอกให้คนรู้ว่า ถ้าตัวอยู่ในสภาพอะไรแล้วตัวไม่

ต้องการรักษา หรือว่าเวลาหมดสติไปแล้วเขาจะได้หยุด แทนที่จะเอา
ท่อออกซิเจนมาใส่ให้อีก มาบีบหัวใจอีก ก็จะได้หยุด เขาก็จะได้ไม่มี
ความผิด ตรงนั้นเขียนไว้เพื่อรองรับไม่ให้หมอมีความผิด เพราะหมอจะ
สังเกตเห็นว่าพอลคนตายบีบ สิ่งแรกที่ต้องทำคือบีบหัวใจก่อน ถ้ามว่าไปทำทำไม

● **ห่วงหรือไม่ถ้ากฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ อาจมีเรื่องของการตีความ
กฎหมายสำหรับคนที่อยากจะตายโดยที่ไม่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
หรือตามสังขาร คือเขาอยากจะตายและขอสิทธินี้ ?**

ก็ต้องไม่ไปโรงพยาบาลตั้งแต่แรก ถ้าสมมุติว่าผมรู้สึกว่าจะมอยากตาย
แล้ว แต่ผมไม่ฆ่าตัวตาย พอเจ็บไข้ได้ป่วยผมไม่ไปโรงพยาบาลผมก็นอนตาย
อยู่ที่บ้าน หมอจะมาทำอะไรผมไม่ได้ หรือแม้ว่าญาติพาผมไป ถ้าผมยังพูดได้
นะ ผมก็บอกหมอว่า ผมไม่รับการรักษา เพียงเท่านั้นหมอก็รักษาผมไม่ได้
ปัญหามันอยู่ตรงนี้ว่า ถึงจุดไหน จึงเป็นจุดที่เจ้าตัวเขาบอกไว้ เพราะฉะนั้น
การที่เจ้าตัวแสดงความจำนงจึงต้องชัดเจน และมีแบบแผนพอสมควร เพราะ
ฉะนั้นเราจึงโยงไว้ว่าให้ไปออกตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กระทรวง
กำหนด เพื่อจะได้วางแนวได้ พอถึงตรงนั้นหมอทั้งหลายจะต้องทำตัวสงสัย
อะไร ว่าอย่างนี้จะต้องตีความอย่างไรเอาเสียให้ชัด แล้วประกาศให้คนทั่วไป
รู้ คนที่เขาต้องการใช้วิธีนี้เขาจะได้ไปจุดต้นแบบ และเขาก็เขียนตามนั้น ก็จะ
บรรเทาปัญหาไปได้ แน่ละในระยะเริ่มต้นอาจจะยังมีปัญหาว่า เอ๊ะ! นี่ตาย
หรือยัง ก็จะไม่ค่อยๆ พัฒนาไป

● **ทำไมกฎหมายอังกฤษมองว่าการฆ่าตัวตายผิดกฎหมาย ?**

เขามีฐานคิดว่าคนเป็นชีวิตของพระเจ้าแผ่นดิน การฆ่าตัวตายคือการ
ทำลายพลเมืองของพระเจ้าแผ่นดิน แต่ถึงเราจะเรียกพระเจ้าอยู่หัวว่าเจ้าชีวิต
เดิมเราเรียกเจ้าชีวิต อย่างลาวเรียกเจ้าชีวิต แต่เราก็ไม่ได้ไปไกลถึงขั้นนั้นว่า
ท่านเป็นเจ้าของชีวิต เพราะฉะนั้นการฆ่าตัวตายก็ไม่ได้เป็นการทำลาย
พลเมืองของท่าน

ที่เราต้องเขียนกฎหมายนี้ไว้ ก็เพื่อเวลาที่เกิดวิกฤติขึ้นกับชีวิต ไม่รู้ตัว
หรือรู้แล้วรู้ว่ารักษาไม่ได้ เช่น เป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย หมอก็บอกรักษาไม่ได้

แล้ว ได้แต่ประทัง เอ๊ะ! ถ้าอย่างนั้นไปประทังทำไม สิ่งที่เขาต้องการคืออย่าให้มันปวด ก็ฉีดยาแก้ปวดให้เท่านั้น ไม่ต้องรักษา ถึงเวลาก็ตายไป แต่เวลานี้ทำไม่ได้ แต่ต่อไปกฎหมายนี้ทำได้ หรือผมเขียนไว้ล่วงหน้าว่า ถ้าผมหกล้มหมดสติไม่รู้ตัว แล้วชีวิตจะอยู่ได้ด้วยการนอนต่อไป ผมขอหยุดการรักษาตัว ถ้าจะให้ชัดเจนเช่นว่า เกินสองเดือนแล้วไม่มีทางที่จะลุกขึ้น ไม่สามารถจะลุกขึ้นได้ และไม่สู้ตัวด้วย ขอให้ยุติถอดสายระโยงระยางผมออก มันก็อาจจะฝืนความรู้สึกของหมอหน่อย เพราะหมอมัจริยาบรรณว่าต้องช่วยชีวิต แต่ว่าการช่วยชีวิตนั้นต้องไม่ฝืนความรู้สึกของคน ถ้าเราวางหลักตรงนี้ไว้ได้ ต่อไปจะเป็นที่ยอมรับได้มากขึ้น วางหลักจนกระทั่งคนยอมรับรู้ว่า การดำรงชีวิตเขาต่อไปเป็นการทรมานเขามากกว่าเป็นการช่วยชีวิต

● **เรื่องนี้มองได้สองมุมระหว่างการรุกรณาต กับเรื่องขงสิทธิการไม่ขอรับการรักษา อยากให้ช่วยอธิบาย ?**

อันนี้ไม่ใช่การรุกรณาต (Mercy Killing) เป็นเรื่องของการอยู่แล้วเป็นการทารุณ เป็นความสิ้นเปลืองในแง่ของคนๆ นั้นและของส่วนรวม แล้วทำไมคนเราจะไม่มีสิทธิตัดสินใจในเรื่องเหล่านี้ได้บ้างละ เมื่อตอนเกิดไม่มีสิทธิตัดสินใจหนึ่งแล้ว ตอนตายก็ไม่ให้สิทธิเขา ไม่ได้แปลว่าเขาจะฆ่าตัวตายนะ เพียงแต่เมื่อรู้แล้วว่ามันรักษาไม่ได้ เขาก็หยุดการรักษาเพื่อให้เขาไปโดยสงบ เขาก็จะได้ทำจิตใจ ทำวิปัสสนา ทำสมาธิก็ว่าเขาไป ไม่ต้องกังวลหรือห่วง เดียวก็จะปลุกเขาขึ้นมาฉีดยา มาผ่าตัด มาเปลี่ยนออกซิเจน คนที่นอนอยู่เป็นปีมันก็น่าแล้ว ถ้ามว่านั่นคือการทารุณนะ ลองคิดดู นับวันค่ารักษาพยาบาลมันจะมากขึ้น ทำให้คนหมดตัวได้ พอหมดตัวแล้วทำใ สมมุติว่าไม่มีเงิน หมออย่างจะรักษาหรือไม่ เอาเข้าจริงหมอก็กั้ช้ข้างแล้ว สมมุติว่าคุณเข้าไปนอนโรงพยาบาลแล้วบอกว่าผมหมดเงินแล้ว เงินผมมีเท่านี้ จริจๆ ก็ไม่ได้แตกต่างไปจากสภาพที่มันเป็นอย่างนี้ ถ้าคุณไม่มีเงินคุณก็ไม่ได้รับการรักษา

● **สิทธิการตายที่ระบุในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจึงไม่ขัดต่อกฎหมายอาญา ?**

ไม่เกี่ยว แต่จะเป็นบทนิรโทษกรรมให้สำหรับหมอ เพราะมีปัญหาว่าเมื่อ

ไปถึงโรงพยาบาลแล้วเขาให้ออกซิเจนไว้ และตอนที่เขาจะถอดถ้าไม่นิรโทษกรรมไว้ เขาอาจจะมีความผิดฐานฆ่าคนตายได้ จึงต้องเขียนไว้ว่าหมอมิ่ต้องรับผิดชอบ ให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง เดิมผมเขียนให้ดูเป็นตัวอย่างถึงขนาดที่ว่า ถ้าเมื่อได้แสดงหลักฐานแล้ว หมอมิ่ทำ ค่าใช้จ่ายต่อจากนั้นให้หมอมิ่เป็นคนรับผิดชอบ

● แล้วทำไมถึงไม่เขียนไว้?

มันดูเกินไป

● สรุปสิทธิการตายที่ระบุในมาตรา 10 ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. มีประโยชน์?

มีประโยชน์ เพราะมันทำให้นั้นปลายชีวิตของคนเราไม่ถูกยึดด้วยวิชาการสมัยใหม่ การยึดนั้นถ้ายึดเพียงเพื่อที่จะให้มันได้มีชื่ออยู่ แต่ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ ก็ไม่เกิดประโยชน์ ลึ้นสุดการทรมานเสียดีกว่า การยึดไม่ใช่ธรรมชาติ สมมุติว่าคนนั้นไม่มีออกซิเจน คนนั้นต้องตายไปนานแล้ว เพราะหายใจไม่ได้ ก็ถ้าคุณไม่ให้ออกซิเจนก็ตายเพราะตายตามธรรมชาติ แต่การไปยึดให้ออกซิเจนเพื่อให้พะงาบๆ อยู่ก็ทำอะไรไม่ได้ ยิ่งนานเข้าก็แย่เข้าแย่เข้า

● เห็นอาจารย์บอกว่าจะเป็นคนแรกที่ใช้สิทธินี้?

ผมคิดว่า เมื่อผมรู้แล้วว่าชีวิตผมไม่สามารถจะทำอะไรได้อีกแล้ว เพียงแต่รอไปเพื่อให้คนที่ยอวานั่งดู มีประโยชน์อะไร สมมติผมมีโรคภัยไข้เจ็บที่รักษาไม่ได้แล้ว ผมก็ไม่อยาก หรือจะให้ผมฆ่าตัวตายผมก็ไม่ฆ่า แต่ผมก็ไม่อยากจะไปชะลอมมันต่อไป ถ้าอยากจะทำอย่างเดียวกันก็คือว่า ระวังความเจ็บปวดแล้วต้องไม่ไปรักษามัน แล้วมันก็ไปตามธรรมชาติ จากการที่เราไปเยี่ยมคนป่วย คนไข้ที่ไม่รู้สึกตัว แล้วนอนต่อไปอีก 3 เดือน ในช่วงนั้นไม่รู้สึกอะไรแล้ว ทำอะไรก็ไม่ได้ ถามว่าอยู่ไปทำไม หรือแปลว่าคุณช่วยส่งเสริมกรรมเขา เขาคงทำกรรมมาหนักเขาจึงมานอนอยู่อย่างนั้น ถ้าเราทำกรรมของเขาให้สิ้นสุดเขาจะไปมีกรรมในชาติต่อไปอย่างไรก็แล้วแต่เขา กรรมชาตินี้ก็สิ้นสุดกันไป การไปยึดๆ กันก็เพื่อให้กรรมมันครบถ้วนกระมัง

3.

การตายอย่างมีศักดิ์ศรี

ของความเป็นมนุษย์ *

ศ.อุว.วิฑูรย์ อังประพันธ์

ปัจจุบัน คำว่า **ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์** เริ่มจะเป็นที่แพร่หลายมากขึ้น แม้ว่ากลืนอายของศัพท์ ดูจะเป็นคำจากต่างประเทศอยู่บ้าง ความจริงถ้าจะใช้คำธรรมดาที่อ่านเข้าใจง่าย ก็อาจจะพูดว่า ศักดิ์ศรีของความเป็นคนนั่นเอง

ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้บัญญัติรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้หลายมาตรา คือ :

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง

มาตรา 26 การใช้อำนาจโดยองค์กรรัฐทุกองค์กร ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพ ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ

มาตรา 28 บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน

บุคคลที่ถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่รัฐธรรมนูญที่รับรองไว้ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ เพื่อใช้สิทธิทางศาล หรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

* จากเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการเรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ : ร่วมสถานแนวคิดสู่วิถีปฏิบัติ” วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2544

เป็นที่น่าสังเกตว่า บทบัญญัติข้างต้นนี้ รัฐธรรมนูญให้ความสำคัญแก่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก่อนสิทธิและเสรีภาพของบุคคลเสียอีก

ที่มาของคำว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในรัฐธรรมนูญน่าจะมาจากปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติซึ่งในคำปฏิญญาดังกล่าวลงวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2491 เริ่มด้วยข้อความว่า

“ด้วยเหตุที่การยอมรับศักดิ์ศรีประจำตัวและสิทธิที่เท่าเทียมกัน และไม่อาจโอนแก่กันได้ของสมาชิกทั้งปวงแห่งครอบครัวมนุษย์ ซึ่งเป็นรากฐานของเสรีภาพ ความยุติธรรม และสันติภาพในพิภพ...”

ปฏิญญาข้อ 1 มีข้อความว่า “มนุษย์ทั้งหลายเกิดมาอย่างอิสระเสรี และเท่าเทียมกันทั้งศักดิ์ศรี และสิทธิของทุกคน คนทั้งหลาย ได้รับการประสิทธิประสาทเหตุผลและมโนธรรม อันควรปฏิบัติต่อกันอย่างฉันพี่น้อง”

เนื่องจากรัฐธรรมนูญได้คุ้มครองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ดังกล่าว การที่คนเราจะเลือกวิธีตายอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ จึงควรจะได้รับ การคุ้มครองเช่นเดียวกัน และแม้ว่ารัฐธรรมนูญจะมีได้บัญญัติถึงสิทธิที่จะเลือกวิธีตายอย่างมีศักดิ์ศรีไว้โดยตรงก็ตาม

สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dying with dignity) นี้ บางทีเรียกกันสั้นๆ ว่าสิทธิที่จะตาย (Right to Die) ในสังคมตะวันตก มีการเรียกร้องสิทธิที่จะตายกันมาก และบางประเทศมีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย (right-to-die laws) ไว้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะหลายประเทศที่ประชาชนนับถือศาสนาคริสต์ มีกฎหมายกำหนดความผิดฐานฆ่าตัวตายไว้ กล่าวคือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแล้วไม่ตายจะถูกดำเนินคดีฐานพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่ช่วยเหลือให้คนฆ่าตัวตายก็มีความผิดอาญาด้วย ในกรณีที่คนป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายและทนทุกข์ทรมานอยู่ในวาระสุดท้าย ปฏิเสธการรักษาโดยเครื่องช่วยชีวิตจากแพทย์ เพราะต้องการตายอย่างสงบ หากแพทย์ปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ป่วย แพทย์อาจมีความผิดทางอาญา ปัจจุบันหลายประเทศ ได้ยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตายไปแล้วเป็นส่วนมาก แต่การยอมรับสิทธิที่จะตายโดยการปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมือสมัยใหม่ในการใช้ยัดชีวิตผู้ป่วย ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ และ

มีคดีที่เกิดขึ้นในต่างประเทศที่นำขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนมาก ทั้งในสหรัฐอเมริกา และยุโรป ดังนั้น เพื่อมิให้เกิดการโต้แย้งสิทธิดังกล่าวบางประเทศจึงออกกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตายดังที่กล่าวไว้แล้ว

เอกสารขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวสิทธิที่จะตายไว้ว่า

“สิทธิที่จะตาย อาจแสดงให้เห็นได้เสมอ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งที่แพร่กระจายทั่วตัวแล้ว ผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตาย จึงทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ว่า จะยังพยายามช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทาง โดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งขัดกับความต้องการของผู้ป่วยเอง หรือควรจะปล่อยให้โรคดำเนินไปตามวิถีทางของธรรมชาติ...”ⁱ

ข้อความข้างต้น จึงอาจทำให้คนคิดโยงไปถึงการฆ่าตัวตายอยู่บ้าง แต่สิทธิที่จะตาย หมายถึงสิทธิที่จะเลือกตายอย่างมีศักดิ์ศรี การที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่กับเครื่องมือสมัยใหม่ของแพทย์ ในกระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (life sustaining procedure) ที่มีสายระโยงระยางต่อเข้ากับร่างกายผู้ป่วยกับเครื่องกลไกต่างๆ อย่างถาวรนั้นเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ลง (dehumanization)ⁱⁱ การปฏิเสธการรักษาโดยกระบวนการยืดชีวิตของแพทย์ดังกล่าว จะทำให้กระบวนการช่วยเหลือคนที่กำลังจะตาย มีสภาพของความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (dehumanization of the dying process)ⁱⁱⁱ หรือพูดง่าย ๆ ก็คือการตายอย่างมีศักดิ์ศรีนั่นเอง ดังนั้นหลายรัฐในสหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิที่จะตาย (the right-to-die laws) ขึ้น เช่น แคลิฟอร์เนีย โอเรกอน เท็กซัส เป็นต้น^{iv}

มีอีกคดีหนึ่งที่เกิดขึ้นในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชาย

- i Health aspects of human rights with special reference to development in biology and medicine. WHO. Geneva :1976;10.
- ii Bok S. Personal directions for care at the end of life. Nengl J med 1976;295:367 quoted in ref.No.3
- iii Almagor G, Ore L, Reis S. Ethical and medicolegal dilemmas in the care of the dying patient. Med Law 1987;6:139-44.
- iv Uzych L. Euthanasia. Right to die, development in the United States. Med Law 1985;4:347-50.

หนุ่ม ที่ชอบใช้ชีวิตกลางแจ้ง ชอบตกปลา ล่าสัตว์ เขาชอบกีฬาล่าสัตว์มาก
วันหนึ่งใน พ.ศ. 2528 เขาได้รับอุบัติเหตุทางจักรยานยนต์ กระดูกคอต่อหัก
เป็นอัมพาตตั้งแต่คอลงไปถึงเท้า เขาหายใจไม่ได้ แพทย์ต้องใส่เครื่องช่วย
หายใจให้เขาตลอดเวลา และอย่างถาวร ชีวิตที่ร่าเริงของเขาสิ้นสุดลงตั้งแต่ได้
รับอุบัติเหตุ หลังจากนั้นนอนเป็นอัมพาตทั้งแขนและขาโดยต้องใส่เครื่องช่วย
หายใจโดยตลอดมาระยะหนึ่ง เขาได้ยื่นคำร้องต่อศาล เพื่อให้ศาลสั่งยกเลิก
การใช้เครื่องช่วยหายใจแก่เขาเสีย เพื่อเขาจะได้ตายโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน
ต่อไป ในการเผชิญสืบของศาล ผู้ป่วยเบิกความว่า เขาตื่นนอนขึ้นมาในตอน
เช้าด้วยความหวาดกลัววันใหม่ที่มาถึง เพราะตลอดเวลาที่เขาตื่น เขาไม่เคย
พบสิ่งใด หรือไม่อาจจะนึกถึงสิ่งใดที่จะทำให้เขารื่นเริงได้เลย ศาลวินิจฉัยว่า
สิทธิของผู้ป่วยรายนี้ที่ปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิต อยู่เหนือกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่
จะประคับประคองชีวิตของเขาไว้ เครื่องช่วยหายใจที่ใส่กับผู้ป่วยรายนี้ ไม่ได้
เป็นการยืดชีวิตให้ผู้ป่วย หากแต่เป็นการชะลอความตายออกไปเท่านั้น ศาล
พิพากษาให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วย ตามความประสงค์ของผู้
ป่วย โดยผู้ถอดไม่มีความผิด และเพื่อให้เป็นไปตามความประสงค์ของผู้ป่วย
ที่ขอไปตายที่บ้าน จึงมีการย้ายผู้ป่วยพร้อมเครื่องช่วยหายใจไปที่บ้าน เมื่อ
ทุกอย่างพร้อมแพทย์ได้จัดยานอนหลับให้ผู้ป่วยและได้ต่อสวิตช์เครื่องช่วย
หายใจมาไว้ที่ปากผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจะตั้งเวลาปิดเครื่องช่วยหายใจ
ได้ด้วยปากตามเวลาเพื่อที่จะหยุดเครื่องช่วยหายใจตามที่ผู้ป่วยต้องการ^v

กรณีตัวอย่างข้างต้นนี้ ก็คล้ายกับเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือ
บางท่านอาจถือว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Active Euthanasia)^{vi} ซึ่ง
กฎหมายของบางประเทศถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่น กฎหมาย
ของประเทศอิสราเอล^{vii}

มีคดีคล้ายๆ กับคดีข้างต้นเกิดขึ้นในแคนาดา ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่

v Death with granted. Times September 18,1989.

vi Weinfeld, J.N Ziona. Med Law 1985;4:101-11.

vii Frenkel DA. Euthanasia in Israeli law. Foren Sci Int 2000;113:501-504.

ได้มา 2 ปีครึ่ง หายใจเองไม่ได้ เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ เธอไม่ต้องการให้แพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจให้เธอ ศาลสูงของควิเบควินิจฉัยว่า การใส่เครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยไม่ยินยอมเป็นละเมิดทางแพ่ง การหยุดเครื่องช่วยหายใจในกรณีนี้ไม่ได้เป็นการทำให้ผู้ป่วยตาย หรือไม่เป็นการช่วยให้ฆ่าตัวตาย การถอดเครื่องช่วยหายใจไม่มีความผิดทางอาญา ถ้าหยุดเครื่องช่วยหายใจแล้วผู้ป่วยตาย ถือว่าเป็นผลจากการเป็นไปของธรรมชาติ ศาลจึงให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจได้^{viii}

ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ ญาติผู้มีส่วนได้เสียจะยื่นคำร้องต่อศาล หรือบางคนก็ขอให้แพทย์งดให้อาหารและน้ำทางสายยางด้วย ศาลของรัฐต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา ก็มีคดีทำนองนี้ไม่น้อย^{ix} และมีความคิดหนึ่งมีการอุทธรณ์ขึ้นสู่ศาลสูง และศาลสูงสหรัฐฯ ได้พิจารณาโดยมติ 5:4 ว่าสิทธิที่จะตายนั้นมีอยู่จริงและสิทธินี้ไม่เพียงแต่จะเป็นสิทธิที่มาจากรัฐธรรมนูญที่ประกันความเป็นส่วนตัวของบุคคลเท่านั้น ยังมาจากข้อยกเว้นบทแก้ไขรัฐธรรมนูญที่ 14^x

ดังนั้น หากจะนำศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มาอ้าง เพื่อที่จะได้รับความคุ้มครอง คนไทยก็น่าจะปฏิเสธการรักษา โดยใช้เทคโนโลยีที่ช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของเขาได้ เพราะถ้าผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษาจากแพทย์ แพทย์ก็ไม่น่าจะมีสิทธิให้การรักษาใดๆ ได้ หรือจะถือว่าแพทย์ยังมีหน้าที่ต้องช่วยยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปจนถึงที่สุดไม่ว่าจะขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วยเองหรือไม่

เพื่อให้การพิจารณาของกฎหมายอยู่ในประเด็นที่จำกัด จึงจะเสนอประเด็นเพียง 3 ประเด็นต่อไปนี้

1. เพื่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ ถ้าผู้ใด

viii Plachta M. The right to die in Canadian legislation, case law and legal doctrine. Med Law 1994;13:639-680.

ix Hirsh HL, H Phifer. The interface of medicine, religion and the law : Religious objections to medical treatment Med Law 1985;4:121-139.

x วิชुरย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิที่จะตาย-กฎหมายรัฐธรรมนูญของสหรัฐ. สารคดีราช 2535;44:174-5.

แสดงเจตจำนงไว้เป็นลายลักษณ์อักษรว่า เมื่อตัวเขาผู้นั้นตกอยู่ในภาวะวิกฤติที่หยุดหายใจ และหมดสติสัมปชัญญะ เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าโอกาสที่จะรักษาให้ฟื้นคืนสติเป็นปกติมีน้อย ก็ขอให้งดการใช้เทคโนโลยีช่วยชีวิตแก่เขาเสีย และได้ใส่เครื่องช่วยชีวิตไปแล้วระยะหนึ่ง โอกาสที่ผู้ป่วยจะฟื้นคืนสติเกือบไม่มีเลย ก็ให้แพทย์จัดการถอดเครื่องช่วยชีวิตออกได้ (Living Will)^{xi} ปัญหาทางกฎหมายจึงเกิดขึ้นว่า เอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยดังกล่าว ควรจะได้รับการปฏิบัติได้หรือไม่ แค่นั้น เพียงใด กล่าวคือ ถ้าเราถือว่าเจตนาของของผู้ป่วย เพื่อศักดิ์ศรีของเขาต้องได้รับการคุ้มครอง ก็หมายความว่าแพทย์ที่ไม่ใช้เครื่องช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ ตามเจตจำนงของผู้ป่วย แพทย์จะไม่มี ความผิดทางอาญา

เอกสารแสดงเจตนาของผู้ป่วย อาจเทียบได้กับบัตรประจำตัวของผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา ซึ่งทางศาสนาห้ามรับเลือด บัตรที่ติดตัวของผู้นับถือศาสนานี้จะมีข้อความว่า

“อย่าถ่ายเลือด! ข้าพเจ้าในฐานะผู้ยึดมั่นในศาสนาพยานพระยะโฮวา ขอร้องทุกคนว่าอย่านำเลือดหรือผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเลือด ใส่ในร่างกายข้าพเจ้า ไม่ว่าจะกรณีใดๆ ข้าพเจ้าเข้าใจสภาพของข้าพเจ้าดี แต่ข้าพเจ้าได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบแล้ว ที่จะปฏิบัติตามคำสั่งในพระคัมภีร์ที่ว่า อย่ารับเลือด (กฎข้อที่ 15:28,29) อย่างไรก็ตาม ข้าพเจ้าไม่มีข้อขัดข้องเกี่ยวกับศาสนา ถ้าท่านจะใช้สิ่งอื่นที่ทดแทนเลือด เช่น เดกซ์แทรน, ฮีแมคเซล (Haemacel), พีวีพี, ริงเกอร์แลคเตท หรือน้ำเกลือ”

ข้อความดังกล่าวมีผลในทางกฎหมายในหลายประเทศ เช่น เคยมีคดีเกิดขึ้นในประเทศแคนาดา ดังนี้ โจทก์ได้รับอุบัติเหตุทางรถยนต์ ได้รับอันตรายร้ายแรงหมดสติ มีรถพยาบาลนำโจทก์ส่งโรงพยาบาล แพทย์เวชวินิจฉัยว่า

xi Living Will มีผู้แปลว่า “พินัยกรรมชีวิต” ซึ่งผู้เขียนรู้สึกว่ามันไม่ค่อยจะตรงนัก ผู้เขียนเห็นว่ามันจะหมายถึง เจตนาของผู้ป่วยที่ไม่มีผลขณะที่เขายังไม่ตาย ซึ่งขณะนั้นเขาไม่มีความสามารถที่จะแสดงเจตนาออกมาได้ เป็นการแสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ ถ้าแปลว่าพินัยกรรมจะเข้าใจว่าต้องมีผลเมื่อผู้ทำตายแล้ว

ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงชีวิตจากการตกเลือด พยาบาลได้พบบัตรแผ่นเล็ก
ในกระเป๋าสตางค์ของโจทก์ ที่มีข้อความดังกล่าวข้างต้น แต่แพทย์เวรก็สั่งให้
ถ่ายเลือดให้ผู้ป่วยโดยไม่ปฏิบัติตามข้อความในบัตร จึงถูกฟ้องเป็นจำเลย พยาน
ผู้เชี่ยวชาญเบิกความว่า การถ่ายเลือดของจำเลยเป็นการช่วยชีวิตโจทก์ไว้ แต่
ศาลก็ตัดสินให้จำเลยชดใช้ความเสียหาย 2 หมื่นเหรียญแคนาดาแก่โจทก์ โดย
เหตุผลว่าการถ่ายเลือดกรณีนี้เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย (Illegal) เพราะ
เป็นการละเมิดสิทธิในการตัดสินใจของโจทก์ คำพิพากษาดังกล่าวก็ตรงกับ
กฎหมายเยอรมนีและออสเตรเลีย^{xii}

ในสหรัฐอเมริกา กฎหมายของหลายรัฐ บัญญัติรับรองคำสั่งเป็นลาย
ลักษณ์อักษรของผู้ป่วยที่สั่งให้แพทย์ไม่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษเพื่อชะลอความ
ตายให้เขา^{xiii}

สำหรับในบริบทของกฎหมายไทย ยังไม่พบว่ามียกกฎหมายท่านใด ให้คำ
รับรองได้ว่า ถ้าแพทย์ปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ที่สั่งไว้เป็นลายลักษณ์
อักษรแล้วจะไม่ต้องรับผิดทางกฎหมาย หรือทำนองกลับกัน ถ้าแพทย์ฝ่าฝืน
ต่อคำสั่งดังกล่าวแล้ว ต้องรับผิดทางกฎหมาย แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน
จะได้บัญญัติคุ้มครองและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ดังได้กล่าวมาใน
ตอนต้น

เนื่องจากในประเทศไทย ยังไม่มีกรณีตัวอย่างที่มีข้อโต้แย้งในทางคดี

xii Bernat E. The living will : does an advance refusal of treatment made with capacity
always survive any supervening incapacity? Med Law Int. 1999;4:2-21.

xiii Supra note (4) คำสั่งปฏิเสธการรักษา โดยทั่วไปมิได้ปฏิเสธโดยสิ้นเชิง แพทย์ยังต้อง
ให้การรักษายูตามความจำเป็น แต่ปฏิเสธที่จะใช้เครื่องมือที่จะช่วยให้เขามีชีวิตอยู่
อย่างไร้ศักดิ์ศรี และการปฏิเสธการรักษาดังกล่าว มิใช่กรณีที่พยายามฆ่าตัวตายจาก
สาเหตุอื่นๆ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตายทุกรูปแบบ แพทย์มีหน้าที่
ต้องช่วยชีวิตไว้จนสุดความสามารถ เพราะมีบางคนหลังจากได้รับการช่วยชีวิตแล้ว
ไม่กล้าที่จะฆ่าตัวตายอีก แต่ก็มีอีกจำนวนหนึ่ง ได้พยายามฆ่าตัวตายอีกเป็นครั้งที่ 2
หรือ 3 จนตายได้สำเร็จ ดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงเป็นประเด็นที่ต่างออกไป

ความอย่างชัดเจนเกิดขึ้น นอกจากกรณีท่านอาจารย์พุทธทาส ที่ได้มีการวิเคราะห์วิจารณ์ในวงเสวนาอายุระยะหนึ่ง ประเด็นทางกฎหมายจึงไม่ชัดเจน ผู้ที่สนใจเรื่องนี้จำนวนหนึ่งจึงเห็นว่าควรจะมีการออกกฎหมายรับรองในเรื่องนี้ให้ชัดเจน เช่น กำหนดรูปแบบและเงื่อนไขในการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Living Will) ที่กฎหมายยอมรับให้แพทย์ต้องปฏิบัติตามได้ โดยที่คนส่วนหนึ่งซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ศึกษาเห็นว่า ควรจะมีการทำคำสั่งในลักษณะดังกล่าวได้ โดยควรจะมีกฎหมายรองรับด้วย^{xiv}

ดูเหมือนจะเป็นที่ยอมรับกันในหมู่นักวิชาการว่า น่าจะมีมาตรฐานทางวิชาการกำหนดแนวปฏิบัติในเรื่องนี้ และแพทย์สภาเองก็เคยตั้งอนุกรรมการพิจารณากำหนดแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่สิ้นหวังขึ้น จนได้มีการยกร่างประกาศแพทย์สภา เรื่องแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่สิ้นหวัง แต่ก็ไม่มีกำหนดเรื่อง เจตนาารมณ์ของผู้ป่วย (Living Will) ไว้ให้ชัดเจน

2. กรณีที่เป็นประเด็นปัญหาอีกประเด็นหนึ่ง ได้แก่ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะหมดสติ ไม่รู้สึกตัวเป็นเวลานาน ภายหลังได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว อาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเหมือนพืชผักอย่างถาวร (Persistent permanent vegetative state) ซึ่งจะมีอาการไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจะติดต่อกับใครๆ ได้ ไม่สนองตอบต่อการเห็น การได้ยิน การสัมผัส พุดไม่ได้หรือแสดงความรับรู้ไม่ได้ หลับๆ ตื่นๆ สลับกัน สมองส่วนกลางและแกนสมองยังทำหน้าที่ได้ แต่อุจจาระและปัสสาวะเองไม่ได้

อาการดังกล่าวถ้าอยู่มา 1 เดือนหลังได้รับบาดเจ็บที่สมอง หรือโรคของสมอง ถือว่าเกิดภาวะเป็นพืชเกิดขึ้น และถ้าอาการอยู่คงที่เป็นเวลา 3 เดือนแล้ว สำหรับโรคของสมอง และ 12 เดือนแล้วสำหรับการได้รับบาดเจ็บของสมอง ให้ถือว่าภาวะดังกล่าวเป็นไปอย่างถาวร โอกาสฟื้นของผู้ป่วยมีน้อยกว่า

xiv การวิจัยทัศนคติ เรื่องทัศนคติที่มีต่อการทำพินัยกรรมชีวิต ในการสัมมนาเรื่อง : “พินัยกรรมชีวิต” วันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2541 ณ ห้องประชุมสลากกินแบ่งรัฐบาล ชั้น 9 ตึกกัลยาณีวัฒนา โรงพยาบาลสงฆ์ กทม. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กทม. : 2541:68-82.

