

ผู้ป่วยโดยผู้อุปการะดูแล ผู้เขียนจึงเห็นว่าพระราชบัญญัติดังกล่าวควรมีการแก้ไขให้ผู้อุปการะดูแลผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิปฏิเสธรับการรักษาแทนผู้ป่วยได้

วิจัยนี้จึงได้พิจารณาหาทางออกที่พอจะเป็นไปได้ ในกรณีการใช้สิทธิปฏิเสธรับการรักษาแทนผู้ป่วยสภาพพิการถาวรโดยผู้อุปการะดูแลเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ควรมีการเพิ่มเติมบทบัญญัติมารองรับสิทธิของผู้อุปการะดูแล กำหนดหลักเกณฑ์ที่ครอบคลุมและวิธีดำเนินการที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการใช้สิทธิโดยไม่สุจริตของผู้อุปการะดูแล ทำให้การบังคับใช้กฎหมายที่มีความเหมาะสม เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยคำนึงถึงเจตนาและผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

คำสำคัญ: การุณยฆาต, สิทธิผู้อุปการะดูแล, กฎหมายไทย

Abstracts

The objective of this study was to investigate the concept, theory and principle of euthanasia in Thailand on the last period of life to determine the problems and consequences of the patient rights to refuse treatment under Article 12 of the National Health Act 2007; and to study possible solutions in the practice of creating the rights of patient's caretaker and create understanding amongst the patients, families, and medical professionals to end up with the confidence among them that each has the intention to care for the best benefits of the patients. This research was conducted as a qualitative research by using documentary research.

From the study, it was found that Article 12 of the National Health Act 2007 certified that only the patients has the rights to refuse treatment in writing in advance under two conditions, to refuse treatment for delaying death, or to stop the suffering from the illness. In reality, there are many patients that are in a vegetative coma state that are unable to write to express the treatment refusal and the law does provide the rights for the care takers to refuse treatment for patients.

Thus, this research searched for a possible solution for caretakers to be able to refuse treatments for patients in the vegetative coma state to come up with a solution to such issue; there should be additional law that certifies such rights for the caretakers with clear criteria and procedures to prevent wrong doings on the caretakers part. The decision must focus on the patient benefits.

Keywords: Euthanasia, The rights to take care of patients, Thai laws

1. บทนำ

ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์ที่มีความก้าวหน้ามาก เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และการรักษาสามารถช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น จน

ทำให้เข้าใจว่าโรคทุกโรคสามารถรักษาหายได้ และผู้ป่วยไม่ควรรต้องตาย แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ก็ต้องการช่วยชีวิตผู้ป่วย และพยายามยืดชีวิตผู้ป่วยให้อยู่ได้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงใดและผู้ป่วยจะอยู่ด้วยคุณภาพชีวิต

เช่นใด ทั้งนี้ก็เพื่อเจตนาดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติผู้ป่วยก็ต้องการให้ผู้ป่วยที่รักอยู่นานที่สุดไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์ทำการรักษาให้ถึงที่สุด แม้ในบางกรณีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะไม่ดีก็ตาม ด้วยความก้าวหน้าที่พัฒนาอย่างไม่รู้สิ้นสุดเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ จะเกิดประโยชน์มหาศาลเมื่อผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติและกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขได้

แต่ทุกอย่างบนโลกนี้ก็เหมือนดาบสองคม เมื่อมีคุณอนันต์ดังที่กล่าวข้างต้นแล้ว ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างเดียวกันนี้อาจทำให้เกิดโศกมหาศาลได้เช่นกัน ถ้าไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติและไม่สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุขได้ บางครั้งทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533) กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจเพื่อที่จะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความรู้สึก หรือมีเพียงเล็กน้อยจนไม่มีโอกาสกลับมาเป็นปกติได้ การช่วยชีวิตแบบดังกล่าวเป็นการทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และลดคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลง (Dehumanization) (ปีติพร จันทรัตน์ ณ อุทยาน, 2546) ด้วยกระบวนการช่วยยื้อชีวิตของแพทย์ (Life sustaining procedure)

