



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

ISSN 2408-249X

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒

Vol. 3 No. 2

พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๐

May – August 2017

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม
- กฎหมายควบคุมยาเสพติดเปรียบเทียบ
- การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
- การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
- มาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ : กรณีศึกษา เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย

บทความวิชาการ

- องค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติ
- ขอบเขตของงานนิติเวชและการให้บริการ
- อาวุธชีวภาพ

คำพิพากษาน่าสนใจ



วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒
พฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๐

Vol.3 No.2
May –August 2017

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองระดับโรงพยาบาลส่งเสริม-
สุขภาพตำบล กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม
วรรัตน์ มีครองธรรม..... 135 - 147
- กฎหมายควบคุมยาเสพติดเปรียบเทียบ
ฉัตรสมน พฤตวิญญู..... 148 - 166
- การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาล
วิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
ชลธิรา ปะนาโส..... 171 - 179
- การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
ศรีผาสุข พิงศรีเพ็ง..... 180 - 192
- มาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่าง

ประเทศ: กรณีศึกษา เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนแม่สอด

จังหวัดตาก ประเทศไทย

นรินทร์ทิพย์ ชัยพรมเขียว..... 193 - 210

บทความวิชาการ

- องค์ประกอบของทิวเวาปฏิบัติ

เริงฤดี ปธานวนิช..... 211 - 227

- ขอบเขตของงานนิติเวชและการให้บริการ

วิชาญ เปี้ยนนุ่ม..... 228 - 246

- อารูธชีวภาพ

ธิดารัตน์ นุชถนอม..... 247 - 257

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

- ละเมิดและความรับผิด..... 258 - 260

- การจ่ายเงินทดแทนสำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย..... 261 - 263

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

Public Health & Health Laws Journal

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ ผลงานวิจัย ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในทางวิชาการ
ด้านกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นทางวิชาการด้านกฎหมาย
สุขภาพและสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ นักวิชาการ
และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกสถาบันได้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ
3. เพื่อให้บริการทางวิชาการแก่สังคมในรูปแบบของวารสารวิชาการ
4. เพื่อเป็นเอกสารประกอบการศึกษาในระดับอุดมศึกษา

เจ้าของ

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน- ธันวาคม

ฝ่ายจัดการสารสนเทศ

นางสาวศิริมา ยี่มิเด็น

ฝ่ายจัดการทั่วไป

นางพิศมัย มณีแจ่มใส

วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข Public Health & Health Laws Journal

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.ประยูร พงศ์สฤตกุล
รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงสีล
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาติ โตรักษา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์พระ ศรีศรีนิจิตร

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. ฉัตรสุมน พงศ์มัญญกุล มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชครัตน์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.ยุวณู สัตยสมบูรณ์	มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. เกียรติคุณ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ศ. เกียรติคุณ ดร. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. ดร. พญ. สาวิตรี อัมมวาทย์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ. ดร. ปิยธิดา ตรีเดช	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ข้าราชการบำนาญ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ. ดร. สุรชาติ วัฒนวงศ์	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก กรรมการสภาวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน
รศ. ดร. ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รศ. ดร. วรางคณา จันทร์คง	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
รศ. ดร. พกตร์พิมล มหรรณพ	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
นาวาตรีหญิง ดร. หฤทัย อาจปรั	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
อาจารย์นภาพร อินสิน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยราชภัฏ สกลนคร
ดร. นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
อาจารย์ ดร. นิสิต อินทมาโน	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก มหาวิทยาลัยศรีปทุม
นาวาอากาศเอก นายแพทย์อภัสร์ เพชรสุด	ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์

นายอนุชา กาศลังกา

นายวศิน พิพัฒน์ฉัตร

Manas Ranjan Behera

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก St Theresa International College

บทความที่ได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่าน
ก่อนตีพิมพ์ลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขฉบับนี้เป็นข้อคิดเห็นส่วนบุคคลของผู้เขียนบทความและเจ้าของผลงาน ไม่มีข้อผูกพันกับกองบรรณาธิการวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข

กองบรรณาธิการไม่สงวนสิทธิ์ในการคัดลอกเนื้อหาบทความเพื่อการศึกษาหรือปฏิบัติงาน แต่ให้อ้างอิงแหล่งที่มาให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ท่านที่ประสงค์จะส่งบทความทางวิชาการหรือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพื่อลงในวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข กรุณาส่งมาที่กองบรรณาธิการวารสาร

สำนักงาน

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193

http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

ผู้จัดทำ

บรรณาธิการ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี แขวงทุ่งพญาไท กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0 2644 8833 ต่อ 116 โทรสาร 0 2644 8833 ต่อ 193
e-mail chardsumon.pru@mahidol.ac.th

พิมพ์ที่ บริษัท โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก (1997) จำกัด

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและต้นสังกัดพิจารณาบทความ

อาจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.วัลลภรัตน์ พบศิริ
มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.ยุวณู สัตยสมบูรณ์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะธิดา ขจรชัยกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล

อาจารย์ ดร.กรวรรณ ยอดไม้
มหาวิทยาลัยมหิดล

แพทย์หญิง ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

นายไพศาล ลิ้มสถิตย์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ศาสตราจารย์ นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

รองศาสตราจารย์ ดร.ลาวัณย์ ถนัดศิลปกุล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

นายวศิน พิพัฒน์ฉัตร
สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย

รองศาสตราจารย์ ดร.พัชร์พิมล มหรรณพ
มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

บทบรรณาธิการแถลง

จากการที่กฎหมายเข้ามามีบทบาทต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขอย่างมาก วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุขจึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อรองรับงานวิจัยและงานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพและสาธารณสุข วารสารเล่มนี้ มีเนื้อหาสาระที่น่าสนใจสามส่วน เป็นส่วนที่นำเสนอบทความวิจัยจำนวน 5 บทความ อีกส่วนเป็นบทความวิชาการมีจำนวน 3 บทความ และมีคำพิพากษาศาลฎีกาที่น่าสนใจ 2 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการแพทย์และสาธารณสุข

หากผู้สนใจบทความวิจัยและวิชาการ ผู้สนใจสามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็ม (full text) ได้ ที่ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือ เว็บไซต์ http://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/index.html

รองศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พฤทธิบุญโญ

บรรณาธิการ

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

วรรณ มีครองธรรม*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง และศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกตการณ์ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยจำนวนร้อยละ การวิเคราะห์ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในรูปแบบพรรณนา และวิเคราะห์แบบสังเกตการณ์ในรูปแบบของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปีโดยมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.2 ปี อยู่ในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 37.87 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.23 ผลการศึกษาจากการสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม พบว่า โดยรวมเฉลี่ย $\bar{X} = 3.19$ อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.11 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรม การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพ ของเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย จากผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีข้อจำกัด การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองดังนั้นควรมี การกำหนดบทบาทให้ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย มีการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, หลักเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคอง, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, พื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

* นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

Patient Care for the Terminally Ill Standard in the Hospital, Health District: A case study of Banglean District, Nakhon Pathom Province

Worrarat Meekrongtham*

Abstract

The objectives of this qualitative research were to examine patient care practices following palliative care guidelines, to investigate problems and obstacles in patient care practices following palliative care guidelines in district health promotion hospitals of Banglean District, Nakhon Pathom Province. The population was 66 health personnel. Instruments in the study included interviews and observation forms.

The findings revealed that the majority of participants were female, in the 35-44 age cohort with average age of 38.2 years old, holding a public health officer position (37.87%), and holding a bachelor's degree (75.23%). Regarding the findings from observation on appropriate palliative care practices, it was found that overall practice was rated at a good level ($\bar{X} = 3.19$; $SD = 0.11$). Two practices of palliative care were rated at a very good level from the observation: establishment of a good relationship with the patients and their relatives, and awareness of rights and confidentiality of the patients, and working ethics of the officers.

The study recommends that the allied-health officers in the district health promotion hospitals were still having difficulties in palliative care practices. Thus, clear role assignments and training sessions on the relevant laws for palliative care practices are suggested.

Keywords : palliative care, District Health Promotion Hospitals, Nakhon Pathom Province

* Public Health officials at district health promotion hospitals in Banglean District, Nakhon Pathom Province

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย คือผู้ป่วยที่ใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระยะเตรียมตัวและเตรียมใจในการเผชิญกับความตาย และการเตรียมตัวรับมือเผชิญกับความสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัวของญาติผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการดูแลเป็นพิเศษทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม องค์การอนามัยโลก (2002) ได้ให้ความหมายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคองคือการมุ่งเน้นที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งเผชิญหน้ากับภัยคุกคามกับชีวิต ไม่ว่าจะเป็นโรคใดโดยเน้นการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์และความทรมาน ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แบบองค์รวม

อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) จำนวน 30 ราย และผู้ป่วยส่วนมากกลับมาใช้ชีวิตที่บ้าน และจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานก็จะเสียชีวิต และญาติก็ไม่สามารถรับมือกับความสูญเสียได้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง จึงเข้ามามีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความสบายทั้งกายและใจ แต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงจัดทีมดูแลสุขภาพครอบครัวแบบองค์รวม (ทีมหมอครอบครัว) เพื่อลงไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีในชุมชน (ข้อมูลจำนวนผู้ป่วย Palliative Care อำเภอบางเลน ในปี 2558)

ดังนั้นทางผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตลอดจนศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองให้เป็นไปตามมาตรฐานของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) ในระดับตำบลให้ได้มาตรฐานสืบไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

การดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
2. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. เพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ศึกษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ประชากรในการวิจัยในครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 แห่ง ในเขตอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐมทั้งหมดจำนวน 66 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสังเกตการณ์ในพื้นที่ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้เข้าๆ มาจำแนกเป็นหัวข้อย่อย โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ทศนคติ หมายถึง ความเห็น ความรู้สึกและพฤติกรรมที่แสดงออกของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(หัวหน้าทีมหมอครอบครัว) ที่ร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและวิเคราะห์แบบสังเกตการณ์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปีมากที่สุดมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 38.2 ปี อยู่ในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.87 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.23

จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนมากอยู่ในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข ซึ่งมีขอบเขตค่อนข้างจำกัดในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

2. พฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 การปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ในเขตรับผิดชอบของอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 66 คน (เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 4 สาขาวิชาชีพ) โดยแสดงผลในตารางซึ่งวิเคราะห์เป็นข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

ตาราง ผลการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองใน
เขตรับผิดชอบของอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

รายการสังเกต	โดยรวม		
	$\bar{X}$ (N=66)	S.D.	แปลผล
1. เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจในขอบเขตการปฏิบัติงานตามบริบทวิชาชีพของตนเอง	3.47	0.50	ดี
2. มีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเข้าใจในแนวทางการดูแลทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วย	3.11	0.81	ดี
3. เจ้าหน้าที่มีการประเมินอาการผู้ป่วย และให้การพยาบาลเบื้องต้นได้	3.12	0.77	ดี
4. มีการสอบถามถึงประวัติการเจ็บป่วยทั่วๆไป สิทธิผู้ป่วย ฐานะทางบ้าน ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา และความสัมพันธ์ทางบ้านของผู้ป่วย	2.68	0.66	ดี
5. มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในตัวผู้ป่วย	3.24	0.77	ดี
6. มีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ	3.58	0.58	ดีมาก
7. มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายความรู้สึกออกมา	2.35	0.51	พอใช้
8. มีการซักถามความต้องการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาารมณ์	3.09	0.63	ดี
9. มีการบอกข้อมูลข่าวสารให้ผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยทราบโดยอธิบายถึงธรรมชาติของการเกิดโรค แผนการรักษา	3.24	0.61	ดี
10. มีการแก้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้รับรู้ต่อเหตุการณ์และถูกต้องตามความเป็นจริง	3.42	0.56	ดี
11. มีการอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้ป่วยประคับประคอง	3.38	0.63	ดี
12. มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพ ของเจ้าหน้าที่	3.65	0.48	ดีมาก
โดยรวมเฉลี่ย	3.19	0.11	ดี

ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 66 คน (เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 4 สาขาวิชาชีพ) พบว่ากลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ย $\bar{X}$ เท่ากับ 3.19 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.11 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 2 รายการ คือ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพ ของเจ้าหน้าที่ รายการสังเกตที่เหลือมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมีจำนวน 9 รายการคือ เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในขอบเขตการปฏิบัติงานตามบริบทวิชาชีพของตนเอง มีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเข้าใจในแนวทางการดูแลทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มีการประเมินอาการผู้ป่วย และให้การพยาบาลเบื้องต้นได้ มีการสอบถามถึงประวัติการเจ็บป่วยทั่วไป สิทธิผู้ป่วย ฐานะทางบ้าน ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา และความสัมพันธ์ทางบ้านของผู้ป่วย มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในตัวผู้ป่วย มีการซักถามความต้องการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาารมณ์ มีการบอกข้อมูลข่าวสารให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยทราบโดยอธิบายถึงธรรมชาติของการเกิดโรค แผนการรักษา มีการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้รับรู้ต่อเหตุการณ์และถูกต้องตามความเป็นจริง และ มีการอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้ป่วยประคับประคอง และรายการสังเกตที่เหลือมีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับพอใช้มีจำนวน 1 รายการคือ มีการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายความรู้สึกออกมา

ในภาพรวม ผลการสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 66 คน พบว่ากลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.11 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 2 รายการ คือ มีการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพของเจ้าหน้าที่

เมื่อพิจารณากลุ่มที่ศึกษาวิจัย 4 กลุ่ม พบว่า กลุ่มเจ้าพนักงานสาธารณสุขจำนวน 25 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.10 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 3 รายการคือ มีการอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเข้าใจในแนวทางการดูแลทางด้านร่างกายให้กับผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพ ของเจ้าหน้าที่

กลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 23 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.24 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 3 รายการคือ มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย มีการอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้ป่วยประคับประคอง และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพ ของเจ้าหน้าที่

กลุ่มเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน 8 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.99 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 1 รายการคือ เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจในขอบเขตการปฏิบัติงานตามบริบทวิชาชีพของตนเอง

กลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน พบว่า กลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วย

ระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 5 รายการคือ มีการสอบถามถึง ประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ ไป สิทธิผู้ป่วย ฐานะทางบ้าน ความเชื่อ ค่านิยม ศาสนา และความสัมพันธ์ทางบ้านของผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ มีการแก้ปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพื่อให้รับรู้ต่อเหตุการณ์และถูกต้องตามความเป็นจริง มีการอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้ป่วยประคับประคอง และมีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพของเจ้าหน้าที่

2.2 การเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากการเตรียมข้อมูลผู้ป่วย ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ตลอดจนสภาพแวดล้อมรอบๆ บ้านผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยสอบถามจาก อสม. ที่รับผิดชอบบ้านหลังนั้นจากการแบ่งละแวกบ้านในการดูแลประชาชนในหมู่บ้านอย่างทั่วถึง หลังจากนั้นจึงจัดประชุมทีมหมอบรรลุระดับชุมชนในการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.3 ปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่าตลอดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในแต่ละรายมีความยากง่ายแตกต่างกันทั้งเมื่อพบผู้ป่วยนอนปวดเมื่อย มีเสมหะมาก หรือแม้กระทั่งหายใจเหนื่อยหอบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาส่วนบุคคลตามพยาธิสภาพของโรคนั้นๆ ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ และสิ่งแวดล้อมที่ไม่อำนวยความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย ทั้งปัญหาเกี่ยวกับการดูแลให้ความสะดวกสบายในกรณีผู้ป่วยประคับประคองที่มีปัญหาติดเตียง สำหรับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน ทางผู้ศึกษาได้สรุปเป็น 3 ประเด็นดังนี้

- 1) ปัญหาสภาพแวดล้อมในที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย
- 2) ปัญหาผู้ดูแลต่อเรื่องที่บ้านเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ
- 3) ปัญหาทัศนคติของญาติที่มีต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็น

2.4 การแก้ไขปัญหามาและให้คำแนะนำต่อผู้ป่วย เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือหายใจลำบาก

ผลจากการศึกษาพบว่า เมื่อเจ้าหน้าที่พบผู้ป่วยที่มีอาการปวดหรือหายใจลำบากจะมีวิธีการดำเนินการแก้ไข โดยสอบถามอาการปวดเบื้องต้นของผู้ป่วยว่าปวดมาก หรือปวดน้อย โดยให้ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวดของตัวเอง หายใจลำบากเกิดจากสาเหตุอะไรซึ่งต้องซักถามอาการของผู้ป่วยอย่างละเอียด หลังจากนั้นจึงพิจารณาการรักษาต่อไป ทั้งนี้ต้องทราบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดเนื่องจากอะไร การหายใจลำบากเกิดจากสาเหตุอะไร โรคที่เป็นคือโรคอะไร ในขณะนี้ได้รับการรักษาด้วยยาชนิดใด เพื่อวางแผนในการแก้ไขปัญหามา โดยปรึกษาทีมหมอบรรลุ

2.5 การแก้ไขปัญหามาเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจ

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นว่าผู้ป่วยระยะสุดท้าย กับปัญหาทางสุขภาพจิต มักมาพร้อมๆ กันให้แก้ไขปัญหามาเสมอ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความหดหู่ซึมเศร้าเป็นอย่างมาก ด้วย

เนื่องจากปัจจัยหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น เกิดความสิ้นหวังในชีวิตเนื่องจากเป็นผู้นำครอบครัวหาเงินเข้าบ้าน เกิดการท้อใจเนื่องจากสูญเสียความสามารถในสิ่งที่ตนเองทำได้ หรือรับความจริงเกี่ยวกับโรคที่เป็นไม่ได้ เกิดความกังวลว่าเป็นภาระให้กับผู้ดูแล และอีกหลายๆ สาเหตุที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ป่วย ดังนั้น การแก้ไขจึงต้องพึ่งพาอาศัยหลายๆภาคส่วนในการดูแล เยียวยาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยเอง ไม่ว่าจะเป็นการให้กำลังใจผู้ป่วย การให้ความสำคัญเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทำบทบาทในสังคมได้อย่างปกติ เยียวยาจิตใจโดยการนิมนต์พระสงฆ์จากวัดใกล้ๆ บ้านเพื่อมาให้แนวทางและวิธีคิดในแนวพุทธศาสนา โดยให้มองว่าการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เป็นสัจจะธรรมที่มนุษย์และสิ่งมีชีวิตทุกตัวในโลกใบนี้ต้องพบเจอ มีสติและยอมรับกับความตายที่กำลังจะมาถึง สำหรับปัญหาภาวะซึมเศร้าควรมีการประเมินสุขภาพทางจิตใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบคัดกรองความซึมเศร้า (2Q , 9Q และ 8Q) เพื่อประเมินว่าอยู่ในระดับไหนและนำผลการประเมินความซึมเศร้านี้มาวิเคราะห์และให้คำแนะนำเพื่อวางแผนการดำเนินการดูแลผู้ป่วยต่อไป

2.6 การดำเนินการแก้ไขปัญหาเมื่อผู้ป่วยประสบปัญหาทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม และประเพณี

ผลการศึกษาพบว่า ความเห็นของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหากับผู้ป่วยประสบปัญหาทางสังคม เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวซึ่งเกิดจากความเห็นไม่ตรงกันในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงเกิดปัญหาขึ้น เจ้าหน้าที่ต้องมีการเข้าไปพูดคุยกับผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินความไม่เข้าใจกันระหว่างครอบครัว โดยการสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ หลังจากนั้นจึงนำมาประเมินปัญหา เมื่อได้ข้อสรุปและทราบปัญหาที่เกิดขึ้น จึงนำไปปรึกษาคนในครอบครัวให้เลือกแนวทางที่ดีที่สุดเพื่อประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ในส่วนของผู้ดูแลจะพบกับปัญหาผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งให้ดูแลตนเองเพียงลำพังซึ่งก็ต้องใช้ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเป็นกำลังหลักในการดูแล โดยชี้แจงปัญหาและขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.7 วิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่จะมีการสำรวจข้อมูลและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบว่ามีจำนวนกี่ราย มีผู้ดูแลอยู่ที่บ้านหรือไม่ ร่วมกับการสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย สภาพบ้านที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม จาก อสม. จากนั้นจึงมาเรียงลำดับผู้ป่วยที่ต้องช่วยเหลือเร่งด่วน จากนั้นจึงจัดประชุมทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนเพื่อวางแผนในการออกเยี่ยมผู้ป่วยแต่ละราย ระหว่างการออกเยี่ยมผู้ป่วยจะมีการบันทึกลงแฟ้มประวัติการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อสอบถามปัญหา ของผู้ป่วย เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหในระดับชุมชนก่อน หากปัญหาเกินกว่าทางชุมชนจะดำเนินการแก้ไขได้ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องให้แพทย์ช่วยวินิจฉัย ปัญหาสุขภาพจิตที่จำเป็นต้องขอคำปรึกษาจากนักจิตวิทยา จึงจะมีการขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ซึ่งมีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพต่างๆคอยให้คำปรึกษา

2.8 วิธีการจัดการเกี่ยวกับเรื่องให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจแนวทางการรักษาของตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า การจัดการของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกรับบริการด้านสุขภาพเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของตัวผู้ป่วยเอง และญาติผู้ป่วยในการกำหนดแนวทางการรักษาของตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อและความศรัทธาในวิธีการรักษา ซึ่งปัจจุบันการใช้แพทย์ทางเลือกก็ได้เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นการจัดการของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงได้เพียงแค่ให้ข้อมูลแนวทางการรักษาในด้านต่างๆ

2.9 ความคิดเห็นเกี่ยวกับ เจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย “Living Will” หรือ “ความประสงค์ก่อนตาย” ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพเกี่ยวกับสิทธิการตายดังนี้ ในเชิงหลักการและเหตุผลสามารถกระทำได้หากผู้ป่วยไม่ต้องการเข้ารับการรักษาอีกต่อไป เพราะต้องการตายอย่างสงบที่บ้านโดยไม่มีเครื่องมือแพทย์ระโยงระยางเต็มตัว และหากมีความประสงค์ของคนที่แท้จริงๆ จะต้องมีการทำหนังสือปฏิเสธการรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรโดยที่ ต้องคำนึงถึงจริยธรรมวิชาชีพซึ่งมีหน้าที่ดูแลรักษาเพื่อให้อาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะระยะใดก็ตาม

2.10 วิธีการจัดการ เมื่อผู้ป่วยไม่ปรารถนาได้รับการรักษา หากมีอาการทรุดลง และผู้ป่วยต้องการตายอย่างธรรมชาติ

ผลการศึกษาพบว่า การไม่ปรารถนาได้รับการรักษา หรือ มีความต้องการตายอย่างปราศจากการยื้อชีวิต จากประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปดูแลผู้ป่วย จะได้รับการแจ้งความประสงค์จากญาติ หรือผู้ดูแลที่บ้าน สำหรับการจัดการกับเหตุการณ์ผู้ป่วยไม่ปรารถนาได้รับการรักษาหากมีอาการทรุดลง และผู้ป่วยต้องการตายอย่างธรรมชาติโดยปราศจากการยื้อชีวิต ซึ่งก่อนอื่นต้องทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยก่อนว่าครอบครัวของผู้ป่วยยินยอมที่จะไม่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองหรือไม่ ซึ่งต้องมีการขอคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีสติ สามารถพูดคุยแสดงเจตจำนงในการขอรับหรือไม่ได้รับการรักษา จึงต้องเอาผู้ป่วยเป็นหลักไม่ว่าจะรักษาแบบไหนหรือด้วยวิธีการใดก็ตาม ควรเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยในเรื่องของความพึงพอใจในการรักษาที่ตนเองเลือก โดยไม่จำเป็นว่าการรักษาวิธีนั้นจะถูกหรือผิดก็ตาม แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีสติ หรือไม่สามารถพูดคุยแสดงเจตจำนงต่อผู้ดูแลได้ควรแจ้งให้ผู้ดูแล หรือบุคคลในครอบครัว พิจารณาให้รอบคอบในการยืนยันกับเจ้าหน้าที่ว่าต้องการรักษาโดยการยื้อชีวิตหรือไม่ และเจ้าหน้าที่ต้องมีการบันทึกข้อมูล ความยินยอมของผู้ป่วย และของญาติ ทุกครั้งไม่ว่าจะกรณีใดก็ตาม

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ของเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม

ผลจากการศึกษาวิจัย เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งสรุปได้ว่าการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นจะมีการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วย แบบองค์รวม ทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนให้คำปรึกษาลดความขัดแย้งในครอบครัวในด้านการดูแลผู้ป่วยโดยยึดถือผู้ป่วยเป็นสำคัญ และมีการดูแลทางด้านจิตวิญญาณ ศาสนาโดยให้พระสงฆ์มาให้ข้อคิดการดำเนินชีวิตในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนนั้นจะดำเนินการภายใต้ทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ที่ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นหัวหน้าทีม อสม. จิตอาสา ผู้นำชุมชน ท้องถิ่น และพระสงฆ์ โดยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลียวามะลุนและคณะ (2551) ซึ่งอธิบายถึงรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านโดยมีการดูแลแบบองค์รวม กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณโดยมีภาคีเครือข่ายในชุมชนร่วมกันดูแล เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พระภิกษุสงฆ์และญาติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำหรับข้อจำกัดบางปัจจัยที่เจ้าหน้าที่ระดับชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทางผู้วิจัยได้สรุปประเด็นข้อจำกัดการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ดังนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีเจ้าหน้าที่ สหสาขาวิชาชีพสายสุขภาพที่ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งแต่ละวิชาชีพมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการรักษาที่จำเป็นต้องใช้แพทย์โดยตรง การดูแลสุขภาพจิตใจซึ่งเกี่ยวข้องกับนักจิตวิทยา นักโภชนาการที่ดำเนินการดูแลด้านอาหาร นักสังคมสงเคราะห์ที่ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผลประโยชน์ทางการรักษา แก้ไขปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว หรือแม้กระทั่งเภสัชกรที่มีหน้าที่บริหารยาและเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นเจ้าหน้าที่ที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากมีการออกเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน เมื่อพบปัญหาขึ้นไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม หรือจิตวิญญาณของผู้ป่วย จึงดำเนินการแก้ไขปัญหาได้แค่เบื้องต้นเท่านั้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นงคริักษ์ สัจจานิจการ (2555) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละของการดูแลของเจ้าหน้าที่และเครือข่ายชุมชนที่ทำงานร่วมกันยังไม่ถึงร้อยละ 90 อาจเนื่องมาจากบุคลากรเครือข่ายมีจำนวนน้อยแต่ภาระงานที่ต้องรับผิดชอบมีมาก บางครั้งจึงไม่พร้อมที่จะออกเยี่ยมบ้านพร้อมกันจึงทำให้การประเมินต่อการดูแลบางอย่างไม่ครอบคลุม

ส่วนที่ 3 การพัฒนาการบริการสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากผลการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม ประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 66 คน (เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ทั้งหมด 4 สาขาวิชาชีพ) พบว่ากลุ่มเป้าหมายโดยรวมสามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม โดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 อยู่ในระดับดี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.11 เมื่อพิจารณาตามรายการสังเกตเป็นรายข้อ พบว่า มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในพื้นที่ตามหลักเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองอยู่ในระดับดีมาก มีจำนวน 2 รายการ คือ มีการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีต่อผู้ป่วยและญาติ และ มีการปฏิบัติงานโดยตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วย ความลับของผู้ป่วย และจริยธรรม จรรยาวิชาชีพของเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรรณภรณ์ พัฒนินุญ และคณะ (2555) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย โดยผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงหลังการสูญเสียประกอบไปด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อความไว้วางใจ การดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงกฎหมายและจริยธรรม ผลลัพธ์การดูแลพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับดีมากร้อยละ 77.7 ครอบครัวมีความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองระดับดีมากร้อยละ 81.9

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

- 1) จากผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ยังมีข้อจำกัดการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองดังนั้นควรมีการกำหนดบทบาทให้ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
- 2) ผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ควรมีการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชนอย่างกว้างขวางมากขึ้น
- 3) จากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบว่าประเด็นที่อยู่ระดับพอใช้ส่วนมากคือการจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นสัดส่วน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระบายความรู้สึกออกมาตั่งนั้นทีมหมอครอบครัวระดับชุมชนควรมีการแก้ไขปัญหาโดยการจัดสถานที่เพื่อเอาไว้สำหรับให้คำปรึกษาต่อผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ (2557). “แนวทางการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย”. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2558
Available at <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcorner/แนวทางการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย.pdf>.
- กิตติกร นิลมานัต (2555). **การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต**. กรุงเทพฯ : ชานเมืองการพิมพ์
- ชลียา วามะลุน และคณะ (2551). การเสริมสร้างความหวังและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะซึมเศร้า กรณีศึกษา ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี. มปท.
- เดชา บัวเทศ (2553). สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มปท.
- ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์ (2558). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ภาควิชาการพยาบาลรากฐาน” คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2558. Available at http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th/Patients-with-end-stage/_5.html
- ทรงคุณ จันทกร (2549). การวิจัยเชิงคุณภาพทางวัฒนธรรม”. ภาพสันธิ์ : สถาบันวิจัยศิลปะและวัฒนธรรมอีสาน มหาวิทยาลัยสารคาม, 2549.
- นงคริย์ สัจจานิจการ (2555). ผลการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน.โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. มปท.
- นิรชา อัครธีรกุล, ภัคพงศ์ วงศ์คำ, ธีราพร พ่วงโพธิ์. (2556). “Palliative Care คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับประชาชน”. กรุงเทพฯ : บริษัท สร้างสื่อ จำกัด, 2556.สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2558 Available at <http://www.slideshare.net/UtaiSukviwat-sirikul/palliative-care-48737757>
- ปราณี อ่อนศรี (2557). “บทบาทพยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามความเชื่อทางศาสนา.” **วารสารพยาบาลทหารบก** 15,2 (พ.ค.-ส.ค.) 39.
- รัชฎาพร สีลา, สุกัญญา หังสพฤกษ์, สาคร ภูน้ำเย็น, ชาลิมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, จุฑาทิพย์ พิทักษ์, สายใจ วอนขอพร.(2558). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองสำหรับทีมหมอประจำครอบครัว. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด, 2558.
- วรรณภรณ์ พัฒนินบูลย์ และคณะ (2555).”การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในระยะสุดท้าย หอผู้ป่วยอายุรกรรม 2 โรงพยาบาลร้อยเอ็ด”.วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 30,3 (ก.ค.-ก.ย.) 74.
- สมบัติ ตรีประเสริฐสุข (2546). “ศาสตร์และศิลป์แห่งการดูแลผู้ป่วยเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิต”. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2546.
- สุภางค์ จันทวานิช (2543). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 9 . กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543
- Hermann, C.P. (2001) Spiritual needs of dying patients: A qualitative study. **Oncology Nursing Forum** 28(1) : 67-72.
- WHO (2002).” WHO Definition of Palliative Care”. 2002 .สืบค้นเมื่อ 15 มิถุนายน 2558
Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

กฎหมายควบคุมยาเสพติดเปรียบเทียบ

ฉัตรสมน พฤทธิญาณุ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary research) ศึกษาทบทวนและเปรียบเทียบกับกฎหมายยาเสพติด ประเทศไทย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า ประเทศญี่ปุ่นใช้นโยบายมุ่งปราบปรามการเสพยาเสพติดอย่างเข้มงวด มีมาตรการเชิงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน การให้การบำบัดรักษาผู้ติดยา ประเทศเนเธอร์แลนด์ รัฐจะสร้างระบบบำบัดรักษาให้กับผู้เสพ การให้ความรู้ถึงอันตรายของยาเสพติดต่อสังคมและโรงเรียน รวมทั้งการมีระบบที่ปรึกษาสายด่วน นโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด และบังคับบำบัดสำหรับผู้ติดยาจนเป็นนิสัย ประเทศสหราชอาณาจักรหรืออังกฤษ มีนโยบายที่ผ่อนปรนโทษทางยาเสพติดมากขึ้น เพราะยุทธศาสตร์ยาเสพติดมีประสิทธิผลน้อยมาก ในการลดการเสพยาเสพติดในทางที่ผิดและการจำหน่ายที่ผิดกฎหมาย รัฐบาลอังกฤษจึงได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยาเสพติดปี ค.ศ. 2008-2018 (2008-18 Drug Strategy Plan) ประเทศสหรัฐอเมริกา นโยบายระดับรัฐบาลกลางยังเข้มงวด แต่ในระดับมลรัฐกลับเริ่มทยอยใช้นโยบายลดทอนมากขึ้นในความผิดคดียาเสพติด โดยมองผู้เสพยาเป็นผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นอาชญากร

จากการทบทวนกฎหมายทั้ง 5 ประเทศ มีข้อเสนอแนะ 4 ด้าน ได้แก่ การป้องกัน การปราบปราม การบำบัดรักษา และการลดทอนความผิดทางอาญาของการเสพยาเสพติดชนิดที่ไม่ร้ายแรง เช่น การเสพยาหรือมีกัญชาเพื่อใช้ส่วนตัว โดยใช้การลงโทษระดับกลาง ได้แก่ การทำงานบริการสังคม การกักขัง การคุมความประพฤติแบบเข้มงวด เป็นต้น แต่หากเสพยาขั้นรุนแรงจะต้องเข้าโครงการบำบัดรักษาแบบบังคับ ผู้เสพยาเสพติดซึ่งทางการแพทย์ถือว่าเป็นผู้ป่วย จึงควรได้รับโอกาสมากขึ้นในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีศักดิ์ศรี แม้อาจจะต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาหลายครั้งก็ตาม

คำสำคัญ : กฎหมายยาเสพติดเปรียบเทียบ, ไทย, ญี่ปุ่น, สหรัฐอเมริกา, อังกฤษ, เนเธอร์แลนด์

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Comparative Drug Control Law

Chardsumon Prutipinyo*

Abstract

This study is a documentary research, reviewing and comparing drug laws of Thailand, Japan, USA, England and the Netherlands. It was found that Japan implemented a strict policy against narcotics, with preventive measures to protect harmful health effects, and treatment for addicts. For Netherlands, the state established treatment systems for drug users, educating the dangers of addictive substances on society and schools. This included a hotline counseling system, harm reduction from drug abuse policy, and forced treatment for repeated drug addicts. For United Kingdom or England, it had a more lenient policy on narcotic addiction. This was because drug abuse strategies in the past were not effective at reducing illegal drug use and distribution. The British government therefore developed a 2008-2018 Drug Strategy Plan. For the United States, the federal policy was still strict, but at the state level, it began to gradually adopt a more lenient policy on drug offenses, by looking at addicts as patients rather than criminals.

Based on the review of the laws in five countries, there are four recommendations: prevention, suppression, treatment and criminal mitigation of non-fatal addictive substances, such as personal use of marijuana, or possession of marijuana. These would have intermediate punishments such as contributing for social services, imprisonment, or under strict detention, etc. However, if a person is under severe addiction, he/she will be forced to undergo a compulsory treatment program. Drug users, who are under medical considerations as patients, should be given more opportunities to return to society with dignity, although they may take several sessions of treatment.

Keywords: Comparative Drug Control Law, Thailand, Japan, the United States of America, the United Kingdom, Netherlands

*Department of Public health Administration, Public Health Faculty, Mahidol University

บทนำ

ความจำเป็นในการตรากฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทนั้น แต่ละประเทศต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาเสพติดระหว่างประเทศสามฉบับหลัก เพื่อกำหนดระบบควบคุมยาเสพติด กำหนดความผิด (offense) สำหรับการเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็มีอำนาจอธิปไตยที่จะกำหนดบทลงโทษหรือระวางโทษ (penalties) สำหรับการกระทำต้องห้ามนั้น เช่น กฎหมายของประเทศในภูมิภาคลาตินอเมริกา และภูมิภาคยุโรปมักจะกำหนดอัตราโทษเบากว่าในประเทศในภูมิภาคเอเชียและสหรัฐอเมริกา หรือแต่ละประเทศสามารถขึ้นบัญชียาเสพติดเพิ่มเติม นอกบัญชีควบคุมของอนุสัญญาระหว่างประเทศ รูปแบบในการบริหารจัดการเกี่ยวกับยาเสพติด ย่อมกำหนดไปตามโครงสร้างการบริหารการเมืองการปกครองของแต่ละประเทศ รวมถึงรูปแบบวิธีการตรากฎหมายยาเสพติดก็มีหลายลักษณะ

กฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคีจำนวน 4 ฉบับ คือ อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และพิธีสารแก้ไขฯ ค.ศ. 1972 (Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, as Amended by The 1972 Protocol Amending The Single Convention on Narcotic Drugs, 1961) อนุสัญญาว่าด้วยวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 (Convention on Psychotropic Substances, 1971) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านการลักลอบค้ายาเสพติดและวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1988 (United Nations Convention against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances, 1988) และ อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการต่อต้านอาชญากรรมข้ามชาติที่จัดตั้งในลักษณะองค์กร ค.ศ. 2000 (United Nations, 2004)

ตามอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ. 1961 มิได้กำหนดนิยามของสารเสพติดไว้โดยตรง เพียงแต่ให้ภาพกว้างๆ ว่าสารเสพติดเป็นได้ทั้งสารที่ได้จากธรรมชาติและสารสังเคราะห์ แต่จะเป็นสารใดนั้น อนุสัญญาดังกล่าวกำหนดให้เป็นไปตามบัญชีแนบท้ายอนุสัญญา บัญชี I บัญชี II ซึ่งมาตรา 1 บทนิยามกำหนดความหมาย Schedules ต่อไปว่า “บัญชี I” “บัญชี II” “บัญชี III” “บัญชี IV” (Schedules I, Schedules II, Schedules III, Schedules IV)

สารเสพติดตามบัญชี I และบัญชี II เท่านั้นที่ถือเป็นสารเสพติด ส่วนสารในบัญชี III เป็นการระบุชื่อสารปรุงผสม กล่าวคือ สิ่งผสมด้วยสารเสพติด ซึ่งตัวมันเองไม่เป็นสารเสพติดตามกฎหมาย แต่ต้องอยู่ภายใต้มาตรการควบคุมเดียวกับสารเสพติดที่เป็นส่วนผสมของสารนั้น แต่มีข้อยกเว้นบางประการที่ถูกบังคับใช้ด้วยมาตรการที่ไม่เหมือนกับสารเสพติดที่เป็นส่วนผสมเดิม และบัญชี VI ระบุสารเสพติดที่มีแนวโน้มเป็นพิษที่จะมีการใช้ในทางที่ผิด และก่อให้เกิดอันตราย และไม่มีการชดเชยด้วยประโยชน์ในทางการบำบัดรักษาเป็นสารเสพติดที่อยู่ภายใต้บังคับของมาตรการควบคุมพิเศษ สารเสพติดในบัญชี I ที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย เช่น เฮโรอีน โคคาอิน ผีน พิษฝิ่น สารสกัดเข้มข้นของต้นฝิ่นแห้ง มอร์ฟีน พิษโคคา กัญชา เป็นต้น

สำหรับบทลงโทษสำหรับการกระทำผิดเกี่ยวกับสารเสพติดนั้น อนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยสารเสพติด ค.ศ.1961 มาตรา 36 บัญญัติไว้ว่า ภายใต้ข้อจำกัดแต่ละรัฐธรรมนูญของแต่ละภาคีภาคีควรรับมาตรการที่ประกันการกระทำเกี่ยวกับสารเสพติดที่ขัดกับอนุสัญญาว่าเป็นความผิดที่ต้องถูกลงโทษทางอาญา เมื่อกระทำโดยเจตนา และอาจถูกลงโทษโดยการจำคุกหรือโทษอื่นซึ่งตัดเสรีภาพอย่างเพียงพอ แต่สำหรับกรณีที่เป็นผู้ใช้สารในทางที่ผิด ภาคีอาจกำหนดทางเลือกอื่นในการบังคับหรือลงโทษเป็นมาตรการในการรักษา ให้การศึกษา ดูแล ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกลับคืนสู่สังคม

ประเทศไทยอนุวัติอนุสัญญาและรับพิธีสารแก้ไขอนุสัญญาดังกล่าวข้างต้นในที่ประชุมสหประชาชาติในวันที่ 6-24 มีนาคม ค.ศ. 1972 และมีการปรับแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องยาเสพติดหลายครั้ง อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมา ประเทศไทยอยู่ระหว่างการปรับปรุงกฎหมายยาเสพติด การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายปัจจุบัน ระดับสากล เปรียบเทียบกับกฎหมายไทย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์ การศึกษานี้จะนำไปใช้เพื่อเป็นหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนผลักดันนโยบายต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Documentary research) เป็นการวิเคราะห์กฎหมายยาเสพติดระหว่างประเทศที่ประเทศไทยเป็นรัฐภาคี และเปรียบเทียบกฎหมายระหว่างกฎหมายญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ทบทวนกฎหมายยาเสพติด 5 ประเทศ ดังนี้

1. กฎหมายยาเสพติดประเทศไทย

ปัจจุบันการตรากฎหมายยาเสพติดของไทยจำแนกได้เป็น 5 กลุ่มกฎหมาย คือ

1) กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมตัวสารตามบัญชีอนุสัญญาระหว่างประเทศและที่ได้เพิ่มเติมขึ้น กำหนดความผิดและการลงโทษสำหรับการฝ่าฝืน ได้แก่ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษฯ พ.ร.บ. วัตถุที่ออกฤทธิ์ฯ

2) กฎหมายเกี่ยวกับการสืบสวนพิเศษ การดำเนินคดี การรับฟังพยานหลักฐาน ได้แก่ พระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความอาญา พ.ร.บ. พินัยกรรม พ.ร.บ. การป้องกันและปราบปรามยาเสพติดฯ

3) กฎหมายเกี่ยวกับการริบทรัพย์สิน ได้แก่ พระราชบัญญัติมาตรการในการปราบปรามผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติดฯ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการฟอกเงินฯ

4) กฎหมายเกี่ยวกับมาตรการทางเลือก เช่น มาตรการชะลอการฟ้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดฯ และ

5) กฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายระดับชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติดฯ

2. กฎหมายยาเสพติดประเทศญี่ปุ่น

กฎหมายว่าด้วยสารเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ (The Narcotics and Psychotropics Control Law) บัญญัติขึ้นในปี พ.ศ. 2496 (ค.ศ. 1953) เพื่อควบคุมยาเสพติดวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ญี่ปุ่นมีกฎหมายแยกจากกันในการควบคุมยาเสพติดอยู่ 5 ฉบับ (Japan's 5 Drug-related Laws) ได้แก่

1) กฎหมายยาเสพติดและควบคุมวัตถุออกฤทธิ์ (Narcotics & Psychotropics Control Law)

สารเสพติดภายใต้กฎหมายนี้ ได้แก่ สารเสพติด ผิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน (143 ชนิด) สารวัตถุออกฤทธิ์ (79 ชนิด) วัตถุพิษที่มีสารเสพติด (18 ชนิด) พืชเสพติด (5 ชนิด) จุดประสงค์เพื่อควบคุมการนำเข้า ส่งออก การผลิต ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และมีมาตรการเชิงป้องกัน การบำบัดรักษาผู้ติดยา และส่งเสริมงานสวัสดิการสำหรับผู้ติดยา

2) กฎหมายควบคุมกัญชา (Cannabis Control Law)

กรณีปลูกหรือนำเข้า - ส่งออกกัญชาโดยผิดกฎหมาย จำคุกไม่เกิน 7 ปี หากการกระทำดังกล่าวเป็นไปเพื่อค้ากำไร มีความผิดจำคุกไม่เกิน 10 ปี หรือจำคุกไม่เกิน 10 ปี และปรับไม่เกิน 3 ล้านเยน (ประมาณ 1.14 ล้านบาท) (Article 24, Cannabis Control Law) ส่วนกรณีมีไว้ รับประทาน หรือถ่ายโอนไปซึ่งกัญชา โทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หากการกระทำดังกล่าวเป็นไปเพื่อค้ากำไร จำคุกไม่เกิน 7 ปี หรือจำคุกไม่เกิน 7 ปี และปรับไม่เกิน 2 ล้านเยน (ประมาณ 7.6 แสนบาท) (มาตรา 24-2, Cannabis Control Law)

3) กฎหมายฝิ่น (Opium Law)

ในส่วนของผู้ปลูก ผู้ใดปลูกต้นฝิ่น มีฝิ่นไว้ในครอบครอง ส่งออกหรือนำเข้าฝิ่น มีโทษจำคุกอย่างน้อย 1 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี กรณีผู้กระทำความผิดนี้กระทำให้ไปเพื่อค้ากำไร มีโทษจำคุกอย่างน้อย 1 ปี เช่นกันและปรับไม่เกิน 5 ล้านเยน (มาตรา 51 (1), Opium Law) การสูบฝิ่น มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี ส่วนผู้ที่จัดหาสถานที่ให้สูบฝิ่นเพื่อการค้ากำไร มีโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน แต่ไม่เกิน 7 ปี

4) กฎหมายควบคุมสารกระตุ้น (Stimulants Control Law)

กรณีผู้นำเข้าหรือส่งออกจากประเทศซึ่งสารกระตุ้น หรือสารกระตุ้นแปรรูป มีโทษจำคุกไม่น้อยกว่า 1 ปี (มาตรา 41(1), Stimulant Control Law) หากการนำเข้า ส่งออกดังกล่าวกระทำให้ไปเพื่อการค้ากำไร มีโทษจำคุกและต้องทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี ในบางกรณีอาจมีโทษจำคุกและต้องทำงานไม่น้อยกว่า 3 ปี รวมทั้งมีโทษปรับไม่เกิน 10 ล้านเยน (Article 41(2), Stimulant Control Law)

5) กฎหมายควบคุมยาเสพติดเฉพาะ (Narcotics Special Law)

กฎหมายข้างต้นนี้บัญญัติขึ้นในปี พ.ศ. 2493 (ค.ศ. 1950) และมีการทบทวนแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับอนุสัญญาสหประชาชาติเพื่อต่อต้านกฎหมายยาเสพติดและสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (United Nations Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances) กฎหมายไม่ได้ถูกบัญญัติในกฎหมายมาก่อนที่ประเทศสหรัฐอเมริกา

จะเข้ายึดครองญี่ปุ่นในช่วงหลังสงคราม ผันเป็นสิ่งที่ต้องห้ามในระหว่างการฟื้นฟูยุคเมจิของประเทศญี่ปุ่น สารกระตุ้นที่มีมากที่สุด “ยาบ้า” (methamphetamine) เป็นยาที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในกลุ่มทหารและคนงาน

กฎหมายควบคุมยาเสพติด (Narcotic Control Law) ของประเทศญี่ปุ่น ได้บัญญัติบังคับให้ผู้ติดยาต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งค่อนข้างได้ผลในการควบคุมการเสพติด โดยกำหนดให้การบำบัดรักษาเป็นส่วนหนึ่งของคำพิพากษาคดียาเสพติด ในทางกลับกัน ผู้ติดยาเสพติดชนิดอื่นรวมถึงยาบ้าและสารระเหยจะอยู่ภายใต้กฎหมายควบคุมสารกระตุ้น (the Stimulant Control) กฎหมายวัตถุมีพิษและให้โทษ (the Poisonous and Deleterious Substance Laws) ซึ่งได้มีการบังคับรักษา แต่หากบุคคลใดไม่สมัครใจจะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะอันตรายที่ควรจะต้องรับการรักษาหรือไม่ โดยใช้กฎหมายสุขภาพจิต (the Mental Health Law) ส่วนยาบ้า และสารระเหย รัฐบาลเน้นที่การควบคุมคู่ไปกับระบบสาธารณสุข อันเป็นตัวอย่างที่ดีของการป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติด

ประเทศญี่ปุ่น มีนโยบายมุ่งปราบปรามการเสพยาเสพติดอย่างหนัก เป็นไปตามตัวแบบทางยุติธรรม (Justice Model) ที่เน้นการใช้กฎหมายนำหน้า เน้นที่การบังคับใช้กฎหมายควบคู่ไปกับระบบสาธารณสุข รวมถึงการทำงานเชิงป้องกัน (Prevention) มากกว่า โดยเฉพาะในหมู่เยาวชน การใช้การควบคุมทางสังคมผ่านระบบความเชื่อและระเบียบวินัยของประชาชน และการบังคับบำบัดรักษาอยู่ในคำพิพากษาลงโทษผู้ติดยา แต่การบังคับบำบัด กรณียาบ้าและสารระเหยขึ้นอยู่กับ การประเมินว่าบุคคลนั้นติดอยู่ในระดับอันตรายมากหรือไม่ ส่วนในกรณีสมัครใจรับการบำบัดรักษา ผู้ติดยาต้องลงทะเบียนแสดงตน

3. กฎหมายยาเสพติดประเทศสหราชอาณาจักร

ปัจจุบัน มีกฎหมายควบคุมยาเสพติดมากกว่า 25 ฉบับ ตามกฎหมายว่าด้วยการใช้ยาในทางที่ผิด (Misuse of Drugs Act: MDA) (ซึ่งเทียบเท่ากับ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษของไทย) ควบคุมการใช้ยาตามบัญชีรายชื่อ (ซึ่งรวมถึงยาที่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรคและยาที่ไม่มีคุณสมบัติเป็นยารักษาโรค) ในข้อบังคับนั้นได้มีการจำแนกพฤติการณ์การนำเข้า ผลิต จัดส่ง ครอบครองไว้เพื่อการจัดส่งและครอบครองยาควบคุมภายใต้บัญชีหมวด II (schedule II) ของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ยาที่ถูกจำแนกตามหลักการบัญชี ก ข ค (class A B C) เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงระดับอันตรายที่เกิดกับบุคคลหรือสังคมเมื่อใช้ผิด แต่แต่ละประเภทมีโทษสูงสุดต่างกันที่นำมาใช้กับการกระทำที่ต้องห้ามอันเนื่องจากยา

- บัญชี ก ประเภทนี้สำรองไว้สำหรับยาอันตรายมากกว่าซึ่งถูกลงโทษหนักมาก ได้แก่ สารที่มีส่วนประกอบของเฮโรอีน มอร์ฟิน สารคล้ายมอร์ฟินช่วยระงับปวดได้ โคเคน ผันและสารก่อประสาทหลอน เช่น ยาอี เห็ดหลอน (psilocybin mushrooms) และแอลเอสดี (LSD) นอกจากนี้ก็ยังรวมถึงกัญชาซึ่งมีลักษณะเป็นของเหลว (น้ำมันกัญชา) แคนนาบินอยด์ และอนุพันธ์ของกัญชา (cannabinol derivatives) และ ยาบัญญัติ ข ที่ทำเพื่อผิด

- บัญชี ข ประเภทยาที่ประกอบด้วยกัญชา ยางกัญชา สารฝิ่นที่มีฤทธิ์อ่อน (codeine) สารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์กระตุ้นแรง (oral amphetamines) codeine และ methylphenidate และ sedatives (barbiturates)

- บัญชี ค ประเภทยาสำรองไว้สำหรับยาอันตรายน้อยที่สุด ได้แก่ tranquilizers, สารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์กระตุ้นน้อยบางชนิด GHB, ketamine, diazepam, flunitrazepam และ mild opioid analgesics

ในปี พ.ศ. 2547 ซึ่งได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมโดยสภาที่ปรึกษา (Advisory Council on the Misuse of Drugs) โดยยาเสพติด 2 ประเภทแรก เป็นยาเสพติดอันตรายมีการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวใหม่ โดยกำหนดให้เปลี่ยนกัญชาจากบัญชี ข เป็น ค (class B เป็น C) ทำให้โทษเบาลง ให้สอดคล้องกับความเป็นจริงว่า ประชากรกว่าร้อยละ 44 ใช้กัญชาเป็นปกติ ซึ่งสูงสุดในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วทั้งหมด การปรับแก้ไขนี้เพราะเจ้าหน้าที่ตำรวจได้พัฒนาแนวปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 จนรัฐสภายอมรับแนวคิดดังกล่าวของตำรวจ ในปี พ.ศ. 2548 การครอบครองกัญชาในปริมาณเล็กน้อย จึงไม่มีความผิดอาญาอีกต่อไป เว้นแต่ผู้ใช้เป็นเด็กที่ต่ำกว่า 17 ปี การครอบครองโดยปริมาณสูง ใกล้โรงเรียน สนามเด็กเล่น และหรือมีพฤติการณ์ที่น่าเชื่อว่าจะมีไว้เพื่อจำหน่ายให้แก่เยาวชน จึงจะถูกจับและฟ้องคดี

ในศตวรรษที่ 20 มีการเพิ่มความเข้มงวดในการควบคุมการผลิต การจำหน่าย และการใช้สารที่ไม่เคยมีการควบคุมมาก่อนโดยรัฐบาลในสารเสพติดใหม่หรือมีการใช้น้อย เช่น กัญชา แอมเฟตามีน และแอลเอสดี ก่อนที่สารเสพติดเหล่านี้ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคมอังกฤษ (Davies et al., 2011)

ข้อถกเถียงในประเทศอังกฤษเกี่ยวกับกัญชาซึ่งเป็นยาเสพติดในบัญชี ค มีอยู่ 2 ประเด็น กล่าวคือ (1) การทำให้กัญชาที่ใช้ในด้านการดูแลสุขภาพ และ (2) การใช้กัญชาในการรักษาโรค อย่างไรก็ตาม ในอังกฤษยังคงห้ามมิให้ใช้กัญชาในด้านการดูแลสุขภาพ MDA บัญญัติให้การปลูก การผลิต การมีไว้ในครอบครองหรือจัดส่งกัญชาไปให้ผู้อื่นเป็นความผิด แต่การอนุญาตให้ปลูกกัญชาได้เพื่อวัตถุประสงค์ในการพัฒนาที่ใช้กัญชาเป็นฐาน การวิจัยทางคลินิกทำได้ แต่การใช้กัญชาเป็นยารักษาโรครังก็ยังคงต้องห้ามอยู่

ในรายงานการใช้ยาที่ผิดตามกฎหมาย the Misuse of Drugs Act (1971) ในสกอตแลนด์ ได้มีการกล่าวถึงการใช้ดุลยพินิจของตำรวจ โดยเฉพาะในเรื่องกัญชาหลายคดี ตำรวจใช้วิธีการตักเตือนและยอมความกัน โดยไม่ต้องขึ้นศาล ส่วนอังกฤษและเวลส์ใช้หนังสือเตือนและเงินค่าปรับ การตักเตือนลงบันทึกในประวัติ สำหรับความผิดฐานการนำเข้าและการส่งออก การยอมความกัน การเสียค่าปรับแทนการฟ้องร้องคดี อาจจะใช้ในคดีที่เกี่ยวข้องกับการมีกัญชาน้ำหนักไม่เกิน 10 กรัม ขณะที่การยอมความกันไม่ได้ลงบันทึกไว้ในประวัติอาชญากร แต่อาจจะถูกอ้างอิงในกระบวนการพิจารณาคดีในภายหลัง ทั้งนี้ การบังคับใช้กฎหมาย MDA ได้ผลเป็นที่พอใจ แต่มีปัญหาอยู่บ้างบางกรณีที่แตกต่างกันในเรื่องการตักเตือนและการยอมความและความไม่แน่นอนของอัตรา

การตกเตือนระหว่างในกลุ่มตำรวจ กว่าครึ่งหนึ่งถูกตกเตือนในความผิดฐานกัญชา ปัจจุบันก็เป็นผลที่ปฏิบัติได้จริงและเป็นไปตามสัดส่วน (Nutt, et al., 2010)

4. กฎหมายยาเสพติดประเทศสหรัฐอเมริกา

รัฐบัญญัติควบคุมยาเสพติด (The Controlled Substances Act : CSA) เป็นกฎหมายควบคุมยาเสพติดของรัฐบาลกลางสหรัฐฯ ภายใต้การควบคุมการผลิต นำเข้า ครอบครอง การใช้ และการกระจายตัวของสารบางชนิด กฎหมายนี้ผ่านรัฐสภาคองเกรสแห่งสหรัฐอเมริกาครั้งที่ 91 ปี ค.ศ. 1970 และลงนามในกฎหมายโดยประธานาธิบดีริชาร์ด นิกสัน รัฐบัญญัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดการปฏิรูปการเปิดเสรีนโยบายยาเสพติด การบังคับใช้กฎหมาย และวิธีการที่เป็นระบบในการควบคุมการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท นอกจากนี้ กฎหมาย CSA นี้ยังทำหน้าที่เป็นผู้นำดำเนินการสำหรับการประชุมอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติด (the Single Convention on Narcotic Drugs) (Pub.L. 91-513, 84 Stat. 1236, enacted October 27, 1970, codified at 21 U.S.C. § 801 et. seq.)

กว่าสามทศวรรษ สภาคองเกรสของสหรัฐฯ ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายส่วนของการลงโทษมากขึ้น การแก้ไขนี้ซึ่งทำให้หน่วยงานบังคับใช้กฎหมาย (the Drug Enforcement Administration) ใหญ่กว่าสำคัญกว่าหน่วยเฝ้าระวังรักษายาเสพติด และการลงโทษเพิ่มขึ้นอย่างมากสำหรับการค้าที่ผิดกฎหมาย (illicit trafficking) เปลี่ยนแปลงกฎหมายเข้าสู่ "สงครามยาเสพติด" (drug war) เป็นวิธีการที่เข้มงวดทางอาญา โดยปี ค.ศ. 1980 มีความยืดหยุ่นและการควบคุมยาเสพติดลดลง (กลยุทธ์ยุคนิกสัน) (Courtwright DT, 2004) การออกกฎหมายจำแนกประเภทได้ 5 กลุ่มที่มีคุณสมบัติที่แตกต่างกันจำแนกตามหน่วยงานเจ้าของรัฐบาลกลาง กลุ่มบังคับใช้กฎหมาย และกลุ่มอาหารและยา

ในปัจจุบัน ยังมีกรรองเรียนต่อฝ่ายบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้จัดกลุ่มกัญชาใหม่เป็นข้อมูลในการจัดกลุ่มภายใต้กฎหมายกลาง CSA กัญชาควรอยู่ในกลุ่มที่ 1 นั้น กระทรวงยุติธรรมได้พิจารณาเหตุผล 8 ข้อด้วยกันคือ 1) ศักยภาพที่แท้จริงหรือที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิด 2) หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แสดงผลข้างเคียงของยา 3) สภาวะปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับยาเสพติด 4) ประวัติและรูปแบบการใช้ยาประเภทนั้นในทางที่ผิด 5) ขอบเขต ระยะเวลา และความสำคัญของการใช้ในทางที่ผิด 6) ความเสี่ยงต่อสาธารณสุขหรือไม่ 7) คุณสมบัติของยาที่มีความเป็นไปได้ในการติดยาทางด้านจิตใจและร่างกาย และ 8) ดูว่ายาเป็นต้นตอของสารที่ควบคุมภายใต้ CSA หรือไม่ ผลคือการรกรเรียนเพื่อให้มีการจัดกลุ่มใหม่ได้รับการปฏิเสธ กัญชามีความเสี่ยงสูงที่จะถูกนำไปใช้ในทางที่ผิด สำนักงานอาหารและยา (The Food and Drug Administration) จึงยังไม่ได้อนุญาตให้ใช้กัญชาในทางการแพทย์หรือการรักษา

กฎหมายระดับมลรัฐ

1. สารสำคัญของกฎหมาย

ในสหรัฐอเมริกา มีกลุ่มร่างกฎหมายที่เรียกว่า “National Conference of Commissioners on Uniform State Law” เพื่อสนับสนุนการใช้กฎหมายเหมือนกันทั่วทั้งประเทศ การร่างกฎหมาย The Uniform Controlled Substances Act หลังสุดในปี พ.ศ. 2537 กฎหมายกำหนดรายละเอียดกิจกรรมต้องห้าม แต่รายละเอียดเฉพาะเรื่องการปรับ และการลงโทษยังคงปล่อยให้เป็นอำนาจของแต่ละมลรัฐ มลรัฐส่วนใหญ่มีส่วนสำคัญของพระราชบัญญัติมาใช้

2. ความผิดและโทษ

ความผิดคดียาเสพติดแต่ละมลรัฐมีความแตกต่างกันไป เช่น การครอบครองและจำหน่าย โคเคน กัญชา ยาบ้า ยาอี จะขึ้นอยู่กับปริมาณยาเสพติดกรณีมีกัญชา มลรัฐส่วนใหญ่จะดำเนินการไปในแง่ของการมีไว้เพื่อบำบัดรักษา มีเพียง 2 รัฐที่มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ส่วนโทษปรับนั้น มีตั้งแต่ 0 ถึง 150,000 เหรียญ

การครอบครองกัญชายังคงเป็นการกระทำผิดตามกฎหมายรัฐบาลกลาง แต่มี 8 มลรัฐ ที่มีกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาเพื่อใช้ในการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่การจับกุมยาเสพติดส่วนใหญ่จะทำ โดยเจ้าหน้าที่ของมลรัฐและท้องถิ่น เนื่องจากรัฐบาลไม่สามารถบังคับให้ตำรวจรัฐและท้องถิ่นบังคับใช้กฎหมายที่ออกโดยรัฐบาลกลางได้ ผู้ใช้กัญชาในฐานะยามักจะสามารถหลีกเลี่ยงการดำเนินคดีฟ้องร้องในรัฐเหล่านี้ได้

5. กฎหมายยาเสพติดประเทศเนเธอร์แลนด์

สำหรับกฎหมายฝิ่น (Dutch Opium Act) แบ่งยาเสพติดเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ยาเสพติดร้ายแรง (hard drugs or unacceptable risks) เช่น เฮโรอีน โคเคน ยาอี (ecstasy) และ 2) ยาเสพติดไม่ร้ายแรง (soft drugs) เช่น ผลิตภัณฑ์กัญชา (cannabis products) ผู้กระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติดประเภท 1) จะต้องระวางโทษรุนแรง

แต่สำหรับผู้กระทำผิดยาเสพติดประเภทสอง จะไม่ถูกปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้กระทำผิดอาญา โดยรัฐจะสร้างระบบบำบัดรักษา ให้กับผู้เสพ โดยเฉพาะสารเสพติดประเภทกัญชา/กัญชง (Hemp / Cannabis product) แต่ผู้เสพยาเสพติดประเภทแรก จะต้องถูกลงโทษอย่างรุนแรง ปัจจุบันนโยบายความผิดทางอาญาสำหรับยาเสพติดไม่ร้ายแรง เช่น การมียาเสพติดประเภทสองไม่เกิน 5 กรัม จะไม่ถูกฟ้องร้องเป็นคดีอาญา ภายใต้คำแนะนำของ Public Prosecution Service Guideline (1996) เว้นแต่การกระทำดังกล่าวเกิดขึ้นในสถานที่ซึ่งมีเด็กและเยาวชนใช้เป็นปกติ แต่ถ้าเกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทแรกจะถูกลงโทษร้ายแรง และจะเพิ่มโทษหนึ่งในสาม เพิ่มโทษจำคุกสูงสุดอีก 12 ปี สำหรับการจำหน่ายยาเสพติดร้ายแรง หากกระทำผิดซ้ำเป็นนิสัย

นโยบายยาเสพติดของเนเธอร์แลนด์อย่างเป็นทางการมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อ 1) เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดและการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 2) เพื่อลดอันตรายต่อผู้ใช้ 3) เพื่อลดผู้ติดยาเสพติดและความปลอดภัย 4) เพื่อต่อสู้กับการผลิตและการค้ายาเสพติดภายใน (EMCDDA National report 2007: Netherlands) กรณีนี้ทำให้เกิดแรงต้านระหว่างประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศอื่น ๆ เกี่ยวกับนโยบายสำหรับกัญชา

การทำให้กัญชาเป็นสิ่งถูกต้องตามกฎหมายของกัญชา (legalization of cannabis) ยังคงมีข้อโต้แย้งการบำบัดช่วยผู้ติดเฮโรอีน (heroin-assisted treatment) ในปี พ.ศ. 2548 มีกฎหมายใหม่ เรียก “Amsterdam drugs Laws” กฎหมายนี้อนุญาตให้ขายกัญชาในร้านกาแฟ (coffeeshops) ได้ โดยกำหนดให้คนที่มียาเสพติดสามารถเข้าร้านประเภทนี้ได้ โดยบัตรนี้ใช้ได้เฉพาะที่อาศัยอยู่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับบัตร (เรียก 'weed pass') บัตรนี้ได้นำมาใช้ทันทีโดยหลายจังหวัด รวมทั้งเมือง Maastricht และ Eindhoven และอัมสเตอร์ดัมในปี พ.ศ. 2555 จากการทดลองนี้ มีร้านกาแฟจำนวนไม่มากในภาคใต้ของประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พร้อมใช้กฎหมายใหม่นี้ แต่ผู้อยู่อาศัยจะบ่นเรื่องปัญหาอาชญากรรมที่สูงขึ้นเพราะการค้ายาเสพติดตามท้องถนน (The Amsterdam Herald, 11 June 2012)

ประเทศเนเธอร์แลนด์ตีความอนุสัญญาไปทางในที่เป็นคุณกับการใช้ยาเสพติด ซึ่งแตกต่างกันในระหว่างประเทศ ทั้งที่เป็นรัฐภาคีของอนุสัญญาเดี่ยว ค.ศ. 1961 และ ค.ศ. 1988 ทั้งนี้ นโยบายหลัก คือ การดูแลรักษาผู้เสพยาเสพติด เพราะหากปล่อยไว้จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพของสังคมโดยรวม ในปี พ.ศ. 2551 รัฐบาลได้จัดตั้งคณะทำงานระดับชาติเกี่ยวกับการเพาะปลูกพืชกัญชา/พืชเฮมพ์ (National Taskforce on Organized Hemp Cultivation)

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 รัฐบาลมีคำสั่งห้ามการเพาะปลูกและการใช้เห็ดหลอน (entheogenic mushrooms) เนื่องจากการเสียชีวิตจากการใช้เห็ดมายานี (MacIntyre, 2007) ปี พ.ศ. 2551 เห็ดหลอนประเภททั้งหมดถูกห้าม แต่ยังมีอยู่จำหน่ายในร้าน "smartshops" ร้านค้าในเมืองดัตช์ที่ขายยาสมุนไพรที่เกี่ยวข้อง (BBC News. 2008-04-26)

ปี พ.ศ. 2554 มีผู้เสพยาเสพติดประมาณ 323,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 2.5 ของประชากรทั้งหมด โดยเสพยาเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น รัฐบาลจึงเห็นว่าเป็นไม่ได้ในการห้ามมิให้มียากัญชาภายในประเทศ ดังนั้น ในทางปฏิบัติ (de facto) จะไม่ปฏิบัติต่อผู้เสพยา เช่น ผู้กระทำผิดอาญา แต่จะเข้ากระบวนการบำบัดรักษา ตามนโยบายลดทอนความผิดทางอาญาและลดอันตรายจากการใช้ยา (decriminalization & harm reduction program) ผู้เสพยาสามารถซื้อกัญชาได้จากร้านกาแฟที่ได้รับอนุญาต (licensed coffee shops) ซึ่งจะต้องไม่อนุญาตให้เด็กและเยาวชนเข้าไปในร้านค้าของตน และไม่มีการโฆษณาเชิญชวน นโยบายนี้ได้ดำเนินการภายใต้บทสันนิษฐานที่ว่า การอนุญาตให้จำหน่ายกัญชาจะทำให้ลดส่วนแบ่งตลาดกัญชาที่ผิดกฎหมายลง และลดอันตรายจากสารเคมีหรือสารพิษต่าง ๆ ต่อผู้เสพได้

เนเธอร์แลนด์ถือเป็นหนึ่งในประเทศของทวีปยุโรปที่มีนโยบายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและเสพยาเสพติดที่ไม่มีโทษรุนแรงได้อย่างเสรี แต่การใช้ยาเสพติดเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายส่งเสริมสุขภาพและต่อต้านอาชญากรรมของรัฐบาลผสมที่เข้ามามีการบริหารประเทศ นโยบายนี้ใช้กับประชากรในประเทศ แต่ห้ามชาวต่างชาติเสพยา กัญชา ทั้งนี้ แผนการควบคุมนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาภายใต้กฎหมายใหม่ จะมีเพียงพลเมืองชาวดัตช์เท่านั้น ที่มีสิทธิสมัครเป็นสมาชิกของร้านกัญชาต่างๆ ภายในประเทศ ขณะที่ร้านค้าแต่ละแห่งก็จะเปิดรับสมาชิกได้ไม่เกิน 1,500 ราย อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่บางคนกลับเห็นว่านโยบายดังกล่าวจะผลักดันให้ผู้ประกอบกิจการร้านกัญชาในประเทศ

หันไปค้าขายยาเสพติดชนิดนี้ในรูปแบบ "ใต้ดิน" แทน (มติชนออนไลน์ วันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2554)

นโยบายยาเสพติดของประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้ชื่อว่า “ยืนนอกกระแสหลัก” กล่าวคือ แตกต่างจากการควบคุมยาเสพติดประเทศอื่นๆ ลักษณะของนโยบายนี้ก็คือความพยายามที่จะหาจุดสมดุลระหว่างด้านหนึ่งเน้นการลดอุปทาน โดยวิธีการพิจารณาคดี และอีกด้านหนึ่ง ลดทั้งความต้องการและอันตรายโดยวิธีการสาธารณสุข (Marcel De Kort and Dirk J. Korf 1992)

จากการทบทวน สามารถสรุปได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง สรุปกฎหมายยาเสพติดต่างประเทศเปรียบเทียบ

ประเทศ	สาระสำคัญ
ไทย	เจตนารมณ์ของกฎหมาย - การป้องกันและควบคุมยาเสพติด ได้แก่ พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กำหนดควบคุมวัตถุเสพติดโดยกระทรวงสาธารณสุข - การควบคุมอาชญากรรมยาเสพติด ได้แก่ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 และตามพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาความอาชญา พ.ศ. 2550 กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ สภาพบังคับทางอาญาที่มุ่งควบคุมผู้กระทำความผิดคือ ผลิต (เพาะ ปลูก ทำผสม ปูรัง แพรสภาพ เปลี่ยนรูป สังเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์รวมถึงแบ่งบรรจุ และรวมบรรจุ) นำเข้า ส่งออก จำหน่าย (ขาย จำย แจก แลกเปลี่ยน ให้) ครอบครองและเสพ (การรับยาเสพติดเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าด้วยวิธีการใด) และ คำนึงถึงประเภทและปริมาณยาเสพติดของกลาง ที่เจ้าหน้าที่ผู้จับได้และยึดไว้ เพื่อดำเนินคดีตามกฎหมาย การปราบปรามยาเสพติด พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2519 กำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) มีอำนาจหน้าที่กำหนดตามยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน มาตรการ และกลไกการสกัดกั้น ป้องกันบำบัดรักษาและแก้ไขปัญหายาเสพติดในทุกพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างประเทศ การป้องกันและการบำบัดรักษา การพัฒนามาตรการทางเลือกแทนการลงโทษหรือมาตรการลงโทษระดับกลาง หรือกระบวนการยุติธรรมทางเลือก โดยกำหนดให้ผู้ใดกระทำความผิดซ้ำหาเสพติด หรือความผิดซ้ำที่ไม่รุนแรง เข้าสู่การบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 หรือตามพระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 หรือเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

ประเทศ	สาระสำคัญ
ญี่ปุ่น	เจตนารมณ์ของกฎหมาย - ควบคุมการนำเข้า ส่งออก การผลิต ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยมีมาตรการเชิงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของประชาชน การให้การบำบัดรักษาผู้ติดยา และส่งเสริมงานสวัสดิการสำหรับบุคคลดังกล่าว - นโยบายปราบปรามจับกุมอย่างเด็ดขาดควบคู่กับนโยบายป้องกันบำบัดรักษาแบบบังคับและให้ความรู้แก่เด็กและเยาวชน กฎหมายที่ใช้ 1. Narcotics & Psychotropics Control Law 2. Cannabis Control Law 3. Opium Law 4. Stimulants Control Law 5. Narcotics Special Law - มีกฎหมายกลางเพื่อประสานกฎหมาย 5 ฉบับในการประสานงานระหว่างประเทศ ได้แก่ Law concerning Special Provisions for the Narcotics and Psychotropic Control Law etc. and Other Matters for the Prevention of Activities Encouraging Illicit Conducts and Other Activities Involving Controlled Substances through International Cooperation. กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ - ในชั้นตำรวจ เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (National Police Agency) และNarcotics Control Officer แต่งตั้งโดยกระทรวงสุขภาพ, กรมควบคุมสารเสพติดในแรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare's Narcotics Control Department) - สำหรับบุคคลทั่วไป แม้จะกระทำความผิดยาเสพติดที่ไม่ร้ายแรง จะต้องถูกขังระหว่างสอบสวนหรือระหว่างพิจารณาโดยไม่ให้ประกันตัวเป็นเวลา 2 ถึง 3 เดือน - กรณีที่ผู้กระทำความผิดคดียาเสพติดเป็นชาวต่างประเทศถูกเนรเทศออกนอกประเทศจะไม่สามารถเข้าญี่ปุ่นได้เป็นเวลา 5 ถึง 10 ปี - การครอบครองหรือจำหน่ายเฮโรอีน มอร์ฟินหรือยาบ้า มีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับไม่เกิน 5 ล้านเยน (ประมาณ 1.9 ล้านบาท) - การนำเข้าเฮโรอีนหรือยาบ้าจำนวนมาก มีโทษจำคุกตลอดชีวิต ปรับไม่เกิน 10 ล้านเยน (ประมาณ 3.8 ล้านบาท) โดยไม่มีโทษประหารชีวิต - ความผิดขั้นสูง มีโทษจำคุกตลอดชีวิต โดยอาจไม่มีการปล่อย (พักการลงโทษ)

ประเทศ	สาระสำคัญ
สหราชอาณาจักร	- มีโทษประหารชีวิต แต่ไม่ใช้โทษประหารในคดีค้ายาเสพติด การบำบัดรักษา - ระดมทุนสำหรับกิจกรรมของศูนย์ป้องกันยาเสพติด (Drug Abuse Prevention Center) เน้นการป้องกันที่เด็กและเยาวชนนักเรียน - กรณีเป็นผู้เสพยาจะมีการบังคับรักษา (Compulsory hospitalization) โดยใช้เมธาโดน เจตนารมณ์ของกฎหมาย - นโยบายลดอันตรายของการใช้ยาเสพติด (harm reduction) - นโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมของคดียาเสพติด (decriminalization) ของกัญชาลงหากใช้เป็นการส่วนตัว กฎหมายที่ใช้ 1. Misuse of Drugs Act 1971 2. Criminal Justice Act 1991 3. Criminal Justice and Court Service Act 2000 กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ - มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ผู้บังคับใช้กฎหมายมีอำนาจในการตรวจสอบสารเสพติดผู้ที่ถูกจับกุมในคดียาเสพติด - ศาลจะจำคุกอย่างน้อยโทษ 7 ปี สำหรับโทษฐานการค้าส่งเสพติดครั้งที่สาม (แม้ความผิดครั้งที่สามจะมีโทษน้อยกว่า 7 ปี) - ความผิดขั้นสูงมีโทษจำคุกตลอดชีวิต - ไม่มีโทษประหารชีวิต - กรณีกัญชาใช้วิธีการดักเตือนและยอมความกันโดยไม่ต้องขึ้นศาลในสก๊อตแลนด์ - ส่วนอังกฤษและเวลส์ใช้หนังสือเตือนและเงินค่าปรับ - มีการยอมความ (การชำระเงินแทนการฟ้องร้อง) กันในคดีการนำเข้ากัญชาในปริมาณน้อย (10 กรัมหรือน้อยกว่านั้น) หรือเจ้าหน้าที่อาจใช้ดุลพินิจที่จะไม่ดำเนินคดีต่อไป และข้อมูลผู้กระทำความผิดจะไม่ปรากฏในสถิติอาชญากรรม การป้องกันและการบำบัดรักษา - อนุญาตให้ผู้พิพากษาเพิ่มเงื่อนไขการเข้ารับการบำบัดภาคบังคับในคำสั่งคุมความประพฤติ
	เจตนารมณ์ - ช่วงแรก (1962) เน้นการควบคุมปราบปรามและลงโทษรุนแรง - ในช่วงหลัง (1970) เริ่มผ่อนคลายลง (decriminalization) กฎหมายที่ใช้ 1. The Federal Controlled Substances Act 1970 2. The Comprehensive Crime Control Act of 1984

ประเทศ	สาระสำคัญ
	3.The Anti-Drug Abuse Act of 1986 4.The Anti-Drug Abuse Amendment Act of 1988 กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ ระดับรัฐบาลกลาง - การจำหน่ายยาเสพติดชนิดรุนแรงที่ผิดกฎหมาย มีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ผลิต นำเข้าและส่งออกจำคุกตั้งแต่ 5 ปีจนถึงตลอดชีวิตโดยอาจไม่มีการปล่อย (พักการลงโทษ) ขึ้นอยู่กับปริมาณยาและจำนวนครั้งที่กระทำความผิด - การมียาเสพติดชนิดไม่รุนแรงไว้ในครอบครองจำคุกตั้งแต่ 90 วัน จนถึง 20 ปี ขึ้นอยู่กับปริมาณยาและจำนวนครั้งที่กระทำความผิด ระดับมลรัฐ - มีการร่างกฎหมาย The Uniform Controlled Substances Act กำหนดรายละเอียดการกระทำที่ต้องห้าม แต่รายละเอียดเฉพาะเรื่องการปรับ และการลงโทษยังคงปล่อยให้อำนาจการตัดสินใจเป็นของแต่ละมลรัฐ - ความผิดคดียาเสพติดแต่ละมลรัฐมีความแตกต่างกันไป เช่น ในคดีครอบครองและจำหน่ายโคเคน ยาบ้า ยาไอ้ จะขึ้นอยู่กับปริมาณยาเสพติด - กรณีมีกฎหมาย มลรัฐส่วนใหญ่จะดำเนินการไปในแง่ของการมีไว้เพื่อบำบัดรักษา มีเพียง 2 รัฐที่มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี ส่วนโทษปรับนั้น มีตั้งแต่ 0 ถึง 150,000 เหรียญ - ในส่วนของการจำหน่ายโคเคน ยาบ้า ยาไอ้ มีโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปีจนถึงจำคุกตลอดชีวิต ขึ้นอยู่กับปริมาณยาเสพติด - การใช้กฎหมายในบางมลรัฐสามารถกระทำได้เฉพาะทางการแพทย์ (medical use) ยกเว้น มลรัฐโคโลราโดและวอชิงตันให้ใช้บำบัดรักษา และเพื่อนันทนาการ (recreational use) ด้วย - มลรัฐโคโลราโด ยังอนุญาตให้ประชาชนสามารถปลูกกัญชาเพื่อใช้เสพเองได้ไม่เกิน 6 ต้น ขณะที่มลรัฐวอชิงตัน ยังคงห้ามการปลูกกัญชาเพื่อใช้เสพเองตามเดิมต่อไป โดยผู้ต้องการเสพกัญชาต้องหาซื้อจากร้านค้าที่ได้รับอนุญาตแล้วเท่านั้น แต่แม้ว่าทั้งสองมลรัฐจะให้การเสพกัญชาในมลรัฐของตนถูกกฎหมาย แต่รัฐบาลกลางสหรัฐฯ ยังคงจัดให้กัญชา เป็นยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย - ไม่ใช้โทษประหารชีวิตในคดีค้ายาเสพติด - ความผิดขั้นสูงมีโทษจำคุกตลอดชีวิต โดยอาจไม่มีการปล่อย (พักการลงโทษ) การป้องกันและการบำบัดรักษา - เน้นกิจกรรม การกระทำต่างๆ ที่สมดุลงของการลดอุปสงค์และอุปทาน เช่น ให้ความรู้และทำให้เยาวชนอเมริกันสามารถปฏิเสธยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย เช่นเดียวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ

ประเทศ	สาระสำคัญ
	- ทำลายแหล่งยาเสพติดในประเทศและต่างประเทศ
เนเธอร์แลนด์	เจตนารมณ์ของกฎหมาย 1) เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติดและการรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด 2) เพื่อลดอันตรายต่อผู้ใช้ 3) เพื่อลดผู้ติดยาเสพติดและความปลอดภัย 4) เพื่อต่อสู้กับการผลิตและการค้ายาเสพติดภายใน กฎหมายที่ใช้ กฎหมายฝิ่น (Dutch Opium Act) Amsterdam drugs Laws กระบวนการดำเนินคดีและการลงโทษ - กฎหมายยาเสพติด ตามกฎหมายฝิ่นแบ่งยาเสพติดเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ยาเสพติดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน โคเคน ยาอี (ecstasy) และ 2) ยาเสพติดไม่ร้ายแรง (soft drugs) เช่น ผลิตภัณฑ์กัญชาผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ประเภท 1) จะต้องระวางโทษรุนแรง - นโยบายความผิดทางอาญาสำหรับยาเสพติดไม่ร้ายแรง เช่น การมียาเสพติดประเภท 2 ไม่เกิน 5 กรัม จะไม่ถูกฟ้องร้องเป็นคดีอาญา ภายใต้คำแนะนำของ Public Prosecution Service Guideline of 1996 เว้นแต่การกระทำนั้นได้เกิดขึ้นในสถานที่ซึ่งมีเด็กและเยาวชนใช้เป็นปกติ แต่ถ้าเกี่ยวข้องกับยาเสพติดประเภทแรกจะถูกลงโทษร้ายแรง และจะเพิ่มโทษหนึ่งในสาม เพิ่มโทษจำคุกสูงสุดอีก 12 ปี สำหรับการจำหน่ายยาเสพติดร้ายแรง หากกระทำความผิดซ้ำเป็นนิสัย การป้องกันและการบำบัดรักษา - ผู้กระทำความผิดยาเสพติดประเภท 2 รัฐจะสร้างระบบบำบัดรักษาให้กับผู้เสพ โดยเฉพาะสารเสพติดประเภทกัญชาและกัญชง แต่ผู้เสพยาเสพติดประเภทแรก จะต้องถูกลงโทษอย่างรุนแรง - มีนโยบายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและเสพยาเสพติดที่ไม่มีโทษรุนแรงได้อย่างเสรี - นโยบายในการรักษาบำบัด โดยความร่วมมือ 3 ฝ่าย ระหว่างนายกเทศมนตรี (mayor) หัวหน้าพนักงานอัยการประจำเขต และหัวหน้าตำรวจ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ภายใต้แนวคิด “การดำรงชีวิตอยู่อย่างถูกสุขภาวะและอนามัย” โดยองค์การ The Netherlands Institute of Mental Health and Addiction หรือ สถาบันทริมบอส (Trimbos Institute) เพื่อให้ความรู้ถึงอันตรายของยาเสพติดต่อสังคมและโรงเรียน รวมทั้งการมีระบบที่ปรึกษาสายด่วน 24 ชั่วโมง เรียกว่า “the 24-hour national Drug Info Hot Line” - นโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด หรือโปรแกรมการลด

ประเทศ	สาระสำคัญ
	อันตราย ระบบนี้แจกจ่ายเข็มที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคเพื่อลดอัตราการตายและการติดเชื้อ HIV เป็นต้น โดยจัดตั้งเป็นคลินิกผู้ป่วยนอก และศูนย์บำบัดรักษาสำหรับผู้ติดยาเสพติดทุกประเภท - ใช้ระบบบังคับบำบัดสำหรับผู้ติดยาจนเป็นนิสัย ใช้เวลาในการรักษาและจำคุกผู้นั้นไว้เป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี พร้อมกับการฝึกอบรมอาชีพไปพร้อม ๆ กัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทบทวนกฎหมายยาเสพติดเปรียบเทียบ สรุปว่า ทิศทางเกี่ยวกับยาเสพติดกำลังเปลี่ยนไป หลายประเทศเห็นว่าการแก้ไขปัญหายาเสพติดในเรื่องสิทธิเสรีภาพ และการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้เสพ โดยในที่ประชุม UNGASS ไทยเป็นประเทศหนึ่งที่เรียกร้องให้คำนึงถึงการลงโทษที่ได้สัดส่วน เช่น อันตรายของสารกระตุ้นในกลุ่มแอมเฟตามีน ที่มีต่อตนเองและผู้อื่นในสังคม บทบาทของผู้กระทำผิด มาตรการอื่นแทนการลงโทษจำคุก

กฎหมายยาเสพติดในญี่ปุ่นเน้นการควบคุมการนำเข้า ส่งออก การผลิต ยาเสพติดและวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท โดยมีมาตรการเชิงป้องกันโดยเฉพาะเยาวชน การบำบัดรักษาผู้ติดยา และส่งเสริมงานสวัสดิการ ประเทศญี่ปุ่นไม่มีนโยบายลดทอนความผิดคดียาเสพติด หรือการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด หากแต่จะเน้นที่การบังคับใช้กฎหมายควบคู่ไปกับระบบสาธารณสุข

ประเทศเนเธอร์แลนด์ รัฐได้สร้างระบบบำบัดรักษาให้กับผู้เสพ นโยบายหลักของประเทศ คือ การดูแลรักษาผู้เสพยาเสพติด เพราะหากปล่อยไว้จะกระทบต่อปัญหาสุขภาพของสังคม

ในประเทศสหราชอาณาจักรหรืออังกฤษ มีระดับของการติดยาเสพติดสูงที่สุดในยุโรปตะวันตก ประเทศอังกฤษมีนโยบายที่ผ่อนปรนโทษทางยาเสพติดมากขึ้น เพราะยุทธศาสตร์ยาเสพติดมีประสิทธิผลน้อยมากในการลดการใช้ยาเสพติดในทางที่ผิดและการจำหน่ายที่ผิดกฎหมาย รัฐบาลอังกฤษจึงได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ยาเสพติดใหม่

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีนโยบายระดับรัฐบาลกลางยังค่อนข้างมีความเข้มข้น แต่ในระดับมลรัฐ ซึ่งเคยเน้นการปราบปรามทั้งผู้ขายและผู้เสพอย่างหนักกลับเริ่มทยอยใช้นโยบายลดทอนมากขึ้นในความผิดคดียาเสพติด ชาติตะวันตกค่อนข้างจะให้น้ำหนัก โดยมองผู้เสพว่าเป็นผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นอาชญากร

จากการทบทวนกฎหมายทั้ง 5 ประเทศ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. กฎหมายควรเพิ่มเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยของชุมชนเป็นเรื่องแรก เปลี่ยนจากการบังคับใช้กฎหมายและการลงโทษทางอาญาไปสู่วิธีการอื่นแทนการลงโทษจำคุกควรได้รับการพิจารณานำมาใช้

2. กรณีที่ผู้กระทำผิดคดียาเสพติดเป็นชาวต่างประเทศ ถูกเนรเทศออกนอกประเทศ ไม่ควรให้เข้าประเทศ ดังเช่นประเทศญี่ปุ่น

3. กรณีผู้เสพยาเสพติดและมียาไว้ในครอบครองเพียงเล็กน้อยเพื่อเสพเฉพาะตัว เป็นผู้กระทำการอันขัดกับข้อห้ามของกฎหมาย (Mala prohibita) ควรถือเป็นการกระทำความผิดที่ไม่ร้ายแรง

4. การเน้นนโยบายการบำบัดรักษา โดยเฉพาะผู้เสพยาเสพติดชนิดไม่ร้ายแรง และผู้เสพเป็นเยาวชน การให้ความรู้ถึงอันตรายของยาเสพติดต่อสังคมและโรงเรียน รวมทั้งการมีระบบที่ปรึกษาสายด่วน

5. นโยบายการลดอันตรายจากการเสพยาเสพติด เช่น แจกจ่ายเข็มที่สะอาด ปราศจากเชื้อโรคเพื่อลดอัตราการตายและการติดเชื้อ HIV

6. นโยบายบังคับบำบัดสำหรับผู้ติดยาจนเป็นนิสัย ใช้เวลาในการรักษาและจำคุกผู้นั้นไว้เป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี พร้อมกับการฝึกอบรมอาชีพไปพร้อม ๆ กัน

7. ควรพิจารณาความเป็นไปได้ในการลดทอนความผิดทางอาญาของการเสพยาเสพติดชนิดที่ไม่ร้ายแรง

กิตติกรรมประกาศ

บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษางานวิจัยเรื่อง “การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้กฎหมายยาเสพติดเปรียบเทียบ: รูปแบบกฎหมายและแนวทางการควบคุมยาเสพติด” ผู้วิจัยขอขอบคุณแผนงานภาคีวิชาการสารเสพติด (ภวส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และศาสตราจารย์ ดร.พญ.สาวิตรี อัษณางค์กรชัย ที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธุ์. (2556). การศึกษากฎหมายยาเสพติดในต่างประเทศ: ศึกษาเฉพาะกรณี ประเทศญี่ปุ่น ฝรั่งเศส สวิสเซอร์แลนด์ เยอรมัน โปรตุเกส อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- ศิริพล กุศลศิลป์ภูมิ. (มปป.). การลดความผิดยาเสพติด และการลดอันตรายผู้เสพยาเสพติด. สถาบันฝึกอบรมระหว่างประเทศเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สถาบันฝึกอบรมระหว่างประเทศเพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2558. Available at <http://www.bloggang.com/mainblog.php?id=jurisprudence&month=22-08-2014&group=24&gblog=59>
- Nutt, David J; Leslie A King ; Lawrence D Phillips. (2010, 6 November). "Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis". **The Lancet**. 376 (9752): 1558–1565..
- Csete, J. et al. (2011), 'Compulsory drug detention centre experiences among a community-based sample of injection drug users in Bangkok, Thailand', **BMC International Health and Human Rights**, 11: 12. doi:10.1186/1472-698X-11-12, Available at <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/11/12>

- Davies C, English L, Stewart C, Lodwick A, McVeigh J, Bellis MA. (2011). **United Kingdom: Drug Situation 2011** EDITION, UK Focal Point On Drugs. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- EMCDDA (2012). (The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Legal Topic Overviews: Penalties for Illegal Drug Trafficking. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>, 26 January 2012.
- Englsman E. L. (1989). Dutch Policy on the Management of Drug-related Problems. Version of Record online: 24 JAN 2006. Issue British Journal of Addiction. **British Journal of Addiction** Volume 84, Issue 2, pages 211–218, February 1989.
- Office of National Drug Control Policy. (2015) National Drug Control Strategy. Available at <https://www.whitehouse.gov/ondcp/national-drug-control-strategy>
- Greberman Bowman, Sharyn and Wada, Kiyoshi. (1994) “Social and Legal Factors Related to Drug Abuse in the United States and Japan.” **Public Health Reports**, Vol. 109, No. 6 (Nov. - Dec., 1994), pp. 731-737
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Annual Report The state of the drugs problem in Europe. 2010;24. Available at: <http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/policies-law/5> (accessed 25 October 2011; archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/62h9xzMfd>).
- Marcel De Kort and Dirk J. Korf. (1992). The development of drug trade and drug control in the Netherlands: a historical perspective. *Crime, Law and Social Change* 17: 123-144, 1992.
- Toshiyoshi Tominaga, (2005). Control on Medical Narcotics in Japan -Science & Policy Compliance and Narcotics Div. Pharmaceutical and Food Safety Bureau Ministry of Health, Labor, and Welfare. 2005 International Symposium on Drug Control Strategy, 26 October.
- United Nations (1961) 1962/914(XXXIV)D. The Single Convention on Narcotic Drugs 1961 3 Aug. 1962. Available at https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf accessed on January 15, 2016.
- United Nations. (1971) Convention on Psychotropic Substances, 1971 Available at https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf accessed on January 15, 2016.
- United Nations. (2004). Convention against Transnational Organized Crime .
- United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organisation (2008), Principles of drug dependence treatment (Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime), p. 1, Available at <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>
- United Nations (2012), Joint statement – Compulsory drug detention and rehabilitation centres, Available at http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime (2013), World Drug Report, Available at
<http://www.unodc.org/wdr/>

United States (2015) Department of State Bureau for International Narcotics and Law
Enforcement Affairs International Narcotics Control Strategy Report Volume I Drug
and Chemical Control, March. Available at
<http://www.state.gov/documents/organization/239560.pdf>

การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

ชลธิรา ปะนาโส*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้ความเสี่ยงและเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 184 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ ด้วยสถิติ t-test และ Anova

ผลการศึกษา พบว่าพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.40 อายุระหว่าง 30–40 ปี ร้อยละ 41.80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.10 เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ RN5 ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 และสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 89.10 ระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลจำแนกตามรายด้านโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.52$) ร้อยละ 74.00 แสดงว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้ามีการรับรู้ความเสี่ยงด้านจริยธรรมและกฎหมายสูงมาก และมีโอกาสลดความผิดพลาดในการเกิดความเสี่ยงต่อจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพได้ ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลจำแนกตามเพศ อายุ ประสบการณ์การทำงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน พบว่าเพศ อายุ ของพยาบาลวิชาชีพที่มีเพศ อายุ และแผนกปฏิบัติงานของพยาบาลที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพมากกว่าเพศชาย และประสบการณ์การทำงานแตกต่างกันมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่าพยาบาลตั้งแต่จบใหม่ (RN1) จนกระทั่งเป็นพยาบาลระดับอาวุโส (RN5) มีการรับรู้ถึงความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมและกฎหมายไม่แตกต่างกัน

การวิจัยมีข้อเสนอแนะ ผู้บริหารโรงพยาบาลควรส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติต่อผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการและเพื่อนร่วมงานอย่างเข้าใจและรับรู้ความเสี่ยงให้ดียิ่งขึ้น ควรมีการกระตุ้นการรับรู้ในพยาบาลชายให้มีการรับรู้ความเสี่ยงทางจริยธรรมให้มากขึ้น ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรจัดให้มีการส่งเสริมในการพัฒนาระบบการจัดการข้อร้องเรียนหรือระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน เพื่อลดปัญหาความเสี่ยงของการรักษาและมุ่งสู่การพัฒนาการบริการทางด้านการแพทย์พยาบาลที่มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความเสี่ยง, จริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล, พยาบาลวิชาชีพ

* โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

The Perception of risk to preserve the Code of ethics in nursing for nurses at Somdechphrapinklao Hospital Naval Medical Department

Chontira Panaso*

Abstract

This study was a descriptive research with the objective of assessing the perception of professional nurse in Somdechphrapinklao Hospital, Department of Navy Medicine. The studied population were 184 nurses in the hospital, the tool used for collecting data were questionnaires. Statistics used for analysis of personal variable were frequency and percentage, analysis of perception relating to nursing ethical practice were mean, standard deviation, independent t-test and One Way Analysis variance (ANOVA).

The study found that the most of the studies population were female (80.40%) age 30 – 40 years (41.80%) married (51.10%) professional nurse RN 5 with more than 15 years of working experience (37.50%) had bachelor education (89.10%) all of them worked in 50 divisions in the hospital. The study found that the overall perception of Professional nurse was very high (74.00%) in the aspect of treating the patient or client was in high level ($\bar{x}=4.39$) aspect of treating professional colleague/working colleague was in high level ($\bar{x}=4.30$) aspect of research and experiment in human was in very high level ($\bar{x}=4.76$) aspect of advertisement about nursing and midwifery professional practice was in very high level ($\bar{x}=4.60$) and aspect of having respect to human dignity was in very high level ($\bar{x}=4.55$). Analysis of difference in perception of classified by sex found that there were difference in perception of Professional nurse both by aspect and by overall with statistical difference at $p=0.05$, the Professional nurse with difference in age had difference in perception of Professional nurse in the aspect of “respect of to human dignity” with statistical significance at $p=0.05$, the nurse with difference in working experience did not have difference in perception of Professional nurse. The study found that nurses working in difference division had difference in perception of Professional nurse with statistical significance at $p=0.05$.

Research recommendation: The administration of the hospital should improve the inefficiency of complaint for service management to decrease the risk of inefficient medical treatment and advancing to higher standard medical and nursing services.

Keywords : Perception to Risk, Nursing Ethical Practice, Professional Nurse

* Registered Nurse at Somdechphrapinklao Hospital, Department of Navy Medicine

บทนำ

ปัจจุบันข้อมูลข่าวสารที่ไร้พรมแดนทำให้ประชาชนผู้ใช้บริการได้ทราบข้อมูลและเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วจึงเกิดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น และมีความคาดหวังที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เสมอภาคและมีคุณภาพ (สำนักการพยาบาล, 2551) วิชาชีพการพยาบาล เป็นวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์จึงมีโอกาที่จะเกิดความเสี่ยงหรือความผิดพลาดในการให้การพยาบาลได้ ดังนั้นผู้ประกอบการวิชาชีพจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจและพึงปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างเคร่งครัดตระหนักในกฎหมาย ข้อระเบียบต่างๆ รวมถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้ตนเองมีความปลอดภัยและสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ใช้บริการที่ซับซ้อนทำให้พยาบาลต้องเผชิญกับประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมในการปฏิบัติงานอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ (กาญจนา รักษาดีและคณะ, 2545) จากการศึกษาข้อมูลประเด็นการร้องเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-2556 ที่ผ่านมามีพบว่า พยาบาลมีการกระทำผิดต่อผู้ร่วมงานหรือผู้ร่วมวิชาชีพ ร้อยละ 7 มีการกล่าวล่วงวิชาชีพเวชกรรม ร้อยละ 9 ถูกร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ ร้อยละ 18 ผิดมาตรฐานวิชาชีพ ร้อยละ 22 และผิดต่อกฎหมายบ้านเมือง ร้อยละ 47 ซึ่งเป็นประเด็นในการถูกร้องเรียนมากที่สุด และจากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าการใช้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 หมวด 4 กองทุนสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 41 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2555 มีผู้ร้องเรียนถึง 4,771 ราย ได้รับการชดใช้เป็นจำนวน 3,964 ราย ไม่เข้าเกณฑ์มีจำนวน 807 ราย เสียชีวิต/ทุพพลภาพถาวรจำนวน 2,049 ราย สูญเสียอวัยวะ/พิการจำนวน 644 ราย และบาดเจ็บ/เจ็บป่วยต่อเนื่องจำนวน 1,251 ราย รวมเป็นเงินช่วยเหลือทั้งสิ้น 463,012,013 ล้านบาท (ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล, 2556) ซึ่งการให้ความช่วยเหลือแยกตามสาขาบริการตามแผนกที่ผู้รับบริการใช้บริการ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2555 มีผู้ร้องเรียนแผนกสูติกรรมมีจำนวน 1,949 ราย ร้อยละ 42.52 ซึ่งเป็นจำนวนที่มากที่สุดของทุกแผนก รองลงมาเป็นแผนกอายุรกรรมมีจำนวน 903 ราย ร้อยละ 19.70 แผนกศัลยกรรมมีจำนวน 892 ราย ร้อยละ 19.46 แผนกกุมารเวชกรรมมีจำนวน 521 ราย ร้อยละ 11.36 แสดงว่านอกจากพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามมาตรฐานคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณ และกฎหมายวิชาชีพแล้วยังต้องมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาเมื่อเผชิญประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมและกฎหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักกฎหมาย สปสช., 2555)

จากการที่ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลประธานกรรมการสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เมื่อวันที่ 12 ม.ค. 2558 เกี่ยวกับประเด็นปัญหาทางด้านกฎหมายและจริยธรรมที่เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2557 พบว่า ผลการประเมินพฤติกรรมบริการของพยาบาลที่ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลด้านคุณธรรม จริยธรรม และ

จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลในกลุ่มห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกพิจารณาตามหน่วยงานของกลุ่มห้องตรวจโรคแล้ว พบว่า ยังมีที่ไม่ผ่านการประเมินทั้งหมด 2 หน่วยงาน โดยคะแนนที่ต่ำที่สุดคิดเป็นร้อยละ 74.18 รองลงมาร้อยละ 75.86 และจากข้อมูลในกลุ่มหอผู้ป่วยในพิจารณาเป็นรายหอผู้ป่วยในพบว่ายังมีหอผู้ป่วยอยู่จำนวนหนึ่งหอผู้ป่วยที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของโรงพยาบาล จากการประเมินรายด้านของพฤติกรรมบริการ พบว่า ในด้านการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบอาชีพมีคะแนนการประเมินในภาพรวมต่ำที่สุด ร้อยละ 79.43 และไม่ผ่านตามตัวชี้วัด จากการสำรวจแบบประเมินในหน่วยวิกฤต พบว่า การประเมินรายด้านของพฤติกรรมบริการในด้านของการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบอาชีพมีคะแนนการประเมินในภาพรวมต่ำที่สุด ร้อยละ 78 และจากการสรุปข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการในปี พ.ศ. 2556 พบว่าข้อร้องเรียนเฉพาะพยาบาลมีจำนวน 58 ครั้ง จากข้อร้องเรียนรวม 110 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50 ของข้อร้องเรียนทั้งหมดและจากการเก็บข้อมูลสถิติการร้องเรียนหรือการฟ้องร้องพยาบาลจากผู้รับบริการในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาตั้งแต่เดือน ม.ค.จนถึงเดือน มิ.ย. 2557 ที่ผ่านมามีจำนวนทั้งสิ้น 14 เหตุการณ์ จะเห็นได้ว่าปัจจุบันผู้รับบริการมีอำนาจต่อรองและมีความคาดหวังสูงขึ้น พยาบาลจึงมีโอกาเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากขึ้นด้วย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จึงได้มีความสนใจที่จะทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้รับจากการวิจัยเสนอต่อผู้บริหารของโรงพยาบาลหรือกลุ่มงานทางด้านกฎหมายและจริยธรรม ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดการจัดประเมินและอบรมบุคลากรพยาบาลให้มีความรู้ความเข้าใจทางด้านประเด็นความเสี่ยงด้านจริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพพยาบาล และมีการสะท้อนข้อมูลสู่ตัวของพยาบาลวิชาชีพเองเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ มุ่งสู่การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพอันจะส่งผลในการลดโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่พยาบาลในแต่ละหน่วยงานจนกระทั่งลดการเกิดข้อร้องเรียนหรือการถูกฟ้องร้องโดยผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำแนกตามคุณลักษณะ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน

ขอบเขตในการทำวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2550 ตามข้อบังคับสภาการพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

พยาบาลที่มีคุณลักษณะ เพศ อายุ ประสบการณ์การทำงาน และแผนกปฏิบัติงานที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ตามแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและหนังสือแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติการพยาบาลตามจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฉบับปรับปรุง) ตลอดจนคำแนะนำของอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย 2 ส่วน โดยส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลมีเนื้อหาครอบคลุมการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ 5 ประการ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ด้านการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงาน ด้านการศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์ ด้านการโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ และด้านการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อคำถามรวม ทั้งหมด 66 ข้อ โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ที่ระดับ 0.80

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ให้ความเห็นชอบในการทำวิจัยแล้ว

และได้มีการออกเอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval, COA) โดยสำนักงานจริยธรรมการวิจัย กรมแพทยทหารเรือ รหัสโครงการ คือ RP030/58 NO : COA-NMD-RECO34/58

ผู้วิจัยจึงดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยในโรงพยาบาล ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1-30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2558

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพประกอบด้วยจำนวนความถี่และร้อยละ การวิเคราะห์การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นอิสระต่อกัน (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวที่มีอิสระต่อกัน (One Way Analysis of Variance : ANOVA)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ ผลการศึกษา พบว่า พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.44 มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 41.80 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 51.10 ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับ RN 5 (Registered Nurse 5: RN5) หมายถึงพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 37.50 แผนกที่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานมีจำนวนทั้งสิ้น 50 แผนก และพยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 89.10

ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด ร้อยละ 74.00 ด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอยู่ในระดับสูง ด้านการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงานอยู่ในระดับสูง พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ด้านการยกย่องให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้ร่วมงานและคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็นมากที่สุด รองลงมาพบว่า พยาบาลวิชาชีพไม่เห็นด้วยในการชักจูงหรือเชิญชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางการแพทย์หรือการผดุงครรภ์เพื่อผลประโยชน์ของตนเองและพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในกรณีเพื่อนร่วมวิชาชีพหรือเพื่อนร่วมงาน ทำให้รู้สึกไม่พอใจแล้วมีการว่ากล่าว ตักเตือน หรือใช้ถ้อยคำที่รุนแรงเพื่อจะช่วยให้ปัญหาจบได้เร็วที่สุด

ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านการศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นว่าหากแพทย์มีการทดลองใช้ยาตัวใหม่ในการวิจัยเพื่อการ

รักษาพยาบาล จำเป็นต้องแจ้งแก่ผู้ป่วย พยาบาลมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด

ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านการโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อยู่ในระดับสูงมาก พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่เห็นด้วยหากมีการโฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นมากระทำการโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาล โดยอาจอ้างความรู้ และความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด

ระดับการรับรู้ความเสี่ยงด้านการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับสูงที่สุด พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ ว่า ขณะผู้ป่วยนอนรับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยและต้องการทราบว่า ผู้ป่วยเตียงข้างๆ ป่วยเป็นโรคอะไร พยาบาลวิชาชีพไม่สามารถบอกแก่ผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 คนไม่รู้จักกัน มีระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงมาก รองลงมาพบว่าในการให้การพยาบาล ผู้ป่วยหูพิการ ไม่สามารถทำได้เลยควรต้องมีการอธิบายหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนเสมอ แม้ไม่สามารถพูดสื่อสารให้ได้ยินได้ และพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพร้อมกันหลายราย แล้วให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บเพียงเล็กน้อยมากกว่าผู้ป่วยอาการหนักที่อาจมีชีวิตรอดแต่ไม่มีสิทธิการรักษา และตามหลักการป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ขณะที่การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ควรแจ้งผลการตรวจเลือดแก่บุคลากรทีมสุขภาพให้ทราบทุกคน นั้นพบว่า มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}=2.52$, $S.D.=1.68$)

โดยภาพรวมทั้ง 5 ด้าน พบว่าระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.52$, $S.D.=0.76$) เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์ ด้านการโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ด้านการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ตามลำดับ ซึ่งมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามรายด้านโดยรวม

การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล	ระดับของการรับรู้ความเสี่ยง		
	คะแนน	S.D.	แปลผล
1. ด้านการปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ	4.39	0.86	สูง
2. ด้านการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงาน	4.30	0.79	สูง
3. ด้านการศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์	4.76	0.66	สูงที่สุด

การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล	ระดับของการรับรู้ความเสี่ยง		
	คะแนน	S.D.	แปลผล
4. ด้านการโฆษณาการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์	4.60	0.75	สูงที่สุด
5. ด้านการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์	4.55	0.72	สูงที่สุด
รวม	4.52	0.76	สูงที่สุด

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลจำแนกตามเพศทั้งรายด้านและภาพรวมโดยใช้ t-test พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีเพศแตกต่างกันมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลแตกต่างกันทั้งรายด้านและรายรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าเพศหญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลมากกว่าเพศชาย และพยาบาลวิชาชีพที่มีอายุแตกต่างกันมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านอายุ และแผนกที่ต้องปฏิบัติงาน แต่ประสบการณ์การทำงานพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพ

ความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
อายุ					
ระหว่างกลุ่ม	464.49	3	154.83	2.59	.05*
ภายในกลุ่ม					
รวม	10734.46	180	59.63		
ประสบการณ์การทำงาน					
ระหว่างกลุ่ม	592.25	4	148.06	.56	.68
ภายในกลุ่ม					
รวม	46878.71	179	261.89		
แผนกที่ปฏิบัติงาน					
ระหว่างกลุ่ม	18561.14	48	386.69	1.83	.00*
ภายในกลุ่ม					
รวม	27632.38	131	210.93		

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ พบว่า โดยภาพรวมระดับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามรายด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.52$) เมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านการศึกษาวิจัยและการทดลองต่อมนุษย์ ซึ่งมีระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด ($\bar{x}=4.76$) จากผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยโดยพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของวราพร ช่างยา (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน การรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับที่สูงและการสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วย สภาพแวดล้อมในการทำงานและการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยของทุกแผนกของกลุ่มการพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยปัจจุบันมาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครมีความเห็นว่าตนเองมีพฤติกรรม การแสดงออก และตอบสนองเพื่อให้รอดพ้นจากอันตราย การได้รับบาดเจ็บหรือการสูญเสีย รวมถึงการหลีกเลี่ยงป้องกันอยู่ในระดับที่สูงเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพตระหนักดีว่าตนเองเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในองค์การสาธารณสุขและมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคจากการทำงานและอุบัติเหตุได้ง่าย

จากการทดสอบความแตกต่าง พบว่า เพศของพยาบาลวิชาชีพแตกต่างกันมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่แตกต่างกันทั้งรายด้านและรายรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีด้านประชากรศาสตร์ วิเคราะห์ได้ว่าความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมของการติดต่อสื่อสารต่างกัน คือ เพศหญิงมีแนวโน้มมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิดเห็น ค่านิยม และทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน เพศจะเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคลตลอดจนพัฒนาการต่างๆ

ในแต่ละช่วงวัยก็มีความแตกต่างกันด้วยความแตกต่างทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน (ศิริวรรณ เสรีรัตน์, 2538: 41) กล่าวคือ เพศหญิงมีแนวโน้มและมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายไม่ได้มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้นแต่มีความต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีให้เกิดจากการรับข่าวสารนั้นด้วย (Wilo Goidhaborsadore and Yates, 2002: 114 อ้างในกิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2546)

ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพจำแนกตามอายุเป็นรายรายนับการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่หากพิจารณาในรายด้าน พบว่า ในด้านการเคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ อายุจะแสดงถึงวัยวุฒิของบุคคลและเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความสามารถในการทำความเข้าใจในเนื้อหาและข่าวสารรวมถึงการรับรู้ต่างๆ ได้มากน้อยต่างกัน นอกจากนั้นก็จะชี้ให้เห็นอารมณ์ที่แตกต่างกันออกไปในกลุ่มคนที่มียุวัยต่างกันอันเนื่องมาจากกระบวนการคิดและตัดสินใจที่ผ่านการกลั่นกรองจากประสบการณ์ของช่วงวัยที่จะส่งผลกระทบต่อกระบวนการคิดและการควบคุมทางอารมณ์ของแต่ละช่วงอายุของบุคคล

ส่วนการวิเคราะห์ความแปรปรวนจำแนกตามประสบการณ์การทำงานทั้งรายด้านและรายรวม พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงโอกาสที่จะเกิดอันตราย เกิดความสูญเสียหรือความเสียหายจากอันตรายต่างๆ หรือเหตุการณ์ที่จะส่งผลกระทบต่อทั้งตนเอง ผู้อื่น และองค์กรได้ หรือหมายถึง เหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดซึ่งอาจส่งผลกระทบทางด้านลบต่อบุคคลที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งโดยทั่วไปอันตราย ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ผู้รับบริการ และทรัพย์สินของโรงพยาบาล ได้แก่ ความเสี่ยงด้านร่างกาย เป็นความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น การลื่นหกล้ม การพลัดตกเตียง การติดเชื้อในโรงพยาบาล การดัดอวัยวะผิด การระบุตัวผู้ป่วยผิด การให้การรักษาพยาบาลผิดคน การให้ยาผิด การบาดเจ็บจากการรักษาพยาบาล การทำร้ายร่างกาย การทอดทิ้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ไว้ตามลำพัง การละเลย การเฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่เพียงพอ การรักษาล่าช้าจากการประเมินปัญหาไม่ถูกต้อง หรือล่าช้า

ทั้งนี้ ระดับความสามารถของพยาบาลวิชาชีพสามารถจัดแบ่งระดับการเรียนรู้ทักษะที่เกิดขึ้นได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ พยาบาลผู้อ่อนหัด (Novice) พยาบาลผู้เริ่มก้าวหน้า

(Advanced beginner) พยาบาลผู้มีความสามารถพอเลี้ยงตนเองรอด (Competent) พยาบาลผู้คล่องแคล่ว มีประสิทธิภาพ (Proficient) และพยาบาลผู้ชำนาญการ (Expert) (Benner, 1989) แต่พบว่า ทุกระดับของการทำงานวางอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ จรรยาบรรณ จริยธรรม และทำงานตามความรู้ ความสามารถที่กฎหมายได้รองรับไว้ให้ ปฏิบัติหากแต่มีความมากน้อยตามประสบการณ์ที่สั่งสมไว้นั่น

การวิเคราะห์ความแปรปรวนของการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมจำแนกตามแผนกที่ปฏิบัติงาน การเคหะศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ พบว่าในรายภาพรวมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ จากการทบทวนวรรณกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณาสุขสabay (2552) ได้ทำการศึกษาเรื่องการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาล ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยทั้งรายข้อและโดยรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก การรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อพฤติกรรมบริการ เนื่องมาจากความตื่นตัวของพยาบาลในการปรับพฤติกรรมบริการเพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ ตามพันธกิจของการประกันคุณภาพการบริการสุขภาพโรงพยาบาลและเป็นพยาบาลที่จบการศึกษาจากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีการสอนวิชาจริยศาสตร์ทางการพยาบาล และมีการสอดแทรกการสอนเรื่องจริยธรรมในวิชาการพยาบาล ผู้รับบริการจึงได้พบเห็นและมีการรับรู้พฤติกรรมบริการที่สะท้อนคุณลักษณะทางจริยธรรมที่ดี การรับรู้ที่ดีย่อมก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่พยาบาลส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อการรักษาพยาบาล อีกทั้งการรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาล ในหอผู้ป่วยสามัญและพิเศษมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากความแตกต่างของบรรยากาศ สิ่งแวดล้อมและจำนวนผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ความเครียดของพยาบาล การมีญาติ หรือพยาบาลพิเศษช่วยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาในหอผู้ป่วยพิเศษ ซึ่งแตกต่างจากหอผู้ป่วยสามัญที่ญาติไม่ได้อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา และการที่พยาบาลมีผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบจำนวนมาก ทำให้พยาบาลต้องให้การรีบเร่งช่วยเหลือหรือปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยในช่วงเวลาต่างๆ ตลอดเวลาอาจทำให้พยาบาลเกิดความเหนื่อยล้าจากงานได้และส่งผลต่อการให้บริการ

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือในความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลระดับสูงมาก ซึ่งเป็นตามสมมติฐานที่ได้ตั้งไว้ คือพยาบาลที่มีเพศ อายุ และแผนกที่

ปฏิบัติงาน แตกต่างกันจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลที่แตกต่างกัน ยกเว้นประสบการณ์การทำงานของพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะจากการวิจัย มีดังนี้

1. ผู้บริหารตั้งแต่ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย ได้ทราบถึงระดับการรับรู้ความเสี่ยงทางด้านจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดการประชุม อบรม หรือให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งทางด้านจริยธรรมทางการพยาบาลระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

2. ผู้บริหารทางการพยาบาล ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้มาใช้ในการวางแผน ส่งเสริม และใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการข้อร้องเรียน หรือระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยในโดยมีการส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพื่อลดปัญหาการถูกร้องเรียน หรือการฟ้องร้องจากผู้รับบริการ

3. การรวบรวมสถิติการถูกฟ้องร้อง หรือการถูกร้องเรียนจากผู้รับบริการทำเป็นเอกสารภายในแจ้งให้แก่ทีมสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนัก และความตื่นตัวในการเฝ้าระวังการกระทำที่เป็นการผิดต่อมาตรฐาน จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายวิชาชีพ

4. พยาบาลวิชาชีพควรดำรงตนตามจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลและจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์อยู่ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา รักชาติ, อรัญญา เชาวลิต, และ วันดี สุทธิรังษี. (2545). **ประเด็นขัดแย้งทางจริยธรรมจากประสบการณ์ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก**.วารสารสภาการพยาบาล, 17(1), 77-89.

กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2546). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร : ไทยเจริญการพิมพ์.

ประภัสสร พงศ์พันธุ์พิศาล. (2555). **กระบวนการสอบสวนจริยธรรมกับการประกอบวิชาชีพการพยาบาล**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการหลักเกณฑ์ขั้นตอน การสืบสวน สอบสวนด้านจริยธรรม.

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พร. (2558). **Hospital Profile : ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า**. แหล่งข้อมูล Intranet ของโรงพยาบาล. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2558.

โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า พร. (2558). **Hospital Profile : บริบทขององค์กร**. แหล่งข้อมูล Intranet ของโรงพยาบาล. เข้าถึงข้อมูลเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2558.

- วรารพร ช่างยา. (2551). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยง การสนับสนุนจากหัวหน้าหอผู้ป่วยสภาพแวดล้อมในการทำงานกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- วรรณสา สุขสบาย และคณะ. (2552). **การรับรู้ของผู้ป่วยต่อคุณลักษณะทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาล. บทความงานวิจัย.ตีพิมพ์ลงในวารสารการพยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี ปีที่15 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2552 : 60-75.**
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2538). **พฤติกรรมผู้บริโภค ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิสิทธ์พัฒนา จำกัด.**
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. สำนักพิมพ์กรมการแพทย์.**
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). **ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลของประเทศ พ.ศ. 2551-2555. สำนักพิมพ์กรมการแพทย์.**
- สุริพร ดวงสุวรรณและคณะ. (2554). **ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะในการปฏิบัติงานกับคุณภาพการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและตติยภูมิ เขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขที่ 17. บทความงานวิจัย. ตีพิมพ์ลงในวารสารสภาการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2554 : 67-77.**
- สุชา จันทรเอม. (2544). **จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.**
- สภาการพยาบาล. (2551). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2) พ.ศ. 2540 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง.(พิมพ์ครั้งที่ 2).รวบรวมและจัดทำโดยฝ่ายกฎหมายและจริยธรรมสภาการพยาบาล นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.**
- Banner. (1989). Index to The Banner of Truth 1955-1989. Available at <https://banneroftruth.org> เข้าถึงข้อมูล วันที่ 23 กันยายน 2558.

การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ศรียาสุข พิงศรีเพ็ง*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยมีประชากรในการวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งทั้งหมด 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสังเกตการปฏิบัติการทางการพยาบาลและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการประจำโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่รับผิดชอบงานในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ พบว่า การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.16 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี และในส่วนของพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ให้ข้อมูลว่า หน่วยงานมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตมี 2 ด้าน คือ 1. ด้านผู้ปฏิบัติมีการส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน 2. ด้านงานมีการส่งเสริมและพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการทางการแพทย์

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ คือ การกำหนดนโยบายให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตมีสมรรถนะที่เหมาะสม กำหนดแนวทางการจัดการความรู้ภายในหอผู้ป่วย กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยและประกาศให้บุคลากรทุกคนรับทราบในช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: การปฏิบัติทางการพยาบาล, ผู้ป่วยภาวะวิกฤต, หอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

Nursing Practice for Critical Care

Seepasuk Pungseepeng*

Abstract

The qualitative research aimed to study the compliance with the critical patient nursing standard and to create the guidelines for developing the critical patient nursing service quality and standard. The research populations consisted of 26 registered nurses working in the Trauma Intensive Care Unit of a hospital. The questionnaires on general information, observation forms, and in-depth interview forms were the instruments in this study that were used for collecting data. The statistic for analysis consisted of the average and standard deviation.

The result of study found that the compliance with the critical patient nursing standard in the Trauma Intensive Care Unit of a hospital had an average of 3.39 and standard deviation of 0.16, which was good. As for the developmental guidelines on the critical patient nursing service quality and standard, the registered nurses should have the suitable knowledge and competency. The organization should promote and develop work guidelines in accordance with the critical patient nursing standard to bring about the patient safety.

As for the research recommendations, the organization should determine the suitable competency of the nurses working in the Intensive Care Unit. It should determine the guidelines on knowledge management of the Intensive Care Unit. It should determine and announce the critical patient nursing operation standard of the Intensive Care Unit to all staffs through the organizational information channels to be the working guidelines and control the nursing quality.

Keywords: Nursing Practice, Critical Patients, Trauma Intensive Care Unit

* Registered Nurse at Siriraj Hospital

บทนำ

พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด พยาบาลควรจะต้องมีความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในการเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยจนสามารถพ้นจากภาวะวิกฤตดังกล่าวไปได้ การปฏิบัติพยาบาลให้มีคุณภาพและได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์แล้วนั้น พยาบาลต้องสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การเข้าใจภาวะจิตสังคมของผู้ป่วย ความขัดแย้งทางจริยธรรม และไม่ใช่แต่เพียงเฉพาะผู้ป่วย พยาบาลยังต้องให้การดูแลกับครอบครัวและญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤติที่มีความกังวลใจ ร้อนใจ ไม่เข้าใจ และมีคำถามมากมาย ในขณะที่เทคโนโลยีในการให้การดูแลสุขภาพมีการพัฒนาก้าวหน้าไม่หยุดนิ่ง พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจทั้งในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการดูแลสุขภาพ และมีความเข้าใจในหัวใจความเป็นมนุษย์ของบุคคลเพื่อให้การดูแลพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากที่สุด

มาตรฐานการพยาบาล แสดงให้เห็นถึงระดับของการดูแลหรือการปฏิบัติพยาบาลอย่างมืออาชีพ โดยมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลแสดงให้เห็นถึงบทบาทและความรับผิดชอบของวิชาชีพพยาบาลและเป็นการคาดหวังของสังคมที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพ มาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลเป็นที่คาดหวังว่าจะสามารถอธิบายการปฏิบัติทางคลินิกและประสิทธิภาพการทำงานอย่างมืออาชีพ และจะยังคงมีเสถียรภาพเมื่อเวลาผ่านไป แต่ในความเป็นจริงแล้วนั้น ประสิทธิภาพหรือมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลยังคงต้องได้รับการประเมินและแก้ไขเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความก้าวหน้าในความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป อีกทั้งสมรรถนะทางการพยาบาลจะต้องพัฒนาต่อไปเรื่อย เพื่อให้ทันกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีใหม่และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและระบบการดูแลสุขภาพ

เนื่องมาจากงานในวิชาชีพพยาบาลเป็นงานซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขอนามัย และความเป็นอยู่ของบุคคลอื่นจำนวนมาก จึงต้องปฏิบัติงานให้ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ (สุदारตัน เปี่ยมสินธุ์, 2543) ทำให้พยาบาลวิชาชีพหือผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุที่ดูแลผู้ป่วยซึ่งมักได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและทรัพย์สิน อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับกฎหมายเกี่ยวกับคดีความอีกด้วย จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความตระหนักในจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่มีต่อผู้ป่วย และสิทธิที่ผู้ป่วยพึงจะได้

ผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง และยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานทางการพยาบาลที่ชัดเจนในหอผู้ป่วยวิกฤตและเฉพาะทางอุบัติเหตุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของเรื่องดังกล่าวจึงทำการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงต่อไปโดยใช้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยหนักของสำนักการพยาบาลกรมการแพทย์ เป็นแนวทางในการศึกษาการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐานการบริการพยาบาล

ผู้ป่วยภาวะวิกฤต ให้บรรลุเป้าหมายการปฏิบัติพยาบาลตามมาตรฐาน และการพัฒนาระบบการให้บริการทางสาธารณสุขให้ได้คุณภาพและมาตรฐานสืบไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง กรณีศึกษาหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต
2. เพื่อเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเฉพาะในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ที่รับผิดชอบงานในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ผู้วิจัยได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ทั้งหมด 26 คน และเลือกสัมภาษณ์เชิงลึกอย่างเจาะจงจำนวน 13 คน ได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัย อันประกอบไปด้วย

1. เก็บรวบรวมข้อมูลการสำรวจข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 เพื่อให้ทราบถึง เพศ อายุ การศึกษา และตำแหน่งปฏิบัติงาน
2. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสังเกตการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทั้งหมด 11 ประเด็น โดยแบบสังเกตเป็นแบบมาตราประเมินค่า (rating scale) ซึ่งเกณฑ์ในการให้คะแนนแบบสังเกตมี คือ 1 คะแนน เมื่อสังเกตแล้วอยู่ในระดับควรปรับปรุง 2 คะแนน เมื่อสังเกตแล้วอยู่ในระดับ พอใช้ 3 คะแนน เมื่อสังเกตแล้วอยู่ในระดับ ดี และ 4 คะแนน เมื่อสังเกตแล้วอยู่ในระดับ ดีมาก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเป็นสองช่วงเวลา คือ ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559 และระหว่างวันที่ 7 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 20 ธันวาคม 2559 โดยจะทำการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก
3. เก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยกลุ่มตัวอย่างพยาบาล ที่ถูกเลือกมาสัมภาษณ์เชิงลึกใช้วิธีจับฉลาก จากการเลือกมาจำนวน 13 คนมาทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเพื่อให้ทราบถึงแนวการปฏิบัติ ปัญหา

และอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตและเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตโดยทำการสัมภาษณ์ระหว่างวันที่ 10 กันยายน 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2559

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 26-30 ปี และมากกว่า 40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.5 ส่วนใหญ่อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการคิดเป็นร้อยละ 96.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 84.6 มีประสบการณ์ทำงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.2 และได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต คิดเป็นร้อยละ 57.7

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

1. พยาบาลประเมินปัญหา ความต้องการ และเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายผู้ป่วยออกค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.65 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการประเมินปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย มีการประเมินปัญหาและเฝ้าระวังอาการทั่วไปตั้งแต่แรกรับ เช่น สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาทและสมอง ตรวจร่างกายโดยเน้นที่อวัยวะซึ่งสัมพันธ์กับปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย การประเมินความก้าวหน้าของปัญหาและความสอดคล้องการทำงานของเครื่องมือทางการ แพทย์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการประเมินปัญหา

2. มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการวินิจฉัยการพยาบาล โดยนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินปัญหามากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และจะปรับหรือกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป หรือเมื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น

3. มีการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบน-มาตรฐานเท่ากับ 0.50 อยู่ในเกณฑ์ดีพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดแผนการพยาบาลเป็นรายบุคคลให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับความสำคัญ of ปัญหาในระยะวิกฤต เช่น ปัญหาวิกฤตที่กำลังคุกคามชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะที่สำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขลำดับแรก และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน การพยาบาล

4. มีการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาทางพยาธิสภาพของโรคในระยะวิกฤต และจัดการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งจัดการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.50 อยู่ในเกณฑ์ดีมาก พบว่าพยาบาลวิชาชีพจะปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการรักษานั้นให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยตามขอบเขตของวิชาชีพ จัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

5. มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าภาวะสุขภาพของผู้ป่วย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.64 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต ด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล โดยจะประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลทันทีและต่อเนื่อง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ผลหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการไม่ก้าวหน้า ขณะรับการรักษาพยาบาล และปรับปรุงแผนการพยาบาล ให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติ การพยาบาล พร้อมทั้งบันทึกการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

6. มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.72 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพให้การดูแลต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลจากการประเมินในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อย้ายไปยังหอผู้ป่วยหรือจำหน่ายกลับบ้าน ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองหรือการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งค้นหาผู้ดูแลหรือบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ครอบครัวและผู้ดูแลได้เข้าเยี่ยมและร่วมปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน

7. มีการสร้างเสริมสุขภาพได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้ รับการฟื้นฟูสุขภาพในระยะเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการสร้างเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมผู้ป่วย โดยผสมผสานเข้ากับแผนการพยาบาลและแผนการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ การฝึกหายใจ การไอ การฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน โดยเฉพาะตอนกลางคืน เช่น ลดเสียงรบกวนที่ไม่จำเป็น ปิดไฟบางดวง เป็นต้น

8. มีการจัดการดูแลและกำกับตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพในประเด็นดังนี้ เช่น การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันอุบัติเหตุ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด การป้องกันการฟิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ เป็นต้น รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพคุ้มครองภาวะสุขภาพ โดยจัดการดูแลและกำกับให้สมาชิกอื่นในทีมการพยาบาลปฏิบัติตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพ เช่น การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะให้การรักษายาบาล การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุตกเตียง การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirated Pneumonia) การป้องกันความพิการหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะ เช่น ปลายเท้าตก (Foot Drop) และกล้ามเนื้อลีบ การป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและกระตุ้นการรับรู้ของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

9. การให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่วิกฤตได้ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ โดยจะประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ และความคาดหวังเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษายาบาล และสามารถตัดสินใจเลือกรับการรักษาก่อนลงนามยินยอมทุกครั้ง รวมทั้งปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ การใช้สถานที่ สิ่งแวดล้อม ในหอผู้ป่วย กฎ ระเบียบของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยม และเวลาปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้ป่วยจะได้รับระหว่างรักษา

10. การเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เคารพในสิทธิ และยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่แยกชนชั้น เชื้อชาติ และศาสนา ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.57 อยู่ในเกณฑ์ดีพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น ปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับมอบหมายด้วยความเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ แม้ในภาวะไม่รู้สีกตัว และปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างให้สมาชิกทีมการพยาบาล

11. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ จึงมีความจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 อยู่ในเกณฑ์ดี พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการบันทึกทางการพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างจะบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และสามารถสื่อสารในทีมได้ โดยใช้แบบฟอร์มการบันทึกของหน่วยงาน ทำให้สามารถบันทึกข้อมูลในการปฏิบัติการพยาบาลได้ครบถ้วน และช่วยแปลผลการบันทึกได้ง่าย รวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกของทุกวัน โดยเป็นหัวหน้าทีมการพยาบาลของเวรเช้า

ส่วนที่ 3 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาล โดยใช้แนวทาง การปฏิบัติงาน (work instruction) เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติพยาบาล เพื่อให้การทำงาน มีความถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีการส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากรใน หน่วยงานให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน และสร้างความตระหนักเพื่อให้เห็น ความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาล และที่สำคัญหากมีปัญหาเมื่อเกิด เหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยงในหน่วยงานจะมีระเบียบการปฏิบัติตามขั้นตอนเพื่อรายงานความ เสี่ยงที่เกิดขึ้นให้ผู้บริหารทราบ ส่วนในหน่วยงานต้องทำ RCA (Root Cause Analysis) เพื่อหา สาเหตุ แนวทางแก้ไขและป้องกันที่เหมาะสมต่อไป

หน่วยงานมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลในหอผู้ป่วย รวมถึงการ ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ ทักษะและความสามารถทางด้านการปฏิบัติพยาบาลให้แก่บุคลากร โดยหากเป็นบุคลากรจบใหม่จะเตรียมความพร้อมนิเทศงาน การส่งไปประชุม อบรม รวมทั้ง สนับสนุนการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท เพื่อให้สามารถนำความรู้มาพัฒนางานต่อยอดงานการ พยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ที่สามารถค้นคว้าและเข้าถึง ข้อมูลสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การปฏิบัติตามมาตรฐานทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

1. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ ประเมินปัญหา ความต้องการ และเฝ้าระวังอาการของ ผู้ป่วย รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ผู้ป่วยออก อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ ปฏิบัติพยาบาลโดยมีลักษณะงานที่มีความหลากหลายของทักษะในการดูแล เนื่องจากเป็นหอ ผู้ป่วยที่มีความหลากหลายคุณลักษณะเฉพาะหลาย ๆ ด้าน ทำให้มีการกำหนดรายละเอียดของ การประเมินปัญหา ความต้องการ และเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยไว้ในบันทึกทางการพยาบาลไว้ ค่อนข้างดี ร่วมกับ มีพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์การทำงาน ค่อนข้างสูงอยู่ในทุกเวรของการปฏิบัติงาน เป็นผู้ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ส่งผลให้การปฏิบัติ ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน

2. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปรับข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ เมื่อมีข้อมูลบ่งชี้ว่าปัญหานั้น ๆ เปลี่ยนแปลงไป อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อ พิจารณา พบว่าพยาบาลวิชาชีพสามารถประเมินปัญหา ความต้องการ และการเฝ้าระวังอาการ ของผู้ป่วยได้อยู่ในเกณฑ์ดี ย่อมสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หรือปรับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลใหม่ได้เป็นอย่างดีเช่นกัน ร่วมกับในหน่วยงานจึงมีการ กำหนดรายละเอียดของการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหรือปรับข้อวินิจฉัยทางการ

พยาบาลใหม่ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ส่งผลให้การปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ดี

3. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่าพยาบาลวิชาชีพจะมีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา และครอบครัวของผู้ป่วย และมีการส่งต่อข้อมูลการวางแผนการพยาบาลได้ค่อนข้างดี ได้แก่ การส่งเวร การบันทึกไว้ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ส่งผลให้การปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ดี

4. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ จัดการเพื่อแก้ไขปัญหาทางพยาธิสภาพของโรคในระยะวิกฤต และจัดการส่งเสริมความสุขสบายของผู้ป่วย รวมทั้งจัดการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อยู่ในเกณฑ์ดีมากเมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ ได้รับการอบรมเฉพาะทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 57.7 แม้จะมีประสบการณ์ทำงานส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 46.2 แต่ลักษณะของการทำงานที่เป็นลักษณะการทำงานเป็นทีมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพที่มีองค์ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลหายจากโรคหรือปลอดภัยจากอันตรายที่กำลังคุกคามต่อชีวิต อีกทั้งยังมีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างละเอียด ส่งผลให้การปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดีมาก

5. พยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ มีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้าภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และสรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีการติดตามการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยทุกเวรหรือทุกครั้งที่จะพ้นในความดูแลจะมีการประเมินติดตามความก้าวหน้า ร่วมกับการส่งต่อข้อมูลให้ผู้มารับไว้ในความดูแลและติดตามต่อ ร่วมกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไว้ ส่งผลให้การปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดี

6. พยาบาลวิชาชีพ มีวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายได้ครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ มีการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านค่อนข้างน้อยราย เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีอาการดีขึ้น จะถูกย้ายจากหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ทำให้การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านในผู้ป่วยเป็นเพียงรายละเอียดที่กำหนดไว้ในบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ต้องส่งต่อข้อมูลไปยังหอผู้ป่วยสามัญเท่านั้น แต่ยังไม่ลงรายละเอียดว่าผู้ป่วยต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายกลับบ้านในปัญหาและความต้องการใดบ้าง แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการวางแผนจำหน่ายจากหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุไปยังหอผู้ป่วยสามัญมากกว่าการวางแผนจำหน่ายกลับบ้าน และหอผู้ป่วยสามัญจะเป็นผู้ให้การวางแผนจำหน่ายต่อไป ส่งผลให้การปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดี

7. พยาบาลวิชาชีพ ได้สร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสุขภาพในระยะเวลาที่เหมาะสมและต่อเนื่อง อยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ มีการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและหายจากการเจ็บป่วย เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันเองบนเตียงเมื่อไม่มีข้อจำกัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายบนเตียงเมื่อไม่มีข้อจำกัด การเปิดเพลงหรือวิทยุให้ผู้ป่วยคลายกังวล และยังมีส่วนร่วมกับสหวิชาชีพ ในการส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ แต่ในส่วนใหญ่แล้วด้วยการเจ็บป่วยและพยาธิสภาพของโรคทำให้มีข้อจำกัดในการส่งเสริมสุขภาพในกิจกรรมบางอย่าง ส่งผลให้การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ดี

8. พยาบาลวิชาชีพมีการจัดการดูแลและกำกับตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพ อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่า ในหออผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ มีงานพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลและกำกับตามแนวทางการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ได้แก่ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องหายใจเพื่อลดการเกิด VAP การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล VENTILATOR CIRCUIT การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ให้อาหารทางสายยาง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขอนามัยในช่องปากในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ การประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดและแผลที่ได้รับการบาดเจ็บและ SAVE OUR SKIN ซึ่งงานพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลและกำกับตามแนวทาง การคุ้มครองภาวะสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น เปรียบเสมือนแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ส่งผลให้การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดี

9. พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและ ครอบครัวให้สามารถปรับตัวกับความเจ็บป่วยที่วิกฤตได้อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพหออผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุ มีการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้และตัดสินใจเลือกรับการรักษา รวมทั้งปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยพึงได้ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยอุบัติเหตุเป็นการเจ็บป่วยแบบไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อน การให้ข้อมูลจึงเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยทุกรายที่มานอนรับการรักษาในหออผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู.อุบัติเหตุส่งผลให้การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดี

10. การเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ เคารพในสิทธิ และยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่แยกชนชั้น เชื้อชาติ และศาสนา ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ อยู่ในเกณฑ์ดี

11. พยาบาลวิชาชีพ มีการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การดูแลรักษา เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ใช้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ จึงมีความจำเป็นต้องบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างมีระบบ อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ อยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อพิจารณา พบว่า พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุในหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. อุบัติเหตุ มีงานพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล ได้แก่ โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบันทึกทางการพยาบาล งานพัฒนาคุณภาพดังกล่าว เปรียบเสมือนแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในการเขียนบันทึกทางการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ และยังมีทีมงานในการตรวจทานการเขียนบันทึกทางการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ครบถ้วน และสมบูรณ์ ให้เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ ส่งผลให้การปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตเป็นไปตามมาตรฐาน อยู่ในเกณฑ์ดี

ส่วนที่ 2 แนวทางในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต

2.1 ด้านผู้ปฏิบัติ

การส่งเสริมความรู้ความสามารถของบุคลากรในหน่วยงานให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เป็นส่วนช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในปัจจุบันยึดหลักการของสมรรถนะและให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายใต้ฐานสมรรถนะสำหรับวิชาชีพพยาบาล เพื่อสมรรถนะที่พึงประสงค์ตามระดับผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่คาดหวังตามองค์ประกอบด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติ ให้สอดคล้องเชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมายเชิง กลยุทธ์ ค่านิยมและสมรรถนะหลักขององค์การ องค์การวิชาชีพพยาบาลจึงจะขับเคลื่อนไปตามทิศทางที่ต้องการได้อย่างประสบความสำเร็จ

2.2 ด้านงาน

เมื่อโรงพยาบาลมีนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ซึ่งจากนโยบายดังกล่าวส่งผลให้เกิดการสร้างและพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการรับบริการทางการแพทย์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาสำหรับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ทุกฝ่ายและเป็นที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลที่ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพทุกคนต้องตระหนักและให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. กำหนดนโยบายให้พยาบาลวิชาชีพที่จะมาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทุกคนกำหนดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต และจัดให้มีการประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หากขาดสมรรถนะวิชาชีพในด้านใดก็ควรพิจารณาให้ความสำคัญไปอบรมในด้านนั้น ๆ
2. กำหนดแนวทางการจัดการความรู้ภายในหอผู้ป่วย โดยการรวบรวมความรู้ที่ได้จากการส่งบุคลากรไปอบรมมาทำการจัดการความรู้สู่บุคลากรที่ไม่ได้ไปอบรม
3. กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย และประกาศให้บุคลากรทุกคนรับทราบในช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและเพื่อควบคุมคุณภาพการพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- กนกอร ธารา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2009). คุณค่าในงานพยาบาล: ความหมายและประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ 25(2).
- กอบกุล พันธเจริญวรกุล. (2527). มโนทัศน์ของกระบวนการพยาบาลกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การประชุมวิชาการครั้งที่ 2, 1-18.
- จินนรัตน์ ศรีภักธิบุญ. (2549). หลักเกณฑ์และแนวทางการจัดบริการตามมาตรฐานบริการพยาบาลสำหรับ Trauma Center. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักการพยาบาลกรมการแพทย์.
- ฉัตรสุมน พลดิบุญ. (2553). หลักการวิจัยทางสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- ชมสุภัค ครุฑกะ. (2012). การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายใต้ฐานสมรรถนะสำหรับวิชาชีพพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 24(2): 1-11.
- พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเหิม. (2553). กฎหมายและจริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. มหาสารคาม: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อภิชาติการพิมพ์.
- เพ็ญศรี ระเบียบ. (2527). กระบวนการพยาบาล. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยในภาวะวิกฤตการประชุมวิชาการครั้งที่ 2, 19-30.
- สภาการพยาบาล. (2551). พระราชบัญญัติวิชาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์(ฉบับที่2)พ.ศ.2540และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สภาการพยาบาล. (2559). มาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์. Available at <http://www.tnc.or.th/law/page-6.html> เข้าถึงวันที่ 15 มีนาคม 2559.
- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. (2546). จรรยาบรรณพยาบาลฉบับพุทธศักราช 2546. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน.
- สมาคมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา. (2558). Available at <http://www.aacn.org/wd/practice/content/aacn-scope-and-standards-acute-critical-care-2015/PDFfile>. เข้าถึงวันที่ 15 มีนาคม 2559.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2538). **แนวคิดและหลักการพยาบาลแบบองค์รวม**. การประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 9 เรื่อง การพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อสุขภาพสตรี, หน้า 1-4.
- สายสมร เฉลยภิตติ, พรนภา คำพราว, &สมพิศ พรหมเดช. (2014). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับคุณภาพบริการพยาบาล. **วารสารพยาบาลทหารบก** 15(2): 66-70.
- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- สุดารัตน์ เปี่ยมสินธุ์. (2543). **การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศิริราช**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุขบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. Available at [http://www.nursing.go.th/PDF file/129.pdf](http://www.nursing.go.th/PDF%20file/129.pdf). เข้าถึงวันที่ 15 มีนาคม 2559.
- Thongcharoen, V., Santanavanich, C., Tiewwanich, S., Khumtaveeporn, P., Somboontanont, W., Wayuhuerd, S., &Suvarnarong, K. (2014). Learning Outcomes of Work Integrated Learning in the Course of Practicum for Nursing Skills to Professional Readiness ofNursing Students. **Journal of Nursing Science** 31(4): 79-89.
- Wallapa Boonrod, R.N. (2009). Quality of working life: perceptions of professional nurses at Phramongkutklao Hospital. **J Med Assoc Thai** 92(1): S7-15.

มาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรณีศึกษา เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย

นรินทิพย์ ชัยพรมเขียว * รศ.ดร. ฉัตรสุนัน พงษ์มิญโญ**

รศ.ดร. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์** ดร. สุธี อยู่สถาพร**

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาทบทวนและวิเคราะห์มาตรการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตลอดจนรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงมาตรการในการดำเนินงานให้เป็นไปตามสมรรถนะหลัก ที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาวิธีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขสำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของไทย ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และสร้างข้อสรุปสำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า มาตรการด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของด่าน พรมแดนแม่สอดมีการดำเนินงานอยู่ในลักษณะของการเตรียมความพร้อมและเฝ้าระวัง ด้วยการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและฝึกซ้อมแผนฯ ที่ผ่านมาพบปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ อาทิ ขาดความเป็น เอกภาพในการดำเนินมาตรการ และไม่สามารถนำมาตราทางกฎหมายมาปรับใช้ ในการดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ เป็นต้น สำหรับข้อเสนอแนะเชิงมาตรการที่พบในการวิจัยครั้งนี้ อาทิ มาตรการเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข มาตรการบังคับใช้กฎหมายเพื่อควบคุมการเดินทางเข้า-ออกของแรงงานต่างด้าว มาตรการกำหนดกฎหมายเพื่อควบคุมการพักอาศัยของแรงงานต่างด้าว มาตรการกำกับดูแลด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

ข้อเสนอของงานวิจัยนี้คือ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษควรมีการกำหนดนโยบายดังนี้ 1) นโยบายการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ 2) นโยบายสร้างความเข้มแข็งและความเสมอภาคด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3) นโยบายควบคุมการเข้ามาใช้แรงงานของแรงงานต่างด้าว 4) นโยบายการจัดสวัสดิการด้านที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าว 5) นโยบายสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย 6) นโยบายพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย และ 7) นโยบายจัดตั้งกองทุนเพื่อการจัดการด้านสาธารณสุข และเหตุฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

คำสำคัญ: ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ, กฎอนามัยระหว่างประเทศ, เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

* หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกการบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**Public Health Emergency of International Concern Prevention and Control
Measures: A Case Study on Special Economic Development Zone,
Maesod Border Control, Tak Province, Thailand**

Narinthip Chaipromkhieo* Chardsumon Prutipinyo**

Suthee Usathaporn** Nithat Sirichotiratana**

Abstract

This research aimed to studying, reviewing and analyzing the measures to prevention and control the public health emergency of international concern as well as collecting suggestions of measures in taking actions to be under the key performance as specified in the International Health Regulations B.E. 2548 (IHR 2005) of the special economic development zone at Mae Sod Border Control, Tak Province. The qualitative methods were used structured interview, content analysis method and creating conclusion of data obtained from interview.

It was found from the study that for the measures in controlling and preventing the public health emergency of international concern, the operation was characterized by being prepared and monitoring by preparing for plan in response to public health emergency and by practicing the plan as mentioned in the IHR 2005. The key problem and obstacle are found such as a lack of unity in taking actions and that it is not possible to apply legal measures to control and prevent the public health emergency of international concern. The measures are prepared for public health emergency, the enforcement measure to control the entrance-exit of alien laborers, measures in establishing law to control the stay of alien laborers, measure to supervise and monitor environment of the special economic development zone.

The suggestions is that the special economic development zone should specify the policies as follows: 1) policy in preparing to respond to the public health emergency of international concern, 2) policy in creating fairness and equality in accessing to service of alien laborers, 3) policy to control and supervise the work of alien laborers, 4) policy in arranging for welfare of residence of alien laborers, 5) policy on safety environment, 6) policy in developing quality of nursing care centers to admit and transfer patient with infectious disease, and 7) policy in establishing fund for dealing with public danger and public health emergency for the special economic development zone.

Key words : The public health emergency of international concern, the international health regulations, the special economic development zone

* M.Sc. (Public Health) Program in Medical and Public Health Law Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

** Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

โรคติดต่อระหว่างประเทศ ถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งด้านสุขภาพ การเดินทางและการค้าระหว่างประเทศ โดยที่ผ่านมามีสถานการณ์โรคติดต่อระหว่างประเทศ ที่ส่งผลกระทบในวงกว้างหลายเหตุการณ์ อาทิ การเกิดการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง การระบาดของโรคไข้หวัดนก การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: 2006) ได้สร้างกฎเกณฑ์สำหรับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพระหว่างประเทศ โดยอยู่ในลักษณะของข้อบังคับที่ได้รับมติเห็นชอบจากที่ประชุมใหญ่ของสมัชชาอนามัยโลก กฎหมายที่สำคัญฉบับหนึ่งคือกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) ซึ่งในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกได้บังคับใช้ กฎอนามัยระหว่างประเทศ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2548 โดยกฎหมาย ฉบับที่ 2 นี้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 15 มิถุนายน 2550 เป็นต้นมา (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: 2553)

การควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของกฎอนามัยฯ สำหรับประเทศไทยในฐานะที่เป็นหนึ่งในรัฐสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ได้ให้การยอมรับและรับเอา กฎอนามัยฯ มาปฏิบัติ โดยคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบในการปฏิบัติตามกฎอนามัยฯ เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2550 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข: 2551) การดำเนินงานตามกฎอนามัยฯ ฉบับที่ 2 ของประเทศไทย ที่ผ่านมามีการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามกฎอนามัยฯ ได้ในระดับ 1 ซึ่งหมายถึงการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ขาดปัจจัยนำเข้า และกระบวนการพัฒนาที่สำคัญ (WHO, SEARO: 2005) จากผลการดำเนินงานดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อขยายเวลาของแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2555 ออกไปจนถึงปี พ.ศ. 2559 เพื่อให้สามารถพัฒนาสมรรถนะหลักให้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากประเทศไทยยังคงมีภารกิจที่จะต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงแต่การพัฒนาให้ครบตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 เท่านั้น แต่ยังต้องพัฒนาให้มีคุณภาพเพื่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนอีกด้วย

ปี 2558 ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน มีเป้าหมายของประชาคม คือ การเป็นตลาดและฐานการผลิตเดียวกันภายใต้การเคลื่อนย้ายสินค้าและปัจจัยการผลิตอย่างเสรี เพื่อนำไปสู่การจัดสรรทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กรมอาเซียน: 2554) โดยประเทศไทยได้ดำเนินการเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนหลายด้านที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเพื่อส่งเสริมการค้าและการลงทุน ที่ครอบคลุมการพัฒนาเศรษฐกิจในทุกด้าน ซึ่งระยะแรกรัฐบาลไทยได้มีนโยบายการจัดตั้งเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตามแนวชายแดนในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษมุกดาหาร เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสระแก้ว เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษสงขลา เขตพัฒนา

เศรษฐกิจพิเศษตราด และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตาก โดยเน้นไปยังพื้นที่บริเวณชายแดนซึ่งเป็นจุดที่ตั้งของช่องทางเข้าออก หรือพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านของไทย มีการจรรยาบรรณระหว่างประเทศ ทั้งด้านแรงงาน การขนส่งสินค้า และบริการด้านอื่นๆ ซึ่งรวมไปถึงพื้นที่บริเวณด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตากด้วย โดยในปีงบประมาณ 2557 ด่านศุลกากร แม่สอดมีมูลค่าการค้าทั้งการส่งออกและนำเข้าสินค้าสูงเป็นอันดับต้นๆ ของไทย (กองความร่วมมือการค้าและการลงทุน กรมการค้าต่างประเทศ: 2557)

การยกระดับของพื้นที่ด่านพรมแดนแม่สอดให้เป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษนั้น นอกจากจะเป็นผลดีต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจแล้ว ยังอาจส่งผลให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงานเข้ามาในประเทศอย่างเสรี โดยเฉพาะแรงงานชนิดไปกลับซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงการประกันสุขภาพของไทย และอาจก่อให้เกิดปัญหา ทางด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น ปัญหาโรคระบาด โรคอุบัติใหม่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนชาวไทยได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล: 2558) รวมไปถึงมีการขนส่งสินค้าซึ่งเป็นวัตถุดิบเพื่อใช้ในสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประเด็นต่างๆ เหล่านี้อาจส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อหรือภัยคุกคามทางสุขภาพต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ หากประเด็นนี้ไม่ได้รับการควบคุมหรือป้องกันที่ดีอาจส่งผลให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และแพร่ระบาดข้ามประเทศได้

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560 – 2564 มีการกำหนดแผนงานเพื่อการพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศและจังหวัดชายแดนให้มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ และภัยสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 และการจัดทำ แผนยุทธศาสตร์การปฏิบัติงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2560–2564 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: 2559) ซึ่งกระบวนการดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์หรือแผนงานเหล่านี้อยู่ใน ระยะของการเริ่มต้นยังคงต้องการการศึกษาต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อเสนอสำหรับการพัฒนางานดังกล่าวให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ณ ด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ตลอดจนรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงมาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้เป็นไปตามสมรรถนะหลักที่กำหนดไว้ในกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาวิธีการดำเนินงานด้านสาธารณสุข สำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์มาตรการการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ด้านการตรวจคัดกรองผู้โดยสาร และการตรวจสอบสินค้าข้ามประเทศประเภทพืชและสัตว์ ของหน่วยงานภายในด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก

2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยเน้นที่มาตรการด้านการตรวจคัดกรองผู้โดยสาร และการตรวจสอบสินค้าประเภทพืชและสัตว์ ของด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก

3. เพื่อรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงมาตรการการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้เป็นไปตามสมรรถนะหลักที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาวิธีการดำเนินงานสำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

ในการดำเนินการศึกษา ได้กำหนดระเบียบวิธีการวิจัย โดยเป็นกระบวนการวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ประกอบด้วย

1. การวิจัยเอกสาร (documentary research) ดำเนินการโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร หนังสือ ตำรา งานวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

2. การสัมภาษณ์ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 14 คน ได้แก่ ผู้แทนด่านศุลกากร ผู้แทนด่านตรวจพืช ผู้แทนด่านกักสัตว์ ผู้แทนด่านตรวจสัตว์น้ำ ผู้แทนด่านอาหารและยา และผู้แทนด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ช่องทางเข้าออกประเทศพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ในระหว่างวันที่ 17 – 20 มกราคม พ.ศ. 2560

ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

การศึกษานี้สร้างความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดย

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องของข้อคำถามจำนวน 2 ท่าน

2. ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจาก หน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับพิจารณาอนุมัติรับรองจริยธรรมการวิจัยวันที่ 25 สิงหาคม 2559 เลขที่จริยธรรม COA. No. MUPH 2016-112

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พิจารณาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล และใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปสำหรับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. มาตรการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ในปัจจุบัน

จากการทบทวน แนวทางปฏิบัติแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ 2558 (Public Health Emergency of International Concern Contingency Plan 2015)

พบว่ามาตรการเพื่อการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ที่กำหนดไว้ในแนวทางการตอบโต้ฯ ฉบับนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ มาตรการระยะก่อนเกิดเหตุ มาตรการระยะเกิดเหตุ และมาตรการระยะหลังเกิดเหตุ รายละเอียดดังนี้

1. มาตรการระยะก่อนเกิดเหตุ ประกอบด้วย มาตรการป้องกันและลดผลกระทบด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกันโดยใช้มาตรการด้านโครงสร้าง การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุข และมาตรการเตรียมความพร้อมด้วยการจัดทำแผน การฝึกซ้อมแผน การเตรียมการด้านเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และการเตรียมทีมบุคลากรเพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ

2. มาตรการระยะเกิดเหตุ ประกอบด้วย มาตรการจัดการในภาวะฉุกเฉิน ด้วยการจัดตั้งศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจ การเชื่อมโยงระบบติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงาน การสนธิกำลังให้การช่วยเหลือและควบคุมสถานการณ์ทั้งการคัดกรอง เฝ้าระวัง และตรวจจับ การจัดระบบการรักษาพยาบาลและการส่งต่อผู้เดินทางที่ป่วยหรือสงสัยป่วย การจัดหาโรงพยาบาลภาคสนาม การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์จัดการเกี่ยวกับศพ ตลอดจนการให้ข้อมูลในการควบคุมป้องกันโรคแก่ผู้เดินทาง เข้า - ออกประเทศ

3. มาตรการระยะหลังเกิดเหตุ ประกอบด้วย มาตรการเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองผู้เดินทางเข้าออกประเทศอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวของโรค ตลอดจนการรายงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ในปัจจุบันมีการดำเนินมาตรการของหน่วยงานภาคีเครือข่ายในสภาวะปกติ ซึ่งถือได้ว่าเป็นการเฝ้าระวังสาเหตุที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ ดังนี้

1. ในกลุ่มผู้เดินทางและแรงงานต่างด้าว ผู้รับผิดชอบหลักคือด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ จะทำการเฝ้าระวังในกลุ่มผู้เดินทางหรือแรงงาน ด้วยมาตรการตรวจคัดกรองและซักประวัติ การสังเกตอาการภายนอกก่อนที่จะอนุญาตให้เดินทางเข้าประเทศ และจะดำเนินมาตรการตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด หากมีกรณีที่น่าสงสัยว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเกิดขึ้นในต่างประเทศ หรือพื้นที่อื่นของไทย

2. กลุ่มสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มาจากพืช สัตว์ อาหาร ยา หรือเวชภัณฑ์อื่นๆ ผลการศึกษาทั้งจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์พบว่า มาตรการดำเนินงานในสภาวะปกติของหน่วยงานเหล่านี้ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังสาเหตุที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ คือ หน่วยงานที่ดำเนินมาตรการเกี่ยวกับการควบคุมตรวจสอบการนำเข้า หรือนำผ่านซึ่งสัตว์ อาหารและยา อาทิ มาตรการห้ามการนำเข้าผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์จากประเทศเมียนมา มาตรการสุ่มเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาการปนเปื้อนของเชื้อโรคทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น และในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในพื้นที่ต่างประเทศ หน่วยงานเหล่านี้ก็จะดำเนินมาตรการตามคำสั่งการของผู้บังคับบัญชา เช่น

มาตรการชะลอการนำเข้าหรือนำผ่านซึ่งสัตว์หรือซากของสัตว์จากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดของโรค มาตรการทำลายสัตว์ที่ป่วยหรือตายโดยไม่ทราบสาเหตุในช่วงที่มีการระบาด เป็นต้น

โดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบจะมีรูปแบบและขั้นตอนการดำเนินงาน ตลอดจนมาตรการทางกฎหมายประกอบการปฏิบัติงานในแบบเฉพาะของตน แต่ผลจากการศึกษาพบว่าหน่วยงานต่างๆ ไม่สามารถนำมาตราการทางกฎหมาย มาใช้เพื่อการดำเนินงานได้อย่างเต็มที่ แม้ว่ามาตรการทางกฎหมายจะมีความชัดเจนมากเพียงใดก็ตาม เนื่องจากขาดกลไกการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติ และการนำมาตราการทางกฎหมายมาใช้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดอาจมีผลกระทบเชิงลบตามมา อาทิ หากนำมาตราการทางกฎหมายทั้งการกักกัน คุ่มไว้สังเกต หรือส่งตัวกลับประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อของประเทศไทย มาใช้กับผู้เดินทางหรือแรงงานที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นพาหะนำโรคติดต่ออันตราย อาจเกิดภาพลักษณ์ด้านการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลหรือผิดหลักการด้านมนุษยชนได้ ตลอดจนประเทศที่ปฏิบัติต่อผู้เดินทางหรือแรงงานด้วยมาตรการเช่นนี้ อาจส่งผลกระทบต่อชื่อเสียงหรือศีลธรรมของประเทศได้ หรือแม้กระทั่งการดำเนินมาตรการกักกันสินค้าต่างๆ ไว้ อาจส่งผลกระทบต่อการค้าและการลงทุน และอาจได้รับความกดดันทางธุรกิจจากประชาคม ซึ่งจะขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎอนามัยระหว่างประเทศ ที่กำหนดว่าการดำเนินมาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ หรือปัญหาทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ จะต้องหลีกเลี่ยงการรบกวนการจราจรและการค้าระหว่างประเทศโดยไม่จำเป็น

ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า ในปัจจุบันด้านพรมแดนแม่สอดยังไม่เคยดำเนินมาตรการเพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในพื้นที่ มีเพียงการดำเนินงานในสภาวะปกติของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่เป็นเหมือนการดำเนินมาตรการเพื่อเฝ้าระวังสาเหตุ ที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ ทั้งการดำเนินงานในกลุ่มของผู้เดินทางแรงงานต่างด้าว การตรวจสอบการนำเข้า ส่งออก หรือนำผ่านซึ่งสินค้าหรือผลิตภัณฑ์จากพืช สัตว์ อาหาร และยารักษาโรคต่างๆ โดยหน่วยงานจะดำเนินมาตรการเฝ้าระวังตามแบบแผนเฉพาะของหน่วยงานที่กำหนดไว้ และเน้นมาตรการเฝ้าระวังสาเหตุของการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มของโรคระบาดเป็นหลัก สำหรับการเตรียมความพร้อมในด้านนี้ ด้านพรมแดนแม่สอดได้จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ตามที่กำหนด และเมื่อเกิดกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศขึ้น หน่วยงานภาคีเครือข่ายจะดำเนินการตามขั้นตอน หรือแผนงานที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศกำหนดไว้เป็นหลัก

2. ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก

จากการศึกษาทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของด่านพรมแดนแม่สอดที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินมาตรการเพื่อการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เนื่องจากมีหน่วยงานที่มีส่วนร่วมในการดำเนินมาตรการเป็นจำนวนมาก ตลอดจนความแตกต่างของหน่วยงานต้นสังกัด ที่ควบคุมดูแลด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และความไม่ชัดเจนด้านฐานะของหน่วยงานตามกฎหมาย ของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ซึ่งแม้จะเป็นหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมายโรคติดต่อและกฏอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 แต่ไม่สามารถสั่งการเพื่อดำเนินมาตรการได้โดยตรง

2. ปัญหาความซับซ้อนด้านการบริหารจัดการ และระบบสั่งการตามแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนแม่สอด

3. บุคลากรผู้นำมาตรการไปปฏิบัติทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและบุคลากรภาคีเครือข่ายอื่นๆ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ มาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และยังพบปัญหาบุคลากรจากหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนไม่ทราบว่ามีกำหนดมาตรการด้านนี้ไว้ ตลอดจนทราบว่ามีการแต่ไม่ทราบในรายละเอียดของมาตรการดำเนินงานด้านดังกล่าว

4. การดำเนินงานเพื่อการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ผ่านมา โดยใช้มาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อของไทย ฉบับปี พ.ศ. 2523 ยังไม่มีกลไกในการบังคับใช้มาตรการ ตามกฎหมายที่ชัดเจน ดังนั้นจึงไม่สามารถนำมาตรการทางกฎหมายหรือบทลงโทษทางกฎหมายต่างๆ มาใช้ในการดำเนินมาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้อย่างเต็มที่

5. ปัญหาด้านการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติสำหรับการควบคุมการเดินทางเข้า – ออกของแรงงานต่างด้าวบริเวณคล้งอุมัตีชั่วคราว ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และอาจไม่สามารถดำเนินการมาตรการให้ครอบคลุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. ปัญหาด้านการผ่อนผันมาตรการทางกฎหมาย ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เช่น การผ่อนผันมาตรการกักตัวผู้เดินทาง การผ่อนผันมาตรการสวมตัวอย่างสินค้าหรือผลิตภัณฑ์เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การผ่อนผันมาตรการกักกันสินค้า เป็นต้น

7. ปัญหาการดำเนินงานในสภาวะปกติอื่นๆ ที่อาจเป็นปัจจัยเสริมให้การดำเนินมาตรการเพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศไม่บรรลุผลสำเร็จ อาทิ ขาดแคลนกำลังบุคลากรในการปฏิบัติงาน ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นต้น

3. การรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงมาตรการ เพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ให้เป็นไปตามสมรรถนะหลักที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ของด้านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างสามารถรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงมาตรการ เพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด้านพรมแดนแม่สอด ได้ดังนี้

ข้อเสนอที่ 1 มาตรการในการเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ ด้วยการแต่งตั้งคณะทำงาน การจัดทำแผน และการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และต้องมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของด้านสาธารณสุข ทั้งด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และด้านอาหารและยาในพื้นที่ร่วมด้วย นอกจากนี้จะต้องผลักดันให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายมีการจัดทำมาตรการดำเนินงาน ในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยเป็นมาตรการเฉพาะของหน่วยงาน และต้องสนับสนุนให้ทุกหน่วยงานมีการบูรณาการงานร่วมกันมากขึ้น ตลอดจนต้องมีการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังโรคให้มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอที่ 2 มาตรการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการเดินทางเข้า - ออกของแรงงานต่างด้าวบริเวณท่าข้ามคลองอุมติชั่วคราว

ข้อเสนอที่ 3 มาตรการควบคุมกำกับการพักอาศัยของแรงงานต่างด้าวและประชาชนบริเวณโดยรอบเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ข้อเสนอที่ 4 การเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการตรวจคัดกรองผู้เดินทาง แรงงาน และมาตรการตรวจสอบการนำเข้า ส่งออก หรือนำผ่านสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ

นอกจากนี้ จากการศึกษาและทบทวนเอกสารยังพบอีกว่า การจัดการด้านเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าว และการดูแลด้านสภาพแวดล้อมในบริเวณพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ก็เป็นมาตรการดำเนินงานที่สำคัญ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษให้เกิดผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

การดำเนินมาตรการด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ของด้านพรมแดนแม่สอดในปัจจุบัน มีการดำเนินมาตรการด้วยการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและฝึกซ้อมแผนฯ ดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับสมรรถนะหลักที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ต้องจัดให้มีเพื่อรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตามที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความเข้มแข็งด้านนโยบาย การมีกฎหมายควบคุมโรคติดต่อโดยเฉพาะ และการที่ประเทศไทยรับเอากฎอนามัยฯ มาปฏิบัติตาม มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตลอดจนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ภายใต้กฎอนามัยฯ จึงมีส่วนสำคัญที่ทำให้การดำเนินมาตรการบรรลุสมรรถนะข้อดังกล่าว แต่เป็นที่น่าสนใจว่าขอบเขตของการ

เฝ้าระวังสาเหตุที่อาจทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ จำกั้อยู่เพียงแค่กลุ่มของโรคระบาด ยังไม่ครอบคลุมไปถึงภัยคุกคามทางสุขภาพด้านอื่นๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากนโยบายการดำเนินงานจากส่วนกลางที่มุ่งเน้นให้เฝ้าระวังในกลุ่มนี้เป็นหลัก เนื่องจากเป็นกลุ่มภัยคุกคามทางสุขภาพที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ด้านการประสานแผนตอบภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เข้ากับแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านอื่นๆ ของช่องทางฯ พบว่าปัจจุบันยังไม่มีแผนประสานแผนฯ ดังกล่าว ซึ่งอาจมีผลมาจากขาดนโยบายสนับสนุนจากส่วนกลาง และหน่วยงานภาคีเครือข่ายยังไม่มีการจัดทำมาตรการดำเนินงานในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยเฉพาะ

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินมาตรการเพื่อการควบคุม และป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศของด่านพรมแดนแม่สอด ที่สำคัญคือ ขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินมาตรการซึ่งเป็นผลมาจาก มีหน่วยงานที่มีส่วนร่วมดำเนินมาตรการเป็นจำนวนมาก แต่ละหน่วยงานจะมีเป้าหมายการดำเนินงานของตน บางครั้งจึงส่งผลให้ผู้นำมาตราการมาปฏิบัติเกิดความสับสนได้ และยังมีผลมาจากด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศมีหลายสายการบังคับบัญชา ตลอดจนความไม่ชัดเจนด้านฐานะของหน่วยงานตามกฎหมายของด่านควบคุมโรคฯ ร่วมด้วย จึงเป็นผลให้ด่านควบคุมโรคฯ แม้จะเป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบหลักที่ปฏิบัติงานภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ และกฎอนามัยระหว่างประเทศ แต่ก็ไม่สามารถสั่งการให้ดำเนินมาตรการได้โดยตรง และไม่สามารถสั่งการได้ครอบคลุมโดยเฉพาะหน่วยงานภาคเอกชน อุปสรรคที่สำคัญอีกประการคือ มีการผ่อนผันมาตรการในทางปฏิบัติ เช่น มาตรการกักตัวผู้เดินทางที่สงสัยป่วยหรือสงสัยว่าเป็นพาหะนำโรค มาตรการกักสินค้าไว้เพื่อรอการตรวจพิสูจน์หาการปนเปื้อน เป็นต้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากหากดำเนินมาตรการด้วยความเคร่งครัดมากเกินไป อาจส่งผลกระทบต่อในเชิงลบได้ เช่น เกิดภาพลักษณ์ของการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เกิดภาพลักษณ์การขาดศีลธรรมของรัฐ และส่งผลกระทบต่อการค้าระหว่างประเทศจนอาจได้รับการกดดันทางธุรกิจจากประชาคมได้

ข้อเสนอแนะเชิงมาตรการ เพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด ที่สำคัญคือ

1) มาตรการเตรียมความพร้อมด้วยการแต่งตั้งคณะทำงาน การจัดทำแผน และการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยเฉพาะ ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของเขตเศรษฐกิจพิเศษจีน-กัมพูชา ที่กำหนดให้การสร้างสมรรถนะการเตรียมความพร้อม และการตอบสนองภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งเพื่อการพัฒนาดังกล่าว (Zhang D, et al; 2011: 15-19)

2) มาตรการกำหนดกฎหมาย เพื่อการควบคุมดูแลแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เช่นเดียวกับการดำเนินงานด้านแรงงานข้ามชาติบริเวณชายแดนของสหรัฐอเมริกา - เม็กซิโก ที่กำหนดให้หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคอุตสาหกรรม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ร่วมกันบัญญัติกฎหมายเพื่อควบคุมดูแลแรงงานข้ามชาติในพื้นที่

(CDC: 2016) ตัวอย่างของกฎหมาย อาทิ กฎหมายควบคุมการพักอาศัยของประชาชนหรือกลุ่มแรงงานรอบนอกเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Masoud D และคณะ (2012: 1081-90) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำเนินงานเพื่อการควบคุมและดูแลสถานการณ์โรคข้ามพรมแดน ของสำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นยุโรป พบว่าการสนับสนุนจากรัฐบาลด้านการออกกฎหมายถือเป็นปัจจัยการดำเนินงานขั้นพื้นฐานที่สำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากแรงงานที่เข้ามาในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษส่วนใหญ่ จะเป็นแรงงานประเภทเข้าไป - เย็นกลับ ดังนั้นเพื่อให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย แรงงานกลุ่มนี้จะสร้างที่พักชั่วคราวบริเวณรอบๆ เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยที่พักชั่วคราวเหล่านี้จะไม่มีการจัดการเรื่องการกำจัดของเสียที่เหมาะสม ซึ่งอาจกลายเป็นแหล่งรังโรคของโรคติดต่อที่สำคัญได้

3) มาตรการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด เนื่องจากภายหลังการจัดตั้งพื้นที่พิเศษเหล่านี้จะเกิดผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมตามมา ซึ่งอาจเป็นผลมาจากมีการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก และมีการปล่อยมลพิษหรือของเสียต่างๆ ออกสู่สิ่งแวดล้อม นำมาซึ่งการเกิดภัยคุกคามทางสุขภาพต่อชีวิตมนุษย์ได้ ดังนั้น ภาครัฐควรมีการกำหนดกฎระเบียบ เพื่อรักษาสุขภาพแวดล้อมบริเวณพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนที่พักอาศัยโดยรอบ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Masoud D และคณะ (2012: 1081-90) ที่พบว่าการจัดการด้านสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยและไม่เอื้อต่อการแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคข้ามพรมแดนสำหรับพื้นที่สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำภาคพื้นยุโรปได้

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เป็นเหตุการณ์ที่ทุกประเทศให้ความสนใจและแสดงความกังวลหากเกิดเหตุการณ์ขึ้น ในอดีตสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศส่วนใหญ่มักจะเป็นในกลุ่มของโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ อาทิ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ซาร์ส) โรคติดต่อไวรัสอีโบล่า เป็นต้น แต่ในปัจจุบันนั้นพบว่าปัจจัยที่อาจทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศนั้น ครอบคลุมไปถึงภัยคุกคามทางสุขภาพด้านต่างๆ อาทิ การปนเปื้อนของสารเคมี สารกัมมันตภาพรังสี อาวุธชีวภาพ หรือแม้กระทั่งการก่อการร้ายต่างๆ การยกระดับให้พื้นที่ที่มีศักยภาพด้านการค้าระหว่างประเทศเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของไทย ถือเป็นการสะท้อนภาพความสำเร็จทางเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนเป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของแรงงาน แต่ความเจริญรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจดังกล่าวอาจนำมาซึ่งผลกระทบเชิงลบทางสาธารณสุขที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ นั่นคือ การเอื้อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ หรือเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดภัยคุกคามทางสุขภาพที่อาจแฝงมากับการขนส่งสินค้าบางประเภท จนอาจลุกลามกลายเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ ดังนั้นการมีมาตรการดำเนินงานเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ถือเป็นการเตรียมความพร้อมที่สำคัญประการหนึ่ง และจากการศึกษาในครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศแบบองค์รวม สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด และใช้เป็นแนวทางสำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษอื่นๆ ของประเทศไทย ควรประกอบด้วย 4 มาตรการที่สำคัญ ดังนี้

มาตรการที่ 1 การเตรียมความพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ด้วยการแต่งตั้งคณะทำงาน การจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง การจัดการด้านโครงสร้างของด่านสาธารณสุขที่ประกอบด้วย ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ และด้านอาหารและยา การสนับสนุนให้มีการจัดพื้นที่สำหรับให้บริการทางการแพทย์ การยกระดับและมาตรฐานของสถานพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย ที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การสร้างระบบและกลไกการเฝ้าระวังโรคร่วมบริเวณพื้นที่ชายแดน สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

มาตรการที่สอง การตอบโต้เหตุการณ์ที่อาจเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ผู้วิจัยเสนอว่าควรเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการ ดังนี้

ก. มาตรการเกี่ยวกับผู้เดินทางระหว่างประเทศ ควรเพิ่มความเข้มข้นของการกักกันหรือคุมไว้สังเกตสำหรับผู้เดินทางที่สงสัยป่วย หรือสงสัยว่ามีการสัมผัสโรค ซึ่งต้องดำเนินการกักตัวผู้เดินทางไว้ในสถานที่ที่กำหนด จนกว่าจะได้รับการตรวจพิสูจน์ทางการแพทย์หรือมีผลยืนยันทางห้องปฏิบัติการแล้วว่าไม่มีการติดเชื้อ แต่ไม่ควรมีการกักกันหรือคุมตัวผู้เดินทางไว้เกิน 72 ชั่วโมง โดยต้องมีการแจ้งมาตรการด้านนี้แก่องค์การอนามัยโลก และรัฐสมาชิกให้รับทราบอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร เมื่อรัฐสมาชิกรับทราบแล้วให้อนุมานได้ว่า พลเมืองของรัฐนั้นยินยอมรับและยินยอมที่จะปฏิบัติตามมาตรการของราชอาณาจักรไทย และอาจต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพและความไวของการตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการให้มีความรวดเร็วขึ้น เพื่อป้องกันไม่มีการกักตัวผู้เดินทางไว้เกินระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนต้องมีมาตรการดูแลผู้เดินทางตลอดระยะเวลาที่อยู่ในสถานที่กักกัน ให้สามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกหรือระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน อาทิ น้ำบริโภค อาหาร ห้องน้ำสะอาด เป็นต้น เพื่อเป็นการเยียวยาผู้เดินทาง และเป็นการลดภาพลักษณ์การละเมิดสิทธิส่วนบุคคลลงได้ประการหนึ่ง

นอกจากนี้ อาจจะต้องมีมาตรการลงโทษทางกฎหมายสำหรับผู้เดินทางที่ไม่ยอมปฏิบัติตามกฎระเบียบ โดยในประเด็นนี้หากดำเนินการตามกฎหมายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อของประเทศไทย อาจเกิดภาพลักษณ์การกระทำที่ผิดศีลธรรมหรือหลักการของสิทธิมนุษยชนตามมาได้ เนื่องจากการกระทำความผิดทางสาธารณสุข ไม่มีผลของการกระทำปรากฏให้เห็นโดยชัดแจ้งเหมือนการกระทำความผิดทางอาญา ดังนั้น ผู้วิจัยเสนอว่าอาจต้องนำมาตรการทางกฎหมายอื่นมาใช้ประกอบกัน เช่น มาตรการทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง เป็นต้น

ข. มาตรการเกี่ยวกับพืช สัตว์ ผลิตภัณฑ์จากพืชหรือสัตว์ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยาโรคหรือเวชภัณฑ์ที่มีการปนเปื้อนเชื้อก่อโรค ควรเพิ่มมาตรการดังนี้ 1) กรณีการนำเข้ามาจากประเทศที่แหล่งของโรคระบาด ควรมีการออกประกาศหรือข้อบังคับห้ามการนำเข้าผลิตภัณฑ์ต่างๆ จากประเทศที่เป็นพื้นที่ติดโรคระบาด และต้องมีการบังคับใช้มาตรการจับกุมและการลงโทษทางกฎหมายกับผู้ประกอบการที่ลักลอบนำเข้าปัจจัยการผลิตจากประเทศดังกล่าว เช่น การระงับสิทธิหรือบริการพิเศษต่างๆ ที่ผู้ประกอบการในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษควรได้รับ เป็นต้น 2) กลุ่มผลิตภัณฑ์หรือปัจจัยการผลิตที่นำเข้ามาจากประเทศที่ได้รับผลกระทบของโรคระบาด ควรเพิ่มมาตรการกักกันหรือคุมไว้สังเกตให้เคร่งครัดมากขึ้น โดยควรกักหรือคุมไว้จนกว่าจะมีผลการตรวจพิสูจน์ว่าปราศจากการปนเปื้อนของเชื้อก่อโรค หรือปราศจากการปนเปื้อนของสิ่งอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ แต่ผู้วิจัยเสนอว่าไม่ควรกักผลิตภัณฑ์หรือสินค้าไว้เกิน 24 ชั่วโมง เนื่องจากอาจจะกระทบต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์ได้ ดังนั้น ในประเด็นนี้อาจต้องมีการเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้น และห้องปฏิบัติการควรตั้งอยู่ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่มาตรการดังกล่าว

นอกจากนี้การกักกันปัจจัยการผลิตหรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ อาจกระทบต่อผลประกอบการและการค้าระหว่างประเทศได้ ดังนั้นผู้บริหารระดับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผู้แทนคณะกรรมการกำกับดูแลพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ควรหารือและกำหนดมาตรการเยียวยา แก่ผู้ประกอบการที่อาจได้รับผลกระทบจากการกักกันปัจจัยการผลิตต่างๆ ไว้เพื่อการตรวจสอบ ในกรณีที่ตรวจแล้วไม่พบการปนเปื้อนของเชื้อโรค ผู้วิจัยเสนอว่าจะต้องมีมาตรการเยียวยาผู้ประกอบการตามมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นจริง แต่ในกรณีที่ตรวจแล้วพบการปนเปื้อนของเชื้อโรคจะต้องมีมาตรการทำลาย หรือห้ามการนำเข้าผลิตภัณฑ์ในรอบดังกล่าวอย่างชัดเจน นอกจากนี้การกระทำการในทั้งสองกรณีข้างต้น เจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจควรมีการทำข้อตกลงหรือแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกอบการ หรือประเทศคู่ค้ารับทราบอย่างเป็นทางการ

ค. มาตรการทางศุลกากร เนื่องจากพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษส่วนใหญ่ของประเทศไทย ถูกยกระดับมาจากพื้นที่ชายแดนที่มีศักยภาพและเป็นช่องทางเข้าออกประเทศประเภทถาวร ซึ่งหน่วยงานของรัฐผู้มีอำนาจในการกำกับดูแลช่องทางเข้าออกประเทศดังกล่าว คือ กรมศุลกากร ดังนั้นในการตอบโต้กับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศสำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ในส่วนของด่านศุลกากรควรมีมาตรการสนับสนุนพื้นที่สำหรับการกักกันผู้เดินทาง มาตรการทำลายเชื้อหรือกำจัดการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสิ่งของสัมภาระ สินค้าต่างๆ ที่ติดตัวมากับผู้เดินทางที่ป่วยหรือสงสัยป่วยด้วยโรคติดต่อที่กำลังแพร่ระบาด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยเสนอว่า ด่านศุลกากรควรมีมาตรการทางภาษี เพื่อลงโทษผู้ประกอบการที่ลักลอบนำเข้าสินค้าหรือปัจจัยการผลิตจากพื้นที่เขตติดโรคระบาด รวมทั้งผู้ประกอบการที่ไม่ยอม

ปฏิบัติตามมาตรการกักกันสินค้าไว้เพื่อรอการตรวจสอบหาการปนเปื้อนของเชื้อโรค หรือสิ่งที่เป็นภัยต่อสุขอนามัยของมนุษย์ ก็ต้องได้รับมาตรการลงโทษเช่นเดียวกัน

มาตรการที่สาม การควบคุมและดูแลแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ได้แก่

ก. การบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการเดินทางเข้า – ออกของแรงงานต่างด้าว ด้วยวิธีการดังนี้

1) ควรมีการบังคับใช้กฎหมายในทางปฏิบัติเพื่อควบคุมการเดินทางเข้า – ออก ของกลุ่มแรงงานอย่างเคร่งครัด โดยให้มีการเดินทางผ่านสะพานมิตรภาพไทย – เมียนมา เพียงแห่งเดียว และจะต้องมี มาตรการจับกุมและส่งกลับแรงงานต่างด้าว ที่ลักลอบเข้ามาใช้แรงงานในพื้นที่ผ่านทางท่าข้ามเหล่านี้โดยเคร่งครัด

2) ควรมีการบังคับใช้มาตรการลงโทษทางกฎหมายต่อผู้ประกอบการที่จ้างแรงงานต่างด้าวในกลุ่มนี้อย่างเป็นรูปธรรม และลงโทษตามอัตราส่วนของแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายที่จ้างให้ทำงานในกิจการของตน โดยใช้บทบัญญัติตามกฎหมายพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 ซึ่งผู้ประกอบการที่จ้างแรงงานในกลุ่มนี้ มีความผิดฐานรับคนต่างด้าวที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานเข้าทำงาน ต้องระวางโทษปรับตั้งแต่หนึ่งหมื่นบาท แต่ไม่เกินหนึ่งแสนบาท ต่อแรงงานต่างด้าวที่จ้าง 1 คน สำหรับการกระทำความผิดในครั้งแรกให้ศาลโทษและรอลงอาญา และหากยังกระทำความผิดซ้ำอีกให้ลงโทษผู้ประกอบการตามมาตรการข้างต้นทันที

ข. การกำหนดกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง เพื่อควบคุมดูแลการพักอาศัยของแรงงานต่างด้าวบริเวณเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ดังนี้

1) การกำหนดกฎหมายว่าด้วยการผังเมืองเพื่อใช้บังคับในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยเฉพาะ ซึ่งต้องมีความชัดเจนและบังคับใช้ก่อนที่จะมีการก่อสร้างนิคมอุตสาหกรรม

2) การออกระเบียบข้อบังคับว่าด้วยการจัดการดูแลที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าวสำหรับสถานประกอบการ ประเด็นนี้ต้องมีการออกมาตรการควบคุมให้เจ้าของหรือผู้ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรม มีการจัดหาที่พักอาศัยสำหรับแรงงานต่างด้าวที่ใช้แรงงานในสถานประกอบการของตน เช่น การสร้างห้องพักราคาถูกสำหรับแรงงานต่างด้าว เป็นต้น เพราะหากไม่มีการกำกับดูแลที่เหมาะสม แรงงานกลุ่มนี้อาจกลายเป็นแหล่งพาหะนำโรค ที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ นอกจากนี้แล้วกฎหมายหรือระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นมานั้น ควรมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามกฎหมายโดยชัดเจนซึ่งควรเป็นหน่วยงานส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

ค. การขยายความครอบคลุมของการประกันสุขภาพในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาใช้แรงงานในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรมีการปรับปรุงแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพคนต่างด้าว ให้ครอบคลุมแรงงานต่างด้าวประเภทรายวันหรือชนิดเข้าไปเย็นกลับ เพื่อให้สามารถซื้อบัตรประกันสุขภาพได้

แต่การดำเนินการด้านนี้กระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวอาจไม่สามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ ดังนั้นผู้วิจัยเสนอว่าจำเป็นต้องมีการดำเนินงานส่งเสริมมาตรการด้านนี้ ดังนี้

1) รัฐบาลควรออกมาตรการบังคับให้เจ้าของหรือผู้ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ให้มีการจ้างงานแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย

2) ผลักดันให้มีการนำแรงงานต่างด้าวชนิดเข้าไปเย็นกลับ ที่ทำงานในสถานประกอบการของตน ไปปรับการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวให้ถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งรัฐบาลจะต้องยกเว้นค่าธรรมเนียมใบอนุญาตทำงานสำหรับแรงงานในกลุ่มนี้ และแรงงานกลุ่มนี้ไม่ต้องส่งเงินเข้ากองทุนส่งกลับแรงงานต่างด้าวออกไปนอกราชอาณาจักร โดยรัฐบาลอาจกำหนดมาตรการเหล่านี้ไว้ ภายใต้เงื่อนไขของสัญญาการเข้ามาลงทุนในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เป็นต้น

มาตรการที่สี่

ก. การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมบริเวณพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด ด้วยวิธีการดังนี้

1) ก่อนการก่อสร้างโรงงานหรือนิคมอุตสาหกรรม ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ควรจัดให้มีการประเมินผลกระทบทางคุณภาพสิ่งแวดล้อม (Environment impact assessment: EIA) และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพหรือชุมชน (Health impact assessment: HIA) ซึ่งต้องเป็นเวทีของการเปิดร่วมรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน และหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

2) การออกระเบียบข้อบังคับสำหรับสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ว่าด้วยการบำบัดน้ำเสียหรือมลพิษต่างๆ ก่อนปล่อยออกสู่สิ่งแวดล้อม

3) การกำหนดบทลงโทษทางกฎหมายและบังคับใช้ในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับผู้ประกอบการที่ลักลอบปล่อยน้ำเสีย หรือมลพิษต่างๆ จากโรงงานอุตสาหกรรมสู่สิ่งแวดล้อมโดยไม่ผ่านกรรมวิธีบำบัดในเบื้องต้น เช่น การพิจารณาระงับสิทธิหรือบริการที่สถานประกอบการพึงได้รับ อาทิ สิทธิการยกเว้นภาษีอากร สิทธิในการลดหย่อนภาษี เป็นต้น

4) การจัดทำข้อตกลงระหว่างองค์กรภาครัฐกับผู้ประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม เพื่อให้โรงงานอุตสาหกรรมภายในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ดำเนินการใดๆ ที่แสดงถึงความรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสังคม (Corporate Social Responsibility: CSR) เนื่องจากนโยบายส่งเสริมการลงทุนในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ เช่น การยกเว้นภาษี การลดอากรขาเข้าสำหรับปัจจัยการผลิตในภาคอุตสาหกรรม จะเป็นการลดต้นทุนและเพิ่มกำไรให้แก่ผู้ประกอบการ ดังนั้น ผู้ประกอบการจึงไม่ควรละเลยที่จะดำเนินกิจกรรมที่จะคืนประโยชน์ให้แก่สังคมและชุมชน

2. องค์ประกอบที่สำคัญของการดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศจะต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 7 ประการ ดังนี้ คณะทำงาน แผนการดำเนินงาน ระบบและกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยคุกคามทางสุขภาพ ที่มติดบ้ได้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข องค์ความรู้สำหรับผู้รับมาตรการไปปฏิบัติ ทรัพยากรเพื่อการดำเนินมาตรการที่เพียงพอ และมาตรการทางกฎหมายที่เอื้อให้การดำเนินมาตรการทางสาธารณสุข และการควบคุมป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศเกิดประสิทธิภาพอย่างสูงสุด

3. ชุดข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศแบบองค์รวม สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษของประเทศไทย ดังนี้

1) นโยบายการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

2) นโยบายสร้างความเป็นธรรมและความเสมอภาค ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาใช้แรงงานในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

3) นโยบายควบคุมก้ากับการเข้ามาใช้แรงงานของแรงงานต่างด้าว บริเวณพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

4) นโยบายการจัดสวัสดิการด้านที่พักอาศัยของแรงงานที่เข้ามาใช้แรงงานในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

5) นโยบายการสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัยสำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ และบริเวณรอบนอก

6) นโยบายการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อการรับส่งต่อผู้ป่วยด้วยโรคติดต่ออันตราย ในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

7) นโยบายจัดตั้งกองทุนเพื่อการจัดการสาธารณสุขภัยซึ่งรวมถึงเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากปัญหาและข้อจำกัดรวมทั้งผลจากการสังเกตของผู้วิจัยในระหว่างที่ทำการศึกษ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด

2. ควรสนับสนุนให้เกิดการศึกษาวิจัยเพื่อการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศสำหรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษตาก ที่ประกอบด้วย เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษแม่สอด เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษแม่ระมาด และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษพบพระ

3. ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในพื้นที่ได้รับจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษอื่นๆ ของประเทศไทยเพิ่มเติม

4. ควรสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ทุกหน่วยงานเพื่อรองรับการเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษโดยเฉพาะ ซึ่งรวมถึงมาตรฐานการปฏิบัติงานในกรณีที่เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ที่ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนจากสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แหล่งทุนมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอาเซียน. (2554). *แผนแม่บทว่าด้วยความเชื่อมโยงระหว่างกันในอาเซียน*. กรุงเทพฯ: บริษัทคาริสม่า มีเดีย จำกัด.
- กองความร่วมมือการค้าและการลงทุน กรมการค้าต่างประเทศ. (มปป.). สถิติการค้าชายแดนและการค้าผ่านแดนของประเทศไทย ปี 2554 – 2557 [อินเทอร์เน็ต]. (2557). เข้าถึงได้จาก: Available at http://bts.dft.go.th/btsc/files/Border%20Trade%20Service%20Center/1.Reported%20trade%20statistics/2557/12_DE C2014.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2557].
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). รายงานสุขภาพคนไทย 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2560 – 2564* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงได้จาก Available at http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/sez_full.pdf [สืบค้นเมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2560].
- สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2555*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). Final rule for control of communicable diseases: Interstate and foreign [Internet]. Available at <https://www.cdc.gov/quarantine/final-rule-communicable-diseases.html>.

- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents [Internet]. Forty-fifth edition Supplement. Article 21,22. October 2006 [cite 2015 Nov 8]. Available at http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2013). International Health Regulation (2005) core capacities at point of entry; 26 – 28 June 2013; Kochi India. India: n.p.; n.d.
- Zhang D et al. (2011). Public health services in Shenzhen: a case study. **Public Health Journal** 125. 1. 15-19.

องค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติ

ดร.พญ.เรณูดี ปธานวนิช *

บทคัดย่อ

การฟ้องร้องคดีความรับผิดชอบทางการแพทย์หรือทฤษฎีปฏิบัติเป็นปัญหาสำคัญ แต่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่ใช้ในการพิจารณาคดีทฤษฎีปฏิบัติ ศาลจะใช้หลักการของกฎหมายลักษณะละเมิดเป็นหลักในการพิจารณาคดี แต่เนื่องจากทฤษฎีปฏิบัติมีความแตกต่างจากกรณีละเมิดโดยทั่วไป โดยมีปัจจัยร่วมหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความสัมพันธ์และหน้าที่ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค รวมทั้งมาตรฐานแห่งการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ดังนั้นการพิจารณาคดีทฤษฎีปฏิบัติให้มีความถูกต้องและเป็นธรรมต่อทั้งสองฝ่าย ในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ได้ยึดหลักองค์ประกอบสำคัญสี่ประการ อันได้แก่ 1) หน้าที่ของแพทย์อันมีต่อผู้ป่วย 2) การกระทำอันผิดไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ 3) ความเสียหายที่เกิดต่อผู้ป่วย และ 4) ความเสียหายนั้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำผิดจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ กล่าวคือหน้าที่ของแพทย์อันมีต่อผู้ป่วยจะเริ่มจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีหน้าที่ตามสัญญา หน้าที่ตามกฎหมายและตามวิชาชีพที่แพทย์จะมีต่อผู้ป่วย เมื่อความสัมพันธ์เกิดขึ้นแล้วแพทย์มีหน้าที่อันจะต้องรักษาผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งมาตรฐานนี้จะมีหลักพิจารณาต่างกันไปตามบริบท หรือวิสัยและพฤติการณ์ของสถานการณ์นั้นๆ หากมีการกระทำอันผิดไปจากมาตรฐานและก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยที่เป็นผลโดยตรงจากการละเมิดนี้ ย่อมถือว่าครบองค์ประกอบความผิดทฤษฎีปฏิบัติ ซึ่งปัจจุบันแม้ว่ากฎหมายไทยยังไม่ได้มีการกำหนดนิยามที่ชัดเจนขององค์ประกอบของทฤษฎีปฏิบัติดังกล่าวนี้เป็นการเฉพาะ แต่เมื่อพิจารณากฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบกับการนำตัวอย่างคดีมาศึกษาเปรียบเทียบแล้วจะพบองค์ประกอบทั้งสี่ประการในการพิจารณาคดีละเมิดทางการแพทย์ในไทย บทความนี้จะจึงจะทำให้ความเข้าใจในองค์ประกอบทฤษฎีปฏิบัติชัดเจนขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาความรับผิดชอบทางการแพทย์ในประเทศไทย

คำสำคัญ: ทฤษฎีปฏิบัติ มาตรฐานแห่งวิชาชีพเวชกรรม ความรับผิดชอบทางการแพทย์, ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

* อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Fundamental Elements of Medical Malpractice

Roengrudee Patanavanich M.D., LL.M., Ph.D.*

Abstract

There is no specific laws in Thailand that deals with medical malpractice lawsuits. In general, the Thai court applies tort law which is codified and national to medical malpractice claims. However, the characteristics of medical negligence cases are quite different from general negligence cases in terms of the doctor-patient relationship, the nature of diseases and the standard of care. Therefore, the four mandatory elements of medical malpractice: the duty, the breach of the standard of care, the injury, and the causation between the breach of care and the injury should be considered. To be specific, the duty of care starts from a relationship between a patient and a doctor. When the doctor owns a duty of care to the patient, the doctor must follow the standard of care. If the doctor fails to meet the standard of care proven by other doctors under similar circumstances and that failure causes direct harm to the patient, then medical malpractice by negligence is established. Although, Thailand does not have a clear definition of the four elements coded in a specific law, court decisions in many medical malpractice cases tend to follow these elements. This paper should help readers understand the concept of medical malpractice and be beneficial to medical malpractice trials in Thailand.

Keywords: medical malpractice, medical negligence, standard of care, doctor-patient relationship

*Lecturer, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

ทุรเวชปฏิบัติ (medical malpractice) ตามความหมายก็คือ การกระทำหรือการงดเว้นการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ผิดไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย โดยทั่วไปทุรเวชปฏิบัติ ถูกจัดอยู่ในกฎหมายเรื่องละเมิด ที่เกิดจากการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ หลักกฎหมายละเมิดในไทยถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่น โดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่า ผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” จากบทบัญญัติในกฎหมายไทย ความรับผิดทางละเมิดเกิดได้ทั้งการกระทำที่จงใจ หรือการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ แต่ส่วนใหญ่แล้วความรับผิดทางละเมิดในคดีทางการแพทย์ มักจะเกิดจากการกระทำโดยประมาทเลินเล่อ นอกจากนี้ความรับผิดทางละเมิดในคดีทางการแพทย์มีข้อแตกต่างสำคัญประการหนึ่งที่ต่างจากการทำผิดทางละเมิดโดยทั่วไป คือ เรื่องมาตรฐานการรักษา (standard of care) ที่ศาลต้องมีการนำมาพิจารณาเพื่อประกอบการวินิจฉัยคดี กฎหมายไทยยังไม่ได้มีการกำหนดนิยามที่ชัดเจนขององค์ประกอบของทุรเวชปฏิบัติ การศึกษาจากเทียบเคียงจากต่างประเทศน่าจะช่วยให้ความเข้าใจในองค์ประกอบทุรเวชปฏิบัติชัดเจนขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อการพิจารณาความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทย

องค์ประกอบของทุรเวชปฏิบัติ

หลักความรับผิดทางละเมิดโดยทั่วไปที่ศาลไทยและศาลในสหรัฐอเมริกาได้วางแนวทางไว้ต้องประกอบไปด้วย การกระทำ (รวมทั้งการงดเว้นการกระทำ) โดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ในหน้าที่ที่จะต้องกระทำ ซึ่งได้แก่ หน้าที่ตามกฎหมาย หน้าที่ตามสัญญา หน้าที่ตามวิชาชีพและหน้าที่ตามความสัมพันธ์ ซึ่งการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดความเสียหายต่อบุคคลอื่น ซึ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการกระทำนั้น เมื่อพิจารณาหลักการทั่วไปของความรับผิดทางละเมิดแล้ว สามารถนำหลักการดังกล่าวมาปรับใช้ให้เข้ากับความรับผิดทางละเมิดทางการแพทย์ โดยศาลในสหรัฐได้วางหลักการไว้ในการพิจารณาคดีความรับผิดทางการแพทย์ไว้ว่า คดีความรับผิดทางละเมิดทางการแพทย์ ต้องพิสูจน์ให้เห็นใน 4 องค์ประกอบ (McIntyre v. Smith, 2000) ได้แก่

1. Duty คือ หน้าที่ที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องทำการรักษาผู้ป่วยด้วยมาตรฐานวิชาชีพ
2. A breach of the standard of care คือ การประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐานแห่งวิชาชีพ
3. An injury คือ มีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา
4. A causal connection between the breach of care and the injury คือ ความเสียหายที่เกิดขึ้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐานวิชาชีพนั้น

ในแต่ละองค์ประกอบ มีประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องที่ควรจะต้องศึกษาจากตัวอย่างการพิจารณาคดีของศาลสหรัฐอเมริกา และแนวคิดที่เกิดขึ้นที่ประเทศไทยมาพิจารณาเปรียบเทียบ

1. หน้าที่ตามวิชาชีพของแพทย์ต่อผู้ป่วย (Duty)

สิ่งแรกที่ต้องมีการพิสูจน์ในคดีความรับผิดชอบทางการแพทย์ คือ ต้องพิสูจน์ให้เห็นว่า แพทย์ (หรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอื่นๆ) มีหน้าที่ที่จะต้องตรวจรักษาผู้ป่วยนั้นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพ หน้าที่ดังกล่าวจะเริ่มจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (physician-patient relationship) คือผู้ป่วยยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา และแพทย์ก็รับที่จะรักษาผู้ป่วย ความสัมพันธ์ก่อให้เกิดหน้าที่ตามวิชาชีพของแพทย์ต่อผู้ป่วย หน้าที่นี้อาจจะเกิดจากสัญญา หรือเป็นหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship)

การพิจารณาว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดขึ้นแล้วหรือไม่ บางกรณีมีความซับซ้อนไม่ตรงไปตรงมา กฎหมายไทยไม่ได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดขึ้นเมื่อไร และกรณีใดบ้างที่ถือว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นแล้ว แต่ได้มีการระบุหน้าที่ของรัฐ (ซึ่งน่าจะรวมไปถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในภาครัฐ) ไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2560 มาตรา 55 ว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง.....[โดย] บริการสาธารณสุข....ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย.....” ประกอบกับรัฐธรรมนูญได้บัญญัติไว้ในมาตรา 47 ด้วยว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ” ดังนั้นแม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้นตามนิยามปกติ แต่อาจจะถือได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ (ในกรณีนี้คือหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ สถานบริการของรัฐ รวมทั้งกระทรวงที่กำกับดูแลสถานบริการนั้นๆ) กับผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐเกิดขึ้นโดยผลของกฎหมาย ก่อให้เกิดหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้เข้าไปรับบริการสาธารณสุขของรัฐ

อีกกรณีหนึ่งที่ถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้นโดยปริยายตามกฎหมายไม่ว่าจะเป็นสถานพยาบาลในภาครัฐหรือภาคเอกชน คือกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือสภาพอันตราย ดังตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ข้อ 3 กรณีที่เป็นกรณีฉุกเฉินหรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยก็มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้ประกอบวิชาชีพโดยทันที โดยไม่จำเป็นต้องร้องขอความช่วยเหลือ และตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 มาตรา 36 ที่กำหนดให้ “...สถานพยาบาลมีหน้าที่ควบคุมดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วย [ฉุกเฉิน]... ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้พ้นอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ” หลักการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินเช่นนี้มีแนวบรรทัดฐานทั้งในและต่างประเทศ เช่น ใน กรณีที่ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยโคมาจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง แต่แพทย์ประจำห้อง

ฉุกเฉินปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยโดยอ้างว่าไม่ชำนาญในการรักษาผู้ป่วยภาวะดังกล่าว และให้เจ้าหน้าที่ติดต่อแพทย์ท่านอื่นมาทำการรักษา แต่ด้วยความล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โจทก์นำคดีมาฟ้องต่อศาล แพทย์อ้างว่าไม่ได้เป็นผู้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้น ศาลวินิจฉัยว่า ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินที่ได้รับค่าจ้างจากทางโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการบริการผู้ป่วยทุกคนที่มาใช้บริการกรณีฉุกเฉิน ในกรณีนี้การที่ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผลโดยตรงจากการไม่ทำการรักษาผู้ป่วยของแพทย์ แพทย์จึงต้องรับผิด (Hiser v. Randolph, 1980) สำหรับศาลไทยก็เคยมีคำพิพากษาไว้เป็นบรรทัดฐานใน คำพิพากษาฎีกาที่ 11332/2555 กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุมีภาวะการบอบช้ำของสมองและเลือดออกในสมอง ถูกนำส่งโรงพยาบาลเอกชน แต่เจ้าหน้าที่พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน ไม่รีบตรวจอาการผู้ป่วยเบื้องต้นและรายงานแพทย์ กลับสอบถามถึงสิทธิการรักษาพยาบาล และผู้รับผิดชอบรักษา เมื่อไม่พบจึงปฏิเสธการรับผู้ป่วยไว้รักษาและให้ผู้นำส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ แต่ผู้ป่วยได้เสียชีวิตขณะนำส่งต่อ ศาลฎีกาวินิจฉัยว่าการปฏิเสธไม่รับผู้ป่วยไว้รักษาถือว่าเป็นผลโดยตรงที่ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย โรงพยาบาลที่เป็นผู้ควบคุมดูแลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลมาตรา 36 จึงต้องรับผิดชอบต่อโจทก์

แต่ในกรณีปกติทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ (ในฐานะแพทย์ผู้ทำการรักษา) กับผู้ป่วย จะถือว่าเกิดขึ้นเมื่อไรนั้น มีหลักการทั่วไปว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อแพทย์ได้กระทำการบางอย่างที่เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย หรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย Wilkins (2007) กล่าวไว้ว่า “The relationship means the physician needs to do something benefit to the patient or makes himself involve with the patient’s illness” มีตัวอย่างคดีในต่างประเทศหลายคดี ที่มีประเด็นน่าสนใจเกี่ยวกับการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เช่น

1. แพทย์ที่มีชื่อปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วย แต่ไม่ได้เป็นผู้ทำการตรวจรักษาผู้ป่วย ถือว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เช่น กรณี ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกับแพทย์ท่านหนึ่ง แต่ในใบยินยอมการผ่าตัดระบุชื่อแพทย์เจ้าของไข้เป็นแพทย์อีกท่านหนึ่ง กรณีนี้ศาลวินิจฉัยว่า เพียงแต่มีชื่อแพทย์ระบุไว้ในเอกสารแต่แพทย์นั้นไม่ได้พบผู้ป่วยหรือเข้าร่วมรักษาผู้ป่วยเลย ถือไม่ได้ว่าแพทย์มีความสัมพันธ์อันจะก่อให้เกิดหน้าที่ต่อคนไข้ ที่จะต้องรับผิดหากมีความเสียหายจากการรักษาเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Dixon v. Siwy, 1996).

ประเด็นนี้เกิดขึ้นบ่อยในการฟ้องร้องคดีความรับผิดทางการแพทย์ในประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยหรือญาติส่วนมากมักจะไม่นำรายชื่อแพทย์ที่ทำการตรวจรักษา โดยเฉพาะในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ที่มีแพทย์หมุนเวียนการให้บริการตลอด เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2554 ผู้ป่วยชายอายุ 87 ปีมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรังและโรคเกาต์ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ แพทย์เวรวินิจฉัยเป็นภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โจทก์บรรยายฟ้องว่าแพทย์เจ้าของไข้ (แพทย์หญิง อ.) ให้การรักษาล่าช้า ไม่ซักถามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ก่อนทำการรักษาจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ปรากฏว่าแพทย์หญิง อ. เพียงแต่มีชื่อปรากฏอยู่ในเวช

ระเบียบผู้ป่วยในของผู้ป่วยรายนั้น (ซึ่งแพทย์หญิง อ. มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยประจำตึกอายุรกรรมในเวลาราชการ ทำให้ชื่อของแพทย์หญิง อ. ปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามารักษาที่ตึกผู้ป่วยนี้) แต่เนื่องจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษและเสียชีวิตนอกเวลาราชการ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เวร แพทย์หญิง อ. ไม่เคยพบผู้ป่วย ไม่ได้เป็นแพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย จึงไม่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ใดๆ ระหว่างแพทย์หญิง อ. และผู้ป่วย

2. แพทย์ที่มีชื่อปรากฏอยู่ในเวชระเบียนผู้ป่วย และได้ทำการตรวจผู้ป่วย แต่เป็นการที่แพทย์ถูกจ้างให้มาตรวจผู้ป่วยเป็นการเฉพาะ (Independent medical examination or hired by a third party) เช่น นายจ้างจ้างแพทย์ให้มาตรวจร่างกายลูกจ้างประจำปี ถือว่าแพทย์มีหน้าที่อันจะไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสียหายจากการตรวจและการส่งไปตรวจรักษาต่อ เช่น กรณีแพทย์ได้ทำการตรวจการบาดเจ็บของโจทก์เพื่อประกอบการเรียกค่าเสียหายกับบริษัทเดินรถโดยสารที่ขับมาชนโจทก์ได้รับบาดเจ็บ แพทย์ได้ส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจเพิ่มเติม ซึ่งผลจากการตรวจเพิ่มเติมดังกล่าวทำให้อาการบาดเจ็บเดิมของผู้ป่วยแยลงจนต้องได้รับการผ่าตัดรักษา ศาลวินิจฉัยว่ากรณีนี้แม้ว่าจะไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง แต่แพทย์ก็มีหน้าที่อันที่จะต้องไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจเพิ่มเติมโดยวิธีที่รู้อยู่แล้วว่าจะทำให้อาการบาดเจ็บของผู้ป่วยแยลง (Greenberg v. Perkins, 1993) หรือในกรณีที่แพทย์ได้รับการว่าจ้างจากนายจ้างให้ทำการตรวจร่างกายประจำปีแก่ลูกจ้างของบริษัท แพทย์ตรวจแล้วได้แจ้งแก่ลูกจ้างว่าผลการตรวจปกติ แต่ปีต่อมาลูกจ้างถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม โจทก์จึงฟ้องแพทย์ที่ตรวจผิดพลาดไม่พบรอยโรคมะเร็งปอดในระยะเริ่มแรกทำให้โรคลุกลามจนผู้ป่วยเสียชีวิต แพทย์ต่อสู้ว่ากรณีนี้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยโดยตรง แต่ศาลวินิจฉัยว่ากรณีนั้นแพทย์ก็ยังคงมีหน้าที่ต่อผู้ป่วยในการที่จะให้ข้อมูลในสิ่งที่ตรวจพบอันจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในระยะต่อมา แพทย์จึงต้องรับผิดชอบต่อโจทก์ (Green v. Walker, 1991)

มีกรณีลักษณะคล้ายกันนี้เกิดขึ้นในประเทศไทย ในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15067/2557 เป็นกรณีที่โจทก์ได้ไปตรวจร่างกายประจำปีที่โรงพยาบาลเอกชนกับแพทย์หญิง ภ. โดยได้ทำการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจเลือด ตรวจทางรังสี และตรวจช่องท้องด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง ภายหลังการตรวจแพทย์หญิง ภ. ลงผลในสมุดสรุปลตรวจร่างกายว่าผลตรวจปกติ แต่ปีต่อมาโจทก์ถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ไตข้างขวาระยะลุกลาม โจทก์ได้ไปขอตรวจสอบผลการตรวจร่างกายที่เคยทำไว้ พบว่าผลการตรวจช่องท้องด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในครั้งนั้นพบก้อนที่ไตข้างขวาและรังสีแพทย์ได้ทำความเข้าใจในโจทก์มารับการตรวจเพิ่มเติมด้วยการตรวจด้วยคอมพิวเตอร์ แต่แพทย์หญิง ภ. ไม่ได้แจ้งแก่โจทก์ คดีนี้ศาลวินิจฉัยให้แพทย์หญิง ภ. รับผิดชอบต่อโจทก์ โดยถือว่าการสรุปลผลการตรวจโดยไม่เห็นผลการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงของช่องท้องเป็นการประมาทเลินเล่อ ทำให้โจทก์ขาดโอกาสที่จะได้รับการบำบัดรักษาโรคมะเร็งที่ไตข้างขวาเสียแต่เนิ่น ๆ แม้ว่าแพทย์หญิง ภ. จะต่อสู้ว่าไม่ได้เป็นผู้ตรวจสุขภาพโจทก์ในทุกรายการและไม่ได้เป็นผู้จัดพิมพ์รายงานผลการตรวจสุขภาพก็ตาม

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดขึ้นได้ แม้ว่าแพทย์จะไม่เคยพบผู้ป่วยหรือตรวจร่างกายผู้ป่วยโดยตรง แต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วย เช่น กรณีพยาธิแพทย์ผู้ทำการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยเพื่อทำการวินิจฉัยหาสาเหตุของโรค กรณีนี้ก็ถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเกิดขึ้นแล้ว (Walters v. Rinker, 1988) หรือกรณีการที่แพทย์สั่งการรักษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์ เช่น ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษาแพทย์โดยแพทย์ได้บอกให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อทำการตรวจคลื่นสมอง ถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเกิดขึ้นแล้ว (Hamil v. Bashline, 1973)

สำหรับประเทศไทย การที่แพทย์เวชสั่งการรักษาทางโทรศัพท์เกิดขึ้นได้บ่อยโดยเฉพาะในโรงพยาบาลรัฐนอกเวลาราชการที่แพทย์จะอยู่เวรแบบ on call คือไม่ได้มาประจำที่ห้องฉุกเฉินหรือตึกผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยเอง แต่มักจะให้พยาบาลตรวจผู้ป่วยเบื้องต้นและรายงานต่อแพทย์อีกทีหนึ่ง ในกรณีนี้ศาลไทยไม่ค่อยจะมีปัญหาในการวินิจฉัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เนื่องจากในโรงพยาบาลของรัฐ แพทย์จะมีหน้าที่ตามกฎหมายในการที่จะให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยมีประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้ศาลวินิจฉัย แต่การสั่งการรักษาทางโทรศัพท์ของแพทย์ โดยมิได้ทำการตรวจร่างกายด้วยตนเอง ศาลไทยเคยวินิจฉัยไว้ในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 6092/2552 ว่าเป็นการกระทำที่ประมาทเลินเล่อ เนื่องจากศาลเห็นว่าการตรวจร่างกายของผู้ป่วยถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการวินิจฉัยโรคว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร พยาธิสภาพอยู่ที่ไหน และอยู่ในระยะใด เพื่อจะนำไปสู่การรักษาได้อย่างถูกต้อง ในขั้นตอนนี้แพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังตามวิสัยและพฤติการณ์มิให้เกิดความผิดพลาดขึ้นได้ เพราะอาจนำมาซึ่งอันตรายที่จะเกิดแก่ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วยในขั้นตอนการรักษาที่ต่อเนื่องกัน เมื่อแพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์ให้พยาบาลฉีดยาให้โจทก์ โดยมิได้มาตรวจร่างกายหรือซักประวัติอาการโจทก์ด้วยตนเอง แล้วโจทก์เกิดภาวะแพ้ยารุนแรง แพทย์จึงต้องรีบติดต่อโจทก์

แต่ในกรณีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับแพทย์อื่น (ที่ไม่ได้เป็นแพทย์เวรที่รับผิดชอบต่อผู้ป่วย) โดยไม่มีคำตอบแทน ไม่ถือว่าเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ให้คำปรึกษากับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเด็กได้รับอุบัติเหตุตกจากโซฟา มีอาการไข้ คอแข็ง แพทย์เจ้าของไข้ได้โทรศัพท์ปรึกษากับแพทย์อีกท่าน (ไม่ได้เป็นแพทย์เวร) แพทย์ท่านนี้ให้คำแนะนำให้ว่าควรจะทำการเจาะน้ำไขสันหลัง เนื่องจากสงสัยว่าอาจจะมีภาวะติดเชื้อในระบบประสาท แพทย์เจ้าของไข้ได้ทำการเจาะน้ำไขสันหลังผู้ป่วย ซึ่งทำให้การบาดเจ็บต่อไขสันหลังจากการตกจากโซฟาของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจนผู้ป่วยพิการ (แพทย์เจ้าของไข้ไม่ได้นึกถึงภาวะการบาดเจ็บที่ไขสันหลังก่อนทำการเจาะน้ำไขสันหลัง) คดีนี้ศาลวินิจฉัยว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ที่ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และผู้ป่วยเกิดขึ้น ศาลกล่าวว่าโดยปกติแพทย์ท่านนี้มักจะให้คำปรึกษาต่างๆ ไปกับแพทย์ในโรงพยาบาลอยู่แล้ว (courtesy service or curbside consultation) โดยแพทย์ท่านนี้ไม่ได้พบผู้ป่วย อ่านประวัติการรักษาและทำการรักษา หรือเป็นการปรึกษาโดยผู้ป่วย

ร้องขอและไม่ได้คำตอบแทนจากการปรึกษาดังกล่าว (Reynolds v. Decatur Memorial Hospital, 1996)

เมื่อเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยแล้ว ความสัมพันธ์นี้จะสิ้นสุดลง เมื่อเป็นความตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย เป็นการรับรู้ทั้งสองฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นเพราะการรักษาสิ้นสุดลงแล้ว หรือผู้ป่วยไม่ต้องการการรักษาจากแพทย์อีกต่อไป ไม่ว่าผู้ป่วยจะหายจากโรคแล้ว หรือปฏิเสธการรักษา หรือการที่แพทย์หมดภาระหน้าที่ในการรักษาผู้ป่วย เช่น ย้าย ลาออก หรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อกับแพทย์ท่านอื่นโดยที่ผู้ป่วยรับรู้

2. การประกอบวิชาชีพที่ผิดจากมาตรฐาน (Breach of the Standard of Care)

มาตรฐานการรักษาเป็นองค์ประกอบสำคัญของการวินิจฉัยคดีทรวงเวชปฏิบัติ ผู้ที่มีภาระการพิสูจน์จำเป็นต้องพิสูจน์ให้ได้ว่า มาตรฐานการรักษาในกรณีนั้นๆ เป็นอย่างไร และแพทย์ผู้ถูกกล่าวหาได้ทำการแตกต่างไปจากมาตรฐานนั้นหรือไม่ อย่างไร โดยปกติจะใช้เกณฑ์ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทยสาขาเดียวกัน และอยู่ในภาวะ วัสดุ และพฤติกรรม ในทำนองเดียวกัน การพิสูจน์มาตรฐานการรักษาในทางการแพทย์จำเป็นต้องอ้างอิงจากพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐานการรักษาหลายทฤษฎี ได้แก่

มาตรฐานการรักษาโดยใช้พื้นที่เป็นเกณฑ์: ระดับท้องถิ่นเดียวกัน (locality rule), ระดับท้องถิ่นใกล้เคียง (similar locality rule), และระดับชาติ (national rule)

โดยทั่วไปในการประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ การตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคต่างๆ จะมีแนวทางการรักษาแต่ละเรื่องไว้เฉพาะ อย่างไรก็ตาม แนวทางการรักษาผู้ป่วย ในท้องถิ่นต่างกัน อาจจะมีแตกต่างกัน ด้วยข้อจำกัดทางทรัพยากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ปริมาณผู้ป่วย หรือจำนวนแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง รวมทั้งความแตกต่างของวิถีการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

ในสหรัฐอเมริกา ที่แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก ศาลจึงได้มีการวางบรรทัดฐานในเรื่องมาตรฐานการรักษาระดับท้องถิ่น หรือ locality rule ไว้ในหลายคดี คือ ในเมืองใหญ่ แพทย์มีโอกาที่จะเรียนรู้ทางวิชาการและมีโอกาสได้ตรวจรักษาผู้ป่วยที่หลากหลายมากกว่าแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเมืองเล็ก ดังนั้นแพทย์ที่อยู่ในเมืองเล็กจึงไม่ควรถูกคาดหวังต่อแนวทางและผลการรักษาเช่นเดียวกับแพทย์ในเมืองใหญ่ เช่น กรณีโรคหัวใจที่ถูกระงับที่คอเมื่อเข้ารับการรักษากับแพทย์ทั่วไปในเมืองเล็กแห่งหนึ่ง ปรากฏว่าต้องใช้เวลารักษานานถึง 10 วัน และผลการรักษาก็ไม่เป็นที่พอใจของโรคหัวใจที่นำคดีมาฟ้องต่อศาลโดยอ้างว่าผลในลักษณะเดียวกัน หากได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมที่อยู่ในเมืองใกล้เคียงผลการรักษาจะดีกว่า ศาลวินิจฉัยว่าหากแพทย์ทั่วไปทำการรักษาตามมาตรฐานในระดับที่แพทย์โดยทั่วไป ในท้องถิ่นเดียวกันถือได้ว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานแล้ว (Small v. Howard, 1880) นอกจากนี้ เกณฑ์มาตรฐานระดับท้องถิ่นเดียวกันยังรวมไปถึงพยานผู้เชี่ยวชาญ (expert witness) ที่ต้องเป็นแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพอยู่ในท้องถิ่นเดียวกันหรือมีความรู้ความเข้าใจในท้องถิ่นนั้นๆด้วย

เช่น กรณีผู้ป่วยถูกแทงและมีเลือดออกที่ปอด ได้ไปรักษากับแพทย์ในเมืองเล็กแห่งหนึ่ง แพทย์ได้ทำการเจาะปอดเพื่อระบายเลือด เดือนต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะมีพังผืดเกาะยึดในปอด กลับไปพบแพทย์ท่านเดิม แต่ไม่ได้ทำการผ่าตัดเพื่อรักษาให้ จึงไปพบแพทย์อีกคนที่อยู่ในเมืองขนาดใหญ่กว่า แพทย์ได้ทำการผ่าตัดฉุกเฉินให้แต่ผู้ป่วยเสียชีวิต ประเด็นที่ศาลรับฟังคือ แนวทางการรักษาภาวะมีพังผืดเกาะยึดปอดของเมืองทั้งสองแตกต่างกัน คือในเมืองเล็กจะทำการผ่าตัดเมื่อภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นภายใน 6 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังเกิดภาวะเลือดออกในช่องปอด แต่ในเมืองขนาดใหญ่จะพิจารณาผ่าตัดเร็วกว่าคือภายใน 3 ถึง 8 สัปดาห์ คดีนี้จึงทักได้นำพยานผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมทรวงอกที่ปฏิบัติงานในเมืองขนาดใหญ่ แต่ศาลวินิจฉัยว่าพยานท่านนี้ไม่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยในเมืองเล็ก จึงไม่อาจนำคำให้การของพยานท่านนี้มาพิจารณาได้ (Osler v. Burnett, 1993)

คำว่า “ท้องถิ่นเดียวกัน” ในปัจจุบันศาลในสหรัฐอเมริกาได้ขยายความออกไป ไม่จำกัดอยู่เฉพาะเมืองเดียวกันเหมือนในอดีตเท่านั้น (strict locality rule) แต่ให้รวมไปถึงเมืองอื่นๆ ที่อยู่ใกล้เคียงที่มีลักษณะต่างๆ ใกล้เคียงกันด้วย (similar locality rule) ซึ่งจะทำให้การหาพยานผู้เชี่ยวชาญไม่ถูกจำกัดเฉพาะแพทย์ที่ปฏิบัติงานในเมืองนั้นๆ และยังทำให้มาตรฐานการรักษาของเมืองขนาดใกล้เคียงกันมีการพัฒนามาให้มีความใกล้เคียงกัน (King v. Murphy, 1982)

ส่วนมาตรฐานการรักษาระดับชาติ (national rule) เป็นแนวทางที่ศาลในระยะปัจจุบันใช้ประกอบการวินิจฉัย เนื่องจากมองเห็นข้อเสียของการใช้เกณฑ์มาตรฐานระดับท้องถิ่นที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การที่แพทย์ในท้องถิ่นอาจจะไม่ยอมมีการพัฒนาความรู้ความสามารถให้เทียบเคียงกับมาตรฐานระดับชาติหรือกระทั่งสามารถกำหนดมาตรฐานให้ต่างจากมาตรฐานชาติได้ และข้อจำกัดในการที่จะต้องใช้พยานผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานเฉพาะในท้องถิ่นนั้นๆ เท่านั้น ใน Hall v. Hilbun (1985) ศาลได้วางหลักเกณฑ์ของมาตรฐานการรักษาในระดับชาติ โดยตั้งข้อสังเกตว่าแม้ท้องถิ่นต่างกันจะมีความแตกต่างกันในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากรหรือทรัพยากรที่จำเป็น แต่ในเรื่องความรู้ทางการแพทย์ของแพทย์นั้นไม่ควรจะแตกต่างกัน เนื่องจากหลักสูตรที่สอนในโรงเรียนแพทย์แต่ละแห่งก็มีมาตรฐานในระดับเดียวกัน ศาลยกตัวอย่างว่าผู้ป่วยที่มีอุณหภูมิร่างกาย 105 ฟาเรนไฮต์ แพทย์ในทุกท้องถิ่นก็ต้องให้การวินิจฉัยแบบเดียวกันคือผู้ป่วยมีไข้สูง เป็นต้น ข้อจำกัดในเรื่องทรัพยากรแพทย์เพียงต้องรับรู้และปรับความรู้ที่มีอยู่ใช้อย่างเหมาะสมและไม่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำ (minimally acceptable level) นอกจากนี้ศาลยังได้วางหลักเรื่องพยานผู้เชี่ยวชาญว่าไม่จำเป็นต้องจำกัดเฉพาะผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่นเท่านั้น พยานผู้เชี่ยวชาญต่างท้องถิ่นที่สามารถเข้าใจสภาพจำกัดของท้องถิ่นนั้นๆ ก็สามารถเบิกความได้

สำหรับคดีความรับผิดชอบทางการแพทย์ของไทย โดยทั่วไปศาลจะยึดหลัก “วิสัย” และ “พฤติการณ์” ตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 วรรคสี่ “การกระทำโดยประมาท ได้แก่ การทำความผิดมิใช่โดยเจตนา แต่กระทำโดยปราศจากความระมัดระวังซึ่งบุคคลในภาวะเช่นนั้นจักต้องมีตามวิสัยและพฤติการณ์ และผู้กระทำอาจใช้ความระมัดระวังเช่นว่านั้นได้ แต่หาได้ใช้ให้เพียงพอไม่” แสงว บัญญัติวิภาษ (2558) อธิบายไว้ว่า คำว่า วิสัย คือ

เงื่อนไขหรือธรรมชาติของผู้กระทำและสถานการณ์ในกรณีนั้นๆ ซึ่งวิสัยและพฤติการณ์ของการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนต่างจังหวัดย่อมต่างจากโรงพยาบาลใหญ่ในเมือง เป็นต้น ส่วนการรับฟังพยานผู้เชี่ยวชาญ ศาลไทยมิได้จำกัดให้รับฟังพยานผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือท้องถิ่นเดียวกับที่เกิดเหตุ แต่มักจะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงเรียนแพทย์ ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดใหญ่ๆ ซึ่งศาลไทยมักจะให้ความสำคัญกับการอ้างอิงพยานผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคของผู้เสียหายในคดีนั้นๆ

มาตรฐานการรักษาโดยใช้ความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นเกณฑ์ (specialization)

ทฤษฎีนี้ไม่นำข้อจำกัดเรื่องพื้นที่มาใช้ แต่จะอ้างอิงความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่ตรงกับภาวะการเจ็บป่วยของผู้เสียหายเป็นสำคัญ และจะถือว่าแพทย์เฉพาะทางมีมาตรฐานการรักษาที่สูงกว่าแพทย์ทั่วไปในการรักษาหรือทำหัตถการเดียวกัน ดังนั้นการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไปจะนำมาตรฐานการรักษาของแพทย์เฉพาะทางมาใช้เปรียบเทียบไม่ได้ แต่หากว่าแพทย์ทั่วไปได้ทำการรักษาผู้ป่วยนอกเหนือจากขอบเขต เช่น ทำหัตถการในผู้ป่วยซึ่งปกติจะเป็นขอบเขตงานของแพทย์เฉพาะทาง กรณีนี้แพทย์ทั่วไปก็ต้องทำตามมาตรฐานการรักษาของแพทย์เฉพาะทางนั้น และศาลอาจมองว่าการรักษาของแพทย์ไม่เหมาะสม เนื่องจากไม่ดำเนินการส่งต่อไปให้แพทย์เฉพาะทางเป็นผู้ทำการรักษาเอง เช่น ในคดีที่โจทก์ประสบอุบัติเหตุศีรษะไม่ไผ่เข้าตาซ้ายไปพบแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลชุมชน แพทย์ตรวจร่างกายพบว่ามีการฉีกตาฉีกขาด ได้ทำการรักษาโดยล้างตาด้วยน้ำเกลือและปิดตาไว้ และแนะนำให้ผู้ป่วยว่าอาการไม่รุนแรงให้ไปพบจักษุแพทย์ในวันรุ่งขึ้น ซึ่งเมื่อผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์พบว่าการติดเชื้อที่ตาอย่างรุนแรง ต้องผ่าตัดเอาตาซ้ายออก มีผลให้โจทก์ตาบอด คดีนี้ทั้งศาลชั้นต้นและศาลอุทธรณ์วินิจฉัยว่า การรักษาของแพทย์ทั่วไปทำเช่นนี้ผิดมาตรฐาน เป็นการประมาทเลินเล่อเนื่องจากภาวะเช่นนี้แพทย์ทั่วไปไม่อาจทำการรักษาด้วยตนเองได้และควรส่งต่อจักษุแพทย์โดยทันที

นอกจากนี้ในประเทศไทย มักจะให้น้ำหนักกับพยานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากกว่าแพทย์ทั่วไป เช่น คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 10416/2555 เป็นกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่โรงพยาบาลชุมชน พยานผู้เชี่ยวชาญฝ่ายโจทก์เป็นแพทย์ทั่วไป มาเบิกความทำนองว่าการให้ยาชาเข้าไขสันหลังของแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน ส่วนพยานผู้เชี่ยวชาญฝ่ายจำเลยเป็นอาจารย์แพทย์สาขาวิสัญญีวิทยา ได้ให้ความเห็นต่อศาลว่าการกระทำของแพทย์ถูกต้องตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพแล้ว คดีนี้ศาลเห็นว่าพยานฝ่ายจำเลยมีน้ำหนักน่าเชื่อถือมากกว่าพยานฝ่ายโจทก์ เนื่องจากปฏิบัติงานเป็นวิสัญญีแพทย์โดยตรง และพิพากษายกฟ้อง หรือในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 14229/2555 เป็นกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะผิดปกติแต่กำเนิดมีน้ำในสมองมากกว่าปกติ ไม่มีเนื้อสมองตั้งแต่แรกเกิด (hydranencephaly) โจทก์ฟ้องร้องต่อศาลว่าแพทย์ไม่ทำการรักษาผู้ป่วยและไม่แจ้งแนวทางการรักษาต่อโจทก์ตั้งแต่ผู้ป่วยคลอด จนทำให้ผู้ป่วยสมองพิการและเสียชีวิตในเวลาต่อมา พยานผู้เชี่ยวชาญของโจทก์ทำหนังสือที่เบิกความว่าการรักษาของแพทย์ไม่ได้มาตรฐาน คือไม่ทำการรักษาโดยการระบายน้ำออกจากสมองของผู้ป่วย ทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลง ศาลวินิจฉัยว่าพยานโจทก์รายนี้ไม่ได้เป็นผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยรายนี้ ประกอบกับไม่ได้

เป็นแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการป่วยของผู้ป่วย เป็นเพียงแพทย์ทั่วไปที่ทำงานด้านศัลยกรรมเสริมความงาม คำพยานโจทก์ปากนี้จึงไม่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือ

มาตรฐานการรักษาโดยใช้แนวปฏิบัติที่ต่างกันของแพทย์ (schools of thought)

ต้องยอมรับว่าในทางการแพทย์ การรักษาโรคหนึ่งๆอาจจะมีแนวทางการรักษาได้หลายวิธี การกำหนดมาตรฐานการรักษาเป็นแบบเดียวกันในการรักษาโรคหนึ่งๆ จึงทำได้ยาก ทำให้หลักการ “two schools of thought” เป็นเสมือนข้อต่อสู้ที่แพทย์มักจะนำมาใช้เมื่อถูกฟ้องคดีความรับผิดชอบทางการแพทย์ โดยหากแพทย์สั่งการรักษาโดยวิธีที่ได้รับการยอมรับในวงการแพทย์ว่าเป็นวิธีการรักษาทางเลือกอีกทางหนึ่งก็ไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบ แต่การจะวินิจฉัยว่าแนวทางการรักษาแบบใดที่ได้รับการยอมรับ ศาลในสหรัฐได้วางหลักการพิจารณาประเด็นนี้ไว้ในคดี Jones v. Chidester (1992) ว่าแนวการรักษาที่แตกต่างกันจะได้รับการยอมรับก็ต่อเมื่อแนวทางดังกล่าวได้รับการยอมรับจากแพทย์ที่มีชื่อเสียงและได้รับการนับถือเป็นจำนวนที่มากพอควร โดยหากเป็นแนวทางรักษาทางเลือกที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์เพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือแพทย์ส่วนน้อย (reputable minority) ปัจจุบันศาลจะไม่ยอมรับให้ใช้เป็นข้อต่อสู้ของแพทย์

ประเทศไทยไม่ได้มีกฎหมายกำหนดในเรื่องแนวปฏิบัติที่ต่างกันที่เป็นที่ยอมรับที่สามารถใช้เป็นข้อต่อสู้ได้อย่างเช่นในสหรัฐ แต่วางหลักว่าแพทย์ต้องเลือกการรักษาในระดับที่ดีที่สุด ในสถานการณ์นั้นๆ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม (มาตรา 31) ประกอบกับข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ มาตรา 15 ที่กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด ในสถานการณ์นั้นๆ ภายใต้อำนาจและความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วัสดุ และพฤติการณ์ที่มีอยู่” ตัวอย่างคำพิพากษาของศาลไทยในเรื่องการให้การรักษาที่ดีที่สุด ในสถานการณ์นั้นๆ เช่น ผู้ป่วยมีอาการเจ็บครรภ์คลอด จึงไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ขณะรอคลอดผู้ป่วยมีอาการหมดสติ แพทย์ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่ต่อมาผู้ป่วยและบุตรในครรภ์เสียชีวิต โจทก์นำคดีมาฟ้องต่อศาลว่า ทีมแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ละเลยต่อหน้าที่ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีวิสัยทัศน์แพทย์หรือสูติแพทย์ที่สามารถวินิจฉัยและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึงจึงทำให้ผู้ป่วยและทารกในครรภ์เสียชีวิต คดีนี้ศาลชั้นต้นและศาลอุทธรณ์พิพากษายกฟ้อง โดยศาลวินิจฉัยว่า ทีมแพทย์โรงพยาบาลชุมชนมิได้ละเลยต่อหน้าที่ โดยได้ทำการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแล้ว การที่โรงพยาบาลไม่ได้ผ่าตัดทำคลอดโดยทันทีก็เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กมีข้อจำกัดด้านการแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และเครื่องมือแพทย์ มีเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่มีสูติแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ ไม่มีศักยภาพที่จะผ่าตัดทำคลอดที่ต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หากดำเนินการผ่าตัดทำคลอดจะเพิ่มความเสี่ยงกับผู้ป่วยและทารกในครรภ์มากขึ้น ดังนั้นการดำเนินการของทีมแพทย์โรงพยาบาลชุมชนจึงถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ต่อผู้ป่วยและทารกในครรภ์ตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมระดับที่ดีที่สุดสำหรับการคลอดในโรงพยาบาลของรัฐอย่างเต็มความรู้และความสามารถแล้ว (คำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 1 ที่ 3245/2558)

มีข้อยกเว้นประการหนึ่งของการพิสูจน์เรื่องมาตรฐานการรักษาที่ไม่จำเป็นต้องอ้างถึงพยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ได้แก่ Res Ipsa Loquitur (the thing speaks for itself) หรือหลักที่ว่า สิ่งนั้นบ่งบอกได้ด้วยตัวเอง หลักการนี้ถูกนำมาใช้กับคดีพิพาทในการรักษาพยาบาลในกรณีที่ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับคนธรรมดาทั่วไป สามารถรู้ได้เองว่าเกิดจากการรักษาที่ผิดมาตรฐานโดยไม่ต้องใช้พยานผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มาพิสูจน์ เช่น กรณีแพทย์ผ่าตัดขาผิดข้างหรือกรณีแพทย์ส้อมผ้าก๊อชหรือเครื่องมือผ่าตัดไว้ในช่องท้องของผู้ป่วย กรณีนี้โจทก์ไม่จำเป็นต้องนำพยานผู้เชี่ยวชาญมาพิสูจน์ว่ามีการกระทำละเมิดหรือผิดหลักวิชาชีพหรือไม่ แต่ให้เป็นหน้าที่ของจำเลยที่จะพิสูจน์ว่าตนมิได้กระทำละเมิด แต่ได้ทำการรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพแล้ว

ในประเทศไทยมีคำพิพากษาศาลฎีกาที่พอจะนำหลักการนี้มาใช้เทียบเคียงได้คือ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 18961/2556 โดยคดีนี้เป็นกรณีที่แพทย์สั่งให้พยาบาลถอดท่อช่วยหายใจที่คอของผู้ป่วยออก เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะหายใจเองได้แล้ว แต่ภายหลังการถอดท่อออกประมาณ 5 นาทีผู้ป่วยมีอาการกระสือกระส่นหายใจไม่ได้ หัวใจหยุดเต้น เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีความพิการทางสมองอย่างถาวร คดีนี้ศาลฎีกาวินิจฉัยว่าการกระทำของแพทย์และพยาบาลถือเป็นการกระทำที่ประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงและมีผลโดยตรงให้ผู้ป่วยมีความพิการทางสมองอย่างถาวร โดยไม่จำเป็นต้องมีพยานผู้เชี่ยวชาญมาพิสูจน์ว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัดทันทีหลังจากถูกถอดท่อช่วยหายใจออก จึงน่าจะเป็นผลโดยตรงจากการกระทำดังกล่าว

3. ความเสียหายที่เกิดจากการรักษา (Actual Harm or Injury)

องค์ประกอบสำคัญถัดมาของความรับผิดละเมิดทางการแพทย์ คือ การต้องมีความเสียหายเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งความเสียหายนี้ปกติจะเป็นจุดเริ่มต้นของการฟ้องร้องทั้งในคดีอาญาและคดีแพ่ง และศาลจะนำมาใช้พิจารณาว่าผู้นั้นมีอำนาจฟ้องร้องหรือไม่ ในคดีอาญา กฎหมายบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 28 “บุคคลเหล่านี้มีอำนาจฟ้องคดีอาญาต่อศาล (1) พนักงานอัยการ (2) ผู้เสียหาย” และในมาตรา 2 (4) กำหนดไว้ว่า “ผู้เสียหาย หมายความว่าบุคคลผู้ได้รับความเสียหาย เนื่องจากการกระทำผิดฐานใดฐานหนึ่ง รวมทั้งบุคคลอื่นที่มีอำนาจจัดการแทนได้ ดังบัญญัติไว้ในมาตรา 4, 5 และ 6”

ในทางแพ่ง กฎหมายเรื่องความรับผิดเพื่อละเมิด มาตรา 420 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บัญญัติว่า “ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่น โดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่า ผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น” ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ต้องมีความเสียหายเกิดขึ้นจึงจะครบองค์ประกอบความผิดในฐานะละเมิด ศาลฎีกาเคยวินิจฉัยในประเด็นนี้ว่าหากยังไม่มี ความเสียหายเกิดขึ้น แพทย์ย่อมไม่ต้องรับผิดฐานละเมิด เช่น ในคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5637/2533 โจทก์ฟ้องว่าแพทย์สั่งฉีดยาพิษเพื่อป้องกันโรคหัดเยอรมันแก่โจทก์ ในขณะที่ตั้งครรภ์ โดยโจทก์อ้างว่าวัคซีนนี้อาจจะทำให้ทารกในครรภ์เกิดมาพิการได้

หลังจากฉีดยาโจทก์มีความกังวลอย่างมากจนไปขอรับการทำแท้งจากแพทย์ กรณีนี้ความเสียหายที่จะเกิดคือทารกที่เกิดมามีความพิการ แต่ความเสียหายนี้ยังไม่ได้เกิดขึ้น การที่โจทก์ไปขอทำแท้งก็เพราะกลัวไปเองว่าทารกในครรภ์จะคลอดออกมาพิการ การกระทำของแพทย์จึงไม่เป็นการละเมิด

4. ความเสียหายต้องสัมพันธ์กับการผิดมาตรฐานวิชาชีพ (Causation)

เมื่อพิสูจน์ได้แล้วว่ามีการประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐาน และมีความเสียหายเกิดขึ้น สิ่งที่ต้องพิสูจน์ต่อศาลต่อมาคือ ความเสียหายนั้นต้องเป็นผลโดยตรงจากการประกอบวิชาชีพที่ผิดไปจากมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งการพิสูจน์จะยากกว่าคดีละเมิดทั่วไปที่ความสัมพันธ์ของการละเมิดกับความเสียหายค่อนข้างจะตรงไปตรงมา กล่าวคือ โจทก์ในคดีความเสียหายทางการแพทย์มักจะเป็นผู้ป่วย หรือผู้ที่มีพยาธิสภาพจากโรคใดโรคหนึ่งอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้เสียหายเหล่านี้มีได้หลายสาเหตุทั้งจากพยาธิสภาพของโรคเองหรือความผิดพลาดในการรักษาหรืออาจจะเกิดร่วมกัน และบางครั้งการรักษาผู้ป่วยรายหนึ่งอาจจะมีบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวข้องหลายฝ่าย ซึ่งการพิสูจน์ความสัมพันธ์นี้ต้องใช้ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

หลักการพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผลการกระทำโดยทั่วไปจะใช้หลักที่ว่า ถ้าไม่มีสิ่งหนึ่งเกิดขึ้น อีกสิ่งหนึ่งก็จะไม่เกิด (the more probable than not standard for "but-for") กล่าวคือจะพิจารณาจากเหตุใกล้ชิดโดยตรงที่ก่อให้เกิดความเสียหาย (proximate cause) แต่เนื่องจากความซับซ้อนในทางการแพทย์ที่ไม่ว่าจากสภาพหรืออาการของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การรักษาจึงไม่สามารถจะรับรองได้ว่าผลการรักษาจะเป็นไปตามที่ตำราระบุไว้ทั้งหมด ทำให้คดีละเมิดทางการแพทย์จะใช้หลักการพิสูจน์เพิ่มเติมคือ "reasonable medical certainty" ที่ต้องมีหลักฐานทางการแพทย์ที่สมเหตุสมผลที่จะทำให้เชื่อได้ว่าความเสียหายนั้นเป็นผลโดยตรงจากการกระทำผิดมาตรฐานวิชาชีพในระดับที่วงการแพทย์โดยทั่วไปยอมรับ เช่น การที่ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติแพ้ยา ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยได้แจ้งประวัติการแพ้ยาแก่แพทย์แล้ว ปรากฏว่าแพทย์ได้จ่ายยาในกลุ่มเดียวกับที่ผู้ป่วยแพ้ยา หลังรับประทานยาผู้ป่วยหมดสติ ถูกนำตัวส่งห้องฉุกเฉิน กรณีเช่นนี้หากเป็นคดีละเมิดทั่วไปอาจจะกล่าวอ้างว่าการหมดสติของผู้ป่วยเกิดจากการแพ้ยา (คือถ้าหากไม่ได้รับประทานยา ผู้ป่วยก็จะไม่หมดสติ) แต่การกล่าวอ้างเช่นนี้ไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีหลักฐานมายืนยันด้วยว่าการที่ผู้ป่วยหมดสติเกิดจากการแพ้ยาจริง และเป็นการแพ้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล (ไม่ใช่เกิดจากความเชื่อว่าจะเกิดจากการแพ้ยาโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิง หรือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ)

กรณีความเสียหายเกิดจากพยาธิสภาพของโรคหรือความผิดปกติแต่กำเนิด

โดยทั่วไปการที่พิสูจน์ได้ว่าความเสียหายเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเองหรือความผิดปกติแต่กำเนิด ศาลมักจะวินิจฉัยว่าไม่เกี่ยวข้องกับการรับผิดชอบละเมิดทางการแพทย์ เนื่องจากความเสียหายไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากการกระทำผิดมาตรฐานวิชาชีพเวชกรรม แต่การพิสูจน์ต้องเป็นพิสูจน์โดยพยานที่มีความเชี่ยวชาญรวมทั้งต้องมีหลักฐานทางการแพทย์ยืนยันอย่างชัดเจน

เช่น ใน Pelton v. Tri-State Memorial Hospital (1992) คดีนี้เป็นคดีคลอดบุตร ระหว่างการคลอดพบว่าการคลอดยากแพทย์ได้พยายามทำคลอดทางช่องคลอดโดยใช้เข็มช่วยคลอดแต่ไม่สามารถคลอดได้ สุดท้ายต้องทำการผ่าตัดคลอด ต่อมาพบว่าเด็กมีอาการทางสมอง พัฒนาการล่าช้า โจทก์จึงนำคดีมาฟ้องแพทย์ว่าการทำคลอดของแพทย์ผิดมาตรฐานทำให้เด็กเกิดมามีความพิการทางสมอง ได้มีการพิสูจน์ทางการแพทย์โดยวิธีตรวจโครโมโซม ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และตรวจอื่นๆ อีกหลายอย่าง พบว่าการที่เด็กมีสมองพิการเกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมของเด็กเอง ไม่ได้เป็นผลมาจากการทำคลอด กรณีความผิดปกติแต่กำเนิดในไทยได้วินิจฉัยไว้ในคำพิพากษาฎีกาที่ 14229/2555 เป็นกรณีที่โจทก์มีภาวะน้ำในสมองเกินตั้งแต่แรกคลอด แพทย์ทำการวินิจฉัยเพิ่มเติมพบว่าโจทก์เป็นโรคเนื้อสมองใหญ่สลายกลายเป็นถุงน้ำ (hydranencephaly) ศาลวินิจฉัยว่า กรณีนี้เห็นว่าโจทก์เป็นโรคมาตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา มิใช่เกิดขึ้นภายหลัง การที่โจทก์ถึงแก่ความตาย จึงมีสาเหตุมาจากโรคดังกล่าว และพยานหลักฐานของโจทก์ฟังไม่ได้ว่าการตรวจรักษาของแพทย์เป็นไปโดยประมาทหรือผิดมาตรฐานเป็นสาเหตุให้โจทก์เสียหาย พิพากษายกฟ้อง

ในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในการพิสูจน์โดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาวินิจฉัยสาเหตุที่แท้จริงของความเสียหาย การพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างความเสียหายกับการกระทำผิดมาตรฐานวิชาชีพ ส่วนใหญ่จึงเป็นการพิสูจน์โดยอาศัยความคิดเห็นของพยานผู้เชี่ยวชาญเพียงลำพังที่พิจารณาจากประวัติย้อนหลังของผู้ป่วย เช่น ในคำพิพากษาฎีกาที่ 6887/2559 เป็นคดีคลอดบุตร ที่ระหว่างการคลอดพบปัญหาการคลอดยากเช่นเดียวกัน แพทย์เวรที่โรงพยาบาลชุมชนได้พยายามช่วยทำคลอดทางช่องคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ แต่ไม่สำเร็จจึงได้ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อทำการผ่าตัดคลอด ต่อมาพบว่าเด็กคลอดออกมามีความพิการทางสมอง เกร็ง ชักกระตุก มีอาการทางสายตา แต่คดีนี้พยานผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าความผิดปกติของโจทก์เกิดได้หลายสาเหตุ เช่น ระหว่างตั้งครรภ์ มารดารับประทานยาขับประจำเดือน หรือมีการติดเชื้อระหว่างตั้งครรภ์ หรือมีภาวะได้รับสารพิษหรือเชื้อไวรัส หรือระหว่างการคลอดอาจมีภาวะการขาดออกซิเจน หรือภาวะที่คลอดนานเกินไป หรือหลังคลอดมีการติดเชื้อทางสมอง ประกอบกับการบันทึกของแพทย์พบว่าขณะคลอดเด็กมีเพียงภาวะการขาดออกซิเจนอย่างอ่อน ร่วมกับการที่ศาลพิจารณาเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยของทีมแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามมาตรฐานตามสถานการณ์แล้ว ศาลจึงวินิจฉัยว่ากรณีนี้ยังไม่อาจชี้ชัดได้ว่าการพิการทางสมองของโจทก์เป็นผลโดยตรงจากการคลอดที่ล่าช้าที่โรงพยาบาลชุมชน พิพากษายกฟ้อง (โดยไม่ได้มีการตรวจยืนยันสาเหตุที่แท้จริงของความพิการทางสมองของเด็ก)

กรณีความเสียหายเกิดจากพยาธิสภาพของโรคร่วมกับการกระทำผิดมาตรฐาน

การตรวจ วินิจฉัยและรักษาทางการแพทย์นั้นมีความซับซ้อน สาเหตุความผิดปกติของอาการหนึ่งๆมักจะมีได้หลายสาเหตุ และโดยทั่วไปแพทย์มักจะไม่สามารถยืนยันได้ว่าความผิดปกติเกิดจากเหตุใด รวมทั้งพยานผู้เชี่ยวชาญก็ไม่สามารถตัดสินได้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเสียหายว่าเป็นผลจากการรักษาของแพทย์หรือไม่ถึงระดับ “reasonable medical

certainty” กรณีศาลในสหรัฐมักจะวินิจฉัยไปในทางว่า แม้ความผิดปกติของผู้เสียหายที่นำมาซึ่งการฟ้องร้องนี้เกิดจากพยาธิสภาพหรือการดำเนินโรคของผู้เสียหายเอง แต่หากมีการกระทำผิดมาตรฐานร่วมอยู่ด้วยและการกระทำผิดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้นไปเพิ่มความเสี่ยง ทำให้พยาธิสภาพของผู้เสียหายแย่ลง หรือดำเนินโรคไปเร็วยิ่งขึ้น ดังนั้นก็จะถือว่าความเสียหายนั้นเป็นผลโดยตรงที่เกิดจากการกระทำผิดมาตรฐานนั้นแล้ว เช่น ในคดี *Mitzelfelt v. Kamrin* (1990) ผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาตทั้งตัว (quadriplegia) ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ (cervical laminectomy) จึงฟ้องทีมแพทย์ที่ทำการผ่าตัดว่าการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดมีความบกพร่องส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไขสันหลังไม่เพียงพอจนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอัมพาตทั้งตัว ทางนอสืบพบว่าการลดลงของความดันโลหิตของผู้ป่วยในขณะที่ผ่าตัดต่ำกว่าภาวะปลอดภัยจริง โดยพยานผู้เชี่ยวชาญก็แสดงความเห็นว่าการลดลงของความดันโลหิตดังกล่าวส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไขสันหลังและสามารถเป็นเหตุให้เกิดอัมพาตได้ พยานผู้เชี่ยวชาญอีกท่านให้ความเห็นว่าอาการของผู้ป่วยแบบนี้แม้จะทำการผ่าตัด ก็จะมีประมาณ 20% ที่เกิดอาการอัมพาตทั้งตัวเช่นนี้ได้ แต่ศาลวินิจฉัยว่าการกระทำของแพทย์ที่ควบคุมความดันโลหิตบกพร่องได้ไปเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดอัมพาตของผู้ป่วย ถึงแม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางส่วนอยู่แล้วที่จะเกิดภาวะอัมพาตแม้การผ่าตัดจะดำเนินไปอย่างปกติ พิพากษาให้โจทก์ชนะคดี

ในประเทศไทยศาลได้มีการวินิจฉัยโดยใช้หลักการเดียวกันนี้ใน คำพิพากษาฎีกาที่ 12498/2558 เป็นกรณีที่โจทก์ฟ้องว่าแพทย์ทำการวินิจฉัยโรคหัวใจของโจทก์ล่าช้าทำให้โจทก์ต้องพิการเนื่องจากหัวใจล้มเหลว ศาลวินิจฉัยว่าแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจรักษาโจทก์ครบถ้วนตามหลักวิชาการแพทย์ คือ ไม่ได้ทำการสอบถามผู้ใกล้ชิดของโจทก์ว่าป่วยเป็นโรคหรือไม่ และไม่ได้ส่งผลเอกซเรย์ปอดของโจทก์ไปให้ผู้เชี่ยวชาญอ่านผล แม้ว่าพยานผู้เชี่ยวชาญจะให้ความเห็นว่ากรณินิจฉัยโรคในเด็กทำได้ยากกว่าผู้ใหญ่ หากยังไม่สามารถวินิจฉัยได้แน่นอนมักจะไม่ได้ยาเพราะผลข้างเคียงของยาสูง และกรณีโรคหัวใจล้มเหลวแสดงว่าสมองถูกทำลายแล้ว แม้จะทำการรักษาด้วยยา แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรค ประมาณ 10-70% ของผู้ป่วยจะเสียชีวิต หากรอดชีวิตก็จะมีอาการพิการทางสมอง พยานผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นว่าการรักษาของแพทย์ในกรณีนี้ถือว่าไม่ได้ล่าช้า ศาลมองว่าการที่แพทย์ไม่ทำตามหลักวิชาชีพนี้ทำให้ไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการดำเนินโรคทำให้หัวใจล้มเหลวไปที่สมองจนเกิดสมองพิการ จึงพิพากษาให้โจทก์ชนะคดี

ในสหรัฐอเมริกามีการนำสถิติเกี่ยวกับการเกิดโรค หรือการรอดชีวิตจากโรคมาเป็นตัวกำหนดในการพิจารณาตัดสิน โดยเรียกหลักการนี้ว่า “loss of chance doctrine” คือในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือมีโอกาสรอดชีวิตน้อยกว่า 50% ไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีใดก็ตาม กรณีนี้จะเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะพิสูจน์ว่าการเสียชีวิตเกิดจากความผิดพลาดจากการรักษาของแพทย์ ศาลจึงวางหลักไว้ว่ากรณีที่ผู้ป่วยเพียงพิสูจน์ว่าหากการรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องตามวิชาชีพจะทำให้โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น (แม้ในที่สุดผู้ป่วยจะเสียชีวิตก็ตาม) เช่น กรณีที่ผู้ป่วยมะเร็งปาก

มดลูกได้ทำการรักษาด้วยวิธีฉายแสงครบตามแผนการรักษาแล้วตั้งแต่ปี 1981 จากนั้นผู้ป่วยได้ทำการตรวจเช็คมะเร็งเร็งปากมดลูก ทุกปีพบว่าไม่มีผลปกติ จนกระทั่งปี 1989 ตรวจพบเซลล์มะเร็ง จึงได้ไปพบแพทย์ แพทย์ได้ตรวจร่างกายผู้ป่วยและตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกซ้ำ พบมีเซลล์ผิดปกติ แต่ไม่ได้บ่งบอกว่าเป็นเซลล์มะเร็ง แพทย์จึงให้การรักษาแบบช่องคลอดอีกเสบโดยไม่ได้สั่งการตรวจเพิ่มเติม เช่น ตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา หลายเดือนต่อมาผู้ป่วยมีอาการผิดปกติพบ มีก้อนที่ช่องท้อง ไปพบแพทย์อีกครั้ง คราวนี้ตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกพบเซลล์มะเร็ง แพทย์จึงนัดผู้ป่วยเพื่อมาผ่าตัดแต่ปรากฏว่าโรคมะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่นและผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด โจทก์นำคดีมาฟ้องแพทย์ว่าทำการตรวจวินิจฉัยผิดมาตรฐานเป็นเหตุให้พบโรคมะเร็งล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการได้รับการรักษาที่ได้ผล แต่ฝ่ายแพทย์อ้างว่ากรณีมะเร็งที่กลับเป็นขึ้นมาใหม่ โอกาสรอดชีวิตหรือรักษาได้ผลน้อยกว่า 50% ดังนั้นแม้ว่าแพทย์จะวินิจฉัยล่าช้าก็ไม่ได้มีผลต่อการรอดชีวิตของผู้ป่วย แต่ศาลไม่เห็นด้วย ศาลวินิจฉัยว่าการที่แพทย์รักษาผิดมาตรฐานแล้วไปมีผลให้ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น การผิดมาตรฐานนั้นก็ถือเป็นเหตุโดยตรงของความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับแล้ว (Mayhue v. Sparkman, 1995)

โดยสรุปการพิจารณาคดีทฤษฎีปฏิบัติมีความละเอียดอ่อน ซึ่งต้องคำนึงองค์ประกอบทั้งสี่ประการ ตั้งแต่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย หน้าที่ที่แพทย์ที่มีต่อผู้ป่วย มาตรฐานการรักษาทางวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับจากแพทย์ในสาขาเดียวกันและตามบริบทของพื้นที่ การกระทำอันผิดไปจากมาตรฐาน มีความเสียหายอันเกิดจากการรักษา โดยที่ความเสียหายนั้นต้องเป็นผลโดยตรงมาจากการกระทำอันผิดไปจากมาตรฐานการรักษานั้น การพิจารณาคดีทฤษฎีปฏิบัติที่ยึดตามองค์ประกอบทั้งสี่ประการนี้จะช่วยให้การพิจารณาคดีมีความถูกต้องและเป็นธรรมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญชัย โชติพันธุ์. (2555). **คดีทางการแพทย์: แนวทางศึกษา เพื่อป้องกันและต่อสู้คดี**. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. ราชกิจจานุเบกษา 123 (1 พฤศจิกายน 2549), หน้า 24.
- คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 6092/2552.
- คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 11332/2555.
- คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15067/2557.
- คำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 1 ที่ 3245/2558.
- คำฟ้องคดีผู้บริโภคหมายเลขดำที่ 4/2554 (ศาลแขวงสุราษฎร์ธานี).
- นพพร โพธิ์รังสิยากร. (2559). **ความรับผิดทางกฎหมายของแพทย์จากการรักษาพยาบาล: ทฤษฎีปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: บริษัทโอ-วิทย์ (ประเทศไทย จำกัด).
- ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. ราชกิจจานุเบกษา 42 (11 พฤศจิกายน 2464), หน้า 132-133.
- ประมวลกฎหมายอาญา. ราชกิจจานุเบกษา 73 (15 พฤศจิกายน 2499), หน้า 42.

- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525, ราชกิจจานุเบกษา 99 (11 สิงหาคม 2525), หน้า 16.
- พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา 133 (20 ธันวาคม 2559), หน้า 46.
- พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477. ราชกิจจานุเบกษา 52 (10 มิถุนายน 2478), หน้า 624.
- แพทยสภา (2558). คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ฉบับใหม่ออกโดย 6 สมาชิวิชาชีพ ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558. สืบค้นจาก http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834
- เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ. (2549). *กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม*. กรุงเทพฯ: บุ๊คเน็ต.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. ราชกิจจานุเบกษา 134 (6 เมษายน 2560), หน้า 12, 15.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2558). ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข: วิเคราะห์ข้อดีหรือข้อเสีย. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 1(1)*, 54-55.
- Dixon v. Siwy, 661 N.E.2d 600 (Ind. 1996).
- Green v. Walker 910 F.2d 291 (5th Cir. 1991).
- Greenberg v. Perkins 845 P.2d 530 (Colo. 1993).
- Hall, M. A., Bobinski, M. A., & Orentlicher, D. (2003). *Health care law and ethics*. New York: Aspen Publishers.
- Hall v. Hilbun 466 So.2d 856 (Miss. 1985).
- Hamil v. Bashline 307 A.2d 57 (Pa. Super. Ct.1973).
- Hiser v. Randolph 126 Ariz. 608; 617 P.2d 774 (Ariz. 1980).
- Hurley v. Eddingfield 59 N.E. 1058 (Ind.1901).
- Jones v. Chidester, 610 A.2d 964 (Pa. 1992)
- King v. Murphy 424 So. 2d 547 (Miss. 1982).
- Louisell, D. W. & Williams, H. (1960). Res Ipsa Loquitur—Its Future in Medical Malpractice Cases. *California Law Review*, 48 (2), 252-270.
- Mayhue v. Sparkman 653 N.E. 2d 1384 (Ind. 1995).
- McIntyre v. Smith 24 S.W. 3d 911 (Tex. App. 2000).
- Mitzelfelt v. Kamrin 526 Pa.54 (Pa. 1990).
- Osler v. Burnett 1993 Tenn. App. LEXIS 244 (Tenn. 1993).
- Pelton v. Tri-State Memorial Hospital, Inc., et al. 831 P.2d 1147 (Wa. 1992).
- Reynolds v. Decatur Memorial Hospital 660 N.E.2d 235 (Ill. App.1996).
- Rowland v. Christian 69 Cal.2d 108 (Cal. 1968).
- Small v. Howard 128 Mass. 131 (Mass. 1880).
- Walters v. Rinker 520 N.E. 2d 468 (Ind. Ct. App. 1988).
- Wilkins, L. P. (2007). *Cases and Materials on the law of medical malpractice* (10th ed.). Indianapolis.

ขอบเขตของงานนิติเวชและการให้บริการ

พลอากาศตรี นายแพทย์วิชาญ เปี้ยวนิม*

บทคัดย่อ

การบริหารงานด้านนิติเวชศาสตร์มีความจำเป็นที่สถานพยาบาลทุกแห่งต้องจัดทำขึ้นเพื่อให้แพทย์ทุกสาขาได้ทราบและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องอย่างมีประสิทธิภาพ ตามระดับงานที่รับผิดชอบโดยเริ่มจากงานระดับนิติเวชพื้นฐานถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้การประยุกต์วิชาแพทย์ทุกสาขาเพื่อช่วยแก้ปัญหาทางกฎหมายหรือคดี โดยต้องประสานงานกับงานนิติวิทยาศาสตร์เพื่อพิสูจน์หลักฐานทางสถานที่เกิดเหตุ อาวุธและกระสุนปืน การตรวจหาสารพิษ สารเสพติด แอลกอฮอล์ ตลอดจนการตรวจสายพันธุ์กรรม DNA ลายพิมพ์นิ้วมือและการตรวจแผนภูมิทางพันธุกรรมเพื่อพิสูจน์เอกลักษณ์บุคคล ระดับการปฏิบัติงานทางนิติเวชศาสตร์ขึ้นกับภาวะวิสัย พฤติการณ์ และสภาพแวดล้อมที่แพทย์ประกอบวิชาชีพอยู่ เช่น แพทย์ทั่วๆ ไปต้องเข้าใจหลักการตรวจบาดแผลจากผู้ป่วยและสามารถทำรายงานการชันสูตรบาดแผลได้ถูกต้องตามหลักนิติเวชได้และสามารถบริหารจัดการเกี่ยวกับการชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายกำหนดได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่สามารถชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ การชันสูตรศพภายนอก สามารถระบุสาเหตุการตายได้ด้วยตนเองหรือพิจารณาให้พนักงานสอบสวนส่งศพไปชันสูตรต่อโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางนิติเวชศาสตร์โดยเฉพาะที่กรณีที่ต้องผ่าศพชันสูตรหาสาเหตุการตายและหาหลักฐานสนับสนุนพฤติการณ์การตาย ตลอดจนหลักฐานเพื่อนำไปสู่การหาตัวผู้ต้องสงสัยจากศพการชันสูตรตามที่พนักงานสอบสวนร้องขอได้

คำสำคัญ : นิติเวชศาสตร์ ขอบเขตของงานนิติเวช การให้บริการด้านนิติเวช

* สาขานิติเวชวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี

Scope of forensic work and services

Air Vice Marshal Dr. Vichan Peonim *

Abstract

Forensic medicine management is essential for all health care organizations, in order for all physicians to understand and implement correctly and effectively. Based on the level of responsibility, from basic forensics to specialist level, the application of all medical specialties are necessary to solve legal problems or lawsuits. This is conducted by coordinating with Forensic Science in order to find evidences from the crime scene, weapons and ammunition, investigating for toxic substances, drugs, alcohol, DNA, fingerprints, and dental record for identity verification. The level of forensic practice depends on the circumstances and the environment, in which the physician professionally performs. For example, general practitioner must understand the principles of investigating wound from the body and able to make accurate and correct forensic reports. The physician should be able to conduct, perform and manage an autopsy according to the law, such as performing an autopsy at the crime scene, by being able to indicate the cause of death by him/herself, or consider for the investigation officer to send the body to the post mortem by forensic specialists. This is especially necessary in the case of finding the cause of death and evidences to support a particular cause of death, from the autopsy performed, and other supporting evidences which would lead to find the suspect/s, as requested by the investigating officer.

Keywords: Forensics medicine, medical jurisprudence, Forensic services

* Forensic Pathology, RamaThibodi Hospital

บทนำ

นิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine) เป็นสาขาวิชาหนึ่งของวิชาแพทยศาสตร์ โดยประกอบด้วยคำสองคำ คือ “นิติ” ซึ่งแปลว่ากฎหมาย และเวชศาสตร์ ซึ่งแปลว่า “วิชาแพทย์” (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548) ดังนั้น นิติเวชศาสตร์ จึงเป็นวิชาทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับกฎหมาย กล่าวคือ เป็นการนำหลักวิชาทางการแพทย์ เพื่อนำไปคลี่คลายเกี่ยวกับคดีความต่างๆ

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2520 หน้า 141 ได้บัญญัติความหมายของนิติเวชศาสตร์ว่า วิชาที่ว่าด้วยการใช้หลักการแพทย์ช่วยแก้ไขปัญหาด้านกฎหมายและการพิสูจน์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับคดีความ วิชาหนึ่งในระยะแรกใช้ คำว่า “นิติเวชวิทยา” ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นนิติเวชศาสตร์ โดยพิจารณาจากหลักเกณฑ์ในการบัญญัติศัพท์จากชื่อวิชาในภาษาอังกฤษที่ลงท้ายด้วย “logy” จะแปลว่า “วิทยา” ส่วนคำที่ไม่ได้ลงท้ายด้วย “logy” จะแปลว่า “ศาสตร์” (อ้างอิงในสมชาย ผลเยี่ยมเอก, 2539)

จาก Dorland's Illustrated Medical Dictionary 28th Edition ได้ให้คำจำกัดความของ Forensic Medicine (แมน อิงคตานุวัฒน์ และคณะ, 2542) ไว้ว่า “ The branch of medicine dealing with the application of medicine knowledge to the purpose of law. This term and medical jurisprudence is sometimes used as synonyms, but some authorities consider the first as a branch of medicine and the second as a branch of law. Called also legal medicine” ดังนั้น ศัพท์ภาษาอังกฤษที่หมายถึง นิติเวชศาสตร์ ซึ่งนิยมใช้กันทั่วไปจึงมีอยู่ 3 คำ คือ Forensic Medicine, Medical Jurisprudence และ Legal Medicine ซึ่งแต่ละคำมีความหมาย ดังต่อไปนี้

1. **Forensic Medicine** คำนี้นิยมใช้ทั้งในยุโรปและอเมริกา โดยคำว่า Forensic มาจากคำว่า Forensis ในภาษาละติน ซึ่งแปลว่า สถานที่ประชุมแลกเปลี่ยนสินค้าของทางราชการสมัยโรมัน ซึ่งเป็นสถานที่ใช้ในการเจรจาต่อรองทำสัญญากัน จึงหมายถึง เรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือศาล ดังนั้น คำว่า Forensic Medicine จึงแปลว่า วิชาแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายหรือศาล (Forensic medicine is medicine in its relation to law)

2. **Medical Jurisprudence** ซึ่งคำนี้ในประเทศอังกฤษใช้กันแพร่หลายพอๆ กับคำแรก โดยคำว่า Jurisprudence แปลว่า หลักกฎหมายหรือกฎหมาย รวมทั้งปรัชญาทางกฎหมาย ดังนั้น Medical Jurisprudence จึงหมายถึง การนำหลักฐานหรือข้อกฎหมายมาใช้กับคดีหรือปัญหาที่เกิดจากการใช้วิชาแพทย์ ซึ่งรวมถึง Medical laws และ Health Laws ด้วย แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้คำนี้มีความหมายที่แคบลงคือ ใช้ในความหมายเฉพาะวิชากฎหมายที่นำไปแก้ปัญหาในกรณีที่เกิดข้อพิพาทอันเนื่องจากการแพทย์เท่านั้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าคำแปลดังกล่าวจึงต่างจากความหมายของคำว่า Forensic Medicine

3. **Legal Medicine** คำนี้ใช้มากในภาคพื้นยุโรปและในสหรัฐอเมริกา คำนี้ในความหมายอย่างกว้าง หมายถึง กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทั้งหมด รวมทั้งวิชาแพทย์ที่

เกี่ยวกับกฎหมายด้วยส่วนในความหมายอย่างแคบ หมายความว่าเฉพาะวิชากฎหมายที่ต้องนำไปใช้เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการโต้แย้งสิทธิ ซึ่งเกิดจากการแพทย์เท่านั้น

ดังนั้น เมื่อพิจารณาจากศัพท์ภาษาอังกฤษทั้งสามคำ จึงอาจสรุปได้ว่า วิชานิติเวชศาสตร์หมายถึงวิชาแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายรวมถึงวิชาแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการประกอบวิชาชีพแพทยด้วย

พัฒนาการของวิชานี้มาจากการชั้นสูตรพลิกศพครั้งแรกคือ การตรวจศพ Julius Caesar โดยนายแพทย์ Antistius ชาวโรมัน ผลการชันสูตรศพพบว่า Caesar ได้รับบาดเจ็บถึง 23 แห่ง แต่บาดเจ็บที่ทำให้ตาย คือ บาดแผลบริเวณหน้าอก ต่อมา ในศตวรรษที่ 10 กฎหมาย Common law ของอังกฤษ กำหนดว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรม และในปี ค.ศ. 1184 The council of Nimes ในประเทศฝรั่งเศส ได้กำหนดโทษแก่ผู้ที่กระทำอัตวินิบาตกรรม แต่การตรวจในยุคนั้นก็กระทำเพียงตรวจสภาพและสิ่งแวดล้อมทั่วไป เท่านั้น ยังไม่ได้ตรวจศพโดยตรง

ประมาณ ค.ศ. 1250 ได้มีการพิมพ์ตำราการชันสูตรพลิกศพเล่มแรกในประเทศจีน ชื่อ Hsi Yuan Lu (Camps FE, 1968) โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการตรวจศพ วิธีสังเกตลักษณะบาดแผลที่เกิดจากของมีคมและไม่มีคม คำแนะนำว่าวิธีพิจารณาว่าศพที่พบในน้ำตายจากการจมน้ำหรือถูกฆ่าก่อนแล้วจึงนำศพมาทิ้งน้ำ ศพที่ถูกเผาไหม้ตายจากการถูกเผาหรือถูกเผาหลังตาย

นิติเวชในทวีปยุโรปได้มีการออกประมวลกฎหมายเกี่ยวกับงานด้านนิติพยาธิวิทยาที่เรียกว่า Bamberg Code ในปี ค.ศ. 1507 และในปี 1530 จักรพรรดิ Charles ที่ 5 ได้ออกกฎหมาย The Constitution Criminalis Carolina ซึ่งเนื้อหาในกฎหมายทั้งสองฉบับนี้ ได้เน้นความสำคัญทางด้านนิติพยาธิวิทยาในการหาข้อพิสูจน์ของการตายว่าเป็นการฆ่าทารกกหรือการทำให้แก่ การฆาตกรรมหรือการวางยาพิษ แม้กฎหมายไม่ได้ระบุว่าต้องมีการผ่าศพแต่ก็ต้องมีการตรวจบาดแผลดูความลึกและในช่วงเวลานี้ Andreas Vesalius ได้เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกายวิภาคของมนุษย์เป็นครั้งแรก

ในช่วงครึ่งหลังศตวรรษที่ 16 Ambrose pare ได้ผ่าศพทางนิติเวช (Medicolegal Autopsy) อย่างเป็นทางการ โดยได้แสดงให้เห็นลักษณะของปอดของเด็กที่ขาดอากาศหายใจจากการถูกอุดจมูกและร่องรอยจากการล้วงละเมิดทางเพศ

ต้นศตวรรษที่ 17 Fidelis และ Zacchia ชาวอิตาลี ได้บันทึกการผ่าศพเพื่อพิสูจน์เกี่ยวกับบาดแผล ได้บรรยายความแตกต่างของศพที่จมน้ำจากการถูกฆาตกรรมและจากอุบัติเหตุ บรรยายบาดแผลจากการถูกยิงและถูกแทง ลักษณะเฉพาะของการตายตามธรรมชาติอย่างกะทันหัน การตายจากการขาดอากาศ การตายของทารกว่าขณะคลอดยังมีชีวิตอยู่หรือไม่

Michaelis และ Bohn ได้บรรยายเผยแพร่ความรู้ทางนิติพยาธิวิทยาเป็นครั้งแรก ที่มหาวิทยาลัย Leipzig โดยบรรยายเกี่ยวกับ Violent Death ซึ่งมีผลให้วงการตำรวจและวงการยุติธรรมในยุโรปเกิดความตื่นตัว และได้เริ่มขอความร่วมมือจากแพทย์ในการพิสูจน์เกี่ยวกับคดี

มาตรการ และมีการพัฒนาในการตั้งสถาบันนิติเวชศาสตร์ขึ้นหลายแห่ง และผู้เชี่ยวชาญทางด้านนิติเวชขึ้นในเวลาต่อมา

การเรียนการสอนวิชานิติเวชศาสตร์ในปัจจุบัน

นิติเวชเป็นวิชาบังคับ หลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต การฝึกอบรมแพทย์เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขานิติเวชศาสตร์ของแพทยสภา (จบ พ.บ.ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมอย่างน้อย 3 ปี) นอกจากนี้ยังเป็นวิชาเลือกในคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นต้น

ขอบเขตและเนื้อหาวิชานิติเวชศาสตร์

ขอบเขตและเนื้อหาวิชานิติเวชศาสตร์ได้ถูกจำแนกเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาและการให้บริการได้ ดังนี้

นิติพยาธิวิทยา (Forensic Pathology) เป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งเกิดจากสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ผิดปกติ การชันสูตรพลิกศพตามกฎหมายและการให้ความเห็นเกี่ยวกับเหตุและพฤติการณ์ที่ตาย เป็นต้น

ระบบการชันสูตรพลิกศพ แบ่งเป็น 3 ระบบ ใหญ่ ๆ คือ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์; 2524, ทศนะ สุวรรณจุฑะ, 2536; อรรถพล แซ่มสุวรรณวงศ์, 2544)

- **ระบบ Coroner** โดย coroner มีฐานะเป็นผู้พิพากษา ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากพระมหากษัตริย์ เป็นผู้ทำการไต่สวน การตายโดยผิดธรรมชาติ และทำคำสั่งสรุปเหตุการณ์ตาย coroner อาจเป็นแพทย์หรือนักกฎหมายที่มีประสบการณ์เป็นระบบที่ใช้ในประเทศอังกฤษ

- **ระบบแพทย์สอบสวน (Medical Examiner System)** ใช้แพทย์ทำหน้าที่สอบสวนการตายโดยผิดธรรมชาติ มีอำนาจสืบสวน สอบสวน หาเหตุ และพฤติการณ์ที่ตาย รวมทั้งการผ่าศพและการตรวจค้นทางวิทยาศาสตร์ต่าง ๆ ประเทศที่ใช้ระบบนี้ เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก

- **ระบบตำรวจ (Police System)** เป็นระบบที่พนักงานสอบสวน หรือตำรวจ เป็นผู้รับผิดชอบในการชันสูตรพลิกศพ ในกรณีที่ตายโดยผิดธรรมชาติ ระบบนี้มีใช้ในประเทศสหภาพโซเวียต กลุ่มสแกนดิเนเวีย ญี่ปุ่น อินเดีย มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์และประเทศไทย

นิติเวชคลินิก (Clinical Forensic Medicine or Forensic Clinic) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจและให้ความเห็นผู้ป่วยที่มีคดีความการชันสูตรบาดแผล การชันสูตร ผู้ป่วยในคดีความผิดทางเพศ และการตรวจชันสูตรที่ได้รับบาดเจ็บจากการกระทำที่อาจฟ้องร้องได้ตามกฎหมาย (ทั้งทางอาญาและทางแพ่ง) เช่น กฎหมายเกี่ยวกับ พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสพภัยจากรถ การประกันชีวิต การเรียกร้องทางละเมิด

นิติจิตเวช (Forensic Psychiatry) เป็นการศึกษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญาและคดีแพ่งและการตรวจการให้ความเห็นเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตเวชต่อกระบวนการยุติธรรม

นิติพิษวิทยา (Forensic Toxicology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับฤทธิ์ผลของสารพิษ การรักษาและการแก้พิษ การเก็บตัวอย่างและการตรวจหาสารพิษทั้งในบุคคลที่มีชีวิตและศพ เช่น การตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ขับขี่รถยนต์ (ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 50 มิลลิกรัมขึ้นไป ถ้าขับรถยนต์จะมีความผิดตามกฎหมาย) ตรวจปัสสาวะหายาบ้า ตรวจหาสารพิษ สารเสพติด ระดับยาต่างๆ จากศพเพื่อหาสาเหตุการตาย

นิติซีโรโลยี (Forensic Serology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับเลือดและน้ำเหลือง การประยุกต์ใช้หลักวิชาทาง ซีโรโลยี ตลอดจน DNA ในการคลี่คลายปัญหาทางกฎหมาย เช่น การพิสูจน์ความสัมพันธ์ พ่อ แม่ ลูก การพิสูจน์เชื้อชาติ การตรวจคราบเลือด คราบอสุจิ ว่าเป็นของใคร การพิสูจน์บุคคลในการชันสูตรพลิกศพ

การพิสูจน์หลักฐาน (Biological Evidence or Trace Evidence Examination) เป็นการหาคราบเลือด คราบอสุจิ คราบน้ำลาย เส้นผม ฯลฯ เพื่อค้นหาความจริงในคดีนั้นๆ ทั้งจากผู้ป่วย ศพ สถานที่เกิดเหตุ และวัตถุพยาน โดยนำตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น นิติซีโรโลยี DNA นิติพิษวิทยา

- หลัก Locard's exchange Principle กล่าวคือเมื่อวัตถุสองอันกระทบกันจะแลกเปลี่ยนเนื้อวัตถุซึ่งกันและกันเช่น สिरดคันหนึ่งไปติดอีกคันหนึ่งแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน

- หลักการตรวจ ตรวจว่าชีววัตถุนั้นเป็นชีววัตถุที่สงสัยหรือไม่ (เช่นเลือดหรือไม่) ถ้าใช่เป็นของมนุษย์หรือไม่ ถ้าเป็นของมนุษย์เป็นของมนุษย์คนใด

- การเก็บตัวอย่าง การรับ - ส่งตัวอย่างไปตรวจ และการรับ - ส่งผลการตรวจ ต้องมีระบบการควบคุมอย่างรัดกุมทุกขั้นตอน (chain of custody)

- การตรวจ Trace evidence ที่ตรวจกันมากในทางนิติเวช คือ การตรวจหาตัวอสุจิและน้ำอสุจิ เพื่อเป็นพยานหลักฐานในความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา (rape) ซึ่งปัจจุบันได้เริ่มมีการตรวจหาน้ำอสุจิ (Semen) ด้วยวิธี Prostate specific Antigen (PSA) (Peonim et al., 2007, Talthip et al, 2007) มากขึ้น เนื่องจากวิธีนี้มีความจำเพาะและความไวในการตรวจสูงกว่าวิธีตรวจหาหรือวิธี Acid Phosphatase test ซึ่งใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายในปัจจุบันนี้

กฎหมายการแพทย์ (Medical Law) เป็นการศึกษาวิชากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ตลอดจนความรับผิดชอบตามกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ประกอบด้วย ความรับผิดชอบทางอาญา ความรับผิดชอบทางแพ่ง และความรับผิดชอบทางวิชาชีพ (รวมทั้งจริยธรรม)

สาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น

นิติวิทยาศาสตร์ (Forensic Science) เป็นวิชาที่ว่าด้วยการตรวจพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับวัตถุต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคดีความ เช่น การตรวจทางฟิสิกส์ การตรวจทางเคมี การตรวจทางชีวเคมีหรือชีววิทยา

นิติทันตวิทยา (Forensic Dentistry or Forensic odontology) เป็นการตรวจพิสูจน์รอยฟันที่เกี่ยวข้องกับคดี เช่น พิสูจน์รอยกัดที่ร่างกายผู้เสียหาย เป็นรอยกัดของมนุษย์หรือไม่ ถ้าใช่เป็นของมนุษย์ผู้ใด การพิสูจน์บุคคลจาก dental status

นิติกีฏวิทยา (Forensic Entomology) เป็นการศึกษาถึงหนอนและแมลงที่เกี่ยวข้องกับคดี เช่น พิสูจน์ชนิดของแมลงในศพ เพื่อจะได้ทราบวงจรชีวิตนำมาประมาณเวลาตายของศพได้

มานุษยวิทยา-นิติเวช (Forensic anthropology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับโครงกระดูกที่เหลืออยู่ของศพทั้งหมดหรือบางส่วน ในทางนิติเวช เช่น การพิสูจน์ตัวบุคคล การหาสาเหตุการตายจากสภาพของกระดูกที่พบ การประมาณระยะเวลาตาย จากการผุกร่อน การกลายเป็นหินหรือมีรากไม้ไขเข้าในกระดูก เป็นต้น

การให้บริการงานด้านนิติเวช

ในที่นี้ ผู้เขียนขอเสนองานด้านนิติพยาธิวิทยา (Forensic Pathology) ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติงานในการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ และการผ่าศพชันสูตร (autopsy) เพื่อให้การดำเนินงานในด้านนิติเวชศาสตร์ในสถานพยาบาลหรือสถาบันต่างๆ ดำเนินงานไปอย่างถูกต้องเหมาะสม จึงขอเสนอรายละเอียดในขอบเขตและเนื้อหาบางด้าน เพื่อผู้บริหารสถานพยาบาลได้พิจารณานำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ตามมาตรฐานทางวิชาการต่อไป ดังนี้

1. การปฏิบัติงานในการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ

การชันสูตรพลิกศพนั้น ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาบัญญัติไว้ว่า ให้ทำการชันสูตรศพในที่พบศพ ในกรณีที่มีการตาย จากเหตุตายผิดธรรมชาติ คือ ฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย ตายจากอุบัติเหตุ ถูกสัตว์ทำร้ายตายหรือตายยังไม่ทราบเหตุ และตายขณะที่อยู่ระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงาน

การชันสูตรพลิกศพ ณ ที่พบศพ เป็นการตรวจดูศพแต่เพียงภายนอก ซึ่งกฎหมายมีเจตนารมณ์ให้ดำเนินการในสถานที่พบศพ โดยห้ามเคลื่อนย้ายศพ ยกเว้นแต่เพื่อป้องกันอันตรายแก่อนามัยของประชาชน หรือเพื่อประโยชน์สาธารณะอื่นๆ เช่น ทำให้การจราจรติดขัดมาก หรืออาจจะเกิดการแพร่กระจายของโรคติดต่อ หรือมีการเน่าเหม็น ซึ่งเป็นอันตรายต่อประชาชนทั่วไปก็สามารถเคลื่อนย้ายไปทำยังสถานที่อื่นที่เหมาะสมได้

พนักงานผู้ชันสูตรพลิกศพ ในส่วนของแพทย์นั้น ต้องเป็นแพทย์เรียงลำดับกันไปตามกฎหมายบัญญัติ ดังนี้ (วิชาญ เปี้ยวนิม, 2544 และ 2549)

อันดับ 1 แพทย์นิติเวช คือ แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิปดหรือหนังสืออนมตีสานานิตเวชศาสตรจากแพทยสภา

อันดับ 2 ถ้าแพทยทางนิตเวชดงกลาวไมม่หรือมีแต่ไมม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้แพทยประจำโรงพยาบาลรัฐปฏิบัติหน้าที่

อันดับ 3 ถ้าแพทยประจำโรงพยาบาลของรัฐไมม่หรือมีแต่ไมม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้แพทยประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปฏิบัติหน้าที่

อันดับ 4 ถ้าแพทยประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไมม่หรือมีแต่ไมม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้แพทยประจำโรงพยาบาลเอกชนหรือแพทยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ขึ้นทะเบียนเป็นแพทยอาสาสมัครตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่

พื้นที่การชันสูตรของแพทยไมม่มีการแบ่งพื้นที่การชันสูตรเหมือนอย่างตำรวจ ซึ่งมีการแบ่งพื้นที่กันอย่างชัดเจน มีเขตสถานตำรวจกำหนดไว้ในแผนที่ทุกแห่ง แต่แพทยมีการแบ่งเขตปกครองตามเขตปกครองของสาธารณสุข ซึ่งแบ่งแยกออกเป็นจังหวัดที่ดำเนินการอยู่ในขณะนี้ คือ มีการกำหนดให้แพทยในจังหวัดนั้นสามารถดำเนินการได้ในเขตจังหวัดของตนเอง แต่ในขณะเดียวกัน หากแพทยจะไปชันสูตรพลิกศพในเขตจังหวัดอื่นก็กระทำได้ โดยไมม่กฎหมายห้ามไว้แต่อย่างใด

ฉะนั้น เมื่อถึงเวลาที่แพทยนั้นๆ ต้องรับผิดชอบในการชันสูตร การปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการไปชันสูตรอย่างไมม่เหตุผลอาจมีความผิดฐานเป็นเจ้าพนักงานไมม่ปฏิบัติตามหน้าที่ ซึ่งมีโทษจำคุก ดังนั้น แพทยจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการที่จะไปร่วมชันสูตรพลิกศพตลอดเวลา

ในการชันสูตรพลิกศพคดีโดยปกติจะมีพนักงานสอบสวนกับแพทยเป็นเจ้าพนักงานชันสูตรพลิกศพตามกฎหมาย แต่หากว่าการตายที่ผู้ตายอยู่ระหว่างการควบคุมของเจ้าพนักงาน เช่น เป็นนักโทษในเรือนจำ หรือผู้ต้องหาที่ถูกควบคุมในสถานตำรวจ ฯลฯ หรือการตายที่เกิดจากเจ้าพนักงาน ที่อ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่เจ้าพนักงานผู้ชันสูตรพลิกศพ จะมีพนักงานฝ่ายอัยการและพนักงานฝ่ายปกครองระดับปลัดอำเภอหรือเทียบเท่าขึ้นไปเข้าชันสูตรด้วย รวมเป็น 4 ฝ่าย คือ ตำรวจ แพทย อัยการและฝ่ายปกครองโดยพนักงานอัยการจะเป็นหัวหน้าคณะพนักงานชันสูตรพลิกศพ อย่างไรก็ตาม กฎหมายได้ให้อำนาจแพทยสามารถมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ไปร่วมชันสูตรศพในที่เกิดเหตุแทนได้ ซึ่งมีเงื่อนไข ดังนี้

- ต้องเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลของรัฐหรือสังกัดสาธารณสุขจังหวัด
- ต้องผ่านการอบรมทางนิติเวชศาสตร์
- ออกไปชันสูตรฯ แทนแพทยได้เฉพาะการตายผิดธรรมชาติจากถูกสัตว์ทำร้ายตายตายโดยอุบัติเหตุ ตายโดยมิปรากฏเหตุ
- แพทยที่มอบหมายมีเหตุจำเป็นไม่สามารถออกไปชันสูตรฯ ได้
- ต้องไมม่ใช่แพทยเอกชนที่อาสา

- ผู้ออกไปชันสูตรฯ ต้องรับรายงานผลให้แพทย์ทราบโดยเร็ว แต่การเขียนรายงานต่างๆ และการเป็นพยานศาลยังเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่มอบหมาย

2. แนวการปฏิบัติในการดำเนินการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ

1) การเตรียมความพร้อม

แพทย์นิติเวช แพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐหรือแพทย์อื่นๆ ที่ต้องทำหน้าที่ชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุต้องปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวตามที่กฎหมายกำหนดไว้และการดเว้นการปฏิบัติ อาจเป็นการผิดกฎหมาย แพทย์จึงควรเตรียมความพร้อมไว้เสมอ เมื่อปฏิบัติหน้าที่จะได้ทำได้ อย่างถูกต้อง สะดวก คล่องตัวและปลอดภัย ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้: -

1.1 จัดทำตารางปฏิบัติการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี คือ

- เป็นการเตือนแพทย์ให้เตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- ผู้บังคับบัญชาทราบว่าได้เตรียมการปฏิบัติไว้แล้วและตรวจสอบได้
- สามารถทำรายงานการเบิกค่าชันสูตรได้อย่างถูกต้อง
- สามารถขอการสนับสนุนในด้านอุปกรณ์ บุคลากรและยานพาหนะได้อย่างคล่องตัว

1.2 เตรียมการด้านยานพาหนะและอุปกรณ์

ก. ยานพาหนะ หน่วยงานที่ได้จัดทำเวรชันสูตรศพ ณ ที่เกิดเหตุ ต้องบริหารการเตรียมยานพาหนะ เพื่อการชันสูตร เช่น ใช้รถพยาบาล รถรกรพร้อมพนักงานขับรถและค่าตอบแทน เพื่อให้การทำงานได้อย่างคล่องตัว

ข. อุปกรณ์การชันสูตรที่เกิดเหตุ ควรมีเครื่องมือและอุปกรณ์อย่างน้อย ดังนี้

- กล้องถ่ายรูป ที่สามารถถ่ายรูปในที่แคบและควรมีระบบหาระยะชัดอัตโนมัติเพื่อการถ่ายรูปในที่มืด
- เครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือ , วิทยุสื่อสาร
- ถุงมือยาง 1 กล่อง ไฟฉาย
- ไม้บรรทัด สายวัดความยาว วัดได้อย่างน้อย 5 เมตร วัดได้ละเอียดเป็นเซนติเมตร
- แบบรายงานการชันสูตร กระดาษเปล่า เครื่องเขียนหรืออุปกรณ์การบันทึกเอกสารอื่นๆ
- ถุงพลาสติกหรือซองกระดาษ 2 ขนาด ขนาดเล็กสำหรับใส่วัตถุพยานเล็กๆ และขนาดใหญ่สำหรับใส่วัตถุพยานใหญ่ๆ และสำหรับใส่ชีววัตถุพยานทั้งหมดที่รวบรวมได้ด้วย
- Swab สำหรับเช็ดคราบต่างๆ ควรเอาไปให้มากพอ
- ขวดใส่ NSS หรือน้ำกลั่น สำหรับชุบ swab Forceps
- กระดาษเปล่าสะอาด สำหรับห่อคราบเลือดที่ขูดออกมา

- เทปเหนียวที่สามารถเขียนได้ สำหรับติดและเขียนรายละเอียดของชีววัตถุ พยานแต่ละชิ้น
- Syringe ขนาด 5 มล. พร้อมเข็มเบอร์ 20 สำหรับเจาะเลือดจาก femoral vessels และ vitreous humor และ syringe ขนาด 20 หรือ 50 มล. พร้อมเข็มเบอร์ 12 หรือ 14 ยาว 5 หรือ 6 นิ้ว สำหรับเจาะช่องอกและช่องท้องเพื่อตรวจดูเลือดออก และสำหรับเจาะเลือด ปัสสาวะ และกระเพาะอาหารเพื่อนำมาตรวจวิเคราะห์หาสารต่างๆ
- หลอดแก้ว สำหรับใส่เลือดตรวจสารระเหย พร้อมแผ่นพาราฟินสำหรับพันที่รอยต่อระหว่างฝาจุกและขวดเพื่อป้องกันการระเหย
- ขวดแก้วสะอาดขนาดจุได้ 200 มล. หลายๆ ใบ สำหรับใส่เลือด ปัสสาวะ และสิ่งที่เจาะได้จากกระเพาะอาหาร
- ถุงกระดาษสำหรับห่อมือศพ หากต้องนำศพกลับไปตรวจต่อที่โรงพยาบาล หรือส่งศพไปตรวจต่อที่อื่น (อาจใช้ซองกระดาษสำหรับใส่เอกสารแทนได้)

1.3 บุคลากร นอกจากแพทย์ผู้ชันสูตรแล้วควรเตรียมบุคลากรอื่น ดังนี้

- พนักงานขับรถ
- ผู้ช่วยแพทย์ตรวจศพ ทำหน้าที่ถ่ายรูปด้วย ไม่มีกฎหมายห้ามมิให้นำผู้ช่วยไปด้วย และไม่ได้จำกัดจำนวนแต่ต้องระวังเรื่องการทำลายสถานที่เกิดเหตุ จึงต้องชี้แจงบุคลากรเหล่านี้ให้เข้าใจในเรื่องนี้

2) การพิสูจน์เกี่ยวกับบุคคล

เมื่อได้รับแจ้งจากพนักงานสอบสวน ว่ามีศพที่ต้องทำการชันสูตรให้เดินทางไปยังสถานที่ที่พบศพ โดยไม่ชักช้า การดำเนินการชันสูตร ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ตามที่กฎหมายกำหนดคือ ผู้ตายเป็นใคร ตายที่ไหน ตายนานเท่าใด เหตุตายคืออะไร พฤติการณ์ที่ตายเป็นอะไร และถ้าบอกว่าใครทำได้ให้ระบุลงไปด้วยเท่าที่ทำได้

การตรวจว่าผู้ตายเป็นใคร คือ การตรวจเพื่อพิสูจน์บุคคล กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำให้แพทย์ผู้ทำการชันสูตรพลิกศพกระทำโดยเฉพาะในกรณีที่ศพที่พบเป็นศพที่ยังไม่ทราบชื่อคือ ยังไม่มีใครแจ้งว่าเป็นผู้ใดหรือไม่มีใครรู้จักหรือชิ้นส่วนของศพที่ยังไม่ทราบว่าเป็นผู้ใด ซึ่งจะต้องกระทำ ดังต่อไปนี้

2.1 ถ่ายรูปศพเต็มตัวในสภาพที่พบ ทั้งเสื้อผ้าที่สวมใส่ ก่อนการพลิกศพ

2.2 เมื่อพลิกศพแล้วให้ถ่ายรูปเต็มตัวอีกครั้งหนึ่งของศพ

2.3 บันทึกรายละเอียดรูปพรรณ เสื้อผ้า (ถ้ามี) พอสังเขป เช่น เสื้อเชิ้ต เสื้อยืด คอปก คอกลม แขนสั้น แขนยาว สี ลวดลาย กางเกงยีนส์ขาสาย สีเข็ม สีอ่อน เข็มขัด รองเท้า ถุงเท้า พร้อมถ่ายรูปประกอบ

2.4 บันทึกการประมาณอายุ เช่น วัยทารกแรกคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยฉกรรจ์ วัยกลางคน วัยชรา ฯลฯ หรือไม่สามารถประมาณอายุได้ ถ่ายรูปใบหน้าด้านตรง 1 ภาพ เป็นอย่างน้อย

2.5 ถ้ามีเครื่องประดับที่เห็นชัด เช่น นาฬิกา สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ตุ้มหู ให้บันทึกไว้และถ่ายรูปประกอบ ซึ่งพนักงานสอบสวนจะเป็นผู้เก็บรักษาของเหล่านี้

2.6 การเก็บวัตถุพยานประกอบการพิสูจน์หลักฐานบุคคล ในกรณีที่เป็นวัตถุ เช่น เครื่องประดับ เอกสาร บัตรประชาชน บัตรอื่นๆ เป็นหน้าที่ของพนักงานสอบสวน ส่วนการเก็บชีววัตถุอื่นๆ ที่ศพหรือรอบๆ ศพ เช่น คราบเลือด วัสดุอื่นๆ ที่เกิดเหตุให้เป็นหน้าที่ของแพทย์เก็บเพื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3) การตรวจสภาพศพภายนอก ณ ที่เกิดเหตุ เพื่อหาเวลาตาย

การตรวจหาเวลาตายเป็นสิ่งที่แพทย์ผู้ชันสูตรพลิกศพต้องให้ความสำคัญในการตรวจเป็นอย่างมาก โดยต้องตรวจให้ครบก่อนจะมีการเคลื่อนย้ายศพ โดยทำการตรวจดังนี้ (เลียง หุย ประเสริฐ, 2550) ตรวจศพว่า เริ่มเขียวคล้ำหรือขึ้นอืด หรือเน่าแล้วหรือไม่

- ถ้าศพยังไม่เน่า ให้ตรวจอุณหภูมิของศพเบื้องต้น โดยใช้หลังมือสัมผัสผิวของศพ ว่ารู้สึกอุ่นหรือไม่ ถ้ารู้สึกอุ่นแสดงว่าตายใหม่ๆ
- ถ้าคิดว่าตายใหม่ๆ ควรตรวจปฏิกิริยาเหนือชีวิตด้วย
- ตรวจความแข็งตัวของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ โดยยกท้ายทอยถ้าพบว่าศพแข็งที่ข้อขึ้นมา ทั้งตัว โดยคอไม่แข็งแสดงว่าแข็งตัวเต็มที่ เวลาตายประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง
- ถ้าศีรษะงอเข้าหาลำตัวแสดงว่า แข็งตัวยังไม่เต็มที่ เวลาตายยังไม่ถึง 6 ชั่วโมง
- ตรวจการอยู่ตัวของเลือดที่ตกสู่เบื้องล่างว่าอยู่ตัวหรือไม่ โดยการกดด้วยฝ่ามือ ถ้าสีซีด แปลว่ายังไม่อยู่ตัว เวลาตายประมาณ 4 – 6 ชั่วโมง แต่ถ้าไม่ซีดหรือซีดเฉพาะขอบแต่ศูนย์กลางไม่ซีดถือว่าอยู่ตัว เวลาตายประมาณเกิน 8 – 12 ชั่วโมง
- ดูที่ท้องน้อย ถ้ามีสีเขียวปรากฏที่ท้องน้อยชัดเจน เวลาตายประมาณ 24 ชั่วโมง
- ถ้าขึ้นอืดชัดเจนลิ้นจุกปาก ตาถลน เวลาตายประมาณ 3 – 4 วัน
- ถ้าเน่าเนื้อเยื่อสลายตัว จนเห็นกระดูกใบหน้า ตายมาประมาณ 1 สัปดาห์
- ถ้าเน่าเนื้อเยื่อสลายตัว จนเห็นกระดูกซี่โครง ตายมาประมาณ 2 สัปดาห์
- ถ้าเน่าเนื้อเยื่อสลายตัว จนเห็นช่องท้อง ลำไส้ ตายมาประมาณ 3 สัปดาห์
- ถ้าเน่าเนื้อเยื่อสลายตัวหมด อาจมีเศษเหลือบางส่วน ตายมาประมาณ 1 เดือน
- ถ้าไม่มีเนื้อเยื่อเหลือเลย แต่กระดูกบางส่วนยังยึดติดกัน ตายมาประมาณ 3 เดือน
- ถ้ากระดูกหลุดจากกันเป็นชิ้นๆ มีกลิ่นเหม็นอยู่บ้าง ตายมาประมาณ 6 เดือน