1 ใน 1,000 เสียอีก และประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยในภาวะดังกล่าว จะตายภายใน 1 ปี แต่ถ้า 3 เดือนแรกอาการคงที่ อาจจะมีชีวิตต่อไปอีกได้หลายปี^{xv} และจากข้อมูลดังกล่าวอาจถือได้หรือไม่ว่า การรักษาโดยใช้เครื่องช่วยชีวิตอยู่ตลอดกาลนั้น ไม่มีความจำเป็นแล้ว เมื่อไม่มีความจำเป็นแล้วแพทย์ก็จะสามารถเลิกใช้ หรือถอดเครื่องช่วยชีวิตได้ และการถอดเครื่องช่วยหายใจให้ผู้ป่วยกรณีเช่นนี้ ก็ไม่ทำให้ผู้ป่วยตายทันทีแต่อย่างใด แต่ผู้ป่วยอาจหายใจไม่สะดวก และถึงแก่ความตายในเวลาหลายชั่วโมงหรือหลายวันหลังถอดเครื่องก็ได้ กรณีเช่นนี้จะถือว่าแพทย์กระทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง (Active Euthanasia) หรือปล่อยให้ผู้ป่วยตาย (Passive Euthanasia) เพราะการงดเว้นการกระทำ ดูเหมือนประเด็นนี้ นักกฎหมายยังมีความเห็นต่างกันอยู่ ถ้าเป็นการงดเว้น ก็หมายความว่า เป็นการงดเว้นในสิ่งที่ไม่จำเป็นจึงต้องกระทำ การงดเว้นการกระทำดังกล่าว จึงไม่ถือว่าเป็นการกระทำ แพทย์จึงไม่ต้องรับผิดชอบ

3. ในกรณีเช่นเดียวกับประเด็นที่ 2 เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยชีวิต โดยการงดใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยก็ยังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ดังกล่าว ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างดี โดยให้น้ำเกลือทางหลอดเลือด และให้อาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารทางสายยางที่คาไว้ ถ้ามีการหยุดให้อาหารและน้ำเกลือ ผู้ป่วยอาจยังมีชีวิตต่อไปได้อีกประมาณ 10-14 วันก็จะตาย การงดอาหารและน้ำในผู้ป่วยประเภทนี้ บางประเทศถือว่าเป็นการฆ่าคน (Active Euthanasia) แต่บางประเทศก็ถือว่าเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยตาย (Passive Euthanasia)^{xvi}

ความเห็นในทางกฎหมายไทยดูเหมือนยังไม่มีคำตอบแน่ชัด นอกจากการให้อาหารและน้ำทางสายยางโดยตรงแล้ว ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ คนที่หมดสติเป็นพืชผักดังกล่าว เมื่อมีโรคแทรก เช่น ปอดบวม การติดเชื้อต่างๆ ควรจะได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ โดยใช้ยารักษาแพงเหมือนผู้ป่วยทั่วไปหรือไม่อย่างไร ถ้าใช้ยารักษาให้พอผู้ป่วยไม่ทรมาน ถ้าผู้ป่วยตาย

xv Schmidt P.R Dettmeyer, B Madea. Witherawal of artificial nutrition in the persistent vegetative state : a conlimumous controversy. Foren Soi Int 2000;113:505-9.

xvi Ibid

ผู้รักษาจะต้องรับผิดชอบเพียงใด และถ้าจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แพทย์
จะงดใช้ ต้องรับผิดชอบทางกฎหมายหรือไม่ เป็นประเด็นทางกฎหมายคล้ายๆ กันนี้
ยังไม่กระจ่างชัดและยังไม่มีแนวทางที่แพทย์จะนำไปปฏิบัติได้



4.

พินัยกรรม

เพื่อชีวิต *

ค.อ.ว.สันต์ หัตถ์ธีรตัน

ในขณะนี้ การแพทย์แผนปัจจุบันได้ก้าวหน้าไปมาก มากจนสามารถทำให้ผู้ป่วยบางคนที่ยาไปแล้ว (หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นแล้ว) กลับฟื้นคืนชีพขึ้นมาใหม่ และสามารถที่จะเลี้ยงผู้ป่วยให้พะงาบๆ ไว้ไม่ให้ตายไปได้ แต่ก็ยังไม่มีความสามารถที่จะรักษาผู้ป่วยที่ตนเลี้ยงให้พะงาบๆ ไว้ ให้นายหรือฟื้นจากโรคพ้อที่จะมีชีวิตอย่างมีความสุขตามควรแก่อัตภาพได้

แพทย์บางคนอาจจะเลี้ยงผู้ป่วยให้พะงาบๆ ไว้ เพื่อหวังค่าดูแลรักษา

แพทย์บางคนอาจจะเลี้ยงผู้ป่วยไว้ เพื่อการทดลองรักษาแบบพิสดาร

แพทย์บางคนอาจจะเลี้ยงผู้ป่วยไว้ เพื่อไม่ให้ตนเสียชื่อ

แพทย์บางคนอาจจะเลี้ยงผู้ป่วยไว้ เพราะแพทย์นั้นไม่อยากจะตัดสินใจ หรือไม่กล้าตัดสินใจที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยจากไปโดยสงบ หรืออื่นๆ

ผู้ป่วยจึงต้องทนทุกข์ทรมานจากการดูแลรักษาที่คงสภาพ “จะตายก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น” ไปเรื่อยๆ

* สันต์ หัตถ์ธีรตัน. (2544). สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก (ยุโรปและสหรัฐอเมริกา) จึงมีคนทำ “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” (Living Will)* ของตนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะช่วยชี้แนะให้แพทย์กล้าตัดสินใจที่จะกระทำการรักษาที่ตรงกับความต้องการของตน เพื่อที่ตนจะไม่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น และ/หรือ ยาวนานออกไป

ตัวอย่างพินัยกรรมเพื่อชีวิต ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการ (แพทย์) ที่น่าจะได้รับการศึกษาพิจารณา เพื่อจะได้ระลึกถึงความต้องการของผู้ป่วยบ้าง ไม่ใช่คิดถึงแต่ความต้องการของเราที่จะทำโน่นทำนี่ให้แก่ผู้ป่วย โดยไม่ได้คิดถึงความต้องการของผู้ป่วยเลย

1. พินัยกรรมเพื่อชีวิตของ Euthanasia Educational Council ⁱ ii

“Death is as much a reality as birth, growth, maturity and old age—it is the only certainty of life. If the time comes when I, ..., can no longer take part in decisions for my own future, let this statement stand as an expression of my wishes, while I am still of sound mind.

If the situation should arise in which there is no reasonable expectation of my recovery from physical or mental disability, I request that I be allowed to die and not be kept alive by artificial means or ‘heroic measure’. I do not fear death itself as much as the indignities of deterioration, dependence and hopeless pain. I, therefore, ask that medication be mercifully administered to me to alleviate suffering even though this may hasten the moment of death.”

* Luis Kutner เป็นผู้บัญญัติคำ “Living Will” ขึ้นใช้ในสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2512 และผู้เขียนได้แปลเป็น “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” สำหรับการใช้ในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2515 แต่คำศัพท์ทางการควรจะเป็น “คำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย สำหรับการรักษาพยาบาล” (Advance Directives for Health Care of a Patient)

i Euthanasia Educational Council : A Living Will. First published and distributed in 1969, quoted in 2.

ii Bok, S. : Personal Directions for Care at the End of Life. New Engl. J. Med. 1976; 295:367.

ซึ่งถ้าแปลเป็นไทย คงจะมีใจความว่าดังนี้

“การตาย เป็นความจริง (ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้) เช่นเดียวกับการเกิด การเจริญเติบโต และการแก่ ความตายเท่านั้นเป็นสิ่งที่แน่นอนที่สุดในชีวิต เมื่อใดที่ข้าพเจ้า, นาย นาง หรือ น.ส. ไม่สามารถที่จะตัดสินใจในอนาคตของข้าพเจ้าเองได้ เมื่อนั้นขอให้ถือเอกสารนี้เป็นเครื่องแสดงความต้องการของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้าได้ตั้งใจทำขึ้นในขณะที่ข้าพเจ้ายังมีสติสัมปชัญญะคืออยู่

เมื่อใดที่ข้าพเจ้าอยู่ในสภาพที่ไม่มีมีความหวังอันชอบด้วยเหตุผลว่าจะสามารถฟื้นจากการไร้สมรรถภาพ ไม่ว่าจะในทางร่างกายหรือจิตใจแล้ว เมื่อนั้น ข้าพเจ้าขอร้องให้ปล่อยให้ข้าพเจ้าตายเสีย อย่าพยายามยืดชีวิตของข้าพเจ้าไว้ด้วยเครื่องมือ เครื่องมือ หรือวิธีการที่พิเศษพิสดารต่างๆ ข้าพเจ้ากลัวความตายน้อยกว่าความน่าสมเพชอันเกิดจากสภาพที่ทรุดโทรม สภาพที่ช่วยตนเองไม่ได้ และสภาพความเจ็บปวดที่หมดหวัง ดังนั้นข้าพเจ้าจึงใคร่ขอร้องว่ากรุณาให้ยาที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานแก่ข้าพเจ้า แม้ว่ายานั้นจะทำให้ข้าพเจ้าตายเร็วขึ้นก็ตาม”

พินัยกรรมฉบับนี้ ค่อนข้างสั้นและกะทัดรัดดี สำหรับผู้ที่ประสงค์จะนำติดตัวไปไหนมาไหนด้วย เพื่อให้แพทย์หรือผู้ที่จะมาช่วยเหลือในขณะฉุกเฉิน เช่น เกิดอุบัติเหตุจนไม่รู้สีกตัว ได้ทราบความประสงค์ของตน แต่ข้อเสียของพินัยกรรมฉบับนี้ คือความหมายของถ้อยคำต่างๆ ยังไม่รัดกุมพอⁱⁱⁱ เช่น คำว่า

“ความหวังอันชอบด้วยเหตุผล” จะใช้เหตุผลของใคร ถ้าใช้เหตุผลของแพทย์จะใช้แพทย์ก็คน เป็นต้น

“การไร้สมรรถภาพจะในทางร่างกายหรือจิตใจ” หมายถึงการไร้สมรรถภาพขนาดไหน โดยเฉพาะการไร้สมรรถภาพทางจิตใจนั้น เป็นสิ่งที่

iii Hudson, P. : Death, Dying and the Zealous Phase. Ann. Int. Med 1978;88:696.

ถ้าการรักษาพยาบาลใดๆ ทำให้ข้าพเจ้าต้องเสียความสามารถที่จะรู้สึก หรือความสามารถที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ ข้าพเจ้าขอร้องให้มีการพิจารณาตามความประสงค์ของข้าพเจ้า ดังนี้

ข้าพเจ้ายินดีที่จะเสี่ยงกับการรักษาพยาบาลใดๆ ที่อาจจะทำให้ข้าพเจ้าตาบอดแต่เพียงอย่างเดียว หูหนวกแต่เพียงอย่างเดียว หรือไม่สามารถขยับขาทั้ง 2 ข้างแต่เพียงอย่างเดียว ถ้าจะมีความพิการมากกว่าหนึ่งอย่าง ข้าพเจ้ายินดีที่จะดำรงชีวิตอยู่ โดยตาบอดทั้ง 2 ข้าง ถ้าข้าพเจ้าสามารถที่จะได้ยินและพูดได้ หรือถ้าข้าพเจ้าจะหูหนวก ก็ขอให้ข้าพเจ้าสามารถมองเห็น และสามารถเขียนได้ หรืออีกนัยหนึ่ง ข้าพเจ้าต้องการที่จะมีความแน่ใจว่า ถ้าข้าพเจ้าจะมีชีวิตอยู่ต่อไป ข้าพเจ้าจะต้องสามารถที่จะติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิตามกฎหมายที่จะแต่งตั้งใครก็ตามให้เป็นผู้มีสิทธิโดยชอบธรรมในการปกป้องคุ้มครองสิทธิและหน้าที่ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเชื่อว่า มันเป็นอันตรายอย่างใหญ่หลวงที่จะทำหน้าที่คล้ายพระผู้เป็นเจ้า และอาจจะจะมีเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ใดที่ข้าพเจ้าไม่คาดฝัน และไม่ได้กำหนดไว้อย่างแจ่มแจ้งพอในเอกสารนี้ ในกรณีเช่นนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้...ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนข้าพเจ้า เพราะเธอได้เข้าใจในเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าเป็นอย่างดีแล้ว

การแทรกแซง หรือการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้ากล่าวไว้ข้างต้น หมายถึงการรักษาทางยา ทางกายภาพบำบัด และวิธีการพยาบาลต่างๆ ที่กระทำไปเพื่อจะยืดชีวิตของข้าพเจ้าไว้ รวมทั้งการผ่าตัดสมอง การให้น้ำเกลือ การให้เลือด การให้อาหารทางสายยาง การฝังแร่เรเดียม การตัดแขนหรือขา และอื่นๆ

การตัดสินใจนี้ทำไปโดยความรู้ความเข้าใจอย่างพร้อมมูลว่า ข้าพเจ้าสามารถวางใจในความรักและการรักษาพยาบาลของญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงของข้าพเจ้าตลอดจนผู้ร่วมงาน และศิษย์ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอแสดงความรัก และความขอบคุณต่อเขาทุกคน และหวังว่าเขาจะเข้าใจคำขอร้อง (เหตุผล) ของข้าพเจ้า

ในวัฒนธรรมของเราในปัจจุบัน ข้าพเจ้าเท่านั้นที่จะให้การตัดสินใจได้ และข้าพเจ้าไม่ต้องการที่จะทำให้ผู้อื่นต้องลำบากในการตัดสินใจแทน ข้าพเจ้า สำหรับการรักษาพยาบาลที่เขารู้ดีอยู่แล้วว่าข้าพเจ้าไม่ชอบ แต่เขาก็ไม่สามารถที่จะขัดขวางการรักษาพยาบาลเช่นนั้น

ข้าพเจ้าเชื่อว่า การตัดสินใจที่จะไม่มีชีวิตอยู่เมื่อไม่สามารถจะช่วยตนเองได้ เป็นความรับผิดชอบที่จะต้องกระทำด้วยความรักต่อผู้ที่จะถูกละทิ้งไว้เบื้องหลัง

ไม่ว่าจะในเวลาใดและในสภาพการณ์เช่นใด ข้าพเจ้าต้องการที่จะทราบความจริงทั้งหมดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของข้าพเจ้าโดยไม่มี การปกปิด บิดเบือน ตกแต่ง หรือสร้างความหวังใดๆ (เพราะถ้าข้าพเจ้าได้ทราบล่วงหน้าว่า) ข้าพเจ้าจะมีเวลาสักช่วงหนึ่ง แม้จะสั้นและจำกัดก่อนที่ข้าพเจ้าจะตาย ข้าพเจ้าก็ต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่นั้นให้เป็นประโยชน์ให้มากที่สุด และอย่างมีความรับผิดชอบที่สุดด้วย”

ตัวอย่างพินัยกรรมฉบับที่ 2 นี้ ค่อนข้างจะยืดเยื้อ เพราะส่วนใหญ่เป็น คำขอร้องที่น่าสงสาร คงจะกลัวว่าญาติ เพื่อนฝูง และผู้รักษาพยาบาลจะไม่ยอมกระทำตาม คำขอร้องนี้จึงค่อนข้างจะเย็นเยือก และมีเนื้อหาเกี่ยวกับเงื่อนไขที่ตนไม่ต้องการให้ยึดชีวิตเพียงไม่กี่ประโยคเท่านั้น แต่เนื้อหาที่ให้ไว้ค่อนข้างจะชัดเจนกว่าเนื้อหาในตัวอย่างพินัยกรรมฉบับแรก ทำให้ผู้รักษาพยาบาลรู้ได้แน่นอนขึ้นว่า ความพิการหรือการไร้สมรรถภาพชนิดใดและขนาดใดที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ และในกรณีที่มีปัญหา ผู้ป่วยก็ได้มอบหมายให้ผู้ที่ตนไว้ใจ ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนได้

อันที่จริง พินัยกรรมเพื่อชีวิตเหล่านี้ ยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในด้านกฎหมาย คือไม่อาจใช้บังคับได้เหมือนพินัยกรรมเกี่ยวกับทรัพย์สินมรดก และเนื่องจากเคยมีคดีฟ้องร้องต่อศาลในกรณีที่แพทย์ไม่ยอมทำตามความต้องการของผู้ป่วยหรือบิดามารดาของผู้ป่วยที่หมดหวัง จนเป็นข่าว

v ชาวภาคเช้า (6 นาฬิกา) ของสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2521.

vi สันต์ หัตถิรัตน์. ผู้ป่วยที่เจ็บหนักและผู้ป่วยที่ใกล้ตาย. แพทยสภาสาร 2520;6:597.

อื้อฉาวไปทั่วโลกมาแล้ว^{vii} เพราะฉะนั้นก็คงมีแพทย์และพยาบาลที่ไม่ยอมทำตาม “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” แต่ยังไม่เป็นคดีหรือเรื่องอื้อฉาวจนเป็นที่ทราบกันทั่วไป

อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศได้มีกฎหมายหรือการยอมรับของสังคมเกี่ยวกับ “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” หรือ “คำสั่งล่วงหน้าสำหรับการรักษาพยาบาล” ของผู้ป่วยโดยมีการยินยอมให้ผู้ป่วยขอร้องหรือสั่งให้แพทย์พยาบาล ไม่ให้การรักษาดูแลด้วยกรวดหัวใจ หรือการใช้เครื่องมือเพื่อการยืดชีวิต หรือถ้าได้ให้การรักษานั้นไปแล้ว ก็ให้หยุดการรักษาอื่นๆ ได้โดยไม่มีคามผิดฐานฆ่าคนตายหรืออื่นๆ กฎหมายแบบนี้ในรัฐแคลิฟอร์เนีย เรียกว่า “Natural Death Act”^{vii}

ในประเทศอังกฤษและเนเธอร์แลนด์ “การุณยฆาต” (Mercy Killing หรือ Active Euthanasia) โดยญาติ มักจะไม่ถูกลงโทษ หรือลงโทษเพียงสถานเบา^{viii} มีผู้พยายามออกกฎหมายให้ทำได้^{ix} ซึ่งคงจะมีผลบังคับใช้ในประเทศเนเธอร์แลนด์ใน พ.ศ. 2544 นี้

เกือบจะทุกรัฐในสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน มีแบบ “คำสั่งล่วงหน้าสำหรับการรักษาพยาบาล” ให้ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงไว้ตั้งแต่เนิ่นๆ เมื่อในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจได้ จะได้ใช้คำสั่งนี้เป็นหลักในการรักษาพยาบาล^x ดังตัวอย่างในภาคผนวกท้ายเล่ม

การที่มี “พินัยกรรมเพื่อชีวิต” หรือ “กฎหมายที่ยินยอมให้ยุติการยืดชีวิต” หรืออื่นๆ ย่อมแสดงให้เห็นถึง ช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะการที่แพทย์ไม่ยอมทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยหรือญาติจนเป็นเหตุให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้น

vii Fine, A., and D.C. Neilsson : Last Rights. New Engl. J. Med, 1976;295:1142.

viii British Medical Journal Legal Correspondent. Mercy Killing and the Law. Brit. Med. J. 1976;2:1333.

ix Searle, J. F. Incurable Patients Bill. Brit. Med. J. 1976;1:284.

x ดำเนิน การเด่น. คำสั่งล่วงหน้าของผู้ป่วย (Advanced Medical Directives) หรือ พินัยกรรมเพื่อชีวิต (Living Wills).

ในสภาวะการณ์เช่นนั้น การมี “**พินัยกรรมเพื่อชีวิต**” หรือกฎหมายคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ก็อาจจะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการป้องกันความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยไม่ต้องการได้ แต่ควรถิ่นที่แพทย์จะพยายามลดช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยลง เพื่อจะไม่ต้องมี “**พินัยกรรมเพื่อชีวิต**” หรือ “**กฎหมายอนุญาตให้ตาย**” เกิดขึ้นในประเทศของเรา เพราะสิ่งทั้ง 2 นี้เป็นเครื่องประจักษ์ถึงการขาดวิจารณญาณและคุณธรรมสำหรับการเป็นแพทย์และการเป็นคนของเรา

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปัจจุบัน การแพทย์ในบ้านเราได้รับเอาวัฒนธรรมเลวๆ ของการแพทย์อเมริกันเข้ามาอย่างมากมาย เช่น การแพทย์พาณิชย์ (Commercialized Medicine) การแพทย์แยกส่วน (Fractionized and Partitionized Medicine) การแพทย์มายา (Arbitrary and Deceptive Medicine) การแพทย์พึ่งพิง (Dependent Medicine)^{xi} การแพทย์ฉิบหาย (Destructive Medicine)^{xii} ทำให้จริยธรรมของแพทย์ลดต่ำลงและผู้ป่วยถูกขู่ขู่ยามมากขึ้น

ผู้ป่วยที่เศรษฐกิจฐานะดีหรือมีวาสนาบารมีมากมักถูกตรวจและรักษาอย่างเกินความจำเป็น (over - investigation and over - treatment) รวมทั้งการ “**เลี้ยงไข้**” และการ “**ยึดชีวิต**” (ยึดการตาย) โดยไม่ได้คำนึงถึงความเดือดร้อนและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติ

จึงขอเสนอตัวอย่าง “**พินัยกรรมเพื่อชีวิต**” หรือ “**หนังสือแสดงเจตจำนงและคำสั่ง สำหรับการรักษาพยาบาล นาย/นาง/นางสาว...**” เพื่อให้พิจารณานำไปดัดแปลงปรับปรุงให้เหมาะสมสำหรับแต่ละคน ดังตัวอย่าง

สรุป

ได้มีการใช้ “**พินัยกรรมเพื่อชีวิต**” กันเพิ่มขึ้นๆ ในประเทศตะวันตก และเริ่มมีการใช้กันบ้างแล้วในประเทศไทย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากสภาพที่จะตายก็ตายไม่ได้

xi สันต์ หัตถิรัตน์. แพทย์และสุขภาพ. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน 28 เมษายน พ.ศ. 2542 หน้า 6.

xii สันต์ หัตถิรัตน์. การแพทย์? เก่า? ใหม่. คลินิก 2542;15:462-9.

จะเป็นก็เป็นไม่ได้ ทำให้ประชาชนทั่วไปเกิดความหวาดกลัวในการรักษาพยาบาลแบบนั้น จึงได้ทำพิธีกรรมเพื่อชีวิตขึ้น และต่อมาประชาชนบางแห่งก็ได้ออกกฎหมายเพื่อที่จะสั่งให้แพทย์หยุดวิธีการยัดชีวิตต่างๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงช่องว่างระหว่างแพทย์กับประชาชนและสังคมทั่วไป จึงควรที่แพทย์เราจะได้ศึกษาเพื่อป้องกันไม่ให้ประเทศของเราตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น



(ตัวอย่าง)

หนังสือแสดงเจตจำนงและคำสั่งสำหรับการรักษาพยาบาล

นาย/นาง/นางสาว.....

วันที่เดือนพ.ศ.

ถึง แพทย์ พยาบาล โรงพยาบาล และผู้เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้ทำ "หนังสือแสดงเจตจำนงและคำสั่งสำหรับการรักษาพยาบาลข้าพเจ้า" ฉบับนี้ไว้ล่วงหน้า ในขณะที่ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ต่อหน้าพยานและทนายความ ดังที่ปรากฏนามต่อท้ายหนังสือนี้

ถ้าข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุหรือเกิดความเจ็บป่วยไม่ว่าทางกายหรือทางใจ จนเสียหรือสิ้นสติสัมปชัญญะหรือไม่สามารถรับรู้หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลข้าพเจ้า ขอให้ถือหนังสือนี้เป็นหลักในการพิจารณาวิธีการตรวจและการรักษาพยาบาลข้าพเจ้า

วิธีการตรวจและ/หรือการรักษาพยาบาลใดๆ ที่จะทำให้เกิดความเสียหายหลังวิธีการนั้นแล้ว แม้ข้าพเจ้าจะรอดชีวิต แต่ข้าพเจ้าจะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในกิจวัตรประจำวัน (เช่น กิน นอน ถ่าย อาบน้ำ แต่งกาย เป็นต้น) หรือไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ (เช่น คาบอดหูหนวก พูดไม่ได้เขียนไม่ได้ เป็นต้น) หรืออยู่ด้วยความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอื่นๆ จนกว่าจะสิ้นชีวิต

ข้าพเจ้าไม่ต้องการวิธีการตรวจและ/หรือการรักษาพยาบาลนั้นๆ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจและ/หรือการรักษาด้วยยา การผ่าตัด การให้น้ำเกลือ การให้เลือด การให้อาหารทางสายยาง หรืออื่นใดทั้งสิ้น ยกเว้นแต่เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานของข้าพเจ้าเท่านั้น

ข้าพเจ้าขอให้แพทย์และพยาบาลบรรเทาความทุกข์ทรมานของข้าพเจ้าให้เต็มที่ แม้ว่าการกระทำเช่นนี้จะทำให้ข้าพเจ้าเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

ในกรณีที่มีข้อสงสัย ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเข้าใจเจตจำนงและความต้องการของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี เป็นตัวแทนผู้มีอำนาจเต็มของข้าพเจ้าในการตอบข้อสงสัยและตัดสินใจแทนข้าพเจ้าเกี่ยวกับกรรักษาพยาบาลข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้าไม่อยู่ในสภาพที่จะตอบหรือตัดสินใจเองได้

ข้าพเจ้ามีสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 4, 28 และ 29

ผู้ใดละเมิดสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของข้าพเจ้า จะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีโดยผู้ที่ข้าพเจ้าได้มอบอำนาจไว้และ/หรือโดยทนายความของข้าพเจ้า

ผู้ใดทำการตรวจและ/หรือการรักษาพยาบาลที่ขัดกับเจตจำนงและคำสั่งของข้าพเจ้าตามหนังสือนี้ หรือของผู้ที่ข้าพเจ้าได้มอบอำนาจไว้ จำต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการตรวจและการรักษาพยาบาล รวมทั้งค่าเสียหายที่เกิดจากการละเมิดสิทธิ เสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของข้าพเจ้า

ผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งในหนังสือนี้ หรือตามคำสั่งของผู้ที่ข้าพเจ้าได้มอบอำนาจไว้ จะไม่ได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจและการรักษาพยาบาลที่นำไปเพื่อลดความทุกข์ทรมานของข้าพเจ้า และจะไม่มีการฟ้องร้องดำเนินคดีต่อย่างเด็ดขาด แม้ว่าการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้ข้าพเจ้าจะทำให้ข้าพเจ้าเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งและผู้มอบอำนาจ
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)
(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

5.