จากปัญหาการยื้อชีวิตของผู้ป่วยออกไป ทำให้การเรียกร้องสิทธิในการตายได้ทวีความสำคัญขึ้น ซึ่งหลายประเทศโดยเฉพาะสังคมตะวันตกนั้นมีการเรียกร้องสิทธินี้กันมากและมีคดีความที่นำขึ้นสู่ศาลเป็นจำนวนมาก ความคิดเห็นหลากหลายเกี่ยวกับการจัดการชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่หมดหนทางเยียวยาให้หายจากการเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ มีศักดิ์ศรี ล้วนมีเหตุผลที่รับฟังได้ทั้งสิ้น ไม่

ว่าจะเป็นมุมมองทางการแพทย์ ศาสนา สังคม และความชอบธรรมทางกฎหมาย ดังนั้นความตายที่ได้ถูกเรียกร้องถึงนั้น จึงเป็นความตายที่ผู้ป่วยได้ใช้สิทธิการตายซึ่งเป็นสิทธิตามธรรมชาติของตน โดยยินยอมให้บุคคลอื่นทั้งที่เป็นบุคคลทั่วไปและบุคคลผู้มีวิชาชีพเฉพาะกระทำการการุณฆาตตนเอง ซึ่งกรณีการการุณฆาตโดยบุคคลทั่วไปพบว่าเป็นสิ่งต้องห้ามในทุกสังคม เพราะถือว่าเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าผู้อื่น แม้ว่าจะเพื่อให้หลุดพ้นจากการทุกข์ทรมานก็ตาม ส่วนการการุณฆาตโดยบุคคลผู้มีวิชาชีพเฉพาะซึ่งได้แก่แพทย์ ในทางวิชาการได้แยกออกเป็น 2 กรณี ดังนี้ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2545)

กรณีหนึ่ง จำแนกตามการกระทำ แบ่งได้เป็นการการุณฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ซึ่งเป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ เช่น การที่แพทย์ไม่สั่งการรักษาเพื่อยืดชีวิตของผู้ป่วย แต่ยังคงให้การดูแลรักษาทั่วไป (Palliative Care) เพื่อช่วยลดความทุกข์ทรมาน จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตไปเอง และการการุณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ เช่น การที่แพทย์ฉีดยา ให้ยา หรือกระทำด้วยวิธีการใดๆ ให้ผู้ป่วยตายโดยตรง (การตายเป็นผลโดยตรงจากการกระทำของแพทย์) ทั้งนี้ การหยุดใช้เครื่องช่วยชีวิตก็ถือเป็นกรณการุณฆาตเชิงรุกเช่นกัน กรณีที่สอง จำแนกตามความสมัครใจ แบ่งได้เป็น Voluntary euthanasia คือ กรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาให้บุคคลอื่นทำการการุณฆาตแก่ตนได้ และ Involuntary euthanasia คือ กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาให้ทำการการุณฆาตแต่บุคคลอื่นตัดสินใจให้ทำการการุณฆาตแก่บุคคลนั้น

จากการศึกษาข้อมูลในประเทศไทยพบว่า สิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น เป็นสิทธิส่วนบุคคล ที่บุคคลอื่นจะต้องยอมรับในสิทธิ นั้น ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยภาพรวมเป็นปัญหาทาง

จริยธรรมมากกว่าที่จะเป็นปัญหาทางกฎหมายคือบุคคลที่เกี่ยวข้องขาดความเข้าใจในเรื่องการตายในวิถีทางของศาสนาหรือปรัชญา ความเชื่อมั่นในระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่เชื่อกันว่ากระบวนการรักษาทางการแพทย์ไม่มีข้อจำกัด แต่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาแตกต่างกันไปตามฐานะทางการเงินของผู้ป่วย ตลอดจนขาดความเชื่อมั่นในตัวผู้ประกอบวิชาชีพด้านเวชกรรมว่าอาจแสวงหาประโยชน์จากผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการนำเอาอวัยวะของผู้ป่วยไปใช้เพื่อประโยชน์ในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ หรือการให้ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายทดลองทางการแพทย์ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ได้บัญญัติรับรองสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยวาระสุดท้าย ในกรณีที่เป็นการรักษาเพื่อยืดความตายหรือเพื่อยุติความทรมาน ไม่ได้เป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย โดยกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการออกกฎกระทรวงเพื่อรองรับในการปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมาย อันส่งผลให้ผู้เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ รวมถึงผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นที่เกี่ยวข้องไม่ต้องรับผิดชอบในทางแพ่งและอาญา ซึ่งเป็นกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่รู้สึกตัวอย่างถาวรและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 และกฎกระทรวงมิได้กำหนดให้ผู้อุปการะของผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวเสียสิทธิในการปฏิเสธการรักษาไปโดยปริยาย อีกทั้งผู้ป่วยประเภทนี้อยู่ในสภาพสิ้นหวังที่จะรักษาให้ฟื้นฟูป็นบุคคลปกติได้ การรักษาโดยการช่วยต่อชีวิตไปไม่มีที่ยุติยอมเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ข้อมตกเป็นภาระแก่ผู้อุปการะผู้ป่วย

ด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในเรื่องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหาการการณขมาตกับสิทธิผู้อุปการะผู้ป่วยตามกฎหมายไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทราบถึงปัญหา ตลอดจนเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างกลไกทางกฎหมายเพื่อเยียวยาและแก้ปัญหาดังกล่าว เพราะบางครั้งความตายผู้ป่วยในความดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นการตายที่สร้างความไม่พึงพอใจแก่ญาติ เพราะความเชื่อและความรู้ กับความเป็นจริงทางการแพทย์นั้นแตกต่างกัน

2. วัตถุประสงค์

ในการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์สำคัญในการศึกษาเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 เพื่อศึกษาถึงแนวคิด ทฤษฎี และหลักการการณขมาตของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย

2.2 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ถึงปัญหาผลกระทบของสิทธิปฏิเสธการรักษา มาตรา 12 และศึกษาแนวทางในการปฏิเสธการใช้สิทธิโดยผู้อุปการะดูแลผู้ป่วย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2.3 เพื่อศึกษาแนวทางในการแก้ปัญหาในการปฏิบัติ เพื่อที่จะให้เกิดสิทธิของผู้อุปการะดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เป็นแนวทางในการพิจารณาแก้ไขปัญหาเพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว กับผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมให้มีความเชื่อมั่นระหว่างกัน ว่าทุกฝ่ายต่างมุ่งหวังในประโยชน์ของการดูแลร่วมกัน

เป็นลายลักษณ์อักษรในประเทศสหรัฐอเมริกา(วิจอร์ย อั้งประพันธ์, 2548) ที่หลายรัฐได้มีการออกกฎหมายใหม่ขึ้นมา อนุญาตผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้วทำเป็นคำสั่งลายลักษณ์อักษรเพื่อสั่งให้แพทย์ที่รักษาตนเลิกทำการใช้วิธีชะลอความตาย (life-sustaining procedures) ได้เมื่อเขาตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย(พรเลิศ นัทรแก้ว, 2554)ก็สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้(Family consent statues) หากผู้ป่วยอ่อนความสามารถ การตัดสินใจนั้นจะต้องเป็นความเห็นร่วมกันระหว่างญาติกับแพทย์ที่รักษา แต่ก็มีกรณีการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของรัฐเอเรกอน เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยที่หมดสติซึ่งไม่ได้สั่งเป็นลายลักษณ์อักษรให้อ่านใจในการที่จะยับยั้งวิธีชะลอความตายไว้ได้แก่

กรณีแรก ถ้าผู้ป่วยหมดสติและตามเหตุผลทางวิชาการและผู้นั้นไม่อาจฟื้นขึ้นมาใหม่ได้โดยแพทย์ที่รักษาได้ตัดสินใจแล้วว่าผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต และการตัดสินใจของแพทย์ได้รับการรับรองจากคณะแพทย์(Committee of Physicians) แล้ว ให้เลิกใช้วิธีการชะลอความตายนั่นได้

กรณีที่ 2 เมื่อแพทย์รักษาได้รับการคำร้องขอจากญาติที่มีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดที่สุดเป็นอันดับแรกของผู้ป่วยและเห็นด้วย ก็ให้เลิกใช้วิธีการนั้นได้เช่นกัน

