



วารสารนิติศาสตร์  
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์  
THAMMASAT LAW JOURNAL

ชื่อเรื่อง: ประเด็นทางกฎหมายในทางปฏิบัติของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล

ชื่อผู้แต่ง: พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน

การอ้างอิงที่แนะนำ: พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน, 'ประเด็นทางกฎหมายในทางปฏิบัติของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล' (2564) 4 วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 622.

### ผู้สนับสนุนหลัก

**SATYAPON  
& PARTNERS**  
THAILAND Intellectual Property Law Firm

Tax and Legal Counsellors  
**Seri Manop & Doyle**

**Baker  
McKenzie.**



**SAIJO DENKI**

ร่วมกับ



บริษัท ซัยโจ เดนกิ อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด

สมาคมนิติศาสตร์ มธ.



### ผู้สนับสนุนร่วม



โครงการวารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง  
เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 โทร. 02 613 2169 อีเมล [tu.lawjournal@tu.ac.th](mailto:tu.lawjournal@tu.ac.th)

ประเด็นทางกฎหมายในทางปฏิบัติของหลักความยินยอม  
ในการรักษาพยาบาล  
Practical Legal Issues of Consent for Medical  
Treatment

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโกคิน

ผู้อำนวยการ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

Pisit Sriakkpokin

Expert, National Health Commission Office

วันที่รับบทความ 10 สิงหาคม 2564; วันแก้ไขบทความ 27 ตุลาคม 2564; วันตอบรับบทความ 29 พฤศจิกายน 2564

### บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการอธิบายประเด็นข้อกฎหมายและประเด็นในทางปฏิบัติของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น โดยแม้ว่าหลักการดังกล่าวจะถูกบัญญัติรับรองไว้ในมาตรา 8 และมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็ตาม แต่ก็มีประเด็นทางกฎหมายและประเด็นในทางปฏิบัติที่จะต้องอาศัยการตีความและการอธิบายความหลักกฎหมายดังกล่าว ได้แก่ เรื่องอายุของผู้แสดงเจตนาให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล สติสัมปชัญญะของผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล การนำความเชื่อส่วนบุคคลมาใช้ในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล การยอมรับหรือการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช การปฏิเสธการรักษาพยาบาล การอนุญาตรวมทั้งข้อยกเว้นของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล ทั้งในเรื่องอายุ ผู้มีความบกพร่องทางจิต การรักษาพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และประเด็นเรื่องญาติเข้ามายินยอมในการรักษาพยาบาลแทนผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ

บทความนี้จะนำเสนอการตีความและการอธิบายความประเด็นข้อกฎหมายและประเด็นในทางปฏิบัติของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลซึ่งจำเป็นจะต้องนำความเห็นทางตำรา

องค์ความรู้ทางการแพทย์ และแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์อันได้แก่ ประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย และหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาล และความยินยอมของผู้ป่วยประกอบด้วย เพื่ออธิบายความเพื่อตีความให้หลักการนี้ให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

**คำสำคัญ:** ความยินยอมในการรักษาพยาบาล ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

## Abstract

This article addresses the legal and practical issues concerning consent for medical treatment. Although the principles on consent are recognized in Sections 8 and 12 of the National Health Act B.E. 2550 and Section 21 of the Mental Health Act 2008, there are some legal and practical issues that require further interpretation and explanation including the age of the person giving consent, the consciousness of the person giving consent, the decisions whether to accept or refuse medical treatment based on personal beliefs, the decision whether to receive psychiatric care, the denial of medical treatment, euthanasia, the exceptions to the principle of consent for medical treatment on the grounds of age, mental disorder, emergency care, or the case where the patient cannot be informed, and the case relatives giving consent instead of unconscious patients.

This article suggests the interpretation and explanation of the legal and practical issues on the consent for medical treatment incorporating academic views, medical aspects, and recognized guidelines for medical practice, including the declaration of rights and practices of patients and guidelines for providing information on medical services and patient consent. The author intends to provide the interpretation as appropriate for the practitioners in the field of public health.

**Keywords:** consent for medical treatment, informed consent

## 1. บทนำ

หลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล (informed consent) แม้จะเป็นหลักการทั่วไปในทางการแพทย์ มีบทความทางวิชาการที่เกี่ยวกับหัวข้อนี้มากมาย แต่ก็มีประเด็นปัญหาทางกฎหมายและทางปฏิบัติปลีกย่อยของหลักการดังกล่าวมากมาย ดังนั้นผู้เขียนจึงรวบรวมประเด็นปัญหาในทางกฎหมายและปัญหาในทางปฏิบัติปลีกย่อยต่าง ๆ เพื่ออธิบายหลักการนี้ ซึ่งหลายประเด็นเป็นสิ่งที่ต้องอาศัยความเห็นทางตำรา องค์ความรู้ทางการแพทย์ และแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์อันได้แก่ ประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย และหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย ในการอธิบาย ทั้งนี้เพื่อให้นักกฎหมายเข้าใจกระบวนการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย โดยผู้เขียนขออธิบายเป็นลำดับไปดังต่อไปนี้