สิทธิ

การตาย *

ผู้ร่วมรายการ

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ อาจารย์แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล

รามธิบดี

ผู้ดำเนินรายการ

คุณอดิศักดิ์ ศรีสม

เกริ่นนำ

สิทธิการตาย เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันมากจริงๆ เรียนถามอาจารย์วิฑูรย์ว่า แนวปรัชญามาอย่างไร ทำไมจึงนำมาบัญญัติไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : เรื่องนี้พูดกันทั่วโลกไม่ใช่เฉพาะประเทศไทย เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่พยายามที่จะแทรกแซงการตายโดยธรรมชาติ คนหยุดหายใจก็มีเครื่องช่วยหายใจ หัวใจหยุดเต้นก็มีเครื่องกระตุ้น ให้เต้นใหม่ได้ ยืดการตายออกไป ส่วนหนึ่งมีประโยชน์ในแง่ที่ช่วยชีวิตคนให้รอดได้ส่วนหนึ่ง แต่ที่นี้บางคนมันไม่รอดแน่ๆ แล้ว เขาก็คิดว่าเขาควรจะไป คนเหล่านี้ก็จะบอกว่าการอยู่ด้วยเครื่องทำให้เขาไม่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

* รายการ “กรองสถานการณ์” สถานีโทรทัศน์ช่อง 11 วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2545 เวลา 21.00 - 22.00 น.

เขาจึงไม่ขอใช้เครื่องได้ใหม่ คำถามตรงนี้เกิดขึ้นมาทั่วโลก แล้วก็เกิดกรณีพิพาทในต่างประเทศมีถึงชั้นศาล ต่อมาก็มีกฎหมายรองรับ

พิธีกร : แต่ในทางการแพทย์เขาต้องพยายามฝืนธรรมชาติ ทำให้คนอายุยืนยาวขึ้น เพราะฉะนั้นก็ต้องสู้กันถึงที่สุด

ศ.นพ.วิฑูรย์ : จริงอยู่ คนอยากอยู่ถึงที่สุดแต่บางครั้งเสียค่าใช้จ่ายมาก และทำให้หมดเนื้อหมดตัว แต่ในที่สุดก็สู้กับความตายไม่ได้เพราะการตายเป็นธรรมชาติ เราไม่มีทางไปสู้ อย่างเช่นคนที่นอนสลบหมดสติ อาจจะอยู่ได้ตั้ง 10 ปี 20 ปี ถ้าใช้เครื่องมือ แต่ว่าคุณค่าหรือว่าวิถีชีวิตที่รอดมา มันไม่ค่อยสมกับเงินที่เสียไป

พิธีกร : ผมสนใจคำว่า ศักดิ์ศรี การตายอย่างมีศักดิ์ศรี คำจำกัดความคืออะไรครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้ เรามาบัญญัติอยู่ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน มาจากสิทธิมนุษยชน ในแง่กฎหมายเรียกว่าสิทธิของพลเมือง เพราะฉะนั้นรัฐธรรมนูญจะใช้คำว่า สิทธิของพลเมือง แต่ในหลักสากลเรียกว่าสิทธิมนุษยชน มนุษย์เรานั้นมีศักดิ์ศรี เช่น ศักดิ์ศรีในการตัดสินใจด้วยตนเอง ถ้าคนตัดสินใจในเรื่องชีวิตของตนเองไม่ได้ ก็ไม่มีศักดิ์ศรีแล้ว ตรงนี้จึงอยากจะนำสิ่งเหล่านี้มาใส่ไว้ในกฎหมายที่เรากำลังยกร่าง เพราะจะรับกับรัฐธรรมนูญซึ่งเขียนไว้ถึง 3 มาตราว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต้องได้รับการคุ้มครอง แล้วนำมาขยายว่า ถ้าเขาปฏิเสธการรักษาเพื่อการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ก็น่าจะยอมรับได้

พิธีกร : อันนั้นนำมาบรรจุไว้ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : เราถือว่ากฎหมายสุขภาพแห่งชาติ เป็นรัฐธรรมนูญฉบับสุขภาพ เพราะฉะนั้นจะเขียนหลักการตรงนี้ได้ เพื่อให้คนเคารพสิทธิของบุคคลมากขึ้น

พิธีกร : อาจารย์หมอสันต์ จะลองให้ตัวอย่างได้ไหมครับ เพราะเรื่องนี้เป็นเรื่องที่ใกล้กับชีวิตทุกคน ยกตัวอย่างเช่น กรณีคนแก่ ร้อยละ 80 อยากนอนตายที่บ้านทั้งนั้น แต่ลูกๆ ก็พาไปตายที่โรงพยาบาลเกือบทุกราย

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงสมัยก่อนการตายเป็นสิ่งที่มีมนุษย์เลือก อย่างที่ พระพุทธองค์ก็ทรงเลือกที่เรียกว่าปลงสังขาร เป็นวัฒนธรรมการตายของ พุทธบริษัท คือ พอถึงอายุมากถึงจุดหนึ่งแล้วจะปฏิเสธไม่กินข้าวปลา กินแต่น้ำ ต่อมาน้ำก็ไม่กิน อยากจะนอนสบายๆ หลับอย่างมีความสุขสงบ ไม่ให้ใคร มาทวน พอใกล้เวลาที่จะจากไป ก็เรียกลูกหลานมานั่งห้อมล้อม พูดคุยเรื่อง รวบรวมต่างๆ และก็บอกว่าฉันจะหลับแล้วก็ไปเลยนะ ที่ท่านพุทธทาสพูดไว้ว่า เป็นการตายแบบปิดสวิทช์ไฟฟ้า คือรู้ว่าจะไปในช่วงหายใจหนึ่งช่วงใด เรียก ว่าการตายอย่างมีสติ นี่คือการเลือกตายของคนสมัยโบราณ ที่เข้าใจเรื่องการ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ว่าเป็นของธรรมดาที่มีมานานแล้ว

พิธีกร : แล้วเจ้าของชีวิตจะมีสิทธิเลือกอะไรได้บ้าง ในสิทธิของการตาย

ศ.นพ.สันต์ : ก็แล้วแต่คนจะเลือกกัน บางคนเขียนไว้ว่า ถ้าเขาสื่อสารกับ ใครไม่ได้เลย พูดไม่ได้ เขียนไม่ได้ ฟังไม่รู้เรื่อง มีความทุกข์ทรมานแต่บอกใคร ไม่ได้ เขาไม่ได้อยากอยู่ เมื่อไรเข้าสู่สภาวะอย่างนั้น ขอให้คนที่จะมาดูแลเขาไม่ ว่าจะจะเป็นแพทย์ พยาบาล เพื่อน ญาติ หรือใครก็ตาม ได้กรุณาช่วยให้เขามี ความสงบ และมีความสุขที่สุด ถ้าเห็นเขาเจ็บปวดก็ให้ยา ถ้าเขาหลับไม่ได้ก็ ให้นยานอนหลับได้เขาจะได้ไม่ทรมาน

พิธีกร : ในหลักปรัชญาว่า ต้องตายอย่างมีศักดิ์ศรี เป็นภาษาอังกฤษ ว่า Good Dead (ตายอย่างสงบ : ศ.นพ.วิฑูรย์กล่าวเสริม) พอเอาเข้าจริงๆ ใน วิธีปฏิบัติไปเกี่ยวข้องกับคนหลายคน หนึ่งหมอตูแล สอง คนไข้ สาม ญาติ สามเหล่านี้ ในทางปฏิบัติจะมีปัญหาไหมครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ปัญหาคือว่า ขณะนี้เท่าที่ผมสังเกตดู หมอไม่ค่อยสนใจ ความต้องการของคนไข้ เวลาคนไข้มาโรงพยาบาล โดยเฉพาะคนที่อายุ มาก จะไปสนใจกับคนที่พามาหรือญาติ คนที่จ่ายสตางค์ เพราะฉะนั้นหมอก็ จะไปตกลงกับญาติ ว่าจะทำอย่างนั้น รักษาอย่างนี้ โดยที่ไม่ถามตัวคนไข้ ชักนิดเดียว ตรงนี้มีเยอะมาก เป็นการละเมิดสิทธิ และละเมิดศักดิ์ศรีความเป็น มนุษย์ของเขา ตรงนี้อยากให้ชัดเจนว่า คนไข้เป็นหลักสำคัญ โดยเฉพาะคน ป่วยที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนดูแลประคับประคอง ตรงนี้เกิดความด้อยลงไป

แล้ว เพราะฉะนั้นเขาจะพูดอะไร จะทำอะไร คนจะไม่ค่อยฟังเขา ตรงนี้ที่เราปฏิบัติกันมันไม่ค่อยถูกต้อง

พิธีกร : เมื่อก่อนหมอจะมองว่า ไม่มีเงินเดี๋ยวก็ตายเองนะ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : คนไม่มีเงินไม่ค่อยมีปัญหา ไม่มีเงินก็ไม่ต้องไปโรงพยาบาล แต่ถ้าไปโรงพยาบาลแล้วเขาไม่มีสิทธิเลือกอะไรเลย หรือหากว่าเป็นคนที่ยังมีสติสัมปชัญญะดี เตรียมตัวตายอย่างดี ไม่ค่อยมีปัญหาเท่าไร แต่ปัญหาคือคนป่วย เพราะผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หาย ความคิดความอ่านก็ไม่ชัดเจน คนก็ไม่เชื่อ ถึงเขาจะบอกว่า อย่ารักษามากเลย ฉันแก่แล้วญาติก็ไม่ยอม จะรักษาให้ถึงที่สุด ซึ่งบางครั้งเจ้าตัวเขาไม่ต้องการ เขาก็มีสิทธิที่จะเลือกได้ แต่ญาติโยมก็ไม่ยอม โดยเฉพาะคนมีสตางค์ถ้าไม่เอาพ่อแม่ไปโรงพยาบาลอาจจะถูกนิทาว่าร้าย แต่คนที่ฐานะปานกลางเขาพูดไม่ออก เข้าไปแล้วหมอก็รักษาเต็มที่ เป็นหน้าที่ของหมอที่พยายามจะช่วยชีวิต พอหยุดหายใจก็ต้องปั๊มหัวใจ บางครั้งมันไปผิวนความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเราเขียนไว้ให้ชัดเจนก็จะมีแนวปฏิบัติออกมา ถ้าคนไข้สั่งไว้หมอก็ต้องรับฟัง ขณะนี้ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนออกมา

พิธีกร : ถ้าเจ้าของชีวิตสั่งเอาไว้ว่า เมื่อฉันจะตายแล้ว ไม่มีปฏิกริยาตอบสนองใดๆ อีกแล้ว อย่าเอาเครื่องช่วยหายใจมาใส่ อย่าทำการใดๆ ที่ทำให้มีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไร้ศักดิ์ศรี หมอจะต้องปฏิบัติอย่างไร ญาติจะต้องปฏิบัติอย่างไร อันนี้ต้องเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจนด้วย

ศ.นพ.สันต์ : ควรจะเขียนไว้ในกฎหมายด้วย เพราะขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายรองรับ ฉะนั้นแพทย์จะไม่ปฏิบัติตามก็ได้ อย่างท่านพุทธทาสเจ็บจะแย่อยู่อีกก็นำท่านมารักษา ทำโน่นทำนี่จีปาดะซึ่งไม่เป็นการสมควรเลย ท่านก็ไม่ประสงค์อย่างนั้น เพราะฉะนั้นต้องทำเป็นกฎหมาย

พิธีกร : บางประเทศไปถึงขั้นที่ว่า สามารถจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ด้วย บางกรณีฉีดยาให้ด้วย

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ที่ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายนี้ คือถ้าคนไข้ต้องการตายอย่างสงบ สามารถขอให้หมอฉีดยาให้เขาตายได้

พิธีกร : เราจะไปถึงขั้นนั้นไหมครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ :ไม่ถึง กฎหมายมาตรานี้เพียงแค่บอกหลักการไว้ ถ้าจะทำให้ก้าวหน้าไปอีก ต้องออกกฎหมายใหม่มารองรับ ซึ่งจะมีวิธีปฏิบัติอีกมาก อย่างของเนเธอร์แลนด์ว่า ถ้าหากเขาต้องการตายอย่างนั้นอันที่ 1 ต้องเป็นความจำนงของญาติของผู้ป่วย มีแบบแสดงความจำนง ขณะเดียวกันก็ต้องให้หมอรับรองว่าเขาไม่มีทางรักษาให้หายได้ เขามีความทุกข์มากไหม สุดท้ายต้องเอาอัยการเข้ามารับรู้ ว่าคนไข้ต้องการให้หมอฉีดยาให้เขาตาย หมอจึงจะพินิจ ซึ่งก้าวหน้าที่สุดที่ประเทศเนเธอร์แลนด์

ศ.นพ.สันต์ : ผมยังไม่อยากให้ถึงขั้นนั้น ผมยังคิดว่าถ้าแพทย์พูดจากับญาติกับคนไข้ให้เข้าใจถึงข้อเท็จจริงทั้งหมด ผมเน้นคำว่าทั้งหมด ผมว่าญาติกับคนไข้เขาตัดสินใจเองได้ว่าจะรักษาหรือไม่ ที่จริงคำว่าหมดหวังไม่ได้หมายความว่า คนไข้พูดไม่รู้เรื่อง บางทีเขารู้เรื่อง แต่เขาทรมาณเหลือเกินแล้ว การรักษาก็ไม่ได้ช่วยให้เขาหายความทุกข์ทรมานนั้น เช่น มะเร็ง ระยะหลังๆ ทรมาณมาก เขารักษามาแล้วหลายวิธีทั้งฉายแสง ให้นยา แต่อาการไม่ดีขึ้น กรณีนี้ถ้าเขารู้ข้อเท็จจริงทั้งหมดว่ามันไม่ได้ผล เขาก็ตัดสินใจเองได้ว่าจะรักษาหรือไม่ หมายถึงรักษามะเร็ง หมอก็อาจจะให้ยาหรือให้วิธีการรักษาอื่นที่ช่วยบรรเทาอาการทุกข์ทรมานบ้าง

พิธีกร : สมมุติคนไข้ไม่รู้สภาวะตนเองจริงๆว่าจะรอดได้ ก็บอกว่าไม่เอา ไม่อยากรักษาแต่ว่าหมอเห็นอย่างนี้รักษาอาจจะรอด อย่างนี้หมอจะพินิจตนารมณ์ของผู้ป่วยได้ไหม

ศ.นพ.สันต์ : หมอต้องอธิบายข้อเท็จจริงทั้งหมด เพราะมีเหมือนกัน ที่หมอจะให้ความหวังที่ไม่เป็นความจริง คือต้องบอกคนไข้ว่า ผ่าตัดนี้มีรอด 20% ตาย 80% คุณจะทำไหม แล้วให้ข้อมูลเท่าที่เราทราบให้เขาเข้าใจ ผู้ป่วยหรือญาติควรจะมีสิทธิถามและแพทย์จะต้องตอบ ปราบกฏว่าบางทีแพทย์ไม่ตอบความจริง หรือตอบว่ารอดแน่ๆ อย่างนี้ไม่ดี หรือตอบว่าไม่แน่ ก็เท่ากับไม่ได้ให้ข้อมูลทั้งหมดที่เป็นความจริง ทำให้คนไข้กับญาติต้องตัดสินใจผิด

พิธีกร : สมมุติว่ากฎหมายฉบับนี้ผ่านการพิจารณาและประกาศบังคับ

ใช้ จะต้องไปทำความเข้าใจกับใครเป็นพิเศษไหม เช่น นักกฎหมาย

ศ.นพ.วิฑูรย์ : การเขียนกฎหมายฉบับนี้เป็นเพียงการขยายกฎหมายรัฐธรรมนูญเท่านั้น เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีอยู่แล้วในรัฐธรรมนูญ

พิธีกร : จะมีช่องโหว่ ช่องว่างอะไรไหม สิทธิการตายต้องมีขอบเขตหรือเปล่า

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงสิทธิของผู้ป่วยทุกคนที่ในเมืองไทยและต่างประเทศยอมรับ ก็คือสิทธิที่ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับทราบข้อเท็จจริงทั้งหมด และที่พิเศษขึ้นมาคือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา เพราะฉะนั้นถ้า 2 ข้อนี้ทำได้อย่างเต็มที่ ผมว่าสิทธิอื่นๆ ก็ต้องอยู่ภายใต้ 2 ข้อนี้

พิธีกร : เรื่องนี้มีใครโต้แย้งอะไรบ้างไหมครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : เท่าที่ฟังดูก็ไม่มีใครโต้แย้งรุนแรง แต่ถ้าจะทำให้หมอึดใจให้ตายอย่างนั้นก็มีคนโต้แย้ง ซึ่งผมคิดว่าถ้าออกเป็นกฎหมายคงไม่มีใครกล้าทำ ขณะนี้การปฏิเสธการรักษาก็มีการทำกันอยู่ เช่นขอกลับบ้านถ้าคิดว่าหมดหวังแล้ว โรงพยาบาลก็ให้กลับ แต่ว่าบางรายมีปัญหา เช่นคนที่อยู่ในห้อง ICU อยู่คาสาบ แล้วจะกลับบ้านหมอกก็ไม่กล้าถอดให้ เป็นปัญหายุ่งยากขึ้นมาว่าถ้าหมอถอดก็จะโดนฟ้องข้อหาฆ่าคนตาย

พิธีกร : จะมีการให้ผู้ชมแสดงความคิดเห็นเข้ามาว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับสิทธิการตายที่เราได้พูดถึงกันในวันนี้ เพื่อจะนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจในการพิจารณาร่างกฎหมายฉบับนี้

คุณสมศักดิ์ จากกรุงเทพฯ ถามว่า สิทธิการตายหมายถึงการการุณยฆาตใช่หรือไม่ การุณยฆาตแปลว่าอะไรครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ในทางปรัชญาแปลมาจาก ยูทานาเซีย (UTANASIA) แปลว่าตายดี จริงๆ แล้วมาจากภาษาฝรั่งเศส คำว่า Mercy Killing แปลว่าฆ่าด้วยความสงสาร เราก็เลยมาแปลว่าการุณยฆาต มันหมายถึงกรณีที่ขอร้องให้คนอื่นทำให้เขาตาย อย่างกรณีที่เนเธอร์แลนด์ ถ้าเขาทำเองโดยที่เราไม่ต้องทำอะไร อย่างนั้นไม่ใช่

พิธีกร : คนที่เป็นเอดส์ มีสิทธิที่จะเรียกร้องตรงนี้ได้หรือไม่

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงไม่ว่าจะเป็นโรคอะไรถ้ารู้ว่าไม่สามารถทำให้ดีขึ้นได้ แล้วคนไข้เองเห็นเขาต้องทุกข์ทรมาน เป็นภาระแก่ตัวเองและคนอื่น ซึ่งตามหลักศาสนาพุทธคือการเบียดเบียนตนเองและผู้อื่น ถ้าอย่างนั้นเขาก็มีสิทธิที่จะตายโดยการปฏิเสธการรักษา แต่ไม่ใช่การุณยฆาต

พิธีกร : คุณเจตน์ จากจะเชิงเทรา บอกว่าอยากมีสิทธิในการเลือกตาย จะเป็น 1 เสียงที่เห็นด้วยกับการผลักดันร่างกฎหมายฉบับนี้ออกมา

คุณประสิทธิ์ จากปทุมธานี บอกว่า คนเราน่าจะมีสิทธิเลือกตายด้วยตนเอง บางคนไม่อยากทรมาน

คุณสมใจอยู่สงขลา บอกว่าน่าจะให้ผู้ป่วยสามารถเลือกได้ว่า จะตายอย่างไร

คุณประดิษฐ์ จากอยุธยา เราไม่มีสิทธิเลือกเกิดหรือตายแต่มีสิทธิเลือกในการดำเนินชีวิต ตรงกับอีกท่านหนึ่งบอกว่า ควรจะคำนึงถึงสิทธิในการดำรงชีวิตด้วย ซึ่งแน่นอนต้องเป็นสิทธิของแต่ละคน

พิธีกร : คุณเปิ้ลถามมาน่าสนใจว่า จรรยาแพทย์คือการรักษาชีวิตคนไข้ แต่คนไข้ก็ควรมีสิทธิเลือกตาย แต่ถ้าคนไข้เลือกตายจริงๆ แพทย์จะผิดจรรยาแพทย์ไหม แพทย์ควรจะวางตัวอย่างไรต่อไป

ศ.นพ.วิฑูรย์ : จรรยาแพทย์มีหน้าที่ต้องรักษาผู้ป่วย แต่ก็มีหน้าที่การรักษาเมื่อมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ เมื่อไรผู้ป่วยเขาไม่ต้องการให้แพทย์รักษา แพทย์ก็ไม่มีหน้าที่ในการรักษาเขา อันนี้คือจรรยาแพทย์ที่เป็นพื้นฐาน คือต้องปฏิบัติตามสิ่งที่คนไข้ต้องการ

พิธีกร : คุณก๊กก้องจากเชียงใหม่ บอกว่า เป็นไปได้ไหมที่ประเด็นสิทธิการตายจะเป็นการเปิดช่องให้มีการทุจริตไม่ว่าโดยแพทย์หรือญาติ เช่น เรื่องการขโมยไต มีอะไรมารองรับจุดนี้บ้างไหม เพื่อไม่ให้เกิดข้อผิดพลาด

ศ.นพ.สันต์ : ถ้าเราให้สิทธิแห่งการตายเป็นของคนไข้ ญาติกับแพทย์จะไม่มีสิทธิเลย ที่จะไปแอบอ้างขโมยไตเขา อันนี้ไม่เกี่ยวเลย นี่เราไม่ได้พูดถึงสิทธิที่เราจะไปทำให้เขาตายนะ สิทธิที่คนไข้เลือกว่าจะรักษาหรือไม่รักษาเขาก็กลับบ้านไป ใครจะไปขโมยไตเขาไม่ได้ หรือญาติจะไปเอาพินัยกรรมหรืออะไร

คุณทวีศักดิ์ จากกรุงเทพฯ ถามว่ากฎหมายที่จะออกมาทำเพื่อปกป้อง
แพทย์ที่จะกระทำผิดหรือไม่

คุณเชาวลิต จากกรุงเทพฯ บอกว่าไม่มีความจำเป็นที่ต้องออกกฎหมาย
นี้ เพราะยังเียงทุกวันนี้สิทธิเป็นของคนไข้และญาติอยู่แล้ว

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ส่วนหนึ่งใช่ แต่ไม่ค่อยได้ใช้สิทธิ หรือไม่มีโอกาสจะใช้
สิทธิ เพราะหมอมองเองก็ไม่ได้บอกไม่ได้อธิบายให้คนไข้เข้าใจ ตัดสินใจ พุด
ง่าย ๆ หมอก็ทำไปตามของหมอ แต่ไม่ได้ถามคนไข้ว่าต้องการหรือไม่ ซึ่งเป็น
ปัญหา

พิธีกร : คุณชำนาญอยู่เพชรบุรี บอกอย่างนี้ว่าเขาเข้าใจจริงๆ แล้วอย่าง
คุณหมอทั้ง 2 ท่าน เวลาไปแจ้งลูกหลานว่าเราไม่ต้องการให้ตายอย่างนี้ แต่
ลูกหลานไม่ยอม

ศ.นพ.สันต์ : เป็นการเข้าใจผิดที่จริงลูกหลานคงไม่มีใครอยากให้พ่อแม่
ทรมาณ ถ้าเขาเข้าใจประเด็นนี้ชัดเจน ระบบการศึกษาของเราในปัจจุบันเปลี่ยน-
แปลงไปมาก จนคนไม่ยอมรับว่าการเกิดแก่เจ็บตายเป็นของธรรมดา เพราะ
ฉะนั้น พ่อแม่ก็ต้องฝึกรบมหรือสั่งสอนลูกหลานบ่อยๆ ว่าเกิดแก่เจ็บตาย
นั้นเป็นของธรรมดา การฝึมนี้นี้แต่ทำให้เกิดการทรมาณมากขึ้น

พิธีกร : ในช่วงกระบวนการยกร่างกฎหมาย ถ้าอยากรับฟังความคิดเห็น
ประชาชนให้สะท้อนมาได้ทีไหนครับ

ศ.นพ.วิฑูรย์ : ขณะนี้สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติกำลังทำ
หน้าที่นี้อยู่ ฉะนั้นใครจะสนับสนุน ก็ติดต่อผ่านทาง สปรศ.

ศ.นพ.สันต์ : อยากจะขอให้หมอและญาติของคนไข้ทุกคน คิดถึง
ประโยชน์ของคนไข้เป็นประโยชน์สูงสุด อย่าคิดถึงประโยชน์ของตนเอง ถ้าทุก
คนคิดถึงประโยชน์ของคนไข้เป็นประโยชน์สูงสุดแล้ว คนไข้ก็จะไม่ทุกข์ทรมาน
และสามารถมีชีวิตได้อย่างสงบสุขจนถึงวาระสุดท้ายครับ

พิธีกร : วันนี้ขอขอบพระคุณอาจารย์ทั้ง 2 ท่าน ที่ให้เกียรติกับรายการ
ของเรา มาทำให้ความเข้าใจเรื่องนี้มีความชัดเจนมากขึ้น ขอขอบพระคุณและ
สวัสดีครับ

6.

สิทธิ

การตาย *

ผู้ร่วมรายการ

พญ.พรทิพย์ โรจนสุนันท์ ผู้อำนวยการกองแพทย์สถานพินิจคุ้มครอง
เด็กและเยาวชนกลาง

ศ.นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ อาจารย์แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล
รามาริบัติ

ผู้ดำเนินรายการ

คุณศิริบูรณ์ ญัฐพันธุ์

เกริ่นนำ

สิทธิการตาย ตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตายแบบเลือกได้ หรือว่าตายแบบคนอื่น
ทำให้ตายอย่างสงบดี

วันนี้เราจะมาหาคำตอบร่วมกัน

พิธีกร : อาจารย์สันต์เห็นเรื่องความเป็นความตายของคนมายาวนาน
หลาย 10 ปีแล้ว อยากให้ช่วยเล่าให้ฟังได้ไหมคะ บรรยากาศของภาวะสุดท้าย
แห่งชีวิตเป็นอย่างไร

ศ.นพ.สันต์ : ปัจจุบันเราไปกลัวความตายกันมาก ในวัฒนธรรมของ

* รายการ “เช้าวันนี้” สถานีโทรทัศน์ช่อง 5 วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2545
เวลา 06.10 - 06.55 น.

