วารสารนิติศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
THAMMASAT LAW JOURNAL

ชื่อเรื่อง: ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย
ชื่อผู้แต่ง: พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
การอ้างอิงที่แนะนำ: พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน, 'ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย' (2565) 4 วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 961.

ผู้สนับสนุนหลัก

CHANDLER MHM

SATYAPON & PARTNERS
THAILAND Intellectual Property Law Firm

ptt

Tax and Legal Counsellors
Seri Manop & Doyle

ผู้สนับสนุนร่วม

วิญญชน

SAIJO DENKI

WEERAWONG C&P

CSBC LAW OFFICES

โครงการวารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เลขที่ 2 ถนนพระจันทร์ แขวงพระบรมมหาราชวัง
เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 10200 โทร. 02 613 2169 อีเมล tu.lawjournal@tu.ac.th

ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย

Basic Understanding of the Law that Allows the End of the Patient's Life

พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน
ผู้ชำนาญการ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
Pisit Sriakkpokin
Expert, The National Health Commission office

วันที่รับบทความ 18 กรกฎาคม 2565; วันแก้ไขบทความ 17 ตุลาคม 2565; วันตอบรับบทความ 19 ตุลาคม 2565

บทคัดย่อ

การอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยเป็นประเด็นที่ซับซ้อนเนื่องจากจะเกี่ยวข้องกับแนวคิดของเรื่องความตาย สิทธิมนุษยชน ระบบกฎหมาย รวมทั้งความพร้อมของสังคมและระบบบริการสุขภาพของประเทศนั้นที่อนุญาตให้ดำเนินการได้ สำหรับในประเทศไทยเรื่องการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายและผิดจริยธรรมทางการแพทย์ เท่าที่ผ่านมามีความสับสนเรื่องการอนุญาตยุติชีวิตผู้ป่วยกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และเรื่องการยับยั้งการรักษาหรือการถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรศึกษากฎหมายและแนวทางการปฏิบัติของต่างประเทศเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเพื่อเป็นแนวทางในการใช้และการตีความกฎหมายการแพทย์ของไทย และเพื่อคาดการณ์ ตลอดจนเตรียมความพร้อมในทางนิตินโยบายของรัฐไทยในเรื่องการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: การอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย, การุณยฆาต, การดูแลแบบประคับประคอง

Abstract

Authorization to end a patient's life is a complex issue as it involves the concept of death, human rights, the legal system, as well as the social readiness and health system of that country to allow it. In Thailand, it is illegal and unethical to end a patient's life. So far, there has been some confusion regarding the authorization of end-of-life with palliative care concerning the making of a letter of intent to receive public health services. Therefore, it is wise to study foreign law and practice on such matters as a guideline for the use and interpretation of Thai medical law and to predict as well as preparing for the legal policy of the Thai state regarding the permission to end the life of patients in Thailand.

Keywords: permission to end the patient's life, euthanasia, palliative care

1. บทนำ

จากข่าวที่มีคนไทย[1] หรือนักวิทยาศาสตร์[2] ชาวออสเตรเลียไปทำการยุติชีวิตตนเองที่สวิสเซอร์แลนด์ทำให้สังคมไทยให้ความสนใจในเรื่องนี้อย่างกว้างขวาง เกิดการถกเถียงทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและเห็นต่าง นอกจากนั้นในหน้าสื่อยังมีการแปลบทความหรือนำแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยทั้งการการุณยฆาต (Euthanasia) และการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Physician-Assisted Suicide: PAS) มานำเสนอ ซึ่งแต่ละประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ดำเนินการก็จะมีกฎหมายกำหนดวิธีการดำเนินการที่แตกต่างกันไปทำให้สังคมไทยเกิดความสับสนในเรื่องดังกล่าว

นอกจากนั้น ยังมีผู้โยงว่าในกฎหมายไทยมีการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้โดยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living will or Advance directive) ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จนทำให้สังคมทั่วไปสับสนในกฎหมายดังกล่าว นอกจากนั้นยังมีผู้โยงต่อไปว่าการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) และการยับยั้งหรือการถอดถอนการใช้เครื่องมือเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย (Withhold withdraw of life support measures at the end of life care) ก็เป็นการยุติชีวิตผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายทำไม่ได้ในประเทศไทย

ดังนั้น จึงควรมีการศึกษานิยามและความหมายทางการแพทย์และกฎหมายของเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย กฎหมายต่างประเทศ รวมทั้งความแตกต่างของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและการยับยั้งหรือการถอดถอนการใช้เครื่องมือเพื่อพยุงชีวิตผู้ป่วย ว่าคืออะไรและแนวคิดในเรื่องดังกล่าวในสังคมโลกเป็นเช่นไร แตกต่างจากเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยและผิดกฎหมายหรือจริยธรรมทางการแพทย์หรือไม่ เพื่อให้นักกฎหมาย บุคลากรด้านสุขภาพ และประชาชนทั่วไปมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว ไม่สับสนและนำมาใช้ปะปนกัน โดยบทความชิ้นนี้ผู้เขียนได้ค้นคว้าเอกสารวิชาการจากต่างประเทศแล้วสรุปเป็นประเด็นต่าง ๆ เพื่อเป็นการสร้างองค์ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องดังกล่าว เพื่อรองรับสถานการณ์ของสังคมที่จะเปลี่ยนแปลงไปในอนาคตต่อไป

โดยผู้เขียนขอเริ่มอธิบายตั้งแต่เรื่องความแตกต่างของคำศัพท์ที่เกี่ยวกับการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย แนวคิดเรื่องการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับเรื่องการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย ความแตกต่างของเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยกับการดูแลแบบประคับประคอง การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และการยับยั้งหรือการถอดถอนการใช้เครื่องมือ

---

[1] ‘หนุ่มไทยทำการุณยฆาต หลังป่วยเนื้องอกในสมอง 10 ปี ผ่าตัด 3 ครั้งไม่หาย’ (Workpointtoday, 2 มีนาคม 2562) <https://workpointtoday.com/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B8%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%84%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B8%97%E0%B8%B3%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%93%E0%B8%A2%E0%B8%86%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88/> สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2565. ; ‘บันทึกของคุณก๊อป ผู้เลือกจบชีวิตตัวเองด้วยวิธีการุณยฆาต’ (คมชัดลึก, 5 มีนาคม 2562) <https://www.komchadluek.net/news/hotclip/364593> สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2565.

[2] ‘นักวิทย์ออสซี่ วัย 104 ปี เตรียมรับการุณยฆาตวันนี้’ (Post today, 10 พฤษภาคม 2561) <https://www.posttoday.com/world/550795> สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2565.

เพื่อพยุงชีพผู้ป่วยว่าต่างกันอย่างไร และจะเสนอแนะอนาคตของเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วยในประเทศไทย โดยขออธิบายเป็นลำดับไปดังต่อไปนี้

2. นิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับการยุติชีวิตผู้ป่วย

สำหรับเรื่องนิยามศัพท์นี้ดูจะเป็นปัญหามากที่สุดในการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับการยุติชีวิตผู้ป่วยทั้งนี้เป็นเพราะบทความและองค์ความรู้ในต่างประเทศมีการใช้นิยามศัพท์ที่หลากหลายตาม “มุมมอง (Point of view)” ของนักวิชาการที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดทำเอกสารทางวิชาการ แต่สำหรับประเทศไทยเรื่องนิยามศัพท์นี้ได้ข้อยุติแล้วโดยประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563[3] แล้ว โดยผู้เขียนขออธิบายในเรื่องนิยามศัพท์ไปเป็นลำดับดังต่อไปนี้

ในประเด็นแรกที่ผู้เขียนจะต้องเน้นให้ผู้อ่านทราบก่อน คือ ในบทความนี้ผู้เขียนจะพยายามใช้คำว่า “การยุติชีวิตผู้ป่วย” แทนที่จะใช้คำว่าการุณยฆาตเนื่องจากคำว่าการุณยฆาตเป็นวิธีการหนึ่งของการยุติชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น นอกจากนั้นในทางการแพทย์และทางกฎหมายมีการให้นิยามและความหมายของคำว่าการุณยฆาตที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้เขียนจึงขอใช้คำว่า “การยุติชีวิตผู้ป่วย” เพื่อให้ครอบคลุมเรื่องนี้ได้ทั้งหมด