## 2. หลักกฎหมายเกี่ยวกับความยินยอมในการรักษาพยาบาลในประเทศไทย

หลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลหรือหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึงความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีของการประกอบวิชาชีพแต่ละประเภท โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพมีวัตถุประสงค์ประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง และผลที่เกิดต่อผู้ป่วยในภายหลังจะเป็นอย่างไรตลอดจนอันตรายหรือผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้น หากมีมากน้อยเพียงใด ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ<sup>1</sup>

หลักการที่อยู่เบื้องหลังของหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลนี้มีที่มาจากการยอมรับในอิสระของตนเอง (autonomy) และสิทธิในการตัดสินใจอย่างอิสระ (right to self-determination) ในตัวผู้ป่วยว่ามีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายของตนเองได้ โดยสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิโดยธรรมชาติของบุคคลในการเลือกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปของร่างกายตนเอง<sup>2</sup>

ในอดีตถือกันว่าการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลเป็นหน้าที่ของแพทย์ตามหลักพ่อปกครองลูก (paternalism) เนื่องจากสังคมสมัยก่อนเห็นว่าแพทย์เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเหนือผู้ป่วย ย่อมจะตัดสินใจเลือกการรักษาที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงเป็นเพียงวัตถุแห่งการรักษาพยาบาล แต่เมื่อสังคมพัฒนาและให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชนมากขึ้น แนวความคิดนี้จึงเปลี่ยนไปจากที่แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ มาเป็นให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งในจริยธรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ให้ความสำคัญกับหลักการนี้ และถือว่าเป็นหลักการสำคัญที่แพทย์ทั่วโลกยึดถือ โดยปัจจุบัน

<sup>1</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส, ‘ความยินยอมเพื่อรับการรักษากับการรักษาพยาบาลเชิงพาณิชย์’ (พฤษภาคม-สิงหาคม 2558) 1 วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 136, 138 <[https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal\\_law/1-2/09\\_Sawaeng.pdf](https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/1-2/09_Sawaeng.pdf)> สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2564.

<sup>2</sup> ดูประกอบ ศักดา สติระเรื่องชัย, ‘ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวในเวชปฏิบัติทั่วไป’ (มกราคม-มิถุนายน 2557) 7 เวชบัณฑิตกสิกรรม 30.

หลักการนี้แพทยสมาคมโลก (World Medical Association: WMA) ได้รับรองไว้ในปฏิญญาลิสบอนที่ว่าด้านสิทธิผู้ป่วย (WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)<sup>3</sup>

เมื่อพิจารณาในระบบกฎหมายไทยมีกฎหมายบ้านเมืองที่เกี่ยวข้องกับหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลหลายฉบับ นอกจากนั้นหลักการนี้ยังได้รับการรับรองในแนวทางการปฏิบัติในทางการแพทย์และสาธารณสุขด้วย โดยมีกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่รับรองหลักการดังกล่าวดังต่อไปนี้

**มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** หลักการนี้ใช้ในการรักษาพยาบาลทุกกรณี โดยมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า

“ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(๑) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(๒) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้”

**มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550** ได้บัญญัติรับรองหลักการที่ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเพื่อแสดงความต้องการการรักษาพยาบาลหรือการปฏิเสธการรักษาพยาบาลบางอย่างในช่วงที่ตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะและอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตของตนเอง โดยหนังสือแสดงเจตนาเป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการสื่อสารในการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) โดยมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบ”

<sup>3</sup> World Medical Association, ‘Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient’ (World Medical Association, 7 August 2018) <<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient>> accessed 9 June 2020.

มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้บัญญัติรับรองหลักความยินยอมของบุคคลในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาทางจิตเวช โดยมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 บัญญัติว่า

“การบำบัดรักษาจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

หนังสือให้ความยินยอมตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามแบบที่คณะกรรมการกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา”

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการปฏิบัติที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขให้การยอมรับ ได้รับรองหลักความยินยอมในการรักษาพยาบาล ได้แก่ ข้อ 2 ข้อ 3 และข้อ 9 แห่งคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ได้แก่

“ข้อ 2 ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็น เร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

ข้อ 3 ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อ 9 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้”

เมื่อพิจารณาจากกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติข้างต้นพบว่าหลักการทั้งหมดจะสอดคล้องกันทั้งหมด

### 3. อายุในการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

เรื่องอายุในการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาข้อกฎหมาย โดยเมื่อพิจารณากฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวกับเรื่องการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลพบว่าพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดอายุของผู้ป่วยที่ให้ความยินยอมในการรับการรักษาทางจิตเวชไว้ คือ 18 ปีบริบูรณ์ ในคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยกำหนดอายุของผู้ป่วย

ที่สามารถให้ความยินยอมในการรับการรักษาพยาบาลไว้ที่ 18 ปีบริบูรณ์เช่นกัน แต่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ได้กำหนดอายุในการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลไว้

ดังนั้นในประเด็นนี้ต้องตีความพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และคำประกาศสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย คือ บุคคลที่อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปสามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง

การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองหรือตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตร่างกายของตนเองจึงไม่ใช่การแสดงเจตนาที่จะเปลี่ยนแปลง โอน สงวน หรือระงับซึ่งสิทธิ ไม่ใช่การทำนิติกรรม สัญญาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งอายุ 18 ปีบริบูรณ์ในทางการแพทย์ถือว่าบุคคลมีความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองได้แล้ว

#### 4. สถิติสัมปชัญญะของผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

เรื่องสถิติสัมปชัญญะของผู้ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาข้อเท็จจริง โดยผู้ที่ให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลจะต้องมีสถิติสัมปชัญญะพอที่จะตัดสินใจได้ เกณฑ์ในการประเมินสถิติสัมปชัญญะจะใช้มาตรฐานของวิญญูชนในการพิจารณา ในประเด็นนี้นักกฎหมายและแพทย์จะเข้าใจไม่ตรงกัน กล่าวคือ สถิติสัมปชัญญะเป็นคำที่คนทั่วไปและนักกฎหมายเข้าใจว่าผู้นั้นมีสติ ตื่นรู้ มีความสามารถในการทำนิติกรรมต่าง ๆ ได้ แต่ในทางการแพทย์การพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีสถิติสัมปชัญญะหรือไม่นั้นจะใช้เกณฑ์ทั่วไปที่ทุกคนสามารถทำได้ เช่น รับรู้กาลและเวลา จดจำสิ่งต่าง ๆ รอบตัวได้ รับรู้ถึงเหตุการณ์ในอดีตและปัจจุบัน เข้าใจสาระสำคัญของสิ่งที่กำลังพูดคุยปรึกษาหารือกัน คิดวิเคราะห์ให้ได้ ถ้าในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขพูดคุยกับผู้นั้นแล้วพบว่ามีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ตัดสินใจ รับรู้และเข้าใจเหตุการณ์รอบตัวได้แบบบุคคลทั่วไปถือว่ามีสถิติสัมปชัญญะพอที่จะตัดสินใจได้แล้ว<sup>4</sup> เว้นแต่ในกรณีที่สังเกตเห็นว่ามีความสามารถในการคิดวิเคราะห์แบบผิดปกติหรือลักษณะการแสดงออกของบุคคลนั้นมีความแปลกแยกกว่าบุคคลทั่วไปก็ต้องส่งให้กับจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการทางจิตเวชของผู้นั้นต่อไป

หากจะมีการประเมินสถิติสัมปชัญญะจะอย่างไร เพราะมีบางกรณีที่จะต้องนำผลการประเมินนี้ชี้แจงต่อศาล เช่น ในกรณีมีการทำนิติกรรมสัญญาในสถานพยาบาล เป็นต้น

กรณีนี้ในทางการแพทย์ไม่มีวิธีการประเมินสถิติสัมปชัญญะ (เพราะการประเมินสถิติสัมปชัญญะจะใช้มาตรฐานของวิญญูชนพิจารณาตามที่อธิบายข้างต้น) แต่ในทางการแพทย์จะมีวิธีการประเมินทางจิตเวชและระบบประสาทหลายรูปแบบโดยแต่ละรูปแบบจะมีวัตถุประสงค์และความจำเพาะในการประเมินบุคคลที่ต้องสงสัยว่าป่วยด้วยโรคหรืออาการนั้นแตกต่างกัน<sup>5</sup> เช่น แบบประเมินกลาสโกว์โคม่า สเกล (Glasgow Coma Scale: GCS) เป็นมาตรวัดระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

<sup>4</sup> ดูประกอบ ศักดา สตรีเรืองชัย และปรานี ปวีณนา, 'การประเมินความสามารถในการแสดงเจตนา' (มกราคม-มิถุนายน 2557) 8 วารสารสมาคมแพทย์นิติเวชแห่งประเทศไทย 54.

<sup>5</sup> วีรศักดิ์ เมื่อไพศาล, 'การตรวจเบื้องต้นสำหรับภาวะสมองเสื่อม' (คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช) <[https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network\\_title1\\_3.html](https://www.si.mahidol.ac.th/project/geriatrics/network_title1_3.html)> สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2564.

ขาดเจ็บสมอง<sup>6</sup>, แบบประเมิน (Thai Mental State Examination: TMSE) เป็นการทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม<sup>7</sup>, แบบทดสอบความวิตกกังวลและประเมินสภาพจิตใจ (Chula Mental Test: CMT) เป็นแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์และคัดกรองภาวะซึมเศร้า<sup>8</sup>, แบบประเมินปัญหาความจำเบื้องต้นของผู้ป่วย โดยใช้การตรวจสอบสถานะทางจิตแบบย่อ (Mini-Mental State Examination : MMSE)<sup>9</sup> เป็นต้น

ดังนั้น นักกฎหมายควรปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชถึงวิธีการประเมินที่เหมาะสมกับบุคคลแต่ละราย ในกรณีที่มีการทำนิติกรรมหรือสัญญาในสถานพยาบาล เพื่อป้องกันการโต้แย้งทางศาล ในประเด็นความสามารถของผู้ทำนิติกรรมหรือสัญญาดังกล่าว

## 5. การนำความเชื่อส่วนบุคคลมาใช้ในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล

การนำความเชื่อส่วนบุคคลมาใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาข้อเท็จจริง ๆ โดยในเวชปฏิบัติมีผู้ป่วยนำเอาหลักความเชื่อส่วนบุคคลทั้งความเชื่อทางศาสนา จิตวิญญาณ มาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล เช่น ผู้ป่วยอิสลามที่ไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากเป็นเดือนรอมฎอน ผู้ป่วยชาวคริสต์ที่นับถือลัทธิพยานพระยะโฮวาไม่ยอมรับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด<sup>10</sup> มีการจำผีฟ้า<sup>11</sup> หรือการสวดธรรมวิบาก<sup>12</sup> เพื่อเสี่ยงทายว่าจะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาล แม้ว่าการตัดสินใจนั้นจะทำให้ตนเองเสียชีวิตหรือได้รับอันตรายก็ตาม

<sup>6</sup> โสพรรณ โทษะยะ, ‘กลาสโกว์โคมา สเกล’ (มกราคม-เมษายน 2561) 19 วารสารพยาบาลทหารบก 30 <<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/121904/92864/>> สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2564.

