

## แนวคิดและการจัดการกับการตาย: กรณีศึกษาเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย

สุธี อยู่สถาพร\*

### 1. ความเบื้องต้น

ตามที่รัฐมีบทบาทในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข รวมถึงกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยต้องคำนึงถึงความจำเป็นและความสะดวกของผู้ใช้สิทธิบริการก็เพราะมนุษย์ทุกคนย่อมปรารถนาให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกต่อการรับรู้ต่อการมีชีวิตอยู่<sup>1</sup> กล่าวอีกนัยหนึ่งทุกคนต้องการให้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งคำว่าสุขภาพตามความหมายขององค์การอนามัยโลก คือ ภาวะอันเป็นพลวัตของความสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย-ใจ ทั้งทางสังคมและจิตวิญญาณ สุขภาวะทางกาย หมายถึง การปราศจากโรคหรือทุพพลภาพ สุขภาวะทางใจ หมายถึง การมีใจร่าเริงแจ่มใส ปราศจากความทุกข์ร้อนใจ (Suffering)

สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การปราศจากการถูกบีบบังคับทางสังคม เช่น การถูกดูหมิ่น เกลียดชัง ได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (Unfair Treatment) และสุขภาวะทางจิตวิญญาณนั้น หมายถึง การที่มนุษย์มีจิตวิญญาณที่สมบูรณ์ โดยมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการบรรลุสู่ “เป้าหมายอันสูงสุดของการมีชีวิต” (การสามารถบรรลุสู่สังขารของชีวิต) ซึ่งการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มิใช่การบรรลุสู่สิ่งที่เป็นธรรมดา ๆ เช่น ความสามารถในการหายใจ การกิน การนอน ขับถ่าย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามโดยธรรมชาติของมนุษย์ย่อมเกิดความเสื่อมของการทำงานของร่างกาย ทำให้สุขภาพของร่างกายเสื่อมถอยลงไปเรื่อย ๆ และเคลื่อนสู่ความตายไปในที่สุด

วัตถุประสงค์ของบทความนี้คือ การนำเสนอแนวคิดและการจัดการเกี่ยวกับความตายโดยประยุกต์ใช้แนวคิดนี้กับมิติทางสังคม ศาสนา เศรษฐกิจ และกฎหมาย

### 2. กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความตาย

ความตายเป็นสภาวะแยกขาดจากชีวิต ซึ่งถือเป็นการสิ้นสุดของชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องการหลีกเลี่ยง ถ้าพิจารณาถึงทัศนะในเรื่องสุขอนามัยแล้ว จะพบว่ามนุษย์ทุกคนรังเกียจความตายของผู้ป่วยบางประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น

ดังนั้นทุกคนจึงต้องการหลีกเลี่ยงการตายหรือน้อยลงต้องทำด้วยประการใดก็ได้ เพื่อประวิงเวลาให้มีชีวิตให้ยืนยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยแพทย์จะใช้ยาและเทคโนโลยี แต่อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาจิตใจของผู้ป่วยมากนัก อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยมีอาจหลีกเลี่ยงความตายได้ กล่าวคือแพทย์มีอาจประวิงการตายได้ ก็เกิดคำถามที่ว่าอย่างไรจึงจะถือว่าเป็นการตายในทางการแพทย์

#### 2.1 การตายในเชิงทางการแพทย์

ในทางกายภาพก่อนที่จะมีการออกใบมรณะบัตร แพทย์มักจะต้องระบุสาเหตุของการเสียชีวิต เช่น เสียชีวิตเพราะความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะอย่างใดอย่างหนึ่ง คือมองว่าความตายเป็นโรค (Disease) อย่างหนึ่ง แพทย์จะไม่ระบุสาเหตุแห่งการตายว่าเป็น

\* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เพราะชราภาพ หรือหมดอายุ กล่าวคือแพทย์ไม่มองว่า การตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ธรรมชาติ

อย่างไรก็ดี ปัญหาอาจมีว่า จะวินิจฉัยอย่างไรว่า บุคคลหนึ่งได้ถึงแก่ความตายหรือถือว่าเสียชีวิตแล้วนับแต่เวลาใด เพราะการที่จะวินิจฉัยว่ามนุษย์ตายเมื่อใดนั้น เดิมการที่จะถือว่าบุคคลใดที่จะถึงแก่ความตายนั้น เริ่มนับจากการที่หัวใจหยุดเต้นและปอดหยุดการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ประชุมแพทยนานาชาติได้กำหนดเกณฑ์ว่า

1. หัวใจหยุดเต้น
2. ไม่มีการหายใจอีกต่อไป
3. ไม่มีรีเฟล็กซ์ หรือปฏิกิริยาใด ๆ ของร่างกาย
4. ความดันโลหิตตกลงถึงศูนย์
5. คลื่นหัวใจเป็นเส้นตรงไม่น้อยกว่า 15 นาที

แม้หลักกฎหมายต่างประเทศเองก็เคยให้คำนิยามการตายไว้ว่า หมายถึง การที่หัวใจและปอดหยุดทำงานอย่างที่มีโอกาสกลับคืนสู่สภาพเดิมอีกต่อไป (Irreversible Cessation of heart and lung function)<sup>2</sup> ต่อมาเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ แพทย์อาจให้ยากระตุ้นหัวใจและใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจ เช่นกรณีได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรง

ดังนั้นในกฎหมายสหรัฐอเมริกาจึงให้คำนิยามความตายใหม่ว่าหมายถึง

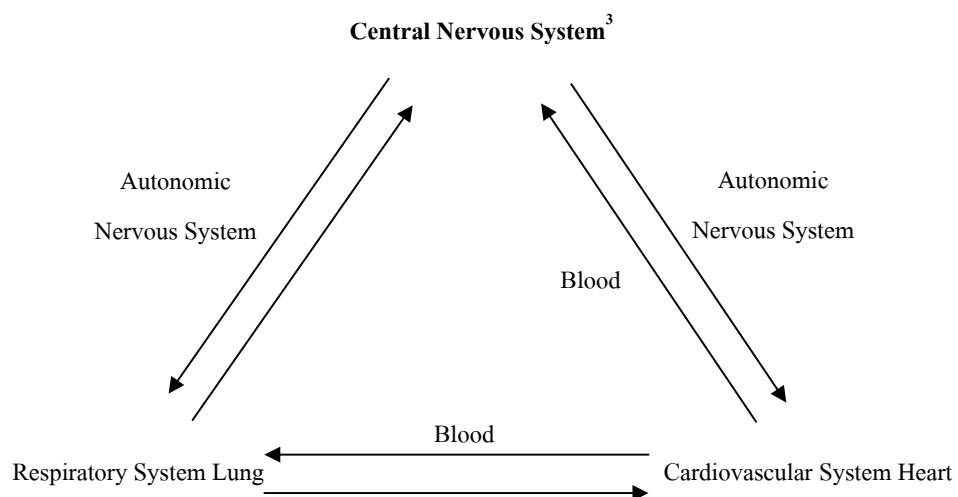
1. การที่ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบการหายใจหยุดทำงานโดยมีอาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอีก

ต่อไป (Irreversible cessation of circulatory and respiratory function) หรือ

2. การที่สมองทั้งหมดหยุดการทำงานโดยมีอาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอีกต่อไป (Irreversible cessation of the entire brain)

บางตำรากล่าวว่าความตาย หมายถึง สภาพความเสียหายของโครงสร้างสมอง ซึ่งมีอาจกลับคืนสู่สภาพเดิม และมีอาจรักษาได้อีกต่อไป (Irremediable and irreversible structural brain damage) ผนวกกับไม่รู้สีกตัวในเครื่อง ช่วยหายใจ (Comatose Patient on Ventilator) แต่ตามข้อเท็จจริงผู้ป่วยบางรายมีสภาวะสมองตาย (Brain Death) ในขณะที่หัวใจและระบบการหายใจยังคงทำงานอยู่ เพราะแพทย์ใช้เครื่องช่วยหายใจกรณีเคยมีคดีขึ้นสู่ศาลอเมริกา โดยวินิจฉัยว่าผู้ป่วยรายนี้ถือว่าถึงแก่ความตายโดยทางกฎหมายแล้ว

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการตายของการแพทย์ไทย ปัจจุบัน การที่ใครคนใดคนหนึ่งจะถือว่าถึงแก่ความตายนั้น ต้องถือการทำงานของแกนสมองเป็นหลักเนื่องจากเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่ควบคุมการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ และยังทำหน้าที่ควบคุมประสาท กับเปลือกสมองให้ทำงานอย่างถูกต้อง หากก้านสมองหยุดทำงาน การหายใจก็จะหยุดไปด้วย แต่ตัวหัวใจอาจยังเต้นอยู่ตรงเท่าที่ยังมีออกซิเจนอยู่ จนกว่าหัวใจจะหยุดเต้นไปในที่สุดบวกกับการขาดการควบคุมจากก้านสมอง บุคคลดังกล่าวก็ถือว่าถึงแก่ความตายโดยสมบูรณ์ ดังผังภาพที่แสดงนี้<sup>3</sup>



จากแผนภาพดังกล่าวแสดงให้เห็นการทำงานของร่างกายที่ทำให้มีชีวิตอยู่ได้ โดยต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างระบบการหายใจ ระบบการสูดเลือดเพื่อเลี้ยงหัวใจ และระบบการทำงานประสาทส่วนกลาง หากระบบหนึ่งระบบใดใน 3 ระบบนี้บกพร่องไป จะมีผลกระทบโดยตรงต่อการทำงานของระบบอื่นด้วย และทำให้ระบบการทำงานของร่างกายทั้งระบบต้องล้มเหลว ยังผลทำให้มนุษย์ถึงแก่ความตายไปในที่สุด

แต่หากว่าเป็นเพียงกรณีเปลือกสมองหยุดทำงานหรือเสื่อมสภาวะ ก็จะทำให้มนุษย์สูญเสียความจำและความรู้สึกนึกคิด จนไม่อาจเคลื่อนไหวร่างกายใด ๆ ได้เลย แต่ไม่ตาย คงมีสภาพเป็นเจ้าชายนิทราหรือเจ้าหญิงนิทราแล้วแต่กรณี ดังนั้นก่อนที่จะบุคคลใดจะถึงแก่ความตาย เราจะมีวิธีหรือแนวทางในการจัดการกับความตายอย่างไร

## 2.2 ปัญหาสืบเนื่องจากภาวะสมองตาย

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองมาเป็นระยะเวลานานพอสมควร แพทย์เห็นว่า

ก. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่อาจฟื้นคืนสู่ภาวะปกติได้อย่างถาวร

ข. การตรวจคลื่นสมองพบว่า สมองสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรแล้ว

ค. เมื่อมีการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะแล้วแพทย์พบว่าเนื้อสมองถูกทำลายไปแล้วเป็นจำนวนมาก เป็นต้น

จากข้อเท็จจริงดังกล่าวย่อมทำให้แพทย์ตัดสินใจหยุดรักษาผู้ป่วยนั้น ซึ่งถ้ามองในเชิงกฎหมาย แพทย์อาจมีความรับผิดชอบมาหาผู้อื่น เช่น การที่แพทย์หยุดเดินเครื่องช่วยหายใจ

แต่ถ้าพิจารณาพิเคราะห์แล้ว การหยุดเครื่องช่วยหายใจมีผลทำให้ร่างกายผู้ป่วยไม่ได้รับออกซิเจน (กรณีผู้ป่วยประเภทที่ไม่สามารถหายใจเองได้) เมื่อร่างกายขาดออกซิเจนก็จะทำให้หัวใจหยุดเต้น จะเห็นว่าการหยุดเครื่องช่วยหายใจมิได้เป็นผลโดยตรงต่อการตายของผู้ป่วย จึงยังไม่พอรับฟังได้ว่าแพทย์กระทำผิดฐานฆ่าคนตาย ในขณะที่ถ้าผู้ป่วยถูกอุดปากอุดจมูกตาย จึงจะถือว่าการตายเป็นผลโดยตรงจากการถูกอุดปากอุดจมูกนั้น จึงจะถือว่าการฆ่าคนตายโดยแท้

นอกจากนี้ โดยทั่วไปจะเห็นว่าแพทย์ย่อมมีหน้าที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตเช่นคนปกติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งอาจจะใกล้เคียงคนปกติก็ได้ ย่อมถือว่าแพทย์ได้ทำหน้าที่ของแพทย์ตามหลักจรรยาบรรณแพทย์แล้ว แต่บางครั้งผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจฟื้นคืนสู่ภาวะปกติ และมีอาการทรุดถึงระดับใกล้จะเสียชีวิตสมองของผู้ป่วยเองก็สูญเสียหน้าที่อย่างถาวรแล้ว แพทย์อาจตัดสินใจหยุดให้การรักษาผู้ป่วย ซึ่งในทางศาสนาแล้ว ไม่ถือว่าเป็นการทำให้ผู้อื่นสูญเสียชีวิตไป เช่น ตามที่หลักศาสนาให้พิจารณาถึงเจตนาจะทำให้คนล้มตาย ด้วยน้ำมือเราหรือไม่ นั่นประกอบด้วย เพราะโดยมากแพทย์ไม่มีเจตนาฆ่าผู้ป่วย หรือการที่ญาติผู้ป่วยตัดสินใจแล้วให้แพทย์หยุดเครื่องช่วยหายใจ ญาติผู้ป่วยก็ยังถือไม่ได้ว่ามีเจตนาฆ่าผู้อื่น แต่มองว่าการช่วยผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ย่อมเป็นการทรมานผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยจากโลกนี้ไปด้วยอาการสงบ เพราะการยื้อรังชีวิตผู้ป่วยทั้งที่ผู้ป่วยได้รับทุกข์ เวทนาจากโรค ย่อมทำให้ผู้ป่วยจิตใจเศร้าหมองไม่ผ่อนคลาย ย่อมนำจิตใจวิญญาณไปอบายมุข ด้วยเหตุนี้ญาติผู้ป่วยจึงตัดสินใจให้แพทย์หยุดการรักษาผู้ป่วยเสีย

## 2.3 การจัดการกับความตาย

ความตายย่อมอยู่ในวิสัยจะควบคุมได้ เพราะความเชื่อที่ว่า ความตายเป็นเรื่องความผิดปกติกว้างของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ก็เป็นโรคนั้นเอง เพราะฉะนั้นเมื่อเป็นโรคแล้ว แพทย์ก็ย่อมอยู่ในวิสัยที่จะรักษาโรคนั้นได้ หากรักษาไม่ได้ก็มองว่าเป็นการล้มเหลวของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หรือมองว่าแพทย์ยังไม่ค้นพบวิธีการรักษาโรคใหม่ที่เพิ่งค้นพบ ฉะนั้นในโลกปัจจุบันจึงมีการพัฒนาและนำเทคโนโลยีมาจัดการกับความตายอย่างเต็มที่ ซึ่งทำให้แพทย์สามารถใช้กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่ทันสมัยประวิงเวลาผู้ป่วยให้มีชีวิตต่อได้ระยะหนึ่งได้ แพทย์จะไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเองตามสภาวะของโรคนั้น ๆ แพทย์ถือว่าการช่วยชีวิตผู้ป่วยไม่ให้ตายเป็นหน้าที่อันสำคัญที่สุดของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยขั้นวิกฤติซึ่งมีผลต่อ “ทัศนคติใหม่เกี่ยวกับความตาย” ที่ว่าการจัดการกับความ

ตายอยู่ในมือของแพทย์ แพทย์เป็นผู้กำหนดวิธีการรักษา โดยในบางครั้งขาดการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงวิธีการรักษา ขาดการพูดความจริงแก่ผู้ป่วย รวมถึงแพทย์เป็นผู้กำหนด “สภาพแวดล้อม” แก่ผู้ป่วย เช่น กำหนดให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องไอซียู เป็นต้น ปัญหาอาจมีว่าความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์มีบทบาทหรือมีผลกระทบต่อการจัดการกับความตายหรือไม่ ประการใด

ดังนั้นในการตายทั้งในความเห็นทางการแพทย์ ระหว่างประเทศและในประเทศไทยต่างมีความเห็นสอดคล้องที่ต้องประกอบไปด้วย การที่หัวใจหยุดเต้น ระบบสมองไม่ทำงาน โดยเน้นการทำงานของแกนสมองล้มเหลว พร้อมกับไม่มีการไหลเวียนของโลหิต ผลจากการไม่ทำงานของระบบดังกล่าว ยังผลให้เกิดความตายของบุคคล แต่หากระบบบางระบบยังคงทำงานอยู่แบบประคับประคอง เพราะยังไม่ถือว่าบุคคลยังไม่ถึงแก่ความตาย กรณีดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวในการรักษาผู้ป่วย แต่เป็นการรักษาเพื่อประวิงเวลาให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวต่อไประยะหนึ่ง

### 3. ผลจากความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่อการตาย

ปัญหาเบื้องต้นอาจมีข้อสงสัยว่า ก่อนที่จะมีแพทย์พยาบาลดังเช่นยุคปัจจุบัน ใครบ้างมีหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ในยุคสมัยก่อนที่จะมีการประกอบวิชาชีพแพทย์ หน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นของบิดามารดาในการช่วยเหลือดูแลบุตร ส่วนกรณีผู้ใหญ่ป่วยเอง ก็เป็นหน้าที่ของตนเอง ดูแลตนเองโดยอาศัยประสบการณ์การรักษาโรคที่ตนมีประสบการณ์สั่งสมมา

ต่อมาเมื่อมนุษย์มีการรวมตัวเป็นชุมชน เป็นหมู่บ้าน ก็จะพบว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตกเป็นหน้าที่ของพระหรือหมอผี ซึ่งมักจะเป็นบุคคลในชุมชน ได้รับการยอมรับและให้ความเคารพนับถือจากชุมชน บุคคลเหล่านี้มีบทบาทอย่างมากในการกำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคม และประกอบพิธีกรรมตามสิทธิที่ตนมีความเชื่อมาแต่เดิม

นอกจากพระ หรือหมอผีมีบทบาทในการรักษาพยาบาล บุคคลซึ่งเป็นสมาชิกในชุมชนแล้ว พระหรือ

หมอผียังมีบทบาทในการตัดสินใจพิพาทที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในสังคม เพื่อก่อให้เกิดความสงบสุขในชุมชน มีข้อน่าสังเกตว่าการรักษาโรคของบุคคลในชุมชนมักจะใช้วิธีการทางศาสนา หรือ ไม่ก็เป็นการใช้วิธีการทางไสยศาสตร์ หรือบางครั้งใช้มายาศาสตร์ผสมกลมกลืนในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บของผู้ป่วย

ลักษณะที่เห็นได้ชัดของการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีทางไสยศาสตร์ หรือมายาศาสตร์ เช่น ชุมชนเผ่ากะเหรี่ยงแดงในประเทศไทย ซึ่งจะมีหมอผีประจำหมู่บ้าน ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อของหมู่บ้าน เพื่อให้คนเจ็บป่วยหายจากอาการป่วยไข้

อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยในยุคปัจจุบัน ได้มีผู้ประดิษฐ์คิดค้นและผลิตอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีของสังคม ทำให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ และทำให้มีมาตรฐานในการจัดบริการทางคลินิก อยู่ในระดับสากลตามไปด้วย เช่น การที่นักวิทยาศาสตร์สามารถสร้างจอประสาทตาเทียมได้ (Artificial Retina) หรือการที่ทีมนักวิจัยต่างประเทศได้ประสบความสำเร็จในการซ่อมไขสันหลังผู้ป่วยที่ถูกตัดขาดไป โดยใช้เซลล์แมกโครฟาจฉีดเข้าไปเพื่อกระตุ้นให้สร้างเนื้อเยื่อไขสันหลัง และต่อมภายหลังคณะผู้วิจัยได้นำเสนอความสำเร็จในการรักษาผู้ที่อัมพาตแขนขาจากไขสันหลัง โดยการใช้อุปกรณ์ฝังเข้าไปเพื่อกระตุ้นไขสันหลัง เป็นต้น<sup>7</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างยืนยาวขึ้น หรือรอดพ้นจากการตายในอัตราที่สูงขึ้นก็จริง แต่ความจริงแล้วความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็มีผลเสียบางประการ เช่น กรณีทำให้ราคาค่ารักษาพยาบาลที่แพงขึ้น ผู้ป่วยหนักที่มีฐานะยากจนหรือในท้องถิ่นห่างไกลไม่อาจเข้ามารับการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงก็เป็นอีกปัญหาหนึ่ง

ยิ่งกว่านั้น ความเจริญก้าวหน้าในการรักษาผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้วัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นขาดความสำคัญ เนื่องจากการรักษาโรคโดยเทคโนโลยีสมัยใหม่ จะเน้นการรักษาโรคให้หายเท่านั้น โดย

มองข้ามอารมณ์และความรู้สึก (Empathy) ของผู้ป่วย เช่น เมื่อแพทย์รู้สึกว่าคุณป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยกำลังอยู่ในช่วงวิกฤติ และต้องการตายไปในทันที จะไม่ได้ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วย แพทย์มักจะหลีกเลี่ยงในการเปิดเผยความร้ายแรงถึงชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะรับสภาพไม่ได้ แม้จะใช้ความจริงก้าวน้ำทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็ตาม ทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการต่อสู้กับโรค รู้สึกหมดหวัง ซุนมัว<sup>6</sup>

บางกรณีผู้ป่วยยังต้องต่อสู้กับความทุกข์ทรมานจากการรักษาโรคของแพทย์สมัยใหม่ เช่น ทนต่อความเจ็บปวดหลังจากการผ่าตัดโรคร้ายแรงบางอย่าง เพราะอาจต้องมีการใส่ท่อช่วยหายใจ (Endotracheal Tubes) ผู้ป่วยยังต้องทนความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด การไม่สามารถสื่อสารได้ ต้องทนทุกข์ต่อสภาพที่นอนไม่หลับ เนื่องจากถูกจำกัดความเคลื่อนไหว เป็นต้น<sup>7</sup>

อย่างไรก็ตาม เมื่อย้อนไปคูณิคติสัมพันธ์ของแพทย์ต่อผู้ป่วย พบว่าในสมัยก่อนการรักษาพยาบาลของแพทย์เป็นเรื่องการช่วยเหลือ หรือการมีน้ำใจซึ่งกันและกัน แพทย์จึงเป็นเสมือนพ่อพระผู้ให้การรักษาโรคแก่ผู้เจ็บไข้ ผู้ป่วยจะให้ความเคารพนับถือแพทย์ การให้คำแนะนำใดๆ จากแพทย์ ผู้ป่วยมักปฏิบัติตามเสมอ ต่อมาในระยะหลังที่สังคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น มีการตั้งโรงพยาบาลเอกชนกันมากขึ้น นอกเหนือจากโรงพยาบาลของรัฐที่ให้การรักษายาบาลอยู่เดิม การรักษายาบาลมีการใช้ความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาด้านราคาค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน จึงทำให้เกิดมีแนวคิดในการรักษาพยาบาลที่เป็นปฏิปักษ์ต่อกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความหวังจะให้แพทย์รักษาโรคของตนให้หาย ปราศจากข้อผิดพลาดตามหลักมูลหนี้ที่เน้นผลการปฏิบัติการตามสัญญา (Obligation de resultat) มากกว่าการรักษาผู้ป่วยโดยใช้วิธีการที่ดีที่สุด ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Obligation de moyen) จึงทำให้เกิดมีการฟ้องคดีทั้งทางแพ่งและอาญาอยู่เนือง ๆ เหตุนี้จึงทำให้แพทย์ต้องระวังตนเองมากขึ้น

สรุป จากการรักษาผู้ป่วยแบบดั้งเดิมของพระหรือหมอผี โดยใช้วิธีทั้งทางกายภาพ และวิธีทางไสยศาสตร์ หรือมายาศาสตร์ มาเป็นการรักษาผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ อันทำให้ผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวต่อไป แต่สิ่งที่เป็นปัญหาบางประการ ซึ่งได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาสูง ทำให้ผู้ป่วยที่มาจากครอบครัวที่มีฐานะยากจนถึงปานกลางไม่อาจเข้าถึงการรักษา และแพทย์มุ่งเน้นการรักษาให้หาย โดยอาศัยเครื่องมือการแพทย์ที่ทันสมัย โดยไม่เน้นการรักษาอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นเหตุให้เกิดความเศร้าหมอง ซุนมัว ขาดกำลังใจในการต่อสู้โรคร้าย แพทย์จึงอาจต้องดูแลผู้ป่วยทั้งโดยอาศัยเทคโนโลยี และการรักษาใจผู้ป่วยให้ต่อสู้โรคภัยต่อไป

อนึ่ง การรักษาดูแลผู้ป่วย หากจะมองแพทย์อย่างเดียวยังไม่ถูกต้อง กรณีจึงต้องดูสภาพสังคม เศรษฐกิจประกอบด้วย เพื่อชี้ให้เห็นถึงการดูแลผู้ป่วยในยุคปัจจุบัน

#### 4. เจ็บใจทางสังคมเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อความตาย

สภาพสังคมเศรษฐกิจในยุคปัจจุบัน จะหมายถึง Socio-economic ที่ชุมชน (Community) มีความสัมพันธ์ต่อกันน้อยลงมิได้ให้ความช่วยเหลือดูแลรักษาให้กันและกัน เพราะถือว่าความตายเป็นเรื่องส่วนบุคคลหรือครอบครัว และแม้จะดูจากระดับครอบครัวเองจะพบว่าในอดีตการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวใหญ่ จะมีลูกหลานผลัดกันมาดูแลเฝ้าไข้ ในขณะที่ครอบครัวขนาดเล็กมีลูกหลานเพียงไม่กี่คนเข้ามาดูแล บางครอบครัวมีเพียงสามีหรือภรรยาดูแลสุขภาพซึ่งกันและกัน ส่วนลูก ๆ บุตร-ธิดา ต่างประกอบอาชีพในเมืองหลวง บางกรณีก็ต้องจ้างคนมาดูแลหรือต้องส่งเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้ป่วยอนาถา

ความจริงแล้วการดูแลผู้ป่วย (Caring) ถือเป็นวัฒนธรรมที่สำคัญของมนุษย์ที่ต้องมีความเอื้ออาทรต่อกัน (Altruistic Motivation) และได้รับการสืบทอดมาช้านาน ทั้งการดูแลเด็ก เยาวชน ผู้เจ็บป่วย ผู้พิการ

ตลอดจนกระทั่งผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน จะเห็นได้จากกรณีที่กฎหมายบางประเทศ เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ของไทย ได้กำหนดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ดูแลเลี้ยงดู เช่น กรณีมาตรา 1563 ที่บัญญัติให้บิดามารดาที่ให้กำเนิดบุตรย่อมมีหน้าที่ต้องทำนุบำรุงอุปการะเลี้ยงดูบุตร และในทำนองเดียวกันเมื่อบุตรเจริญเติบโตขึ้น บิดามารดาแก่ชราลง บุตรย่อมมีหน้าที่เลี้ยงดูบิดามารดา ซึ่งถือเป็นหน้าที่ทางกฎหมายและศีลธรรม<sup>8</sup>

แต่อย่างไรก็ดีแม้จะมีบทบัญญัติของกฎหมายกำหนดหน้าที่ เช่น ญาติทางสายโลหิตมีหน้าที่ต้องดูแลบิดามารดา ตามประมวลกฎหมายแพ่งพาณิชย์ก็ตาม ในทางปฏิบัติพบว่า โรคบางประเภทที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น เมื่อเข้ารับการรักษาครั้งแรกก็จะได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวญาติ ญาติพี่น้องเป็นอย่างดี แต่เมื่อโรคไม่อาจรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยก็มักถูกญาติพี่น้องทอดทิ้งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการรักษาตัวเอง

หนึ่งผู้ป่วยบางรายที่มีฐานะดี สามารถเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนได้ตามระยะเวลาที่ปรารถนา และสามารถจ้างคนดูแลพิเศษมาดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งผู้ป่วยหายหรือเสียชีวิต หรือบางกรณีอาจมีการจัดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยเป็นระบบเชิงรุก (Home Care) ที่ให้บริการโดยสถานพยาบาลที่จัดการฝึกอบรมบุคลากรของสถานพยาบาล ให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะสุดท้าย โดยจัดให้บุคลากรไปเยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะ ๆ

ซึ่งถ้าจะพิจารณาด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยแล้ว จะพบว่าในบางกรณีครอบครัวผู้ป่วย มักเลือกหาผู้ดูแลผู้ป่วยเฉพาะแทนการดูแลผู้ป่วยโดยญาติพี่น้อง ทั้งนี้อาจเกิดจากญาติผู้ป่วยอาจต้องลงงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย เมื่อลาหลาย ๆ ครั้ง อาจส่งผลต่อสถานภาพการทำงานของญาติผู้ป่วย บางกรณีครอบครัวของผู้ป่วยอาจมีฐานะยากจนลง เพราะต้องนำเงินของครอบครัวไปชำระค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรงพยาบาลเอกชน และเป็นโรคนิคมิตที่ ต้องใช้ยาราคาแพงในการรักษา เช่น โรคมะเร็ง เป็นต้น

สภาพสังคมเศรษฐกิจดังกล่าวจึงถือเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความตาย เพราะหากผู้ป่วยมีฐานะการเงินดี มีญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลที่ดี ผู้ป่วยสามารถเตรียมตัวได้เป็นอย่างดี ไม่มีความรู้สึกว่าจะตนถูกทอดทิ้ง ซึ่งสอดคล้องกับหลักศาสนา

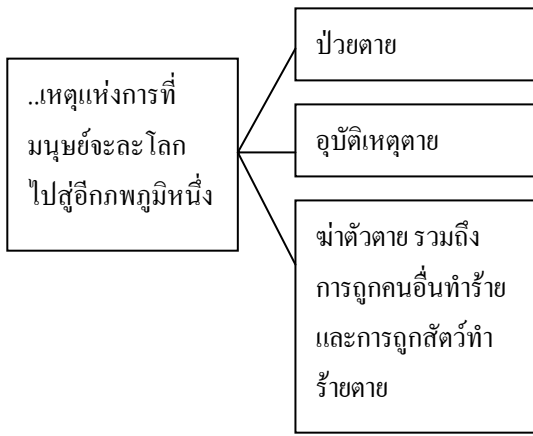
## 5. เจ็อนไปทางศาสนาที่ส่งผลต่อความตาย

ในมิติทางศาสนาแล้ว เมื่อพูดถึงการจัดการเกี่ยวกับความตายของมนุษย์ที่ยังความพลัดพรากจากสิ่งอันเป็นที่รักด้วยกันหมดทั้งสิ้น อาจจะมีคำถามว่าในทางศาสนา เช่น พุทธศาสนา มองเรื่องเหตุแห่งความตายอย่างไร และเหตุแห่งการตายดังกล่าวเหมือนกับแนวคิดเหตุแห่งการตายของบุคคลในทางกฎหมายหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของไทย

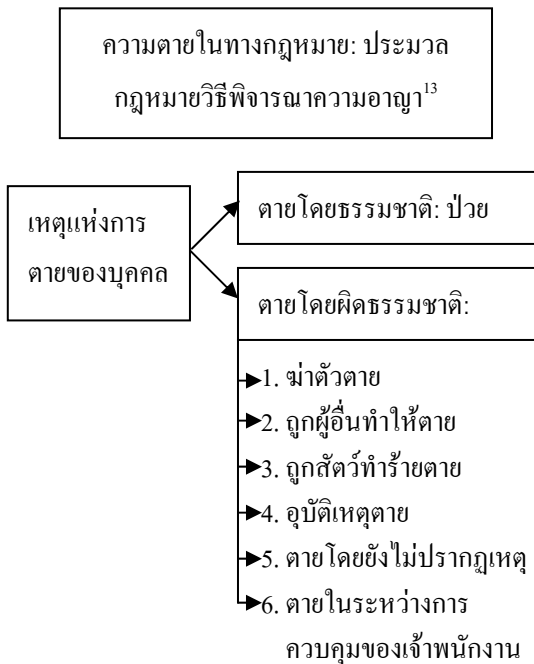
อนึ่ง หลักในการมองเหตุแห่งการตายในเชิงกฎหมาย วิธีพิจารณาความอาญาของไทยปัจจุบัน มองว่าให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดถึงแก่ความตายโดยผิดธรรมชาติ เช่น ถูกฆ่าตาย กล่าวคือมิได้ตายโดยธรรมชาติ เช่น ป่วยตาย แล้วจะต้องมีการชันสูตรพลิกศพในทุกกรณี เพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเสียชีวิต (Cause of Death) และใช้เป็นหลักฐานในการพิสูจน์ความผิดของจำเลยในคดีอาญา ในขณะที่หลักในการมองเหตุแห่งการตายในทางศาสนา มิได้แยกแยะว่าเป็นการตายโดยธรรมชาติหรือผิดธรรมชาติ

แนวคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ตาย ในทางศาสนาอาศัยหลักความเชื่อที่ว่า “ความตายเป็นสิ่งที่ไม่มีนิมิตรหมาย” หมายความว่ามนุษย์ทุกคนย่อมสามารถตายได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะในบ้านหรือนอกบ้าน ไม่ว่าจะเป็นเวลาเช้าหรือเวลาค่ำ หรือช่วงเวลาใด ๆ ก็ตาม มนุษย์ทุกคนหนีความตายไปไม่พ้น

อนึ่งเมื่อกล่าวถึงเหตุแห่งการที่มนุษย์ตาย คือ เหตุแห่งการที่มนุษย์จะต้องละโลกไปสู่อีกภพภูมิหนึ่ง ตามหลักการเวียนว่ายตายเกิด ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ในทางกฎหมาย ก็ได้พูดถึงการสิ้นสภาพบุคคล คือ ผู้ถึงแก่ความตายที่ถือว่าสิทธิหน้าที่ทางกฎหมายย่อมสูญสิ้นไปพร้อมกับการตายด้วย แต่มีการระบุเหตุแห่งการตายในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาดังนี้



คนในสังคมปัจจุบันมักปฏิเสธโลกหน้า หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งปฏิเสธชีวิตหลังความตาย ซึ่งแต่เดิมถือว่าความตายเป็นสิ่งที่น่ากลัวสำหรับมนุษย์ทุกคน ในทางพระพุทธศาสนา มองว่าการตายเป็นเรื่องของธรรมชาติ ในขณะที่ทางกฎหมายมองว่าการตายเป็นเรื่องที่มนุษย์หยุดการหายใจ ในทางแพทย์คือเอาเกณฑ์สมองตาย กระบวนการที่คนเดิมมองว่าการตายเป็นความทุกข์ทรมาน ในขณะที่ทางสังคมไทยเชื่อว่าผู้ป่วยใกล้ตายควรตายที่บ้าน จะเหมาะสมกว่าที่จะตายในโรงพยาบาล เช่น ให้มีการ

ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของสถาบันมะเร็ง โดยให้มีการเยี่ยม อุปกรณ์การดูแลรักษาผู้ป่วยกลับไปใช้ที่บ้าน ทั้งเตียงผู้ป่วย ถึงออกซิเจน และอุปกรณ์การรักษาผู้ป่วยที่จำเป็นอื่น ๆ แล้วแต่กรณี ในขณะที่สังคมตะวันตกมักเชื่อว่าควรให้ผู้ป่วยใกล้ตายตายในสถานที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แต่บางครั้งเจ้าหน้าที่ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มักจะมีหน้าที่ทำตามคำสั่งแพทย์ ใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ไม่มีทักษะในการพูดคุยกับผู้ป่วย และปล่อยให้ผู้ป่วยตายในที่สุด เท่ากับว่าเป็นการมองความตายในมิติทางกายภาพเท่านั้น ไม่ได้มองมิติทางจิตวิญญาณ แม้แต่แพทย์เองยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความตาย ไม่รู้ว่าจะปฏิบัติอย่างไร ไม่รู้ว่าผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการสิ่งใดในเชิงจิตวิญญาณ เพราะไม่มีการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ พระสงฆ์บางรูปเองก็ยังขาดความเข้าใจในเรื่องนี้ ดังนั้นปัญหาจึงมีว่าจริง ๆ แล้ว ในสังคมไทยสมัยก่อนมีความเชื่อเกี่ยวกับความตายในเชิงจิตวิญญาณอย่างไร และคำว่า “โลกหน้า” นั้นมีความหมายอย่างไร

ในสมัยก่อน ปู่ย่าตายายมีความเชื่อว่า ความตายคือการพ้นทุกข์จากโลกนี้ นับว่ามีอิทธิพลจากความเจริญทางจิตใจและอิทธิพลทางพุทธศาสนา หากเมื่อยังมีชีวิตอยู่ก็ควรทำความดีมา ๆ เมื่อถึงแก่ความตายไปแล้ว ก็ จะพบความสงบใน โลกหน้า แต่ก่อนตายทุกคนต้องผ่านการเจ็บป่วยซึ่งเป็นสัญลักษณ์บ่งชี้ว่าความตายมีอยู่จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีความเจริญ ก้าวหน้าทางการแพทย์ยังไม่เจริญ ญาติผู้ป่วยก็มักจะเอาทางธรรมเข้าข่มอาการทุกข์ทรมานของผู้ป่วย บางครั้งอาจมีการนิมนต์พระสงฆ์องค์เจ้ามาเทศน์ข้างเตียงให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ ไม่กระวนกระวาย เพื่อว่า “โลกหน้า” จะมีความสุขอันนิรันดร์<sup>9</sup>

คำว่า “โลกหน้า” หมายถึง ชีวิตหลังความตายและสถานที่สถิตของชีวิตหลังความตาย เนื่องจากมนุษย์และสัตว์โลกทั้งหลายเมื่อตายแล้วไม่สูญ ยังคงต้องเวียนว่ายตายเกิดอยู่อีก คราบที่กิเลสยังไม่หมด ซึ่งสอดคล้องกับคำตรัสของพระสัมมาสัมพุทธเจ้าที่ว่า “สัตว์ทั้งหลายมีกรรมเป็นของตน เป็นทายาทแห่งกรรม มีกรรมเป็น

กำเนิด มีกรรมเป็นเผ่าพันธุ์ มีกรรมเป็นที่พึ่งอาศัย กรรมย่อมจำแนกสัตว์ให้เลว และปรามาคิดได้”

ดังนั้นหากทำให้ผู้ป่วยจิตใจสงบ ไม่กระวนกระวาย ก็เท่ากับทำให้จิตใจผู้ป่วยไม่เศร้าหมอง ย่อมทำให้ไปสู่สุคติ จึงมีความจำเป็นให้ผู้ป่วยใกล้ตายจะต้อง “เตรียมตัวตายให้เป็น”<sup>10</sup> คือให้เกาะเกี่ยวอยู่กับธรรมะก่อนลาโลก โดยให้ลืมหูทุกซ์-เวทนา จากโรคภัยไข้เจ็บในห้อง ICU เป็นต้น ในบางศาสนาประเภทเทวนิยมเชื่อว่าความดีที่ส่งเคราะห์โลกนี้ ย่อมทำให้ผู้เชื่อได้ไปสถิตอยู่กับพระเจ้า ภายหลังจากการตายจากโลกนี้ไปแล้ว ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าเงื่อนไขทางศาสนาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีใจสงบ ผ่องใส ไม่ทุรนทุราย ย่อมถือเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการจัดการเกี่ยวกับการตาย

เงื่อนไขทางศาสนาจึงถือเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ส่งผลการจัดการตายอย่างมาก ก่อนที่บุคคลใดจะถึงแก่ความตาย มีหลักปฏิบัติศาสนาที่ดีหรือเคร่งครัด หรือเป็นผู้ยึดมั่นการปฏิบัติตามหลักศาสนาอยู่ตลอดเวลา เมื่อเขาละโลกนี้ไปสู่โลกหน้า เขาย่อมไปสู่สุคติภูมิหรือภูมิที่สูงขึ้นตามความเชื่อของแต่ละศาสนา

## 6. ผลทางกฎหมายต่อการจัดการเกี่ยวกับความตาย: การแสดงเจตนาปฏิเสธการเข้ารับรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติถึงสิทธิการตายไว้ในมาตรา 10 ว่า “บุคคลที่มีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่ง และเมื่อได้ปฏิบัติตามเจตนาดังกล่าวแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความผิดทั้งปวง”

ซึ่งโดยหลักตามมาตรานี้เป็นเรื่องการแสดงเจตนาในการประสงค์ในการรับบริการสาธารณสุข กล่าวคือ

ทั้งแพทย์และผู้ป่วยเองก็ต้องให้ความเคารพและปฏิบัติตาม โดยผู้ป่วยสามารถรอกเอกสาร D.N.R (Do not Resuscitate) ไว้ล่วงหน้า อันมีผลให้แพทย์ต้องหยุดกระทำการใด ๆ อันเป็นการยืดชีวิต ในกรณีดังกล่าวอาจเรียกว่าเป็นพินัยกรรมก่อนตาย (Living Will) นั่นเอง

บางกรณีญาติผู้ป่วยได้แสดงเจตนาขอให้นำผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ถึงแก่กรรมที่บ้าน ซึ่งถือว่าการแสดงเจตนาที่จะไม่ขอเข้ารับการรักษาจากแพทย์เป็นสิทธิที่จะปฏิเสธได้ แพทย์ไม่มีความผิดที่ก่ออันตรายหรือการทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาตรา 307 ประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย ภาวะพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้น โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

อนึ่งเมื่อกล่าวถึงการกระทำของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยสงบ ได้แก่ กรณี Action Euthanasia คือการที่แพทย์กระทำการใด ๆ อันมีผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอย่างสงบ เช่น ฉีดยาหรือสารบางอย่างให้ตายเร็วขึ้น เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งถือเป็นการดำเนินการที่เร่งความตายให้แก่ผู้ป่วยหนักโดยตรง ในทางกฎหมายแพทย์อาจจะต้องรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญาได้

ส่วนกรณี Passive Euthanasia คือการที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยสงบ เป็นการปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ หรือตามพยาธิของโรค โดยปราศจากการช่วยชีวิตด้วยเครื่องมือการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งนี้รวมถึงการที่แพทย์ถอดเครื่องช่วยหายใจและเครื่องช่วยชีวิตอื่น ๆ รวมถึงการถอดท่อให้น้ำและอาหาร ซึ่งในทางกฎหมายแพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบตามประมวลกฎหมายอาญา

บางกรณีผู้ป่วยเป็นผู้ร้องขอให้แพทย์ช่วยเหลือให้ตนเองถึงแก่ความตายเร็วขึ้น ซึ่งเรียกว่า “Doctor-assisted Suicide” เช่น แพทย์จัดหาหรืออุปกรณ์สำหรับปลดชีวิต โดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือในขั้นตอนสุดท้าย



อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย และได้กินยานอนหลับเกินขนาด โดยเขียนจดหมายเอาไว้ด้วยว่าตนไม่ต้องการให้แพทย์นำตัวเขาเข้าห้องฉุกเฉินเพื่อช่วยชีวิตให้อยู่รอดไม่ว่าจะโดยวิธีใด ๆ ต่อมาเพื่อแพทย์ตรวจพบข้อความในจดหมายดังกล่าว จึงมิได้ดำเนินการรักษาผู้ป่วยอีกต่อไป โดยอ้างว่ากระทำการตามความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งถึงแก่ความตาย กรณีดังกล่าวแพทย์อาจมีความผิดหรือไม่ ยังไม่มีคดีขึ้นสู่ศาลไทย แต่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าควรมีกฎหมายรับรองการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบไม่เป็นการผิด โดยการปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามความประสงค์ของผู้ป่วย ประกอบกับหลักที่ว่า การงดเว้นไม่กระทำถือเป็นความผิด หมายถึง เมื่อบุคคลใดก็ตามมีหน้าที่จะต้องกระทำการใด ๆ แต่ตนเองงดเสียไม่ยอมกระทำการ บุคคลดังกล่าวย่อมต้องรับผิดชอบในผลที่เกิดขึ้นจากการงดเว้นไม่กระทำการเช่นนั้น เพราะไม่กระทำการตามหน้าที่ ซึ่งหน้าที่ ดังกล่าวอาจเป็นหน้าที่ตามกฎหมาย หน้าที่ที่ตนเองยอมรับโดยเฉพาะเจาะจง หน้าที่อันเกิดจากการกระทำก่อน ๆ ของตน รวมถึงกรณีเป็นหน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง เป็นต้น

ซึ่งเมื่อเทียบกับการกระทำโดยงดเว้นกระทำการตาม “หน้าที่ทั่วไป” ของแพทย์ คือ ไม่ดำเนินการรักษาผู้ป่วย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายเช่นนี้ แพทย์ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา<sup>11</sup>

ต่อมาเมื่อผู้ป่วยวาระสุดท้ายถึงแก่ความตาย ตามบทบัญญัติในมาตรา 15 วรรคแรกของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งบัญญัติว่า “สภาพบุคคลสิ้นสุดลงเมื่อตาย” ไม่ว่าจะเป็นการตายโดยธรรมชาติหรือตายโดยการสาบสูญก็ตาม จะมีผลตามกฎหมายทั้งกฎหมายเอกชนและกฎหมายมหาชนดังนี้

(1) ผลตามกฎหมายเอกชน (กฎหมายแพ่ง) บุคคลเมื่อถึงแก่ความตาย สภาพบุคคลย่อมสิ้นสุดลงตามไปด้วย และย่อมมีผลให้มรดกของบุคคลนั้นย่อมตกทอดแก่ทายาท เว้นแต่จะเป็นการเฉพาะตัวของผู้ตายโดยแท้<sup>12</sup>

หรือในกรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่ความตายมีฐานะเป็นผู้เอาประกันชีวิต เมื่อถึงแก่ความตาย ทายาทผู้ตายย่อมมีสิทธิได้รับเงินจากบริษัทผู้รับประกันภัยในฐานะผู้รับ

ประโยชน์และในขณะเดียวกัน ทายาทก็ชอบที่จะเรียกให้บุคคลภายนอกชดเชยค่าสินไหมทดแทนที่ยังขาดอยู่ (กรณีละเมิด)<sup>13</sup>

(2) ผลตามกฎหมายอาญา เมื่อบุคคลใดถึงแก่ความตาย โทษทางอาญาที่บุคคลนั้นก่อขึ้น ย่อมระงับลงไปด้วย รัฐจะหันไปลงโทษทางอาญาแก่ญาติพี่น้องหรือทรัพย์สินใด ๆ ของผู้ตายหาได้ไม่

## บทสรุป

เมื่อพิจารณาหลักวิทยาศาสตร์ว่าด้วยพลวัตแห่งการเกิดปรากฏในวงจักร อันไปสู่ความล่มสลาย แล้วเกิดเป็นสิ่งใหม่ของโลกและจักรวาล รวมทั้งชีวิตมนุษย์ จะพบว่า ทุกสิ่งเกิดขึ้น ตั้งอยู่ดับไป เช่น เซลล์เม็ดเลือดจะเกิดและดับภายใน 120 วัน มนุษย์จะมีอายุหรือเกิด – ตายไปภายใน 100 ปี โดยเฉลี่ย เมื่อพูดถึงความตายทางการแพทย์ที่สมองตาย ในขณะที่ทางกฎหมายถือเอาที่การหยุดหายใจ ส่วนทางศาสนาถือว่าเป็นเรื่องการทำจิตใจของผู้ป่วยวาระสุดท้าย เตรียมตัวก่อนตาย ให้เป็นด้วยการทำใจให้สงบ

การจัดการกับความตายในทางการแพทย์จึงควรให้ผู้ป่วยเตรียมตัวตายให้เป็น โดยการนำหลักศาสนาเข้ามาช่วยให้ผู้ป่วยไม่ทรมานทรมายก่อนเสียชีวิต แพทย์จึงควรเข้าใจหลักการจัดการกับความตายของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตแพทย์ที่จะทำให้ระยะห่างระหว่างแพทย์กับคนไข้แคบลง

อนึ่งในแง่ของกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การรักษาพยาบาลระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์ทางกฎหมายที่มีลักษณะคล้ายกับ “สัญญาจ้างทำของ” ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 587 แต่มิใช่เป็นสัญญาจ้างทำของเหมือนกรณีทั่วไปที่เน้นผลการปฏิบัติการตามมูลหนี้ (Obligation de resultat) เพราะแพทย์ไม่มีมูลหนี้ว่าจะต้องรักษาผู้ป่วยให้หายเด็ดขาด เพียงแต่มีมูลหนี้ในการใช้วิธีการรักษาผู้ป่วยอย่างมีมาตรฐานวิชาชีพ (Obligation de moyen) เท่านั้น

ผลก็คือการจัดการเกี่ยวกับความตาย ควรพิจารณาตามหลักกฎหมายเรื่องการแสดงเจตนาและหลักสัญญาจ้างทำของมาใช้บังคับโดยอนุโลม กล่าวคือ การแสดง

เจตนาของผู้ป่วยแม้จะในวาระสุดท้ายก่อนเสียชีวิต จะต้องปราศจากการถูกหลอกลวง ถูกข่มขู่ ถูกกลั่นแกล้ง หรือแสดงเจตนาโดยสำคัญผิดทั้งในข้อเท็จจริงและในข้ออ้างเป็นสาระสำคัญของสัญญา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ประสงค์จะรับการรักษา สืบเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาอย่างใดก็ตาม แพทย์จำเป็นต้องเคารพความประสงค์ของผู้ป่วยนั้น ถึงแม้ว่าแพทย์จะเชื่อมั่นว่าสามารถรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ก็ตาม ซึ่งเมื่อดាំมาผู้ป่วยดังกล่าวจะถึงแก่ความตาย เพราะมิได้รับการรักษา แพทย์ก็ย่อมหยุดฟื้นความรับผิดชอบแพ่งหรือแม้แต่ทางอาญา อันเป็นการสอดคล้องกับหลักสิทธิในการกำหนดตนเอง (Right to Self-determination) ของกฎหมายสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ประกอบกับหลักปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเรื่องสิทธิในความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์ (Human Autonomy)

### เอกสารอ้างอิง

1. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิต: วิ่งสู่อะไรกันแน่. หมอชาวบ้าน, 2540; 18: 54-63.
2. Schuly R., Bagel D., Moyex, E., and Visintiner, P. Psychological paradigms of understanding care giving." In light, E. & Lebowitz, B. D (Eds.) Alzhemex's Disease Treatment and Family Stress: Directions for Research. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1989. และ คณะกรรมการจัดทำเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขั้นสุดท้าย. คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งขั้นสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: เซ็กส์เมเรียสสุขภาพ, 2538.
3. บรรทอง รัชตะปิติ, พินิจ กุลละวณิชย์, กัมมันต์ พันธุมจินดา, และคณะ. เกณฑ์การตัดสินใจการตาย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร, 2531; 32(5): 412-423.
4. Klatz, R. Advances in Anti-aging medicine. New York: Mary Ann Liebert Publishers, Inc., 1996.
5. Bank, RH. The price of life. The future of American Health Care. New York: Columbia University Press, 1997.
6. Banta, H. David and Luce B. Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective. Oxford: Univesity Press, 1993.
7. นันทา เล็กสวัสดิ์, นฤมล วงศ์มณีโรจน์, สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และพิชาณี แสนมโนวงศ์. รายงานการวิจัยเรื่องความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดใหญ่ (ม.ป.ท.), 2542.
8. พलगูร ธรรมพิสัย, พระยา. คำสอนชั้นปริญญาตรี กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2480.
9. พระภิกษุวิริยคุณ (เผด็จ ทัตตชีโว). สิกขิงภาพุทธศาสตร์เพื่อการหลุดพ้นจากทุกข์ในอบายภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 6. บริษัทวัชรอินเตอร์พรีนติ้ง จำกัด, 2550 และศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
10. พระภิกษุวิริยคุณ. เข้าไปอยู่ในใจ: ขุมทรัพย์ทางปัญญาจากพระไตรปิฎก. (พิมพ์ครั้งที่ 1). จัดพิมพ์และเผยแพร่โดยชมรมพุทธศาสตร์สากลในอุปถัมภ์สมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า, 2546: 48-58.
11. คำพิพากษาฎีกาที่ 659/2532. และสุนทร มณีสวัสดิ์. การใช้การตีความกฎหมายและบททั่วไป. เอกสารการสอนชุดวิชากฎหมายแพ่ง 1, สาขาวิชานิติเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545.
12. มาตรา 1599 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์.
13. มาตรา 896 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ประกอบกับคำพิพากษาฎีกาที่ 2361/2515 และคำพิพากษาฎีกาที่ 3026/2540.