พุทธบริษัท ความตายเป็นเรื่องธรรมดา เขาจะรู้ด้วยจิตใจด้วยสติของเขาเองว่า ถึงวาระสุดท้ายแล้ว จะปล่อยวางให้ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นไปตามธรรมชาติและก็จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ความตายก็ไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัว

พิธีกร : อาจารย์คะ นั่นเป็นหลักของพระพุทธรศาสนา แล้วปรัชญาทางการแพทย์ล่ะคะ การตายเป็นอย่างไรร

ศ.นพ.สันต์ : สมัยก่อนปรัชญาการตายในทางตะวันตกหรือเอเชียจะมองว่าเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดา ความตายของคนหรือสิ่งมีชีวิตทุกชนิดที่เป็นไปตามธรรมชาติแล้วจะเป็นไปอย่างสงบ และเป็นไปตามวาระของเขาโดยไม่ได้มีความทุกข์ทรมานที่ยืดเยื้อยาวนาน เพราะฉะนั้นในวัฒนธรรมของชาวตะวันตกหรือเอเชีย ชีวิตเป็นไปตามธรรมชาติ สัจธรรมของเราคือสัจธรรมของธรรมชาตินั่นเอง เพราะทุกคนเข้าใจในเรื่องนี้แล้วก็ไม่มีใครกลัวความตาย

พิธีกร : แต่ปรัชญาที่เรายึดถืออยู่ในปัจจุบันคงจะไม่ใช่เป็นปรัชญาตะวันตกอย่างที่อาจารย์ว่าไปแล้ว

ศ.นพ.สันต์ : เราถูกยุคโลกาภิวัตน์ทำให้จิตใจของเราเปลี่ยนแปลงไปตามค่านิยมตะวันตกที่คิดว่าชีวิตนี้จะต้องยึดมันออกไป ไม่ว่าจะทรมานเท่าไรก็จะยึดออกไป เพราะเขาคิดว่าตายแล้วหมด ต่างจากธรรมเนียมตะวันตกที่เราคิดว่าตายแล้วเกิดใหม่ เราก็ไม่อาทร ตอนนี้ประเทศทางตะวันตกหรือทางยุโรป ทางอเมริกา ก็เริ่มเห็นแล้วว่าค่านิยมนี้ไม่ถูกต้องแล้วเพราะว่าคนที่เจ็บคนที่ทรมานถูกยึดไปโดยไม่มีวันจบ จึงได้มีกฎหมายกฏระเบียบต่างๆ ออกมา

พิธีกร : อาจารย์คะ การตายในทางการแพทย์นั้นจดยังไง

ศ.นพ.สันต์ : เรื่องการตายยังไม่มีใครยอมรับกันสักที แต่เราก็ถือกันว่าเมื่อไรหัวใจหยุดเต้น แล้วก็หยุดหายใจก็ถือว่าตาย ถือปฏิบัติกันมานาน แต่ในระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมาระมีการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น เปลี่ยนหัวใจ เปลี่ยนตับ ถ้าจะเอาหัวใจอีกคนหนึ่งแต่ต้องรอให้หัวใจเขาหยุดเต้นแล้วค่อยไปก็ไม่มีประโยชน์ เพราะหัวใจหยุดเต้นไปแล้ว ฉะนั้นต่อมาก็เลยบอกว่า ถ้าสมองตายคือคนนั้นไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้นานนัก

ก็ให้ถือว่าตายแล้ว ตอนนี่เลยมีเกณฑ์ว่า ถ้าจะมีการปลูกถ่ายอวัยวะนี้ก็ให้ถือเกณฑ์สมองตายได้

พิธีกร : นี่เป็นปัญหา เช่น การขโมยไตก่อนจะตาย อย่างนี้ใครจะเป็นคนตัดสินใจว่าสมองตายแล้ว

ศ.นพ.สันต์ : เกณฑ์ของแพทยสภาตอนนี้คือ ต้องให้คนที่ไม่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตัดสินใจ หมอที่เป็นคนตัดสินใจว่าคนที่สมองตายเพื่อที่จะเอาอวัยวะเขานั้นจะต้องไม่เป็นหมอที่ดูแลคนไข้คนนั้น ถ้าดูแลคนไข้คนนั้นแล้วเดี๋ยวจะเกิดจิตใจเบี่ยงเบนไปหรือคนที่เขาจะไม่ให้เข้ามาเกี่ยวข้องตัดสินใจ ต้องเป็นหมอคนอื่นที่จะมาดูแลและตัดสินใจว่าสมองคนนี่ตายแล้วจริงๆ สามารถขออวัยวะไปปลูกถ่ายให้คนอื่นได้ ฉะนั้นในช่วงหลังจึงมีความเคร่งครัดมากขึ้นหลังจากที่มีเรื่องขโมยไตเกิดขึ้น

พิธีกร : เป็นเกณฑ์การพิจารณาของทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ได้รับอารยธรรมทางตะวันตก อาจารย์พรทิพย์ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยค่ะว่าความคิดของอาจารย์เป็นยังไง

พญ.พรทิพย์ : ใน 2 เรื่องนี้ เอาเรื่องแรกที่เป็นเรื่องทั่วๆ ไป ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นลักษณะที่คนรอบข้าง คือ ญาติและหมอไม่ค่อยเข้าใจความตายไม่เข้าใจชีวิต ว่าความเจ็บป่วยอย่างมันหมดสิ้นหนทางรักษา หนทางที่เรารักษามันเป็นการรังชีวิตเขาไว้เพื่อคงอยู่ บางครั้งหมอก็กุ่มทล่งไป หรือว่าญาติๆ พยายามที่จะยื้อเขาไว้เพื่อที่จะให้อยู่กับเรานานๆ ความจริงถ้าเราเข้าใจหลักๆ ให้เขาไปอย่างสงบเป็นความสุข เรื่องนี้มีประสบการณ์จากคุณแม่ว่าในช่วงท้ายไม่อยากจะประคองยา จนกระทั่งที่สมองบวมเต็มที่แล้วเราก็เตรียมที่จะให้เขาไปสงบ แบบคนทั่วๆ ไป ในกรณีนี้ 2 ประสบการณ์เรื่องสมองตาย อันนี้เป็นเรื่องที่เป็นปัญหา เป็นคดีกันอยู่ อยากจะบอกว่าในประสบการณ์ที่เจอ ต้องใช้ความระมัดระวัง บางครั้งคนแรกมองจากการไม่รู้สติ มีการประเมินเบื้องต้นและไม่ได้อยู่ในเงื่อนไขช้อยกเว้นทั้งหมด อาจจะเข้าใจว่าเขาอยู่ในภาวะสมองตาย เตรียมเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ท้ายที่สุดกลายเป็นว่าไม่ใช่ เขากลับดีขึ้น ตรงนี้ต้องระวังมากๆ เพราะมันอาจจะเลยเถิด

วินาทีที่จะทำให้ชีวิตเขารอด ตรงนี้สำคัญ แต่ทั้งหมดทั้งปวงภาวะสมองตาย
คงเป็นภาวะที่จัดขึ้นมาเพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ เพราะว่าเขาดายแน่ๆ ในเวลา 3-
5 ชั่วโมง เพราะว่าจุดสำคัญก็คือแกนสมองที่เป็นศูนย์ควบคุมมันไปแล้วในการ
ปฏิบัติถ้าทำแบบรัดกุมก็ไม่มีปัญหา

พิธีกร : อย่างนี้ต้องขอความคิดเห็นจากญาติหรือจากคนไข้ที่ไม่มีสติ

พญ.พรทิพย์ : ความจริงมี 2 แบบ ทั้ง Living Will ก็คือ เขาแสดงความ
จำนงไว้ เช่น หลายนๆ คนได้เขียนบริจาคอวัยวะไว้ อย่างทุกคนรู้ว่าอยู่ในภาวะ
นี้เอาไปได้เลย กับอีกอันหนึ่งเป็นลักษณะของญาติ ทว่า ไปญาติเขาไม่ได้คิด
จะบริจาค แต่หมอมมาถึงเห็นว่าอาการสมองตายก็จะขอ

พิธีกร : หมอบอกกับญาติว่าอันนี้ไม่ไหวแล้ว ขอไปช่วยคนไข้รายอื่นได้
หรือไม่

พญ.พรทิพย์ : แต่ก็ต้องเข้าใจว่ามันคือการตายแน่ๆ ทางการแพทย์ด้วย
นะคะ ไม่ใช่เรานึกอยากได้อวัยวะเราจะบอก เพราะประโยชน์มีมหาศาลกับ
การให้อวัยวะกับผู้ที่มีชีวิต เพียงแต่ต้องระมัดระวังเพราะเป็นจุดที่มันเสี่ยงมาก
ถ้าวินิจฉัยไม่ครบตามเงื่อนไข มีข้อห้ามเยอะ เช่น ห้ามเอาจากเด็กเล็ก ห้าม
เอาในคนไข้ที่มีอุณหภูมิต่ำ ห้ามเอาในคนไข้ที่ได้ยากดประสาท และอีกหลาย
ข้อ คือต้องระวังเพราะมีอะไรซ่อนอยู่

พิธีกร : ถ้าคนที่ป่วยมาก เป็นมะเร็ง ทรมานเหลือเกิน แต่ลูกๆ อยากให้
อยู่ แต่ตัวเองอยากจะขอไปสบายๆ เรามีโอกาสทำได้อย่างนั้นไหมคะในภาวะ
ปัจจุบันนี้

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงกฎหมายไทยดีมาก คือกฎหมายไทยยังยินยอมให้
ผู้ป่วยกับญาติปฏิเสธการรักษาได้ แต่ถ้าอยู่เมืองนอกไม่ได้ คุณไม่อยากจะรักษา
ต้องไปร้องต่อศาลให้ศาลมีคำสั่งลงมา

พิธีกร : ต้องเป็นทั้ง 2 ฝ่ายไหมคะ

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงผู้ป่วยมีสิทธิมากที่สุด แต่ต้องเป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ
ดี ถ้าลูกหลานไม่ยอมก็จะเกิดปัญหาความขัดแย้งระหว่างญาติกับคนไข้ หมอ
ก็ต้องพูดคุยทั้งญาติทั้งคนไข้ จน 2 ฝ่ายสามารถตกลงกันได้ว่าจะเอาอย่างไร

ถ้า 2 ฝ่ายตกลงกันได้ก็พร้อม ในเมืองไทยเรายังดีที่หมอมักจะพยายามตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยกับญาติมากกว่าที่จะยึดถือความคิดเห็นของตนเอง อย่างเมื่อนอก เขาจะทำตามทฤษฎี ทำอย่างโน้นอย่างนี้เป็นขั้นเป็นตอน ถ้าผู้ป่วยกับญาติขัดแย้งกันหมอก็ต้องไปฟ้องศาล

พิธีกร : อาจารย์คะ อย่างนั้นคนไทยสามารถใช้สิทธิได้เลยใช่ไหม เช่น อยากให้คุณแม่ไปอย่างสงบกับอกหมอ

พญ.พรทิพย์ : ต้องอยู่บนพื้นฐานที่ทั้งคนไข้และญาติต้องได้รับข้อมูล อันสมบูรณ์จริงๆ ไม่ใช่ว่าพอเขาบอกว่าไม่รักษาหมอก็ตกลง จริงๆ แล้วต้องบอกเขาว่ามีหนทางรักษานะ มีทางเลือก แล้วให้เขาตัดสินใจเลือกโดยได้รับความรู้พื้นฐานให้เต็มที่ ในเมืองนอกเขาจะระวังมาก แม่หรือผู้ปกครองขอสิทธิการปฏิเสธการรักษาให้ลูก เฉพาะผู้ที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้ใหญ่ก็ไม่ค่อยมีปัญหา

พิธีกร : อีกกรณีหนึ่งที่ผู้ป่วย ป่วยมาก ทนไม่ไหวแล้ว จะขอไม่รักษา เพราะทรมานถึงรักษาก็ไม่รอดแล้ว ช่วยทำให้ตายแบบสบายๆ ตามอุดมคติ คุณหมอช่วยทำอะไรสักอย่างได้ไหม อย่างนี้เป็นไปได้ไหมคะ

ศ.นพ.สันต์ : เป็นไปได้ แต่ว่าไม่ได้เป็นแบบที่ให้หมอจัดยาให้คนไข้ตาย หรือว่าด้วยวิธีการที่ทำให้คนไข้ตายโดยตรง ซึ่งตอนนี้มีประเทศเดียวที่มีกฎหมายอนุญาตให้ทำเรื่องนี้ คือประเทศเนเธอร์แลนด์ แต่ว่าประเทศอื่นยังไม่ยอม คราวนี้วิธีที่ช่วยให้คนไข้ตายจากไปอย่างสงบ มีหลายวิธี เช่น ถ้าปวดมาก ก็ให้ยาแก้ปวด หรือฉีดยาสลบเพื่อให้คนไข้สามารถพักหรือหลับได้โดยไม่เจ็บปวดทรมาน ฉะนั้นไม่จำเป็นว่า คนไข้ที่อยู่ในภาวะสุดท้ายจะต้องทรมานถึงวาระสุดท้าย ถ้าหมอที่รักษา หรือญาติพี่น้องเข้าใจว่า การบรรเทาความทุกข์ทรมานเราสามารถทำได้ทุกเมื่อ แต่การจะรักษาให้โรคหายทำได้เป็นบางคนที่เท่านั้น

พิธีกร : อาจารย์พรทิพย์มีความคิดเห็นตรงนี้อย่างไรคะ

พญ.พรทิพย์ : ในกรณีที่ไปจัดยาให้เขาตายแบบนี้คงไม่ถูก แต่ถ้าเราประคองให้เขาไปอย่างสงบ ในลักษณะที่ อาจารย์สันต์พูด ไม่ใช่ไปมุ่งหาวิธีให้

หมอมจิดยาให้

พิธีกร : แต่อาจจะเป็นวิธีฆาตกรรมอย่างหนึ่งเหมือนกัน หมายถึงการจิดยาเพื่อให้เขาตาย คือเข้าใจว่าเวลาที่เขาป่วยหนักๆ รู้สึกว่าตายๆ ไปสักทีจะได้จบเวรจบกรรมกันสักที แต่ก็ไม่ควร

พญ.พรทิพย์ : จริงๆ แล้วอยากให้ญาติ คุณหมอมทุกคนพยายามเข้าใจ เมื่อรู้ว่าคนไข้จะไม่รอดแน่แล้ว วาระสุดท้าย ควรจะให้ญาติๆ ได้มีโอกาสเหมือนกับสงฆ์ญาณนะเข้ามาอยู่ใกล้ๆ ญาติๆ เองก็ควรจะเข้าใจว่าตัวต้องมาอยู่ใกล้ๆ คนไข้เพราะจะเป็นช่วงสุดท้ายแล้วที่เขากจะไปสงบน่าจะเป็นวิธีที่ดีกว่า การไปสั่งให้คุณหมอมจิดยาให้เขาตาย

พิธีกร : เรากำลังคุยกันเกี่ยวกับสิทธิการตาย หรือว่าการตายอย่างมีศักดิ์ศรี ที่หลายๆ คนปรารถนาเหลือเกินว่าแม้ชีวิตนี้เกิดมาหนึ่งหน ตายหนึ่งหนก็ขอตายอย่างสงบสุข อย่าทุกข์ทรมานเลย ซึ่งตอนนี้เรากำลังมีการพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งทราบมาว่าได้มีการบรรจุเรื่องนี้เอาไว้ด้วย สาระที่ได้บรรจุไว้ให้สิทธิเรื่องของการตายของผู้ป่วย หรือว่าการตายของมนุษย์ในเรื่องอะไรบ้างคะ

ศ.นพ.สันต์ : ที่จริงเรื่องสิทธิการตายนี้ยังไม่สำคัญที่สุดเท่ากับเรื่องสิทธิที่ผู้ป่วยกับญาติจะได้ทราบข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน ซึ่งเป็นสิทธิที่มีอยู่แล้ว แต่ยังไม่ค่อยได้รับการปฏิบัติ ซึ่งถือว่าสำคัญ ญาติและผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลหรือข้อเท็จจริงทั้งหมดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน

พิธีกร : จริงๆ แล้วคุณหมอมจะต้องเป็นคนบอกคนไข้และญาติ

ศ.นพ.สันต์ : ใช่คุณหมอมจะต้องเป็นคนบอก แต่หมอมักจะบอกไปในทางดีคือให้ความหวังไว้เรื่อย ทำให้ผู้ป่วยกับญาติตัดสินใจไม่ได้สักทีว่าพอหรือยัง เพราะฉะนั้นจึงเป็นสิ่งที่แพทย์ผู้รักษาพยาบาล กับพยาบาลและบุคลากรต่างๆ จะต้องเปิดกว้างและต้องให้ข้อมูลข้อเท็จจริงทั้งหมดแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา

พิธีกร : ปัจจุบันไม่มีช่องทางให้หรือคะ

ศ.นพ.สันต์ : มีเหมือนกัน แต่ว่ายังไม่ได้รับการปฏิบัติ เป็นแค่กฎระเบียบ

ที่ผู้ป่วยสามารถจะโต้ถาม แต่บางทีถามแล้วหมอก็บอกว่า “เฮ้! คุณอยากมีความรู้เท่าหมอหรือ” มันจะเป็นอย่างนั้น ซึ่งเป็นเรื่องไม่ค่อยถูกต้อง

พิธีกร : อาจารย์คะ ถ้าเป็นกฎหมายแล้วจะมีผลต่างจากที่เป็นกฎหมายใหม่คะ

ศ.นพ.สันต์ : ตอนนี่ก็เป็นกฎหมายของแพทย์เป็นมารยาทของวิชาชีพเวชกรรม ใครที่ไม่ปฏิบัติตาม ก็มีสิทธิถูกแพทยสภา ดักเตือนถามใบอนุญาต อะไรทำนองนั้น แต่ยังไม่ได้เป็นกฎหมาย

พิธีกร : ถ้าเป็นกฎหมายก็ต้องมีบทลงโทษ ไม่ทำอาจจะถูกลงโทษด้านอาญา ไม่ใช่ทางวินัยอย่างเดียว

ศ.นพ.สันต์ : ถือเป็นกฤษฎีกาการปฏิบัติหน้าที่ แบบการเขียนใบอนุญาตให้ผ่าตัดหรืออะไรอย่างนั้น สิทธิที่ 2 ของคนไข้ที่สำคัญที่สุดที่จะต้องให้คงอยู่และไม่ให้หายไป คือ สิทธิของผู้ป่วยและญาติที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ จะต้องออกมาเป็นกฎหมาย

พิธีกร : ทีนี้เกิดคนฆ่าตัวตายแล้วเขียนเอาไว้ว่าแม้ฉันไม่ไหวแล้วในโลกนี้ฉันจะตายแล้ว ใครจะพาฉันไปหาหมอก็อย่าได้มาล้างท้องฉันเลย อย่างนี้ทำได้หรือไม่

ศ.นพ.สันต์ : ถ้าสิ่งที่คนเขาเขียนไว้นั้นเกิดจากอารมณ์ที่ผันแปรไป หรือเกิดจากจิตใจที่วิกฤติ เสียจริตไปชั่วคราว ตรงนี้สังคมยังไม่ยอมรับ เมื่อกี้เราพูดถึงที่เขาไม่เหตุมีผลที่สมควรที่สังคมยอมรับ

พิธีกร : แปลว่าพินัยกรรมนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานการวินิจฉัยของสังคม ของแพทย์อยู่ดี

ศ.นพ.สันต์ : ของสังคมของแพทย์ ถ้ากฎหมายนั้นวางระเบียบบอกว่า สิ่งที่ทำอะไรต่างๆ ได้นี้มีขอบเขต มีกรอบอะไรเท่าไรก็จะช่วยให้คนที่จะฆ่าตัวตายสามารถได้รับการรักษาแม้ว่าเขาจะแสดงเจตจำนงว่าต้องการฆ่าตัวตาย

พิธีกร : แล้วอาจารย์พรทิพย์ล่ะคะ มีความคิดเห็นตรงนี้อย่างไร ที่จะออกมาเป็นกฎหมายนะคะ

พญ.พรทิพย์ : ถ้าออกมาเป็นกฎหมาย แน่แน่นอนจะต้องมีบทลงโทษ

แต่ขณะนี้ออกมาเป็นแค่ระเบียบปฏิบัติเรายังไม่สามารถทำให้แพทย์ได้
ตระหนักเรื่องนี้ได้ทุกคน แต่ว่าถ้าออกมาเป็นกฎหมายจะดีกับประชาชน แต่
ทุกสถาบันที่ผลิตแพทย์จะต้องมากระตุ้นให้แพทย์ทุกคนรู้เรื่องนี้ ปัจจุบันเรื่อง
สิทธิผู้ป่วยเองก็มีปัญหา โดยเฉพาะข้อแรก สิทธิผู้ป่วยที่จะได้รับข้อมูล
ทุกอย่าง และเขาต้องเป็นคนตัดสินใจไม่ใช่แพทย์ตัดสินใจ ตรงนี้ก็ยังเป็นปัญหา
มาก ยังมีปัญหาเรื่องความลับผู้ป่วย แล้วนี่มาเจอปัญหาใหม่เรื่องสิทธิที่จะ
ตายอย่างสงบอีก

พิธีกร : ถ้ามีกฎหมายน่าจะแก้ไขปัญหาดังนี้ได้หรือไม่คะ

พญ.พรทิพย์ : คงจำเป็นต้องมีเพื่อให้เกิดความเสมอภาคหรือการ
บริการที่ทั่วถึงทั้งประเทศ ขณะเดียวกันทางแพทย์เองก็ต้องปรับตัวในเรื่อง
นี้ เตรียมพร้อมเรื่องนี้ด้วย

พิธีกร : มีความคิดเห็นจากประชาชนหลากหลาย จุดหมายจาก
อังกฤษ บอกว่าเห็นด้วยกับเลือกตายอย่างสงบ กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหนัก
มาก ตอนที่อังกฤษก็ไม่มีทางเลือกแบบนี้เลย อย่างนี้ไทยเราก็ทันสมัยและ
ล้ำหน้ากว่าหลาย ๆ ประเทศเลยนะคะอาจารย์

จากกรุงเทพฯ เห็นด้วยกับการมีกฎหมายนี้ออกมาเพราะว่ามีบางกรณีที่
คนไข้ไม่รู้รู้สึกตัวแล้ว ถ้าเอาสายออกซิเจนออกก็ตายแน่ แต่ทางโรงพยาบาลก็
ยังยื้ออยู่เพื่อประโยชน์เรื่องค่ารักษาพยาบาล

ศ.นพ.สันต์ : อันนี้ไม่ถูกต้อง ที่จริงมีระเบียบของแพทยสภาอยู่แล้ว
ถ้าใครทำอย่างนั้นก็สามารถฟ้องร้องแพทยสภาได้

พญ.พรทิพย์ : การที่คนไข้ใช้ท่อเครื่องช่วยหายใจแล้วเอาออกโดยแพทย์
ตัดสินใจนั้นไม่ได้ค่ะ ถือว่าเป็นการทำให้ตายโดยเจตนา ยกเว้นว่าญาติแสดง
ความจำนงโดยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ขอคุณหมอลงกลับบ้าน แพทย์
ทำตามได้ แต่แพทย์ตัดสินใจคนเดียว โดยเห็นว่าไม่ไหวแล้วอย่างนั้นไม่ได้

พิธีกร : ดิฉันว่าหลาย ๆ คนไม่ทราบเหมือนกันว่า คุณหมอไม่มีสิทธิเอา
สายออกซิเจนออกเอง

พญ.พรทิพย์ : ตรงนั้นเหมือนหมอช่วยให้คนไข้ตาย

พิธีกร : จากสมุทรปราการ เห็นด้วยกับการที่ให้ผู้ป่วยร่วมตัดสินใจด้วย ว่าตนเองสมควรตายหรือไม่ หากเป็นโรคร้ายแรงแต่ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกังวลแล้วควรให้ญาติอย่างน้อย 3 คนร่วมตัดสินใจ ต้องมีกติกาตรงนี้ใหม่คะว่าจะต้องมีญาติกี่คน หมออีกคนในการวินิจฉัย

ศ.นพ.สันต์ : ถ้าให้ดีที่สุดคือญาติทุกคน ต้องพร้อมใจ ถ้าญาติไม่ทุกคนเดี๋ยวก็เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ให้เข้าใจว่าการที่คนที่เป็นที่รักของตนเองต้องทุกข์ทรมานไปไม่มีที่สิ้นสุดนี้ เป็นสิ่งสมควรหรือไม่ พอเขาตัดสินใจกันได้ทุกคน ทุกอย่างก็จะพร้อม

พิธีกร : ตอนนั้นอารมณ์บอกว่าตายเถอะ พอผ่านไปคิดได้อาจจะไม่อยากตายแล้ว ซึ่งตรงนี้อาจจะมีปัญหากลับมาฟ้องร้องได้ เขามีแบบหนังสืออะไรให้เขียนใหม่คะ

พญ.พรทิพย์ : ปัจจุบันเป็นแค่ให้สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ก็จะทำให้เห็นไว้ มีการทำเป็นลายลักษณ์อักษร

พิธีกร : คุณกช จากกรุงเทพฯ ถามว่าถ้ายินดีให้หมอฉีดยาให้ตายในหลักพุทธศาสนาจะบาปหรือเปล่า แล้วหมอคนที่ฉีดยาให้ตายจะบาปด้วยไหม

ศ.นพ.สันต์ : ผมว่าเป็นความเข้าใจผิด อย่างที่ตอนต้นรายการได้เรียนไว้แล้วว่า ศาสนาพุทธของเรามีมาตั้งแต่สมัยพุทธองค์แล้ว มีบัญญัติให้ปลงสังขารได้ ให้ละสังขารได้ เราไม่ถือว่าเป็นบาป

พิธีกร : ขอบพระคุณทุกๆ สายที่โทรเข้ามา และอีกหลายๆ ความเห็นที่ได้แสดงและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากและเห็นด้วยเกี่ยวกับการที่จะมีกฎหมายฉบับนี้และกับบรรจุเรื่องนี้ไว้ด้วย แต่ว่าวันนี้เวลานี้น้อยเกินไป ใต้โอกาสหน้าคงต้องเรียนเชิญมาพูดคุยกันอีกทั้ง 2 ท่าน วันนี้ขอกราบขอบพระคุณค่ะ



7.

สิทธิที่จะตาย :

สังคมไทยพร้อมจริงหรือ ? *

นิพนธ์ อินทนนท์

เมื่อเร็วๆ นี้ มีข่าวจากแวดวงสาธารณสุขว่า ประเทศไทยกำลังจะมีกฎหมายที่จะให้สิทธิแก่บุคคลในการเลือกตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี โดยสิทธิเช่นนี้ว่าจะถูกบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดสิทธิและหน้าที่ทางสุขภาพ

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ปัญหาความต้องการในการยุติชีวิตผู้ป่วย ได้รับความสนใจเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ก็เนื่องมาจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน ที่เข้ามามีบทบาทในการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยคนนั้นไม่สามารถที่จะได้รับการบำบัดให้หายจากโรค หรือกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติได้ ในบางครั้งผู้ป่วยต้องถูกพันธนาการไปด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ หรือการให้อาหารและน้ำผ่านสายยาง ผู้คนจำนวนหนึ่งคิดว่า การตายภายใต้เครื่องมือเหล่านี้เป็นการตายโดยปราศจากศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จึงมีการเรียกร้องให้ผู้ป่วยสามารถที่จะแสดงเจตนาให้แพทย์ถอดเครื่องมือเหล่านี้ออกจากตัวผู้ป่วยได้ สิทธิในลักษณะเช่นนี้ถูกเรียกว่า “สิทธิในการปฏิเสธการรักษา” (Right to Refuse Medical Treatment)

ความพยายามในการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยได้ขยายขอบเขตออกไป

* จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2545

ทั้งนี้ก็เพราะว่าผู้ป่วยบางรายแม้ไม่ได้อยู่ภายใต้เครื่องมือทางการแพทย์ แต่ก็ต้องอยู่ภายใต้สภาวะที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้มีความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่สามารถที่จะกระทำได้ด้วยตนเองอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือพิการ จึงมีการเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นในการฆ่าตัวตาย บุคคลที่สนับสนุนความคิดในลักษณะนี้ได้เรียกร่องภายใต้สิ่งที่เรียกว่า **“สิทธิที่จะตาย”** (Right to Die)

ในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาเกี่ยวกับการตายโดยสงบและมีศักดิ์ศรีไม่ใช่ปัญหาใหม่ในประเทศไทยตลอดระยะเวลาประมาณสิบปีที่ผ่านมา มีการสัมมนาทางวิชาการในประเด็นเหล่านี้มาเป็นระยะ แต่ดูเหมือนว่าความรู้ความเข้าใจในปัญหาเหล่านี้ยังมีความกระจ่างไม่มากนัก

แวดวงวิชาการของไทยขาดการแยกแยะความแตกต่างระหว่างการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต (withholding/withdrawal life - sustaining medical treatment) การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ หรือการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือทางแพทย์ (Physician - Assisted Suicide) ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้ความพยายามในการสถาปนาสิทธิในการปฏิเสธการรักษาตกอยู่ภายใต้สิทธิที่จะตายเสมอ ดังจะเห็นได้จากกรณีที่สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้นำหลักการเรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษามาเสวนาในหัวข้อ **“สิทธิที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี คนไทยคิดอย่างไร”**

นอกจากนี้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติยังนำหลักการของสิทธิในการปฏิเสธการรักษาไปบัญญัติรวมไว้กับสิทธิที่จะตาย โดยร่างมาตรา 18 ระบุว่า **“บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี”**

ในความเห็นของผู้เขียน สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีความแตกต่างจากสิทธิที่จะตายหลายประการ สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีรากฐานความคิดมาจากหลักการเรื่อง **“อัตภาพ”** ของบุคคล (Autonomy) กล่าวคือบุคคลทุก

คนที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะคิด ตัดสินใจ หรือกระทำการ ใดๆ ได้อย่างมีอิสระ ตราบเท่าที่ไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิของผู้อื่น การเคารพต่ออัตภาพของบุคคลจึงเป็นเสมือนหลักสากลที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไป เมื่อนำหลักการนี้มาใช้กับการบำบัดรักษาผู้ป่วยโดยแพทย์ที่จะต้องกระทำต่อเนื้อตัวของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจึงมีสิทธิที่จะกำหนดตนเอง (Right to Self - Determination) และสิทธิในบูรณภาพแห่งร่างกาย (Right to Bodily Integrity) ในอันที่จะทำให้ความยินยอมต่อแพทย์ในการบำบัดรักษาต่อเนื้อตัวร่างกายของตน หากผู้ป่วยนั้นปฏิเสธที่จะให้ความยินยอม แพทย์ก็ไม่สามารถที่จะทำการรักษาได้ ถึงแม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะขาดเหตุผลทางการแพทย์ และทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายก็ตาม ด้วยเหตุนี้ก่อนที่แพทย์จะทำการบำบัดรักษาผู้ป่วยทุกครั้ง จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนเสมอ

สิทธิในการปฏิเสธการรักษาเป็นสิทธิที่ได้รับการก่อตั้งในทางกฎหมาย และจริยธรรมทางการแพทย์มาเป็นเวลาช้านานแล้ว บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิ เช่นนี้ ไม่ว่าจะวาระไหนของชีวิต มิใช่ว่าจะมีสิทธินี้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไม่ และสิทธิเช่นว่านี้ก็ไม่ใช่สิ่งที่ต้องมีจุดหมายอยู่ที่ความตายของผู้ป่วยเสมอไป การตัดสินใจที่จะปฏิเสธการรักษา อาจไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายก็ได้ จะเห็นได้ว่าสิทธิเช่นนี้เป็นสิทธิในทางปฏิเสธ หรือนิเสธสิทธิ (Negative Right) กฎหมายไทยมิได้บัญญัติรับรองสิทธิ เช่นนี้ไว้โดยตรง แต่เป็นการคุ้มครองด้วยการไม่ให้บุคคลอื่นมากระทำการ ใดๆ ต่อร่างกายของบุคคลในรูปของกฎหมายอาญาว่าด้วยความผิดต่อชีวิต และร่างกาย หรือในรูปของกฎหมายแพ่งลักษณะละเมิด เป็นต้น

ในทางตรงกันข้าม คำว่า “สิทธิที่จะตาย” เป็นถ้อยคำใหม่ที่ถูกนำมาใช้ เพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่การุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ผู้ที่สนับสนุนการกระทำเหล่านี้มักจะถือรวมนำ เมื่อบุคคลมีสิทธิในการปฏิเสธการรักษาก็ย่อมมีสิทธิที่จะเรียกร้องให้แพทย์ฆ่าผู้ป่วยด้วยความเมตตา (Mercy Killing) หรือช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้ สิทธิที่จะตายจึงเป็นสิทธิทางบวก (Positive Right) ที่จะเรียกร้องให้ผู้อื่นหรือแพทย์ยุติชีวิตของ

ผู้ป่วยนั้น

การบัญญัติกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตาย จะก่อให้เกิดปัญหา ทั้งทางจริยธรรม สังคม และกฎหมายตามมามากมาย ปัญหาสำคัญ ประการหนึ่งก็คือเมื่อผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตายแล้ว แพทย์จะต้องมีหน้าที่ทาง กฎหมาย (Legal Duty) ที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเมื่อได้รับการ ร้องขอจากผู้ป่วยด้วยหรือไม่ บทบาทของแพทย์ในทางสังคมจะเป็น อย่างไรเมื่อแพทย์ต้องเปลี่ยนหน้าที่จากการเป็นผู้รักษา (Healer) ไป เป็นผู้ฆ่า (Killer) ด้วย

ผู้เขียนเชื่อว่าร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติไม่ได้มีวัตถุประสงค์ที่จะสนับสนุน ให้การกระทำที่เรียกว่า “การุณยฆาต” เป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย แต่ การบัญญัติให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในลักษณะเช่นนี้ ทำให้ไม่อาจตีความเป็นอย่างอื่น ได้ มีข้อสังเกตประการหนึ่งว่า เหตุผลของการร่างบทบัญญัตินี้ได้เขียนไว้ว่า “เพื่อให้บุคคลมีสิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรีในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็น ภาระในทุกๆ ด้าน” จึงมีข้อชวนคิดว่ากฎหมายนี้ได้ถูกร่างขึ้นเพื่อเคารพสิทธิของ ผู้ป่วย หรือต้องการหลีกเลี่ยงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบำบัดรักษาที่รัฐ ต้องจัดการให้แก่ผู้ป่วย

การบัญญัติรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาในรูปของตัวบทกฎหมาย นับเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญยิ่งทั้งในวงการกฎหมายและการแพทย์ของไทย แต่ปัญหาสำคัญมิได้อยู่ที่ว่าควรบัญญัติสิทธิเช่นนี้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ แต่อยู่ที่ว่าจะทำอย่างไรจึงจะสามารถที่จะเข้าใจเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย ได้ ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องและแสดงเจตนาได้ อย่างมีเหตุผล ปราศจากมูลเหตุจูงใจหรืออิทธิพลอื่น เช่น ความยากจน ความ ท้อแท้สิ้นหวังต่อวิธีการบำบัดรักษา หรือการตัดสินใจผิดพลาดอันเกิดจาก ภาวะการเข้าใจ เป็นต้น

สิ่งเหล่านี้ น่าจะเป็นปัญหาที่ท้าทายต่อวงการแพทย์ยิ่งกว่าปัญหาใด



8.