<sup>7</sup> สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, *โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์: การเปรียบเทียบความสัมพันธืแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม* (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) 5 <[http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book\\_14.pdf](http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2020/07/book_14.pdf)> สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2564.

<sup>8</sup> อรวรรณ คูหา และคณะ, ‘การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับใช้ใน การคัดกรองสมองเสื่อม ในบริบทประเทศไทย’ (รายงานผลการศึกษาศึกษาต่อสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) <<http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2021/03/book-18.pdf>> สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2564.

<sup>9</sup> โสพรรณ โทษะยะ (เชิงอรธ 6).

<sup>10</sup> ความเห็นคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่องเสรีจที่ 250/2546 เรื่อง การปฏิเสธการถ่ายเลือดของกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา.

<sup>11</sup> ดูประกอบ ‘แผนงานสื่อศิลปวัฒนธรรมสร้างเสริมสุขภาพ, “รำผีฟ้า” ความเชื่อของคนไทลาว’ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 14 กรกฎาคม 2559) <<http://www.artculture4health.com/contents/view/77>> สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2564.

<sup>12</sup> ดูประกอบ นกขมิ้นเหลืองอ่อน, ‘เฮียนเฮียน’ (peaceful death) <<https://peacefuldeath.co/%E0%B9%80%E0%B8%AE%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B9%80%E0%B8%A2%E0%B9%87%E0%B8%99/>> สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2564.

สิ่งเหล่านี้แม้จะดูไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์หรือเป็นเรื่องเหนือธรรมชาติ แต่ในทางการแพทย์ก็รับรองหลักความเชื่อเหล่านี้ว่ามีส่วนสำคัญในมิติสุขภาพของผู้ป่วยและเป็นหนึ่งในการรักษาพยาบาล โดยถือว่าเป็นมิติการรักษาทางจิตวิญญาณ (spiritual healing) ซึ่งในนิยามสุขภาพตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้บัญญัตินิยามของสุขภาพที่เชื่อมโยงความเป็นปัจเจกชนของบุคคลแต่ละคน กับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (determinants of health) ในมิติอื่นได้แก่ มิติทางกาย มิติทางจิตใจ มิติทางสังคม และมิติทางปัญญา<sup>13</sup> ไว้ โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยแสดงเจตนารับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลบนพื้นฐานของความเชื่อเหล่านี้ ควรจดยรายละเอียดประเด็นที่ปรึกษาพูดคุย ตลอดจนเหตุผลที่ผู้ป่วยรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลไว้ในเวชระเบียน เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการรักษาต่อไป

## 6. การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล

การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาข้อเท็จจริง การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลสามารถทำได้หลายลักษณะ ในการรักษาพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนอาจจะให้ความยินยอมได้โดยการกระทำกริยาอาการ เช่น ยื่นแขนให้วัดความดันหรือเจาะเลือด แต่กรณีที่เป็นหัตถการหรือการรักษาที่มีความซับซ้อนอาจขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลเป็นหนังสือ ในทางปฏิบัติกระทรวงสาธารณสุขมีหนังสือเวียนแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถึงตัวอย่างของหนังสือให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถนำตัวอย่างนี้ไปปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลตนเองได้<sup>14</sup>

การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช คนทั่วไปมักจะเข้าใจว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยจิตเวชสามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ด้วยตนเอง โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษาสวมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ แต่ในกรณีที่ระหว่างการพูดคุยหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการตัดสินใจหรือในกลุ่มโรคหรืออาการบางอย่างที่หากผู้ป่วยเป็นแล้วจะเสียความสามารถในการตัดสินใจ กรณีเช่นนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขก็จะแนะนำให้ผู้ป่วยร่วมกันปรึกษารือกับผู้ปกครองหรือผู้ปกครองดูแล รวมทั้งอาจขอความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ปกครองดูแลแทนผู้ป่วย ซึ่งกรณีนี้จะสอดคล้องกับหลักการในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ได้รับรองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชว่ามีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองได้ ไม่สามารถให้การรักษาที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย เช่น รักษาด้วยไฟฟ้าหรือกระทำต่อสมองหรือระบบประสาทหรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่น

<sup>13</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3.

<sup>14</sup> หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0202.4.1/3048 ลว เรื่องการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย (29 กันยายน 2560) <[https://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com\\_remository&Itemid=813&func=](https://www.legal.moph.go.th/index.php?option=com_remository&Itemid=813&func=fileinfo&id=994)> สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2564.