- ถ้ากระดูกหลุดเป็นชิ้นๆ ไม่มีกลิ่นเหม็นเน่าเลย ตายมาประมาณ 1 ปี

4) การตรวจบาดแผล

4.1 เมื่อการตรวจเป็นไปเพื่อการพิสูจน์บุคคลและตรวจหาเวลาตายเสร็จเรียบร้อยแล้ว ให้ตรวจบาดแผลเพื่อหาสาเหตุตาย โดยการตรวจดูบาดแผลว่ามีหรือไม่ อยู่ในส่วนใด เป็นบาดแผลชนิดไหน เช่น บาดแผลถูกกระสุนปืนขนาดเท่าใด ถ้าไม่แน่ใจว่าเกิดจากอะไร ควรแนะนำพนักงานสอบสวน ให้ส่งศพเพื่อผ่าพิสูจน์ต่อไป

ในกรณีที่เชื่อว่าเป็นบาดแผลกระสุนปืน ยังไม่ต้องระบุวิถีกระสุนหรือจำนวนนัดที่ยิงก็ได้ การพบบาดแผล ถ้าสามารถบอกเหตุตายได้ โดยสันนิษฐานว่าบาดแผลนั้นทำให้บาดเจ็บต่ออวัยวะภายในส่วนใด เช่น สมอง หัวใจ ปอด เส้นเลือดแดงใหญ่ ก็อาจไม่ต้องส่งศพผ่าพิสูจน์ก็ได้

4.2 หากไม่พบบาดแผลภายนอก ให้สังเกตบาดแผลบริเวณฝ่ามือหลังมือและเปิดหนังตา เพื่อดูว่ามีเลือดออกที่ตาขาวหรือไม่ ถ้าไม่พบบาดแผลใดและไม่มีเลือดออกที่ตาขาว อาจจะสันนิษฐานสาเหตุตายเกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วยก็ได้ หากมีญาติผู้ตายอยู่ด้วยควรถามประวัติการเจ็บป่วย หรือการรักษาพยาบาลประกอบ แต่ถ้าไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ควรแนะนำให้พนักงานสอบสวนส่งศพเพื่อผ่าชันสูตรต่อไป

5) การดำเนินการหลังการชันสูตร ณ ที่เกิดเหตุ

5.1 หลังการชันสูตรพลิกศพ อาจจะมอบศพให้ญาติรับไปตั้งแต่ชันสูตรเสร็จ ณ ที่เกิดเหตุ เพื่อให้ญาตินำไปประกอบพิธีทางศาสนาได้ หากไม่มีข้อสงสัยการตาย เช่น เป็นการตายจากโรคหรือป่วยตาย ในกรณีมีประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรังมานาน มีการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับไม่พบบาดแผลภายนอกและญาติและพนักงานสอบสวนไม่ติดใจสงสัย ไม่มีประกันชีวิต เป็นต้น

ทั้งนี้แพทย์ต้องพิจารณาให้รอบคอบ เนื่องจากแพทย์ผู้ชันสูตรต้องลงลายมือเกี่ยวกับสาเหตุการตายแต่ผู้เดียว แพทย์จึงต้องรับผิดชอบหากมีความผิดพลาด

5.2 กรณีที่การตาย สงสัยว่าเกิดหรือเกิดจากการฆาตกรรมหรือผู้อื่นทำให้ตายให้แจ้งให้พนักงานสอบสวนส่งศพไปผ่าศพตรวจต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐที่สามารถผ่าศพได้ เช่น ภาควิชานิติเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ต่างๆ สถาบันนิติเวชวิทยา เป็นต้น

5.3 บันทึกรายละเอียดการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ เพื่อส่งให้พนักงานสอบสวน ซึ่งต้องกระทำทันทีควรมีข้อความอย่างน้อย ดังนี้

- เลขที่รายงานการชันสูตรพลิกศพ ณ ที่เกิดเหตุ ของหน่วยงานสามารถใช้เป็นเลขที่ศพ ในกรณีเป็นศพที่ไม่ทราบชื่อ เพื่อให้ใช้อ้างอิงถึงศพรายนี้ตลอดไปจนกว่าจะสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ตายเป็นใคร
- ชื่อ อายุ เพศ ถ้าไม่ทราบให้ลงว่าไม่ทราบ หากเป็นการสันนิษฐานให้ลงว่า “สันนิษฐานว่า.....”
- ตำบล ของสถานที่พบศพ บ้านเลขที่ ฯลฯ
- จุดที่พบ เช่น บนถนนหน้าบ้าน ในสวน ในท้องร่อง ในแม่น้ำ ฯลฯ

- วัน เวลา ที่ทำการชันสูตร
- ลักษณะ ท่าทางของศพ พอสังเขป
- ลักษณะ ตำแหน่งของ **คราบเลือด** หรือคราบเลือดอื่นๆ ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้อง
- **การเปลี่ยนแปลงหลังตาย** เช่น อัตราการแข็งตัวของกล้ามเนื้อ (ยังไม่แข็งตัว แข็งตัวบางส่วน แข็งตัวเต็มที่) ท้องน้อยเขียว เริ่มอืดเส้นเลือดเริ่มขึ้นเขียว ฯลฯ การเกิดการตกลงส่วนล่างของเลือด (เริ่มพบ มากไม่อยู่ตัว อยู่ตัว ฯลฯ) อัตราการเน่า **สรุปประมาณเวลาตาย** ในขณะเวลาที่ชันสูตร
- **บาดแผลที่พบ** เช่น บาดแผลกระสุนปืนที่ศีรษะหลายนัด (ยังไม่ต้องระบุจำนวน ยังไม่ต้องบอกทิศทางหรือวิถีกระสุนให้แน่นอน) บาดแผลถูกแทงที่อก สันนิษฐานว่าทะลุเข้าหัวใจ เป็นต้น
- หากไม่พบบาดแผลภายนอกใดๆ ให้ระบุไว้ และให้ตรวจสภาพ **เลือดออกในตาขาวพบหรือไม่** (sub-conjunctival hemorrhage)
- **สันนิษฐานเหตุตาย** เช่น ถูกกระสุนปืนเข้าสมอง ถูกแทงทะลุหัวใจ เป็นต้น หรือยังไม่ทราบเหตุ หรือยังไม่สามารถระบุเหตุตายได้
- **ได้ดำเนินการกับศพอย่างไร** เช่น ส่งมอบศพให้ญาติหรือให้ส่งศพไปผ่าตรวจต่อที่ใด
- **ลงชื่อคุณวุฒิผู้ชันสูตร** และชื่อตำแหน่งผู้ร่วมชันสูตร ซึ่งอาจจะมีย่านงานสอบสวนหรือพนักงานอัยการและพนักงานฝ่ายปกครองด้วย แล้วแต่กรณี

2. การผ่าศพชันสูตรทางนิติเวช

การผ่าศพชันสูตร หรือการผ่าชันสูตรศพ หมายถึง การตรวจศพทั้งภายนอกและการผ่าศพเพื่อตรวจอวัยวะภายใน ตลอดจนการเก็บตัวอย่างเลือดหรือสารคัดหลั่ง ขึ้นเนื้อหรือส่วนของอวัยวะ เพื่อการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

การผ่าศพคดี ผู้ผ่าศพควรเป็นนิติเวชแพทย์ หรือพยาธิแพทย์ และต้องทำการผ่าศพในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้เพื่อการผ่าศพ ซึ่งการผ่าศพชันสูตรควรมีการจัดการบริหารในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1. สถานที่ที่ผ่าศพ

1.1 สถานที่รับศพ บริเวณให้บริการ

- ส่วนที่รับศพต้องอยู่พ้นจากสายตาบุคคลทั่วไป
- ต้องมีบริเวณให้ญาติ หรือผู้มารับศพ อยู่ต่างหากจากบริเวณรับ – ส่งศพ และบริเวณผ่าศพ
- ต้องจัดให้มีที่สำหรับญาติ ดูศพ เพื่อการพิสูจน์บุคคล หรือเพื่อการอื่นๆ นอกห้องผ่าศพ

- ต้องมีตุ้ยึนเก็บศพให้พอเพียงกับศพที่จะจัดเก็บได้อย่างสะดวกและเป็นระเบียบ โดยเฉพาะต้องระวังเรื่องสลับศพ

1.2 ห้องผ่าศพ เครื่องมือและอุปกรณ์ ประกอบด้วย

- ห้องผ่าศพต้องมี ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าและห้องอาบน้ำ สำหรับแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยผ่าศพ
- เติงผ่าศพ ต้องมีระบบน้ำและไฟที่ให้ความสว่างได้อย่างพอเพียง
- มีอุปกรณ์การผ่าศพให้เพียงพอ

1.3 บุคลากร

- มีพนักงานช่วยผ่าศพ เย็บศพอย่างเพียงพอ
- มีพนักงานในการเก็บส่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และมีโต๊ะสำหรับเขียนเอกสารใบส่งตรวจและฉลากติดภาชนะบรรจุส่งตรวจที่สะดวก

2. การดำเนินการเกี่ยวกับการพิสูจน์บุคคลภายในห้องผ่าศพ

- มีการถ่ายรูปศพ ทั้งตัว ด้านหน้า และด้านข้าง ก่อนการถอดเสื้อผ้า รองเท้า ถุงเท้า ฯลฯ
- มีการถ่ายรูปศพ ทั้งตัว ด้านหน้า และด้านข้าง หลังการถอดเสื้อผ้าแล้ว
- มีการถ่ายรูปตำหนิบนร่างกาย เช่น แผลเป็น รอยสัก ฝไ ปาน เป็นต้น
- บันทึกการตรวจ สภาพฟัน เบื้องต้นไว้พอสังเขป
- อำนวยความสะดวกในการพิมพ์ลายนิ้วมือของพนักงานสอบสวน

3. การเก็บวัตถุพยานเกี่ยวกับการพิสูจน์บุคคล

- มีการเก็บเสื้อผ้า เครื่องแต่งกาย เอกสาร เครื่องประดับที่ติดอยู่กับศพและถ่ายรูปไว้ และทำบัญชีก่อนส่งให้พนักงานสอบสวน
- การส่งมอบวัตถุพยานให้พนักงานสอบสวนหรือผู้เกี่ยวข้องต้องกระทำเป็นลายลักษณ์อักษร และลงลายมือชื่อผู้รับ - ส่ง
- มีบันทึก บรรยายสภาพรูปพรรณ ใบหน้า รูปร่าง สีผิว สีตา ฯลฯ โดยละเอียด เสื้อผ้า เครื่องประดับ เอกสารที่พบ ตำหนิ แผลเป็น รอยสัก ฝไ ปาน ฯลฯ
- มีบันทึกการเก็บชีววัตถุ เพื่อการตรวจพิสูจน์บุคคล เช่น เลือด เส้นผม ขน หัวเหหน้า กระดูก เป็นต้น
- เก็บศพ หรือชิ้นส่วนของศพไว้ในที่ที่เหมาะสม ตามสภาพ

4. การตรวจสภาพศพภายนอก

4.1 สภาพศพภายนอก

- บันทึกสภาพศพภายนอกให้ละเอียดเกี่ยวกับเพศ ปรมาณอายุ ความยาว (ส่วนสูง) น้ำหนักตัว ตรวจเสื้อผ้าศพ และบันทึกสภาพคราบเลือด การฉีกขาดที่เกี่ยวกับบาดแผล สิ่งติดมากับเสื้อผ้า เช่น ดิน หย้า ฯลฯ บันทึก ร่องรอยการรักษาพยาบาล
- บันทึกสภาพการฉีดยาศพ การแช่เย็น การตกแต่งศพ ตลอดจนรอยสั้ว กัดแทะศพภายหลังการตาย

4.2 การเปลี่ยนแปลงหลังตาย

- บันทึกการเปลี่ยนแปลงหลังตาย ได้แก่ การเย็นตัว การแข็งตัว การปรากฏ สีแดงที่ผิวหนังของเม็ดเลือดที่ตกสู่เบื้องต่ำหลังตาย การเน่า การพบนอน แมลงวัน เป็นต้น

5. การตรวจเฉพาะส่วน

5.1 การตรวจและบันทึกบาดแผล

- ตรวจและบันทึกบาดแผลโดยละเอียดทุกแห่ง บอกขนาด (ยาว กว้าง ลึก) ทิศทาง ตำแหน่ง ลักษณะ และประเภทของบาดแผล
- บาดแผลในตำแหน่งที่มีผมหรือขนหนาแน่นต้องโกนผมหรือขนออกเพื่อให้ เห็นบาดแผลให้ชัดเจน
- ถ่ายรูปบาดแผลทุกแห่งถ้าทำได้ ถ้าทำไม่ได้ให้ถ่ายรูปบาดแผลที่จำเป็น เช่น บาดแผลที่แสดงชัดเจนว่า ทำให้ตาย บาดแผลที่ต้องแสดงเปรียบเทียบ เช่น ทางเข้า – ออก กระสุนปืน ฯลฯ
- บรรยายสภาพบาดแผลที่แขนและมือทั้งหลังมือ ฝ่ามือทุกราย
- ควรถ่ายรูปส่วนที่ไม่มีบาดแผลในกรณีที่มีข้อสงสัย หรือคาดว่าจะ เป็น ประเด็นของคดี

5.2 การตรวจศพผู้หญิง กรณีสงสัยว่าจะมีการถูกข่มขืนกระทำชำเราให้เพิ่มการตรวจ ต่อไปนี้

- ตรวจบาดแผลที่ต้นขา หน้าขาและอวัยวะเพศภายนอก รวมทั้งคราบเลือด คราบสารคัดหลั่งหลังคราบอสุจิ
- ตรวจว่ามีเส้นผมหรือเส้นขนแปลกปลอมที่ขนหัวเห่า และตัดเส้นขนหัวเห่าเพื่อเปรียบเทียบ
- ถ่ายรูปบาดแผลที่อวัยวะเพศเท่าที่จำเป็น
- ตรวจเก็บผู้ตายและตัดเก็บเพื่อการตรวจหาเนื้อเยื่อทางห้องปฏิบัติการ DNA ซึ่งอาจจะได้น้ำอสุจิของผู้กระทำผิด
- ใช้สำลีพันปลายไม้ ป้ายภายในช่องคลอด เพื่อตรวจหาตัวอสุจิและน้ำอสุจิ ทางห้องปฏิบัติการ ควรส่งตรวจด้วยวิธี Prostate specific Antigen

(PSA) ด้วย เนื่องจากมีความไวและความจำเพาะดีกว่าวิธี Acid phosphatase test

6. การตรวจสภาพศพภายในให้ดำเนินการดังนี้ (Knight B, 1997, DiMaio VJ, 2001)

6.1 ศีรษะและสมอง

- บันทึก ลักษณะบาดแผลที่หนังศีรษะด้านในโดยละเอียด บอกความสัมพันธ์กับบาดแผลภายนอก
- บันทึกการแตกของกะโหลกศีรษะ ในกรณีจำเป็นหรือคาดว่าจะมีประเด็นทางคดีให้บันทึกแนวการแตก การแตกต่อเนื่อง และความสัมพันธ์กับบาดแผลภายนอก
- บันทึกลักษณะและจำนวนเลือดที่ออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นใน
- บรรยายสภาพของสมองทั่วไป เช่น บวม ชีด เลือดคั่ง ฝ่อ ฯลฯ
- บรรยายสภาพเส้นเลือดบริเวณฐานสมอง (Circle of Willis)
- บรรยายการบาดเจ็บของเนื้อสมอง เช่น ฉีกขาดหรือฉ่ำ หรือสลายตัว บอกขนาดและตำแหน่ง
- บรรยายตำแหน่งเลือดออกในสมอง (ถ้ามี)
- บรรยายสรุปบาดแผลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องถึงอวัยวะภายใน และทิศทางบาดแผลในส่วนศีรษะ

6.2 คอ

- บรรยายการบาดเจ็บและบาดแผลของ ลิ้น กล่องเสียง หลอดลม หลอดอาหาร ต่อมไทรอยด์ กล้ามเนื้อบริเวณคอ กระดูกสันหลังระดับคอ
- บรรยายสรุปบาดแผลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องถึงอวัยวะภายใน และทิศทางทางบาดแผลในส่วนคอ

6.3 ช่องอก

- บรรยายลักษณะและจำนวนเลือดหรือของเหลวที่ปรากฏในช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องเยื่อหุ้มหัวใจ
- บรรยายลักษณะการหักของกระดูกซี่โครง กระดูกสันอก กระดูกไหปลาร้า กระดูกสันหลังระดับอก
- บรรยายบาดแผลหรือการบาดเจ็บและพยาธิสภาพของเยื่อหุ้มปอดและปอด
- บรรยายบาดแผลหรือการบาดเจ็บและพยาธิสภาพของเยื่อหุ้มหัวใจ หัวใจ เส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ ลิ้นหัวใจ และเส้นเลือดใหญ่ในช่องอกและกระบังลม

- บรรยายสรุปบาดแผลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องถึงอวัยวะภายใน และทิศทางบาดแผลในส่วนช่องอก

6.4 ช่องท้อง

- บรรยายลักษณะและจำนวนของเลือดหรือของเหลวที่ปรากฏในช่องท้อง
- บรรยายบาดแผล หรือการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพของเยื่อช่องท้อง ตับ ถุงน้ำดี ม้าม กระเพาะ ลำไส้ เส้นเลือดใหญ่ในช่องท้อง ไต กระเพาะปัสสาวะ มดลูก รังไข่
- บรรยายการบาดเจ็บหรือแตกหักของกระดูกสันหลังระดับเอว กระดูกเชิงกราน และก้นกบ
- บรรยายสรุปบาดแผลจากภายนอกที่เกี่ยวข้องถึงอวัยวะภายใน และทิศทางบาดแผลในส่วนช่องท้อง

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ให้มีเจ้าหน้าที่ สถานที่และอุปกรณ์สำหรับจัดเก็บอยู่ในห้องผ่าศพ เพื่อทำการรวบรวมสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกประเภท ปิดฉลากสิ่งส่งตรวจและลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจศพ
- มีสถานที่ทำการถ่ายภาพรังสีได้ภายในหรือบริเวณห้องผ่าศพ
- มีการบริหารการตรวจหรือส่งตรวจชิ้นเนื้อทางจุลพยาธิวิทยาจากศพ ส่วนการเก็บชิ้นเนื้อจากอวัยวะใดจากศพเพื่อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยาให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ผู้ตรวจศพว่าควรเก็บอะไรบ้างในรายนั้นๆ การเก็บชิ้นเนื้อไม่เพียงพอแล้วมีผลเสียในการวินิจฉัยถือเป็นความรับผิดชอบส่วนตัวของแพทย์ผู้ตรวจศพแต่ละคน
- มีการบริหารการตรวจหรือส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพิษวิทยา DNA หรืออื่นๆ ที่จำเป็น
- มีสถานที่หรือพื้นที่ส่วนที่สามารถเก็บรักษาวัตถุพยาน เช่น หัวกระสุนปืน เสื้อผ้า หรือชิ้นส่วนศพเท่าที่จำเป็น

8. รายงานการผ่าศพ ต้องทำรายงานการผ่าศพทุกรายในระยะเวลาตามที่กฎหมายกำหนด ลงนามโดยแพทย์ผู้ตรวจศพ

8.1 การรายงานควรมีลักษณะ ดังนี้

- ข้อมูลครบถ้วน ตรงตามวัตถุประสงค์
- อ่านเข้าใจง่ายและชัดเจน
- จัดเรียงหัวข้อตามลำดับ มีความเชื่อมโยงและสอดคล้องกับทั้งฉบับ
- ต้องมีสำเนาเอกสารเก็บเป็นเอกสารไว้ในหน่วยงานที่ตรวจศพ
- มีลักษณะเป็นรายงาน ไม่ใช่เป็นลักษณะการเติมคำ หรือ เช็คลิสต์

- แสดงรายละเอียดการบาดเจ็บให้ครบถ้วนและกระชับ

8.2 หัวข้อในรายงานการผ่าศพ

- เลขที่รายงานการผ่าศพของหน่วยงาน
- ข้อมูลของผู้ตาย เช่น ชื่อ เพศ อายุ สัญชาติ ศาสนา ถ้าไม่ทราบหรือไม่มีข้อมูลให้เว้นไว้
- วัน เวลา ที่รับศพ และวัน เวลา ที่ตรวจศพ
- บรรยายรายละเอียด สภาพศพภายนอก ควรมีแผนผัง (Diagram) ภาพของบาดแผลประกอบ
- บรรยายรายละเอียดการตรวจสภาพศพภายใน
- รายละเอียดการบาดเจ็บ บาดแผลและพยาธิสภาพของอวัยวะต่างๆ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบุเลขที่ตัวอย่าง ชนิดตัวอย่าง และผลการตรวจ
- สรุปสาเหตุการตาย
- อาจลงความเห็นเพิ่มเติม ต่อท้ายเหตุตายได้ให้เหมาะสม เช่น พฤติการณ์การตาย วัตถุหรืออาวุธที่ทำให้ตาย (ถ้าไม่สามารถให้ความเห็นได้ ก็ไม่จำเป็นต้องเขียนไว้ในรายงาน)

งานนิติเวชจะรวมถึงวิชาแพทยที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายรวมถึงวิชาแพทย์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และการประกอบวิชาชีพแพทยด้วย จากขอบเขตงานนิติเวชและการดำเนินงานข้างต้น เห็นได้ว่า การบริหารงานด้านนิติเวชศาสตร์มีความจำเป็นต่อสถานพยาบาลทุกแห่ง โดยเริ่มจากงานระดับนิติเวชพื้นฐานถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้การประยุกต์วิชาแพทย์ทุกสาขาเพื่อช่วยแก้ปัญหาทางกฎหมายหรือคดี โดยต้องประสานงานกับงานนิติวิทยาศาสตร์เพื่อพิสูจน์หลักฐานการเกิดเหตุและการตาย

เอกสารอ้างอิง

วิชาญ เปี้ยวนิม. (2544) **บทบาทของแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยการชันสูตรพลิกศพที่แก้ไขใหม่.**

ธรรมศาสตร์เวชสาร; 1 : 66-76.

วิชาญ เปี้ยวนิม. (2549) **การประเมินบาดแผล การชันสูตรพลิกศพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง. ใน:**

ฉัตรสุมน พงศ์นิญโย, บรรณาธิการ. **บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล ; 269-301.**

วิฑูรย์ อังประพันธ์. (2524) **คู่มือการชันสูตรพลิกศพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พิมพ์ ; 6-10.**

วิฑูรย์ อังประพันธ์. (2548) **นิติเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง ; 5-7.**

วิรัตน์ พานิชย์พงษ์. (2546). **นิติเวชปฏิบัติ กรณีบาดเจ็บและตายผิดธรรมชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.**

กรุงเทพฯ : หอรัตนชัยการพิมพ์ ; 2.

- พรทิพย์ โจนสุนันท์. (2545). **นิติเวชศาสตร์การชันสูตรศพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : วิญญูชน ; 16.
- ไพฑูรย์ ณรงค์ชัย. (2548). **นิติพิษวิทยา**. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 5.
- ทัศนะ สุวรรณจุฑะ. (2536). **นิติเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์ ; 1-3.
- ธีระพล อรุณะกสิกร, และคณะ. (2551). **ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ฉบับทันสมัยแก้ไขเพิ่มเติม**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : วิญญูชน ; 2551. 30-1.
- แมน อิงคตานุวัฒน์, อุดมศักดิ์ หุ่นวิจิตร, ธวัชชัย วัฒนขจร. (2542). **นิติเวชศาสตร์ 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 1-2.
- เลี้ยง หุยประเสริฐ (2550). **นิติเวชศาสตร์สำหรับพนักงานสืบสวนสอบสวน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุตรไพศาล; 37-8.
- สมชาย ผลเยี่ยมเอก (2539). **วิชานิติเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2.
- อรรถพล แซ่มสุวรรณวงศ์ (2544). **นิติวิทยาศาสตร์ 3**. ส่วนที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดาวฤกษ์; 1-3.
- Camps FE, editor (1968). **Gradwohl's legal medicine**. 2nd ed. Baltimore : Williams and Wilkins.
- DiMaio VJ, DiMaio D (2001). **Forensic pathology**. 2nd ed. New York : CRC Press; 547-51.
- Di Maio VJM, Dana SE (1997). **Forensic pathology**. 1st ed. Texas: Landes bioscience; 28-9.
- Knight B (1997). **Simpson's forensic medicine**. 11th ed. London : Arnold; 16-8.
- Peonim V, Chirachariyavej T, Atamasirkul K, Talthip J (2007). **Comparable between rapid one step immunochromatographic assay and ELISA in the detection of prostate specific antigen in vaginal specimens of raped women**. J Med Assoc Thai; 90 (12) : 2624-9.
- Spitz WU. (1988). A tribute to the late Russell S. Fisher. Am J Foren Med and Pathol; 9 :355-6.
- Spitz WU, editor (2006). **Spitz and Fisher's Medicolegal investigation of death**. 4th ed. Illinois : Charles C Thomas publisher Ltd; 3-5.
- Talthip J, Peonim V, et al. (2007) **Case report : An autopsy report case of rape victim by the application of PSA test kit as a new innovation for sexual assault investigation in Thailand**. J Med Assoc Thai; 90 (2) : 348-51.
- Trestrial JH. (2000). **Criminal Poisoning**. 1st ed. New Jersey : Human Press Inc ; 2.
- Mc Naughton (1952). rules again. Lancet 24 (1) : 1064-5.

อาวุธชีวภาพ

ธิดารัตน์ นุชนอม*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงวิวัฒนาการและการนำสารชีวภาพไปใช้ในการก่อให้เกิดสงครามหรือการก่อการร้ายในรูปแบบของอาวุธชีวภาพ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบและความเสียหายอย่างร้ายแรงทั้งต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับศึกษาถึงแนวทางที่ประชาคมโลกร่วมกันที่จะกำจัดอาวุธชีวภาพที่มีความสามารถในการทำลายล้างสูงเหล่านั้น ในรูปแบบของการจัดทำอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ หรือ BWC Convention

ผลการศึกษาพบว่า การใช้อาวุธชีวภาพในการสงครามนั้นมีมาตั้งแต่สมัยอดีตกาล จากประวัติศาสตร์ได้บันทึกไว้ว่าเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.1889 และได้รับการพัฒนามาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งนานาประเทศก็ได้มีความพยายามในการควบคุมไม่ให้มีการใช้อาวุธชีวภาพเหล่านี้ โดยร่วมกันจัดทำอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ซึ่งมีผลบังคับใช้ในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ.2518 อย่างไรก็ตาม อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพนั้นยังมีข้อบกพร่องอยู่ ทั้งเรื่องขอบเขตของตัวอนุสัญญาเอง และการขาดระบบการตรวจสอบภายใต้อนุสัญญา ซึ่งบางประเทศภาคีได้อาศัยข้อบกพร่องนี้เป็นช่องว่างในการการฝ่าฝืนพันธกรณีรวมถึงบางประเทศก็ไม่เห็นด้วยกับการตรวจสอบที่เข้มงวดเนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี โดยเฉพาะในด้านอุตสาหกรรม

อย่างไรก็ดี สิ่งที่สำคัญที่สุดในการลดหรือป้องกันการแพร่ขยายของอาวุธชีวภาพ คือการอาศัยความเข้าใจและไว้วางใจกันระหว่างประเทศทั่วโลก เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างปราศจากสงครามและเกิดความสันติ

คำสำคัญ : อาวุธชีวภาพ, อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ, สารชีวภาพ

* นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

Biological Weapon

Thidarat Nuttanorm*

Abstract

This article aims to study the evolution and adoption of biological agents used in the cause of war or terrorism in the form of a biological weapon which causes impact and serious damage to the living thing and the environment. Together with the study of the global community together to eliminate biological weapons capable of mass destruction in the form of Biological Weapons Convention or BWC Convention

The study indicated that the use of biological weapons in a war that has existed since ancient times, the history has recorded that the beginning of the year 1346 A.D and have been developed up until now. The country's efforts to control the use of these biological weapons to jointly prepared by Biological Weapons Convention and on their destruction effective from 26th March 1975. However, Biological Weapons Convention has drawbacks in the scope of the Convention itself and the lack of a monitoring system under the Convention. Some countries have also exploits a gap in breach of its obligations, including some countries that do not agree with strict monitoring because they believe it will cause more harm than good especially in industry.

However, the most important in reducing or preventing the spread of biological weapons is understanding and mutual trust between countries to live together without war and peace.

Keywords : Biological weapon, Biological Weapons Convention, Biological agents

*Plan and Policy Analyst, Practitioner Level , Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health

บทนำ

ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ปัญหาเรื่องความขัดแย้งระหว่างประเทศจนก่อให้เกิดสงครามหรือการก่อการร้ายยังเกิดขึ้นเรื่อยมา ซึ่งพบได้หลากหลายรูปแบบไม่ว่าจะเป็น สงครามนิวเคลียร์ สงครามที่ใช้อาวุธเคมีหรืออาวุธชีวภาพก็ตาม ล้วนแล้วแต่ทำให้เกิดผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรง ทั้งต่อสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานในการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและสภาพจิตใจของมนุษย์รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติของแต่ละประเทศให้กลับมาสู่สภาพดั้งเดิม

นับแต่เหตุการณ์ก่อการร้ายที่สหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 11 กันยายน 2544 ที่ผ่านมา และได้มีการส่งจดหมายแพร่กระจายของเชื้อโรคแอนแทรกซ์ผ่านทางระบบไปรษณีย์ในต้นปี พ.ศ. 2545 ทำให้มีผู้ติดเชื้อโรคถึง 22 ราย และเสียชีวิต 5 ราย สถานการณ์ดังกล่าวทำให้นักวิเคราะห์อนาคตทั่วทั้งโลกประเมินสถานการณ์ในศตวรรษที่ 21 ว่าจะเป็นทศวรรษแห่งอาชญากรรมข้ามชาติและการก่อการร้าย (Century of Transnational Crime Terrorism) (ณญาดา ทองนวล, 2553: 1)

ประชาคมโลกมีความพยายามที่จะกำจัดอาวุธที่มีความสามารถในการทำลายล้างสูง ซึ่งได้แก่ อาวุธนิวเคลียร์ อาวุธเคมีและอาวุธชีวภาพให้หมดสิ้นไปจากโลก จึงได้มีการจัดทำอนุสัญญาอาวุธชีวภาพซึ่งเรียกว่า “Convention on the Prohibition of the Development Productions and Stockpiling of Bacteriological and Toxin Weapons and on Their Destruction” หรือเรียกโดยย่อว่า BWC ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2518 (ค.ศ. 1975) มีหลักการสำคัญเพื่อให้ลดอาวุธแบคทีเรีย ชีวภาพโดยทั่วไปและสิ้นเชิง ห้ามการพัฒนา ผลิตและสะสมอาวุธเชื้อโรคโดยเน้นในเรื่องความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ การพิจารณามาตรการระดับชาติ ภูมิภาค และระหว่างประเทศเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและความมั่นคงทางชีวภาพ ความปลอดภัยในห้องปฏิบัติการและความมั่นคงของเชื้อโรคและสารพิษ รวมถึงความร่วมมือและความช่วยเหลือระหว่างประเทศ การแลกเปลี่ยนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชีวภาพเพื่อสันติ และการส่งเสริมขีดความสามารถด้านการตรวจและการควบคุมโรคติดต่อ บทความนี้ ผู้เขียนมีจุดมุ่งหมายนำเสนอถึงความสำคัญของสารชีวภาพ เชื้อจุลินทรีย์สำคัญที่อาจใช้เป็นอาวุธชีวภาพ และประวัติและความเป็นมาของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ (BWC Convention)

ความสำคัญของสารชีวภาพ

1. ด้านการแพทย์ จุลินทรีย์จำพวก รา *Penicillium* นำมาใช้สร้างสารปฏิชีวนะยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย การผลิตวัคซีนจากยีสต์ ใช้สังเคราะห์สารสเตียรอยด์ และผลิตวิตามิน เป็นต้น
2. ด้านอุตสาหกรรม เช่น ยีสต์ใช้ในการผลิตเครื่องดื่มประเภทแอลกอฮอล์ ผลิตอาหารและอาหารเสริม แบคทีเรียบางชนิดใช้ในการผลิตนมเปรี้ยว โยเกิร์ต เชื้อรา *Aspergillus niger* ใช้ในการผลิตกรดซิตริกที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหารเป็นเครื่องปรุง

3. ด้านการเกษตร มีความสำคัญต่อระบบสิ่งแวดล้อม คือ ช่วยหมุนเวียนธาตุอาหารในดิน พืชพินให้สิ่งมีชีวิตในดินเพิ่มจำนวนมากขึ้น ช่วยบำบัดน้ำเสีย ใช้ทดแทนสารเคมีทางการเกษตรในระยะยาวได้ เป็นต้น

เชื้อจุลินทรีย์สำคัญที่อาจใช้เป็นอาวุธชีวภาพ (จุฬารัตน์ ถาวรนันท์, 2545)

1. แอนแทรกซ์ (Anthrax) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อว่า *Bacillus anthracis* ติดต่อกันหลายทาง ส่วนใหญ่จะเป็นสัตว์กินหญ้าแล้วติดต่อมาถึงคน ติดต่อกันทั้งทางบาดแผล ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด จากการรับประทาน โดยทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและถ่ายออกมาเป็นเลือด ติดต่อทางการหายใจโดยสปอร์เข้าปอด จะทำให้เกิดปอดบวมรุนแรงและการหายใจล้มเหลว ดังนั้น อัตราการเสียชีวิตจะสูง และสปอร์มีความสำคัญในการช่วยเป็นอาวุธเนื่องจากเชื้อทนทานต่อสิ่งแวดล้อมได้ดี และแพร่กระจายอยู่ในดินได้นาน

2. ไข้ทรพิษหรือฝีดาษ (Smallpox) เกิดจากเชื้อ *Variola virus* ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า ไข้ทรพิษหมดจากโลกนี้ไปตั้งแต่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2522 หยุดการฉีดวัคซีนไปตั้งแต่ พ.ศ.2523 เชื้อชนิดนี้มีความทนทานสูง อยู่ในสภาพแห้งหรืออุณหภูมิห้องได้นาน ติดต่อกันโดยทางเดินหายใจ แต่ถ้าเข้ากระแสเลือดจะไปทั่วร่างกายทำให้เสียชีวิตได้ง่าย

3. Botulism เกิดจากเชื้อ *Clostridium Botulism* สารพิษมีผลต่อระบบประสาท ทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ รวมถึงกล้ามเนื้อหัวใจ ติดต่อกันทั้งการรับประทานและทางบาดแผล มักพบในอาหารกระป๋อง

4. เชื้อไวรัส Ebola เป็นสาเหตุของ Ebola Hemorrhagic Fever (EHF) เป็นเชื้อไวรัสที่อันตรายมาก ทำให้เกิดการตกเลือดจากช่องทวารต่างๆ ไม่มียารักษา

วิวัฒนาการของอาวุธชีวภาพ (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2546 ; 12)

การใช้อาวุธชีวภาพ จากบันทึกไว้ว่า เมื่อปี พ.ศ. 1889-1890 กองทัพมองโกลอันเกรียงไกรได้เข้ายึดเมืองแคฟฟา (Caffa) หรือชื่อในปัจจุบันคือ เมืองฟีโอดเซีย (Feodosia) อันเป็นเมืองท่าอยู่ทางตอนใต้ของประเทศรัสเซีย (ประเทศยูเครนในปัจจุบัน) ทางฝั่งตะวันออกของแหลมไครเมีย โดยการใช้เครื่องติดกระสุนโบราณติดซากศพที่ตายจากกาฬโรคข้ามกำแพงเมืองเข้าไป ก่อให้เกิดการระบาดของกาฬโรคภายในเมือง

ในปี พ.ศ. 2253 กองทัพรัสเซียได้ใช้ซากศพที่ตายจากกาฬโรคในการต่อสู้กับกองทัพสวีเดน

สมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 เป็นยุคที่เริ่มใช้อาวุธชีวภาพที่ได้จากการผลิตโดยตรงเพื่อวัตถุประสงค์ในการทำลายล้างศัตรูโดยเฉพาะ ในพ.ศ. 2459-2460 สายลับเยอรมันได้ใช้เชื้อแบคทีเรียก่อโรคแอนแทรกซ์และเชื้อโรคกลันเดอร์ส (glanders) ฉีดให้แก่ปศุสัตว์ที่ส่งจาก

ประเทศสหรัฐอเมริกา โรมานิเยและอาร์เจนตินาไปให้แก่ฝ่ายพันธมิตรในทวีปยุโรปเพื่อเป็นอาหารและเป็นสัตว์พาหนะ

พ.ศ. 2480 สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นสมัยที่การค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับอาวุธชีวภาพกันอย่างแพร่หลาย กองทัพญี่ปุ่นได้จัดตั้งหน่วย 731 ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2474 ที่เมืองฮาร์บิน (Harbin) ในประเทศจีน อันเป็นเขตยึดครองของประเทศญี่ปุ่น หน่วยที่ตั้งขึ้นนี้แท้ที่จริงคือ “หน่วยอาวุธสงครามชีวภาพ” แต่เรียกชื่อปกปิดกิจกรรมว่า “หน่วยต่อต้านโรคระบาด ผลิตน้ำบริสุทธิ์ และจ่ายน้ำแห่งกองทัพกวาดต้อน” หน้าที่ที่แท้จริงของหน่วยนี้คือ ศึกษา วิจัยและพัฒนาอาวุธชีวภาพและวัคซีนป้องกันโรคติดต่อโดยใช้เชลยศึกต่างชาติในการทดลองรวมกันนับหมื่นราย และเสียชีวิตหลายพันราย

พ.ศ. 2482 เหตุการณ์ที่เมืองโนมอนฮาน(Nomonhan) ฝ่ายญี่ปุ่นได้ปล่อยเชื้อใช้รากสาดน้อยหรือใช้ไทฟอยด์ลงในน้ำประปาของกองทัพสหภาพโซเวียตที่ชายแดนประเทศมองโกเลีย นับว่าเป็นการใช้อาวุธชีวภาพของประเทศญี่ปุ่นหลังการพัฒนาอาวุธชีวภาพเป็นครั้งแรก

พ.ศ. 2493 - 2494 ระหว่าง สมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการทดลองพันสารชีวภาพจำลองคือ Chrombacterium ไปทั่วนานฟ้านครซานฟรานซิสโก ซึ่งต่อมาภายหลังมีการระบาดของโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบจากเชื้อดังกล่าวในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย

พ.ศ. 2522 เกิดโศกนาฏกรรมที่เมือง Sverdlovsk ในประเทศสหภาพโซเวียตจากการรั่วของสปอร์ของเชื้อ Bacillus anthracis จากโรงงานผลิตอาวุธชีวภาพของทหาร มีผู้ป่วยด้วยโรคแอนแทรกซ์จากการหายใจรับร้อยละเสียชีวิตไปประมาณ 70 ราย

ในยุคปัจจุบันหลายประเทศหรือกลุ่มก่อการร้ายหลายกลุ่มมีความพยายามในการเตรียมสะสมอาวุธชีวภาพเพื่อสร้างความวุ่นวาย การก่อจลาจล ตัวอย่างที่สำคัญเช่น ช่วงปี พ.ศ. 2523-2533 รัสเซียได้ทำการวิจัย ทดลอง และทำการผลิตอาวุธชีวภาพ โดยมีคนมากกว่า 60,000 คน เข้าร่วมในงานวิจัย มีการผลิตเชื้อแอนแทรกซ์หลายร้อยตันเก็บไว้ นอกจากนี้ยังมีเชื้อใช้ทรพิษ (ฝีดาษ) และกาฬโรคอีกหลายสิบตัน (ศักดิ์สิน รัตมิต, 2546 ; 54)

เหตุการณ์ล่าสุดคือ กรณีเหตุการณ์การกระจายสปอร์เชื้อแอนแทรกซ์ผ่านทางระบบไปรษณีย์ที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 (จากเหตุการณ์ 911) นั้น ผลการตรวจหาและบ่งชี้พบว่า เชื้อแอนแทรกซ์ดังกล่าวมีที่มาของเชื้อคือ ภายในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยใช้ส่งตรวจจากผู้เสียชีวิตทั้ง 5 ราย พบว่าเป็นเชื้อแอนแทรกซ์สายพันธุ์เดียวกัน คือ Ames strain ของ B.anthraxis ซึ่งถูกแยกเชื้อมาจากซากโคที่มลรัฐเท็กซัส เมื่อปี พ.ศ. 2524 แล้วถูกนำส่งไปเก็บรักษาไว้ที่สถาบันวิจัยโรคติดต่อทางการแพทย์กองทัพสหรัฐอเมริกา และยังเป็นสายพันธุ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในห้องปฏิบัติการของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยคาดกันว่าผู้กระทำผิดอาจเป็นบุคลากรในสถาบันวิจัยดังกล่าว (บุญเรือง คำศรี, 2555 ; 274)

ประวัติและความเป็นมาของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ (BWC Convention)

เนื่องจากอาวุธชีวภาพมีอำนาจร้ายแรง นานาชาติจึงมีความพยายามในการควบคุมไม่ให้มีการใช้อาวุธเหล่านี้ โดยเรียงเรียงความเป็นมาได้ดังนี้ (พงษ์ธร เศรษฐสุวรรณ, 2549: 185)

ในปี พ.ศ. 2417 ได้มีการประชุมของนานาชาติที่กรุงปารีส และมีการประกาศร่วมกันที่จะห้ามการใช้ยาพิษหรืออาวุธที่มีพิษ การประชุมนี้เป็นรากฐานอนุสัญญากรุงเฮกต่อมาในปี พ.ศ. 2468 มีการประชุมเกี่ยวกับการค้าอาวุธสงครามขึ้นที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และเกิดเป็นพิธีสารเจนีวาปี 2468 โดยมีชื่อเต็มคือ “พิธีสารว่าด้วยการห้ามการใช้ก๊าซที่ทำให้หายใจไม่ออก ก๊าซพิษหรือก๊าซอื่น ๆ ในสงคราม และห้ามใช้แบคทีเรียในสงคราม” ซึ่งพิธีสารนี้มีข้อบกพร่องคือ ไม่ได้บัญญัติถึงระบบการตรวจสอบ หรือการตรวจพิสูจน์ความจริงในกรณีการกล่าวอ้างว่ามีรัฐภาคีละเมิดพันธกรณี หลายรัฐได้ตั้งข้อสงสัยว่าจะไม่ผูกพันตามข้อห้ามในกรณีที่มีรัฐภาคีอื่นไม่เคารพตามข้อห้ามของพิธีสาร ไม่มีบทบัญญัติที่กล่าวถึงการลงโทษรัฐที่ฝ่าฝืนพิธีสารและไม่มีมาตรการเยียวยาเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการใช้อาวุธเคมีและอาวุธชีวภาพ ดังนั้นพิธีสารเจนีวาจึงไม่สามารถห้ามได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

พ.ศ. 2511 จากข้อเสนอของประเทศอังกฤษ ที่อ้างว่าบทบัญญัติของพิธีสารเจนีวา 2468 นั้นไม่เพียงพอในการควบคุมอาวุธเคมีและอาวุธชีวภาพ และจากการที่ประธานาธิบดี ริชาร์ด นิกสันได้แสดงเจตจำนงค์ว่าประเทศสหรัฐอเมริกา จะทำการยกเลิกโครงการอาวุธชีวภาพทั้งหมดของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเห็นว่าอาวุธชีวภาพนั้นมีผลกระทบที่ตามมาอย่างร้ายแรง ไม่อาจคาดการณ์ผล อันอาจก่อให้เกิดโรคระบาดทั่วโลก และอาจนำมาซึ่งภัยพิบัติต่อผู้คนในยุคต่อมา จึงเห็นควรยกเลิกโครงการอาวุธชีวภาพ เพื่อบุคคลชาติ และยกเลิกโครงการอาวุธสารพิษ จนกระทั่งในร่างอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพได้นำสู่การพิจารณาของที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งองค์การสหประชาชาติ และมีมติยอมรับร่างอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ รวมถึงเรียกร้องให้มีการลงนามและให้สัตยาบันโดยรัฐสมาชิก การเปิดให้ลงนามมีขึ้นในวันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2515 และอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพหรือในชื่อเต็มว่า “อนุสัญญาว่าด้วยการห้ามพัฒนา ผลิต สะสมอาวุธแบคทีเรีย (ชีว) และอาวุธพิษ และว่าด้วยการทำลายอาวุธเหล่านี้” (Convention on the Prohibition of the Development, Production and Stockpiling of Bacteriological (Biological) and toxin and on Their Destruction) มีผลบังคับใช้เมื่อ 26 มีนาคม พ.ศ. 2518 เมื่อมีรัฐสมาชิกลงนามและให้สัตยาบันครบ 15 ประเทศ ปัจจุบันมีรัฐภาคี 117 ประเทศ

สาระสำคัญของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ (พงษ์ธร เศรษฐสุวรรณ, 2549: 186)

รัฐภาคีรับที่จะไม่พัฒนา ผลิต สะสมหรือจัดหาในทุกสถานการณ์ซึ่งจุลินทรีย์หรือสารชีวภาพหรือสารพิษ ไม่ว่าจะมีความรู้หรือกระบวนการผลิตอย่างไรก็ตามที่มีชนิดหรือปริมาณที่ไม่ได้ใช้เพื่อการตรวจรักษาโรค การป้องกันโรค ไม่ทำการถ่ายโอนสารชีวภาพ สารพิษ อาวุธเครื่องมือหรือเครื่องส่งให้กับผู้อื่นไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม และไม่ช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้รัฐใด กลุ่มรัฐใดหรือองค์การระหว่างประเทศใดทำการเช่นนี้ด้วย

ตามอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพนั้นเป็นการห้ามพัฒนาผลิต สะสม จัดหาจุลชีพหรือสารพิษเพื่อนำไปใช้เป็นอาวุธชีวภาพเท่านั้น ยังไม่เป็นการห้ามอย่างเด็ดขาด เนื่องจากยังคงอนุญาตให้รัฐภาคีสามารถทำการพัฒนาผลิตสะสมจุลชีพหรือสารพิษได้ในกรณีดังต่อไปนี้คือ

1) การรักษาโรค หมายถึง รัฐภาคียังคงสามารถทำการวิจัย ผลิตจุลชีพหรือสารพิษ เพื่อใช้ในการรักษาโรคได้อยู่ซึ่งหมายรวมไปถึงกิจกรรมทางการแพทย์ต่าง ๆ เช่น การตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาโรค และการป้องกันโรคด้วย

2) การป้องกัน หมายถึง การวิจัย พัฒนา เพื่อใช้ในการป้องกันสิ่งมีชีวิตจากอันตรายที่จะได้รับจากการใช้อาวุธชีวภาพ เช่นการพัฒนาหน้ากากและเสื้อผ้าที่ใช้ป้องกันอาวุธชีวภาพ ระบบกรองน้ำและกรองอากาศ อุปกรณ์เตือนภัย อุปกรณ์ตรวจจับ

3) เพื่อวัตถุประสงค์ทางสันติอื่น ๆ ตามอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพไม่ได้กำหนดกรอบที่ชัดเจนของการใช้จุลชีพเพื่อทางอื่นว่ามีความหมายครอบคลุมเพียงใด ดังนั้น การพัฒนา ผลิต สะสมจุลชีพหรือสารพิษในทุก ๆ กรณี ตราบเท่าที่ไม่เป็นการนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อันเป็นปฏิปักษ์หรือใช้ในการขัดกันด้วยอาวุธ

รัฐภาคีรับที่จะทำลาย หรือทำให้กลับมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในทางสันติ ซึ่งสารชีวภาพทั้งหมด สารพิษ อาวุธ เครื่องมือ หรือเครื่องส่งที่มีอยู่ในความครอบครองหรืออยู่ภายใต้ความควบคุมของรัฐนั้นถ้ารัฐใดพบว่ามีรัฐอื่นฝ่าฝืนบทบัญญัติของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพนี้สามารถร้องเรียนต่อคณะมนตรีความมั่นคงแห่งองค์การสหประชาชาติให้ทำการตรวจสอบโดยคณะมนตรีความมั่นคงจะมอบหมายให้เลขาธิการสหประชาชาติ ทำการค้นหาข้อเท็จจริงเพื่อพิสูจน์ข้อกล่าวหาและรัฐภาคีรับที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อคณะมนตรีความมั่นคงพบว่ารัฐภาคีได้รับอันตรายจากการกระทำที่ฝ่าฝืนบทบัญญัติของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ

รัฐภาคีรับที่จะปรึกษาหารือกับรัฐอื่นและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์หรือการปฏิบัติตามอนุสัญญานี้และรับที่จะจัดให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล อุปกรณ์ วัตถุที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารชีวภาพหรือสารพิษในทางสันติ

รัฐภาคีต้องมีมาตรการที่จำเป็นซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการตามระบอบการปกครองของรัฐภาคี เพื่อห้ามหรือป้องกันการพัฒนา ผลิต จัดเก็บหรือจัดหาสารชีวภาพ สารพิษ อาวุธ อุปกรณ์หรือเครื่องส่งที่ต้องห้ามตามอนุสัญญาภายในอาณาเขตของรัฐภาคีหรือที่อยู่ภายใต้ความควบคุมของรัฐภาคีไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็ตาม

รัฐภาคีตกลงที่จะจัดให้มีการประชุมเพื่อทบทวนการดำเนินงานต่าง ๆ ภายใต้บทบัญญัติเมื่ออนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพเริ่มมีผลบังคับใช้ไปครบ 5 ปี และจะจัดการประชุมทุก ๆ 5 ปี หลังจากการประชุมครั้งแรก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการทบทวนถึงบทบาท และส่งเสริมประสิทธิภาพของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ

ตัวอย่างความร่วมมือของประเทศภาคี

ความร่วมมือตามอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพนี้ ปัจจุบันมีรัฐภาคีที่ได้ทำการให้สัตยาบันหรือให้การภาคยานุวัติแล้วจำนวนทั้งสิ้น 115 ประเทศ ในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างความร่วมมือของประเทศภาคี ดังต่อไปนี้

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา ในการเข้าร่วมเป็นภาคีของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ในปี พ.ศ. 2515 ประธานาธิบดีนิกสันได้ยุติโครงการพัฒนาอาวุธชีวภาพ โดยสหรัฐฯ ประกาศว่าจะไม่มีการใช้อาวุธชีวภาพรวมทั้งทอกซินในทุกกรณี มีการยกเลิกการผลิตและจะทำลายอาวุธที่เก็บไว้ทั้งหมด ที่เหลือไว้บ้างก็เพื่องานวิจัยหรือเพื่อการป้องกันเท่านั้น หลังจากยกเลิกโครงการอาวุธชีวภาพ สหรัฐฯ ได้ตั้งหน่วยงานของกองทัพชื่อย่อ Medical Research Institute of Infectious Diseases, USAMRIID เพื่อดำเนินการโครงการพัฒนาทางการแพทย์ในการป้องกันการโจมตีด้วยอาวุธชีวภาพ มีการศึกษาเชื้อโรคร้ายแรงที่ต้องมีมาตรการป้องกันอันตรายอย่างยั่งยืนในห้องทดลอง และให้บริการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีการจัดโครงการอบรมแก่นักวิจัยและนักศึกษาเป็นระยะ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสหรัฐฯ จะประกาศว่าจะไม่ใช้อาวุธชีวภาพ แต่สหรัฐฯ ก็ปฏิเสธที่จะลงนามในข้อตกลงระหว่างชาติที่ให้ทำลายอาวุธชีวภาพ โดยให้เหตุผลว่าเป็นการทำลายผลประโยชน์ของสหรัฐฯ และจะทำให้ข้อมูลทางธุรกิจที่เป็นความลับเสียหายได้ และไม่เชื่อว่าการห้าม (แบน) อาวุธชีวภาพจะสามารถหยุดยั้งการแพร่ขยายของอาวุธนี้ได้

2. รัสเซีย เป็นประเทศมหาอำนาจที่มีคลังแสงอาวุธชีวภาพที่ใหญ่ที่สุดในโลก มีโครงการผลิตอาวุธชีวภาพอย่างลับ ๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2516 และมุ่งพัฒนาสารพิษที่ไม่มีประวัติการรักษาได้ ซึ่งจัดเป็นอาวุธที่ทรงประสิทธิภาพมากที่สุด และเมื่อรัสเซียได้ลงนามในอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพในปี พ.ศ. 2535 ก็ได้อ้างว่าจะยกเลิกโครงการด้านอาวุธชีวภาพเช่นกัน และยืนยันว่าจะยกเลิกและทำลายระบบต่าง ๆ ของโครงการอาวุธเคมี-ชีวภาพด้วยแต่ยังเป็นที่ยกข้อสงสัยว่าแอบซ่อนงานวิจัยอาวุธเคมี-ชีวภาพในรูปแบบงานวิจัยอื่น ๆ ทางสันติหรือไม่

3. จีน ได้ลงนามเป็นภาคีของ BWC ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 และเชื่อว่าน่าจะมีการสะสม อาวุธชีวภาพเพื่อเชิงรุกมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 และน่าจะมีทั้งการพัฒนา ผลิต สะสมอาวุธชีวภาพ จีนมีงานวิจัยทางชีววิทยาในศูนย์วิจัย 2 แห่ง ที่บริหารโดยพลเรือนแต่ควบคุมดูแลโดยฝ่ายทหาร

4. ไต้หวัน ได้ลงนามเป็นภาคีสมาชิกในปี พ.ศ. 2516 และเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ถูกรายงานว่ามีอาวุธชีวภาพ มีฐานทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีด้านจุลชีววิทยาที่แข็งแกร่งและมีผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีชีวภาพจำนวนมาก

5. เกาหลีเหนือ ได้ลงนามเป็นภาคีสมาชิกในปี พ.ศ. 2530 เป็นประเทศปิด มีความเป็นสังคมแบบทหารมาก ในระหว่างปี พ.ศ. 2503 มีการเริ่มแผนงานผลิตอาวุธชีวภาพในเชิงรุกและปัจจุบันได้นำแผนงานวิจัยทางชีววิทยาเพื่อการทหารเข้าไปในมหาวิทยาลัยในสถาบันทางการแพทย์ และศูนย์วิจัยพิเศษต่าง ๆ โดยงานวิจัยมักเกี่ยวข้องกับเชื้อแอนแทรกซ์ อหิวาตกโรค กาฬโรค และมีหลักฐานว่าเกาหลีเหนือเคยทดลองอาวุธชีวภาพบนเกาะในอาณาเขตประเทศของตนเอง

ข้อบกพร่องของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ((พงษ์ธร เศรษฐสุวรรณ, 2549: 189)

แม้ว่าอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ จะถือว่าการเริ่มต้นของการกำจัดอาวุธทำลายล้างสูง ตามวัตถุประสงค์ที่องค์การสหประชาชาติมุ่งหมาย และเป็นสนธิสัญญานับแรกที่มีการห้ามอาวุธบางชนิดทั้งจำพวก คือ การห้ามผลิต พัฒนา สะสม จัดหาอาวุธชีวภาพในทุกกรณี แต่อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ก็ยังคงปรากฏให้เห็นข้อบกพร่องบางประการ ดังนี้

1. ตามบทบัญญัติของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ยังไม่ได้ห้ามรัฐภาคีผลิตพัฒนาสารชีวภาพและสารพิษอย่างเด็ดขาด ยังคงอนุญาตให้กระทำได้เพื่อวัตถุประสงค์ในทางสันติคือการรักษาโรค การวิจัยพัฒนา แต่จากลักษณะของกิจกรรมที่อนุญาตดังกล่าวนี้มีลักษณะที่สามารถใช้ได้สองสถาน (dual-use) ที่เป็นกิจกรรมที่ต้องตามทีอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพอนุญาต แต่ก็สามารถนำมาใช้ในกิจกรรมต้องห้ามได้ด้วยเช่นกัน

2. ไม่มีมาตรการทางกฎหมายใดมาควบคุมปริมาณของจุลชีพที่รัฐภาคีหนึ่งสามารถมีไว้ในครอบครองได้ ซึ่งปริมาณความต้องการจุลชีพเพื่อใช้ในการวิจัยในแต่ละประเทศย่อมไม่เท่ากัน จึงเป็นการยากที่จะออกกฎหมายหรือระเบียบใดเพื่อควบคุมปริมาณจุลชีพที่รัฐภาคีสามารถครอบครองได้

3. ไม่มีพันธกรณีใดที่กำหนดให้รัฐภาคีต้องแถลงชี้แจงเปิดเผยถึงการใช้สารชีวภาพหรือสารพิษ ในกิจกรรมที่ไม่เป็นการต้องห้าม หรือเปิดเผยห้องทดลองที่ทำการค้นคว้าวิจัยสารที่สามารถนำมาใช้เป็นอาวุธชีวภาพได้

4. ขาดระบบตรวจสอบควบคุมระหว่างประเทศที่จะสามารถไปตรวจสอบดูแลประเทศอื่นๆ ที่อาจจะมียาอาวุธชีวภาพอยู่ในครอบครอง

5. ประเทศภาคีบางประเทศไม่เห็นด้วยกับการพิจารณากำหนดมาตรการพิสูจน์ยืนยัน (verification measures) เนื่องจากเกรงว่าจะเป็นผลเสียต่อผู้ผลิตและค้าผลิตภัณฑ์ที่อาศัยเทคโนโลยีชีวภาพอย่างบริสุทธิ์ใจในทางสันติ ซึ่งจะกระทบต่ออุตสาหกรรม รวมถึงเป็นอันตรายต่ออธิปไตยของประเทศนั้น

จากข้อบกพร่องที่มีอยู่ของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพทั้งเรื่องขอบเขตของตัวอนุสัญญาเอง รวมถึงการขาดระบบการตรวจสอบภายใต้อนุสัญญา ทำให้รัฐภาคียังคงมีการลักลอบทำการผลิต และวิจัยอาวุธชีวภาพอยู่ เช่น การประกาศยอมรับถึงการระบาดของโรคแอนแทรกซ์ที่เมือง Sverdlovsk ประเทศสหภาพโซเวียต ในปี ค.ศ. 1992 ว่าเกิดจากอุบัติเหตุจากการรั่วไหลของสปอร์แอนแทรกซ์จากห้องทดลองอาวุธชีวภาพในเมืองนี้ พร้อมยอมรับว่าในอดีตนั้น สหภาพโซเวียตลักลอบวิจัย พัฒนา และผลิตอาวุธชีวภาพอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ได้ให้สัตยาบันอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพเมื่อกว่า 20 ปีที่ผ่านมา และในขณะเดียวกันก็ได้ประกาศว่า “ได้มีการทำลาย และล้มเลิกโครงการอาวุธชีวภาพในประเทศรัสเซียทั้งหมดแล้ว” ซึ่งทำให้เห็นว่าแม้ประเทศเหล่านี้จะเป็นภาคีของอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพ ค.ศ.1972 ก็ตาม แต่ยังมี การฝ่าฝืนพันธกรณีดังกล่าวได้

โดยสรุป เมื่อพิจารณาถึงอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพที่มีเพื่อบังคับใช้กับการห้ามใช้พัฒนา ผลิต สะสมอาวุธชีวภาพที่มีอยู่ ถึงแม้ดูเหมือนจะได้รับการยอมรับด้วยดีจากประเทศต่างๆ

ทั่วโลก เห็นได้จากจำนวนของประเทศภาคีแล้วนั้น แต่เมื่อพิจารณาถึงเนื้อหาของข้อตกลงแล้ว ยังมีข้อบกพร่องบางประการที่ทำให้รัฐภาคีอาศัยเป็นช่องว่างในการฝ่าฝืนพันธกรณีนั้นๆ รวมถึงการไม่ยอมรับให้มีระบบการตรวจสอบหรือการจัดตั้งองค์การห้ามอาวุธชีวภาพเพื่อเป็นองค์กรกลางที่ทำหน้าที่ตรวจสอบต่างๆ ตามอนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพอันมีฐานะเป็นองค์การระหว่างประเทศเอก เช่นเดียวกันองค์การห้ามอาวุธเคมี แต่ยังมีประเทศภาคีที่ไม่เห็นด้วยกับการตรวจสอบที่เข้มงวดขึ้นนั้น เนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่าผลดี ทั้งจากเจตนาที่บริสุทธิ์ใจอย่างแท้จริงหรือมีเจตนาอื่นแอบแฝงของเหล่าประเทศมหาอำนาจผู้ขึ้นชื่อในการทำสงครามก็ตาม

อย่างไรก็ดี สิ่งที่สำคัญที่สุดในการลดและป้องกันการแพร่ขยายของอาวุธชีวภาพ หรือการทำให้อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพบรรลุผลนั้น ต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกันของมนุษยชาติที่จะยอมรับความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม รวมทั้งมีความไว้วางใจกันและกันระหว่างประเทศต่างๆ ทั่วโลก เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขและด้วยความสันติ หากขาดสิ่งต่างๆ เหล่านี้แล้ว การดำเนินการด้วยวิธีการใดๆ เพื่อลดการผลิตและสะสมอาวุธชีวภาพ ก็คงไม่อาจประสบผลสำเร็จไปได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมวิทยาศาสตร์ทหารเรือ. (2558). ภัยคุกคามจากเชื้อโรคในศตวรรษที่ 21. 11 กันยายน 2558. Available at http://www.navy.mi.th/Science/Information/Paper?InfoPaper_Bio.html
- กระทรวงการต่างประเทศ. (2553). การลดอาวุธที่มีอานุภาพทำลายล้างสูง. 28 สิงหาคม 2558. Available at <http://www.mfa.go.th/main/th/issues/9901>
- จุฑารัตน์ ถาวรนนท์. (2545). การป้องกันภัยจากอาวุธชีวภาพ. 28 สิงหาคม 2558. Available at http://www.webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_3_002c.asp?info_id=616
- จุริภรณ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2552). การก่อการร้ายทางชีวภาพ ศึกษาเฉพาะกรณี: การควบคุมเชื้อโรคและสารพิษ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.
- ฉัตรวดี จินดาวงษ์. (2544). อาเซียนกับการเป็นเขตปลอด WMD. ASEAN Highlights 2011: 32-35.
- บุญเรือง คำศรี. (2555). อาวุธชีวภาพและการก่อการร้ายทางชีวภาพ. วารสารนิติเวชศาสตร์ 4(3): 259-290.
- ประเสริฐ ทองเจริญ. (2546). มหันตภัยอาวุธชีวภาพและอาวุธเคมี. กรุงเทพฯ: บริษัทวิทยพัฒน์จำกัด.
- พงษ์ธร เศรษฐถาวร. (2549). กฎหมายระหว่างประเทศว่าด้วยการควบคุมอาวุธชีวภาพ. รพี 49: 181-193.
- ศักดิ์สิน รัตมิต. (2546). สงครามอาวุธเคมี อาวุธชีวภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสรรค์บุ๊ค จำกัด.
- ศุภรา. (2549). อาวุธเชื้อโรคในไทย...เรื่องจริงหรือแค่ความกังวล. ชีวจิต, 44-46.
- สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและ สิ่งแวดล้อม. (2544). การสัมมนาเรื่อง “อนุสัญญาห้ามอาวุธชีวภาพกับประเทศไทย”, 3 เมษายน 2544 ณ โรงแรมเซ็นจูรีพาร์ค กรุงเทพฯ. ปทุมธานี: ศูนย์ความหลากหลายทางชีวภาพ.

- อภิชาติ พิกุลทอง. (2550). ความสำคัญของสารชีวภาพเพื่อการเกษตร. 5 ตุลาคม 2558. Available at <http://www.gotoknow.org/posts/153221>
- Ambassador Paul van den Ijssel. (2011). President's Message. Retrieved October 28, 2015, from the Biological and Toxin Weapons Convention Available at <http://www.opbw.org>
- Office of Export Control Cooperation. (2011). Overview of U.S. Export Control System, Retrieved October 28, 2015, Available at <http://www.state.gov/strategictrade/overview/index.htm>

คำพิพากษาที่น่าสนใจ

คำพิพากษาศาลฎีกานี้ บรรณาธิการได้รวบรวมจากระบบสืบค้นคำพิพากษา คำสั่งคำร้อง และคำวินิจฉัยศาลฎีกา ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในศาลฎีกา ในวารสารนี้ได้นำเสนอคำพิพากษาศาลฎีกา 2 เรื่อง ซึ่งบรรณาธิการคาดว่าจะประโยชน์ไม่เฉพาะแต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวงการยุติธรรม แต่ยังเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหารองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่ประสงค์จะใช้กฎหมายเหล่านี้

1. ละเมิดและความรับผิด

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 5018/2550

ย่อฎีกา

จำเลยที่ 3 เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาล ส. และเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของจำเลยที่ 1 และที่ 2 โจทก์ที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ได้เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล ส. มีจำเลยที่ 3 เป็นแพทย์ผู้ตรวจรักษาโดยวิธีผ่าตัดทำคลอดแต่ทารกในครรภ์ได้ถึงแก่ความตาย จำเลยที่ 3 ได้ใช้ความระมัดระวังในการตรวจรักษาโจทก์ที่ 1 ตามความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว การกระทำของจำเลยที่ 3 จึงไม่เป็นการละเมิดต่อโจทก์ทั้งสอง จำเลยที่ 1 และที่ 2 ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่จำเลยที่ 3สังกัด จึงไม่ต้องรับผิดชอบต่อโจทก์ทั้งสอง

ประเด็นวินิจฉัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- ละเมิดของเจ้าหน้าที่ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ม.420 และ
- พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ม.5 หนึ่ง

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

โจทก์ทั้งสองฟ้องและแก้ไขคำฟ้อง ขอให้บังคับให้จำเลยทั้งสามร่วมกันชำระเงินจำนวน 1,300,000 บาท พร้อมดอกเบี้ย จำเลยทั้งสามให้การ ขอให้ยกฟ้อง ศาลชั้นต้นจึงพิพากษายกฟ้อง โจทก์ทั้งสองอุทธรณ์โดยได้รับอนุญาตให้ดำเนินคดีอย่างคนอนาถา

ศาลอุทธรณ์ภาค 1 พิพากษาแก้เป็นว่า ให้จำเลยที่ 1 และที่ 2 ร่วมกันชำระเงินแก่โจทก์ทั้งสองคนละ 360,000 บาท พร้อมดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี ของต้นเงินดังกล่าวนับแต่วันฟ้องจนกว่าจะชำระเสร็จ นอกจากนี้แก้คงให้เป็นไปตามคำพิพากษาศาลชั้นต้น

โจทก์ทั้งสองกับจำเลยที่ 1 และที่ 2 ฎีกา โดยโจทก์ทั้งสองได้รับอนุญาตให้ดำเนินคดีอย่างคนอนาถา

ศาลฎีกาคณะคดีปกครองวินิจฉัยว่า "...พิเคราะห์แล้ว ข้อเท็จจริงที่คู่ความนำเสนอและไม่ได้โต้แย้งกันในชั้นนี้รับฟังเป็นยุติได้ว่า โจทก์ทั้งสองเป็นสามีภริยากันโดยชอบด้วยกฎหมาย จำเลยที่ 3 เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลสมุทรปราการ และเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานของ

จำเลยที่ 1 และที่ 2 เมื่อวันที่ 8 มิถุนายน 2542 โจทก์ที่ 1 มีอาการเจ็บครรภ์ได้เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสมุทรปราการมีจำเลยที่ 3 เป็นแพทย์ผู้ตรวจรักษาโดยวิธีผ่าตัดทำคลอด แต่ทารกในครรภ์ได้ถึงแก่ความตาย และพึงเป็นยุติตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 1 ซึ่งโจทก์ทั้งสองมิได้ฎีกาโต้แย้งว่า โจทก์ทั้งสองไม่มีอำนาจฟ้องจำเลยที่ 3 คดีมีปัญหาต้องวินิจฉัยตามฎีกาของจำเลยที่ 1 และที่ 2 ว่า จำเลยที่ 3 ประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้ทารกถึงแก่ความตาย อันจะทำให้จำเลยที่ 1 และที่ 2 ต้องรับผิดชอบโจทก์ทั้งสองหรือไม่ จำเลยที่ 1 และที่ 2 ฎีกาว่า จำเลยที่ 3 ได้ให้การรักษาค่าคลอดแก่โจทก์ที่ 1 เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แล้ว โดยคำนึงถึงสุขภาพของแม่และเด็กและจากการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัด เหตุที่เกิดขึ้นมิได้เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาดของจำเลยที่ 3 ปัญหาดังกล่าวได้ความจากโจทก์ที่ 1 ว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาล พยาบาลได้พาโจทก์ที่ 1 ไปห้องคลอดและทำความสะอาดร่างกาย จากนั้นให้โจทก์ที่ 1 นอนรอที่ห้องคลอด จนถึงเวลาประมาณ 10 นาฬิกา มีแพทย์หญิงคนหนึ่งเข้ามาตรวจวัดช่องคลอดและสอบถามโจทก์ที่ 1 ว่าลูกคนแรกคลอดโดยวิธีธรรมชาติหรือไม่ โจทก์ที่ 1 บอกว่าคลอดโดยวิธีธรรมชาติ แพทย์หญิงคนดังกล่าวบอกว่าลูกคนแรกคลอดโดยวิธีธรรมชาติคนต่อไปก็คลอดโดยวิธีธรรมชาติได้เช่นกัน จากนั้นก็กลับออกไป ต่อมาเวลาประมาณ 11 นาฬิกา จำเลยที่ 3 เข้ามาตรวจครรภ์ แล้วสั่งให้พยาบาลให้น้ำเกลือแก่โจทก์ที่ 1 ต่อมาเวลาประมาณ 13 นาฬิกา พยาบาลได้นำออกซิเจนมาครอบจมูกช่วยหายใจบอกว่าเพื่อให้ทารกมีอากาศหายใจ จนถึงประมาณ 16 นาฬิกา จำเลยที่ 3 เข้ามาในห้องคลอดและตรวจครรภ์ของโจทก์ที่ 1 แล้วบอกว่ายังไม่สามารถคลอดเองได้ต้องผ่าตัดเอาทารกออก จากนั้นเวลาประมาณ 17 นาฬิกา พยาบาลนำโจทก์ที่ 1 เข้าห้องผ่าตัดหลังจากนั้น โจทก์ที่ 1 ไม่รู้สึกตัวอีกเลย โจทก์ที่ 1 เพ็งทราบบำบุตรของโจทก์ที่ 1 เสียชีวิตในวันรุ่งขึ้น เห็นว่า จากพยานหลักฐานโจทก์ทั้งสองไม่ปรากฏว่าจำเลยที่ 3 ประมาทเลินเล่อในการตรวจรักษาโจทก์ที่ 1 หรือได้ละเว้นไม่ปฏิบัติตามระเบียบวิธีปฏิบัติทางการแพทย์อย่างไร แต่กลับเจือสมกับคำเบิกความของจำเลยที่ 3 และนาง ร พยาบาลผู้ดูแลโจทก์ที่ 1 พยานจำเลยทั้งสามว่า เมื่อได้รับตัวโจทก์ที่ 1 ไว้แล้ว ได้มีการสอบถามประวัติของโจทก์ที่ 1 จึงทราบว่าโจทก์ที่ 1 เคยคลอดบุตรคนแรกโดยวิธีธรรมชาติมาแล้ว จำเลยที่ 3 จึงประเมินว่า ในครั้งนี้ก็น่าจะคลอดโดยวิธีธรรมชาติได้ ต่อมานาง ร และจำเลยที่ 3 ได้ตรวจสุขภาพและช่องคลอดของโจทก์ที่ 1 เป็นระยะๆ ต่อเนื่องกัน พบว่า ทารกในครรภ์มีการเต้นของหัวใจเป็นปกติ ความสัมพันธ์ของการเปิดปากมดลูกและการเคลื่อนที่ลงต่ำของส่วนนำปกติรายละเอียดปรากฏตามบันทึกประเมินสมรรถนะผู้ป่วย และกราฟช่วยดูแลการเจ็บครรภ์คลอด เมื่อพบว่าสีของน้ำคร่ำที่ไหลออกมามีสีผิดปกติ จำเลยที่ 3 ก็ให้การรักษาเบื้องต้นโดยการให้น้ำเกลือและออกซิเจนทันที ซึ่งความผิดปกติของสีน้ำคร่ำนี้ นาง ร ก็เบิกความยืนยันว่า มีปริมาณน้อยเพียง 50 ลูกบาศก์เซนติเมตร และเป็นปกติที่พบได้ในคนไข้ทั่วไป ทั้งยังได้ความจากจำเลยที่ 3 ว่าการบีบตัวของมดลูกและทารกมีการเต้นของหัวใจเป็นปกติอยู่ตลอดเวลาจนกระทั่งเข้าห้องผ่าตัดตามบันทึกการตรวจ แสดงว่าในช่วงเวลา 10 นาฬิกา ซึ่งเป็นเวลาที่จำเลยที่ 3 เข้าไปตรวจครรภ์โจทก์ที่ 1 ในครั้งแรกจนถึงเวลา 16 นาฬิกา ยังไม่มีสิ่งผิดปกติที่จะต้องผ่าตัดแต่อย่างใด เหตุที่จำเลยที่

3 ต้องผ่าตัดทำคลอดโจทก์ที่ 1 ก็เนื่องจากส่วนนำไม่เคลื่อนต่ำลงตามที่ควรจะเป็นซึ่งก่อนทำการผ่าตัดจำเลยที่ 3 ก็ได้พิจารณาทางเลือก 2 ทาง คือการผ่าตัดทำคลอดกับการใช้เครื่องดูดออก แต่เมื่อประเมินแล้วจำเลยที่ 3 เห็นว่าศีรษะทารกอยู่สูง หากใช้เครื่องดูดอาจไม่ปลอดภัยทั้งแม่และเด็ก จึงตัดสินใจผ่าตัด ดังนั้น การไม่รับผ่าตัดและผ่าตัดล่าช้าไปบ้าง จึงหาใช่เป็นข้อบกพร่องจำเลยที่ 3 ประมาทเลินเล่อในการตรวจรักษาหรือตัดสินใจผิดพลาดดังที่ศาลอุทธรณ์ภาค 1 วินิจฉัยไม่ นอกจากนี้ในการผ่าตัดก็ได้ความจากจำเลยที่ 3 ว่าได้มีการใช้ทีมแพทย์พยาบาลตามมาตรฐานเมื่อผ่าตัดทารกออกมาพบว่าหัวใจทารกไม่เต้น ทีมผ่าตัดได้ทำการปฐมพยาบาล บีบหัวใจ ให้ยากระตุ้น และใส่ท่อช่วยหายใจ แต่ไม่สามารถช่วยชีวิตทารกไว้ได้ ประกอบกับยังได้ความจากคำเบิกความของนายแพทย์อาภุสฎี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชโรงพยาบาลสมุทรปราการ พยานโจทก์ทั้งสองว่า พยานตรวจดูการปฏิบัติงานของแพทย์ที่ทำคลอดรายนี้แล้ว เห็นว่า การปฏิบัติงานอยู่ในเกณฑ์ที่ดี อันเป็นการสนับสนุนข้อนำสืบของจำเลยทั้งสามให้มีน้ำหนักในการรับฟังมากขึ้น แม้ต่อมาจะปรากฏว่าทางโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการจะได้มอบศพทารกให้มูลนิธิร่วมกุศลไปเผา โดยมีได้รับความยินยอมจากโจทก์ทั้งสองก็ตาม ก็เป็นเรื่องวิธีปฏิบัติของทางโรงพยาบาลจังหวัดสมุทรปราการ หาได้เกี่ยวข้องกับจำเลยที่ 3 ไม่ ทั้งยังได้ความจากนายน้อย พนักงานรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลสมุทรปราการ พยานจำเลยทั้งสามว่า พยานเก็บศพทารกรายนี้ไว้ในตู้เย็น ในวันรุ่งขึ้นมีผู้หญิงสองคนมาขอศพทารกดังกล่าว แต่ไม่ได้พูดอะไร พยานเก็บศพทารกไว้จนถึงวันที่ 11 มิถุนายน 2542 ก็มอบให้มูลนิธิร่วมกุศลนำไปบำเพ็ญกุศลซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติตามปกติ หาได้มีข้อพิรุธหรือน่าสงสัยไม่ และในช่วงเวลาดังกล่าวก็ไม่ปรากฏว่าโจทก์ทั้งสองได้ร้องเรียนหรือขอความเป็นธรรมต่อทางโรงพยาบาลสมุทรปราการถึงสาเหตุการตายแต่อย่างใด เห็นว่า พยานหลักฐานของจำเลยทั้งสามที่นำสืบมามีน้ำหนักมากกว่าพยานหลักฐานของโจทก์ทั้งสอง ข้อเท็จจริงฟังได้ว่าจำเลยที่ 3 ได้ใช้ความระมัดระวังในการตรวจรักษาโจทก์ที่ 1 ตามความรู้ความสามารถในการประกอบวิชาชีพแพทย์แล้ว การกระทำของจำเลยที่ 3 จึงไม่เป็นการละเมิดต่อโจทก์ทั้งสอง จำเลยที่ 1 และที่ 2 ในฐานะหน่วยงานของรัฐที่จำเลยที่ 3 สังเกต จึงไม่ต้องรับผิดชอบต่อโจทก์ทั้งสอง ที่ศาลอุทธรณ์ภาค 1 พิพากษามานั้นไม่ต้องด้วยความเห็นของศาลฎีกา ฎีกาของจำเลยที่ 1 และที่ 2 ฟังขึ้น”

คำวินิจฉัย

พิพากษาแก้เป็นว่า ให้ยกฟ้องโจทก์ทั้งสองสำหรับจำเลยที่ 1 และที่ 2 เสียด้วย นอกจากนี้ก็แก้ไขเป็นไปตามคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ภาค 1

2. การจ่ายเงินทดแทนสำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 7767/2559

ย่อฎีกา

การประสบอันตรายในคดีนี้เป็นเหตุให้ ส. ได้รับบาดเจ็บกระดูกแขนซ้ายแตกหัก กล้ามเนื้อแขนซ้ายชอกช้ำ กระดูกสันหลังระดับทรวงอกปล้องที่ 12 และระดับเอวปล้องที่ 1 หัก ยุบ แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกแขนซ้ายด้วยโลหะและใส่เฝือกพุงหลัง ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอยู่ระยะหนึ่ง แพทย์รักษาทางยาและทำกายภาพบำบัด ต่อมา แพทย์ทำการผ่าตัดเพื่อนำเอาเหล็กที่ตามไว้ที่แขนซ้ายออก ดังนี้ แม้การประสบอันตรายของ ส. จะได้รับการผ่าตัดเพื่อนำเอาเหล็กที่ตามไว้ที่แขนซ้ายออก เพียงแห่งเดียวก็ตาม แต่ก็ถือว่า เป็นกรณีที่ ส. ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกหลายแห่งและต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขซึ่งอยู่ในเกณฑ์จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นเพิ่มอีกไม่เกินหกหมื่นห้าพันบาท สำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่มีลักษณะตามกฎหมายกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (2) แล้ว

ประเด็นวินิจฉัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- พ.ร.บ.เงินทดแทน พ.ศ. 2537 มาตรา 13 หนึ่ง
- กฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 2, 3, (2), (4)

ข้อเท็จจริงและการวินิจฉัย

โจทก์ฟ้องและแก้ไขคำฟ้องขอให้เพิกถอนคำวินิจฉัยที่ 251/2554 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2554 ของคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน และให้จำเลยชำระค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินจาก 45,000 บาท อีกจำนวน 33,421 บาท แก่โจทก์

ศาลฎีกาแผนกคดีแรงงานวินิจฉัยว่า ข้อเท็จจริงเป็นยุติว่า โจทก์เป็นนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด มีวัตถุประสงค์ในการจำหน่ายเปียร์ สุรา โซดา และน้ำดื่ม ส่วนจำเลยเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย สังกัดกระทรวงแรงงานมีอำนาจหน้าที่ชี้ขาดและออกคำสั่งเกี่ยวกับพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 เมื่อวันที่ 25 สิงหาคม 2553 เวลาประมาณ 14 นาฬิกา นาย ส ลูกจ้างของโจทก์ทำงานในตำแหน่งพนักงานขาย ขับรถยนต์นำสินค้าไปส่งให้ลูกค้าของโจทก์ ขณะขับรถกลับข้ามทางรถไฟได้เฉี่ยวชนกับขบวนรถไฟ บริเวณหมู่ที่ 1 ตำบลป่าชิง อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เป็นเหตุให้นาย ส ได้รับบาดเจ็บถูกส่งตัวไปรักษาเบื้องต้นที่โรงพยาบาลจะนะแล้วแพทย์ส่งตัวนาย ส ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลสงขลา ผลการตรวจพบว่ากระดูกแขนซ้ายแตกหัก กล้ามเนื้อแขนซ้ายชอกช้ำ กระดูกสันหลังระดับทรวงอกปล้องที่ 12 และระดับเอวปล้องที่ 1 หัก ยุบ แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกแขนซ้ายด้วยโลหะ และใส่เฝือกพุงหลัง นาย ส ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงขลาตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2553ถึงวันที่ 3 กันยายน

2553 รวม 9 วัน แล้วย้ายไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 3 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2553 รวม 7 วัน แพทย์รักษาทางยาและทำกายภาพบำบัด ต่อมาวันที่ 6 ธันวาคม 2553 นาย ส เข้ารับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อนำเอาเหล็กที่ตามไว้ที่แขนซ้ายซ้ายออก ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหาดใหญ่จนถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2553 เสียค่ารักษาพยาบาล รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 78,421 บาท โรงพยาบาลหาดใหญ่แจ้งนาย ส ว่ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล ตามสิทธิประกันสังคมได้เป็นเงินเพียง 45,000 บาท เท่านั้น โจทก์ในฐานะนายจ้างจึงออกเงินค่า รักษาพยาบาลส่วนเกินเป็นเงิน 33,421 บาท แทนนาย ส ไป ต่อมาวันที่ 21 ธันวาคม 2553 โจทก์ยื่นคำขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลส่วนเกิน 45,000 บาท ต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัด สงขลาซึ่งแจ้งผลการวินิจฉัยตามมติคณะกรรมการการแพทย์หน่วยที่ 2 ในการประชุมครั้งที่ 8/2554 วันที่ 27 เมษายน 2554 ว่า การประสบอันตรายของนาย ส มีสิทธิได้รับค่า รักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 45,000 บาท เนื่องจากการบาดเจ็บไม่เข้า ข่ายกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 โจทก์จึงยื่น อุทธรณ์คัดค้านคำวินิจฉัยต่อคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ต่อมาวันที่ 30 ธันวาคม 2554 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสงขลาแจ้งคำวินิจฉัยคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนที่ 251/2554 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2554 ให้โจทก์ทราบว่า นาย ส ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกมากกว่า หนึ่งแห่งแต่ได้รับการผ่าตัดตามกระดูกแขนซ้ายเพียงแห่งเดียวกรณีไม่ใช้การบาดเจ็บอย่างรุนแรง ของกระดูกหลายแห่งและต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไข ตามกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่า รักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (2) และในกรณีนี้แม้เป็นการบาดเจ็บกระดูกสัน หลังหักยุบแต่ยังคงมีความมั่นคง (stable) และไม่มีอาการทางระบบประสาท แพทย์จึงใส่เฝือก ตามหลัง จึงไม่ใช่กรณีการบาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกสันหลัง ไหล่หลัง หรือรากประสาท ตามกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (4) การ ประสบอันตรายของนาย ส มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 45,000 บาท ให้ยกอุทธรณ์ของโจทก์ โจทก์จึงมาฟ้องขอเพิกถอนคำสั่งของคณะกรรมการกองทุน เงินทดแทน ที่ 251/2554 ลงวันที่ 26 ตุลาคม 2554 ศาลแรงงานภาค 9 วินิจฉัยว่า จาก ข้อเท็จจริงที่ปรากฏว่านาย ส เข้าพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลสงขลาตั้งแต่วันที่ 25 สิงหาคม 2553 เรื่อยมาแล้วเข้ารับรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ถึงวันที่ 10 กันยายน 2553 แล้วเข้ารับรักษาตัว ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลหาดใหญ่อีก 2 ครั้ง คือวันที่ 25 พฤศจิกายน 2553 และวันที่ 6 ถึงวันที่ 10 ธันวาคม 2553 เป็นการเข้ารับการรักษาโดยมีค่ารักษาพยาบาลเป็นค่าง่ายอย่างต่อเนื่องเป็น เวลาไม่น้อยกว่า 20 วัน ต้องด้วยประกาศกระทรวงแรงงานเรื่องการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อย่างอื่นซึ่งรุนแรงหรือเรื้อรัง พ.ศ.2553 ข้อ 4 (4) ย่อมถือว่านาย ส ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ของกระดูกสันหลังตามกฎหมายกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (4) ก็วินิจฉัยว่า ตามกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ. 2551 ข้อ 3 กำหนดว่า การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างในลักษณะดังต่อไปนี้ (2) บาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกหลายแห่งและต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขนั้น ไม่มีข้อกำหนดว่า

จะต้องเป็นการผ่าตัดแก้ไขของกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บทุกแห่งไป กรณีนาย ส ประสบอันตรายบาดเจ็บของกระดูกหลายแห่ง แม้แพทย์จะทำการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกแขนซ้ายเพียงอย่างเดียว ส่วนกระดูกสันหลังได้รับการรักษาโดยการใส่เฝือกก็ตาม ก็ต้องถือเป็นการได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกหลายแห่งและได้รับการผ่าตัดแก้ไข ตามกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (2) แล้ว

คดีมีปัญหาต้องวินิจฉัยตามอุทธรณ์ของจำเลยว่า การประสบอันตรายของนาย ส ลูกจ้าง เป็นกรณีบาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกหลายแห่งและต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขตามกฎหมายกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ. 2551 ข้อ 3 (2) หรือไม่ เห็นว่า ข้อเท็จจริงได้ความตามที่ศาลแรงงานภาค 9 รับฟังมาว่า การประสบอันตรายในคดีนี้เป็นเหตุให้นาย ส ได้รับบาดเจ็บกระดูกแขนซ้ายแตกหัก กล้ามเนื้อแขนซ้ายชอกช้ำกระดูกสันหลังระดับทรวงอกปล้องที่ 12 และระดับเอวปล้องที่ 1 หักยุบ แพทย์ทำการรักษาโดยการผ่าตัดตามกระดูกแขนซ้ายด้วยโลหะและใส่เฝือกพยุงหลัง ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลอยู่ระยะหนึ่ง แพทย์รักษาทางยาและทำกายภาพบำบัด ต่อมาแพทย์ทำการผ่าตัดเพื่อนำเอาเหล็กที่ตามไว้ที่แขนซ้ายออก ดังนี้ แม้การประสบอันตรายดังกล่าวของนาย ส จะได้รับการผ่าตัดเพื่อตามและถอดเหล็กตามที่กระดูกแขนซ้ายเพียงแห่งเดียวก็ตาม แต่ก็ถือได้ว่าเป็นกรณีที่นาย ส ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงของกระดูกหลายแห่งและต้องได้รับการผ่าตัดแก้ไขซึ่งอยู่ในเกณฑ์จ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นเพิ่มอีกไม่เกินหกหมื่นห้าพันบาทสำหรับการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่มีลักษณะตามกฎหมายกระทรวงกำหนดอัตราค่ารักษาพยาบาลที่ให้นายจ้างจ่าย พ.ศ.2551 ข้อ 3 (2) แล้ว ที่ศาลแรงงานภาค 9 วินิจฉัยมาในประเด็นดังกล่าวจึงชอบแล้ว อุทธรณ์ข้อนี้ของจำเลยฟังไม่ขึ้น ส่วนอุทธรณ์ประการอื่นของจำเลยไม่ทำให้ผลของคดีเปลี่ยนแปลงไป จึงไม่จำต้องวินิจฉัย พิพากษายืน

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. การเตรียมต้นฉบับสำหรับบทความวิจัย

1.1 บทความวิจัย ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

ชื่อบทความ (Title) ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ควรกะทัดรัด ไม่ยาวเกินไป ถ้าบทความเป็นภาษาไทย ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน (Authors) ชื่อตำแหน่ง – ชื่อเต็ม – นามสกุลเต็ม ของผู้เขียนทุกคน ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับผู้เขียนประสานงานให้ใส่ที่อยู่ให้ละเอียด พร้อมทั้งหมายเลขโทรศัพท์ / โทรสาร และ E-mail address ที่สามารถติดต่อได้ และให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) กำกับด้วยไว้บนนามสกุล เพื่อระบุที่อยู่ของผู้เขียน

บทคัดย่อ (Abstract) ควรสั้น ตรงประเด็น ครอบคลุมสาระสำคัญของการศึกษา ได้แก่ วัตถุประสงค์ วิธีการ ผลการวิจารณ์ เป็นต้น ถ้าบทความเป็นภาษาไทยจะต้องมีบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยให้ภาษาไทยขึ้นก่อน

คำสำคัญ (Key words) ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เป็นการกำหนดคำสำคัญที่สามารถไปใช้สืบค้นในระบบฐานข้อมูล

****หมายเหตุ :** เนื้อหาส่วนปกจะต้องเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา

บทนำ (Introduction) เพื่ออธิบายถึงความสำคัญของปัญหา และวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงการตรวจเอกสาร วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการ (Materials and Methods) / วิธีดำเนินการวิจัย (Research Methodology) อธิบายเครื่องมือและวิธีการดำเนินการวิจัยให้ชัดเจน

ผลการวิจัย (Results) เสนอผลการทดลอง วิจัย อย่างชัดเจน ตรงประเด็น ควรมีรูปภาพ และ/หรือ ตารางประกอบ การอธิบายผลในตารางและรูปภาพต้องไม่ซ้ำซ้อนกัน

การอภิปรายผล (Discussion) เป็นการอภิปรายผลการวิจัย เพื่อให้ผู้อ่านมีความเห็นคล้อยตาม เพื่อเปรียบเทียบกับผลการวิจัยของผู้อื่น เพื่อเสนอแนวทางที่จะใช้ประโยชน์ผลการวิจัยและการอภิปรายผล (Results and Discussion) อาจนำมาเขียนตอนเดียวกันได้

สรุป (Conclusion) และข้อเสนอแนะ (Recommendation) เป็นการสรุปประเด็น และสาระสำคัญของการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) เพื่อแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือในการวิจัย อาจมีหรือไม่ก็ได้

เอกสารอ้างอิง (Reference) เป็นรายชื่อเอกสารที่ใช้เป็นหลักในการค้นคว้าวิจัยที่ได้รับการตรวจสอบเพื่อนำมาเตรียมรายงาน และมีการอ้างอิงถึงเฉพาะเอกสารที่ปรากฏในบทความเท่านั้น การอ้างอิงให้จัดเรียงตามลำดับตัวอักษร นำโดยกลุ่มเอกสารภาษาไทย โดยให้ยึดถือรูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง ดังต่อไปนี้

การอ้างเอกสารในเนื้อเรื่องของบทความ (In-text Citations)

การอ้างอิงเอกสารในเนื้อเรื่องใช้ ระบบนามปี (Name-year System) เท่านั้น โดยเริ่มจากชื่อผู้แต่งแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารนั้น ถ้าเป็นภาษาอังกฤษให้ใช้เพียงชื่อสกุลนำหน้าแล้วตามด้วยปีที่เผยแพร่เอกสารถ้าเป็นเอกสารภาษาไทยให้ใช้ชื่อต้นนำหน้า ตามด้วยนามสกุล และปีที่เผยแพร่เอกสาร ในกรณีที่ผู้แต่ง 2 คนให้ใส่ชื่อครบทุกคน และถ้ามากกว่า 2 คน ให้ใส่เฉพาะชื่อคนแรกแล้วตามด้วย “และคณะ” (ถ้าเป็นภาษาอังกฤษใช้ “et al.”)

การเขียนรายการเอกสารอ้างอิง (Reference list) จาก

1. หนังสือ

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

2. หนังสือแปล

ผู้แต่ง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อเรื่องของหนังสือแปล// แปลจาก (ชื่อเรื่องในภาษาเดิม).// โดย (ชื่อผู้แปล).// ครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

3. บทความหรือบทในหนังสือ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน ชื่อบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม.// ชื่อเรื่อง.// เลขหน้า.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

4. บทความในหนังสือรายงานประชุมทางวิชาการ/ สัมมนาทางวิชาการ

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// หน้า/เลขหน้า.// ใน ชื่อบรรณาธิการ.// ชื่อเรื่องรายงานการประชุม.// สถานที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

5. วารสาร

ผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสาร.// ปีที่.// ฉบับที่.// เลขหน้า.

6. บทความในหนังสือพิมพ์

ชื่อผู้เขียน.// (ปี/วัน/เดือน).// ชื่อบทความ.// ชื่อหนังสือพิมพ์.// หน้า/เลขหน้า.

7. บทความในสารานุกรม

ชื่อผู้เขียนบทความ.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อบทความ.// ใน/ชื่อสารานุกรม.// เล่มที่.// เลขหน้า-เลขหน้า.

8. วิทยานิพนธ์

ผู้เขียนวิทยานิพนธ์.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อวิทยานิพนธ์.// ระดับวิทยานิพนธ์.// ชื่อสาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย.

9. สื่ออิเล็กทรอนิกส์(สื่ออิเล็กทรอนิกส์) :WWW.

ผู้เขียน.// (ปี).// ชื่อบทความ.// ชื่อวารสารหรือนิตยสาร.// ปีที่/(เดือนหรือฉบับที่):/เลขหน้า (ถ้ามี).// วัน เดือน ปีที่ค้นข้อมูล/ชื่อฐานข้อมูลหรือที่อยู่ของบทความ(URL).

10. จดหมายเหตุ คำสั่ง ประกาศ

ชื่อหน่วยงาน.// (ปี/วัน/เดือน).// ชื่อของเอกสาร.// เลขที่ของเอกสาร(ถ้ามี).

11. ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน

ชื่อหน่วยงาน.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// เล่มที่(ถ้ามี).// ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

12. มีเฉพาะชื่อบรรณาธิการเป็นผู้รวบรวม

ชื่อบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม หรือผู้เรียบเรียง.// (ปีที่พิมพ์).// ชื่อหนังสือ.// เล่มที่(ถ้ามี).// ครั้งที่พิมพ์(ถ้ามี).// เมืองที่พิมพ์.// สำนักพิมพ์.

1.2 บทความวิชาการ ประกอบด้วย

1. ส่วนปก

มีส่วนประกอบเหมือนบทความวิจัย และเขียนให้อยู่ในกระดาษจำนวน 1 หน้า เท่านั้น

2. ส่วนเนื้อหา ประกอบด้วย

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนของที่มาของมูลเหตุของการเขียนบทความ

วิธีการศึกษา/วิธีดำเนินการ (Method) (ถ้ามี) เป็นการอธิบายวิธีการศึกษาหรือการดำเนินการตามประเภทของบทความวิชาการ

ผลการศึกษา/ผลการดำเนินการ (Results) เป็นการเสนอผลอย่างชัดเจน ตามประเด็น
โดยลำดับ ตามหัวข้อที่ศึกษาหรือดำเนินการ

สรุป (Conclusion) สรุปประเด็น และสาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา

2. รูปแบบการพิมพ์บทความวิจัย และบทความวิชาการ

2.1 การตั้งค่าน้ำกระดาษ

- ระยะขอบของขอบบน (Top Margin) ขอบล่าง (Bottom Margin) 2.54 ซม.
ขอบขวา (Right Margin) 2.54 ซม. ขอบซ้าย (Left Margin) 3.17 ซม.

- รูปแบบตัวอักษร ใช้ TH Sarabun ตลอดทั้งบทความ ขนาด 15

- หมายเลขหน้า ตำแหน่ง ด้านบน

- จำนวนหน้า 10 -15 หน้า

- ชื่อวารสาร ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อบทความ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 18 ตัวหนา

- ชื่อผู้เขียน ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 15 จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ

- ตัวเลขยก (บนนามสกุล) ขนาดตัวอักษร 14

- ตำแหน่งทางวิชาการและที่อยู่ ภาษาไทย ขนาดตัวอักษร 12

- ชื่อบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 15 ตัวหนา และ

ชิตขอบ

- เนื้อหาบทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ขนาดตัวอักษร 14

- เนื้อหาบทความ ขนาดตัวอักษร 15

3. เกณฑ์การประเมินบทความ

กองบรรณาธิการจะพิจารณาบทความเบื้องต้น เกี่ยวกับความถูกต้องของรูปแบบทั่วไป
ถ้าไม่ผ่านการพิจารณา จะส่งกลับเพื่อทำการแก้ไข ถ้าผ่านจะเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกและเมื่อบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ ผู้เขียนจะได้รับหนังสือรับรองการตีพิมพ์
บทความ พร้อมทั้งวารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ฉบับที่นำบทความลงตีพิมพ์ผลงาน
จำนวน 2 ฉบับ

ขั้นตอนการตรวจสอบ/ทบทวนบทความต้นฉบับโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