สิทธิ

ที่จะตาย ? *

ผ.อ.ว.สิริ หัตถ์ศิริ

บทความของ คุณนันท อินทนนท์ เรื่อง “สิทธิที่จะตาย : สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ” ในหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 ได้ตั้งข้อสังเกตไว้หลายประเด็น เช่น

“การบัญญัติกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตาย จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางจริยธรรม สังคม และกฎหมายตามมามากมาย ปัญหาสำคัญประการหนึ่งก็คือเมื่อผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตายแล้ว แพทย์จะต้องมีหน้าที่ทางกฎหมายที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเมื่อได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยด้วยหรือไม่ บทบาทของแพทย์ในทางสังคมจะเป็นอย่างไร เมื่อแพทย์เปลี่ยนจากการเป็นผู้รักษา (Healer) ไปเป็นผู้ฆ่า (Killer)”

ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ) ที่คุณนันท อ้างถึง เขียนไว้ในมาตรา 24 ว่า

“บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไป เพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

โดยมีคำชี้แจงดังนี้

“เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรีของความ

* จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2545

เป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยึดชีวิตหรือถูกแทรกแซง การตายเกินความจำเป็นและเพื่อไม่ให้เป็นการในททุก ๆ ด้าน โดยให้มี สิทธิแสดงความจำนงล่วงหน้า (Living Will)”

ใน “ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ” ไม่ได้มีการพูดถึงการให้แพทย์ฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร (การุณยฆาต หรือ Mercy Killing หรือ Active Euthanasia) และไม่ได้พูดถึงการให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (แพทย์ช่วยแต่ตายเอง หรือ Physician - Assisted Suicide) เลย

ความวิตกกังวลของคุณนั่นแหละ จึงเกินกว่าเหตุและอาจทำให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจผิดได้

อันที่จริงการ “ยึดชีวิต” (ซึ่งที่ถูกต้องควรเรียกว่า “ยึดการตาย” ออกไปเรื่อยๆ ย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานอย่างไม่มีที่สิ้นสุด การเรียกการกระทำเช่นนั้นว่า “การรักษา” (Healing) จึงไม่ถูกต้องควรเรียกว่า “การทรมาน” (Torture) มากกว่า และแพทย์อาจจะถูกครหาว่า “เลี้ยงไข” ด้วย

ถ้าการรักษาที่เป็นการทรมานผู้ป่วยยุติลงหรือไม่เริ่มขึ้น (แพทย์อยู่ยง หรือ Passive Euthanasia) ผู้ป่วยจะได้จากไปตามธรรมชาติและโดยธรรมชาติ ไม่ต้องโดนทรมานอีกต่อไป

ถ้าจะเรียก “การยุติหรือการไม่แทรกแซงกระบวนการการตายตามธรรมชาติ” ว่าเป็น “การฆ่า” คนไทยจำนวนมาก โดยเฉพาะคนไทยส่วนใหญ่ ในชนบท ก็จะกลายเป็น “ฆาตกร”

เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่เมื่อเห็นว่าพ่อแม่ปู่ย่าตายายของตนชรามากแล้ว หรือป่วยหนักจนรักษาไม่ดีขึ้นแล้ว จะไม่พาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือ ถ้าอยู่ในโรงพยาบาลก็จะขอยุติการรักษาและพาผู้ป่วยกลับ (ไปเสียชีวิตที่บ้าน) เพื่อให้ผู้ป่วยได้อยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยรักและคุ้นเคย ญาติสนิทมิตรสหาย ได้เยี่ยมเยียน ให้ความรักความอบอุ่น และได้ “เห็นใจ” กันและกันก่อนผู้ป่วย จะจากไป

ผิดกับวัฒนธรรมฝรั่ง ที่ผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยชราจะถูกพาไปทิ้งไว้ที่

โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา จนต้องตายด้วยความหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยว ต้องถูกใส่ท่อใส่สาย ป้อนหัวใจและอื่นๆ และในที่สุดก็ต้องตายด้วยกระบวนการที่ผิดธรรมชาติผิดธรรมชาติเหล่านั้น (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน เรียกการตายที่ผิดธรรมชาติ ตายโดยอาการร้าย ตายโดยน้ำมือของคนอื่นว่า “ตายโหง”)

ความทุกข์ทรมานก่อนตาย ทำให้คนฝรั่งเศสจำนวนมากลุกขึ้นต่อต้านการรักษาพยาบาลเช่นนั้น จึงพยายามออกกฎหมายไม่ให้แพทย์และพยาบาล ทำการรักษาที่ผิดจากความประสงค์ของตน

ในปัจจุบัน ประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายมีสิทธิร้องขอให้แพทย์ช่วยให้ตนตายโดยสงบและแพทย์ที่ทำเช่นนั้น ไม่มีความผิดคือประเทศเนเธอร์แลนด์ (ตั้งแต่ พ.ศ. 2544) และประเทศเบลเยียม (เพิ่งเริ่มในปีนี้)

ในประเทศออสเตรเลีย แคว้น Northern Territory ก็เคยออกกฎหมายท้องถิ่นในทำนองเดียวกันใน พ.ศ. 2539 แต่หลังจากผู้ป่วย 4 ราย ได้ขจัดยาให้ตนเองตายโดยสงบโดยอุปกรณ์ที่ติดตั้งให้โดยแพทย์ รัฐบาลกลางก็ได้สั่งยกเลิกกฎหมายดังกล่าวใน พ.ศ. 2540

แต่ชาวออสเตรเลียจำนวนมากก็ยังเรียกร้องกันอยู่ ราคาล่าสุดเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2545 นี้เอง คุณย่า Nancy Crick อายุ 70 ปี ที่ป่วยในระยะสุดท้ายได้ทำทายกฎหมายที่ห้ามช่วยผู้ป่วยให้ตาย และห้ามอยู่เคียงข้างผู้ป่วยที่ถูกช่วยให้ตาย (เพราะจะถูกข้อหาว่า “สมรู้ร่วมคิด” หรือ “รู้เห็นเป็นใจ”) ด้วยการเชิญญาติสนิทมิตรสหาย ทนายและสื่อเข้าอยู่เคียงข้างเธอ ในขณะที่เธอขจัดยาด้วยอุปกรณ์ที่มีผู้จัดเตรียมให้และเสียชีวิตโดยสงบ โดยเธอชอบคุณญาติสนิทมิตรสหายทั้ง 21 คน ที่กล้ามาอยู่ข้างเธอและทำให้เธออบอุ่นในขณะที่จะจากไป เพราะเธอไม่อยากตายโดยไม่มีญาติมิตรอยู่เคียงข้าง

แม้แต่ในประเทศที่มีกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอแพทย์ให้ช่วยตนให้ตายโดยสงบ ก็ไม่มีประเทศใดที่ออกกฎหมายบังคับให้แพทย์ต้อง “ฆ่า” ผู้ป่วยตามคำร้องขอเลย

เพราะแม้แต่ในการตรวจรักษาทั่วไป ถึงผู้ป่วยจะมาหาแพทย์และขอให้แพทย์รักษาตน แพทย์ผู้นั้นยังสามารถปฏิเสธที่จะตรวจรักษาผู้ป่วยนั้นได้ ถ้าไม่ชำนาญในโรคนั้นหรือไม่พร้อมที่จะรักษาให้ เช่น เจ็บป่วยอยู่ กำลังรักษาผู้ป่วยรายอื่นอยู่ และแนะนำให้ผู้ป่วยไปหาแพทย์อื่น เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม “สิทธิที่จะตาย” ใน “ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ” เป็นสิทธิที่จะตายตามธรรมชาติและโดยธรรมชาติปราศจากการแทรกแซงด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งสิทธินี้ได้มีมาตั้งแต่สมัยพุทธกาล ที่เรียกว่า “การปลงสังขาร” แม้แต่พระพุทธองค์ก็ทรงปลงสังขาร และทรงไม่ยินยอมเสด็จไปรับการรักษาพยาบาลใดๆ ในวาระสุดท้าย

“สิทธิที่จะตาย” จึงไม่ใช่ “สิทธิที่จะถูกฆ่าให้ตาย” หรือ “สิทธิที่จะฆ่าตัวตาย” (โดยมีผู้ช่วยเหลือหรือไม่ก็ตาม) ดังที่มีผู้พยายามจะตีความให้เป็นเช่นนั้นตามกฎหมายฝรั่ง

วัฒนธรรมฝรั่งได้เปลี่ยนวัฒนธรรมแห่งสุนทรียภาพ ความกตัญญู กตเวทิต์ ความมีน้ำใจ และความเอื้ออาทรของไทย ให้กลายเป็นวัฒนธรรมแห่งความก้าวร้าวรุนแรง ความเห็นแก่ตัว-เห็นแก่ได้ และความลุ่มหลงในวัตถุและตัวเลข (รวมทั้งตัวเลขอายุ) แล้วยังเปลี่ยนแม้กระทั่งวัฒนธรรมแห่งการตายของคนไทย

ทำให้การตายอย่างสงบ อย่างมีสติ ที่ท่านอาจารย์พุทธทาสเรียกว่า “ตายดี-ตายเป็น” กลายเป็น “ตายลำบาก ตายทรมาน และตายโง่” อีกด้วย ผู้ป่วยที่ตายในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจะตายโง่ทั้งสิ้น

ท่านอาจารย์พุทธทาสเองก็ปฏิเสธการตายโง่ แต่ก็ถูกยื้อยุดจุดคร่าจากวัดที่ท่านสร้างและพำนักมาเกือบตลอดชีวิต ไปยังโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ทั้งที่ท่านไม่ปรารถนา และแสดงเจตนาชัดเจนไว้อย่างชัดแจ้ง แม้ท่านจะไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Advanced Medical Directives) หรือ “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) แต่ก็ทราบกันทั่วไป แล้วทำไมแพทย์พยาบาลจึงไม่ทำตามความประสงค์ของท่าน กลับทำตามอำเภอใจของตน และทรมานท่านอย่างแสนสาหัสถึง 40 กว่าวัน ก่อนจะสำนึกว่าไม่มีความ

สามารถและอนุญาตให้นำท่านกลับ (ไปสิ้นที่) วัดได้

“ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ” จึงต้องการให้ผู้ป่วยมีสิทธิในเรื่องนี้ และสามารถ
แสดงความจำนงในเรื่องนี้ไว้ล่วงหน้าได้ตามมาตรา 24

หรือสังคมไทยยังต้องการให้ “กระบวนการทรมานผู้ป่วยก่อนตาย”
ตามวัฒนธรรมฝรั่ง (ที่เกิดขึ้นกับท่านอาจารย์พุทธทาสและคนไทย
จำนวนมาก) ยังคงเป็นเช่นนั้นต่อไป



9.

เหตุใดสิทธิที่จะตาย

จึงควรได้รับการยกย่อง*

นิพนธ์ อินทนนท์

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าประชาคมสาธารณสุขของไทย กำลังเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต่อรัฐสภา โดยมุ่งหมายที่จะให้เป็น “ธรรมนูญสุขภาพของปวงชนชาวไทย” ร่างพระราชบัญญัตินี้ได้ก่อให้เกิดการตื่นตัวในอันที่จะให้ความเคารพและคุ้มครองสิทธิของบุคคลทางการแพทย์อย่างน่าชื่นชม แต่ประเด็นสำคัญอันหนึ่งที่อาจก่อให้เกิดความสับสนก็คือสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาจากแพทย์

ในระหว่างการทำประชาพิจารณ์ร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าว หน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้รณรงค์ให้มีการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการกระทำเช่นนี้อาจจะไม่สอดคล้องกับระบบการทำประชาพิจารณ์นัก เพราะเป็นการให้ความเห็นล่วงหน้าของหน่วยงานที่รับผิดชอบ แทนที่จะเป็นการให้ข้อมูลที่รอบด้าน เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจ แต่การเคารพและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเช่นนี้ก็ เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความเห็นส่วนใหญ่ในทางวิชาการการแพทย์และกฎหมาย

สิ่งหนึ่งที่ดูเหมือนจะก่อให้เกิดความเคลือบแคลงสงสัยก็คือ การรณรงค์ดังกล่าวข้างต้นได้กระทำภายใต้บริบทของคำว่า “สิทธิที่จะตาย” ซึ่งทำให้

* จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545

ประชาชนเกิดความสับสนว่า “สิทธิในการปฏิเสธการรักษา” (Right to Refuse Medical Treatment) เป็นสิ่งเดียวกับสิทธิที่จะตาย (Right to Die) บทบัญญัติของกฎหมายในร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติก็ชวนให้เข้าใจไปเช่นนั้น โดยร่างมาตรา 24 ได้บัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล หรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

ร่างมาตรานี้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยสองประการคือ ประการแรก สิทธิที่จะแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล และประการที่สอง สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล แต่สิทธิดังกล่าวนี้ต้องเป็นไป “เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” เท่านั้น ซึ่งหมายความว่า บุคคลจะแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาได้ต่อเมื่อมีเจตนาที่จะให้ตนเองตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี ดังนั้นจึงมีปัญหว่าหากผู้ป่วยต้องการวิธีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือต้องการที่จะปฏิเสธการรักษาแต่ไม่ต้องการที่จะตาย การใช้สิทธิดังกล่าวตามมาตรานี้จะกระทำได้หรือไม่

ในทางกฎหมาย สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้รับการยอมรับมาเป็นเวลานานแล้วเมื่อปี ค.ศ. 1914 ศาลสหรัฐฯ มีคำพิพากษาว่า “มนุษย์ทุกคนในสภาวะแห่งความเป็นผู้ใหญ่และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะกำหนดว่าการกระทำใด อาจกระทำต่อเนื้อต่อร่างกายของเขาได้ แพทย์ผู้ทำการรักษาโดยปราศจากความยินยอมของผู้ป่วยย่อมถือว่าเป็นผู้กระทำความผิดและต้องชดใช้ค่าเสียหายตามกฎหมาย” สิทธิของผู้ป่วยในลักษณะเช่นนี้หาได้มีแต่เฉพาะการให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาเท่านั้น แต่ยังคงครอบคลุมไปถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการบำบัดรักษาอีกด้วย ผู้ป่วยซึ่งมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ย่อมมีสิทธิที่จะเลือกวิธีการในการบำบัดรักษา หรือเลือกที่จะไม่รับการบำบัดรักษาใดๆ ก็ได้ แม้ว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยนั้นจะขัดกับความเห็นของแพทย์หรือเป็นการตัดสินใจที่โง่เขลา ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นถึงแก่ความตายก็ตาม แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นมีได้หมายความว่า การตัดสินใจของผู้ป่วยจะต้องมีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความตาย

เท่านั้น

ในทางตรงกันข้าม คำว่า “สิทธิที่จะตาย” เป็นถ้อยคำใหม่ที่ยังไม่เคยมีการรับรองในทางกฎหมาย แต่เดิมสิทธิที่จะตายถูกใช้เพื่อห้ามมิให้แพทย์ใช้เครื่องมือในการช่วยชีวิตกับผู้ป่วยที่ไม่มีทางบำบัดรักษาเท่านั้น แต่ต่อมาถ้อยคำนี้ถูกใช้เพื่อเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วย เมื่อเร็วๆ นี้ในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายรายหนึ่งชื่อ **โดแอนน์ เพรตตี** ได้ฟ้องคดีโดยอ้างว่ากฎหมายที่กำหนดโทษแก่บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือผู้อื่นในการฆ่าตัวตายขัดต่อบทบัญญัติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิที่จะตาย คดีนี้เป็นที่สนใจมากในประเทศอังกฤษ แต่ในที่สุดศาลสูงสุดของอังกฤษก็ตัดสินว่ากฎหมายดังกล่าวไม่ขัดต่อสิทธิมนุษยชนและสิทธิที่จะตายไม่มีอยู่ในทางกฎหมาย ต่อมาศาลสิทธิมนุษยชนแห่งยุโรปก็ได้ตัดสินไปในทำนองเดียวกัน

จะเห็นได้ว่า สาระสำคัญของสิทธิที่จะตายยังมีความคลุมเครือเป็นอย่างยิ่ง เพราะอาจครอบคลุมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการรักษาและสิทธิที่จะเรียกร้องขอความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตาย แม้ว่าศาลต่างประเทศจะเคยอ้างถึงสิทธิที่จะตายในคำพิพากษาบ้าง แต่มักจะกล่าวโทษโดยเฉพาะเจาะจงว่าเป็นสิทธิที่จะตายตามธรรมชาติ (Right to Natural Death) เท่านั้น การรณรงค์ในเรื่องสิทธิที่จะตายจึงก่อให้เกิดความสับสนเป็นอย่างยิ่ง

ข้อพิงค้ำหนึ่งประการหนึ่งก็คือ **ไม่มีประเทศใดในโลกที่ออกกฎหมายรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาด้วยบทบัญญัติกฎหมายเพียงมาตราเดียว** กฎหมายในลักษณะเช่นนี้มักจะออกมาเป็นพระราชบัญญัติที่ว่าด้วยสิทธินั้นโดยเฉพาะทั้งสิ้น (Living - Will Statute) ทั้งนี้ก็เพราะเหตุว่า การปฏิเสธการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วยมาก จึงต้องมีหลักเกณฑ์ที่จะพิจารณาความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างเข้มงวด กล่าวโดยทั่วไป สิทธิเช่นนี้จะมีแก่บุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถเข้าใจถึงวิธีการในการบำบัดรักษาได้ (competent informed person) เท่านั้น และแพทย์มีหน้าที่ต้อง

ทำให้ปรากฏชัดว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยเป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริง กล่าวคือ ในขณะที่ผู้ป่วยตัดสินใจนั้น ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย จะต้องมีได้ถูกทำให้ลดน้อยลงไปเนื่องจากอาการป่วยหรือการใช้ยาก่อนการตัดสินใจ ทั้งผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้อง ไม่มีอิทธิพลภายนอกใดๆ มากดดันให้ผู้ป่วยตัดสินใจเช่นนั้น

การให้สิทธิแก่บุคคลในการแสดงเจตนาล่วงหน้าที่เกี่ยวข้องกับวิธีการบำบัดรักษา (Advance Directive) ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งที่บังคับให้กฎหมายต้องมีความชัดเจนและแน่นอน ตามกฎหมายของประเทศส่วนใหญ่ การแสดงเจตนาเช่นนี้ต้องทำเป็นหนังสือเท่านั้น จะทำด้วยวาจาไม่ได้ กฎหมายบางประเทศไม่อนุญาตผู้เยาว์แสดงเจตนาอันโดยลำพังและไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยแต่งตั้งบุคคลอื่นมาตัดสินใจแทน (Proxy Directive) นอกจากนี้ต้องมีการกำหนดขอบเขตและวิธีการในการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยอาจปฏิเสธได้ ไว้โดยชัดแจ้ง บางประเทศอาจถือว่าการให้อาหารและน้ำทางสายยาง (Artificial Feeding) มิได้เป็นการวิธีการในการบำบัดรักษาผู้ป่วย หากแต่เป็นความจำเป็นพื้นฐานของชีวิต (Basic Necessity of Life) ที่แพทย์ไม่สามารถที่จะยุติได้

จากบรรทัดฐานทางกฎหมายและคำพิพากษาของศาลต่างประเทศ จะเห็นได้ว่ามาตรฐานในการรับฟังพยานหลักฐานว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาในการปฏิเสธรักษาไว้จริงหรือไม่ อยู่ในระดับที่สูงมาก ศาลมักจะรับฟังเฉพาะพยานหลักฐานที่ชัดแจ้งและน่าเชื่อถือ (Clear and Convincing Evidence) เท่านั้น ดังนั้น หากมีคดีเกิดขึ้นในศาลและแพทย์ไม่สามารถนำพยานหลักฐานดังกล่าว มาพิสูจน์ได้ว่าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้เช่นนั้นจริง แพทย์ย่อมอาจต้องรับผิดชอบทางแพ่งและทางอาญา

ปัญหาที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกกฎหมายอย่างเป็นระบบ ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. มาตรา 24 จึงเป็นกฎหมายที่ขาดความชัดเจนและปราศจากแนวทางให้แก่ผู้ปฏิบัติ และเปรียบเสมือนเป็นดาบสองคมที่จะย้อนกลับมาทำลายระบบกฎหมายและผู้ปฏิบัติที่มีเจตนาบริสุทธิ์

การศึกษากฎหมาย ปัญหา และแนวทางปฏิบัติจากต่างประเทศอย่างลึกซึ้ง แล้วนำมาประยุกต์ให้เข้ากับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของไทย ย่อมจะมีประโยชน์มากกว่าโทษ การเร่งรีบออกกฎหมายในขณะที่มีความรู้เพียงผิวเผิน และสังคมยังไม่ตกผลึกทางความคิด ย่อมจะก่อให้เกิดปัญหาตามมามากมายอย่างแน่นอน



10.

แพทย์

กับความตาย*

ก.บพ.สันต์ หัตถ์ธีรัตน์

เป็นที่ทราบกันว่า ญาติ แพทย์ และพยาบาล มักถูกตรวจจักษามากเกินไป และในช่วงสุดท้ายแห่งชีวิตมักจะต้องตายลำบาก ตายซ้ำๆ อย่างทรมาน เพราะต้องผ่านวิธีการยืดความตาย (ที่ชอบเรียกกันว่า วิธียืดชีวิตแบบต่างๆ จนกว่าหมดวิธีที่จะ “ยื้อ” ต่อไป)

ซึ่งไม่น่าแปลกใจ เพราะเคยมีการสำรวจความเห็นของแพทย์และผู้ป่วย ปรากฏว่า แพทย์กลัวตายมากกว่าผู้ป่วย จนมีผู้คิดว่า ความกลัวตายเป็นสาเหตุเล็กๆ ที่ทำให้มาเรียนแพทย์

คนที่กลัวตายเกินไป จึงคิดค้นวิธีการต่างๆ เพื่อชะลอการตายออกไป ในปัจจุบันจึงมีเทคโนโลยีมากมายที่สามารถยืดการตายออกไปจน “ตายก็ตายไม่ได้ เป็นก็เป็นไม่ได้” หรือ “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง” ดังจะเห็นได้ใน ICU (Intensive Care Unit), CCU (Cardiac Care Unit) และยูนิตพิเศษพิเศษต่างๆ

การตายอย่างซ้ำๆ และทรมานในโรงพยาบาล เกือบทั้งหมดเกิดจากฝีมือแพทย์ จนอาจารย์แพทย์หลายคนต้องทำ “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) ของตนมอบไว้กับเพื่อนอาจารย์แพทย์ เพื่อช่วยดูแลให้การรักษาดูแลขณะที่ตนหมดสติไป ไม่เป็นการยืดชีวิตที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ตน

* จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2546

แพทย์ พยาบาล นักวิชาชีพอื่นๆ และประชาชนทั่วไปควรรำ “การตาย” ของท่านอาจารย์ “พุทธทาส” มาเป็นอุทาหรณ์ การอาพาธหลายครั้งของท่านเป็นบทเรียนอย่างยิ่ง

เมื่อครั้งที่ท่านอาพาธด้วยภาวะหัวใจวายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2534 คณะแพทย์ต้องการนิมนต์ท่านไปรักษาที่กรุงเทพฯ ท่านตอบว่า “สำหรับกรุงเทพฯ นั้น ไม่ถูกกับอาตมา โดยรูป โดยกลิ่น โดยเสียง โดยรส โดยโผฏฐัพพะ มันไม่ถูกกับอาตมา”

ท่านยืนยันที่จะรักษาตนอยู่ที่วัด และท่านก็หายจากการอาพาธได้ เช่นเดียวกับการอาพาธจากโรคหลอดเลือดสมองแตกครั้งแรกเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535

แต่ในการอาพาธครั้งสุดท้ายเมื่อหลอดเลือดสมองแตกอีกครั้งในวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 ท่านหมดสติไปจึงไม่สามารถคัดค้านการนำตัวท่านเข้ากรุงเทพฯ เจตนารมณ์ของท่านที่ได้แสดงไว้อย่างชัดเจนครั้งแล้วครั้งเล่าว่า “จะขอตายอย่างสงบ ขอตายตามธรรมชาติ อย่าใช้เครื่องช่วยหายใจ อย่าใส่ท่อใส่สายยาง อย่าเจาะนั่นเจาะนี่ และขอตายที่วัด” ได้ถูกละเมิดทั้งหมด แม้จะอ้างกันว่าได้นำท่านกลับมาตายที่วัดเมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2536 แล้ว แต่ไม่ได้สำเนียงว่า “การตาย” และ “ความตาย” นั้นมีความหมายต่างกัน

คณะแพทย์ที่นำท่านพุทธทาสเข้ากรุงเทพฯ และรักษาท่าน ให้สัญญาว่าจะไม่เจาะคอ จะไม่เจาะนั่นเจาะนี่ และจะทำตามเจตนารมณ์ของท่านได้ละเมิดคำมั่นสัญญาเหล่านั้น ทำให้ท่านต้องทนทุกข์ทรมานด้วยวิธียึด “การตาย” แบบต่างๆ จนในที่สุดหมดปัญญา ต้องรีบพาท่านกลับวัดที่ไชยา และยุติการช่วยหายใจให้ “ความตาย” แก่ท่านหลังจากที่ทรมานท่านไว้ 40 กว่าวัน

กรณีอาพาธครั้งสุดท้ายของท่านพุทธทาส ทำให้สังคมทั่วไปเกิดความตื่นตระหนก เพราะชีวิตของผู้ป่วยได้ตกอยู่ใต้อาณัติแพทย์อย่างสิ้นเชิง คณะแพทย์ไม่สนใจความปรารถนาหรือเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

และกระทำต่อผู้ป่วยอย่างยึดมั่นถือมั่นในความคิดและความปรารถนา ของตนเป็นสำคัญ

การตายในโรงพยาบาลเกือบทั้งหมดจึงเป็นการ “ตายโหง” (ตายผิด
ธรรมดา ตายโดยอาการร้าย) ตายอย่างหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยว (ขาดคนที่ตน
รักอยู่เคียงข้าง) และก่อนที่แพทย์จะยอมลงความเห็น “ตาย” จะต้องขยม
หน้าอก (บีบหัวใจ) ใช้ไฟฟ้าช็อกหัวใจ ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ท่อหรือสายยาง
ต่างๆ รวมทั้งเจาะเลือด ฉีดยา และอื่นๆ จนเห็นว่าไม่ฟื้นแน่แล้ว จึงจะลง
ความเห็น “ตาย” ซึ่งก็สายเกินกว่าญาติจะได้ “เห็นใจ” ในนาทีสุดท้าย และ
ไม่มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะกล่าวคำอำลาหรือสั่งเสีย และตายอย่างสงบได้

แพทย์แผนปัจจุบัน (แผนฝรั่ง) ได้นำวัฒนธรรมฝรั่งมาอมเมาสังคม
ไทยให้เข้าใจว่าการยึดการตายออกไปอีก 1 วัน 1 เดือน หรือ 1 ปีนั้น เป็นสิ่งที่
ถูกต้อง ไม่ว่าจะผู้ที่ถูกยึดชีวิตจะต้องทุกข์ทรมานเพียงใดก็ตาม

เมื่อถามแพทย์และญาติผู้ป่วยว่า ถ้าตนบังเอิญเจ็บป่วยแบบนั้น ตนจะ
ยอมให้ผู้อื่นรักษาตนแบบนั้นหรือไม่ เกือบทั้งหมดจะไม่ยอม แต่กลับต้องการ
ให้ผู้ป่วยหรือญาติของตนต้องได้รับการรักษาแบบนั้น ทำไมคนเราจึงเห็นแก่ตัว
และโหดเหี้ยมถึงเพียงนั้นได้?

วัฒนธรรมไทยแต่เดิมถือว่า “เกิด-แก่-เจ็บ-ตาย เป็นเรื่องธรรมดา”
ท่านพุทธทาสได้เล่าว่า

“สมัยเมื่ออาตมาเป็นเด็กเล็กๆ โยมแม่เล่าให้ฟังถึงการตายของตา
ได้ตายอย่างวัฒนธรรมของพุทธบริษัทตามประเพณีของพุทธบริษัท

ตาเป็นคนแก่อายุมากแล้ว แต่ไม่ใช่แก่หง่อม เมื่อถึงเวลาที่จะตาย บอกว่า
ไม่กินอาหารแล้ว กินแต่น้ำและยา ต่อมาบอกว่า ยาก็ไม่กินแล้ว กินแต่น้ำ

พอถึงวันตาย แกนึ่งพูดกับลูกหลานรวมทั้งโยมแม่ด้วยเรื่องที่จะ
ตาย แล้วก็ไล่คนที่ร้องไห้ออกไป... แล้วพูดตามที่จะพูด ซึ่งก็หลายนาที่อยู่ที่
เหมือนกัน แล้วจึงขอนิ่งแล้วขอตาย

นี่วิธีตายตามธรรมเนียมโบราณของพุทธบริษัทที่ดี ที่ประพฤติดุบรรมกัน
มาอย่างดี เขาทำได้แม้กระทั่งว่าจะตายลงในกรวยใจครั้งไหน เป็นการ

หายใจครั้งสุดท้ายแบบปิดสวิทช์ไฟฟ้า...”

นี่คือ “การตายอย่างมีสติ” ซึ่งในปัจจุบันหาได้ยาก หรือไม่ยากให้ตาย
ท่านพุทธทาสจึงเรียก “การตายโดยไม่อยากตาย” ว่าเป็น “การตายโหง”
ด้วย เพราะตายในขณะที่ตื่นรนต์อสู้อย่างจะมีชีวิตอยู่แต่ชีวิตก็ถูกดับไป

แม้แพทยสภา สภากาชาด สภากาชาด สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และ
คณะกรรมการประกอบโรคศิลปะจะบัญญัติ “คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10
ประการ” ตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2541 แต่ในคำประกาศสิทธินั้นก็ไม่ได้
ยอมรับสิทธิผู้ป่วยใน 2 เรื่องใหญ่ๆ คือ “สิทธิที่จะตายตามธรรมชาติ”
และ “สิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง” ไว้เลย

ทั้งนี้ เพราะแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขจำนวนมาก (อาจ
จะเป็นส่วนใหญ่) ยังไม่เห็นด้วยที่จะให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติ และยังไม่เห็น
ด้วยมากขึ้น ถ้าจะให้ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง

จึงเป็นที่น่ายินดีที่ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ร่าง พ.ร.บ.
สุขภาพฯ) เขียนไว้ในมาตรา 24 ว่า

“บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธ
การรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพื่อการยืดชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตของ
ตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์”

โดยมีคำชี้แจงดังนี้ “เพื่อให้บุคคลมีสิทธิเลือกตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี
ของความเป็นมนุษย์ในบั้นปลายของชีวิต โดยไม่ถูกยืดชีวิตหรือถูกแทรกแซง
การตายเกินความจำเป็นและไม่ให้เป็นภาระในทุกๆ ด้าน โดยให้มีสิทธิ
แสดงความจำนงล่วงหน้า (Living Will)”

ใน “ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ” ไม่ได้มีการพูดถึงการให้แพทย์ฆ่าผู้ป่วย
ด้วยความสงสาร (การุณยฆาต หรือ Mercy Killing หรือ Active Euthanasia) และ
ไม่ได้พูดถึงการให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (แพทย์ช่วยแต่ตายเอง หรือ
Physician-Assisted Suicide) เลย แพทย์จึงไม่ต้องวิตกกังวลว่าตนจะต้องเป็น
ผู้ “ฆ่า” ผู้ป่วย

อันที่จริง การ “ยืดชีวิต” ซึ่งที่ถูกต้องควรเรียกว่า “ยืดการตาย”

ออกไปเรื่อยๆ ย่อมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับความทุกข์ทรมานอย่างไม่มีที่สิ้นสุด การเรียกการกระทำเช่นนั้นว่า “การรักษา” (Healing) จึงไม่ถูกต้อง ควรเรียกว่า “การทรมาน” (Torture) มากกว่า และแพทย์อาจจะถูกครหาว่า “เลี้ยงไข้” ด้วย

ถ้าการรักษาที่เป็นการทรมานผู้ป่วยยุติลงหรือไม่เริ่มขึ้น (แพทย์อย่ายุ่ง หรือ Passive Euthanasia) ผู้ป่วยจะได้จากไปตามธรรมชาติและโดยธรรมชาติ ไม่ต้องโดนทรมานอีกต่อไป

ในวัฒนธรรมฝรั่ง ผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยชราจะถูกพาไปทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือบ้านพักคนชรา จนต้องตายด้วยความหงอยเหงาเปล่าเปลี่ยว ต้องถูกใส่ท่อ ใส่สาย ป้อนหัวใจ และอื่นๆ และในที่สุดก็ต้องตายด้วยกระบวนการที่ผิดธรรมชาติผิดธรรมเนียมเหล่านั้น

ความทุกข์ทรมานจากการรักษาพยาบาลก่อนตาย ทำให้คนฝรั่งจำนวนมากลุกขึ้นต่อต้าน และออกกฎหมายไม่ให้แพทย์และพยาบาลทำการรักษาที่ผิดจากความประสงค์ของตน

ในปัจจุบัน ประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายมีสิทธิร้องขอให้แพทย์ช่วยให้ตนตายโดยสงบ และแพทย์ที่ทำเช่นนั้นไม่มีความผิด คือ เนเธอร์แลนด์ (พ.ศ. 2544) และเบลเยียม (พ.ศ. 2545)

แต่ในประเทศที่มีกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอแพทย์ช่วยให้ตายโดยสงบก็ไม่มีประเทศใดที่ออกกฎหมายบังคับแพทย์ต้อง “ฆ่า” ผู้ป่วยตามคำร้องขอเลย เช่นเดียวกับในประเทศที่มีกฎหมายให้ “ทำแท้ง” ได้อย่างเสรีก็ไม่มีการบังคับแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยให้ต้องทำเช่นนั้น

อย่างไรก็ตาม “ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ” กล่าวถึง “สิทธิที่จะแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธวิธีการรักษาพยาบาล...” เท่านั้น จึงไม่ใช่ “สิทธิที่จะถูกฆ่าให้ตาย” หรือ “สิทธิที่จะฆ่าตัวตาย” ดังที่มีผู้พยายามจะตีความให้เป็นเช่นนั้น

อันที่จริง “สิทธิที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับการรักษาพยาบาล” เป็นสิทธิของผู้ป่วยและผู้พิทักษ์ผู้ป่วยมาเนิ่นนานแล้ว เช่น ถ้าผู้ป่วย (หรือในกรณีนี้

ผู้ป่วยยังไม่บรรลุนิติภาวะ บิดามารดาของผู้ป่วย) ไม่ยอมให้ผ่าตัด แพทย์จะ
เอาผู้ป่วยไปผ่าตัดมิได้ เป็นต้น

ดังนั้น “สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล” ในวาระสุดท้ายหรือวาระ
อื่นๆ ก็ยังเป็นสิทธิของผู้ป่วยและผู้พิทักษ์ (ญาติ) อยู่นั่นเอง

แล้วทำไม “สิทธิที่จะกำหนดหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง
ไว้ล่วงหน้า” ก่อนที่ตนจะไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะกระทำเช่นนั้นได้ จึงไม่
เป็นที่ยอมรับ?

การเรียนการสอนแพทย์จะต้องปฏิรูปกันขนานใหญ่ เพื่อให้
แพทย์เข้าใจ “การตาย” และ “ความตาย” เพื่อจะได้ช่วยผู้ป่วย ญาติ
ของผู้ป่วย รวมทั้งตัวแพทย์เองและญาติมิตรให้สามารถตายอย่างสงบ
ตายตามธรรมชาติและโดยธรรมชาติ ไม่ต้อง “ตายโหง” อีกต่อไป



11.

สิทธิที่จะตาย :

อย่าอ้างพามาเป็นพ่าย*

วิฑูร อินทวิฑูร

ผู้เขียนไม่คิดว่าจะต้องกลับมาเขียนเรื่องสิทธิที่จะตายอีกครั้งในเวลาอันสั้น บทความของผู้เขียน 2 เรื่อง คือ สิทธิที่จะตาย : สังคมไทยพร้อมแล้วจริงหรือ? (มติชน, 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2545) และเรื่องเหตุใดสิทธิที่จะตายจึงควรได้รับการทบทวน (มติชน, 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545) น่าจะเพียงพอที่จะทำให้สังคมได้รับรู้ถึงสิทธิประเภทนี้ได้ในระดับหนึ่ง

อย่างไรก็ดี มติชนได้ตีพิมพ์บทความของ ศ.นพ.สันต์ นัตถิรัตน์ เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2545 และวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2546 กล่าวหาทั้งทางตรงและทางอ้อม ว่าข้าพเจ้าตีความร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติในเรื่องสิทธิที่จะตายอย่างบิดเบือน ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ที่จะตอบโต้ แต่เห็นว่าการโต้เถียงทางวิชาการย่อมเป็นประโยชน์มากกว่าโทษ

ประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตาย (ซึ่งที่ถูกน่าจะเรียกว่าสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา) ได้กลายมาเป็นประเด็นที่สังคมไทยให้ความสนใจในวงกว้าง เมื่อราวต้นปี พ.ศ. 2545 โดยสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ได้นำร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติออกเผยแพร่ต่อสาธารณชน เดิมประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตายได้ถูกบัญญัติไว้ในร่างมาตรา 18 ซึ่งระบุว่า “บุคคลมีสิทธิแสดงความ

* จากหนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2546

จำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี”

ข้อบกพร่องของร่างกฎหมายมาตรานี้อยู่ที่ถ้อยคำว่า **“บุคคลมีสิทธิแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล...เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรี”** ผู้เขียนได้ทักท้วงไว้ในบทความฉบับแรกว่า การร่างกฎหมายในลักษณะเช่นนี้ทำให้อาจตีความได้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเรียกร้องให้แพทย์ฆ่าตัวเองให้ตายหรือให้ความช่วยเหลือให้ตนเองถึงแก่ความตาย นอกจากนี้ผู้เขียนได้ทักท้วงว่าร่างกฎหมายลักษณะเช่นนี้ไม่ได้ให้หลักประกันที่จะคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งทั้งสองกรณีนี้เอง ศ.นพ.สันต์ จึงกล่าวว่าข้าพเจ้าพยายามตีความให้ร่างกฎหมายเป็นเรื่องของสิทธิที่จะถูกฆ่าให้ตาย

หลังจากที่ได้มีการทำประชาพิจารณ์ร่างกฎหมายนี้หลายครั้ง สปรส.ได้แก้ไขร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติหลายมาตรา ประเด็นเรื่องสิทธิที่จะตายได้ถูกบัญญัติไว้ในร่างกฎหมายมาตรา 24 โดยตัดข้อความที่ให้บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนงเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลออกไป และได้เพิ่มเติมข้อความว่า **“การแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”** การแก้ไขร่างกฎหมายมาตรานี้ไม่ว่าจะมีที่มาจากแหล่งใดก็ย่อมนับได้ว่าเป็นความใจกว้างของ สปรส.ที่ยอมรับฟังความคิดเห็นของประชาชน

ในบทความของ ศ.นพ.สันต์ ได้อ้างถึงร่างกฎหมายหลายแห่งด้วยกัน แต่ก็ลืมนับแต่เป็นร่างกฎหมายเดิมทั้งสิ้น แสดงให้เห็นว่าไม่ได้มีการตรวจสอบร่างกฎหมายแม้แต่แต่น้อย หากข้อทักท้วงของผู้เขียนเป็นการตีความที่บิดเบือนแล้วไซ้ เหตุใด สปรส.จึงต้องแก้ไขร่างกฎหมายไปในทิศทางเดียวกับที่ผู้เขียนโต้แย้งด้วยแล้ว?

นอกจากนี้ ในบทความดังกล่าวยังได้กล่าวถึง **“สิทธิที่จะกำหนดการรักษาพยาบาลสำหรับตนเอง”** ด้วยความเคารพ ผู้เขียนไม่เคยพบว่าสิทธิเช่นว่านี้อยู่ในโลกแห่งวิชาชีพกฎหมายและการแพทย์ การกำหนดวิธีการรักษา

พยาบาลย่อมเป็นอำนาจการตัดสินใจในทางการแพทย์โดยแท้ (medical decision-making) แพทย์จะต้องเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้ป่วย (best interest of the patient) โดยมีหน้าที่ต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบอย่างเพียงพอ ซึ่งหากผู้ป่วยไม่ต้องการวิธีการบำบัดรักษาเช่นนี้ ก็ย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้ แต่จะกำหนดให้แพทย์ต้องรักษาตนเองเช่นนี้เช่นนั้นไม่ได้ แม้จะฟ้องร้องต่อศาล ศาลก็จะไม่บังคับให้

แนวร่วมในการรณรงค์เรื่องสิทธิที่จะตายมักจะกล่าวว่าการตายภายใต้เครื่องมือทางการแพทย์เป็นการตายอย่างปราศจากศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และหยิบยกเอากรณีของท่านพุทธทาสมาเป็นเครื่องมือในการรณรงค์เสมอ ในอันที่เป็นจริงแล้ว หากเราจะบัญญัติสิทธิของผู้ป่วยในการห้ามมิให้แพทย์ใช้หรือยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต โดยอ้างเหตุผลเพียงแต่ว่าเพื่อเป็นการเคารพสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยก็ย่อมทำได้

มนุษย์ย่อมมีคุณค่าในตัวเอง (Intrinsic Value) การอยู่หรือตายภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิตทางการแพทย์ไม่อาจลดทอนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ได้ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่สามารถมีชีวิตยืนยาวออกไปจากเครื่องมือช่วยชีวิตเราจะถือได้หรือไม่ว่าชีวิตในช่วงที่เหลือของบุคคลเหล่านี้จะเป็นไปโดยปราศจากศักดิ์ศรี หากทหารไปรบปกป้องประเทศได้รับบาดเจ็บกลับมาตายภายใต้เครื่องมือช่วยชีวิต จะถือเป็นการตายโดยปราศจากศักดิ์ศรีเช่นนั้นหรือ

กรณีของท่านพระพุทธทาสก็เช่นกัน ท่านมรณภาพไปด้วยศักดิ์ศรีที่อยู่นเหนือยิ่งกว่ามนุษย์ปุถุชนเยี่ยงเราเสียอีก การตายอย่างมีศักดิ์ศรีหรือไม่จึงขึ้นอยู่กับจิตใจของปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญ เครื่องมือช่วยเหลือชีวิตไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับแม้แต่น้อย

ผู้เขียนเชื่อว่า คณะแพทย์ที่ทำการรักษาแก่ท่านพุทธทาสล้วนแต่ปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพแพทย์อย่างเต็มความสามารถและด้วยจิตใจที่บริสุทธิ์ หากผู้ใดเห็นว่าคณะแพทย์ดังกล่าวกระทำความผิด เหตุใดจึงไม่กล่าวหาคณะแพทย์นั้นว่าประพฤตินิดช้อยบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเล่า?

หากไม่กล้า ก็อย่าอ้างฟ้ามาเป็นฝ่ายเลยครับ

12.

กระบวนทัศน์ใหม่ด้านสุขภาพ :
ชีวิตและความตาย*

สุกฤษณ์ ตันติวัฒน์กุล

กระบวนทัศน์ในสังคมไทย

ในยุคสมัยก่อนวิทยาศาสตร์ สังคมไทยยึดถือศาสนาเป็นความจริงสูงสุดของชีวิต ระบบคุณค่าของชีวิตถูกกำหนดด้วยการประพาศดีหรือชั่ว ซึ่งผลของการกระทำทั้งหลายทั้งปวง ในที่สุดแล้วจะนำมาซึ่งภพชาติหลังความตาย คือนรกหรือสวรรค์เป็นที่อยู่แห่งใหม่เมื่อชีวิตสิ้นสุดลง ในทัศนะนี้ความตายจึงเป็นเสมือนประตูเปิดสู่โลกใหม่ที่นำเราก้าวข้ามจากภพหนึ่งไปอีกภพหนึ่งอย่างไม่จบสิ้น ดังนั้นหากมนุษย์ปรารถนาจะมีชีวิตที่ดีและเป็นสุขในภพภาคหน้า จะต้องสั่งสมคุณงามความดีอยู่ตลอดเวลา ด้วยเหตุนี้มนุษย์จึงอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูล ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่เอารัดเอาเปรียบ คดโกงกัน แม้กระทั่งในเรื่องการแพทย์ การทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยก็เป็นไปด้วยความเมตตาและถือเป็นการสั่งสมความดี ไม่ได้หวังสิ่งตอบแทนเป็นค่าแรงทางโลกวัตถุ

ในขณะที่สังคมสมัยใหม่ มนุษย์มีชีวิตอยู่โดยถือเอากระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์เป็นกระบวนทัศน์หลัก ความจริงที่เรายึดถือต้องเป็นสิ่งที่เป็นที่พิสูจน์ได้ วัดได้ และอธิบายได้ อะไรก็ตามที่ไม่สามารถพิสูจน์ด้วยวิธีการทาง

* จากวารสารโรงพยาบาลชุมชน ปีที่ 4 ฉบับที่ 5 มีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2546

วิทยาศาสตร์จะถือว่าสิ่งนั้นไม่มีอยู่จริง ทำให้มนุษย์ปฏิเสธความเชื่อเรื่อง
ชาติภพ หรือหากมีความเชื่ออยู่บ้างก็เป็นแบบคลุมเครือไม่ได้ยึดถืออย่าง
จริงจังเท่าใดนัก ความตายในสมัยนี้ถูกมองเป็นเพียงเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต
ที่ซึ่งชีวิตในมิติทางกายภาพสิ้นสุดลง โดยตัดสิ้นความตายจากการทำงานของ
ระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ มิติอื่น
นอกเหนือจากนี้ เช่น มิติทางจิตวิญญาณ และคุณค่าความเป็นมนุษย์ เป็น
สิ่งที่ไม่ได้คำนึงถึงในกระบวนการนี้ ประกอบกับการหลงติดอยู่กับการ
วัฒนธรรมบริโภคและวัตถุนิยมทำให้มนุษย์มีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การวัดความ
สำเร็จในการดำรงชีวิต ใช้เกณฑ์ทางวัตถุ เช่น คนเก่ง คนมีความสามารถต้อง
ได้งานที่มีค่าตอบแทนมากๆ คนมีอำนาจต้องมีต้องอยู่ดีกินดี มีบ้านหลังใหญ่
มีรถหรูราคาแพง ฯลฯ เกิดการเอาวัดเอาเปรียบ ชิงดีชิงเด่นกันขึ้นในสังคม
ความมีเมตตา เอื้อเฟื้อเกื้อกูลเริ่มหายากขึ้นเมื่อมิติทางจิตใจถูกละเลย

วิศรา กริชไกรวรรณ ได้นำเสนอประสบการณ์ในการศึกษาและ
ทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น หรือสภาวะความรู้สึกรุนแรงนึกคิดของบุคคลที่ชีวิต
สัมผัสกับภาวะใกล้ตายหรือบุคคลที่ได้ดูแลผู้ป่วยก่อนตาย และนำเสนอกรณี
ศึกษา หนึ่งตัวอย่างเพื่อให้เห็นภาพความจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้เขียนเก็บมา
ถ่ายทอดและสรุปใจความได้ดังนี้

...“คุณหนู”...เป็นผู้ที่ได้ปรณินิบัติ ดูแลพ่อและแม่ที่เสียชีวิตห่างกัน
เพียง 11 วัน ดังนี้...

“พ่อหรืออาปามีอาชีพค้าขาย โดยอาปายึดคิดว่าต้องซื่อสัตย์ต่อ
ลูกค้า และต้องคิดถึงใจเขาใจเรา อาแม่ทำงานเป็นแม่บ้านที่เลี้ยงดูลูกสาว 5 คน
และถือคติในการเลี้ยงดูลูกว่า...เราจะไม่ตีลูกพร่ำเพรื่อ เพราะจะทำให้ลูกคือไม่
เรียว เราจะไม่นับว่าเพราะจะทำให้ลูกไม่เชื่อฟัง...โดยปกติแล้วอาปาจะชอบ
อ่านหนังสือ เป็นคนใฝ่รู้ ช่างสังเกต หมั่นเพียร ขยันทำงานไม่ปริปากบ่น และ
ไม่ว่างานจะมากอย่างไร อาปาก็ยังมีเวลาสนใจลูกๆ เสมอ คอยถามไถ่ว่ากิน
ข้าวกันแล้วหรือยัง เวลาที่ลูกเจ็บไข้ไม่สบายแม้บางครั้งจะป่วยการเมือง ก็
ให้การดูแลอย่างดีจนกว่าลูกจะหายป่วย ครอบครัวเราจึงอยู่ด้วยกันอย่างมี

ต่างๆ ที่ได้ทำไว้ พุดกับแม่ว่าพวกเราทุกคนรักแม่และขอบคุณที่แม่เลี้ยงดูพวกเรามาอย่างดี แม่ทรมาณมามากแล้ว ตอนนี้ถึงเวลาที่แม่จะต้องไปมีร่างใหม่ที่สวยงามกว่า และดีกว่าร่างนี้ แม่ไปเถอะ เกิดชาติหน้าพวกเราขอเกิดเป็นลูกของแม่อีก...

แม่จากไปอย่างสงบด้วยรอยยิ้ม เราไปบอกหมอว่าแม่ตายแล้ว และไปโทรศัพท์บอกที่บ้าน พอกลับมาที่ห้องก็เห็นหมอและพยาบาลช่วยกันปั๊มให้แม่กันวันไปหมด เราห้ามให้หยุดก็ไม่เชื่อ ไล่ให้ออกจากห้องบอกว่าเป็นหน้าที่ของหมอเราไม่เกี่ยวข้อง เราต้องเถียงว่านี่แม่ของเรานะ แล้วก็ทรมาณมามากแล้วด้วย ขอให้ปล่อยแม่เราไปอย่างสงบเถอะอย่าทรมาณแม่อีกเลย

อาแม่ตายอาปากก็ทรุดลงอีก หมอบอกว่าเป็นวัณโรคที่ไขกระดูก ที่น่าโมโหก็คือมีหมอหลายคนดูแลกันคนละโรค แล้วแต่ละคนก็เปลี่ยนกันมาถาม แล้วยังถามซ้ำๆ กันอีกด้วย คนไข้ก็เลยไม่ต้องพักกัน ยิ่งกว่านั้นยังเอาเด็กมาเรียนเป็นกลุ่มมาดูที่ก็พูดอะไรกันไม่รู้ ซ้ำกันดูโน่นดูนี่ ถามกันเองพูดกันเอง เสร็จแล้วก็ไป กระบวนการเหล่านี้ทำให้คนไข้รู้สึกแย่ เหมือนเป็นตัวอย่างอะไรไม่รู้ที่ไม่ใช่คน ทำไมหมอไม่ขออนุญาตคนไข้ก่อน คงมีคนที่เขายินดีให้เป็นกรณีศึกษา โดยอย่างน้อยก็รู้สึกว่าเป็นการตัดสินใจของตนเอง ในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งเหมือนกัน เวลาที่พยาบาลมาเช็ดตัวให้อาปากก็พูดคุยหัวเราะกันสนุก พุดกับคนไข้เหมือนเป็นเด็กๆ คงคิดว่าเป็นการแสดงความเห็นใจแต่มันกลับจะทำให้รู้สึกอึดอัด เขาไม่ได้แสดงว่ารู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่เรามีอยู่ อาปากบอกกับเราว่าอยากกลับบ้าน ให้เงินพวกเขาไปแล้วบอกให้เขาอย่ามายุ่งกับเราอีก แต่พี่สาวเราที่เป็นพยาบาลไม่ยอมให้กลับบอกว่าจะดูแลจนถึงที่สุด สุดท้ายอาปากก็ตาย วันที่อาปาตาย เราร้องไห้มาก ตอนที่แม่ตายเราไม่ร้องเลย เพราะทำใจไว้แล้ว แต่ไม่คิดว่าอาปากจะมาตายตามไปด้วย อาปากเองก็ตายตาไม่หลับ เราต้องช่วยปิดตาให้

ทุกวันนี้เรายังฝันถึงอาปากกับอาแม่ ในฝันนั้นเราเห็นอาแม่สวยงามและมีความสุข แต่สำหรับอาปายังดูทุกข์และเป็นกังวล เรื่องราวเหล่านี้ทำให้เราคิดว่าถ้าเราจะตาย ขอตายที่บ้านอย่างสงบ ดีกว่าจะให้ไปตายที่โรงพยาบาล”

พระไพศาล วิสาโล ได้ให้ความเห็นต่อความตายในทัศนะปัจจุบัน ไว้ดังนี้

- การมีความคิดว่า ความตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต หากเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตไม่
- การเห็นความตายเป็นเรื่องน่ากลัว ที่ต้องหลีกเลี่ยงให้ไกล หรือประวิงเวลาให้ตายช้าที่สุด ให้มีลมหายใจนานที่สุด (คุณภาพของชีวิตและจิตใจมีความหมายน้อยกว่าลมหายใจ)
- ความตายถูกลดทอนเหลือเพียงมิติทางกายภาพ แพทย์จะมุ่งใช้ยาและกระบวนการรักษาเฉพาะทางกาย โดยมองข้ามในเรื่องของจิตใจ และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคนอื่นๆ เช่น ญาติมิตร ผู้ดูแล
- ความตายเป็นเรื่องทุกข์ทรมาน และเลวร้ายที่สุดเท่าที่จะเกิดขึ้นได้กับคนๆ หนึ่ง
- มองเห็นว่าการตายแบบเป็นการตายดี กลัวตายทรมาน ตายไม่สวย
- มองเห็นว่าการตายเป็นเรื่องที่ควบคุมหรือจัดการได้ และมนุษย์จำเป็นต้องเข้าไปควบคุม
- มีทัศนะว่าหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของแพทย์ คือการช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ให้ตาย ต้องให้อยู่ได้นานที่สุดแม้ว่าจะเพียงลมหายใจหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ก็ตาม

ผลตามที่เกิดขึ้นจากทัศนะปัจจุบัน

- ความตายถูกผลักออกไปจากบ้าน คนถูกพาไปตายที่โรงพยาบาลมากขึ้น
- การจัดการความตายตกอยู่ในกำมือแพทย์แต่ผู้เดียว ครอบครัวหรือญาติมิตรไม่มีส่วนในการกำหนด หรือมีส่วนร่วมในการจัดการกับความตายนั้น ผู้ป่วยมักตายอย่างเดียวดายโดยไม่มีญาติมิตร ห้อมล้อม อาจมีเรื่องที่ค้างคาใจและตายอย่างมีกังวล

- มีการทำธุรกิจแสวงหากำไรจากการเอาชนะความตาย ด้วยการพัฒนายาและเทคโนโลยี
- การพยายามยืดความตายให้นานที่สุด ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจำนวนมากและเกิดปัญหาที่ “จะตายก็ไม่ตาย จะเป็นก็ไม่เป็น”
- ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยที่ถูกปฏิบัติอย่างวัตถุ ไม่มีสิทธิในร่างกายของตนเอง ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจหรือคัดค้านการช่วยเหลือด้วยการใส่ท่อ ต่อสายต่างๆ
- ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะได้ใช้ช่วงสุดท้ายของชีวิตให้เกิดคุณค่าแก่ตนเองอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในเรื่องจิตวิญญาณ เพราะวาระสุดท้ายที่โรงพยาบาลมักเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายของการพยายามช่วยชีวิต
- มนุษย์ใช้ชีวิตอยู่อย่างลืมหืมตา เพราะความตายไม่ใช่เรื่องของตนเองเป็นเรื่องของหมอ การใช้ชีวิต เป็นไปเพื่อการเสพสุขตามกระแสบริโภคนิยม ที่มีความต้องการมากกว่าปัจจัย 4

นิพนธ์ แจ่มดวง กล่าวว่า “หากมนุษย์สามารถคิดถึงความตายได้บ่อยเพียงใด ก็จะสามารถใช้ชีวิตให้มีคุณค่าได้มากขึ้นเพียงนั้น” เช่นเดียวกับ **แมชี คันสนีย์ เสถียรสุด** ที่เคยกล่าวไว้ว่า “เรามองความตายเป็นเรื่องที่น่าทำทายเป็นเรื่องอยู่อย่างคนไม่ผลัดวันประกันพรุ่ง ไม่มั่งง่าย ไม่ประมาท ถ้ามองความตายเป็นมรณานุสติ จะมองด้วยความไม่ประมาทก่อนตาย...ถ้าเมื่อไรก็ตาม มีคนมายืนอยู่ตรงหน้า แล้วถามว่าฉันจะเอาเธอไป เธออยากทำอะไรในช่วงขณะหนึ่งของลมหายใจ พอไหม? เราอยากทำอะไรแล้วทำไมจึงไม่ทำเสียเลย ไม่ใช่จะทำเมื่อตอนที่จะมีคนมาเอาเราไป”

ในขณะที่ **พญ.พรทิพย์ โรจนสุนันท์** ได้พูดถึงความตายว่า “ในความเป็นจริง ทุกคนมีความกลัวเป็นทุนเดิม ไม่อย่างนั้นไม่ทำมาหากินกันหรือทุกอย่างก็ต้องทำมาหากินเพราะเรากลัวจน ทำไม่ไม่เอาความรู้สึกกลัวจนมาเป็นลักษณะของการกลัวตายไม่ดี แต่ไม่ใช่กลัวตาย คือเราใช้ชีวิตแล้วเก็บความดี ถ้าเรามีอย่างนี้ก็ทำให้ว่า ถ้าตายไปเมื่อไรก็คงไม่มากนัก”

ต่อกรณีศึกษานี้ นพ.ธนา นิลชัยโกวิทย์ ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่า การเตรียมรับกับความตายไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ แต่ขึ้นอยู่กับการฝึกและควรเป็นการฝึกของทั้งผู้ที่กำลังจะตาย และผู้ที่มีชีวิตอยู่ให้พร้อมรับกับปรากฏการณ์อันเป็นธรรมชาตินี้อย่างสงบ แต่ที่ผ่านมากะบวนการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ไม่ได้ฝึกการยอมรับต่อความตาย หน้าที่ที่สำคัญที่สุดของแพทย์คือต่อสู้กับความเจ็บป่วย ต่อสู้กับความตาย เวลาที่มีการตายเกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์นั้นจึงเหมือนกับว่าแพทย์เจ้าของไข้ได้ทำความผิดร้ายแรง แม้ว่าจะทำดีที่สุดแล้ว กระบวนการต่างๆ ที่มีอยู่ทางการแพทย์จึงมุ่งเน้นไปที่การยึดลมหายใจของผู้ป่วย มากกว่าที่จะคำนึงถึงสภาพจิตใจ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาคือการทำต้องเป็นภาระของญาติพี่น้อง และการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยเปล่าประโยชน์

พระไพศาล วิสาโล ให้ข้อเสนอแนวคิดใหม่ในการจัดการกับความตายและผู้ป่วยใกล้ตายดังนี้

- การเอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ให้มีสิทธิกำหนดวิธีการรักษาหรือจัดการกับตัวเขา โดยเฉพาะในยามที่ไม่รู้สึกตัวหรือสื่อสารไม่ได้
- การปล่อยให้ผู้ป่วยที่ใกล้ตายได้ตายอย่างสงบหรือตามธรรมชาติ โดยมองทั้งมิติทางกายและมิติทางจิตใจ โดยมาตรการทางการแพทย์แทนที่จะใช้วิธีการยึดลมหายใจให้นานที่สุด เปลี่ยนมาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมานเกินไป
- ความตายอย่างมีศักดิ์ศรีและมีสิทธิที่จะตาย



13.

การตายทางการแพทย์

กับการยอมรับของกฎหมายไทย*

ฤาภา วลัย

เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 ได้มีคำพิพากษาของศาลอาญาในคดีที่พนักงานอัยการได้ฟ้องคณะแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในความผิดฐานร่วมกันฆ่าผู้อื่นและข้อหาอื่นๆ โดยศาลได้มีคำพิพากษายกฟ้องจำเลย ซึ่งขณะนี้คดีอยู่ในระหว่างการพิจารณาของพนักงานอัยการว่าจะยื่นอุทธรณ์ต่อไปหรือไม่ประการใด

อย่างไรก็ดี ในคำพิพากษาที่ยกฟ้องในความผิดฐานร่วมกันฆ่าผู้อื่นนั้น นับเป็นครั้งแรกที่ได้มีการวินิจฉัยถึงการตายในทางการแพทย์คือการยอมรับว่าผู้ป่วยที่ “แกนสมองตาย” หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า “สมองตาย” (Brain Death) นั้นเป็นบุคคลที่ตายแล้วในทางกฎหมายด้วย

กล่าวคือ จากคำพิพากษาสรุปรได้ว่าศาลเห็นว่าผู้ป่วยทั้งสองรายในคดีนี้ ประสบอุบัติเหตุบาดเจ็บที่ศีรษะ แพทย์ตรวจแล้วพบว่าฐานสมองแตกหักและสมองได้รับความกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงทำให้แกนสมองเคลื่อนไป มีผลทำให้ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้แกนสมองตายไม่รู้สีกตัวและไม่หายใจแพทย์ประกาศลดศาสตร์ตรวจและวินิจฉัยผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ 2 ครั้ง มีระยะเวลาห่างกันเกินกว่า 6 ชั่วโมง เกณฑ์การตรวจและวินิจฉัยสมองตายกระทำโดยการตรวจ

* จากหนังสือพิมพ์มติชน ฉบับวันพุธที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2548

สมองตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในประกาศของแพทยสภาว่าด้วยเรื่องเกณฑ์ การตรวจและวินิจฉัยสมองตายพบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายนี้แกนสมองตาย ไม่ รู้สึกตัวและไม่หายใจอย่างแน่นอนแม้หัวใจยังเต้นอยู่ก็โดยอาศัยเครื่องช่วย หายใจ มิได้ตนเองตามธรรมชาติถือได้ว่าการดำรงอยู่ของชีวิตผู้ป่วยทั้งสอง รายนี้สิ้นสุดลงกล่าวคือ ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้สิ้นชีวิตหรือถึงแก่ความตายตั้งแต่ ครั้งแรกที่ไม่หายใจแล้ว และโจทก์ไม่มีหลักฐานใดมานำสืบแสดงให้เห็นได้ว่าการ ใช้ยาหรือหากมีการทำโดยประการใดๆ ทำให้ผู้ป่วยทั้งสองรายนี้แกนสมอง ตายโดยเจตนา ข้อเท็จจริงจึงรับฟังได้ว่าผู้ป่วยทั้งสองรายนี้ประสบอุบัติเหตุ และถึงแก่ความตายแล้วก่อนจะมีการผ่าตัดนำอวัยวะออกไป การกระทำของ จำเลยจึงไม่เป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

ปัญหาการตายทางการแพทย์ที่เรียกว่าสมองตายนี้ได้เกิดขึ้นมาช้านาน แล้วและในทางปฏิบัติแพทย์ก็จะยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยเพื่อปล่อยให้ตายโดย สงบ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเกิดจากความยินยอมของญาติผู้ป่วยด้วย แต่ในทาง กฎหมายก็ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่ตลอดมาว่า การตายทางการแพทย์เช่นนี้จะ ถือว่าเป็นการตายในทางกฎหมายด้วยหรือไม่

เพราะหากทางกฎหมายไม่ยอมรับว่าเป็นการตายด้วยโดยถือว่าบุคคล นั้นยังมีชีวิตอยู่ ก็จะทำให้แพทย์เสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่ากระทำที่มีโทษ รุนแรงนั้นคือความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดฆ่าผู้อื่นมีความผิดต้องรับโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิตหรือจำคุกไม่เกินยี่สิบปี” และหากเป็นการฆ่าผู้อื่นด้วยเหตุ อุกฉกรรจ์ตามมาตรา 289 เช่น ฆ่าผู้อื่นด้วยโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ฯลฯ ก็จะมี ความผิดต้องระวางโทษหนักยิ่งขึ้นคือประหารชีวิตสถานเดียว

อนึ่ง แม้การยุติการช่วยต่อชีวิตผู้ป่วยโดยการถอดเครื่องมือต่างๆ ออก จะมีใช่เป็นการลงมือฆ่าโดยตรง แต่แพทย์ก็ยังคงเสี่ยงต่อการถูกกล่าวหาว่าฆ่า ผู้อื่น โดยการละเว้นการกระทำตามมาตรา 59 วรรคท้ายแห่งประมวล กฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติว่า

“การกระทำให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยด

เว้นการที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย”

เพราะบุคคลทั่วไปยังมีความคิดกันว่าแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วย หากแพทย์ยุติการช่วยชีวิตเพื่อป้องกันการตายก็อาจถือว่าเป็นการกระทำคามผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยการละเว้นการกระทำได้เช่นกัน

ในขณะที่ยังมีการโต้แย้งกันในทางหลักวิชาการแพทย์ซึ่งถือว่าผู้ยอมตายคือผู้ที่ตายแล้วในทางการแพทย์ กับหลักวิชานิติศาสตร์ที่ยังไม่ยอมรับกันว่าการตายโดยอาการสมองตายนั้นเป็นการตายแล้วอย่างแท้จริง กล่าวคือในทางกฎหมายนี้มีหลักถือมาช้านานในการพิสูจน์ความตายของบุคคลก็คือต้องตายตามธรรมชาติโดยหมดลมหายใจและหัวใจหยุดเต้นอย่างสิ้นเชิงนั่นเอง

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติแพทย์ตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและของเอกชนก็ยังมีความจำเป็นต้องยุติการรักษาคนไข้สมองตายต่อไป ด้วยเหตุผลที่อาจสรุปได้ดังนี้

ประการแรก เป็นเหตุผลทางด้านเศรษฐศาสตร์เนื่องจากผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในสภาพสิ้นหวังที่จะรักษาให้ฟื้นคืนเป็นบุคคลปกติได้ การรักษาโดยการช่วยต่อชีวิตไปไม่มีที่ยืดยอมเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งฝ่ายรัฐหรือฝ่ายเอกชน โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ค่าใช้จ่ายยอมสูงกว่าปกติอย่างแน่นอน

ประการที่สอง เป็นเหตุผลทางด้านสิทธิมนุษยชน เพราะการที่บุคคลคนหนึ่งที่มีอาการสมองตายและมีชีวิตอยู่ได้ด้วยการใช้เครื่องมือช่วยชีวิตไปตลอดชีวิตนั้น ย่อมก่อให้เกิดความทุกข์เวทนามากกว่าจะเกิดประโยชน์แก่บุคคลนั้นเองและมีผลกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การปล่อยให้เขาหมดสภาพบุคคลไปน่าจะเหมาะสมยิ่งกว่า

ประการที่สาม เป็นเหตุผลความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ตับ ไต หัวใจ ฯลฯ เพื่อนำอวัยวะจากผู้ที่มีอาการสมองตายไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยที่รอการรักษา ซึ่งต้องทำให้ผู้ป่วยสมองตายนั้นสิ้นชีวิตเพื่อต่อชีวิตผู้อื่น

การวินิจฉัยว่าผู้ใดมีอาการสมองตายหรือไม่นั้น แต่เดิมไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอนมักขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำการรักษาจะวินิจฉัยและตัดสินใจตามความเห็นสมควร แต่ต่อมาเพื่อประมาณปี พ.ศ. 2531 ได้มีเหตุการณ์สำคัญเกิดขึ้นเนื่องจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้แถลงการณ์ว่าได้ทำการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้กับคนไข้โรคหัวใจที่รอการบริจาคอยู่เป็นรายแรกของประเทศกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้โดยได้หัวใจจากผู้ป่วยสมองตายที่ยุติการช่วยชีวิตด้วยความยินยอมของญาติ นับเป็นความสำเร็จทางการแพทย์ไทยอันน่าภาคภูมิใจ

ขณะเดียวกัน ก็เกิดข้อวิตกกังวลในทางกฎหมายขึ้นมาว่า การที่ทำให้ผู้ป่วยสมองตายต้องหมดชีวิตลงเพื่อนำเอาอวัยวะไปปลูกถ่ายให้ผู้อื่นนั้น จะเกิดปัญหาในทางกฎหมายแก่แพทย์ที่ทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะในความคิดต่อชีวิตหรือไม่ประการใด

ดังนั้น จึงได้มีการจัดสัมมนาทางวิชาการครั้งใหญ่ในประเด็นปัญหาข้อกฎหมายเรื่องนี้ ที่หอประชุมใหญ่จุฬาฯ ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิหลายฝ่าย อาทิ แพทย์ อาจารย์มหาวิทยาลัย กลุ่มศาสนา ทนายความ ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ฯลฯ โดยทางแพทย์ยืนยันว่าผู้ที่สมองตายนั้นถือว่าการตายแล้ว และแพทย์สามารถยุติการรักษาชีวิตเพื่อนำเอาอวัยวะไปปลูกถ่ายต่อไปได้

ส่วนทางนักกฎหมายจำนวนหนึ่งยอมรับว่าผู้ป่วยสมองตายนั้นถือว่าการตายแล้ว แต่จำนวนหนึ่งก็ยังเห็นว่าน่าจะเป็นการตายตามธรรมชาติทั่วไปอย่างแท้จริง ส่วนการตายด้วยภาวะสมองตายนั้นยังไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอนที่จะวินิจฉัยและอาจเกิดการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยอ้างว่าอยู่ในสภาวะสมองตายโดยไม่สมควรหรือมีเหตุผลแอบแฝงจึงหาข้อยุติไม่ได้

ในที่สุดผู้เขียนซึ่งได้ร่วมการสัมมนาด้วยจึงเสนอว่าเมื่อทางแพทย์ยืนยันว่าผู้ที่สมองตายนั้นถึงแก่ความตายแล้วและจำเป็นต้องยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยด้วยเหตุผลความจำเป็นต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยกรณีสมองตาย แพทย์สภาเป็นองค์กรที่ควบคุมดูแลการประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ก็ควรมีบทบาทในการกำหนดหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าบุคคลใดสมองตายซึ่งควร

ยุติการช่วยชีวิตโดยแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นระบบและอยู่ในมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองในทางกฎหมายแก่แพทย์ผู้ทำการยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยและเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยมิให้ต้องถูกยุติชีวิตด้วยเหตุผลอันไม่สมควร

ต่อมา แพทยสภาได้ออก “ประกาศแพทยสภาเรื่องเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย” ลงวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2532 กำหนดหลักเกณฑ์การวินิจฉัยว่า เมื่อใดจึงจะถือว่าผู้ป่วยมีอาการสมองตายเช่นต้องไม่รู้สึกรู้สีกตัวและอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ และต้องทำการตรวจสอบตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอีกกว่าจะไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลาอย่างน้อย 12 ชั่วโมง จึงจะถือได้ว่าสมองตาย

ส่วนวิธีการปฏิบัติการวินิจฉัยสมองตายนั้นต้องกระทำโดยคณะแพทย์ ไม่น้อยกว่า 3 คน และต้องไม่ประกอบด้วยแพทย์ผู้กระทำการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะรายนั้นโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับมอบหมายต้องลงนามรับการวินิจฉัยสมองตายและรับรองการตายด้วย และต่อมาแพทยสภาได้ออกประกาศฉบับที่ 2 ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2539 กำหนดหลักเกณฑ์เพิ่มเติมในเรื่องการวินิจฉัยและการทดสอบว่าผู้ใดสมองตายอย่างแท้จริง รวมทั้งลดระยะเวลาการตรวจสอบจาก 12 ชั่วโมง เป็น 6 ชั่วโมง จึงจะถือว่าสมองตาย

อนึ่ง ผู้ป่วยที่สมองตายและแพทย์ได้ทำการยุติการช่วยชีวิตแล้วนั้นสามารถนำอวัยวะไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้ ทั้งนี้ ตาม “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2538 ออกตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525” ข้อ 3 โดยต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ด้วย

จากหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสมองตายตามประกาศของแพทยสภาและการนำอวัยวะของผู้ป่วยสมองตายที่แพทย์ยุติการช่วยชีวิตไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ ตามข้อบังคับของแพทยสภาดังกล่าวข้างต้น เป็นเพียงกำหนดหลักเกณฑ์ทางการแพทย์เพื่อประกอบการวินิจฉัยว่าแพทย์ดังกล่าวได้ทำการยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยสมองตายคนใดแล้วนำเอาอวัยวะไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ นั้นเป็นไปโดยถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนดไว้หรือไม่

แต่ยังเป็นเพียง “ข้อเท็จจริง” เพราะว่าข้อบังคับหรือประกาศของแพทยสภานั้นมิใช่กฎหมายโดยตรง เพียงแต่ออกโดยอำนาจของกฎหมายเท่านั้น ยังไม่อาจใช้เป็นข้อยกเว้นทางกฎหมายโดยตรงในความผิดต่อชีวิตตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา แต่อย่างน้อยก็เกิดผลในทางกฎหมาย คือ หากแพทย์ผู้ใดได้ยุติการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยสมองตายถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนดก็ย่อมยืนยันในข้อเท็จจริงว่า แพทย์ผู้นั้นกระทำการด้วยความสุจริต (Good Faith) มิได้มีเจตนาฆ่าผู้ป่วยเหมือนผู้กระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 หรือมาตรา 289 ของประมวลกฎหมายอาญา เพื่อพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และศาลจะได้นำไปประกอบการพิจารณาว่าสมควรฟ้องหรือสมควรลงโทษแพทย์ผู้นั้นหรือไม่ประการใด

ดังนั้น หากมีการร้องเรียนกล่าวหาในทางคดีอาญาหรือคดีแพ่งว่า แพทย์ผู้ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยที่สมองตายกระทำการอันมิชอบ เช่น ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายที่แพทยสภากำหนด หรือปฏิบัติไม่ครบถ้วนหรือกระทำโดยประมาท หรือการยุติชีวิตผู้ป่วยนั้นๆ กระทำโดยมีเหตุผลอื่นแอบแฝง และจากการสอบสวนคดีอาญามีมูลน่าเชื่อว่าอาจจะเกิดการกระทำตามที่ถูกกล่าวหาจริง ก็อาจจำต้องฟ้องแพทย์ผู้ยุติการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยสมองตายเพื่อพิสูจน์ในศาลต่อไป

อย่างไรก็ดี ปัจจุบันได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ซึ่งอยู่ระหว่างการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาชุดพิเศษตามร่างมาตรา 10 มีข้อความว่า

“บุคคลมีสิทธิทำคำสั่งเป็นหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การทำเช่นการตามคำสั่งตามวรรคแรกให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง”

ร่างกฎหมายมาตรานี้อาจจะผ่านการเห็นชอบของรัฐสภาหรือไม่ หรือจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมข้อความในขั้นที่สุดประการใดก็ต้องคอยติดตามผลการพิจารณาต่อไป แต่ก็นับเป็นก้าวใหม่ของกฎหมายไทยเริ่มมีการยอมรับการตายโดยทางการแพทย์และให้แพทย์เป็นผู้ยุติการช่วยเหลือชีวิตของบุคคลอย่างเป็น

ทางการได้

อนึ่ง เมื่อพิจารณาข้อความในร่างมาตรา 10 เท่าที่ปรากฏในปัจจุบันดังกล่าว เห็นว่ามีลักษณะคล้ายกับการทำ “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) ในต่างประเทศ กล่าวคือ บุคคลสามารถทำหนังสือกำหนดการตายของตน โดยทางการแพทย์ไว้ได้ล่วงหน้าตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด และใช้ครอบคลุมได้ทั้งกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมองตายและที่ยังมีสติสัมปชัญญะติดอยู่ แต่ไม่ต้องกรณมีชีวิตอยู่ต่อไปเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยของตน

สำหรับการตายประการหลังนี้น่าจะหมายความว่ากรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสภาพสมองตาย แต่ไม่ต้องกรณทรมานจากการเจ็บป่วยต่อไปเช่นเป็นมะเร็งขั้นสุดท้ายจะใช้วิธี “ปฏิเสธรับการรักษาจากแพทย์เพื่อช่วยชีวิต” ได้ เพราะที่อังกฤษได้เคยเกิดคดีขึ้นแล้วเมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2545 ศาลสูงของอังกฤษได้พิพากษายอมให้คนไข้สตรีซึ่งป่วยหนักเป็นอัมพาตครึ่งตัวและมีชีวิตอยู่ในห้องไอซียูโดยแพทย์ใช้ท่อช่วยหายใจไว้ ให้มีสิทธิตายตามประสงค์ของผู้ป่วย และพิพากษาให้แพทย์ชดใช้เงิน 100 ปอนด์ แก่เธอฐานใช้เครื่องช่วยหายใจล่วงหน้าในตัวเธอโดยเธอไม่ยินยอมอีกด้วย

และการยุติการทรมานของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามร่างมาตรา 10 นี้จะถึงขั้นยอมให้แพทย์ลงมือปลิดชีวิตให้เช่นด้วยการฉีดยาพิษให้ตายซึ่งเรียกว่า “การฆ่าด้วยความกรุณา” (Euthanasia) หรือไม่ เพราะปัจจุบันมีบางประเทศ เช่น รัฐสภาเนเธอร์แลนด์เพิ่งลงมติเมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2543 ให้ประกาศใช้กฎหมายลักษณะนี้ได้โดยให้มีผลใช้บังคับในปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา

อย่างไรก็ดี แม้จะมีกฎหมายรับรองการตายโดยทางการแพทย์ไว้อย่างเป็นทางการก็ตาม แพทย์และโรงพยาบาลก็ต้องระมัดระวังควบคุมดูแลให้การปฏิบัติได้เป็นไปอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดโดยเคร่งครัด หากกระทำโดยประมาทหรือโดยที่ยังไม่มีเหตุผลสมควร หรือโดยมีเหตุผลอื่นแอบแฝง ก็อาจเกิดปัญหาทางคดีแพ่ง คดีอาญา หรือคดีปกครอง (กรณีโรงพยาบาลของรัฐ) ติดตามมาได้เสมอ จึงขอฝากเป็นข้อสังเกตไว้ ณ ที่นี้ด้วย

14.

สิทธิ

การตาย*

ผู้ร่วมรายการ	นพ.อำพล	จินดาวัฒน์นะ	ผู้อำนวยการสำนักงาน
			ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ
	ว่าที่ พ.ต.สมบัติ	วงศ์กำแหง	เลขาธิการสภาพทนายความ
	รศ.นพ.วิสูตร	พงษ์ศิริไพบูลย์	กรรมการแพทยสภา
ผศ.จรัล	ดิษฐาอภิชัย	กรรมการสิทธิมนุษยชน	
		แห่งชาติ	

ผู้ดำเนินรายการ คุณจินดารัตน์ เจริญชัยชนะ

ผู้ดำเนินรายการ : วันนี้เราจะพูดถึงเรื่องสิทธิในการตาย ซึ่งถูกเขียนไว้ในมาตราที่ 24 ของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ กำหนดไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิในการแสดงความจำนง ที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเอง เพื่อการตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ข้อกังขาที่เกิดขึ้นคือ การตายอย่างสงบและเพื่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นั้นเป็นอย่างไร คำจำกัดความแคบหรือกว้างแค่ไหน

* รายการ “คนในข่าว” สถานีโทรทัศน์ ASTV ช่อง NEWS 1 วันพุธที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2548 เวลา 20.00 - 21.00 น.

ไหน วิธีการจะต่างกันอย่างไร เรียนถามคุณหมออำพลในฐานะต้นเรื่องว่า คำจำกัดความของสิทธิการตายคืออะไร และทำไมต้องมี?

นพ.อำพล : เรื่องสิทธิการตายที่กำลังพูดกันนี้อยู่ในมาตรา 24 ของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการยกร่างกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ผ่านการรับฟังความคิดเห็นของสังคม ทั้งฝ่ายวิชาชีพ วิชาการ ฝ่ายราชการ และประชาชน โดยมีการจัดเวทีกว่า 500 ครั้ง เป็นร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ฉบับที่เสนอโดยประชาชนร่วมกันเข้าชื่อเสนอกว่า 90,000 คน ซึ่งถูกบรรจุอยู่ในวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎรตั้งแต่เมษายนที่ผ่านมา ขณะเดียวกันรัฐบาลได้ส่งร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ไปที่กฤษฎีกาเพื่อปรับปรุงเป็นร่างฉบับรัฐบาล ทั้งสองร่างนี้จะไปพบกันที่สภา โดยเรื่องสิทธิการตายในร่างที่ผ่านการพิจารณาของกฤษฎีกา ถูกปรับกลายเป็นมาตรา 10 ปรับแก้ข้อความว่าเป็นว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

เมื่อมีกฎหมายมาตรานี้ ประชาชนคนไทยจะได้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่า วันใดที่เราอยู่ในภาวะที่รู้สึกว่าเป็นวาระสุดท้ายของเราแล้ว เราจะไม่ขอรับบริการทางการแพทย์บางประการได้ เช่น ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่มีหัวใจ เพราะฉะนั้นจุดสำคัญอยู่ตรงที่เป็นสิทธิในวาระสุดท้ายซึ่งไม่เหมือนกับกรณีที่คุณยังแข็งแรงอยู่ แล้วไปประสบอุบัติเหตุ แล้วจะไม่ช่วยชีวิตกันเพราะบอกว่าอยากตายแล้ว คนละเรื่องกัน ยกตัวอย่าง เช่น กรณีคนอายุ 90 ปี ถ้าไม่เขียนอะไรไว้ ไม่มีมาตรานี้รองรับ ถ้าเกิดเส้นเลือดในสมองแตก ญาติพี่น้องก็ต้องเอาไปโรงพยาบาล หมอบอกญาติว่าถ้าผ่าตัดโอกาส

ที่จะยังไม่ตายตอนนี้มีก็เปอร์เซ็นต์ แต่อายุขนาดนี้ถ้าผ่าตัดก็เสี่ยงเยอะ การตัดสินใจเรื่องนี้อยู่ที่ญาติ อยู่ที่แพทย์ แต่ถ้าเขียนไว้ว่าวันหนึ่งถ้าท่านเป็น อย่างนี้แล้ว ขออย่าให้ผ่าตัดเลย ปลดปล่อยประคับประคองให้ยาไม่ให้ทรมาน และขอให้เป็นเฉยๆ ถ้าเขียนไว้สิทธินี้จะต้องได้รับการพิทักษ์ แพทย์ก็จะต้องปฏิบัติตามนั้น คือไม่ต้องจับไปผ่าตัด ญาติก็ไม่มีสิทธิที่จะไม่ทำตาม ละเมิดไม่ได้ เพราะเป็นสิทธิของผู้ป่วย

ผู้ดำเนินรายการ : ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ว่า อยู่ในภาวะสุดท้ายตามที่คนไข้เขียนไว้หรือเปล่า

นพ.อำพล : ถูกต้องครับ คือแพทย์จะต้องมีหลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติในเรื่องนี้ คล้ายๆ หลักเกณฑ์การประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์สมบัติเห็นด้วยกับกฎหมายฉบับนี้ไหมคะ
ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ก่อนอื่นต้องดูว่า เราเรียกสิทธินี้ว่าสิทธิอะไร ถ้าบอกว่าสิทธิการตาย คงไม่ใช่ กรณีนี้คือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา ถ้าผมไม่ยอมให้รักษา แพทย์ก็รักษาไม่ได้ ถ้าผมเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว มันก็เป็นสิทธิของผมที่จะไม่ให้แพทย์รักษา ถ้าผมมองอย่างนี้ สิทธินี้มีอยู่ยาวนานแล้ว สิทธิชีวิตในร่างกายนี้คือของผม

ผู้ดำเนินรายการ : คุณหมอมคะที่ผ่านมา เคยมีกรณีอย่างที่อาจารย์สมบัติบอกไหมคะว่า ผู้ป่วยเขียนเอาไว้ และญาติออกมายืนยันว่าเขาไม่ต้องการรักษา

รศ.นพ.วิสูตร : ผมได้รับการขอคำปรึกษาหลายครั้งเหมือนกัน แต่ในปัจจุบันเราไม่กล้าดำเนินการตามนั้นจริงๆ ถ้ากฎหมายนี้ออกมา แล้วคนไข้เขียนพินัยกรรมแห่งชีวิตที่เรียกว่า Living Will ไว้ การตัดสินใจก็จะง่ายขึ้น แต่ก็อาจจะเกิดปัญหาในแง่อื่นตามมา เช่น พินัยกรรมปลอมหรือเปล่า เพราะว่าญาติบางคนอาจจะหวังเรื่องมรดก

นพ.อำพล : ผมอยากจะเติมที่อาจารย์วิสูตรพูดว่า กฎหมายในมาตรานี้ไม่อนุญาตถึงขนาดว่า ให้หมอตอสายระโยงระยางให้คนไข้เปิดสวิตช์ฆ่าตัวตายเองได้ หรือให้หมอต้อะไรให้ตาย กฎหมายฉบับนี้เพียงแต่ให้ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงไม่รับการรักษาพยาบาลเมื่อตกอยู่ในวาระสุดท้ายเท่านั้น

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ต้องแยกสิทธินี้เป็น 2 ส่วน คือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา ด้วยสภาพร่างกายถึงเวลาที่จะต้องตายแล้ว เพราะฉะนั้นสิ่งที่แพทย์พยายามรักษาเป็นเพียงการยืดชีวิต ฉะนั้นการที่จะปฏิเสธการรักษาก็เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะทำได้ แต่ถ้าโดยสภาพร่างกายของเขาชีวิตยังอยู่ต่อไปได้ แต่ผู้ป่วยบอกว่าไม่ยอมรับมาน อาจจะไม่อยู่ต่อไปได้แค่ 2 ปี แต่ขอให้หมอช่วยฉีดยาหรือเตรียมอุปกรณ์ให้เขาฆ่าตัวตายเอง ตรงนี้จะเป็นการทำให้คนอื่นตายไม่ใช่การไปเคารพสิทธิของเขา

รศ.นพ.วิสูตร : ปัญหาอีกอย่างคือ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายไม่รู้สึกรักตัวแล้ว ถ้าปล่อยกลับไปก็ปล่อยไปตาย กรณีนี้เท่ากับเป็นการละเว้นไม่กระทำการเพื่อช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยหรือเปล่า

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : จริงๆ คงไม่ใช่ปล่อยให้เขาไปตาย เพียงแต่ว่าโดยสภาพของเขาต้องตาย แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยดูแลรักษาเยียวยาตามวิธีเท่าที่สามารถทำได้ และไม่ปล่อยให้ตายอย่างทรมานทุกขทรมาน อย่างคนเป็นโรค มะเร็งระยะสุดท้าย แพทย์ก็ต้องให้ยาเพื่อช่วยให้ไม่เจ็บปวดบ้าง เวลาเกิดมาเราก็เกิดมาในสภาพตามธรรมชาติ ถึงเวลาตายทำไมต้องตายโดยมีสายระโยงระยางเต็มตัวไปหมด ทำไมไม่กลับไปตายในอ้อมกอดของญาติพี่น้อง

ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์จรัล มีความคิดเห็นอย่างไรคะ

ผศ.จรัล : เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากมาก ถ้าพูดในแง่สิทธิมนุษยชน โดยที่มนุษย์เป็นเจ้าของชีวิต เป็นนายตัวเอง มีเจตจำนงเสรี อยากรจะทำโน่นทำนี่ แม้จะป่วยหนัก เขาก็ยังมีเจตจำนงเสรี ที่อยากจะตายจริงหรือไม่จริง อันนี้เป็นปัญหาแรก สิทธิมนุษยชนที่สำคัญที่สุด ประการแรกคือสิทธิที่จะมีชีวิต ซึ่งทำให้เขามีสิทธิอย่างอื่นเยอะแยะเลย เพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้ ใครจะไปทำร้ายทำลายเช่นฆ่าไม่ได้ ที่นี้ปัญหาคือว่า สิทธิที่จะตาย บ่อเกิดสิทธิอันนี้มันมาจากไหน อย่างสิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิในชีวิตในร่างกาย สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในการศึกษา เสรีภาพในการพูดการเขียน มันมีบ่อเกิดมาจากความเป็นชีวิตของเขา สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิที่ยังอภิปรายถกเถียงกันอยู่ว่าเป็นสิทธิหรือไม่ บ่อเกิดสิทธินี้มาจากไหน ใครจะมาเป็นคนทำให้สิทธินี้เป็นจริง ประการที่สอง

ถ้ามนุษย์เป็นนายตัวเอง การที่เขาไปสูบกัญชา ยาเสพติด เขามีสิทธิใหม่ ทำให้สังคมและรัฐบอกไม่ได้ ไม่มีสิทธินี้ เพราะว่ามันเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ผิดจริยธรรม แล้วสิทธิที่จะตายเป็นการทำร้ายตัวเองเหมือนกันหรือไม่

ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์กำลังมองว่า ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ฉบับนี้ เหมือนกับให้สิทธิคนฆ่าตัวตาย แบบถูกกฎหมาย

นพ.อำพล : เรากำลังพูดในสิทธิของคนที่จะตาย แต่กฎหมายฉบับนี้ ไม่ได้เปิดให้คนมีสิทธิเลือกตาย ไม่มีใครมีสิทธิที่จะเลือกตายหรือขอตาย กฎหมายฉบับนี้มีอย่างเดียวกัน นั่นคือถ้าถึงเวลาที่ควรจะตายโดยธรรมชาติ ขออย่างเดียวอย่าทำอะไรที่จะเป็นการยืดการตายของเขาโดยไม่จำเป็น

ผู้ดำเนินรายการ : ยกตัวอย่างได้ไหมคะ เช่นคนเป็นเอดส์ เขาอาจจะอยู่ได้ 3 เดือน 6 เดือนเขาก็อยู่ได้ด้วยการศึกษา แต่มาบอกหมอว่าอยากตายแล้ว ขอให้ช่วยทำให้ตายหน่อย อย่างนี้ไม่ได้ใช่ไหมคะ

นพ.อำพล : ไม่ใช่ครับ คนละเรื่องเลย กฎหมายมาตรานี้ไม่ได้อนุญาตให้ใครมาทำให้ใครตาย หรือขอมิสิทธิตายได้ แต่เขาจะมีสิทธิอย่างเดียวว่า วันหนึ่งเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เขาขออย่างเดียวคือ อย่มาทำการรักษา โดยที่ไม่จำเป็นกับเขากอีกเลย โดยแสดงความจำเป็นหนังสือไว้ก่อน แต่ไม่ใช่ขอให้หมอฉีดยาให้เขาตาย

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ผมว่าสิทธิการตาย เป็นสิทธิพื้นฐานที่เรามีอยู่ คือเราจะปฏิเสธการรักษาในภาวะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้อยู่แล้ว การอยู่ต่อไป โดยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว อยู่ในสภาพที่มีสายระโยงระยางเต็มไปหมด ตรงจุดนั้นต่างหากที่เราบอกว่าเราจะทำเอกสารฉบับหนึ่งขึ้นมาสั่งว่า เมื่อถึงจุดนั้นแล้ว ไม่ต้องมายื้อให้เราอยู่ต่อปล่อยให้เราไปตามธรรมชาติ เพราะสุดท้ายเราก็จะต้องตาย การที่ยื้อตรงนั้นเป็นการกระทบทสิทธิของเรา

นพ.อำพล : คือสิทธิที่ขอไม่รับการรักษาพยาบาลในขั้นสุดท้าย ประชาชนมีสิทธิอยู่แล้วโดยส่งลูกหลานไว้เลยว่าอย่าเอาไปโรงพยาบาล ก็ได้สิทธินั้นทันที แต่ปัญหาคือเมื่อไปโรงพยาบาลแล้ว ไม่รู้เรื่องแล้ว ถึงตรงนั้นโอกาสที่จะถูกเอาเครื่องมือเครื่องมือมาใส่โดยแพทย์ก็คิดว่ายังมีสิทธิที่จะดูแลกันไป

ตรงนั้นล่ะครับเขาขอสิทธิแค่ตรงนั้น ถ้าเขามีหนังสือไว้คือ เขาขอว่าถ้าถึงเวลานั้นแล้วอย่าทำกับเขาเลย

รศ.นพ.วิสูตร : จริงๆ สิทธิการตายเราคงจะไม่ยอมรับ เพราะในสังคมเราจริงๆ ยังบอกไว้เลยว่าอย่ายอมเสียอวัยวะเพื่อพิทักษ์ไว้ซึ่งชีวิต อยู่ๆ ไปทำให้ตายนั้นคงจะยาก เว้นเสียแต่ว่าจะเป็นกรณีที่ชรามาก และอยู่ในภาวะที่เป็นผักเป็นปลา ไม่สามารถตอบสนองได้แล้ว แต่ปัญหาคือ ในกรณีที่บางครั้งเราคิดว่าภาวะเช่นนี้คือภาวะสุดท้ายแล้ว ไม่ฟื้นแล้ว แต่เคยปรากฏว่ามีผู้ป่วยบางรายที่มีปฏิกิริยาฟื้นคืนมาได้ เพราะฉะนั้นถ้าเกิดช่วงนั้นเราตัดสินใจผิดไป ปลอ่ยให้เขาตาย เท่ากับว่าเราปลอ่ยให้คนๆ หนึ่งตายหรือเปล่า ฉะนั้นจุดยากคือการจะรู้ว่าจุดไหนคือจุดที่อยู่ในภาวะของความไม่มีศักดิ์ศรีของมนุษย์อีกต่อไปแล้ว ถ้ามีอายุมาก ๆ ไม่มีปัญหา สรุปลได้ง่าย แต่ถ้าบังเอิญเป็นคนหนุ่มๆ สาวๆ เกิดอันตรายต่อชีวิต และต้องการให้หมอช่วยหยุดเครื่องช่วยหายใจ หยุดการรักษาทั้งสิ้น ตรงนี้เลือกยาก

นพ.อำพล : สภาวิชาชีพจะต้องมากำหนดเกณฑ์การปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมให้ชัดเจน ยกตัวอย่างที่อาจารย์วิสูตรพูดชัดเจนแล้ว สมมติว่าอายุ 50 กว่าปี ใช้เกณฑ์นี้ แต่ถ้าอายุต่ำกว่า 50 หรือ 40 ลงมา อายุยังน้อยต้องตัดสินใจอีกแบบหนึ่ง เพราะฉะนั้นต้องมีเกณฑ์ออกมา

รศ.นพ.วิสูตร : ผมคิดว่าการใช้เอกสารนิติกรรมฉบับเดียวแล้วบอกว่าทำตามนี้ละ ผมว่าเสี่ยง

ผู้ดำเนินรายการ : ในฐานะกรรมการสิทธิมนุษยชนว่า รัฐธรรมนูญให้สิทธิประชาชนจริง แต่เรื่องสิทธิในการขอไม่รับการรักษา หรือสิทธิการตายนี้มีความจำเป็นไหมที่จะต้องบัญญัติไว้

ผศ.จรัส : เวลานี้มีรัฐธรรมนูญมาตรา 31 ให้สิทธิในชีวิตร่างกาย ห้ามไม่ให้ไปทำร้าย ไปจับกุมคุมขัง หรือลงโทษด้วยวิธีการโหดร้ายป่าเถื่อน เวลาเราพูดถึงเรื่องสิทธิต้องดูว่า หนึ่ง สิทธินั้นมีเนื้อหอย่างไร สอง ป่อเกิดสิทธินั้นมาจากไหน เช่น มาจากความจำเป็น มาจากไม่ยอมมีชีวิตอยู่เพราะทุกข์ทรมานมาก หรือมาจากความคิดอย่างมีเหตุมีผลของญาติพี่น้องที่เห็นว่ารักษาพยาบาล

มาไม่รู้กี่ปีแล้ว ดูแล้วทุกขัทรมาณ นำสมเพชเวทนา สาม เรื่องของกฎหมายมา
รับรอง ผมเองยังไม่ลงตัวเรื่องนี้ แต่เชื่อว่าจะไปด้านหรือไม่เห็นด้วยกับเรื่อง
มาตราในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ แต่ผมเห็นว่า ทักษะต่อชีวิตต่อความเป็นความ
ตายเป็นทักษะที่ลึกซึ้งมากของคนในทุกสังคม เช่น ทำไมคนในบางสังคมเขา
ยอมพลีชีพ ก็เพราะเขามีทักษะต่อความตายแบบหนึ่ง แต่ทักษะต่อความตาย
ในรูปที่เป็นสิทธิ ยังไม่ชัดเจน

ผู้ดำเนินรายการ: ในต่างประเทศเท่าที่อ่านมา มีหลายประเทศที่ยอมรับ
สิทธิในการตาย ทุกคนมีสิทธิที่จะเลือกได้

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ: การรักษาที่ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ทำไมจะต้องยื้อ
ชีวิตเขาอยู่ ฉะนั้นเขาก็ควรมีสิทธิที่จะสั่งโดยเขียนเอกสารขึ้นมาว่าเขาจะขอให้
ยุติการรักษาเพื่อปล่อยให้เขาตายโดยธรรมชาติ แต่แพทย์เองก็ต้องดูแลอย่าให้
เขาต้องทนเจ็บปวด และปล่อยให้เขาไปตามธรรมชาติ

ผู้ดำเนินรายการ: ถ้าในแง่ของกฎหมาย สมมติคุณหมอมมีผู้ป่วยรายหนึ่ง
ส่งมา แล้วก็เขียนพินัยกรรมชีวิตมาเรียบร้อยแล้ว แต่คุณหมอวินิจฉัยแล้ว
สามารถทำให้มีโอกาสกลับมา 1 - 2 % จะทำอย่างไร

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ต้องดูเป็นขั้นเป็นตอนว่า ถ้ามีการทำเอกสารฉบับ
หรือที่เรียกว่า Living Will แปลตรงตัวคือ พินัยกรรมชีวิต -พินัยกรรมคือเอกสาร
ที่มีคำสั่งในเรื่องการจัดการทรัพย์สินของผู้ตาย เพราะฉะนั้นในแง่ของกฎหมาย
เอกสารนี้ไม่เป็นพินัยกรรม แต่ต้องเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการ
รักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต” ซึ่งมีผลทางกฎหมายเหมือนกัน ขณะนี้
รัฐธรรมนูญ มาตรา 4 มาตรา 26 มาตราที่ 28 ก็บัญญัติรองรับเกี่ยวกับเรื่อง
ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ถ้าจะยกให้เป็นรูปธรรม การที่จะอยู่อย่างอย่างมี
ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ต้องเกิดอย่างมีศักดิ์ศรี อยู่ตามสิทธิต่างๆ ที่มีอยู่
การจะตายก็น่าจะตายอย่างมีศักดิ์ศรี ตายอย่างสงบ ตายอย่างสง่า เพราะฉะนั้น
การตายอย่างนี้ก็บัญญัติรองรับสิทธิของประชาชนคนไทย ตามรัฐธรรมนูญ
แล้วซึ่งไปสอดคล้องกับเรื่องสิทธิเสรีภาพในชีวิตร่างกายของเขา ดังนั้นหนังสือ
ฉบับนี้เมื่อเขียนถึงสิทธิของตัวเองที่มีอยู่ตามรัฐธรรมนูญ ไม่ขัดต่อกฎหมาย

ไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย การปฏิเสธการรักษายอมรับว่ามีกันอยู่ ฉะนั้น เอกสารฉบับนี้ถามว่ามีผลบังคับไหม คำตอบก็คือเมื่อไม่ขัดต่อความสงบ ขัดต่อความเรียบร้อยของประชาชน มีผลบังคับ แต่ทำไมต้องเขียนกฎหมาย ฉบับนี้ขึ้นมา ทำไมต้องคิดกัน ณ วันนี้ว่า รายละเอียดจะเป็นอย่างไร สักครู่นี้ที่เราคุยกันก็มีปัญหาว่า แล้วคนอายุ 50 ปี คนอายุ 20 30 ปี เกณฑ์ไหนที่ถือว่า สิ้นหวัง เกณฑ์ไหนที่แพทย์ยุติการรักษา ตรงนี้เป็นรายละเอียดที่ต้องคิดกัน มากกว่า ถามว่าเอกสารฉบับนี้ ขณะนี้มีผลไหม... มี เอกกฏหมายเข้ามาจับได้ไหม... ได้ แพทย์หยุดการรักษาได้ไหม ถ้าเคารพสิทธิของเขา แพทย์ไม่ได้ผิด จรรยาบรรณ ของตัวเอง แต่เป็นการเคารพสิทธิของเขาว่า เขาสั่งว่าเขาปฏิเสธ การรักษา แพทย์เข้าไปทำการรักษาไม่ได้ มองในแง่ตรงข้ามเขาไม่ยอมให้ แพทย์เข้าไปทำร้ายร่างกายของเขา แล้วแพทย์ยังเข้าไปฉีดยา ไปผ่าตัดเขา แพทย์ผิดฐานทำร้ายร่างกาย

รศ.นพ.วิสูตร : คือจริงๆ สิทธิในปัจจุบันนี้มี 2 แบบ แบบที่หนึ่ง เรียกว่า Positive Life หมายถึงสิทธิที่จะได้รับการป้องกันไม่ให้ตาย กฎหมายทั่วไปที่ออกมาเป็น Positive Life คือเห็นคนกำลังจะตายต้องช่วย แต่กฎหมายฉบับที่ กำลังทำนี้เรียกว่า Negative Life เป็นอีกมุมหนึ่ง สิทธิตรงนั้นใช้มีสิทธิเลือก ว่า อย่ามายุ่งอะไรกับฉัน ชีวิตตรงนั้นฉันรู้แล้วว่าไปไม่รอดแล้ว ฉันไม่มีศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์อีกแล้ว ขออย่ามายุ่งกับฉัน จึงเกิดมาตรานี้ อีกประเด็น คือ เรื่องพินัยกรรมเกี่ยวกับชีวิตตัวเองว่าจะเป็นทรัพย์สินมรดกหรือไม่ เรื่องนี้เคย มีคำพิพากษาศาลฎีกา กรณีการทำพินัยกรรมมอบชีวิตตัวเองให้กับคณะ แพทยศาสตร์ แต่ปรากฏว่าพอเวลาตายแล้ว ญาติพี่น้องไม่ยอมให้จะขอเอา ศพไปบำเพ็ญกุศล คำพิพากษาศาลฎีกากรณีนี้ในที่สุด ต้องมอบศพให้คณะ แพทยศาสตร์ ฉะนั้นเท่ากับว่าเขาสามารถทำพินัยกรรมเกี่ยวกับชีวิตตนเองได้ หรือเปล่า

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : จริงๆ แล้วศาลไม่ได้วินิจฉัยออกมาว่าเอกสารนั้น คือพินัยกรรม แต่ตัดสินตามเจตนารมณ์ของผู้ตายว่าเขาต้องการบริจาค ร่างกายให้โรงพยาบาล

ผศ.จรัล : แสดงว่าศาลฎีกาให้คุณค่ากับเจตนารมณ์ของผู้ตายมากกว่า คุณค่าของความต้องการหรือความรู้สึกนึกคิดของญาติ

รศ.นพ.วิสูตร : มีกรณีตัวอย่างหนึ่งน่าคิดมาก กรณีที่คนไข้ถูกรถชน มีเส้นเลือดที่ขาขาด แพทย์ต้องการตัดขา แต่คนไข้ต้องการตาย หมอก็งงว่าจะใช้หลักเกณฑ์อะไรดี ต่อมาเมื่อคำวินิจฉัยของคณะกรรมการกฤษฎีกาชุดที่ 10 ที่ 250/2546 ได้บอกไว้ว่ากรณีที่คนไข้มีเจตจำนงทางนิติกรรมหรือคำสั่งออกมาว่าจะไม่ขอรับการรักษา โดยที่สภาวะนั้นไม่เป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิต ถือว่าเอกสารหรือหนังสือที่คนไข้ทำมีผล แต่เมื่อไรก็ตามที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรักษาถ้าไม่รักษาคนไข้จะถึงแก่ชีวิต แต่คนไข้ไม่ต้องการรักษากรณีนี้ถือว่านิติกรรมเป็นโมฆะ เพราะฉะนั้นหมอก็ต้องจัดการช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเดียวเลย คือใช้หลัก Positive Life เข้ามาทันทีเลย

ผู้ดำเนินรายการ : แสดงว่า แม้จะเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ที่อาจจะออกมารองรับได้ แต่สุดท้ายก็ต้องฟังความเห็นจากคุณหมอด้วย

นพ.อำพล : ใช่ครับ ไม่ใช่ใช้สิทธิแบบว่า พอเห็นหนังสือก็หยุดเลย ไม่ใช่ครับ พอเห็นหนังสือจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ตามกฎกระทรวง ซึ่งจะต้องมีวิธีการออกมา ทั้งกรณีที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การรักษาแล้ว จึงเห็นหนังสือ และกรณีที่เห็นหนังสือตั้งแต่ยังไม่ได้รับการรักษา ก็ต้องมีหลักเกณฑ์ออกมา

ผู้ดำเนินรายการ : เรื่องของการกำหนดโรค และอาการต้องเป็นแบบไหนอย่างไรคะ

นพ.อำพล : ต้องเรียนว่าตอนนี้ยังไม่มีเลย เรากำลังทำเพื่อให้ได้กฎหมายที่มีมาตรา 10 ออกมา หลังจากนั้นต้องมีกฎกระทรวงกำหนดรายละเอียดวิธีการให้ชัดเจน หนังสือแสดงเจตนาซึ่งจะได้รับการยอมรับตามกฎหมาย

ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์สมบัติมองว่าจะมีกฎหมายฉบับไหนต้องมีการแก้กันใหม่คะ

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : จริงๆ แล้วกฎหมายที่มีอยู่ขณะนี้สามารถใช้บังคับกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ แต่มีมุมมองการตีความที่แตกต่างกันอยู่ตลอดเวลา

แพทย์เองก็มองว่าถ้าไม่รักษาก็ผิด เรียกว่าละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ ช่วยได้แล้ว ไม่ช่วยกฎหมายเอาโทษด้วยซ้ำ อีกมุมหนึ่งกฎหมายบอกว่า อันนี้ไม่ใช่การ ละเว้น เมื่อเขาแสดงเจตนาารมณไว้อย่างนั้นแล้ว แพทย์ไม่ต้องทำ แพทย์ไม่มี ความผิด ตรงนี้ถ้ามีกฎหมายบัญญัติชัดเจนว่าการกระทำอย่างนี้ การตัดสินใจ แบบนี้ตามเอกสารไม่ถึงว่าเป็นความผิดแพทย์เองก็จะไม่ทำ ส่วนจะมีปัญหา อะไร กฎเกณฑ์กติกาก็จะเป็นแบบไหน เรื่องนี้ต้องช่วยกันคิดต่อไป

ผู้ดำเนินรายการ : และควรจะเป็นไปในทิศทางเดียวกับกฎหมายฉบับอื่น ไหมคะ

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ตอนนี้สอดรับกันแล้วครับ กฎหมายที่ใช้กับแพทย์และ กฎระเบียบทางแพทยสภาจะต้องเข้ามามีบทบาทตรงนี้ มีการกำหนดกติกา ออกมา ตั้งเป็นคณะกรรมการขึ้นมา มีตัวแทนจากสิทธิมนุษยชน ตัวแทนจาก นักกฎหมายเข้ามาดูแล การตัดสินใจจะออกมาในรูปแบบคณะกรรมการ

ผู้ดำเนินรายการ : อาจารย์คิดว่า ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ จะผ่านสภาไปได้ง่ายๆ ไหมคะ

ผศ.จรัล : ผมคิดว่าผ่าน

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ผมก็คิดว่าผ่าน

รศ.น.พ.วิสูตร : มาตรการน่าจะผ่าน แต่ต้องพิจารณาองค์รวมหลายๆ เรื่องด้วย

ผู้ดำเนินรายการ : มีผู้ชมโทรศัพท์เข้ามาถามว่า วันนี้กฎหมายยังไม่ได้ ออกมารองรับ แต่มีผู้ที่เขียนไว้ก่อนแล้วเกิดมีปัญหาย่างที่ว่า อย่างนี้จะใช้ กฎหมายเดิมหรือจะให้ใช้สิทธิการปฏิเสธการรักษาที่กำลังพูดกันนี้ได้เลย

ว่าที่ พ.ต.สมบัติ : ผมตีความขณะนี้ก็คือ เอกสารฉบับนี้ไม่ขัดต่อความ สงบ เป็นการที่เคารพลสิทธิของผผม แพทย์ไม่มีสิทธิรักษา ต้องเคารพเอกสารฉบับนี้

ผู้ดำเนินรายการ : คุณผู้ชมบางท่านบอกว่า ตอนนี้เตรียมเขียนเอาไว้ แล้วค่ะ

นพ.อำพล : ผมเข้าใจว่าขณะนี้มีคนเขียนจำนวนไม่น้อย เขียนแล้วเพียง แต่ว่าไม่มีกฎหมายรองรับ แม้จะไม่เขียนก็มีการปฏิบัติจำนวนไม่น้อย ก็คือ

ฝากบอกลูกหลานไว้ ลูกหลานก็ไปบอกแพทย์และคุยกัน

ผู้ดำเนินรายการ : เขาเป็นว่า เรื่องนี้ยังไม่จบตราบโดที่กฎหมายยังไม่ผ่านสภา ถ้าผ่านไปแล้วมีกรอบกฎเกณฑ์ กำหนดอะไรเอาไว้ อย่างไร เรามีโอกาสจะมาคุยกันใหม่ สวัสดิ์ค่ะ



ภาคผนวก 1

รายชื่อหนังสือที่เกี่ยวข้อง (บางส่วน)

1. ปัจฉิมอาพาธ ท่านพุทธทาสมหาเถระ : บทเรียนทางธรรมการแพทย์ และสังคมวิทยา โดย ประเวศ วะสี, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2541
2. สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง โดย นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2544
3. การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ : ร่วมสานแนวคิดสู่การปฏิบัติ โดย กองทุน ศ.จิตติ ติงศภักดิ์ โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด, 2545
4. กฎหมายการแพทย์ โดย แสง บุญเฉลิมวิภาส และอเนก ยมจินดา สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546

ภาคผนวก 2

ร่างกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข การแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล พ.ศ.*

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 บุคคลที่มีสิทธิแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลต้องมีคุณสมบัติดังนี้

- (1) มีอายุไม่ต่ำกว่า สิบแปดปีบริบูรณ์
- (2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- (3) เป็นผู้ตัดสินใจกระทำด้วยตนเองโดยปราศจากการบังคับหรือขู่เข็ญ

* ร่างกฎกระทรวงนี้ ยกร่างตามข้อความในมาตรา 24 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพฯ ฉบับปรับปรุงเมื่อ 24 กันยายน พ.ศ. 2545 โดยปรับปรุงล่าสุดเมื่อ 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2546 ร่างกฎกระทรวงดังกล่าวจึงยังไม่เป็นที่สิ้นสุด และไม่สามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้ โดยจะต้องมีกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับข้อความในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. เมื่อมีการประกาศใช้

ข้อ 2 การแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลจะต้องมีลักษณะอย่างใด อย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (1) การรักษาพยาบาลที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายของผู้ป่วย
- (2) การรักษาพยาบาลเป็นการประคับประคองเท่านั้น
- (3) วิธีการรักษาพยาบาลทั้งหมดหรืออย่างใดอย่างหนึ่งที่ผู้แสดงความจำนงไม่ประสงค์จะได้รับจากการรักษาพยาบาล

ข้อ 3 การแสดงความจำนงตามข้อ 2 ให้กระทำได้ 2 วิธี ดังนี้

- (1) การแสดงความจำนง เป็นลายลักษณ์อักษร
- (2) การแสดงความจำนง ด้วยวาจา

ข้อ 4 การแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษร จะกระทำไว้ล่วงหน้าหรือในขณะที่เข้ารับการรักษาพยาบาลก็ได้

วิธีการแสดงความจำนงตามวรรคหนึ่ง ให้กระทำตามแบบที่แนบท้ายกฎกระทรวงนี้ หรือสามารถจัดทำด้วยตนเองทั้งฉบับหรือจัดพิมพ์ทั้งฉบับก็ได้ แต่อย่างน้อยต้องมีข้อความหรือรายละเอียดดังนี้

- (1) วัน เดือน ปี ที่เขียนหรือพิมพ์
- (2) ผู้แสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
- (3) ข้อความที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล
- (4) ต้องลงลายมือชื่อและมีพยานอย่างน้อยสองคน พยานก็ต้องลงลายมือชื่อต่อหน้าผู้แสดงความจำนงด้วย

กรณีตาม (4) หากเป็นการแสดงความจำนงโดยวิธีการเขียนผู้แสดงความจำนงจะลงลายมือชื่อโดยจะมีพยานด้วยหรือไม่ก็ได้

ข้อ 5 การแสดงความจำนงด้วยวาจา จะกระทำได้เมื่อปรากฏว่ามีเหตุที่ทำให้ผู้แสดงความจำนงจะต้องตายโดยฉุกเฉิน ซึ่งเหตุดังกล่าวเป็นเหตุพิเศษที่ผู้แสดงเจตนาไม่อาจคาดหมายหรืออยู่ในฐานะที่ไม่อาจแสดงความจำนงเป็นลายลักษณ์อักษรได้

ข้อ 6 การแสดงความจำนงตามข้อ 4 และข้อ 5 หากผู้แสดงความจำนงต้องการมอบหมายให้ผู้อื่นเป็นผู้ตัดสินใจแทนตนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เมื่อตนไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจด้วยตนเองได้ จะต้องระบุหรือแจ้งไว้ล่วงหน้าให้ชัดเจนด้วย

ข้อ 7 ผู้ใดประสงค์จะแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล จะต้องแจ้งความจำนงต่อ

(1) สถานพยาบาลที่จะให้การรักษาพยาบาล หรือ

(2) ผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้รักษา

ข้อ 8 ผู้ที่แสดงความจำนงตามกฎหมายกระทรวงนี้เรียบร้อยแล้ว ต่อมามีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงการแสดงความจำนงใหม่ ก็สามารถกระทำได้โดยให้ถือวันที่ทำการแสดงความจำนงครั้งสุดท้ายเป็นหลักฐาน

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แก้ไขล่าสุด

6 พฤษภาคม 2546

(ร่าง)
แบบแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถานพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะ
สมบูรณ์ ขอแสดงความจำนงที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้า หรือในขณะที่เข้ารับการ
รักษาพยาบาล

ข้อ 1 ถ้าข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุหรือเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าทางกายหรือจิต จนเสีย
หรือสิ้นสติสัมปชัญญะ หรือไม่สามารรถรับรู้หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลได้ ข้าพเจ้าขอ
ให้แพทย์ผู้ทำการรักษาพยาบาลงดเว้นวิธีการตรวจและ/หรือการรักษาพยาบาลใดๆ ที่จะทำให้เกิด
การเสี่ยงว่าหลังวิธีการนั้นแล้ว แม้ข้าพเจ้าจะรอดชีวิต แต่ข้าพเจ้าจะช่วยตนเองไม่ได้ในกิจวัตร
ประจำวัน (เช่น กินนอน ถ่าย อาบน้ำ แต่งกาย เป็นต้น) หรือไม่สามารรถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น
ได้ (เช่น ตาบอดหูหนวก พูดไม่ได้เขียนไม่ได้ เป็นต้น) หรืออยู่ด้วยความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน
อื่นๆ จนกว่าจะสิ้นชีวิต

ข้อ 2 ข้าพเจ้าไม่ต้องการวิธีการตรวจและ/หรือการรักษาพยาบาลด้วยยา การผ่าตัด
การให้น้ำเกลือ การให้เลือด การให้อาหารทางสายยางหรืออินโด ยกเว้น แต่เพื่อบรรเทาความทุกข์
ทรมานของข้าพเจ้าเท่านั้น

ข้อ 3 ข้าพเจ้าขอให้แพทย์และพยาบาลบรรเทาทุกข์ทรมานของข้าพเจ้าได้ แม้ว่าการ
กระทำดังกล่าวจะทำให้ข้าพเจ้าเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

ข้อ 4 ในกรณีที่มิใช่ข้อสงสัยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว.....
ซึ่งเข้าใจเจตจำนงและความต้องการของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี เป็นผู้ตอบข้อสงสัยและตัดสินใจ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้าไม่อยู่ในสภาพที่จะตอบหรือตัดสินใจเองได้
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ)ผู้แสดงความจำนง
(.....)

(ลงชื่อ)ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

(ลงชื่อ)พยาน
(.....)

ตาย อย่างมีศักดิ์ศรี



“บุคคลย่อมมีสิทธิ์ที่จะเลือกรักษาหรือปฏิเสธการรับการรักษาได้ในยามที่คนอยู่ในภาวะปกติ หลักรของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติก็เป็นอย่างนั้น และเราก็เดินต่อไปอีกหน่อยว่า ถ้าอย่างนั้นถึงตอนจะสิ้นชีวิตก็ให้เขาเลือกด้วยสิ แต่ว่าการเลือกนั้นต้องเข้าใจว่าเขาต้องเลือกในขณะที่เขาบิลิตสัมพันธ์กับคุณนะ เป็นการเลือกล่วงหน้าเพื่อบอกให้คนรู้ว่า ถ้าตัวอยู่ในสภาพอะไรแล้วตัวไม่ต้องการรักษาหรือว่าเวลาหมดสติไปแล้วเขาจะได้หยุด แทนที่จะเอาท่อออกซิเจนมาใส่ให้อีก มาเป็นหัวใจอีก ก็จะได้หยุด”

มีชัย กุญพันธ์

ห้องสมุด ๓๐๐ ปี กรมพระยาดำรงราชานุภาพ



00003864

ISBN 974-5067-81-4



9 789745 067813