ที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร<sup>15</sup> หรือห้ามทำหมันผู้ป่วย<sup>16</sup> หรือทำการวิจัยกับผู้ป่วย<sup>17</sup> โดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอมไม่ได้ ดังนั้นการขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลจากผู้ปกครองหรือผู้ปกครองดูแลจึงเป็นข้อยกเว้นเมื่อไม่สามารถขอความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเวชได้ (ซึ่งจะกล่าวต่อไป)

## 7. การปฏิเสธการรักษาพยาบาล

การปฏิเสธการรักษาพยาบาลเป็นปัญหาข้อเท็จจริง โดยผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาพยาบาลตนเองได้ โดยอาจจะแบ่งเป็นการปฏิเสธการรักษาพยาบาลทั่วไป และการปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

**การปฏิเสธการรักษาพยาบาลกรณีทั่วไป** ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขซึ่งการปฏิเสธการรักษาแบบทั่วไปจะไม่มีประเด็นปัญหาตามมาหรือมากนัก แต่จะมีกรณีที่เป็นประเด็นปัญหาบ่อยครั้ง คือ **กรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงที่ตนเองอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต** กล่าวคือผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแสดงเจตนายอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ตนเองต้องการและไม่ต้องการ เช่น ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ขอรับการดูแลแบบประคับประคอง ไม่ขอใส่เครื่องช่วยหายใจ ไม่ขอเข้าหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) เป็นต้น

**คำถามแรก คือ หากปฏิเสธการรักษาพยาบาลแล้วจะมาโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาค่าไม่** ในกรณีนี้ผู้เขียนขออธิบายว่าในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตสภาพร่างกายจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งในบางครั้งอาจเกิดภาวะไม่พึงประสงค์หรือความทุกข์ทรมาน เช่น หายใจติดขัด เจ็บปวดตามร่างกายเกินกว่าที่จะทนได้ ภาวะที่สร้างความทุกข์ทรมานเหล่านี้ผู้ที่พบเห็นย่อมไม่สามารถที่จะทนเห็นได้ จึงต้องนำผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเพื่อดูแลอาการที่เกิดขึ้น จึงส่งผลให้บางครั้งแม้ผู้ป่วยจะมีเจตจำนงว่าไม่ต้องการยื้อชีวิตหรือต้องการปฏิเสธการรักษาพยาบาล แต่เมื่อต้องประสบกับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแล้ว ก็จำเป็นจะต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการดูแลที่โรงพยาบาล ดังนั้นการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตบ่อยครั้งจะเป็นการปฏิเสธการรักษาพยาบาลบางอย่าง และเลือกที่จะรับการรักษายาบางอย่าง ซึ่งในกรณีนี้มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แก่ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยกฎหมายกำหนดให้บุคคลที่มีสติสัมปชัญญะสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าเลือกการรักษาพยาบาลที่ต้องการและไม่ต้องการในช่วงระยะท้ายของชีวิตตนเองได้

มูลเหตุที่ต้องมีกฎหมายดังกล่าวเนื่องมาจากในการรักษาพยาบาลปกติ ผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะจะปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องการหรือไม่ต้องการได้ แต่เมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารได้แล้ว อำนวยตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจะตกแก่ญาติของผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

<sup>15</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 18.

<sup>16</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 19.

<sup>17</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 20.

แทน ญาติก็จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาตามที่ตนเองต้องการโดยที่ไม่ทราบว่าผู้ป่วยต้องการอะไรบ้าง และในกรณีที่ญาติหลายฝ่ายบ่อยครั้งที่จะเกิดปัญหาการตัดสินใจร่วมกันหรือมีปัญหาการตกลงร่วมกัน ระหว่างญาติและบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งเมื่อไม่สามารถตกลงกันได้ว่าจะรักษาพยาบาลกันอย่างไรก็มักจะเลือกที่จะยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไปเพื่อรอการตัดสินใจ

ปัญหาที่ยังซับซ้อนมากขึ้นเนื่องมาจากปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุประกอบกับวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าจนใช้เครื่องมือทางการแพทย์ยืดชีวิตคนออกไปได้ การใช้เทคโนโลยีดังกล่าวแม้จะมีผลดีแต่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้และอยู่ในช่วงวาระท้ายของชีวิต การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอุปกรณ์การแพทย์ เช่นนี้จึงเป็นที่มาของการคิดค้นหลักกฎหมายดังกล่าวในสหรัฐอเมริกา<sup>18</sup>

ในทางวิชาการหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นเครื่องมือหนึ่งในกระบวนการสื่อสารของผู้ป่วยเพื่อให้ญาติและบุคลากรด้านสุขภาพทราบความต้องการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการใช้หนังสือแสดงเจตนาจะอยู่ในกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)<sup>19</sup>

หากผู้ป่วยระบุในหนังสือแสดงเจตนาขอให้บุคลากรด้านสาธารณสุขให้ยาหรือสารเคมีเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานเช่นนี้จะได้หรือไม่ กรณีนี้ คือ การที่ผู้ป่วยขอให้ทำการุณยฆาต (euthanasia)<sup>20,21</sup> ซึ่งในประเทศไทยไม่สามารถทำได้เนื่องจากผิดจริยธรรมในทางวิชาชีพและผิดกฎหมาย ในกรณีนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรปรึกษาร่วมกับผู้ป่วยหรือญาติและนำเสนอแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งการดูแลดังกล่าวจะช่วยลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต

ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษารับรองสิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ของผู้ป่วยว่าเป็นสิทธิผู้ป่วย ไม่ใช่การุณยฆาต แพทย์ที่ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยที่ระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาจะไม่มี ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญาเพราะแพทย์ยังให้การดูแลแบบประคับประคอง

<sup>18</sup> แสงว บุญเฉลิมวิภาส, 'การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย' (thailivingwill, 2558) 5 <[https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/content02\\_livingwill.pdf](https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/content02_livingwill.pdf)> สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2564.

<sup>19</sup> ดูประกอบ กรมการแพทย์, *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)* (กรมการแพทย์, 2559) <[https://www.dms.go.th/backend//Content/Content\\_File/Practice\\_guidelines/Attach/87\\_5.pdf](https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/87_5.pdf)> สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2564.

<sup>20</sup> การุณยฆาต (euthanasia) หมายความว่า การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทา หรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ.

<sup>21</sup> ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563.

จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต อีกทั้งยังได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 12 วรรคสามแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ด้วย และหากผู้ป่วยระบุความต้องการขอให้แพทย์ใช้ยาหรือสารเคมีให้ตนเองเสียชีวิตเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย หากแพทย์ทำตามเจตนา นั้น แพทย์จะมีความผิดทางอาญา<sup>22</sup>

แม้จะมีกฎหมายดังกล่าวแต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรับรู้อาการและคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองได้ว่าเกินกว่าที่จะรักษาให้หายแล้วมัก จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตโดยวามากกว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า เช่น บอกญาติหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขว่าอย่าใส่เครื่องช่วยหายใจ ขอลกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ไม่อยากใส่ท่อหรือสายระโยงระยาง เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากธรรมชาติของคนไทยไม่ชอบทำเอกสารทางกฎหมาย หรือบางรายก็เชื่อถือโชคกลาง หรือบางรายก็ยังไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนชีวิตไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมักจะใช้วิธีการสั่งโดยวาจา เช่นนี้โดยนัยตามกฎหมายคือการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรบันทึกความต้องการของผู้ป่วยลงในเวชระเบียนเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพูดคุยและปรึกษาหารือกับญาติ หรือกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่นเพื่อวางแผนในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

และในประเด็นสุดท้ายคือ หากเกิดกรณีที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า (ไม่ว่าจะเป็นหนังสือหรือด้วยวิธีการบอกด้วยวาจาแก่บุคลากรด้านสาธารณสุข) และเมื่อถึงภาวะวิกฤตผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว ญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือผู้ปกครองดูแล เป็นต้น ไม่ยินยอมให้ดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วย เช่น ต้องการให้ผ่าตัดต่อ ต้องการให้ปั๊มหัวใจ เป็นต้น ดังนี้ผู้ให้การรักษาคควรจะทำอย่างไร

ในประเด็นนี้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ให้การรักษามีแนวทางในการพิจารณา ดังนี้

(1) การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นสิทธิในชีวิต ร่างของผู้ป่วย ดังนั้น ญาติบางส่วนที่ไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขไม่ดำเนินการตามความต้องการของผู้ป่วยดังกล่าว อาจจะใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเพื่อมาเรียกร้องแก่ญาติฝ่ายที่ต้องการขัดขวางสิทธิหรือความต้องการของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และโรงพยาบาลได้

(2) หากผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ ในกรณีนี้มีทางเลือก 2 ทางคือ (ก) หากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ผู้นั้นจะได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 12 วรรคสามแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550<sup>23</sup> (ข) หากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขไม่ปฏิบัติตามจะต้องมีเหตุผลและความจำเป็นที่ไม่อาจปฏิบัติตามได้ เช่น รอให้ญาติที่ใกล้ชิดมาก่อนที่จะยุติการรักษา ฯลฯ โดยในกรณีนี้อาจนำกระบวนการประชุมกลุ่มครอบครัว (family meeting) มาใช้เป็นเครื่องมือในการปรึกษาหารือก็ได้

<sup>22</sup> คำพิพากษาศาลปกครองสูงสุดที่ พ 11/2558.

<sup>23</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 วรรคสาม บัญญัติว่า “...เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำการนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง...”.

(3) หากไม่มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ในกรณีเช่นนี้มีข้อเสนอแนะว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขจะต้องประชุมกลุ่มครอบครัว (โดยญาติที่เข้าร่วมควรมีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแล) เพื่อชี้แจงอาการของผู้ป่วย ความประสงค์ของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหากปฏิบัติตามความต้องการของญาติผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากกระบวนการทางการแพทย์อย่างไรบ้าง ญาติหรือผู้ดูแลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือจะต้องดำเนินการอย่างไรบ้าง เพื่อให้ญาติเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

(4) ในกรณีที่มีการประชุมกลุ่มครอบครัวแล้วญาติมีความเห็นอย่างไรให้จัดบันทึกลงในเวชระเบียนและดำเนินการตามความต้องการของญาติต่อไป

(5) หากในช่วงเวลาที่รอการประชุมกลุ่มครอบครัวเกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นกับผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ

## 8. ข้อยกเว้นที่ไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยโดยตรง

เมื่อพิจารณาตามกฎหมายได้กำหนดข้อยกเว้นของหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวไว้ในมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ซึ่งทั้งกฎหมายและแนวทางการปฏิบัติได้วางหลักการไว้สอดคล้องกัน โดยสามารถสรุปได้ 4 ประการ คือ

**8.1 ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 18 ปีบริบูรณ์** บิดา มารดา ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแลแล้วแต่กรณี อาจใช้สิทธิ (ที่ปรากฏตามประกาศสิทธิผู้ป่วย) แทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

**8.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้บกพร่องทางจิต** พบว่าได้กำหนดแนวทางในการให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชไว้ดังนี้

8.2.1 กฎหมายสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยทุกคนมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกที่จะรับปฏิเสธการรักษาพยาบาล ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของ มาตรา 21 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

8.2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นแล้วแต่กรณีเป็นผู้ให้ความยินยอมแทน

8.2.3 กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวช หากมิได้บำบัดรักษาด้วยวิธีการทางไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาทหรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตผู้ป่วย ทั้งนี้โดยความเห็นชอบโดยเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา<sup>24</sup>

<sup>24</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 18(2).

8.2.4 ในกรณีที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยที่ถูก “บังคับรักษา” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีสถานพยาบาลที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยตั้ง “คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา” โดยคณะกรรมการชุดดังกล่าวมีหน้าที่ตัดสินใจหรือให้แนวทางในการรักษาแทนผู้ป่วย<sup>25</sup>

8.3 ในกรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นจะต้องรักษาชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรด้านสาธารณสุขสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขไปได้เลยโดยไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย และระดับของการให้บริการสาธารณสุขที่ให้บริการไปนั้นทำได้ในระดับใด เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นหรือเป็นการรักษาไปให้แล้วเสร็จจนตลอดกระบวนการจนกว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ ในกรณีนี้ผู้เขียนมีความเห็นว่าการรักษาที่ให้ควรเป็นการรักษาที่เป็นการ “จำเป็นเพื่อรักษาชีวิต” เท่านั้น เมื่อให้การรักษาที่จำเป็นเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยแล้ว ควรรีบติดต่อญาติหรือประกาศหาตัวญาติผู้ป่วยมาเพื่อรับทราบอาการและตกลงแนวทางในการรักษาผู้ป่วยต่อไป

8.4 ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาท โดยธรรมดาตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เลย โดยผู้เขียนมีข้อสังเกตว่าในกรณีนี้มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติแตกต่างจากมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และ ข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

ข้อยกเว้นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเหล่านี้เป็นปัญหาข้อเท็จจริง โดยเมื่อพิจารณาลักษณะของการบัญญัติถ้อยคำใน มาตรา 8 วรรคสาม พบว่าบัญญัติเป็นการแจ้งญาติเพื่อทราบและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถให้บริการสาธารณสุขได้เลย แต่ในมาตรา 21 วรรคสาม และ ข้อ 9 บัญญัติในลักษณะให้ญาติสามารถให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ (เพราะถ้อยคำบัญญัติในทำนองให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาล ดังนั้นจึงหมายความว่า สามารถไม่ยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ด้วย) แม้ในกรณีนี้กฎหมายระดับพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับจะบัญญัติแตกต่างกัน แต่ในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะแล้วผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขก็ต้องมาร่วมปรึกษาร่วมกับญาติผู้ป่วยเพื่อกำหนดแนวทางในการรักษาพยาบาลร่วมกัน โดยญาติสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้เลย

สำหรับประเด็นนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกแนวทางปฏิบัติ เรื่อง “หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย”<sup>26</sup> โดยได้แยกเป็น “ผู้รับข้อมูลการรักษาพยาบาล”<sup>27</sup> และ “ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่รับการรักษาพยาบาล”<sup>28</sup> โดยผู้เขียนเข้าใจว่า ผู้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลนี้ตีความมาจากมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพ

<sup>25</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 13 และมาตรา 29.

<sup>26</sup> หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0202.4.1/3048 ลว เรื่องการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย (เชิงอรรถที่ 13).

<sup>27</sup> หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาล และความยินยอมของผู้ป่วย ข้อ 6.

<sup>28</sup> หลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาล และความยินยอมของผู้ป่วย ข้อ 14.

แห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตามเหตุผลที่ผู้เขียนอธิบายมาข้างต้น และผู้มีอำนาจให้ความยินยอมหรือปฏิเสธไม่รับการรักษายาบาลนี้อิงอยู่กับอำนาจฟ้องตามประมวลกฎหมายอาญาเพราะสังเกตได้ว่าผู้มีอำนาจให้ความยินยอมนี้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้มีอำนาจจัดการแทนผู้เสียหายที่แท้จริงตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และในหลักเกณฑ์การให้ข้อมูลการให้บริการรักษายาบาล และความยินยอมของผู้ป่วย ข้อ 15 ได้หาทางออกสำหรับกรณีดังกล่าวไว้ว่า “ในกรณีที่ไม่มีผู้ให้ความยินยอมตามข้อ 14 ให้บุคลากรทางการแพทย์ทำการรักษาต่อไป หากเป็นกรณีที่จำเป็นต้องทำหัตถการ หรือดำเนินการรักษาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ ให้บันทึกในเวชระเบียนว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะมึนงงหรือสลบหรือมีอาการหรือเสียชีวิตจำเป็นต้องทำการรักษาโดยเร่งด่วน และไม่มีผู้รับข้อมูลและให้ความยินยอม แล้วจึงทำการรักษาต่อไปได้โดยหากมีญาติอื่น ๆ หรือเพื่อนผู้ป่วยที่อยู่ด้วยก็ให้ลงลายมือชื่อเป็นผู้รับทราบและเป็นพยานด้วย”

## 9. ญาติที่ให้ความยินยอมในการรักษายาบาลแทนผู้ป่วย

ปัญหาที่ญาติแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษายาบาลแทนผู้ป่วยเป็นปัญหาข้อเท็จจริง โดยเมื่อพิจารณาจากข้อ 8 ข้างต้นจะมีประเด็นปัญหา คือ ญาติแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันอย่างไร และต้องเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายเท่านั้นหรือไม่ที่จะมาให้ความยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรักษายาบาล ในกรณีนี้เมื่อพิจารณาจากกฎหมายและแนวปฏิบัติข้างต้นพบว่าได้กำหนดให้ญาติที่เป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้ป่วย เป็นผู้ให้ความยินยอมในการรักษายาบาลแทนผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการแสดงเจตนาแล้ว ผู้เขียนขอแบ่งญาติเหล่านี้ออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ ญาติตามกฎหมายและญาติตามความเป็นจริง

ญาติตามกฎหมาย หมายถึง ทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้ป่วย โดยทายาทกลุ่มนี้มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วย

ญาติตามความเป็นจริง เมื่อพิจารณาตามนิยามในกฎหมายต่าง ๆ พบว่าไม่ได้กำหนดนิยามของคำว่า “ผู้ปกครองดูแล” ไว้ และเมื่อพิจารณาไปที่เจตนารมณ์ในการร่างมาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็ได้พิจารณาถึงความหมายของ “ผู้ปกครองดูแล” ไว้เช่นกัน ดังนั้นผู้เขียนจึงขออาศัยความเห็นทางตำราของกรมสุขภาพจิตและการเทียบเคียงกับหลักกฎหมายอาญาดังต่อไปนี้

ศาสตราจารย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้ให้ความหมายของผู้ซึ่งปกครองดูแลไว้ว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย ตามมาตรา 21 และมาตรา 42 หมายถึง ผู้รับดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิตนั้นในทางความเป็นจริง ไม่ว่าจะผู้นั้นจะอยู่ในฐานะของ คู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้อนุบาล ผู้พิทักษ์ หรือไม่ก็ตาม”<sup>29</sup>

<sup>29</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, *สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551* (พิมพ์ครั้งที่ 2, 2557) <<https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/11/06สาระสำคัญของ-พรบ.สุขภาพจิต-2561.pdf>> สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2564.

และเมื่อพิจารณาคำในความผิดฐานพรางเด็กและความผิดฐานพรางผู้เยาว์ ตามมาตรา 317 – 319 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>30</sup> ได้บัญญัติคำว่า “ผู้ดูแล” ไว้ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามนัยของคำพิพากษาศาลฎีกาที่ตีความคำว่า “ผู้ดูแล” ไว้ว่าเป็นผู้ปกครองดูแลผู้เยาว์ตามความเป็นจริง

ดังนั้นผู้เขียนจึงมีความเห็นว่า คำว่า “ผู้ปกครองดูแล” หมายความว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยตามความเป็นจริง เช่น หากผู้ป่วยผู้เยาว์อยู่กับป้าหรืออยู่กับย่า ย่าหรือป้าคือผู้ปกครองดูแล หากผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียวเพื่อนบ้านที่ช่วยดูแลก็อาจเป็นผู้ปกครองดูแลผู้สูงอายุนั้นก็ได้

การขอความยินยอมมีการกำหนดลำดับศักดิ์ญาติหรือไม่และหากมีญาติหลายคนจะอย่างไร การขอความยินยอมจากญาตินี้จะต้องเรียงลำดับตามญาติสายตรงสายห่างหรือไม่ ผู้เขียนขออธิบายว่า ตามกฎหมายไม่ได้กำหนดลำดับศักดิ์ของญาติไว้ การกำหนดลำดับศักดิ์ของญาติจะใช้ในกรณีการแบ่งมรดกเท่านั้น ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสามารถขอความยินยอมจากญาติประเภทใดก็ได้ที่มากับผู้ป่วยหรือที่ผู้ป่วยบอกว่าเป็นญาติของตนเอง และหากในกรณีที่มีญาติหลายคนจะต้องขอความยินยอมจากใคร ในกรณีนี้ผู้เขียนแนะนำว่ากฎหมายไม่ได้กำหนดว่าจะต้องขอความยินยอมจากใคร ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขควรนำกระบวนการประชุมกลุ่มครอบครัว (family meeting) เพื่อปรึกษาหารือและหาทางออกร่วมกันระหว่างกลุ่มญาติเพื่อหาข้อสรุปในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ

## 10. สรุป

แม้หลักความยินยอมในการรักษาพยาบาลจะถูกบัญญัติรับรองไว้ในมาตรา 8 และมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมาตรา 21 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็ตาม แต่การตีความและการอธิบายความในทางปฏิบัติของกฎหมายดังกล่าวจำเป็นต้องนำความเห็นทางตำรา องค์ความรู้ทางการแพทย์ และแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับในทางการแพทย์อันได้แก่ ประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย และหลักเกณฑ์การให้ข้อมูล การให้บริการรักษาพยาบาลและความยินยอมของผู้ป่วย ในการอธิบายความเพื่อตีความให้กฎหมายทั้งสองฉบับนี้สามารถใช้เพื่อให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

<sup>30</sup> ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 317 – 319.