2.1 ความหมายทางศัพท์ศาสตร์ตามพจนานุกรมของคำว่า “Euthanasia”

โดยสรุปหากพิจารณาความหมายในพจนานุกรมฉบับต่าง ๆ จะพบว่าให้ความหมายของ Euthanasia ไว้สองความหมาย คือ การตายอย่างสงบและการทำให้ตายโดยปราศจากความทุกข์ทรมาน

คำว่า Euthanasia มาจากรากศัพท์ภาษากรีกที่ว่า $\varepsilon\upsilon\theta\alpha\nu\alpha\sigma\acute{\iota}\alpha$ ซึ่งมาจากคำ 2 คำ คือ คำว่า “eu” ซึ่งแปลว่า “good” และคำว่า “thanatos” ซึ่งแปลว่า “death” ดังนั้นจึงแปลความหมายรวมได้ว่า ตายดี ตายสงบ แต่ต่อมาคำนี้ได้แปรเปลี่ยนความหมายกลายเป็น การุณยฆาต (Mercy killing)[4]

ในพจนานุกรมศัพท์นิติศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ระบุไว้ว่า การุณยฆาต แปลมาจากคำว่า Euthanasia หรือ Mercy killing[5]

---

[3] ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/261/T_0003.PDF> สืบค้นเมื่อ 18 เมษายน 2565.

[4] Cheevamitr Social Enterprise, ‘วิชาชีวิต บทที่ 5: มาตรา12 VS การุณยฆาต - ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส’ (12 กุมภาพันธ์ 2562) <https://www.youtube.com/watch?v=HE8X2Ym3V7E> สืบค้นเมื่อ 21 สิงหาคม 2565.

[5] ราชบัณฑิตยสถาน, *พจนานุกรมศัพท์นิติศาสตร์ อังกฤษ-ไทย ไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน* (พิมพ์ครั้งที่ 6, นามมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ 2549).

ในพจนานุกรมศัพท์แพทย์อังกฤษเป็นไทย พร้อมด้วยคำอ่าน ให้ความหมายของ Euthanasia ไว้ว่า การตายอย่างสงบ, การฆ่าหรือทำให้ตายอย่างสงบ (เพราะโรครักษาไม่หาย หรือเจ็บป่วยทุรนทุรายมาก)[6]

ในพจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical science dictionary) ให้ความหมายของคำว่า Euthanasia ไว้ว่า การตายอย่างสงบหรือไม่เจ็บปวด, การฆ่าหรือทำให้ตายอย่างสงบ[7]

ใน Merriam-Webster Dictionary แปลคำว่า Euthanasia ว่า "การฆ่าหรือการทำให้ผู้ป่วย (หรือสัตว์เลี้ยงที่ป่วย) ที่ป่วยด้วยโรคไม่อาจรักษาให้หายตายด้วยความเมตตา (the act or practice of killing or permitting the death of hopelessly sick or injured individuals (such as persons or domestic animals) in a relatively painless way for reasons of mercy)"[8]

ใน Black's Law Dictionary ให้ความหมาย Euthanasia ว่า การทำให้ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดตายด้วยความเมตตา (The act or practice of painlessly putting to death persons suffering from incurable and distressing disease as an act of mercy)[9]

2.2 ความหมายในทางวิชาการการแพทย์[10]

เมื่อพิจารณาจากเอกสารวิชาการทางการแพทย์ทั่วไปพบว่ามีการแปลคำว่า Euthanasia ไปในทางเดียวกันทั้งหมดคือเป็นการยุติชีวิตหรือทำให้ผู้ป่วย (ที่ป่วยด้วยโรคหรือมีอาการที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้) ตายโดยปราศจากความทุกข์ทรมานทั้งสิ้น แต่จะมีความแตกต่างตรงจุดประสงค์หรือกระบวนการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หากใช้กระบวนการดำเนินการเป็นเกณฑ์จะแบ่งได้เป็น

การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือ การเร่งให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวด เช่น ฉีดยาหรือสารเคมีให้ผู้ป่วยตาย หยุดเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยตาย

การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติโดยไม่ใช้หรือไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไปอีก

---

[6] ฝ่ายวิชาการแพร่พิทยา, *พจนานุกรมศัพท์แพทย์อังกฤษเป็นไทย พร้อมด้วยคำอ่าน* (พิมพ์ครั้งที่ 9, แพร่พิทยา 2549) 209.

[7] วิทย์ เที่ยงบูรณธรรม, *พจนานุกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical science dictionary)* (พิมพ์ครั้งที่ 8, รวมสาน์ส 2538) 306.

[8] Merriam-Webster, Definition of euthanasia <https://www.merriam-webster.com/dictionary/euthanasia> accessed 17 August 2022.

[9] Bryan A. Garner, *Black's law dictionary* (Third Pocket Edition, West publishing CO. 2001).

[10] 'EUTHANASIA' (School of medicine University of Missouri) <https://medicine.missouri.edu/centers-institutes-labs/health-ethics/faq/euthanasia> accessed 19 August 2022. ; ชุติกาญจน์ หฤทัย, 'การุณยฆาต สิทธิการตายและการพยาบาลในวาระสุดท้ายแห่งชีวิต' (2554) 2 วารสารกองการพยาบาล 1 <https://kmnurse.files.wordpress.com/2011/12/journal38v2.pdf> สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2565. ; วราทิพย์ ทองเดช และคณะ, 'วิสัญญีกับการการุณยฆาต : ความเหมือนที่แตกต่าง' (2563) 3 วิสัญญีสาร 182-183 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/anesthai/article/download/246785/167770> สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2565.

การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) คือ การหยุดให้ปัจจัยในการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย เช่น ยุติการให้อาหารทางสายยาง

หากใช้เจตนาของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ก็จะแบ่งได้เป็น

การุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) คือผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้อื่นกระทำการุณยฆาตตนเอง

การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia) คือ ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะอนุญาตให้กระทำการุณยฆาตตนเองได้ต้องให้ผู้อื่นแสดงเจตนาแทน ซึ่งจะคล้ายกับการุณยฆาตแบบไม่มีเจตนาตนเอง (Non-voluntary euthanasia) มาก แต่แตกต่างกันตรงที่การุณยฆาตโดยไม่สมัครใจใช้สำหรับการุณฆาตที่ขัดกับความต้องการของผู้ป่วย แต่การุณยฆาตแบบไม่มีเจตนาตนเองคือผู้ป่วยที่ไม่เคยเสดงเจตนาหรือไม่สามารถให้ความยินยอมในการการุณยฆาตตนเองได้ต้องให้ผู้อื่นตัดสินใจแทน เช่น ทารกที่พิการแต่กำเนิด ผู้พิการทางสมอง ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative stage) ที่ผู้ดูแลตัดสินใจการุณยฆาตเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ

สำหรับในทางวิชาระหว่างประเทศนั้นแพทยสมาคมโลก (World medical Association) ได้กำหนดไว้ใน ปฏิญญาแพทยสมาคมโลกว่าด้วยการุณยฆาต (World Medical Association Resolution on Euthanasia)[11] ซึ่งกำหนดว่า การุณยฆาต คือ การกระทำโดยเจตนาที่จะทำลายชีวิตผู้ป่วยแม้ว่าจะเป็นไปตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติก็ตามถือว่าผิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ โดยการุณยฆาตไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ

2.3 ความหมายในทางกฎหมาย

เมื่อพิจารณาจากกฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้นั้นพบว่ามีการแบ่งประเภทของการยุติชีวิตผู้ป่วยจากสาเหตุของการตายว่าเกิดขึ้นจากการกระทำของใคร โดยจะแบ่งเป็นวิธีการ

Euthanasia คือ ผู้ป่วยอนุญาตให้บุคลากรด้านสุขภาพให้ยาหรือสารเคมีแก่ตนเองเพื่อให้ตนเองตายในกรณีนี้ความตายเกิดขึ้นจากบุคคลอื่นที่ทำให้ผู้ป่วยตาย

Physician-Assisted Suicide (PAS) คือ ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพหรือบุคคลอื่นให้ฆ่าตัวตาย โดยอาจจะเป็นการจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา หรือสารเคมีเพื่อให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ในกรณีนี้ความตายจึงเกิดขึ้นจากผู้ป่วยดำเนินการเองภายใต้การช่วยเหลือของผู้อื่น

[11] World Medical Association, 'World Medical Association Resolution on Euthanasia 2019' (World Medical Association) <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-euthanasia/> accessed 24 April 2022.

2.4 ความหมายในประเทศไทย

ปัจจุบันมีการออกประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ซึ่งได้กำหนดนิยามไว้ว่า

การุณยฆาต (Euthanasia) หมายถึง การกระทำโดยเจตนาเพื่อยุติชีวิตตามความประสงค์ของผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงความทรมานของผู้ป่วย ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับ

การยุติชีวิตด้วยตนเองโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การที่แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการเพื่อยุติชีวิตตัวเอง

ในความเห็นของผู้เขียนเมื่อพิจารณาจากนิยามและความหมายตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดังกล่าวพบว่านิยามและความหมายที่ประเทศไทยได้จัดทำขึ้นนี้สอดคล้องกับกฎหมายต่างประเทศ

ดังนั้นสำหรับประเด็นเรื่องนิยามและความหมายนี้ในประเทศไทยถือว่าได้ข้อยุติแล้ว โดยในประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาตินั้นยอมรับนิยามตามแนวทางการปฏิบัติและกฎหมายต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทยโดยนำมาเป็นส่วนหนึ่งของคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

3. ตัวอย่างของประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย

จากการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาใช้ในการยื้อชีวิตผู้ป่วยออกไปจนส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ได้เพราะเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งผลให้ในสังคมตะวันตกเกิดการตั้งคำถามถึงศักดิ์ศรีในชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่ควรต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต จึงเป็นที่มาของการพัฒนาหลักกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ โดยในระดับโลกนั้นมีประเทศที่เป็นผู้นำในเรื่องการมีกฎหมายอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย คือ สหรัฐอเมริกา ซึ่งหลังจากนั้นรัฐต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกาและหลายประเทศทั่วโลกได้นำเนื้อหาของกฎหมายนี้ไปเป็นแม่แบบในการออกกฎหมายภายในของตนเอง[12]

โดยหลักการของกฎหมายนี้ในทุกประเทศจะมีความคล้ายคลึงกันทั้งหมด แตกต่างกันที่รายละเอียดของเงื่อนไขของผู้ที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแรงผลักดันทางการเมืองหรือนิตินโยบายในแต่ละประเทศ เช่น อายุของผู้เข้าสู่กระบวนการ โรคหรืออาการที่อนุญาตให้ยุติชีวิต หรือสามารถเขียนขอยุติชีวิตลงไปในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ

[12] Death with Dignity, 'Death with Dignity around the US' (Death with Dignity) <https://deathwithdignity.org/history/> accessed 22 April 2022. ; Oregon Health Authority, 'Death with Dignity Act' (Oregon Health Authority) <https://www.oregon.gov/oha/ph/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx> accessed 23 April 2022.

สาธารณสุขได้ รวมทั้งมีความแตกต่างกันในเรื่องกระบวนการทางธุรการ การจัดการเอกสารทั้งก่อนและหลังตาย นอกจากนั้นยังมีเรื่องกระบวนการยุติชีวิตที่แตกต่างกันบางประเทศอนุญาตให้เฉพาะวิชาชีพแพทย์หรือเภสัชกร หรือบางประเทศก็ให้ทั้งแพทย์ทั้งเภสัชกร บางประเทศก็อนุญาตให้บุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพก็ได้ นอกจากนั้นกระบวนการทางกฎหมายภายหลังการยุติชีวิตที่จะมีเรื่องการรายงานผลการดำเนินการแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะแตกต่างกัน การลงนามในใบมรณบัตร เรื่องผลประโยชน์ที่จะได้ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตซึ่งแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันไป

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศแรกของโลกที่มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการอนุญาตให้ผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองได้ โดยรัฐออริกอน (Oregon) เป็นรัฐแรกที่มีกฎหมาย[13] และหลังจากนั้นรัฐต่าง ๆ ก็นำเอากฎหมายของรัฐออริกอนไปเป็นแม่แบบในการกำหนดกฎหมายในระดับรัฐของตนเอง โดยในสหรัฐอเมริกาอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ 2 วิธี คือ Euthanasia หรือ PAS ก็ได้ตามที่รัฐนั้นกำหนด

แคนาดา อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ 2 วิธี คือ Euthanasia และ PAS โดยจะมีกฎหมายกลางของประเทศที่ชื่อ Medical Assistance in Dying ที่กำหนดหลักการให้แต่ละรัฐนำกฎหมายนี้ไปเป็นแม่แบบในการออกกฎหมายภายในของแต่ละรัฐ[14]

เนเธอร์แลนด์ อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ 2 วิธี คือ Euthanasia และ PAS โดยเป็นกฎหมายที่พัฒนาการมาจากคำพิพากษาของศาลฎีกาแห่งเนเธอร์แลนด์ โดยมีกฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act กำหนดสิทธิและกระบวนการยุติชีวิตผู้ป่วยไว้[15]

เบลเยียม อนุญาตให้ใช้วิธีการ Euthanasia โดยแพทย์เท่านั้นในการยุติชีวิตผู้ป่วย[16] โดยมีกฎหมาย Act on Euthanasia กำหนดสิทธิและกระบวนการยุติชีวิตผู้ป่วยไว้ และเป็นที่น่าสนใจว่าในกฎหมายดังกล่าวมีเงื่อนไขของการยุติชีวิตไว้เพิ่มเติมกว่าประเทศอื่น คือ บุคคล (ผู้ป่วย) สามารถกำหนดลงในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ล่วงหน้าในกรณีที่ผู้ป่วยคาดว่าในอนาคตจะไม่มีสติสัมปชัญญะและอาจมอบอำนาจให้ผู้อื่นเป็นผู้ดำเนินการให้ตนเองเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตได้

---

[13] Pew Research Center, 'The Right to Assisted Suicide?: Oregon Goes to the Supreme Court' (Pew Research Center) <https://www.pewresearch.org/religion/2005/09/29/the-right-to-assisted-suicide-oregon-goes-to-the-supreme-court/> accessed 15 Aug 2022.

[14] Government of Canada, 'Medical assistance in dying' (Government of Canada) <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> accessed 23 April 2022. ; Health Law Institute Dalhousie University, 'End-of-Life Law and Policy in Canada' (Health Law Institute Dalhousie University) <http://eol.law.dal.ca/?page_id=238> accessed 24 April 2022.

[15] Sjef Gevers, 'Euthanasia: law and practice in The Netherlands' (1996) British medical bulletin 326-327 <https://academic.oup.com/bmb/article-pdf/52/2/326/1126795/52-2-326.pdf> accessed 23 April 2022. ; The World Federation of Right to Die Societies, 'Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide' (The World Federation of Right to Die Societies) <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/> accessed 23 April 2022.

[16] R Cohen-Almagor, 'Belgian euthanasia law: a critical analysis' (2009) 35-7 British Medical Journal <https://jme.bmj.com/content/35/7/436.full> accessed 23 April 2022.

สวิสเซอร์แลนด์ ไม่มีกฎหมายเฉพาะที่เกี่ยวกับการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยตรง แต่ใช้วิธีการตีความประมวลกฎหมายอาญาและคำพิพากษาศาลฎีกาแห่งสวิสเซอร์แลนด์ในการดำเนินการ โดยการยุติชีวิตที่ศาลวางหลักไว้คือวิธีการ PAS เท่านั้น[17] โดยผู้ที่ต้องการยุติชีวิตจะต้องมีสติสัมปชัญญะ ไม่จำเป็นจะต้องป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย แต่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายหรือทางจิตใจ โดยในสวิสเซอร์แลนด์มีชื่อเสียงในเรื่องการทำ PAS ในระดับโลกเนื่องจากมีการทำกิจกรรมส่งเสริมการตลาดมีบริษัทเอกชนจัดกิจกรรมในลักษณะ “Euthanasia tour” ซึ่งเป็นกิจกรรมเสนอขายการท่องเที่ยวกับการทำ PAS ให้ผู้คนทั่วโลกที่ต้องการจะมาจบชีวิตที่สวิสเซอร์แลนด์ โดยลักษณะกิจกรรมจะเป็นเหมือนโปรแกรมการท่องเที่ยวในสถานที่ต่าง ๆ ในสวิสเซอร์แลนด์ก่อนแล้วก็จบลงด้วยการไปทำ PAS[18]

ลักเซมเบิร์ก การยุติชีวิตผู้ป่วยทำได้ 2 วิธีการ คือ Euthanasia และ PAS โดยแพทย์เท่านั้น[19] โดยมีกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย คือ Law on the Right to Die with Dignity

4. หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับเรื่องการอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย

เนื่องจากประเทศไทยไม่มีกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยผู้เขียนจึงขอใช้กฎหมายของสหรัฐอเมริกา (กฎหมายของรัฐออริกอน) แคนาดา (กฎหมายของรัฐบาลกลางแคนาดา) ในการวิเคราะห์หลักกฎหมาย

เมื่อพิจารณากฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยพบว่าได้กำหนดวิธีการในการยุติชีวิตไว้ 2 วิธี คือ Euthanasia หรือ PAS ซึ่งทั้งสองวิธีนี้แตกต่างกันในเรื่อง “การตายเกิดขึ้นจากการกระทำของใคร” โดย Euthanasia เป็นการที่ผู้ป่วยอนุญาตให้ผู้อื่นกระทำแก่ร่างกายตนเองโดยตรงจนตาย ดังนั้นการตายจึงเกิดจากการกระทำของผู้อื่น แต่ PAS คือการที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ฆ่าตัวตาย ดังนั้นความตายจึงเป็นผลมาจากการกระทำของผู้ป่วยเอง มูลเหตุที่ทำให้มี 2 วิธีดังกล่าวก็เนื่องจากแนวคิดทางศีลธรรมและเหตุผลทางกฎหมายในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ

---

[17] Samia A Hurst and Alex Mauron, ‘Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians’ (2003) British Medical Journal 271-273 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125125/> accessed 23 April 2022.

[18] Amelia Gentleman, ‘Inside the Dignitas house’ (The guardian, 18 November 2009) <https://www.theguardian.com/society/2009/nov/18/assisted-suicide-dignitas-house> accessed 24 April 2022. ; DIGNITAS, ‘Brochure of DIGNITAS’ (DIGNITAS, 21 July 2022) <http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=en> accessed 24 April 2022.

[19] Ministry of Health, ‘Information on requesting euthanasia or assisted suicide 2022’ (the government of the grand duchy of luxembourg) <https://guichet.public.lu/en/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html> accessed 24 April 2022.

เหตุผลทางศีลธรรมก็เนื่องจากแนวคิดทางมนุษยนิยมของกลุ่มผู้สนับสนุนเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย เห็นว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิในชีวิตร่างกายของตนเองดังนั้นจึงต้องให้เจ้าของชีวิตเป็นผู้ทำให้ตนเองตายเอง ไม่ใช่ให้ผู้อื่นเป็นผู้ทำให้ตนเองตาย (นัยว่าทำให้ตนเองตายจะสมศักดิ์ศรีกว่าไปให้ผู้อื่นทำให้ตนเองตาย) ดังนั้นกลุ่มประเทศที่ยึดถือแนวคิดนี้มักจะยอมรับการยุติชีวิตโดยวิธี PAS มากกว่าวิธี Euthanasia นอกจากนั้นหากพิจารณาในความเป็นจริงการที่บุคคลอื่นเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรง (ยุติชีวิตโดยวิธีการ Euthanasia) ย่อมจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีแก่ผู้ที่ทำให้ผู้ป่วยตาย จึงควรให้ผู้ป่วยเป็นผู้ฆ่าตัวตายเองจะดีกว่าการให้ผู้อื่นมาทำให้ผู้ป่วยตาย ดังนั้นในแง่นี้การยุติชีวิตผู้ป่วยโดยวิธี PAS จึงทำให้เกิดความสบายใจหรือไม่รู้สึกผิดแก่ผู้ปฏิบัติงานมากกว่าวิธี Euthanasia

เหตุผลทางกฎหมายก็เนื่องมาจากหากมีการเอาผิดในกรณีการยุติชีวิตผู้ป่วย การทำ PAS มีโทษน้อยกว่าการทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงเพราะตามหลักกฎหมายอาญาทั่วไป กรณี Euthanasia เป็นการที่บุคคลอื่นทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงจึงเป็นการฆ่าผู้อื่นตายโดยเจตนาตามกฎหมายซึ่งมีโทษทางอาญามากกว่ากรณี PAS ซึ่งเป็นกรณีสนับสนุนให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายซึ่งเป็นเพียงความผิดฐานสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย

และเมื่อพิจารณาจากกฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ไม่ว่าจะโดยวิธี Euthanasia หรือ PAS นั้นพบว่าจะมีหลักการในการดำเนินการที่คล้ายคลึงกันทั้งหมด โดยมีหลักการดังต่อไปนี้[20]

4.1 บุคคลที่มีสิทธิขอเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิต

(1) คุณสมบัติของผู้ที่ต้องการเข้าสู่กระบวนการจะเป็นนิตินโยบายและแรงผลักดันทางการเมืองของแต่ละประเทศ โดยหลักการคือ ผู้นั้นจะต้องอายุมากกว่า 18 ปีบริบูรณ์ สำหรับประเทศที่เป็นรัฐรวมมักจะกำหนดระยะเวลาพำนักขั้นต่ำในรัฐนั้นก่อนที่จะมีสิทธิขอเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตไว้ด้วย บางประเทศอาจจะกำหนดว่าผู้ที่จะขอเข้ากระบวนการยุติชีวิตจะต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้วว่าจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือน แต่บางประเทศอาจจะกำหนดเป็น 1 ปี บางประเทศไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่เพียงแค่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายทั้งทางกายและจิตใจก็สามารถขอเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตได้

(2) ผู้แสดงเจตนาจะต้องมีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้

(3) ผู้แสดงเจตนาจะต้องผ่านกระบวนการตรวจทางจิตเวชว่าไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้าหรือมีโรคทางจิตเวชจนเป็นเหตุให้ต้องการฆ่าตัวตาย

---

[20] Oregon Health Authority, 'Oregon Revised Statute: Oregon's Death with Dignity Act' (Oregon Health Authority) <https://www.oregon.gov/oha/ph/providerpartnerresources/evaluationresearch/deathwithdignityact/pages/index.aspx> accessed 22 August 2022. ; Government of Canada, 'Medical assistance in dying' (Government of Canada) <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1> accessed 22 August 2022.

(4) ผู้ที่ต้องการเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตจะต้องให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบที่กฎหมายกำหนดไว้ โดยในแบบดังกล่าวจะมีข้อมูลเกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย ประวัติการรักษาพยาบาลและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่ผ่านมา โดยแบบให้ความยินยอมนี้ต้องมีพยานลงนาม 2 คน บางประเทศมีการกำหนดคุณสมบัติพยาน เช่น หนึ่งในพยานต้องไม่มีความสัมพันธ์กับผู้แสดงเจตนาทางสายเลือดหรือจากการแต่งงาน หรือไม่ได้เป็นผู้ดูแลหรือเป็นผู้มีสิทธิได้รับมรดกจากผู้แสดงเจตนา หรือพยานต้องไม่เป็นเจ้าของสถานที่ดูแล (เช่น สถานที่ดูแลผู้สูงอายุ, สถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, nursing home, hospice) หรือผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ของสถานที่ดูแลผู้แสดงเจตนา และบางประเทศก็ห้ามแพทย์ที่ให้การรักษาผู้แสดงเจตนาลงนามเป็นพยานในเอกสารนี้ แต่หากผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาวและต้องการทำการยุติชีวิตจะต้องมีผู้แทนของสถานพยาบาลนั้นลงนามเป็นพยาน

(5) มีจำนวนครั้งในการทำคำขอที่แตกต่างกัน เช่น บางประเทศต้องเขียนคำร้องขอสองครั้งโดยครั้งที่สองจะต้องห่างจากครั้งแรก 15-30 วัน บางประเทศก็ครั้งเดียว ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจอย่างรอบคอบ

(6) หลายประเทศกำหนดให้ผู้แสดงเจตนาต้องแจ้งแก่ญาติตนเองถึงเจตนารมณ์และความต้องการที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิต หากไม่ยอมแจ้งจะไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตตนเองได้

(7) ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกการแสดงเจตนานี้ได้ตลอดเวลา

4.2 หน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพ

(1) กฎหมายส่วนใหญ่มักจะกำหนดให้เป็นหน้าที่ของบุคลากรด้านสุขภาพที่จะต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้แสดงเจตนาในเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานทั้งทางกายและจิตใจ โดยจะต้องเสนอว่าในทางการแพทย์ยังมีวิธีการอื่นอีกหรือไม่ที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานที่ผู้แสดงเจตนาได้รับ เช่น สอบถามว่าเคยได้รับการดูแลแบบประคับประคองหรือไม่ เคยใช้ยามอร์ฟีนหรือไม่ เคยใช้กัญชาทางการแพทย์หรือไม่ รวมถึงเรื่องการหาแนวทางที่เหมาะสมในการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้แสดงเจตนาได้คิดและตรึกตรองเพื่อตัดสินใจเลือกแนวทางการยุติการทรมานอีกครั้ง เพื่อให้ความตายเป็นทางเลือกสุดท้ายในการหลีกหนีจากความทุกข์ทรมานที่ได้รับ

(2) จัดทำเวชระเบียนเพื่อบันทึกเจตนารมณ์ของผู้แสดงเจตนา จัดทำประวัติการปรึกษาหารือกันระหว่างผู้แสดงเจตนาและแพทย์

(3) แพทย์มีหน้าที่วินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรคให้แก่ผู้แสดงเจตนาขอยุติชีวิตตนเองว่าเป็นโรคร้ายแรงที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ได้รับความทุกข์ทรมานทางกายหรือจิตใจและอาจจะมีชีวิตอยู่ไม่เกิน 6 เดือนหรือไม่ โดยบางประเทศอาจจะเป็น 12 เดือน

(4) บุคลากรด้านสาธารณสุข (แล้วแต่ว่าประเทศนั้นจะกำหนดว่าเป็นหน้าที่ของวิชาชีพใด) มีหน้าที่สั่งยาเพื่อให้แก่ผู้แสดงเจตนายุติชีวิตของตนเอง (สำหรับประเทศที่อนุญาตเฉพาะวิธี PAS) และ

ทำให้ผู้แสดงเจตนาถึงแก่ความตาย (สำหรับประเทศที่อนุญาตวิธี Euthanasia) บางประเทศกำหนดหน้าที่ในการให้การช่วยเหลือในขั้นตอนต่าง ๆ ไว้ด้วย

(5) จัดทำเวชระเบียน ตลอดจนติดต่อประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่าง ๆ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและปรึกษาหารือกันในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย ส่งใบสั่งยาให้แก่เภสัชกร จัดส่งยาให้แก่ผู้ป่วย โดยแพทย์ที่ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยนี้อาจลงนามในใบมรณบัตรเมื่อผู้ป่วยตายได้

4.3 เรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการยุติชีวิต

(1) บุคลากรด้านสุขภาพจะถูกยกเว้นความรับผิดทั้งทางแพ่ง ทางอาญา ทางปกครอง และทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ หากได้ดำเนินการยุติชีวิตผู้แสดงเจตนาไปแล้ว

(2) บุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมกับกระบวนการยุติชีวิตของผู้แสดงเจตนาจะไม่มีความผิดทั้งทางแพ่ง ทางอาญา ทางปกครอง หรือทางจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

(3) การที่ผู้แสดงเจตนาขอยุติชีวิตตนเองจะไม่เป็นการเสียสิทธิในกรมธรรม์ประกันชีวิตตนเอง ทั้งนี้เป็นไปตามที่กฎหมายภายในและเงื่อนไขของกรมธรรม์กำหนดด้วย

(4) มีกระบวนการในการจัดทำสถิติจำนวนผู้แสดงเจตนา จำนวนผู้ที่ทำการยุติชีวิตตนเองได้ ข้อมูลสถิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และต้องรายงานข้อมูลเหล่านี้ต่อกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

5. ความแตกต่างของเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย กับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living will or Advance directive) และเรื่องการยับยั้งการรักษาหรือการถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย (Withhold withdraw of life support measures at the end of life care)

ที่ผ่านมามีความสับสนของทั้งประชาชนทั่วไป นักกฎหมาย และบุคลากรด้านสุขภาพบางส่วนในเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย กับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และเรื่องการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย โดยเข้าใจว่าเรื่องเหล่านี้เป็นสิ่งเดียวกันเพราะในท้ายสุดผู้ป่วยก็จะถึงแก่ความตายทั้งที่เรื่องเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันทั้งหมด

ในทางสากลมีองค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองหรือสมาคมวิชาชีพในหลายประเทศที่ออกแนวทางการปฏิบัติหรือแถลงการณ์ (Statement) เพื่อยืนยัน

ว่าเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง เรื่องการการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย หรือเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไม่ใช่เรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย[21]

ดังนั้นในประเด็นนี้ผู้เขียนขอทำความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ เพื่อจะได้แยกความแตกต่างของแต่ละเรื่องได้เพราะแต่ละเรื่องจะมีประเด็นข้อกฎหมายที่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 การดูแลแบบประคับประคอง

สมาคมระหว่างประเทศเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการดูแลแบบประคับประคอง (International Association for Hospice & Palliative Care; IAHPC) ได้ให้นิยามของเรื่องการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า “วิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต โดยให้การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการเข้าไปดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของโรค รวมทั้งทำการประเมินปัญหาสุขภาพทั้งทางด้าน กาย ใจ ปัญญา และสังคม อย่างละเอียดครบถ้วน[22] และการยุติชีวิตผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นวิธี Euthanasia หรือ PAS ไม่ใช่เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง[23]

แพทยสมาคมโลกได้กำหนดไว้ในปฏิญญาแพทยสมาคมโลกว่าด้วยการุณยฆาตว่า การุณยฆาต คือ การกระทำโดยเจตนาที่จะทำลายชีวิตผู้ป่วยแม้ว่าจะเป็นไปตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติก็ตาม ถือว่าผิดหลักจริยธรรมทางการแพทย์ *โดยการุณยฆาตไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ* ซึ่งจากข้อกำหนดดังกล่าวผู้เขียนเห็นว่า “การดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ” ก็คือเรื่องการดูแลแบบประคับประคองนั่นเอง ดังนั้นจากข้อกำหนดดังกล่าวการดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ใช่การทำการยุติชีวิตผู้ป่วยแต่ประการใด

และตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ได้กำหนดนิยามของการดูแลแบบประคับประคองไว้ว่า “การดูแลผู้ที่มีภาวะจำกัดการดำรงชีวิต (Life Limiting Conditions) หรือภาวะคุกคามต่อชีวิต (Life Threatening Conditions) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและบำบัด เยียวยาและบรรเทาความทุกข์ทางกาย จิต อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตโดยครอบคลุมถึงครอบครัวและผู้มีความสัมพันธ์ของผู้นั้นด้วยทั้งนี้อาจจัดบริการทั้งในและนอกสถานบริการ...”

---

[21] IAHPC, ‘Global Statements on Euthanasia and Physician Assisted Suicide’ (IAHPC disclaimer and policy statement) <https://hospicecare.com/policy-and-ethics/ethical-issues/statements-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/#CPCA> accessed 22 August 2022.

[22] Pallipedia, ‘Definition of Palliative Care’ (Pallipedia The Free Online Palliative Care Dictionary) <https://pallipedia.org/palliative-care-1990-and-2002-who-definitions/> accessed 21 April 2022.

[23] IAHPC (n 29).

เมื่อพิจารณาจากนิยามและความหมายข้างต้นพบว่าสาระสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง คือ รูปแบบการดูแลทางการแพทย์ที่ผสมผสานการดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งออกแบบมาเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รุนแรง และไม่อาจรักษาให้หายขาดได้หรือดูแลผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายมีแต่เสื่อมลงไปตามกาลเวลา โดยมีวัตถุประสงค์ที่ไม่ใช่ให้ผู้ป่วย “หายขาดจากโรค” แต่เป็นมุ่งไปที่ “คุณภาพชีวิต” ของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุให้ดีที่สุดตามสภาพร่างกายและการดำเนินของโรคจะเอื้ออำนวยเพื่อให้ผู้นั้นตายปราศจากความทุกข์ทรมาน

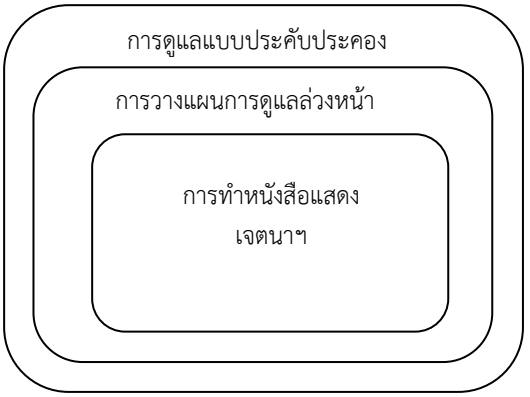
ที่ผ่านมามีการเข้าใจผิดว่าการดูแลแบบประคับประคองคือการปล่อยให้ตายโดยไม่ต้องดูแล ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองคือการดูแลทางการแพทย์และทางสังคมควบคู่กันไปเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและตายอย่างสงบ โดยใช้กระบวนการปรึกษาหารือกัน 3 ฝ่ายระหว่าง บุคลากรด้านสุขภาพ ผู้ป่วย และฝ่ายญาติ เพื่อหาข้อสรุปร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุจนกว่าจะตายและดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุไม่ให้โศกเศร้าเสียใจจากความตายนี้ โดยในเรื่องการรักษาผู้ป่วยและญาติอาจจะตัดสินใจร่วมกันว่าจะขอเลือกที่จะรับการรักษาบางอย่างและเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาบางอย่างได้ เช่น เลือกที่จะขอรับการบรรเทาความเจ็บปวดจากโรคแต่ไม่ขอรับการยื้อชีวิตโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ หรือตัดสินใจไว้แต่ต้นว่าจะไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือหากแพทย์ใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้วก็อนุญาตให้แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจได้ หรือต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน เป็นต้น

ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงมีทั้งกระบวนการในการดูแลทั้งทางการแพทย์และทางสังคมจึงไม่ใช่การทอดทิ้งหรือละทิ้งผู้ป่วยโดยไม่ทำอะไรเลย การดูแลแบบประคับประคองจึงไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยไม่ดูแล จึงไม่มีประเด็นของการงดเว้นการดูแลหรือการละทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญาแต่อย่างใด

5.2 การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข

ในทางวิชาการหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรด้านสุขภาพในกระบวนการการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในขั้นตอนของการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care plan)[24] โดยสามารถสรุปความสัมพันธ์ของเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคองได้ตามแผนภาพต่อไปนี้

[24] กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) 2563 <https://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B9%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%9B%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B8%84%E0%B8%AD%E0%B8%87_5.pdf > สืบค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565.



แผนภาพแสดงความสัมพันธ์ของเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ
การวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง

แพทยสมาคมโลกรับรองหนังสือแสดงเจตนาฯ ว่าถูกต้องตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์ โดยได้ออกประกาศแพทยสมาคมโลกว่าด้วยหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ (WMA Statement on Advance directives ("Living will")) ที่แนะนำแพทย์ในประเทศต่าง ๆ และองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์ถึงเรื่องการทำและการนำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไปใช้ประโยชน์ในเวชปฏิบัติไว้ด้วย[25]

หลักกฎหมายเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ นี้มีพัฒนาการมายาวนานในสหรัฐอเมริกา โดยมาจากหลักคิดจากเรื่องมรดกที่ว่าบุคคลสามารถทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินของตนเองให้ผู้อื่นหลังจากที่ตนเสียชีวิตไปแล้วได้ แล้วเหตุใดจึงไม่สามารถกำหนดแนวทางในการรักษาตนเองในช่วงก่อนที่จะเสียชีวิตได้[26] โดยในสหภาพยุโรปและอีกหลายประเทศในเอเชียรวมทั้งประเทศไทยได้นำหลักการนี้ไปบัญญัติเป็นกฎหมายภายในของตนเองอย่างกว้างขวาง หลักกฎหมายของหนังสือแสดงเจตนาฯ มีที่มาจากการที่กฎหมายต้องการให้บุคคลมีทางเลือกในการวางแผนชีวิตตนเอง หากในกรณีที่ตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้และอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วผู้นั้นต้องการการรักษาพยาบาลอย่างไร โดยเนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนาฯ จะแบ่งเป็นส่วนหลัก ๆ คือ เลือกแนวทางการรักษาพยาบาลที่ตนเองต้องการและไม่ต้องการในวาระสุดท้ายของชีวิต การกำหนดผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจแทนตนในกรณีที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ ความต้องการการดูแลหรือการจัดการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากเรื่องการแพทย์ เช่น ขอไปเสียชีวิตที่ไหน ฯลฯ

---

[25] World Medical Association, 'Statement on Advance directives ("Living will")' (World Medical Association, 2017) <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/> accessed 25 April 2022.

[26] Luis Kutner, 'Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal' (1969) 44 Indiana law journal 539-554 <https://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2525&context=ilj> accessed 25 April 2022.

โดยในประเทศไทยมีการรับรองสิทธิของบุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ ไว้ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีการออกกฎกระทรวง[27] และแนวทางการปฏิบัติตามกฎกระทรวง[28] มาเพื่อเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาล บุคลากรด้านสุขภาพและประชาชนทั่วไปในการทำและการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาฯ แล้วรวมทั้งยังมีแนวคำพิพากษาของศาลปกครองสูงสุดที่ ฟ 11/2558 ว่างหลักในการตีความเรื่องดังกล่าวไว้ว่า *"...การที่บุคคลทำหนังสือแสงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งมีผลทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าวนั้น การดังกล่าวย่อมเรียกว่าสิทธิของบุคคลนั้น สิทธิดังกล่าวมิใช่สิทธิที่จะเลือกไม่มีชีวิตอยู่แต่เป็นสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะตายตามธรรมชาติ..."* และ *"...การทำหนังสือดังกล่าวเป็นการแสดงสิทธิในชีวิตและร่างกายตาม มาตรา 32 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ... โดยเป็นการยื่นความประสงค์ของตนว่าจะใช้สิทธิเช่นนี้ จึงหาเป็นการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนไม่..."*

ดังนั้นโดยสรุปหนังสือแสดงเจตนาฯ ไม่ใช่เรื่องของการขอยุติชีวิตของผู้ป่วยแต่อย่างใด เป็นแต่เพียงหนังสือแสดงเจตนาที่ทำขึ้นล่วงหน้าเพื่อแจ้งความต้องการให้บุคคลรอบข้างทั้งญาติและบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การรักษาได้ทราบเจตนาและความต้องการในการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองเท่านั้น

5.3 การยับยั้งหรือการถอดถอนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพ

ที่ผ่านมาประชาชนทั่วไป นักกฎหมาย และบุคลากรด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากเข้าใจผิดว่าหากยับยั้งหรือถอดถอนเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพจะทำให้ผู้ป่วยตาย เป็นการทำการยุติชีวิตผู้ป่วยและเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย บุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ดำเนินการจะมีความผิด ซึ่งเรื่องดังกล่าวไม่เป็นความจริง สำหรับประเด็นนี้ก่อนที่จะพิจารณาจะต้องเข้าใจคำทางการแพทย์ 3 คำนี้ก่อน คือ

"การยับยั้งการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) และการถอดถอนการรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment)" หมายความว่า การตัดสินใจไม่เริ่มใช้ไม่เพิ่มระดับการรักษาพยุงชีพ (Withholding Life-Sustaining Treatment) การหยุดหรือถอดถอน

---

[27] กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2553/A/065/18.PDF> สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565.

[28] ประกาศสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุข ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2554/E/056/13.PDF> สืบค้นเมื่อ 12 กรกฎาคม 2565.

การรักษาพยุงชีพ (Withdrawing Life-Sustaining Treatment) สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย เมื่อพิจารณาแล้วว่าการรักษาหรือใช้เครื่องพยุงชีพนั้นผลการรักษาแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิตและก่อผลเสียหรือภาระมากกว่าประโยชน์ที่ได้ โดยผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีนี้เอง ภายหลังจากที่ได้รับข้อมูลครบถ้วน ทั้งนี้การยับยั้งการรักษาพยุงชีพและการถอดถอนการรักษาพยุงชีพมิใช่เป็นการทำการุณยฆาต (Euthanasia)[29]

"การรักษาที่ไร้ประโยชน์ (Futile Treatment)" ซึ่งหมายถึง การรักษาที่แน่ชัดว่าไม่ได้ผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่ต้องการ เช่น การใช้เครื่องพยุงชีพหวังให้ฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยสมองตาย ซึ่งการรักษาที่ไร้ประโยชน์นี้จะตรงกันข้ามกับ[30]

"การรักษาเพื่อพยุงชีพ" ซึ่งหมายถึง การรักษาทางการแพทย์ เพื่อใช้ประคับประคองหรือทดแทนการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ การใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้ยากระตุ้นหัวใจและความดันโลหิต การให้สารอาหารหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างไต การให้เลือด การให้ยาปฏิชีวนะ และอื่น ๆ[31]

การที่จะตัดสินว่าการรักษาพยาบาลใดเป็นการรักษาเพื่อพยุงชีพหรือเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์นั้นจะต้องทำความเข้าใจ คือ (1) อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นมีการพยากรณ์โรคและการวินิจฉัยโรคเป็นเช่นไร และ (2) การรักษาพยาบาลที่ให้นั้นมี "จุดประสงค์" ทำไปเพื่อประโยชน์อะไร เนื่องจากการรักษาแบบเดียวกันอาจจะเป็นการรักษาที่ไร้ประโยชน์สำหรับผู้ป่วยรายหนึ่ง แต่กลับเป็นการรักษาพยุงชีพและมีประโยชน์ในผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง

สำหรับในกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและพยากรณ์โรคว่าเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังรุนแรงและรักษาไม่หายหรือในกรณีผู้สูงอายุที่ติดเตียงหรืออายุมากแล้วการรักษาพยาบาลหรือการใช้เครื่องมือทางการแพทย์บางประเภทที่ไปพยุงชีพจะเป็นการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุแล้ว เนื่องจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ให้นั้นเป็นเพียงแค่การยื้อชีวิตออกไปโดยไม่ทำให้หายขาดจากโรคหรืออาการที่เป็นอยู่ เช่น ไม่หายจากอาการสูงอายุ ไม่หายจากโรคเรื้อรัง แต่กระบวนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์นี้กลับสร้างความทุกข์ทรมานให้ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรหาวิธีการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ดังกล่าว

ซึ่งโดยหลักวิธีการบรรเทาความทุกข์ทรมานนี้ทำได้หลายวิธีซึ่งการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วยก็เป็นวิธีหนึ่งในการลดความทุกข์ทรมานได้[32]

---

[29] ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 (เชิงอรรถ 3).

[30] เพิ่งอ้าง.

[31] เพิ่งอ้าง.

[32] ชนินทร์ ลิ่มวงศ์, 'Withhold-withdraw of life support measures at the end of life' (ประชุมวิชาการไม่ใส่เครื่องถอดเครื่องช่วยหายใจ ทำได้เพียงใด ในระยะท้ายของชีวิต (Withholding and Withdrawing of Life-Sustaining Treatment), คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2561) 38-59 <https://infocenter.nationalhealth.or.th/Ebook/seminer/book.html> สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2565.

การยับยั้งการพยุงชีพหรือการไม่ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพผู้ป่วยตั้งแต่ต้น เช่น ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ (Do not resuscitate or DNR) ในกรณีที่ผู้ป่วยประสบปัญหาภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiopulmonary arrest) ไม่ย้ายผู้ป่วยเข้าหอเวชบำบัดวิกฤติในกรณีที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป ไม่ให้เลือดหรือพลาสมา ไม่เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้สูงขึ้น (ใช้ยาปฏิชีวนะชนิดเดิมต่อไป) ไม่ใส่ท่อหลอดลมหรือไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ[33]

การถอดถอนหรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการยื้อชีวิต เช่น ในกรณีที่ใช้เครื่องมือหรือกรรมวิธีทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพผู้ป่วยไปแล้วก็ยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ถอดเครื่องช่วยหายใจ ยุติการใช้ยาปฏิชีวนะหรือยา ยุติการให้สารน้ำหรืออาหารทางสายยาง[34]

ในทางการแพทย์การไม่ใช้หรือการยุติการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการพยุงชีพมีหลักการในการดำเนินการ คือ ต้องเป็นการรักษาที่สมเหตุสมผล (Sound treatment) โดยพิจารณาสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา ประโยชน์ของการรักษา และต้องเปรียบเทียบประโยชน์กับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา การตัดสินใจให้ยึดประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient's best interests)[35]

ในต่างประเทศมีข้อสรุปในการดำเนินการเรื่องการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย ดังนี้ ในเนเธอร์แลนด์การถอดถอนเครื่องช่วยหายใจหรือจ่ายยามอร์ฟีนแก่ผู้ป่วยโดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยลดความทรมานจากความเจ็บป่วยไม่เป็นการยุติชีวิตผู้ป่วยแม้ภายหลังผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากการดำเนินการดังกล่าวก็ตาม[36] สมาคมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของอเมริกา (American Academy of Family Physicians) ไม่ถือว่าการยุติหรือถอดถอนเครื่องมือทางการแพทย์หรือยับยั้งเครื่องมือทางการแพทย์ไม่ใช่เรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย[37] สมาคมการแพทย์อเมริกา (American Medical Association) เห็นว่าควรเคารพเจตนาของผู้ป่วยที่จะยับยั้งเครื่องมือทางการแพทย์หรือถอดถอนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตตนเองแม้การกระทำดังกล่าวจะทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงก็ตาม[38]

---

[33] ดุสิต สถาวร, 'End-of-life care in the PICU' ใน จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร และนวลจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ) New Insight in Pediatric Critical Care 2003 (2003) หน้า <http://thaipedlung.org/book/46_PDF%20New_Insight_46/25End-of-Life%20Care.pdf> สืบค้นเมื่อ 26 เมษายน 2565.

[34] ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 (เชิงอรรถ 3).

[35] ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 'หลักจริยธรรมกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย' <https://www.slideshare.net/joiesansuk/pc09-ethics-and-law-in-eol-and-pall-sedation> สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2565.

[36] The Netherlands Ministry of Foreign Affairs, 'FAQ Euthanasia 2010' (The Patients Rights Council) <http://www.patientsrightscouncil.org/site/wp-content/uploads/2012/03/Netherlands_Ministry_of_Justice_FAQ_Euthanasia_2010.pdf> accessed 26 April 2022.

[37] Richaed J. Ackermann, 'Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment' (2000) 67 American Academy of Family Physicians journal 1555-1560 <https://www.aafp.org/afp/2000/1001/p1555.html> accessed 26 April 2022.

[38] American Medical Association, 'Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment' (American Medical Association) <https://www.ama-assn.org/delivering-care/withholding-or-withdrawing-life-sustaining-treatment> accessed 26 April 2022.

สมาคมการแพทย์ออสเตรเลีย (The Australian Medical Association) เห็นว่าเป็นหน้าที่ที่บุคลากรด้านสุขภาพจะต้องรักษาชีวิตผู้ป่วยแต่ถ้าเห็นว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และหากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพผู้ป่วยไม่เป็นผลดีอีกต่อไป (ก็สามารถยุติการใช้ได้) และควรแน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิตแม้ว่าวิธีการบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม[39] ในแคนาดา อินเดีย และมาเลเซียเมื่อพิจารณาจากนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Operation Definition/Grocery of term) แล้วพบว่าเรื่องการไม่ใช้หรือการยุติเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคอง[40]

ดังนั้นโดยสรุป แนวคิดทางการแพทย์ในต่างประเทศ การยับยั้งเครื่องมือทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตหรือการถอดถอนการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ในการยื้อชีวิตไม่ใช่เรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย ไม่ถือว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ไม่ผิดจริยธรรมทางการแพทย์ เพราะแพทย์มีเจตนาจะลดความทุกข์ทรมานจากการดูแลแก่ผู้ป่วยแม้ผลที่ตามมาจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก็ตาม ซึ่งต่างจากการยุติชีวิตผู้ป่วย (ไม่ว่าจะโดยวิธี Euthanasia หรือ PAS) ที่มีเจตนาตั้งแต่ต้นที่ต้องการยุติชีวิตผู้ป่วยเพื่อหลีกหนีความทรมานจากความเจ็บป่วย

นอกจากนั้นผู้เขียนยังมีความเห็นเพิ่มเติมต่อไปว่า เรื่องการยับยั้งหรือถอดถอนการรักษาเพื่อพยุงชีพผู้ป่วย มีประเด็นที่อาจทำให้เกิดความขัดแย้งจนเป็นเหตุนำไปสู่การฟ้องร้องได้ซึ่งนักกฎหมายควรจะต้องพิจารณาและให้ความสำคัญ คือ การรับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ กล่าวคือสังคมตะวันออกมักให้ความสำคัญกับญาติมากกว่าสิทธิผู้ป่วย ดังนั้นในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะมีญาติเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก บุคลากรด้านสุขภาพนอกจากจะต้องวินิจฉัยและพยากรณ์โรค อธิบายแนวทางการรักษาให้ผู้ป่วยทราบเพื่อขอความยินยอมในการรักษาพยาบาล (Informed consent) แล้ว ยังต้องอธิบายกับญาติของผู้ป่วยด้วย ซึ่งการรับรู้และความคาดหวังของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตาม การศึกษา ประสบการณ์ชีวิต เศรษฐสถานะ ของแต่ละคน เมื่อการรับรู้

---

[39] The Australian Medical Association, 'AMA Code of Ethics 2004. Editorially Revised 2006. Revised 2016' (The Australian Medical Association) <https://www.ama.com.au/sites/default/files/2021-02/AMA_Code_of_Ethics_2004._Editorially_Revised_2006._Revised_2016_0.pdf> accessed 26 April 2022.

[40] See Government of Canada, 'Advance care planning: the Glossary project' (Government of Canada, 2006) <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/advance-care-planning-glossary-project-final-report.html> accessed 26 April 2022. ; India Council of Medical Research, 'Definition of terms used in limitation of treatment and providing palliative care at end of life' (India Council of Medical Research, 2018) <https://main.icmr.nic.in/sites/default/files/Books/Definition_of_terms_used_in_limitation_of_treatment_and_providing_palliative_care_at_end_of_life.pdf> accessed 26 April 2022. ; College of Physicians Academic of Medicine Malaysia, 'Handbook of Palliative Medicine in Malaysia' (College of Physicians Academic of Medicine Malaysia) <http://www.acadmed.org.my/view_file.cfm?fileid=710> accessed 26 April 2022. ; Puteri Nemie Jahn Kassim and Fadhlina Alias, 'End-of-life decisions in Malaysia: Adequacies of Ethical Codes and Developing Legal Standards' (Research Gate) <https://www.researchgate.net/publication/280562104_End-of-life_decisions_in_Malaysia_Adequacies_of_Ethical_Codes_and_Developing_Legal_Standards> accessed 25 April 2022.

ความคาดหวังต่างกันและมีความไม่แน่นอนในการพยากรณ์โรคซึ่งเกิดขึ้นได้ในทางการแพทย์ บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรใช้กระบวนการประชุมกลุ่มครอบครัว (Family meeting) มาเป็นเครื่องมือในการหาข้อสรุปร่วมกันในการหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นนักกฎหมายจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถึงความต้องการของผู้ป่วยและความเห็นของญาติแต่ละฝ่าย เพื่อมาสรุปเป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นก่อนที่จะนำข้อกฎหมายมาใช้

6. ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการยุติชีวิตผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยเท่าที่ผ่านมามีแนวคิดที่ต้องการมีกฎหมายอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย โดยอ้างว่าเนื่องจากเรื่องดังกล่าวเป็นสิทธิส่วนบุคคลของแต่ละคนที่ต้องการที่จะยุติชีวิตตนเองได้ รวมทั้งมีกลุ่มผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคบางประเภทที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย การยุติชีวิตจึงเป็นทางออกสุดท้ายเพื่อให้ผู้ป่วยหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

แต่จากการศึกษาระบบกฎหมายของประเทศที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยข้างต้น พบว่าประเทศไทยยังไม่พร้อมที่จะมีกฎหมายที่อนุญาตให้มีการยุติชีวิตผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้เนื่องมาจากในประเทศที่มีกฎหมายอนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้จะต้องมีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เข้มแข็งมาก โดยมีการกำหนดขั้นตอนการป้องกันการมาฆ่าตัวตายอย่างเข้มงวดมาก โดยเนื้อหาของกฎหมายจะมีการทอดระยะเวลาขั้นต่ำเพื่อให้ผู้ที่แสดงเจตนาขอเข้าสู่กระบวนการยุติชีวิตได้คิดและไตร่ตรองให้รอบคอบ รวมทั้งแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาจะสัมภาษณ์และเสนอทางเลือกในการรักษาแบบต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วย เช่น การดูแลแบบประคับประคอง การให้มอร์ฟีนหรือกัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ความตายเป็นทางเลือกสุดท้ายที่จะปลดเปลื้องความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยได้รับ แต่สำหรับประเทศไทยนั้นเริ่มประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (กฎหมายที่รับรองสิทธิผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข) เมื่อ ปี พ.ศ. 2550 และกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาการดูแลแบบประคับประคองเมื่อปี 2559 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) กำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองปี พ.ศ. 2555-2556 เรื่องกัญชาทางการแพทย์เพิ่งจะเริ่มพัฒนาเมื่อสองปีที่ผ่านมานี่เอง ทำให้มีระบบและบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองยังน้อยอยู่ นอกจากนั้นยังพบปัญหาในความรู้ความเข้าใจของบุคลกรด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อกฎหมายและการใช้ยามอร์ฟีนสำหรับการระงับปวดในการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย[41] ทำให้สรุปได้ว่าประเทศไทย

[41] ฤชุตา โมเหล็ก และคณะ, 'มอร์ฟีนเป็นยาเพื่อการการุณยฆาตจริงหรือ' (2563) 2 1 The Journal of Chulabhorn Royal Academy 14-24 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/download/224953/163599/822946> สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2565.

เพิ่งเริ่มพัฒนานโยบายและพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองมาได้ไม่นานทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ยังไม่พร้อมรับมือกับเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย

และสำหรับประเด็นที่มักจะมีผู้กล่าวอ้างว่าที่ต้องมีกฎหมายอนุญาตให้ทำการยุติชีวิตผู้ป่วยได้เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษาพยาบาล ประเด็นนี้ผู้เขียนขอตั้งข้อสังเกตว่าจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแยกว่าความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นนั้นแท้จริงแล้วเป็นความทุกข์ทรมานจาก “โรค” หรือจาก “การเข้าถึงบริการสุขภาพ” เพราะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ไม่ต้องการรับการรักษาพยาบาลเพราะทนความทุกข์ทรมานกับความแออัดของโรงพยาบาลหรือกับความยากลำบากในการเข้าพบแพทย์ไม่ไหวจึงทำให้ผู้ป่วย “ถอดใจ” ขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลไป ซึ่งถ้าผู้ป่วยเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยได้อย่างสะดวกแล้วผู้ป่วยยังคงเลือกที่จะขอยุติชีวิตตนเองหรือไม่ ในต่างประเทศมีงานวิจัยมากมายที่ยืนยันว่าถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพจะไม่เลือกยุติชีวิตตนเองเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย[42] ทุก ๆ ปีในประเทศไทยจะพบข่าวผู้ป่วยฆ่าตัวตายเพื่อหนีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคภัยที่ตนเองได้รับเพราะหลากหลายสาเหตุ ดังนั้นหมายความว่าระบบบริการทางการแพทย์ ณ ปัจจุบันยังไม่สามารถใช้กระบวนการทางการแพทย์แบบปกติในการระงับ บรรเทาอาการความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ

ดังนั้นในความเห็นของผู้เขียนประเทศไทยยังไม่พร้อมที่จะมีกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วย โดยสิ่งที่ต้องเร่งพัฒนา คือ ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองให้แก่ประชาชนทั่วไปและนักกฎหมาย พัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้ตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นก่อน เพราะระบบที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในประเทศได้ หากประเทศไทยมีกฎหมายที่อนุญาตให้ยุติชีวิตผู้ป่วยได้ย่อมจะส่งผลให้เกิดความตายที่ไม่ควรตายเป็นจำนวนมากอย่างแน่นอน

---

[42] อิศรางค์ นุชประยูร และอุกฤษฏ์ มิลินทางกูร, ‘การดูแลแบบประคับประคอง: ทางเลือกที่ดีกว่าการุณยฆาต’ (กรุงเทพธุรกิจ, 12 มีนาคม 2562) <https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist/121685> สืบค้นเมื่อ 24 เมษายน 2565.