กรณีที่ 3 ถ้าบุคคลดังกล่าวในกรณีที่ 2 ไม่มีหรือไม่อาจขอร้องได้ แพทย์ที่รักษาก็อาจจะสั่งให้เลิกใช้วิธีการชะลอความตายด้วยตนเองได้

ในประเทศอังกฤษ(วิจอร์ย อั้งประพันธ์, 2548) แพทย์สมาคมประเทศอังกฤษมีความเห็นในเรื่องนี้ว่า การยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในหรือภาวะอื่น ๆ นั้น เป็นสิ่งไม่เหมาะสม แม้ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์

แพทย์ปัจจุบันสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยใกล้ตายออกไปได้ก็ตาม ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง (severe brain damage) อาจจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อีกหลายปี หากมีการรักษาด้วยการยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป แม้ว่าอาการของผู้ป่วยจะสิ้นหวัง ไม่อาจฟื้นคืนได้ก็ตาม ฉะนั้นการดำเนินการที่เหมาะสมในกรณีนี้คือ การยับยั้งหรือยกเลิกการรักษาที่ดำเนินการอยู่ในขณะนั้น (withholding or withdrawing treatments) ซึ่งเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับหลักการสำคัญคือ การตัดสินใจดังกล่าวทำเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย และควรคำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องผู้ป่วย หรือคนในครอบครัวด้วย ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพและศาลอังกฤษเห็นว่ากรณี withholding or withdrawing ไม่มีข้อแตกต่างกันด้านกฎหมายและประเด็นจริยธรรม

5. การอภิปรายผล

การที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้กำหนดการที่ผู้ป่วยมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา มีเงื่อนไข 2 ประการคือ เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยนั้นใจความสำคัญของมาตราดังกล่าวคือ ต้องเป็นการแสดงความประสงค์จากตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น ซึ่งหากผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถแสดงเจตนาได้ก็เท่ากับเป็นการเสียสิทธินี้ไป(วิจอร์ย อั้งประพันธ์, 2530) และสร้างปัญหาแก่ผู้ป่วยภาวะดูแลผู้ป่วย(เกสรฯ ศรีพิชญากา, 2537)ที่ต้องแบกภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลและด้านอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องพิจารณาให้รอบคอบ เพราะในกรณีนี้การตัดสินใจว่าจะอยู่หรือตายเกิดจากการตัดสินใจของคนอื่นที่มีใจตัวผู้ป่วยเอง และมีโอกาสอย่างยิ่งที่

จะสร้างความสับสนวุ่นวายในปัญหาเชิงจริยธรรม เช่น กรณีผู้ป่วยมีมรดกมากมาย แล้วมีผู้อุปการะดูแลมีเจตนาไม่สุจริตต้องการให้ผู้ป่วยตายเพื่อหวังมรดก เป็นต้น ในเรื่องนี้การรับรองสิทธิพิเศษการรักษาไว้เพียงมาตราเดียว อาจทำให้เกิดช่องโหว่ทางกฎหมายตามมา ต้องมีการวางมาตรการที่ชัดเจน รัดกุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลไกในการตรวจสอบเจตนาของผู้แสดงเจตนาแทน ตลอดจนบทกำหนดโทษที่รุนแรงสำหรับผู้อุปการะดูแลที่นำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ หากมีการแก้ไขและเพิ่มเติมบทบัญญัติถึงสิทธิขอปฏิเสธการรักษาโดยผู้อุปการะดูแลผู้ป่วยได้นั้น ก็จะทำให้เกิดประโยชน์และสร้างความมั่นใจระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ให้มีความมั่นใจในระหว่างกัน ว่าต่างฝ่ายต่างมุ่งหวังในประโยชน์ของการดูแลร่วมกัน

6. บทสรุป

เนื่องจากวิทยาการทางการแพทย์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวขึ้น โดยผ่านเครื่องมือทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ ตลอดจนการให้อาหารผ่านเครื่องมือต่างๆ วิทยาการทางการแพทย์เหล่านี้หากทำให้ผู้ป่วยหายปกติและสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างเป็นสุขได้เช่นเดิมก็นับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในทางกลับกันหากเครื่องมือช่วยชีวิตเหล่านี้พันนาการอยู่ในตัวผู้ป่วย โดยที่ไม่สามารถรู้ได้ว่าผู้ป่วยจะหายเมื่อใด เป็นปกติหรือไม่ ก็ย่อมสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยเป็นอย่างมาก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้อุปการะดูแลผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสภาพร่างกาย จิตใจ และฐานะทางการเงินของผู้อุปการะดูแล

เมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ที่บัญญัติรับรองถึงการที่ผู้ป่วย

สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับบริการสาธารณสุข ณ นั้น มีข้อจำกัดอยู่ 2 ประการที่ผู้ป่วยสามารถขอใช้สิทธิตามมาตรานี้ได้ คือ เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต และเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย อีกทั้งมาตรานี้บัญญัติรับรองแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ทำหนังสือแสดงเองเท่านั้น ไม่มีบทบัญญัติให้ผู้อื่นใช้สิทธิแทนได้ หากในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพสลัก ไม่รู้สึกตัวอวัยวะ ย่อมเสียสิทธิดังกล่าวตามมาตรานี้ ภาระทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้อุปการะดูแล ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อุปการะดูแลผู้ป่วยใน “การดูแลรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต” จึงเป็นปัญหาที่ใหญ่และกว้างขวางกว่าปัญหาที่เกิดกับแพทย์และพยาบาล

ดังนั้น หากมีการเพิ่มเติมบทบัญญัติในกรณี “การใช้สิทธิแทนผู้ป่วยโดยผู้อุปการะดูแล” ไว้โดยชัดแจ้งเหตุในการขอใช้สิทธินั้น ก็ย่อมทำให้ปัญหาเหล่านี้ลดลงและทำให้ทุกฝ่ายอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุข

7. กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้สำเร็จลงด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจาก ดร.ญาดา กาศยปนนันท์ อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ผู้วิจัยตระหนักถึงความตั้งใจจริงและความทุ่มเทของอาจารย์ และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สมปอง สุจริตกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.สุรพล ศรีวิทยา กรรมการ และ พ.ต.ท.ดร.สุธี เอี่ยมเจริญยิ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาตลอดเวลาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่าน เพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ นักศึกษาปริญญาโท รุ่นที่ 3 คณะนิติศาสตร์

มหาวิทยาลัยรังสิต ในคำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดมา

ขอขอบพระคุณ พ.ต.อ.ณัฐ สิงห์ศิริ ผู้เป็นบิดา และ นางชื่นจิต สิงห์ศิริ ผู้เป็นมารดา และนางสาวสุภัทรา สิงห์ศิริ น้องสาว ที่เป็นทั้งแรงบันดาลใจ ให้กำลังใจ ดูแล และสนับสนุนทุกอย่างจนสำเร็จ

อนึ่ง ผู้วิจัยหวังว่า บทความฉบับนี้จะมีประโยชน์อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ ให้แก่คณาจารย์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง และขอมอบความกตัญญูตเวทีตาคคุณแต่บิดา มารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่องต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ผู้วิจัยน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป

8. เอกสารอ้างอิง

เกสรรา ศรีพิชญาการ. (2537). เมตตามรณะกับบทบาทพยาบาล. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปิติพร จันทรทัต ณ อุษยา. (2546).ตายอย่างมีศักดิ์ศรี. กรุงเทพฯ : สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

พรเลิศ ภัทรแก้ว. (2554). ก่อนวันผลัดใบ หนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2530). นิติเวชสาธก ฉบับกฎหมายกับเวชปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2533). นิติเวชสาธก ฉบับกฎหมายอาญากับการแพทย์ยุคไฮเทค. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2548). ตายอย่างมีศักดิ์ศรี. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์ดี.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ อนเนก ขมจินดา. (2543). เรื่องยุ่งที่ควรรู้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2545). กฎหมายและข้อระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิญญชน.

สันต์ หัตถ์รัตน์. (2542). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน