

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ทวีความสำคัญขึ้น เนื่องจากการพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในทางการแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์มากขึ้น แต่ในบางครั้ง ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ญาติมิตรหรือรัฐต้องสูญเสียไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

เมื่อการแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ และการยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ก็ไม่ใช่วิธีทางออกและก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสังคมเช่นนี้ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia จึงเป็นวิธีการที่นำมาใช้แก้ปัญหา ซึ่งอาจถูกพิจารณาว่าเป็นการฆ่าโดยเจตนา แต่หากพิจารณาประกอบกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยแล้ว เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบ แพทย์ก็ต้องเคารพต่อสิทธิดังกล่าวและยุติการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตของผู้ป่วย การกระทำความผิดของแพทย์จึงถือเป็นการรักษาหรือการปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่ง มิใช่การเจตนาฆ่าและการละเลยไม่ถือว่าเป็นการฆ่าแต่อย่างใด

ประเทศไทยนั้นได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย และการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งได้ให้สิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ และยกเว้นความผิดให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัตินี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ 2 ประการ

ประการแรก การปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยต้องทำเป็นหนังสือเท่านั้นและไม่มีบทบัญญัติให้ผู้อื่นใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาหรือทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ได้ แม้สภาพร่างกายของผู้ป่วยจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้มีสิทธิปฏิเสธการรักษาแล้วก็ตาม

การปฏิเสธการใช้สิทธิโดยผู้แทนนี้ มาจากเหตุผลในเรื่องการใช้สิทธิของผู้แทนที่อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่แท้จริงแล้วการที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ด้วยตนเองได้นั้น เราไม่อาจหลีกเลี่ยงการใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้เลย หากรัฐไม่อนุญาตให้ผู้แทนของผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ก็หมายความว่ารัฐกำลังใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเสียเองโดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมรับการรักษาซึ่งก็อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งรัฐนั้นถูกพิจารณาว่าไม่รู้อะไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเลย และการตัดสินใจของรัฐนั้นมักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคมมากกว่า ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยนั้นเติบโตมากับผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดีและมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นในกรณีนี้จึงควรให้ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ครอบครัวในที่นี้ควรจะหมายถึงผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุดเนื่องจากการที่ได้อยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานาน¹²² ซึ่งได้แก่ สามิ ภริยา บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ป่วยนั่นเอง เพราะเป็นผู้ที่สามารถคาดคะเนอุปนิสัยใจคอกันได้ การตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยควรร่วมกันตัดสินใจและต้องได้รับทราบข้อมูลต่างๆ จากแพทย์อย่างเต็มที่

ประการที่สอง พระราชบัญญัตินี้รับรองให้ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาเท่านั้น แต่ไม่ได้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตของตนเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้ และไม่ได้ยกเว้นความผิดให้แก่แพทย์ที่กระทำการดังกล่าว

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ได้ถูกบัญญัติรับรองไว้ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ เนื่องจากการกระทำความดังกล่าวยังไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการรักษา เพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนั้นมันยังมีปัญหาในเรื่องการควบคุมมิให้การกระทำความดังกล่าวถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดทั้งในด้านแนวความคิดและทางปฏิบัติ เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ได้อนุญาตให้ทำ active euthanasia ได้โดยชอบด้วยกฎหมายแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต่อมาแนวความคิดดังกล่าวได้ขยายออกไปเรื่อยๆ นอกจากนั้นยังมีการทำ active euthanasia โดยที่ผู้ป่วยมิได้ร้องขออีกด้วย ความสามารถในการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพของการรักษาที่เป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ โดยผู้ป่วยอาจร้องขอให้ทำ euthanasia เพียงเพื่อลดภาระรายจ่ายให้แก่ครอบครัวหรือเพื่อหนีจากความเจ็บปวดอันเกิดจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ จึงยังไม่สมควรยอมรับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

สำหรับการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide นั้น แม้ว่าในทางกฎหมายจะไม่ถือว่าการกระทำความดังกล่าวเป็นความผิด แต่ในทางการแพทย์แล้ว การกระทำ

¹²² ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ข หน้าเดิม.

ดังกล่าวไม่ต่างจากการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia เลย เพราะวิธีการและผลลัพธ์นั้นเหมือนกันทุกประการ โดยวิธีการนั้นคือการให้ยาที่มีผลโดยตรงในการยุติชีวิตผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการกระทำนั้นก็คือความตายของผู้ป่วย ดังนั้น การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองจึงไม่ใช่สิ่งที่แพทย์ควรกระทำด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับที่แพทย์ไม่ควรจะทำ active euthanasia และแม้แพทย์จะไม่ได้รับโทษทางอาญาจากการกระทำได้กล่าว แต่แพทย์ก็อาจได้รับโทษเนื่องจากการปฏิบัติที่เป็นการฝ่าฝืนมาตรฐานจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์และอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตรวมทั้งต้องเผชิญกับแรงกดดันทางสังคมอีกด้วย

ขอบเขตที่แพทย์สามารถทำได้ในการยุติความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วย คือ การบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เช่น การให้มอร์ฟินหรือ strong opioid ขนานอื่น ซึ่งแม้ว่าการให้ยาเหล่านี้ในปริมาณมากอาจมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและแพทย์สามารถคาดเห็นถึงผลดังกล่าวนี้ได้ แต่การกระทำได้กล่าวก็ไม่ถือเป็นการฆ่าคนตายโดยเจตนา เพราะแพทย์ย่อมมีหน้าที่ในการรักษาบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและการกระทำได้กล่าวเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติของการรักษาที่ย่อมจะเกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับการผ่าตัดบางชนิดที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้เช่นกัน

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 กรณีผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวอย่างถาวรและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า

เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มิได้กำหนดให้ผู้แทนของผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้ จึงเกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวอย่างถาวรและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวเสียสิทธิในการปฏิเสธการรักษาไปโดยปริยาย ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวง โดยอาจเพิ่มเติมบทบัญญัติดังต่อไปนี้

1) แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเพิ่มเติมนวรรคที่ 4 และวรรคที่ 5 ของมาตราดังกล่าวดังนี้

“ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวรและมีไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ให้ญาติสนิทของผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

การดำเนินการตามวรรคสี่ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง”

2) เพิ่มเติมบทนิยามของคำว่า “ญาติสนิทของผู้ป่วย” และ “ภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร” ในข้อ 2 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีเนื้อหาดังนี้

“ญาติสนิทของผู้ป่วย” หมายความว่า บิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วย

“ภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร” หมายความว่า ภาวะที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้สูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

3) เพิ่มเติมหหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยโดยครอบครัวของผู้ป่วยลงในข้อ 6 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีเนื้อหาดังนี้

“ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวรและมีได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ญาติสนิทของผู้ป่วยทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น และให้ญาติสนิทของผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไปโดยคำนึงถึงเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วย ญาติสนิทของผู้ป่วยจะต้องมีมติเป็นเอกฉันท์”

5.2.2 กรณีการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองไม่อาจถือได้ว่าเป็นการรักษาเพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากแนวความคิดในประเทศไทยโดยทั่วไปแล้วยังไม่ยอมรับว่าการทำผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน นอกจากนั้นมันยังมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการกระทำความผิดทั้งในแง่แนวความคิดและทางปฏิบัติ ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็ได้เกิดขึ้นในประเทศเนเธอร์แลนด์มาจนถึงบัดนี้ นอกจากนั้น ความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการรักษาในประเทศไทย

ยังไม่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตเพื่อลดภาระรายจ่ายให้แก่ครอบครัว หรือ เพื่อยุติความทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ประเทศไทยจึงยังไม่สมควรออกกฎหมายรับรองการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย