รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

กฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทย

LAW EUTHANASIA AND THAI SOCIETY

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัญญพงศ์ ลิ่มประเสริฐ

อาจารย์อนิสา มานะทน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

2564

ชื่อเรื่อง : กฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทย

ผู้วิจัย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สัญญพงศ์ ลิ่มประเสริฐ **สถาบัน** : มหาวิทยาลัยรังสิต
และนางสาวอนิสา มานะทน **สถาบัน** : มหาวิทยาลัยรังสิต

ปีที่พิมพ์ : 2566 **สถานที่พิมพ์** : มหาวิทยาลัยรังสิต

แหล่งที่เก็บรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ : มหาวิทยาลัยรังสิต **จำนวนหน้างานวิจัย** : 216 หน้า

คำสำคัญ : การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก, กฎหมายการุณยฆาต, สิทธิการตาย

ลิขสิทธิ์ : มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องกฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวทางความเป็นไปได้ด้านกฎหมาย การบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับ และศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย”หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ได้ เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

โดยการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร ผลการศึกษาพบว่า ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้ เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขในประเทศไทยมีการส่งเสริมและสนับสนุน

ซึ่งปัจจุบันประชาชนไทยสามารถเข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมาย คือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ลักษณะการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living will) ประการต่อมาคือ การดูแลแบบประคับประคองอาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care) ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมายกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าประเทศไทยไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่าง

สมบูรณ์แบบได้ เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้อย่างเด็ดขาด เนื่องจากไม่มีการบัญญัติกฎหมายรองรับและไม่เคยแม้แต่จะมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าว รวมทั้งไม่มีกฎหมายอื่นใดที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้ และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก คือเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และยังหมายถึงความรู้สึกทางสภาพจิตใจคนในสังคมด้วย อย่างในปัจจุบันที่ประเทศไทยยังใช้การประหารชีวิตเป็นบทกำหนดโทษความรับผิดทางอาญาตามมาตรา 18 โทษสำหรับลงแก่ผู้กระทำความผิด เมื่อมีข่าวเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเกิดขึ้น ประชาชนที่เปราะบางและอ่อนไหวทางสังคมอาจเกิดความหดหู่จากการลงโทษลักษณะดังกล่าว

ข้อเสนอแนะต่อการวิจัยประเด็น “สิทธิการตาย” สามารถเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ได้ หากมีการบัญญัติสิทธิการตายไว้ในรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายอื่นใด ด้วยการยอมรับว่าสิทธิการตายมีศักดิ์ศรีเท่ากับสิทธิอื่นๆ ซึ่งต้องมีการรับรองโดยกฎหมาย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Title : LAW EUTHANASIA AND THAI SOCIETY

Researcher : Asst.Prof. Sanyapong Limprasert, Ph.D. and Anisa Manaton

Institution : Rangsit University

Year of Publication: 2566 Publisher : Rangsit University

Sources : Rangsit University No: of page : 216 pages

Keyword : Active Euthanasia, Euthanasia, The Right to Die

Copyright : Rangsit University

Abstract

The purpose of research on euthanasia law and Thai society was to study legal feasibilities, legislation of supporting laws and legal consequences related to "the right to die" or/and active euthanasia or physician assisted suicide (PAS) to allow patients with hopeless of medical treatment to be completely cured and absolutely free from suffering from the diseases. This was documentary research. The results revealed that the public health agencies in Thailand promote and support the issue of "the right to die" or/and active euthanasia and assisted a rapid death to permit patients with hopeless of medical treatment to be completely cured and free from suffering from the diseases.

Currently, Thai people can access the right to die legally. This appears evidence of legal support in Section 12 of the National Health Act B.E. 2550 (2007), that is the right of non-consent to receive public health services on prolonged life at the end-of-life stage or end suffering from illness (living will). The next issue was the palliative care for patients with hopeless of medical treatment to be completely cured until the end-of-life stage emerges evidence of legal support, namely Ministerial Regulations on Principles and Procedures according Non-Consent for Receiving Public Health Services in Extension of the End-of-Life Stage or Ending of Suffering from Illness B.E. 2553 (2010).

Furthermore, the results indicated that active euthanasia or physician assisted suicide to allow patients with hopeless of medical treatment to be completely healed

and absolutely free from suffering from the diseases is unavailable in Thailand. The reason that laws are not granted to this issue and it has never been a legislative drafting on such matter. Moreover, legal analogy in reasoning cannot apply to this issue. This active euthanasia is the relation among medical personnel, patients, and relatives, and also includes feelings and states of mind of people in society. Likewise in Thailand, capital punishment is currently used as a criminal penalty provided for offenders according to Section 18. When the news about such matters arises, people who are vulnerable and socially sensitive may be depressed by such a penalty.

For the recommendation of the research, the issue of "the right to die" can be completely possible if the right to die is prescribed in the constitution law or any other laws with the acceptance that the right to die is as dignified as other rights and this right must be certified by the law.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ง**
สารบัญ		**ฉ**
สารบัญตาราง		**ฌ**
สารบัญรูป		**ญ**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
	1.3 สมมติฐานของการวิจัย	6
	1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
	1.5 ขอบเขตของการวิจัย	8
	1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
	1.7 ระเบียบวิธีวิจัย	9
	1.8 นิยามคำศัพท์เฉพาะ	9
บทที่ 2	**แนวคิด ทฤษฎี ความเป็นมา และหลักการการยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค**	**11**
	2.1 สังคมไทยกับการยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก	13
	2.2 แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย	22
	2.2.1 นิยามความหมายการกระทำการุณยฆาต	23
	2.2.2 วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาต	34

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.2.3 วงจรการตายดีหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน 44
2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำการุณยฆาต 61
2.3.1 Rational Choice Theory ทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผล 61
2.3.2 ทฤษฎีหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน 62

บทที่ 3 แนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) และกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค **68**

3.1 แนวทางสิทธิการตาย 68
3.1.1 นิยามความหมายแนวทางสิทธิในการตาย 71
3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) กับปัจจัยต่างๆในสังคม 74
3.2 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศไทยและต่างประเทศ 85
3.2.1 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในประเทศไทย 86
3.2.2 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในต่างประเทศ 98

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์กฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้ **118**

เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

4.1 แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก 118

4.2 “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ 138

4.3 แนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค 148

บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะกฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค **194**

5.1 บทสรุป 194

5.2 ข้อเสนอแนะ 208

บรรณานุกรม **211**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาตออกเป็นลักษณะต่างๆ ตามแนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ	29
2	ประเด็นถกเถียงการกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” และ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ”	41
3	ประเทศที่ได้มีความสัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาตตั้งแต่ในอดีตและปัจจุบัน	150
4	เปรียบเทียบการกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia) และการเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติที่เป็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรับ (Advance directive)	200

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

ภาพที่		หน้า
1	ลักษณะการเสียชีวิต	18
2	การุณยฆาตตามยุคสมัยต่างๆ	24
3	วงจรความหมายสัมพันธ์ของการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia	35
4	วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น	39
5	วงจรการตายดีหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน	45
6	กฎหมายปกป้องและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยปริยายหรือด้วยความประมาทเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์	87

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ช่วงประมาณต้นปี 2562 ที่ผ่านมาหลายสำนักข่าวในประเทศไทย ตลอดจนสื่อสังคมออนไลน์ได้มีการนำเสนอเกี่ยวกับกรณีผู้ชายไทยที่ป่วยด้วยเนื้องอกในสมองเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี ได้เข้ารับการกระทำการุณยฆาต (Euthanasia) ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จากกรณีดังกล่าวส่งผลให้กระแสสังคมช่วงเวลานั้นหันมาให้ความสนใจและเกิดข้อถกเถียงอย่างมากต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคนั้น ประเทศไทยสามารถกระทำได้หรือไม่และมีขอบเขตเพียงใด

ไม่เพียงแต่เท่านี้อีกประเด็นที่ทำให้เกิดข้อถกเถียงในสังคม นั่นคือความเชื่อมโยงระหว่างสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อันถือเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ และเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

ดังนั้น หากทำการศึกษาถึงย้อนไปก็มิได้พบว่ามีสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในประเทศไทยแต่อย่างใดและปัจจุบันมิได้ปรากฏถึงกฎหมายที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์กับประเด็นข้างต้นเช่นเดียวกัน

แต่ด้วยเหตุผลที่ว่าแม้วิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์จะก้าวกระโดดไปสู่อนาคตไปเพียงใด บางยุคสมัยสิ่งเหล่านี้กลับล้าหลังต่อการวิวัฒนาการของโรคต่างๆ ประกอบกับการก้าวหน้าอย่างเป็นโลกาภิวัตน์ การเปิดรับต่อสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้

ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จึงยังคงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต่างถามหาเพื่อให้ตนเองยุติความทุกข์ทรมานจากโรคที่รุมเร้าและมีแนวโน้มแต่จะทวีความรุนแรงขึ้น

สำหรับประเทศไทยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เรียกได้ว่ากำลังมีการก้าวพัฒนาแต่เป็นการก้าวอย่างที่เรียกว่ายังคงให้เกียรติและศักดิ์ศรีต่อกลุ่มเปราะบางทางสังคม กล่าวคือ ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมีสาระสำคัญในบทบัญญัติมาตรา 12 เกี่ยวกับสิทธิการตายแต่เป็นสิทธิการตายที่ให้เป็นการยอมรับได้ ซึ่งมีใจความตอนหนึ่งว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์ และธนสร สุทธิบดี, 2561 : 101) บทบัญญัติ มาตรา 12 บัญญัติว่า

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

นอกจากนี้ รัฐยังได้ตรากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เพื่อรองรับการดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์

จากบทบัญญัติของมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นพ.ฉันชาย สิทธิพันธ์ได้กล่าวไว้ในงานเสวนา REST IN PEACE วิกฤตความหมายของความตาย เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2562 เวทีเสวนาย่อยหัวข้อ “Dying in the future อนาคตใหม่ของความตาย จุดจบชีวิตที่กำหนดได้” โดยได้อภิปรายถึงการกระทำการุณยฆาตว่าในสังคมไทย ควรอนุญาตให้มีได้หรือไม่ ซึ่งทาง นพ.ฉันชาย สิทธิพันธ์ กล่าวโดยสรุปว่า การกระทำการุณยฆาตในประเทศไทยถือว่ายังผิดกฎหมาย มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เนื่องจากมาตราดังกล่าวเป็นเพียงการ

ให้สิทธิประชาชนสามารถปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาลโดยมีเงื่อนไขว่าการรักษาพยาบาลนั้นไม่ได้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่อย่างใด อีกทั้งต้องจำกัดไว้เฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีเงื่อนไขที่เป็นตัวแปรผกผันของการให้สิทธิประชาชนสามารถปฏิเสธการรับการรักษาพยาบาล นั่นคือ ผู้ป่วยยังสามารถรับการดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) อันหมายถึงการดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิตได้ แต่ไม่ใช่การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้กล่าวบรรยายรายละเอียดไว้สอดคล้องกับนพ.ฉันชาย สิทธิพันธ์ ถึงมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยสรุปได้ว่ามาตรา 12 คือ การให้โอกาสต่อประชาชนทำการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อใดที่ตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตนไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไป ขอใช้สิทธิตายตามวิถีทางธรรมชาติ ซึ่งไม่ได้มีความหมายถึงการอนุญาตให้เกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

อนึ่ง สืบเนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยยังไม่ให้การยอมรับและปฏิเสธสิทธิการตายหรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่กลับมีปัจจัยสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยควรเริ่มศึกษาเกี่ยวกับประเด็นข้างต้นเพื่อเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับสังคมในอนาคตที่ได้มีการแปรเปลี่ยนเป็นสังคมพลวัตที่มีความเห็นพหุวัฒนธรรม และความหลากหลายก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมสะท้อนให้เห็นว่าประเทศไทยควรเริ่มศึกษาอย่างจริงจัง จำแนกได้เป็น 5 ลักษณะ คือ

1. การดำเนินชีวิตทางสังคมปกติอย่างธรรมดาทั่วไป ไม่มีปัจจัยแทรกที่ส่งผลให้กระทบหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ทั้งสิ้น

2. การชะลอการแต่งงาน ประเทศไทยมีภาวะสมรสในลักษณะการชะลอการแต่งงานสูงขึ้น ดูจากการมีอายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรก และประเทศไทยยังพบแนวโน้มสภาวการณ์การไม่แต่งงานสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการครองโสดถาวรของหญิงไทย ตลอดจนการเปิดรับการอยู่ร่วมกันโดยไม่มีการสมรสมากขึ้นในประเทศไทย

3. การยอมรับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือ “LGBT+” มากขึ้น

จากสภาพการณ์ทางสังคมลักษณะที่ 2 และลักษณะที่ 3 มีความเป็นไปได้มากที่บุคคลทั้ง 2 กลุ่ม จะอยู่ในสภาวะดำรงชีพอย่างโดดเดี่ยวเมื่ออายุสูงขึ้น อีกทั้งการใช้ชีวิตแบบหุ้นส่วนชีวิต (Life partner) ของผู้มีความหลากหลายทางเพศ กฎหมายประเทศไทยยังไม่ได้เปิดช่องรองรับการดำเนินการใด ๆ อันมีผลทางกฎหมายอย่างเช่นการใช้ชีวิตแบบคู่สมรสตามเพศสภาพเดิมที่ถือกำเนิด

ดังนั้น หากบุคคลทั้ง 2 ลักษณะ หรือแม้แต่บุคคลในลักษณะที่ 1 ประสบกับความเจ็บป่วยและต้องการพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ด้วยการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล ไม่อยากทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจอีกต่อไป หรือเพราะไม่มีญาติหรือบุคคลใดสามารถดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือ สำหรับการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต บุคคลทั้ง 3 กลุ่ม คงต้องทนทุกข์ทรมานต่อไป เพราะไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น

4. การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ การที่ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ย่อมมีแนวโน้มถึงอัตราความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีมากขึ้น ประกอบกับการชะลอการแต่งงานสูงขึ้น อัตราการมีบุตรอาจลดน้อยลงไปด้วย เท่ากับว่าบุคคลกลุ่มนี้ไม่มีญาติหรือบุคคลใดสามารถดูแล และสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลแบบประคับประคองอาการตามที่แพทย์มีความเห็นเหมือนกับบุคคลใน 3 ลักษณะข้างต้น โอกาสที่บุคคลกลุ่มนี้ต้องการพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ด้วยความประสงค์ของตนเองอาจเกิดขึ้นไม่แตกต่างจากบุคคลใน 3 ลักษณะแรก

ทั้งนี้ ประเด็นสืบเนื่องที่น่าตระหนักถึงจากการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ คือ การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุ หากจำแนกจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายด้วยหลักเกณฑ์ทางอายุ โดยนับเป็นอัตราส่วนต่อประชากรแสนคน พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงจะเป็นกลุ่มของผู้สูงอายุ จากการทำแบบสำรวจทางระบาดวิทยาถึงสาเหตุที่ส่งผลให้สูงอายุฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับสอง คือ ปัจจัยการเป็นโรคเรื้อรังทางกาย (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพออนไลน์, 2563) การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุประกอบด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ ซึ่งการฆ่าตัวตายที่ไม่สำเร็จอาจนำไปสู่โอกาสการฆ่าตัวตายซ้ำสอง หรืออาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มจากที่เป็นอยู่เดิมและความบาดเจ็บทางจิตใจ การเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่าง

สมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จึงอาจเป็นอีกหนึ่งทางเลือกสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางกายและต้องการพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่รุมเร้า

5. การดำเนินชีวิตของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายทั้งกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและไม่สำเร็จ สำหรับประเทศไทยนั้นสาเหตุการเสียชีวิตลักษณะผิดธรรมชาติเกิดจากสาเหตุสำคัญอันดับแรก คือ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ อันดับต่อมา คือ การฆ่าตัวตาย (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพออนไลน์, 2563) ด้านกรมสุขภาพจิตได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายว่าเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ และโรคประจำตัว

กรมสุขภาพจิต ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่างปี 2561-2562 พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตาย เกิดจากกลุ่มปัจจัยที่มีลักษณะการซ้อนทับ ปัจจัยร่วมที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 53.04 รองลงมาเป็นการใช้สุรา ร้อยละ 29 ลำดับต่อมา คือ โรคทางกาย ร้อยละ 25.7 และโรคจิตเวช ร้อยละ19.8 และลำดับสุดท้าย คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ18.33 (กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ออนไลน์, 2563)

การฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งมีปัจจัยมาจากโรคทางกายที่มีถึงร้อยละ 25.7 คล้ายคลึงกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุในแง่ของการต้องการพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยทางกายและต้องการพ้นจากความทุกข์เนื่องจากไม่มีเงินค่ารักษาพยาบาล ไม่มีญาติหรือบุคคลใดสามารถดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลแบบประคับประคองอาการ ซึ่งสอดคล้องกับการที่บุคคลในลักษณะที่ 1 - ลักษณะที่ 3 ต้องทนทุกข์ทรมานต่อไป เพราะไม่มีสิทธิเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

จากความสำคัญและที่มาปัญหาข้างต้น ได้นำมาสู่ประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสังคมไทยกับสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคแม้ว่าประเด็นดังกล่าวจะเป็นเรื่องที่ต้องมองข้ามความเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ นอกจากนี้การเสียชีวิตของบุคคลหนึ่งย่อมก่อให้เกิดสิทธิอื่นตามมาอีกหลายประการอีกด้วย แต่นับว่าเป็นแนวทางที่ดีกว่าสำหรับการใช้เป็นทางเลือกในอนาคตตามสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 ศึกษาแนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.2.2 ศึกษาประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ

1.2.3 ศึกษาแนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.3 สมมติฐานของการวิจัย

1.3.1 ประเทศไทยสามารถผลักดันให้ประชาชนเข้าถึง หรือผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้หรือไม่ เพราะกฎหมายไทยปฏิเสธประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.3.2 หากประเทศไทยสามารถผลักดันให้เกิดการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ควรมีแนวทางดำเนินการอย่างไร เพราะว่าอย่างที่ได้กล่าวแล้วว่าในเรื่องดังกล่าวเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

นอกจากนี้ ในต่างประเทศมีแนวทางดำเนินการอย่างไรบ้างต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.3.3 ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคควรมีกฎหมายรองรับอย่างไรบ้าง

ผลลัพธ์ทางกฎหมายจะเป็นไปในทิศทางใด เพราะการเสียชีวิตเกี่ยวข้องกับสิทธิอีกหลายประการ เช่น สิทธิการรับมรดก หรือการมีกฎหมายเพื่อพิทักษ์การนำอวัยวะไปใช้ในลักษณะการค้ามนุษย์

นอกจากนี้ หากประเทศไทยสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคให้เกิดขึ้นได้จริง จะส่งผลอย่างไรบ้างกับการรับเงินประกันภัย

เพราะสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ระบุการข้อจำกัดบางประการที่บริษัทประกันชีวิตยกเว้นการจ่ายเงินเอาประกัน จากสาเหตุการตายดังนี้

- ผู้รับประโยชน์ฆ่าผู้เอาประกันตาย
- ผู้เอาประกันฆ่าตัวตายภายใน 1 ปี นับจากวันทำสัญญาหรือวันต่ออายุสัญญาครั้งสุดท้าย

ความตายที่เกิดจากสาเหตุข้างต้นดังกล่าว บริษัทประกันชีวิตจะไม่จ่ายจำนวนเงินเอาประกันชีวิตให้ แต่จะคืนเบี้ยประกันชีวิตที่ได้ชำระมาแล้วทั้งหมดเท่านั้น (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยออนไลน์, 2563)

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.4.1 ผลการศึกษาสามารถนำมาสู่แนวทาง โอกาสหรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับการผลักดันให้เกิดการเข้าถึงสิทธิการตายหรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมาน

จากโรค ตลอดจนทราบถึงผลลัพธ์ทางสังคมจากการผลักดันให้เกิดการกระทำการุณยฆาต หรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.4.2 ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การพัฒนาเป็นต้นแบบแนวทางการดำเนินการหรือวิธีปฏิบัติต่อการเข้าถึงสิทธิการตายหรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

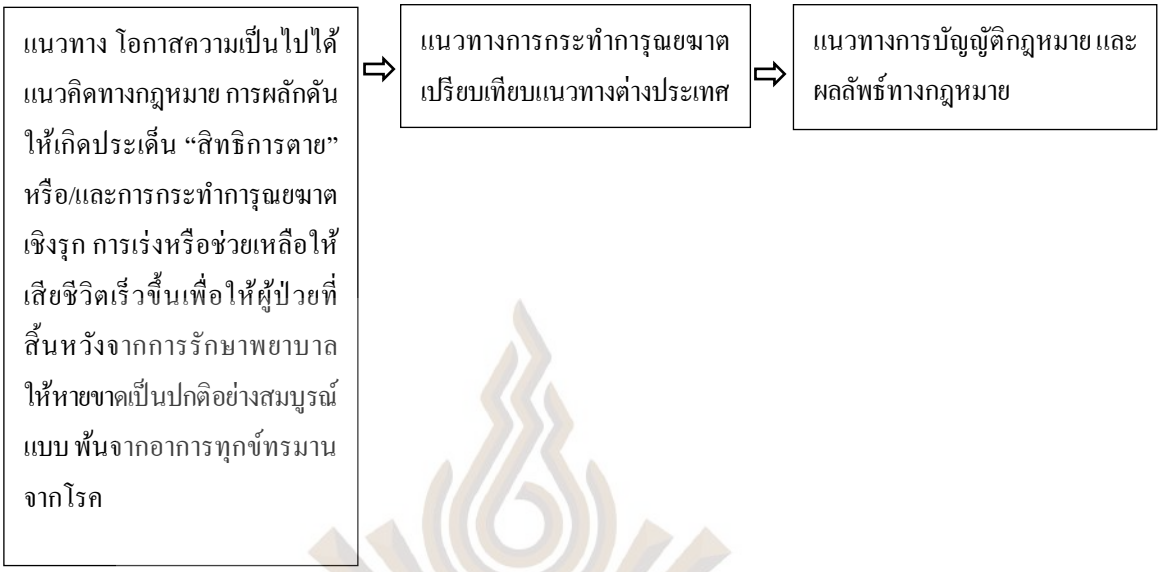
1.4.3 ผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนากฎหมาย ตลอดจนทราบถึงผลลัพธ์ทางกฎหมายที่สัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา ได้แก่ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary) โดยการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อศึกษาถึงแนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ หรือแนวคิดทางกฎหมายที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันให้เกิดการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ตลอดจนศึกษาแนวทางการดำเนินการหรือวิธีปฏิบัติต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ ตลอดจนศึกษาแนวทางการบัญญัติกฎหมาย และศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย



1.7 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิจัยเอกสาร (Documentary research) เป็นหลัก ซึ่งจะรวบรวมเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.8 นิยามคำศัพท์เฉพาะ

การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก หมายถึง การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หมายถึง ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาล ไม่มีแม้แต่วิธีการรักษาอื่นใดให้หายเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต (ประยุกต์มาจากคำว่า “ผู้ป่วยที่สิ้นหวัง” จากนภัส

คำนวณ, ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย)

สภาพนอนเป็นผัก หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลไม่สามารถฟื้นขึ้นมาได้ ไม่มีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆแต่อย่างใด และไม่อาจเสียชีวิตได้ หรือที่เรียกว่า เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา

นภัส คำนวณ นิยาม คำว่า “สภาพผักถาวร คล้ายคลึงกับ “สภาพนอนเป็นผัก” ว่า ภาวะของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางวิชาการแพทย์ว่ามีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างยาวนานและถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆที่แสดงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สิทธิการตาย หมายถึง สิทธิที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบสามารถเข้าถึงได้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี ความเป็นมา และหลักการการยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และ การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

“ข้าขอสาบานต่ออะพอลโล เทพแห่งแพทย์, เอสคิวเลเพียส, ไฮจีเอีย, แพนาซีอา และทวยเทพทั้งมวล ได้โปรดเป็นพยานว่าข้าจะปฏิบัติงานด้วยพลังความสามารถและดุลพินิจทั้งมวลที่มีให้สมดั่งสัตย์สาบานและสัญญาต่อทวยเทพ

เทิดทูนบูชาผู้สอนสั่งข้าเทียบบิดรมารดา ชีวิตนี้พลีเป็นหุ้นส่วนกับท่านนั้น หากท่านขาดแคลนเงินทอง ข้าพร้อมจะแบ่งปันส่วนที่มี และถือว่าทายาทของท่านดุจพี่น้องร่วมสายธารโลหิตฝ่ายบุรุษ พร้อมจะสอนสั่งสรรพความรู้หากเขาประสงค์จะได้รับ โดยไม่คิดค่าจ้าง ขอให้สัตย์ต่อทวยเทพ ข้าจะแบ่งปันความรอบรู้ พร่ำสอนสั่งชี้แนะวิถีปฏิบัติและความรู้อื่นที่ข้ามีด้วยวาจาเฉพาะต่อบุตรของข้าและบุตรของผู้สอนสั่งและทุกผู้ทุกคนผู้ที่ให้สัตย์สาบานนี้และให้สัญญาต่อทวยเทพ มิใช่ผู้อื่นนอกจากนี้

ข้าจะให้การดูแลเชิงโภชนาการต่อผู้ป่วยด้วยพลังความสามารถและดุลพินิจทั้งมวลที่มี ข้าจะดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นภยันอันตรายและความอยุติธรรม

ข้าจะไม่ให้ยาคร่าชีวิตผู้ใด แม้เขาจะร้องขอ และจะไม่ให้คำแนะนำในทำนองนั้น ในทำนองเดียวกัน ข้าจะไม่ให้ยาขับครรภ์ต่อสตรี

ข้าจักครองชีวิตและศิลปวิทยาในทำนองบริสุทธิ์และศักดิ์สิทธิ์

ข้าจักไม่ใช้มีด แม้ต่อผู้เจ็บปวดทรมานจากก้อนหิน แต่จะใช้มีดเพื่อดึงหินจากผู้เจ็บปวดนั้น

บ้านหลังใดที่ข้าไปเยี่ยมเยียน จะทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยไข้โดยไม่มีเจตนาจงใจไร้ความอยุติธรรม ไร้ความประสงค์ร้ายโดยเฉพาะในแง่ความสัมพันธ์ทางเพศ ต่อบุรุษหรือสตรี ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะเป็นเสรีชนหรือทาส

สิ่งใดที่ข้าได้พบเห็นเรื่องราวใดที่ข้าได้ยินในระหว่างการบำบัดรักษาหรือไม่เกี่ยวเนื่องกับการรักษา เรื่องราวของชีวิตมนุษย์ที่ไม่สมควรจะแพร่กระจาย ข้าจะเก็บไว้ในใจตน เก็บซ่อนไว้ประหนึ่งเรื่องน่าอายที่ไม่บังควรกล่าวออกมา

หากข้าปฏิบัติตามสัตย์สาบาน มิได้ละเมิดฝ่าฝืน ขอให้ประสบแต่ชีวิตและศิลปะดีงาม ได้รับเกียรติการยกย่องในหมู่เพื่อนมนุษย์ตราบสิ้นอายุขัย แต่ถ้าข้าตระบัดสัตย์ หรือให้คำสาบานเป็นเท็จ ผลในทางตรงกันข้ามจักเกิดต่อชีวิตข้า"

"คำปฏิญาณอันเป็นจริยธรรมของแพทย์" "Hippocratic Oath"
บิดาแห่งการแพทย์ (The Father of Medicine)
สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพออนไลน์
(มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย (ภวส.), 2565)

เนื้อหาบทที่ 2 ว่าด้วยเรื่องแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นมา และหลักการการยอมรับประเด็น "สิทธิการตาย" หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคซึ่งเกิดรากฐานมาจากคำถามวิจัยที่ว่าประเทศไทยสามารถผลักดันให้ประชาชนเข้าถึง หรือผลักดันประเด็น "สิทธิการตาย" หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้หรือไม่ เพราะกฎหมายประเทศไทยปฏิเสธการกระทำดังกล่าว

หากประเทศไทยสามารถผลักดันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ควรมีแนวทางดำเนินการอย่างไรบ้าง เพราะว่าสำหรับประเด็นนี้เป็นเรื่องเปราะบางทางสังคม ทั้งยังเกี่ยวข้องกับหลากหลายแวดวงอย่างเป็นสหสาขาไม่ว่าจะเป็นแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์และยังเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

ส่วนของในต่างประเทศมีแนวคิดหรือแนวทางอย่างไร และเป็นไปในลักษณะใด ต่อการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

นอกจากนี้ การที่ประเทศไทยจะผลักดันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ควรมีกฎหมายรองรับอย่างไรบ้างและผลจากการการุณยฆาตจะเกิดผลทางกฎหมายอย่างไร

ฉะนั้น รายละเอียดสำหรับเนื้อหาบทที่ 2 ว่าด้วยเรื่องแนวคิด ทฤษฎี ความเป็นมา และหลักการประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคประเด็นที่มีการทบทวนวรรณกรรมจึงประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. สังคมไทยกับการยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2. แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

อนึ่ง สำหรับประเด็น “สิทธิการตาย” ผู้วิจัยขอนำเสนอรายละเอียดจากการทบทวนวรรณกรรมไว้ในบทที่ 3 ต่อไป

2.1 สังคมไทยกับการยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

แม้ปัจจุบันจะก้าวล่วงมาถึง พ.ศ. 2565 แล้ว และวิวัฒนาการทางการแพทย์ได้ก้าวหน้าอย่างชนิดที่เรียกว่าก้าวกระโดดไปจากอดีต สามารถเอาชนะต่อปัญหาอุปสรรคในการรักษาชีวิตมนุษย์ได้อย่างง่ายดาย ตัวอย่างเด่นชัด เช่น การรักษาโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือโรคซาร์ส

(SEVERE ACUTE RESPIRATORY SYNDROME; SARS) ในอดีต หรือการคิดค้นผลิตวัคซีนเพื่อรักษาและป้องกันหรือลดระดับการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคที่ทำให้เกิดวิกฤตทางการแพทย์และมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากทั่วโลก และขณะเดียวกันวิวัฒนาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้ช่วยยืดอายุผู้ป่วยบางกลุ่มที่เป็นกลุ่มไม่สามารถรักษาให้หายขาดจากโรคที่รุมเร้า ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือกลุ่มที่มีลักษณะที่เรียกว่า “มีสภาพนอนเป็นผัก ไม่สามารถฟื้นกลับมามีชีวิตและจะต้องอยู่ในสภาพเช่นนั้นเพราะอาการเจ็บป่วยไม่ส่งผลให้เสียชีวิตในทันที หรือผู้ป่วยที่เรียกเป็นภาษาพูดว่า “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา”

จากการเจ็บป่วยลักษณะข้างต้นส่งผลให้บางประเทศมีการกระทำลักษะที่เรียกว่า “การกระทำการุณยฆาต” (อนัญพร พูลนิติพร, 2564:411) สรุปนิยามความหมาย การกระทำการุณยฆาตว่าหมายถึงการกระทำการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มนุษย์ที่เจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน และหมดหวังที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยให้หายเป็นปกติ ได้เสียชีวิตลงหรือกล่าวอีกนัยว่าเป็นการกระทำอันเป็นการกระทำเพื่อช่วยให้ผู้อื่นเสียชีวิต โดยเป็นไปด้วยความเมตตาและสงสาร อันเป็นลักษณะเชิงรุก

ฉะนั้นหากประเทศไทยจะเปิดรับต่อแนวคิดเกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อาจต้องศึกษาจากประเทศที่เปิดโอกาสให้กระทำการการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายว่าแต่ละประเทศได้มีแนวทางและมีการบัญญัติทางกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศที่สามารถศึกษาเป็นตัวอย่างได้ เช่น สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอแลนด์ ออสเตรเลีย เบลเยียม เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แม้ในต่างประเทศได้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต แต่มิได้หมายความว่าจะไม่เกิดข้อถกเถียงการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตแต่อย่างใด ข้อถกเถียงดังกล่าว จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1. รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการกระทำการุณยฆาต (Proposition)

2. รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการต่อต้านการกระทำการุณยฆาต (Opposition)

ข้อถกเถียงที่เป็นประเด็นหลักที่น่าสนใจ คือ ประเด็นสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy Argument) หมายถึง การเคารพสิทธิเสรีภาพของมนุษย์ เสมือนว่ามนุษย์หนึ่งคนย่อมมีเสรีภาพในการตัดสินใจต่อร่างกายของตน รัฐไม่มีความจำเป็นต่อการตัดสินใจสำหรับมนุษย์ผู้นั้น ขณะเดียวกันรัฐควรให้ความเคารพต่อการตัดสินใจอีกด้วย การตัดสินใจที่กล่าวถึงสัมพันธ์กับการมีชีวิตหรือการ

เสียชีวิตโดยเป็นไปในลักษณะการกระทำที่มีตรรกะและเป็นการตัดสินใจด้วยตนเองมิได้ถูกบีบบังคับจึงเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล (Schafer, 2013 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38)

นอกจากนี้ ยังรวมถึงการมีเสรีภาพในการตัดสินใจต่อร่างกายตนเอง ตัวแปรหนึ่งที่ต้องตระหนักถึงคือ ผลกระทบต่อสังคมอันเกิดจากการตัดสินใจตามสิทธิในเรื่องส่วนบุคคล จึงเป็นเหตุให้รัฐต้องใช้ความระมัดระวังเป็นที่ตั้งต่อการให้สิทธิต่อมนุษย์ ฉะนั้น รัฐจะก้าวเข้ามามีบทบาท คือ การปกป้องไม่ให้มีการใช้สิทธิในทางที่ผิดและเกินขอบเขตกฎหมายการกระทำการุณยฆาต ทำให้จำเป็นต้องพิจารณาว่ามนุษย์ผู้นั้นสามารถตัดสินใจในเรื่องการเสียชีวิตได้อย่างมีเหตุมีผล เข้าใจและได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และเป็นการสมัครใจอย่างแท้จริง

ไม่เพียงแต่เท่านี้ รัฐยังต้องมีกลไกในการป้องกันมิให้เกิดการตัดสินใจไร้ความสมเหตุสมผล ปราศจากการรับรู้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และมิได้เป็นการสมัครใจอย่างแท้จริง ซึ่งนั่นนำไปสู่ข้อคำถามที่ว่ารัฐจะมีหลักประกันใดที่รับรองได้ว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจะไม่ถูกบังคับโดยบุคคลในก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลภายนอกหรือบุคคลภายในครอบครัวกระทำการเชิงให้เลือกกระทำการการุณยฆาต ด้วยเหตุผลเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตเพราะกลายเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ (Hartling, 2006 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38) จึงมีความเป็นไปได้ว่าการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในประเด็นหลักการความยุติธรรม ความเหลื่อมล้ำ ความเท่าเทียม การใช้สิทธิต่อการเสียชีวิตเพราะอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบต้องเสียชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่ได้ต้องการอย่างแท้จริง (Mendelson and Bagaric, 2013 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38)

ทั้งนี้ ทางด้าน (Farsides, 1996 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38) และ (Sjöstrand et al., 2013 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38) ได้แสดงให้เห็นว่า การห้ามไม่ให้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต ถือเป็นการลิดรอนสิทธิเสรีภาพต่อการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตของมนุษย์ผู้หนึ่งมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต เนื่องจากว่าเมื่อรัฐมีมุมมองต่ออิสรภาพในการใช้สิทธิของบุคคลว่าเป็นเรื่องสำคัญ อิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตย่อมเป็นเรื่องสำคัญเช่นกัน (Prudential Value) การที่รัฐไม่ให้อิสรภาพต่อการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตในปัจจุบัน ด้วยการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต อาจสัมพันธ์ต่อบทบาทของรัฐในการส่งเสริมหรือให้อิสรภาพในการใช้สิทธิด้านอื่นๆ (Future Autonomy)

ขณะเดียวกันในขณะที่การห้ามมิให้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต อาจแสดงออกถึงการปกป้องบุคคลกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Population) เช่น ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้พิการที่อาจเป็นไปได้สูงว่าอาจถูกกดดันจากครอบครัวให้เสียชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตแทนการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติ แต่ในทางกลับกันอาจเป็นการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพบุคคลอื่นที่เห็นด้วยกับการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38)

อนึ่ง ในทางกลับกันแม้บางประเทศเปิดช่องให้สามารถกระทำการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่บางประเทศมิได้เปิดรับต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค หนึ่งในประเทศเหล่านั้นคือ ประเทศไทย

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าประเทศไทยไม่ยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่กำลังอยู่ในห้วงระยะเวลาการก้าวพัฒนาสำหรับประเด็นดังกล่าว กล่าวคือ ปัจจุบันแวดวงสาธารณสุขประเทศไทยตระหนักถึงการยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคที่รุมเร้า จึงได้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวมีสาระสำคัญในบทบัญญัติมาตรา 12 เกี่ยวกับสิทธิการตายแต่เป็นสิทธิการตายที่เป็นการยอมรับได้ทั้งในทางกฎหมายและหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ อันมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการที่บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

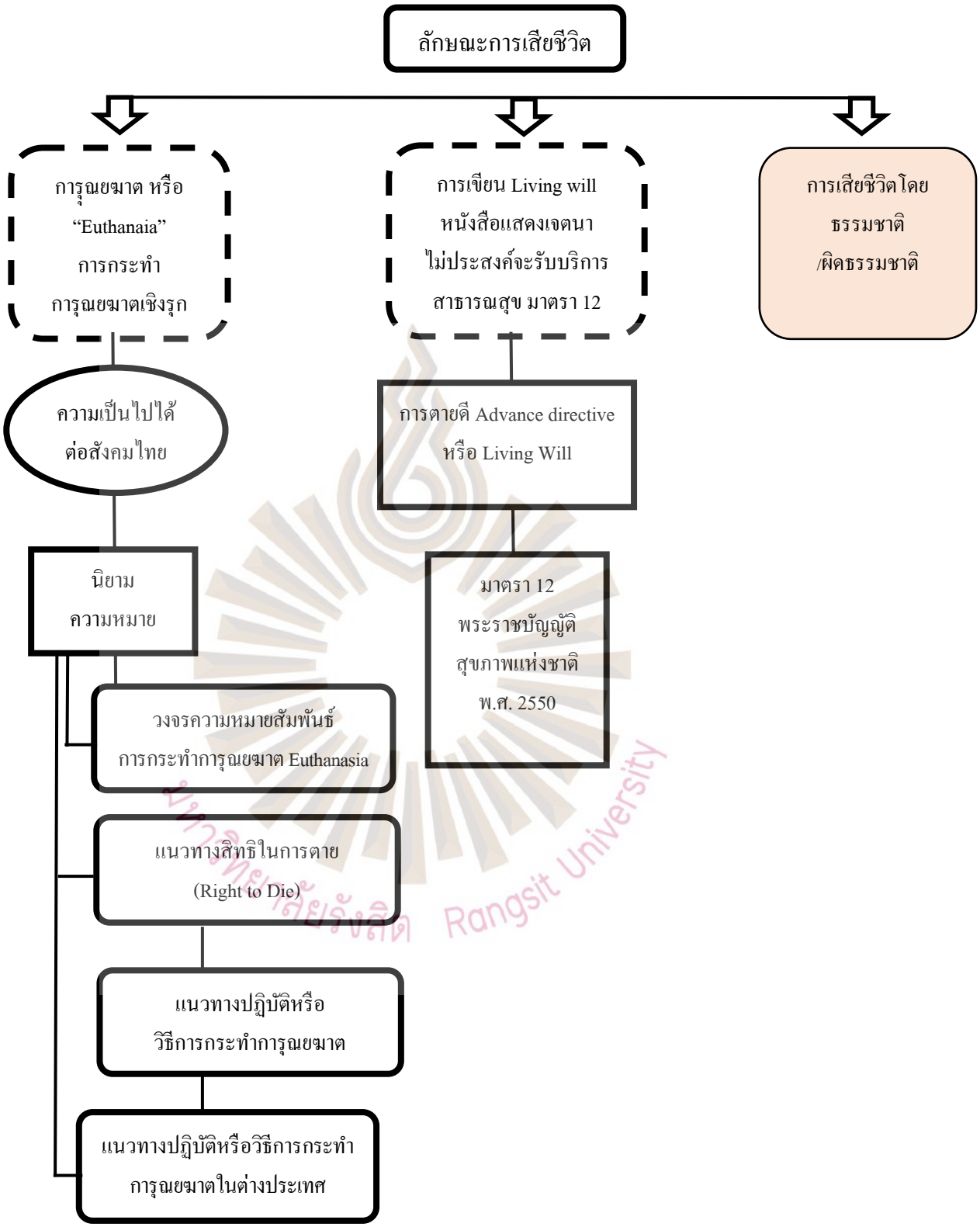
อีกทั้งรัฐยังได้ตรากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เพื่อรองรับการดำเนินการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์

การทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือ Living will เปรียบเสมือนหนังสือแจ้งความประสงค์ล่วงหน้า หรือที่เรียกหนังสือแสดงเจตนารมณ์นั้นว่า

“หนังสือแสดงเจตนา” ดังที่บัญญัติไว้ในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

หนังสือแจ้งความประสงค์ล่วงหน้าจึงเป็นหนังสือที่แสดงว่าเมื่อตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจอะไรได้แล้ว เช่น การปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ไม่ก่อประโยชน์อื่นใดต่อบุคคลดังกล่าว ประสงค์จะไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์, 2553) (กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565) ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นในบทที่ 2 จะทำการศึกษารายละเอียดดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University



ภาพที่ 1 ลักษณะการเสียชีวิต

จากแผนภาพที่ 1 ลักษณะการเสียชีวิต พบว่า การเสียชีวิตในโลกนี้นั้น แท้จริงแล้วประกอบด้วยการเสียชีวิต 2 ลักษณะ คือ ลักษณะการเสียชีวิตโดยธรรมชาติ เช่น เจ็บป่วย หรือ ชราภาพกระทั่งเสียชีวิต และลักษณะการเสียชีวิตผิดธรรมชาติ เช่น ถูกฆาตรกรรม เป็นต้น

แต่จากการเสียชีวิตทั้ง 2 ลักษณะ ยังแยกย่อยออกเป็นวิธีการเสียชีวิตได้อีกด้วย เช่น การฆ่าตัวตายการกระทำการุณยฆาตทั้งเชิงรุกและเชิงรับ หรือการทำหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ดังที่บัญญัติในกฎกระทรวงฯ

อนึ่ง การยอมรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคสำหรับประเทศไทย อนาคตอาจเกิดขึ้นได้แม้ไม่ใช่อย่างฉับพลันก็ตามแต่ เพียงแต่ต้องก้าวข้ามหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ และกระบวนการดำเนินการควรเป็นลักษณะไล่ระดับจากต้นทางของกระบวนการไปกระทั่งประสบผลสำเร็จ

ปัจจัยประการเดียวซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคนั่นคือ ประชาชน กล่าวคือ การเข้าถึงเรื่องดังกล่าวประชาชนเป็นทั้งผู้กระทำและถูกกระทำ ฉะนั้น รัฐควรยึดความต้องการและความเห็นของประชาชนเป็นที่ตั้ง จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการดำเนินการต่างๆ ตามขั้นตอนของรัฐต่อไป

ปัจจัยเรื่องของประชาชนในที่นี้หมายถึง การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนปรากฏในรูปแบบของการทำประชามติหรือทำประชาพิจารณ์ รายละเอียดดังนี้

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้นิยามคำว่า ประชามติ หมายถึง

“(1) น. มติของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศที่แสดงออกในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือที่ใดที่หนึ่ง. (อ. plebiscite)

(2) น. มติของประชาชนที่รัฐให้สิทธิออกเสียงลงคะแนนรับรองร่างกฎหมายสำคัญที่ได้ผ่านสภานิติบัญญัติแล้ว หรือให้ตัดสินในปัญหาสำคัญในการบริหารประเทศ. (อ. referendum)

ส่วนคำที่สอดรับกับคำว่า ประชามติ คือ คำว่า การออกเสียงประชามติ หมายถึง (กฎ) น. การขอความเห็นชอบจากประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่อาจกระทบถึงประโยชน์ส่วนได้เสียของประเทศชาติหรือประชาชน โดยวิธีการให้ออกเสียงลงมติโดยตรง”

ขณะที่การประชาพิจารณ์ หมายถึง น. การฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่. (อ. public hearing) (พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานออนไลน์, 2565)

การทำประชาพิจารณ์และ/หรือประชามติถือเป็นหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมจากประชาชนประกอบด้วยหลักการสำคัญ ดังนี้

1. การคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ประชาชนส่วนรวมจะได้รับ ด้วยการแสดงออกโดยประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมนั้นๆ

2. ความเป็นอิสระทั้งต่อการกระทำ การแสดงออกภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายให้อำนาจและการให้อิสระทางความคิด รวมทั้งอิสระต่อการเลือกที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมถือเป็นสิ่งสำคัญ

3. วงจรการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสร้างความตระหนักถึงปัญหาหรือความสำคัญต่อกิจกรรมและผลลัพธ์ของกิจกรรม การเข้าไปมีส่วนร่วมต่อการวางแผน การดำเนินการร่วมกันเพื่อติดตามประเมินผล ประการสำคัญที่สุด คือ การร่วมกันรับผลประโยชน์

ทั้งนี้ เป็นที่ทราบดีว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน จำแนกได้ 5 ระดับ ดังนี้

1. ระดับการสื่อสารข้อมูลข่าวสารเพื่อประชาชนได้รับทราบถึงข้อเท็จจริง วัตถุประสงค์การดำเนินการเรื่องต่างๆ รวมทั้งการสร้างความเข้าใจทั้งต่อปัญหาที่อาจเกิดขึ้น และการแสวงหาข้อยุติปัญหาร่วมกัน

2. ระดับการเสวนาหารือเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและความคิดเห็นที่แท้จริงต่อแนวทางการแก้ไขปัญหาต่างๆ

3. ระดับการมีส่วนร่วมกับประชาชนเพื่อสร้างหลักประกันว่าความคิดเห็นจากประชาชนหรือความต้องการจากประชาชนจะได้รับการพิจารณา

4. ระดับการสร้างความร่วมมือ เป้าหมายคือส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนในการมีส่วนร่วมของประชาชน เริ่มตั้งแต่ต้นทางคือ การชี้แจงสภาพปัญหา การพัฒนาสิ่งต่างๆ การสร้างนวัตกรรม การสร้างทางเลือก ตลอดจนแนวทางการแก้ไข

5. ระดับการส่งเสริมอำนาจด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีบทบาทต่อการตัดสินใจต่อโครงการ หรือสิ่งที่รัฐต้องการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วยวัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินการดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูล (Inform) แก่ประชาชน แนวทางการดำเนินการ คือ การสร้างความตระหนักรู้และการเสริมสร้างความรู้แก่ประชาชน

2. วัตถุประสงค์ของการร่วมหารือ (Consult) กับประชาชน แนวทางการดำเนินการ คือ การสร้างผลย้อนกลับให้เกิดแก่ประชาชนในวงกว้าง มิใช่ประชาชนเพียงกลุ่มเดียว

3. วัตถุประสงค์ของการเข้าไปเกี่ยวข้อง (Involve) กับประชาชน แนวทางการดำเนินการ คือ การผลักดันให้นำพาไปซึ่งการสนทนาเพื่อก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

4. วัตถุประสงค์ของการร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมตัดสินใจ (Collaborate) กับประชาชน แนวทางการดำเนินการ คือ การสร้างความเห็นชอบร่วมกันระหว่างประชาชนกับรัฐ

5. วัตถุประสงค์ของการเสริมอำนาจประชาชน (Empower) กับประชาชน แนวทางการดำเนินการ
คือ การสร้างเวทีเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ และให้ประชาชนเป็นผู้ร่วมตัดสินใจ

ข้อสังเกตที่น่าสนใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งมีหัวใจสำคัญ คือ การสื่อสารใน 3 แนวทาง คือ

1. การสื่อสารทางเดียว ด้วยเครื่องมือการจัดทำเอกสารเผยแพร่ข้อเท็จจริง ประโยชน์และผลกระทบที่เกิดขึ้นการเผยแพร่ผ่านแผ่นพับประชาสัมพันธ์ โฆษณาผ่านสื่อ ข่าวสารผ่านช่องทางต่างๆ การออกพื้นที่ให้ความรู้

2. การสื่อสารสองทาง ด้วยเครื่องมือเน้นรับฟังความคิดเห็น การสัมภาษณ์ การจัดเวทีการสานเสวนา (Dialogue) การสำรวจความคิดเห็น การร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางต่างๆ การทำประชาพิจารณ์ การจัดทำแบบสอบถาม

3. การสื่อสารแบบแลกเปลี่ยนข้อมูลและแสดงความคิดเห็น ด้วยเครื่องมือการประชุม การจัดทำเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (อรทัย ก๊กผล, 2552 :38-43,45)

เหตุผลและความจำเป็นต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน

1. การสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนตื่นตัวและรู้ตัวทันเหตุการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นหรือโอกาสที่อาจเกิดปัญหาขึ้นในอนาคต อาศัยเครื่องมือคือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อเท็จจริงต่างๆ

2. การรวมรวบประเด็นปัญหาอย่างครอบคลุมเพื่อส่งต่อไปยังรัฐบาลและมีการแจ้งให้ประชาชนทราบว่ารัฐได้นำสิ่งที่ประชาชนมีส่วนร่วมไปใช้ด้วยหรือไม่

3. การเสวนาการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อนำมาซึ่งการสร้างความร่วมมือระหว่างรัฐกับประชาชนในเรื่องนั้นๆ และเกิดฉันทานุมัติร่วมกัน (อรทัย ก๊กผล, 2552:40)

2.2 แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

จากการที่ได้มีการนำเสนอข้อมูลทั้งจากข่าวและสื่อสังคมออนไลน์เกี่ยวกับกรณีผู้ชายไทยที่ป่วยด้วยเนื้องอกในสมองเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี เข้ารับการกระทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เหตุผลที่ต้องเดินทางไปทำการกระทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ นั่นเพราะว่าประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งในหลายประเทศที่ยังไม่เปิดรับแนวคิดประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ดังนั้น ด้วยเหตุผลวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ของโลกสมัยใหม่ ได้นำมาสู่รากฐานแนวคิดที่ว่าสามารถมีแนวทางหรือโอกาสความเป็นไปได้บ้างหรือไม่ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันให้เกิดการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

แม้นักวิชาการบางท่านได้เห็นด้วยกับแนวคิดสิทธิการตายของมนุษย์ หรือแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคก็ตาม แต่ขณะเดียวกันก็มีนักวิชาการบางท่านคัดค้านต่อประเด็นดังกล่าวด้วยเช่นกัน ซึ่งนั้นได้นำมาซึ่งการทบทวนบทบาทของรัฐและแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ เกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

การดำเนินการที่แสดงออกเป็นรูปธรรมอย่างเด่นชัดต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ยังไม่ได้

เกิดขึ้นในประเทศไทยแต่อย่างใด ในทางตรงกันข้ามรัฐและแวดวงสาธารณสุขต่างตระหนักและเริ่มเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นบางประการของประเด็นข้างต้น จึงเกิดการตรากฎหมายเกี่ยวกับการเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive) ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

จากมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเห็นได้ว่า กฎหมายไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคแต่อย่างใด แต่กฎหมายบัญญัติโดยนัยว่า ประชาชนมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายของตนเองว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วจะขอใช้สิทธิตายตามธรรมชาติได้ด้วยการไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดระยะเวลาความตายออกไป ในต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) หรือจะเรียกอีกอย่างว่ายินยอมให้มีการการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, มมป : 7)

นอกจากนี้ กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กล่าวบรรยายรายละเอียดถึงมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างสอดคล้องกัน ซึ่งสรุปได้ว่ามาตรา 12 คือ การให้โอกาสต่อประชาชนทำการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อใดที่ตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตนไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไป ซึ่งตนขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามวิถีทางธรรมชาติ ซึ่งไม่ได้มีความหมายถึงการอนุญาตให้กระทำการุณยฆาต หรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคแต่อย่างใด

2.2.1 นิยามความหมายการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia

ประเด็นการกระทำการุณยฆาตไม่ว่าลักษณะใด หากศึกษาเชิงลึกพบว่า มีความสัมพันธ์เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยโบราณประกอบด้วย 3 ยุค ได้แก่

ภาพที่ 2 การุณยฆาตตามยุคสมัยต่างๆ

จากแผนภาพที่ 2 การุณยฆาตตามยุคสมัยต่างๆ พบว่า ยุคสมัยที่มีอิทธิผลต่อการกระทำการุณยฆาต ดังนี้

1. ยุคโบราณ การกระทำการุณยฆาตไม่ได้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ไม่นานมานี้ แต่เกิดขึ้นนับแต่อดีต อย่างในประเทศจีนหรือประเทศอินเดียในสมัยโบราณหากมีการให้กำเนิดทารกเพศหญิง พบว่าจะมีการฆ่าทารกเหล่านั้นโดยไม่ถือเป็นการกระทำความผิด การกระทำการุณยฆาตเกิดขึ้นด้วยเหตุผลทางสังคม เช่น การต้องตกเป็นผู้รับใช้มนุษย์อื่นจนกว่าชีวิตจะหาไม่ หรือการส่งผลให้ครอบครัวต้องยากจนลง (สุจิตรา รณรื่น, 2557 : 241 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551 : 14)

หรือแม้แต่ยุคกรีกโบราณนักปรัชญาชื่อดังหลายท่านสนับสนุนการกระทำการุณยฆาต เหตุผลที่สนับสนุน คือ

1) การสูญเสียซึ่งชีวิตเป็นเพียงปรากฏการณ์อย่างหนึ่งของธรรมชาติ

2) เมื่อการสูญเสียเป็นเพียงปรากฏการณ์ธรรมชาติ ผู้คนจึงไร้แนวคิดต่อต้านต่อความตาย

3) ความก้าวหน้าทางการแพทย์ยังมีขอบเขตที่จำกัด

นักปรัชญาที่มีแนวคิดเห็นด้วยและสนับสนุนการกระทำการุณยฆาต เช่น

Socrates มีทัศนคติว่า ทารกที่เกิดมาแล้วมีความพิการทางร่างกายหรือจิตใจและเด็กป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ไม่ควรจะทำให้ทารกผู้นั้นคงมีชีวิตอยู่ต่อไป (นฤมล มารคแมน, 2558 : 12อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551 : 15)

ส่วน Aristotle มีทัศนคติเกี่ยวกับรัฐในอุดมคติว่า รัฐในอุดมคติไม่ควรให้มีทารก เด็กที่มีความบกพร่องทางสภาพร่างกายหรือความพิการดำรงชีพอยู่

2. ยุครุ่งโรจน์ของคริสต์ศาสนานิกายโรมันแคธอลิกและคริสตจักร จากคำสอนที่เรียกว่าข้อที่ 6 ซึ่งว่าด้วยการอย่าฆ่าคน หรือ Thou Shalt not kill ซึ่งบัญญัติไว้ในบัญญัติสิบประการ หรือ The Ten Commandment รวมถึงบัญญัติข้อ 1 ว่าด้วยการอย่าฆ่า ซึ่งบัญญัติไว้ในบัญญัติหกประการของพระเยซูคริสต์ (The Six Commandment) (สุเมธ เมธาวิทยากุล, 2525 : 158-159 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์,

2551 : 15) สรุปโดยสังเขปได้ว่า สิ่งที่ผิดบาปและไม่เป็นธรรมต่อมนุษย์ประการหนึ่งคือ การช่วยทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตลงด้วยความสงสารเพื่อให้เขาผู้นั้นหลุดพ้นจากความเจ็บปวดทรมาน

3. ยุคปัจจุบันคริสตจักรได้เปลี่ยนทิศทางโดยยอมรับในบางกรณีต่อการช่วยให้มนุษย์เสียชีวิตลงด้วยความสงสาร ปรากฏหลักฐานจากการตีความหมายของพระคัมภีร์ที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น

Pope Pius XII มีทัศนคติว่า

1) การกระทำการระงับความเจ็บปวด ความทรมานเป็นสิ่งที่ถูกต้องทางด้านศีลธรรม แม้ว่าจะทำให้มนุษย์ผู้นั้นต้องเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม (ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, ม.ม.ป.: 4 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 16)

2) มนุษย์ที่ไม่เรียกร้องหาการเสียชีวิตก่อนระยะเวลาที่เหมาะสมจะมาถึงแต่กลับยอมรับต่อสภาพ รวมทั้งปล่อยให้สรรพสิ่งเป็นไปตามที่พระเจ้าประสงค์ กล่าวคือ บุคคลที่กำลังเจ็บป่วยอย่างหมดหวังถึงการหายจากการเจ็บป่วยอันเป็นวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ปรารถนายอมรับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยว่าเป็นแนวทางอันจะนำไปสู่การแสดงออกถึงความรักที่มีต่อพระเจ้าและไม่ปฏิเสธพระประสงค์ของพระองค์จะไม่เรียกร้องหาการเสียชีวิตก่อนระยะเวลาที่เหมาะสมจะมาถึง

3) ยาที่ให้กับมนุษย์ที่กำลังเจ็บป่วยอย่างหมดหวังถึงการหายจากการเจ็บป่วยอันเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตต้องเป็นไปอย่างมุ่งบรรเทาอาการการเจ็บป่วย หาใช่เป็นการยุติชีวิตแต่อย่างใด (สิวลี ศิริไล, 2523: 4 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 16)

ส่วนทาง Arthur Dyck มีทัศคติว่า

1) มนุษย์ทุกคนสามารถกำหนดในสิ่งที่ปรารถนาได้เพราะเป็นหน้าที่ที่พึงมีอย่างชอบธรรม

2) หนึ่งในอิสรภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในการเลือกสิ่งใดก็ตาม หมายรวมถึงการเลือกการเสียชีวิตด้วย

3) กรณีที่ผู้ป่วยรายใดมีความทุกข์ทรมาน เจ็บป่วย พิการ สิ้นหวังหรือผิดหวังต่อบางสิ่งบางอย่างอย่างรุนแรงก็ไม่สมควรมีชีวิตอยู่อีกแต่อย่างใด

4) การที่มนุษย์เลือกควบคุมชีวิตและควบคุมการเสียชีวิต ถือเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในฐานะศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, ม.ม.ป.: 4 - 5 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 17)

การกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นการกระทำการอย่างหนึ่งต่อผู้ป่วยที่มิใช่ผู้ป่วยปกติทั่วไปแต่เป็นผู้ป่วยที่เรียกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 7) หรือผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่สามารถถูกกระทำการุณยฆาตได้ อาจแยกองค์ประกอบได้ดังนี้

1. ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายที่เข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล

2. โรคทางกายที่กล่าวถึงนั้นตามทัศนคติของแพทย์และวิวัฒนาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วว่าไม่สามารถรักษาได้อีกต่อไป

3. ผู้ป่วยที่มีสภาพอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตไม่สามารถช่วยเหลือตนเองและใช้เวลาที่เหลือก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลอื่น

นอกจากนี้ ดังที่กล่าวข้างต้นแล้วว่าวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ ได้พัฒนาอย่างล้ำหน้าและสามารถแทรกแซงเอาชนะต่อความเจ็บป่วยได้แต่ในทางกลับกันพบว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบต้องทุกข์ทรมานทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ ด้วยเหตุนี้จึงได้นำมาสู่ “แนวคิดเรื่องการทำให้มนุษย์เสียชีวิตด้วยความสงสาร”

การทำให้มนุษย์เสียชีวิตด้วยความสงสารเพื่อให้ได้มาซึ่งทางเลือกหรือกำจัดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานอาจจำแนกได้ 2 กรณี ได้แก่

1. “Mercy Killing” (Killing for Reasons of Mercy) หมายถึง กรณีมนุษย์ธรรมดาผู้หนึ่งเป็นผู้กระทำให้มนุษย์เสียชีวิตด้วยความสงสาร

2. “Euthanasia” หมายถึง กรณีแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับอนุญาตเป็นผู้กระทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเสียชีวิตด้วยความสงสาร (ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, 2529: 5 อ้างถึงในชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 13)

ไม่เพียงแต่เท่านั้น การกระทำการุณยฆาตสำหรับแนวคิดทางฝั่งตะวันตก ได้มีข้อพิจารณาด้วยกัน 3 ประการ ได้แก่

1. การตกอยู่ในสภาพเจ็บปวดถึงขั้นที่เรียกว่าแสนสาหัส

2. การยุติชีวิตถือเป็นสิทธิส่วนบุคคล

3. ปัจจัยสำคัญที่ไม่ควรบังคับแก่มนุษย์ที่เจ็บป่วย คือ การยืดชีวิตออกไปให้เสียชีวิตช้าลงทั้งที่อยู่ในภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และยังขาดการรับรู้ทางสมอง (อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง, 2552 และนันทน อินทนนท์, 2544 อ้างถึงในประสาท เหล่าถาวร, 2552 :25)

การกระทำการุณยฆาตลักษณะที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้จะเป็นแนวทางการดำเนินการหรือวิธีปฏิบัติเชิงทั่วไปยังมิได้จำแนกเป็นรายประเทศแต่อย่างใด เช่น นพพล วิทย์วรพงศ์ นิยาม การุณย

ฆาต (Euthanasia) ด้วยวิธีการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยแพทย์ ทั้งนี้เป็นไปตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยเอง (Killing on Request) (Materstvedt et al., 2003 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 13-14)

กระบวนการการุณยฆาตเริ่มจากการให้กลุ่มยาต้านอาเจียน (Antiemetic Drugs) จากนั้นจึงให้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตในปริมาณมาก (Overdose of Lethal Drugs) เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ จนส่งผลให้สลบ หยุดหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด (DIGNITAS, n.d.)

นอกจากนี้นพพล วิทย์วรพงศ์ ยังกล่าวถึงการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (End-of-life Decisions) อันคล้ายคลึงกับการกระทำการุณฆาต โดยการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตหมายถึงการตัดสินใจของผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบรรเทาการทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต (Materstvedt et al., 2003; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 13-14) ซึ่งเป็นการเร่งการเสียชีวิตโดยแพทย์หรือโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Medicalized Killing) ในรูปแบบต่างๆ ประกอบด้วย 6 รูปแบบ ได้แก่ การุณยฆาต (Euthanasia) ที่ได้กล่าวถึงไปแล้วข้างต้นและรูปแบบต่อมา ประกอบด้วย

รูปแบบที่ 2 เรียกว่า การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง กล่าวคือแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตไว้ ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย ผลลัพธ์การกระทำดังกล่าวจึงไม่แตกต่างจากการกระทำการุณยฆาต คือ การเสียชีวิตในทันทีของผู้ป่วย (Materstvedt et al., 2003 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 14)

หรือเรียกอีกอย่างว่า การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (assisted suicide) หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบขอดำเนินการจบชีวิตด้วยตนเอง แพทย์เป็นเพียงผู้จัดหาอุปกรณ์ หรือเครื่องมือให้เท่านั้น (แพทย์ไม่ได้กระทำการจบชีวิต)

รูปแบบที่ 3 เรียกว่า การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Ending of Life without the Patient's Explicit Request หรือ Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient) หมายถึง การยุติชีวิตผู้ป่วยโดยแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตนารมณ์ไว้ว่าให้แพทย์กระทำการดังกล่าวได้ ผลลัพธ์ของการยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตในทันทีเช่นเดียวกับการกระทำการุณยฆาต และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 13-14)

รูปแบบที่ 4 เรียกว่า การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) ลักษณะการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต คือ การที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าขณะที่มีสภาวะรับรู้โดยปกติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยต้องระบุความประสงค์อย่างชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาหรือที่เรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will) วัตถุประสงค์การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต คือ การเสียชีวิตลักษณะที่เรียกว่า การเสียชีวิต “อย่างเป็นธรรมชาติ” และป้องกันการยืดชีวิตอย่างไม่มีความจำเป็น

รูปแบบที่ 5 การฆ่าตัวตาย หรือ Suicide เป็นที่น่าสังเกตว่าการฆ่าตัวตายลักษณะนี้ไม่จัดว่าเป็นการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต เนื่องมาจากว่ามิใช่การตัดสินใจเร่งเสียชีวิตภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมาย และมิใช่การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขโดยตรงแต่อย่างใด จึงเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ การฆ่าตัวตายไม่ได้ถูกกล่าวถึงในหนังสือทางการแพทย์เท่าใดนัก (Schafer, 2013 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 15)

รูปแบบที่ 6 การดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ก็มิได้มีการเล็งเห็นผลในการเร่งหรือยืดระยะเวลาการเสียชีวิตแต่อย่างใด ดังนั้น จึงเป็นการเสียชีวิตอย่าง “ธรรมชาติ” มากกว่า ประกอบกับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการกระทำการที่ถือว่าถูกกฎหมายในทั่วโลก (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 15)

นอกจากการกล่าวถึงการปะคับประคองหรือเรียกอีกอย่างได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง ข้างต้นแล้ว (สุมาลี นิมมานนิตย์ อ้างถึงในแสวง บุญเฉลิมวิภาสและไพศาล ลิ้มสถิต , 2564: 27) ยังให้นิยามไว้ว่าเป็นแนวทางหรือวิธีการเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน (relief suffering) ทั้งทางร่างกายและสภาพจิตใจ ตลอดจนการดูแลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (improve quality of life) อย่างมีมนุษยธรรม คือ Humanized medicine

ทั้งนี้จึงสามารถกล่าวได้ว่าการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ฉะนั้น จากที่กล่าวถึงข้างต้น สามารถแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาตเป็นลักษณะต่างๆ ในภาพรวมทั่วไปมิได้แบ่งเป็นลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือการกระทำการุณยฆาตเชิงรับแต่อย่างใด การแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาตในที่นี้เป็นการแบ่งประเภทตามแนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ ปรากฏรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาตออกเป็นลักษณะต่างๆ ตามแนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
ดวงพร เพชรคง, มมป : 7	1. การุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางตรง (voluntary active) หมายถึง แพทย์ลงมือกระทำการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอให้กระทำด้วยตนเอง 2. การุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) หมายถึง ผู้ป่วยขอร้องให้แพทย์หยุดกระทำการรักษาตนเอง และปล่อยให้ตนเองได้เสียชีวิตลงตามธรรมชาติ 3. การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางตรง (involuntary active) หมายถึง แพทย์ลงมือกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมแต่อย่างใด 4. การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางอ้อม (involuntary passive) หมายถึง แพทย์ยุติการรักษาและปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงความยินยอม
ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 7	1. Mercy killing (Killing for the reason of mercy) หมายถึง บุคลลธรรมดากระทำให้ผู้อื่นเสียชีวิตด้วยความสงสาร 2. Euthanasia หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์หรือทางเวชกรรมได้รับอนุญาตให้เป็นบุคคลที่สามารถกระทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนเสียชีวิตลงโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความเมตตาและความสงสาร Euthanasia ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ 2.1 Passive or Negative Euthanasia การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยมิได้กระทำการใดๆ 2.2 Active or Positive Euthanasia การลงมือกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ประกอบด้วย Voluntary and Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจโดยตรง Voluntary but Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจแต่เป็นไปโดยอ้อม

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
	Involuntary but Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความไม่สมัครใจและโดยตรง
อมรา สุนทรธาดา และหทัยรัตน์ เสียงดัง, 2552 และนันทน อินทนนท์, 2544 อ้างถึงในประสาท เหล่าถาวร, 2552: 25-26	การกระทำการุณยฆาต ประกอบด้วย 2 ความหมาย คือ 2.1 Active Euthanasia คือ การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตโดยเจตนา เช่น การเตรียมเข็มเพื่อฉีดสารพิษเข้าสู่ร่างกาย การให้ยาปริมาณที่เกินกว่ามาตรฐาน การกระทำการุณยฆาตประเภทนี้เป็นการกระทำโดยมีบุคคลกระทำต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ 2.2 Passive Euthanasia การลงมือกระทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตโดยเจตนา โดยไม่ได้มีบุคคลกระทำต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ
ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์ อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 20	1. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตชนิดไม่ต้องลงมือกระทำ (Passive or Negative Euthanasia) หรือเรียกว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงเอง (Letting the Patient Go) 2. การทำให้เสียชีวิตชนิดลงมือกระทำ (Active or Positive Euthanasia) ได้แก่ 2.1 การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเลือกกระทำการให้เสียชีวิตลงเอง อันเป็นการทำให้เสียชีวิตด้วยการเลือกกระทำการเอง (Chosen and Carried out by the Patient) ถือเป็นการทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจ (Voluntary and Direct) 2.2 การทำพินัยกรรมชีวิต (The Living Will) ถือเป็นการกระทำให้เสียชีวิตโดยอ้อม (Voluntary but Indirect) ในลักษณะผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแล้วว่า หากต้องตกอยู่ในสภาวะย่ำแย่ ได้ตัดสินใจให้บุคคล

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
	อื่นซึ่งโดยปกติคือแพทย์เป็นผู้ทำให้เสียชีวิต 2.3 ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบถูกทำให้เสียชีวิตโดยแพทย์ เนื่องจากแพทย์เล็งเห็นแล้วว่าเกิดความสงสารต่อผู้ป่วยรายนั้นไม่อยากให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมาน ถือเป็นการกระทำให้เสียชีวิตโดยไม่สมัครใจและโดยตรง (Involuntary but Direct)
วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 21	1. การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบขอให้แพทย์ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตโดยสงบเพื่อพ้นจากความทรมาน เรียกว่าการกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) แบ่งออกเป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Active Voluntary Euthanasia) และแบบที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยอ้อม (Passive Voluntary Euthanasia) 2.การกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตโดยสงบ ซึ่งมีลักษณะพิเศษคือผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอแต่อย่างใดนอกจากนี้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้ตัว เรียกว่าการกระทำการุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia) แบ่งออกเป็นการกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Active Voluntary Euthanasia) และแบบที่ทำต่อผู้ป่วยโดยอ้อม (Passive Voluntary Euthanasia) เช่นเดียวกับการกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia)
สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557: 9 อ้างถึงในอนัญพร พูลนิติพร, 2564: 413 และ สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงใน	1. การกระทำการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หมายถึง การยุติหรือการตัดการรักษาอื่นใดแก่ผู้ป่วย โดยการกระทำการุณยฆาตลักษณะนี้เป็นวิธีการที่นิยมปฏิบัติในสถานพยาบาลหลายแห่งและเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด 2. การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หมายถึง การกระทำการุณยฆาตด้วยการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการอาศัยสารหรือวัตถุใดก็ตามแต่ วิธีการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก ปัจจุบันเป็นที่ถกเถียงกันอย่างมากถึงความเหมาะสมทั้งทางวิชาการและทางจริยธรรมในหลาย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
อนัญพร พูลนิติพร, มมป.: 3	ประเทศ 3. การกระทำการุณยฆาตเชิงสงบ (Non-Aggressive Euthanasia) หมายถึง การกระทำการุณยฆาตด้วยการยุติปัจจัยดำรงชีวิตต่อผู้ป่วย การกระทำการุณยฆาตลักษณะนี้ปัจจุบันยังเป็นที่ถกเถียงกันอย่างมากถึงความเหมาะสมและทั้งทางวิชาการและทางจริยธรรมในหลายประเทศ เช่นเดียวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)
สถาบันเวชศาสตร์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557: 9 อ้างถึงในอนัญพร พูลนิติพร, 2564: 414-415	1. การกระทำการุณยฆาตด้วยการตัดการรักษา (Passive Euthanasia) หรือ (Negative Euthanasia) หมายถึง การปล่อยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตด้วยตนเอง (Letting the Patient go) ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมปฏิบัติในสถานพยาบาลหรือสถานบริการสาธารณะสุขหลายแห่ง วิธีการปฏิบัติเชิงลึก คือ การบันทึกลงในบันทึกการรักษา ด้วยการใช้รหัส 09 อันหมายความว่าผู้ป่วยรายนี้ไม่ประสงค์จะยื้อชีวิตหรือได้รับการรักษาในวาระสุดท้ายอีกต่อไป สิ่งที่ควรปฏิบัติ คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตลงอย่างสงบ 2. การกระทำการุณยฆาตโดยเร่งให้เสียชีวิต (Active Euthanasia) หรือ (Positive Euthanasia) ประกอบด้วย 3 ลักษณะ 2.1 การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยได้เลือกวิถีทางให้ตนเองเสียชีวิต (Chosen and Carriend out by the Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์จัดวางยาพิษไว้ให้แก่ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยิบยาพิษนั้นกินด้วยตนเอง 2.2 การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์กระทำการุณยฆาต โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าหากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการดังเช่นว่านั้นได้ ซึ่งการตัดสินใจล่วงหน้าดังกล่าวได้กระทำการเป็นหนังสือซึ่งเรียกว่า Living Will 2.3 การกระทำการุณยฆาตโดยไม่มีเจตนาและกระทำโดยอ้อม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
	(Involuntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์ช่วยสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอันเกิดจากความสงสาร กล่าวคือ ผู้ป่วยมิได้ร้องขอแต่อย่างใด (พจนานุกรมทางกฎหมายของเฮนรี แคมป์แบล เบซ็ก (Black's Law Dictionary)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมิสซูรี โคลัมเบียสหรัฐอเมริกา ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 150 - 151	1. การการุณยฆาตลักษณะทางตรง หมายถึง การกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงจากการฉีดยาให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง 2. การการุณยฆาตลักษณะทางอ้อม หมายถึง การกระทำที่จงใจยุติการช่วยชีวิตหรือ ถอนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย 3. การการุณยฆาตลักษณะสมัครใจ หมายถึง การกระทำด้วยการลงลายมือชื่อโดยผู้ป่วย ด้วยการยินยอมเกิดขึ้นจากผู้ป่วย 4. การการุณยฆาตลักษณะที่ไม่ใช่การยินยอมจากผู้ป่วย หมายถึง การยินยอมจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด แต่มีเงื่อนไขสำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถให้การตอบสนองหรือหมดสติไป 5. การการุณยฆาตลักษณะกระทำโดยตนเอง หมายถึง ผู้ป่วยกระทำการอันเป็นผลให้ตนเองเสียชีวิต 6. การการุณยฆาตลักษณะโดยผู้อื่น หมายถึง การกระทำจากบุคคลอื่นโดยเจตนามุ่งหวังผลให้ผู้ป่วยจบชีวิตลง 7. การการุณยฆาตลักษณะแบบได้รับการช่วยเหลือ หมายถึง ผู้ป่วยกระทำการุณยฆาตด้วยตนเองอันเป็นผลให้ตนเองเสียชีวิต แต่ต้องอาศัยการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์
ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 150 - 153	1. สิทธิในการร้องขอเพื่อจบชีวิตตนเอง หรือที่เรียกทั่วไปว่า “การุณยฆาต” ปรากฏในลักษณะผู้ป่วยร้องขอเพื่อจบชีวิตตนเอง คือ การกระทำการุณยฆาตทางตรง (Active Euthanasia) ด้วยการกระทำด้วยการให้สารหรือวัตถุต่างๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวด 2. สิทธิในการปฏิเสธเข้ารับการรักษาหรือหยุดการรักษาใดๆทางการแพทย์ เรียกทั่วไปว่า “การปฏิเสธเข้ารับการรักษาหรือหยุดการ

นักวิชาการ	แนวคิดการศึกษาวิจัยของนักวิชาการ การจำแนกหรือแบ่งประเภทการกระทำการุณยฆาต
	รักษา" คือ การกระทำการุณยฆาตโดยอ้อม (Passive Euthanasia) ด้วยการยุติการรักษา หรือ การไม่กระทำการใดๆที่พึงเป็นเหตุคาดหวังเพื่อยื้อชีวิตและลมหายใจของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ
อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 41	1. การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก หรือการกระทำการุณยฆาตด้วยการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Active หรือ Positive Euthanasia) หมายถึง การกระทำการใดลักษณะในเชิงเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (คณิต ณ นคร, 2549: 89 อ้างถึงในอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 41) โดยเหตุผลจากการกระทำคือ การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 2. การกระทำการุณยฆาตเชิงรับ หรือการกระทำการุณยฆาตด้วยการยุติ หรือตัดการรักษาผู้ป่วยให้เสียชีวิต (Passive หรือ Negative Euthanasia) แบ่งออกเป็น 1) การไม่ยืดชีวิตผู้ป่วยด้วยความก้าวหน้าหรือเทคโนโลยีการแพทย์ต่างๆ 2) การปล่อยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสียชีวิตลงตามธรรมชาติด้วยเงื่อนไขพิเศษ คือ ไม่ยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังด้วยความก้าวหน้าหรือเทคโนโลยีการแพทย์ต่างๆ 3) ผู้กระทำการุณยฆาตไม่สัมผัสหรือกระทำการใด แต่จะใช้วิธีปฏิเสธการแทรกแซงต่างๆ การงดเว้นหรือปฏิเสธการกระทำส่งผลให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังเสียชีวิตตามธรรมชาติ 4) การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเจตนา (อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 41)

2.2.2 วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia (วงจรเชิงรุกและวงจรการตายดี)

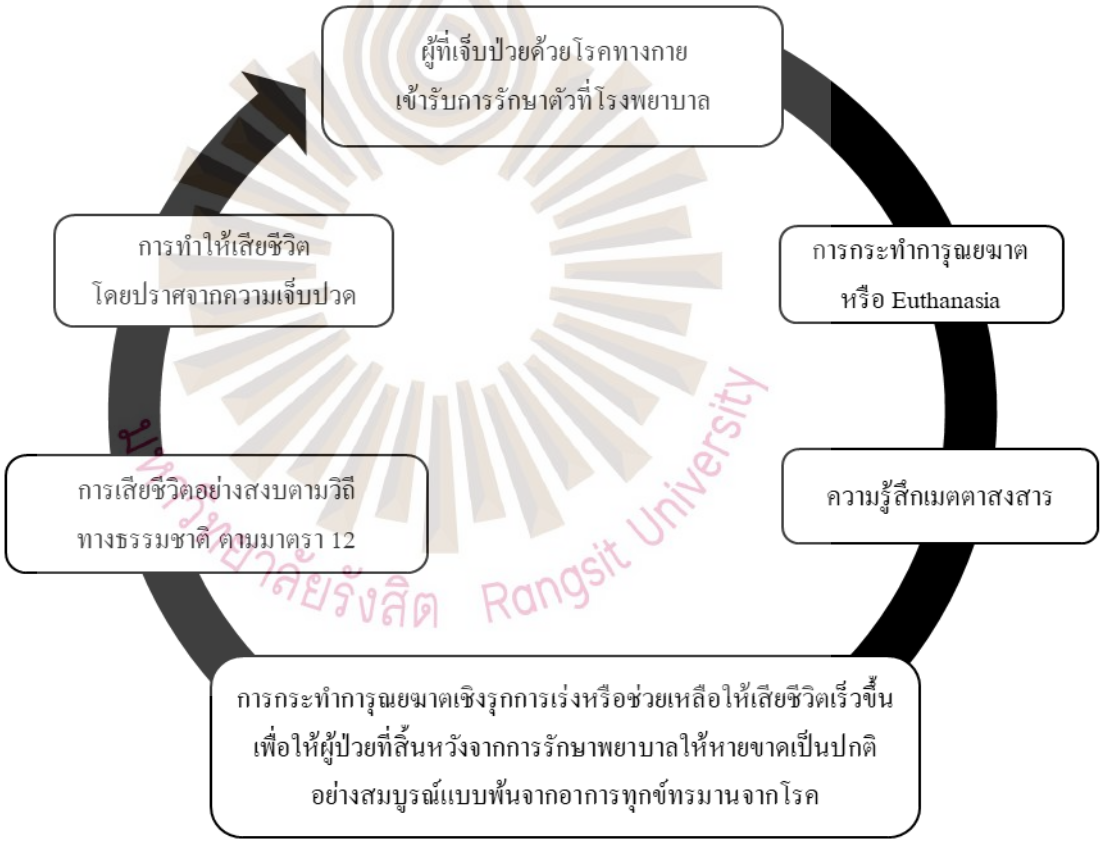
การเสียชีวิตของมนุษย์นั้นกล่าวได้หลายมุมมอง อย่างมุมมองเชิงวิทยาศาสตร์การเสียชีวิตถือเป็นผลลัพธ์ตามวงจรกลไกการทำงานของระบบภายในร่างการมนุษย์ ส่วนมุมมองเชิงปรัชญาการเสียชีวิตถือเป็นสิ่งธรรมดาตามธรรมชาติลักษณะวงจรของชีวิต แต่ในมุมมองทางศาสนาซึ่งยึดถือความเชื่อถือของมนุษย์เป็นที่ตั้งการเสียชีวิตเป็นวัฏสงสาร่าด้วยเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด

การเสียชีวิตของมนุษย์แบ่งออกเป็น 2 กรณีหลัก ได้แก่ การเสียชีวิตตามธรรมชาติ และการเสียชีวิตโดยการกระทำ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ม.ป.ท., 2540: 96 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556 : 13)

การเสียชีวิตตามธรรมชาติ หมายถึง การเสียชีวิตด้วยการล้มเหลวทางการทำงานตามปกติของระบบร่างกายมนุษย์

การเสียชีวิตโดยการกระทำ หมายถึง การเสียชีวิตด้วยการทำให้ตนเองเสียชีวิตหรือการเสียชีวิตโดยบุคคลอื่น ได้แก่ การฆ่าตัวตายและการฆ่าผู้อื่น

2.2.2.1 วงจรความหมายสัมพันธ์ของการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia



ภาพที่ 3 วงจรความหมายสัมพันธ์ของการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia

จากแผนภาพที่ 3 วงจรความหมายสัมพันธ์ของการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia พบว่า การกระทำการุณยฆาต สัมพันธ์กับลักษณะการกระทำที่หลากหลายลักษณะ รายละเอียดดังนี้

การกระทำการุณยฆาตมีความสัมพันธ์กันโดยตรงกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ นักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามความหมายการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia ไว้ดังนี้

ดวงพร เพชรคง (มมป.: 2) ได้อธิบายว่า การุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นภาษากรีกประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos ดังนั้นจึงแปลรวมความว่า การเสียชีวิตที่ดี การเสียชีวิตโดยสงบ

ขณะที่กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออนไลน์, 2563 ให้นิยามความหมายว่า การกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia คือ คำในภาษากรีกเกิดขึ้นระหว่างคำว่า Eu + thanatos ความหมายนัยว่าเดิม คือ good death หรือ การเสียชีวิตดี

การเสียชีวิตดี กระทำได้ 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 Active Euthanasia หรือ การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ปกติแล้วหากวิเคราะห์การเสียชีวิตดี ในลักษณะที่ 1 จะพบว่า ไม่เป็นที่ยอมรับเพราะขัดต่อกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ แต่บางประเทศได้เปิดโอกาสให้ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยี่ยม เนเธอร์แลนด์ เป็นต้น

ลักษณะที่ 2 Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ ซึ่งสำหรับประเทศไทยเป็นสิ่งที่รัฐและแวดวงสาธารณสุขของประเทศไทยตามกฎหมายขึ้นและนำมาใช้ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ การแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าไม่ให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ เพื่อยืดการเสียชีวิตออกไปในวาระที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” แต่จะเป็นการดูแลตามอาการแบบประคับประคอง (Palliative care)

การแสดงเจตนาล่วงหน้าปรากฏในลักษณะการเขียน Living will ซึ่งประเทศไทยเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” หรือ “หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข” ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หรือที่กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553 เรียกหนังสือแสดงเจตนารมณ์ว่า “หนังสือแสดงเจตนา” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553, 2565)

เช่นเดียวกันกับที่กลุ่มงานสื่อสารสังคม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ออนไลน์, 2563) กล่าวว่า การกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia จำแนกลักษณการกระทำได้ 2 ลักษณะ ได้แก่

ลักษณะที่ 1 Mercy killing หรือ การกระทำการุณยฆาต คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค การฆ่าด้วยความเมตตา

ลักษณะที่ 2 Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ

อนึ่ง เกี่ยวกับ Mercy killing ทางด้าน The Archbishop of Canterbury ให้ความเห็นไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1957 ว่า Mercy killing ควรถือได้ว่าเป็นการฆาตกรรม (ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, ม.ม.ป.: 4 - 5 อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 17)

อีกนิยามความหมาย คือ การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตอย่างสงบหรือการุณยฆาตที่เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า “MercyKilling” หรือ “Euthanaia” ซึ่งเป็นคำในภาษากรีก และอาจหมายความรวมถึงการฆ่าตัวตายอันเกิดจากความช่วยเหลือทางการแพทย์ด้วย หรือ “Assisted Suicide” (แพทย์ช่วยแต่ผู้ป่วยตายเอง) (อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 411)

นอกจากนี้ อนัญพร พูลนิติพร ยังได้สรุปนิยามความหมาย การุณยฆาต ว่าหมายถึง การกระทำการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่เจ็บป่วย ทุกข์ทรมาน และหมดหวังที่จะรักษาอาการให้หายเป็นปกตินั้น ได้เสียชีวิตลงหรือกล่าวอีกนัยว่าเป็นการกระทำใดอันเป็นการกระทำเพื่อช่วยให้ผู้อื่นเสียชีวิต โดยเป็นไปด้วยความเมตตาและสงสาร

นิยามความหมายข้างต้นสอดคล้องกันกับที่ชาญชัย วสันตยานันท์ กล่าวไว้ว่า การกระทำการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่เจ็บป่วยได้หลุดพ้นซึ่งความทุกข์ทรมาน ด้วยการทำให้บุคคลอื่นเสียชีวิตอย่างสงบโดยการเจตนาและเป็นไปด้วยความสงสาร (ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 7)

The Cambridge Dictionary of Philosophy (Robert Audi, The Cambridge Dictionary of Philosophy. (Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p.252 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 10) ได้จำกัดความว่าเป็นลักษณะของการกำหนดห้วงระยะเวลาโดยเป็นไปอย่างเอื้ออาทรต่อผู้ที่เจ็บป่วยให้เสียชีวิตและการทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตหรืออาจเรียกว่าการฆ่ามนุษย์ ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า “ตายดีกว่าอยู่”

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับที่ Robert Audi, The Cambridge Dictionary of Philosophy. (Cambridge: Cambridge University Press, 1999, p.252. อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 10) อีกว่า “Euthanasia” เป็นการทำให้เสียชีวิตหรือจบชีวิตลง โดยกระทำให้ปราศจากความเจ็บปวดแก่ผู้ที่กำลังเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากโรคร้ายที่ไม่มีโอกาสหรือแนวทางที่อาจรักษาให้หาย

ได้ อันเป็นไปด้วยความรู้สึกเมตตาสงสารต่อผู้ที่กำลังเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน (The Act or Practice of Painlessly Putting to Death Persons Suffering from Incurable and Distressing Disease as an Act of Mercy)

ส่วนอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ นิยามการุณยฆาต (Euthanasia) หรือ “การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตโดยสงบ” (Mercy Killing) การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงด้วยการเจตนา แต่ไม่ประสงค์จะใช้วิธีที่รุนแรงหรือวิธีการใดก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นเสียชีวิตลงโดยสะดวก รวมไปถึงการงดเว้นการรักษาด้วย (ศูนย์สิทธิมนุษยชน, 2557 : หน้า 8 อ้างถึงในอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 40)

อนึ่ง หากแบ่งลักษณะตามเจตนารมย์ของผู้ป่วยการกระทำการุณยฆาตจะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงโดยสงบและโดยความสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) หมายถึง การกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยสงบตามความประสงค์ของผู้ป่วยซึ่งมีสติสัมปชัญญะอยู่นั้น (Competent Patient) หรือเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive)

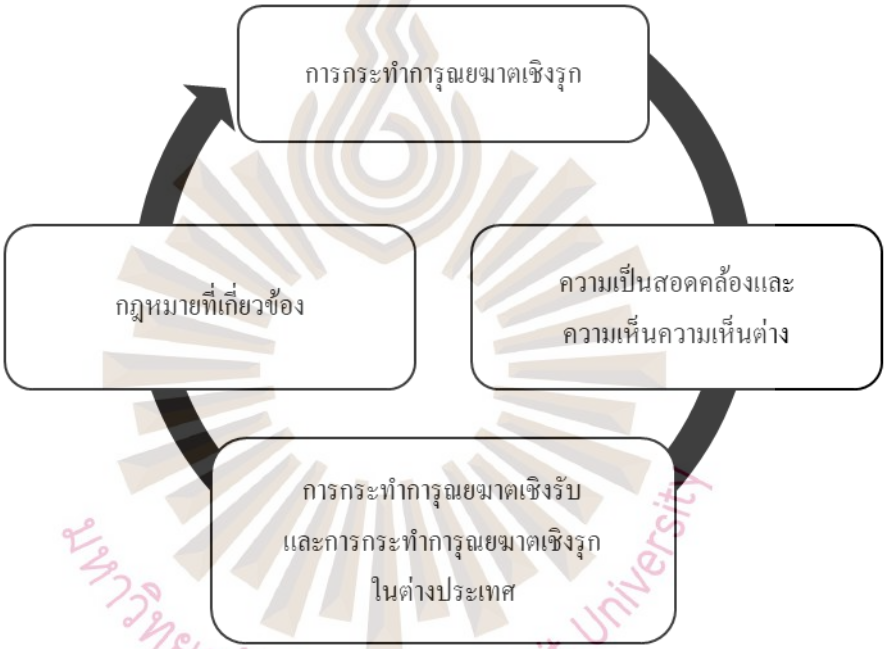
2. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้เสียชีวิตลงด้วยความสงบ แต่เป็นไปโดยปราศจากความสมัครใจ (Non-Voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่ไม่มีสติสัมปะชัญญะ (Incompetent Patient) เสียชีวิตโดยสงบตามความประสงค์ของผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย (Patient's Surrogate)

3. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้เสียชีวิตลงด้วยความสงบแต่เป็นไปโดยขัดต่อความสมัครใจ (Involuntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงด้วยความสงบที่ขัดต่อความประสงค์ หรือคำสั่งที่ผู้ป่วยให้ไว้ล่วงหน้า

ไม่เพียงแต่เท่านั้นจากการศึกษายังพบว่ายังมีคำศัพท์ที่น่าสนใจ คือ คำว่า Assisted Suicide ซึ่งเป็นการช่วยเหลือให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะหมายถึง Physician Assisted Suicide (PAS) ลักษณะเป็นการได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ในการฆ่าตัวตาย แต่แพทย์ไม่ได้ทำการการุณยฆาตแต่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีบทบาทเป็นผู้กระทำการฆ่าตัวตายด้วยตนเอง ตัวอย่างเช่น แพทย์ทำหน้าที่เพียงให้คำแนะนำ แนะนำแนวทางวิธีการต่างๆเท่านั้นหรือการจ่ายยา รวมทั้งการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับฆ่าตัวตาย วิธีนี้มิใช่การ

กระทำการุณยฆาต ด้วยเหตุที่ว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ คือ ผู้กระทำการฆ่าตัวเอง (นันทน อินทนนท์, 2544: 129-157 อ้างถึงในอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 41)

2.2.2.2 วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค



ภาพที่ 4 วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

จากแผนภาพที่ 4 วงจรความหมายสัมพันธ์การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค สัมพันธ์กับลักษณะการกระทำที่หลากหลายลักษณะรายละเอียดดังนี้

การเสียชีวิตดีนอกจากจะมี Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ แล้วยังมีการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก Active Euthanasia คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้

เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

การเสียชีวิตดีในลักษณะนี้ พบว่าไม่เป็นที่ยอมรับเพราะขัดต่อกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ (กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออนไลน์, 2563) อีกทั้ง บางประเทศยังได้ต่อต้านต่อการกระทำการุณยฆาตลักษณะดังกล่าวอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่นประเทศที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก นิกายออร์โทดอกและศาสนาอิสลามอีกด้วย

กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออนไลน์ นิยามการกระทำการุณยฆาตดังกล่าวว่า คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ไม่เพียงแต่เท่านี้ การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ถือว่าเป็นการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หมายถึงการกระทำโดยการให้สารต่างๆ หรือวัตถุใดๆ ที่เป็นการเร่งให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบถึงแก่ความตายได้เร็วขึ้น (ชุติกาญจน์ หฤทัย, 2554 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และคณะ, 2563: 182-185)

ในที่นี้พจนานุกรมกฎหมายของ เฮนรี แคมป์แบล แบล็ก (Henry Campbell Black's Law Dictionary) ได้กล่าวถึงการกระทำการุณยฆาตโดยเร่งให้ตาย (Positive Euthanasia) อันเป็นการสอดคล้องต่อการกระทำการุณยฆาตแบบการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เช่น การุณฆาตโดยมีเจตนารมย์และเป็นการดำเนินการโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเลือกที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต อย่างการให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข จัดยาในปริมาณที่มากที่เกินขนาดความจำเป็น ในตำแหน่งใกล้ตัวเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบตัดสินใจหยิบยาทานเอง (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 (ออนไลน์), 2562 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และคณะ, 2563: 182-185)

สำหรับอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ กล่าวว่า การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก หรือการกระทำการุณยฆาตด้วยการเร่งให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิต (Active หรือ Positive Euthanasia) หมายถึง การกระทำการใดลักษณะในเชิงเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (คณิต ณ นคร,2549: 89 อ้างถึงในอรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, มมป.: 41) โดยเหตุผลจากการ

กระทำคือ การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิต

ประเด็นความสอดคล้องและความเห็นต่างต่อการกระทำการุณยฆาตแม้ว่านักวิชาการบางกลุ่มจะเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต แต่นักวิชาการเหล่านี้กลับมีแนวคิดลักษณะการกระทำการุณยฆาตที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าประเด็นถกเถียงอย่างแท้จริงเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต คือ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” (Active Euthanasia) กล่าวคือ การปฏิบัติยุติชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบโดยแพทย์ ซึ่งนักจริยศาสตร์หลายท่านทำการแยกการปฏิบัติออกเป็น2 กรณี คือ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” หมายถึง การที่แพทย์ลงมือกระทำ ขณะที่การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงเอง

จากการถกเถียงการกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” และ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” สามารถสรุปประเด็นจากฝ่ายที่เห็นด้วยและจากฝ่ายที่เห็นแย้ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประเด็นถกเถียงการกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” และ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ”

ฝ่ายที่เห็นแย้ง	ฝ่ายที่เห็นด้วย
1. หน้าที่หลักสำคัญและจรรยาบรรณของแพทย์คือ การช่วยผู้ป่วยที่ไม่ว่าบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพียงน้อยนิด กระทั่งระดับอาการหนักจนอาจถึงแก่การเสียชีวิต ดังนั้น การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจึงเป็นการทอดทิ้งต่อหน้าที่และจรรยาบรรณของแพทย์	1. หน้าที่หลักสำคัญอย่างแท้จริงของแพทย์ คือ การรักษาเพื่อบรรเทาหรือการรักษาให้หายขาดจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย การขยายเพิ่มเติมหน้าที่หลักของแพทย์ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามที่พึงปรารถนา
2. การให้ความยินยอมกระทำการุณยฆาต "เชิงรุก" และ การกระทำการุณยฆาต "เชิงรับ" ย่อมสร้างภาพจำเชิงลบต่อสังคมขึ้นระหว่างหน้าที่และจรรยาบรรณของแพทย์ รวมทั้งการขาดความเชื่อมั่นต่อการทำหน้าที่ของแพทย์	2. ผู้ป่วยควรได้รับซึ่งสิทธิที่จะตาย โดยสิทธินั้นจำต้องได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิดังกล่าว
3. สิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกระทำให้เกิดขึ้นจริง คือ การสร้างจุดแบ่งแยกระหว่างการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง	3. การต่อต้านการกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” และ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” มีผลสัมพันธ์เชิงลบต่อผู้ป่วย เนื่องจากเป็นการยึด

ฝ่ายที่เห็นแย้ง	ฝ่ายที่เห็นด้วย
	ขยายระยะเวลาความเจ็บปวดให้ห่างไกลออกจากการเสียชีวิต
4. การกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” และ การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” ส่วนหนึ่งเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์ที่ไม่เป็นที่ต้องการของสังคม เช่น คนพิการ คนที่มีจิตบกพร่อง	4. เมื่อใดที่มีการให้ความยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” ก็เป็นสิ่งสมควรที่จะยอมรับการกระทำการุณยฆาต “เชิงรุก” เช่นกัน เพราะว่าทั้งสองกรณีต่างนำพามาซึ่งการเสียชีวิตของผู้ป่วย
5.การประเมินการมีชีวิตอยู่รอดหรือการเสียชีวิตมิใช่หน้าที่ของแพทย์ในการประเมินดังกล่าว	5.คำกล่าวที่ว่าควรปลดปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติและให้ธรรมชาติได้ทำหน้าที่ที่แท้จริงของมัน นั่นอาจไม่สามารถใช้ได้จริงกับวงจรการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์ช่วยชะลอการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง จึงเป็นเรื่องยากที่จะแยกการเสียชีวิตตามธรรมชาติและการเสียชีวิตที่ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ
	6. การไม่เคารพและแทรกแซงเจตนารมย์ที่ประสงค์จะเข้าถึงสิทธิการเสียชีวิตของผู้ป่วยมิใช่อำนาจและหน้าที่ของแพทย์ (Ingram, David Bruce and Parks, Jennifer A. The Complete Idiot's Guide to Understanding Ethics, (2002:New york,Alpha Book) pp.209-212 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556 : 11-12

การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกและการกระทำการุณยฆาตเชิงรับในต่างประเทศพบว่าการกระทำการุณยฆาตนั้น ถือเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ตลอดจนหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประเทศที่อนุญาตและเปิดโอกาสให้สามารถกระทำการุณยฆาตได้ เช่น

ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีสังคมลักษณะหลากหลายทางวัฒนธรรมและเปิดกว้างต่อสิทธิเสรีภาพ ไม่ได้เห็นด้วยและเปิดโอกาสให้สามารถกระทำการุณยฆาตได้ทั้งประเทศ มีเพียงแต่ 5 รัฐ เท่านั้นที่อนุญาตและเปิดโอกาสให้สามารถกระทำการุณยฆาต ได้แก่ โอเรกอน วอชิงตัน มอนตานา เวอร์มอนต์ และแคลิฟอร์เนีย

โดยประเทศสหรัฐอเมริกา การกระทำการุณยฆาตเป็นไปในรูปแบบเชิงรับ ภายใต้องค์กร Death with Dignity (DWD) กล่าวคือ แพทย์จะต้องเปิดโอกาสให้แก่ผู้ป่วยหรือญาติได้ร่วมปรึกษากับคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลเพื่อหารือให้ได้มาซึ่งเหตุผลและความจำเป็นถึงการกระทำการุณยฆาตเป็นระยะเวลาล่วงหน้า 10 วัน หากมีการคัดค้านกระทำการุณยฆาต สามารถยื่นคำร้องขอต่อศาลให้ขยายเวลาออกไปได้ นอกเหนือจากที่กล่าวถึงนี้ แพทย์สามารถมีสิทธิยุติการใช้ยาและเครื่องช่วยชีวิตได้ (Bailey FA, Harman SM. Palliative care: the last hours and days of life. Up to Date (2015). [Internet], 2019 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และ คณะ, 2563: 182-185)

ขณะที่ประเทศโคลัมเบีย ประเทศอินเดีย ประเทศแคนาดา ประเทศ เนเธอร์แลนด์ ประเทศเบลเยี่ยม ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศญี่ปุ่น จะใช้ยากลุ่มที่เกี่ยวเนื่องกับหลอดเลือด หรือการให้รับประทานยาในขนาดสูงเกินความจำเป็นเพื่อออกฤทธิ์ลักษณะกดระบบประสาท เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบนอนหลับอย่างสนิท ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้สงบเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานลงในที่สุด (Bailey FA, Harman SM. Palliative care: the last hours and days of life. Up to Date (2015). [Internet], 2019 และ World Health Organization. Palliative Care 2015. [Internet], 2019 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และ คณะ, 2563: 182-185)

ไม่เพียงเท่านี้การกระทำการุณยฆาตในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ มีการจัดตั้งหน่วยงานชื่อ Dignitas Clinic ประการที่สำคัญของหน่วยงานดังกล่าวต่อการดำเนินงาน คือ ประชาชนสามารถสมัครยื่นขอเพื่อกระทำการุณยฆาตได้ โดยมีเงื่อนไขว่าประชาชนผู้นั้นต้องเป็นสมาชิกและเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะอย่างครบถ้วน

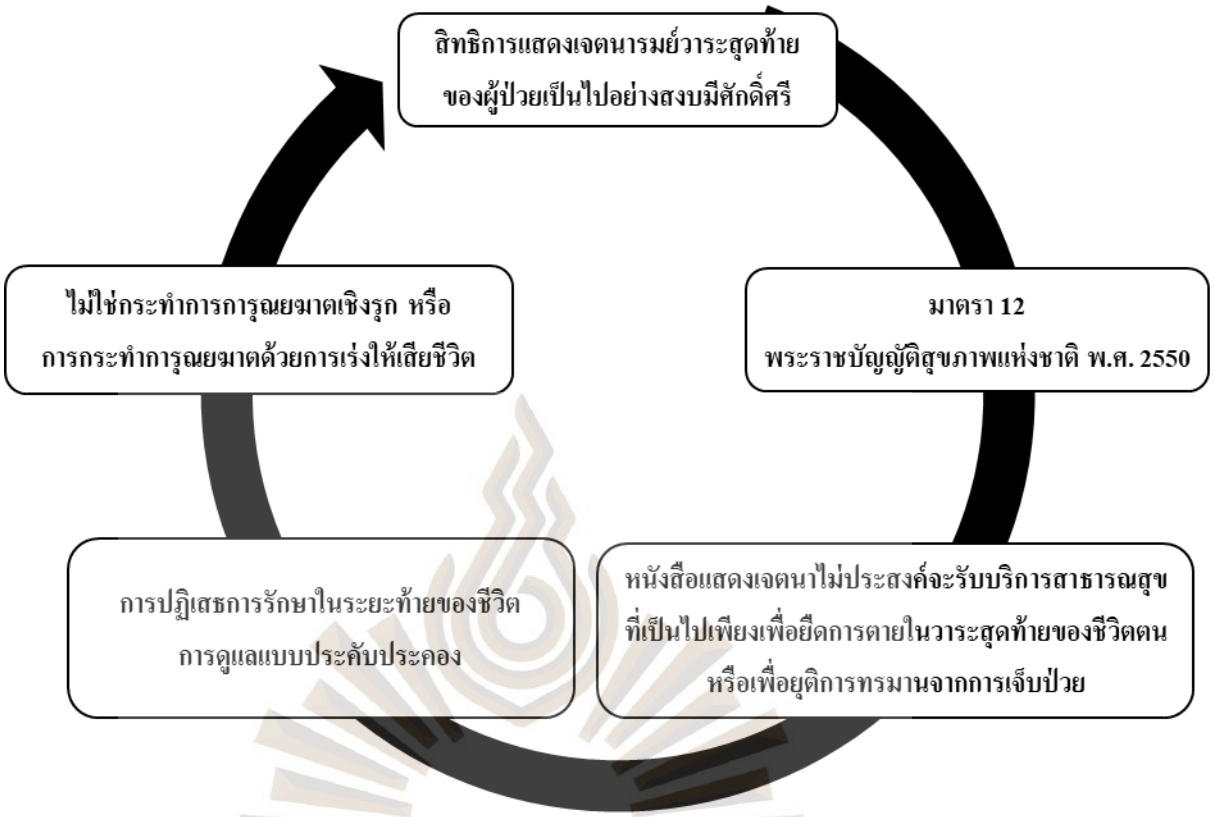
วิธีการ คือ การส่งบันทึกชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ จดหมายรับรองจากครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาลที่ระบุว่าเป็นโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายอย่างแน่นอน หรือให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือมีความเจ็บปวดจากภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาได้ โดยผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี กล่าวคือ อย่างน้อยที่สุดสามารถกินยาได้ด้วยตัวเอง ก่อนดำเนินเรื่องภายใต้การช่วยเหลือของแพทย์ (physician-assisted

suicide, PAS) Dignitas (Swiss non-profit organization); Wikipedia. [Internet]. 2019 อ้างถึงใน วราทิพย์ ทองเดช และ คณะ, 2563: 182-185)

ส่วนของกฎหมายพบว่า ปัจจุบันนี้ประเทศไทยไม่มีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก เนื่องจากอาจเป็นไปได้อย่างแน่ชัดว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก ไม่เพียงแต่ถือเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ และแวดวงมนุษยศาสตร์ ตลอดจนยังเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม
ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธเท่านั้น แต่ยังสัมพันธ์ต่อความอ่อนไหวระหว่างทัศนคติของประชาชนที่มีต่อแพทย์ หน้าที่และจรรณยาบรรณทางวิชาชีพของแพทย์ ซึ่งประชาชนมีความคาดหวังว่าแพทย์เป็นบุคคลที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยไปกระทั่งบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยถึงชีวิต

อย่างไรก็ตามแวดวงสาธารณสุขประเทศไทยตระหนักถึงกลุ่มผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือกลุ่มที่มีลักษณะที่เรียกว่า ไม่สามารถฟื้นกลับมามีชีวิตและจะต้องอยู่ในสภาพเช่นนั้นตลอดไปเพราะอาการเจ็บป่วยไม่ส่งผลให้เสียชีวิตในทันที หรือผู้ป่วยที่เรียกเป็นภาษาพูดว่า “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา” จึงได้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บทบัญญัติ มาตรา 12เพื่อให้โอกาสต่อประชาชนทำการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อใดที่ตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตนไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไป ขอใช้สิทธิการเสียชีวิตตามวิถีทางธรรมชาติ ซึ่งไม่ได้มีความหมายถึงการอนุญาตให้การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2.2.3 วงจรการตายดีหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will)



ภาพที่ 5 วงจรการตายดีหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will)

จากแผนภาพที่ 5 วงจรการตายดีหรือการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will) พบว่าสัมพันธ์กับลักษณะการกระทำที่หลากหลายลักษณะดังนี้

การทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will) ถือเป็นอีกสิทธิที่มนุษย์พึงมีเช่นเดียวกับสิทธิอื่นๆ ที่ไม่เกินไปกว่าขอบเขตที่กฎหมายกำหนดหรือวางกรอบไว้ ด้วยการทำเป็นหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ โดยได้มีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เรียกหนังสือแสดงเจตนารมณ์ว่า “หนังสือแสดงเจตนา” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

ออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

ดังนั้น สิทธิในที่นี้กล่าวสรุปโดยสังเขปได้ว่า เป็นการกระทำที่กระทำเผื่อไว้ในอนาคต ซึ่งอาจเกิดเหตุการณ์ไม่แน่นอนต่อชีวิตผู้ป่วยได้ สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ ปัจจุบันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ได้เปิดช่องให้กระทำได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้วนั้น สามารถแสดงเจตจำนงให้มีการรักษาพยาบาลหรือจะคงไว้ซึ่งความยินยอม หรือ Consent หรือจะแสดงเจตจำนงไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ แต่อย่างไรก็ตามมีข้อยกเว้นต่อกรณีผู้ป่วยไร้ซึ่งหรือสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ หรือศาลได้ประกาศให้เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ทั้งนี้ เกี่ยวกับเจตจำนงในการปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ ไม่ว่าด้วยวิธีการใดก็ตามอันไม่อาจช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบสามารถฟื้นกลับมาให้หายเป็นปกติไม่ว่าจะทางกายหรือทางจิตใจ เกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้วาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเป็นไปอย่างสงบมีศักดิ์ศรี หรือที่เรียกว่า Death with dignity และไม่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรหรือต้นทุนทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์สำหรับการรักษาพยาบาล หรือด้านอื่นใดก็ตาม การเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีเปรียบเสมือนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยธรรมชาติ ขณะที่การยังคงมีชีวิตอยู่เป็นการคงอยู่ของชีวิตอย่างไม่มีศักดิ์ศรี ด้วยการพึ่งพาความก้าวหน้าทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ยื้อชีวิตไว้ (อนัญพร พูลนิติพร, มมป. : 1-2) และ (อนัญพร พูลนิติพร, 2564 : 411-412)

จากเหตุผลข้างต้นนำไปสู่แนวคิดที่ว่า ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีสิทธิอย่างเต็มเปี่ยมในการตัดสินใจต่อชีวิตของตนเอง ด้วยการแสดงเจตนารมย์โดยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ว่าไม่ขอรับบริการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะปรากฏในรูปแบบใดอันมีจุดประสงค์เพียงเพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิต

แนวคิดการไม่ขอรับบริการทางการแพทย์ถูกปรากฏในประเทศต่างๆหลากหลายประเทศ แม้ว่าประเทศเหล่านั้นสามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุกได้ ประเทศที่กล่าวถึง ได้แก่

สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เป็นต้น (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562 :2)

ประเด็นด้านกฎหมายจากที่ได้กล่าวถึงสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บัญญัติว่า

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

ไม่เพียงแต่เท่านี้รัฐยังได้ตรากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือสำหรับรองรับการดำเนินการตามมาตรา 12 อีกด้วย

จากมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังที่ได้กล่าวข้างต้นแล้วว่า เมื่อพิจารณาอย่างถี่ถ้วนเห็นได้ว่า กฎหมายไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

แต่กฎหมายบัญญัติโดยนัยว่า ประชาชนมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการเสียชีวิตของตนเองว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วจะขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามธรรมชาติ ด้วยการไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์เพื่อยืดระยะเวลาความตายออกไป ต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) หรือจะเรียกอีกอย่างว่ายินยอมให้มีการการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, มมป : 7)

นอกจากนี้ กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้กล่าวบรรยายรายละเอียดถึงมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อย่างสอดคล้องกัน สรุปได้ว่ามาตรา 12 คือ การให้โอกาสต่อประชาชนทำการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ว่า เมื่อใดที่ตนตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วตนไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืด

การเสียชีวิตออกไป แต่ขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามวิถีทางธรรมชาติ ซึ่งไม่ได้มีความหมายถึงการอนุญาตให้กระทำการุณยฆาตเพื่อเร่งความตายแต่อย่างใด

นิยามความหมายการเสียชีวิตที่ดีหรือหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตามมาตรา 12 หรือ ตามกฎกระทรวงฯ

กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ให้ความหมาย Living will หรือ Advance directive ว่าคือเรื่องที่ว่าด้วยสิทธิปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งมีคนจำนวนไม่น้อยที่เข้าใจว่าเป็นเรื่องของการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (mercy killing) แท้ที่จริงแล้วไม่ใช่การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกแต่อย่างใด

ลักษณะหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ หนังสือที่เปรียบเสมือนพินัยกรรมของบุคคลหนึ่งที่ได้กระทำไว้ล่วงหน้า เพื่อเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างบุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแพทย์

ส่วนสิ่งที่ทำการสื่อสาร คือ กระบวนการแนวทางรักษาอาการผู้ป่วยในขณะนั้น โดยมีเงื่อนไขอาการผู้ป่วยที่ต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญ ด้วยจุดประสงค์เพื่อให้ญาติผู้ป่วยและแพทย์ได้เตรียมความพร้อมตามเจตนารมย์ของผู้ป่วย (กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2562: 11)

แนวคิดการจัดทำ Living Will หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตาม ได้แก่

1. Will คือ การแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้า ด้วยการเขียนหรือด้วยการจัดทำไว้ขณะการแสดงเจตนารมย์ด้วยการทำหนังสือ ขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ หรือที่เรียกว่า Advance Directive

2. วัตถุประสงค์สำคัญของการจัดทำ Living Will คือ การแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าว่าหากบุคคลผู้นั้นป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ผนวกกับเข้าสู่สาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ขอใช้การแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้าแต่ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

3. การแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ถือได้ว่าเป็นสิทธิที่บุคคลพึงมีในการแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้าที่ทุกคนพึงมีและได้รับการคุ้มครอง (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 6)

สำหรับประเทศไทยมีบุคคลที่มีชื่อเสียงหลายแขนงที่ได้แสดงเจตนารมณ์ด้วยการทำหนังสือไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตามมาตรา 12 หรือ ตามกฎกระทรวงฯ ในส่วนของแบบฟอร์มหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ขณะนี้ยังไม่มีแบบฟอร์มที่เป็นทางการ แต่มีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือดังจะกล่าวถึงในเนื้อหาในส่วนถัดไป

บุคคลที่มีชื่อเสียงหลายแขนงที่ได้ทำหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ได้แก่

1. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
2. คุณหญิงจำนงศรี หาญเจนลักษณ์
3. นางอมรา สงวนสุข
4. นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม
5. นายเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง
6. ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ thailivingwill ออนไลน์, 2565)

ไม่เพียงแต่เท่านี้ Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออนไลน์, 2563) และ (อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 411-412) มีความคิดเห็นว่า สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ เปรียบเสมือนการแสดงความประสงค์หรือพูดเป็นภาษาชาวบ้านว่า “การสั่งเสียบอกลา” ไว้ล่วงหน้า หรือ Advance directives

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 มาตรา 12 ถือเป็นสิ่งสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ความคุ้มครองแพทย์ที่ปฏิบัติตามหนังสือดังกล่าวเพื่อให้แพทย์ไม่ถูกฟ้องร้องตามกฎหมายอาญา เนื่องจากสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 มิใช่การให้สิทธิแก่ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หรือที่เรียกว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือ

ช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

นอกจากนี้สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย นับว่าเป็นการให้ความเคารพและยอมรับต่อสิทธิโดยอิระของผู้ป่วย หรือ Patient Autonomy หมายถึง สิทธิที่ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการรักษาตนเองด้วยตนเอง สิทธินี้ไม่เพียงแต่เป็นที่ยอมรับในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังเป็นที่ยอมรับทางกฎหมายทางจริยธรรมและศีลธรรมในระดับสากลด้วย (อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 423-424)

ร.ศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ ได้กล่าวว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง ปลายทางสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบในการรักษาพยาบาล แพทย์จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา กล่าวคือ จากเดิมการรักษาพยาบาลเป็นไปเพื่อรักษาให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติ แต่สำหรับกรณีดังกล่าว แพทย์ต้องพร้อมทำให้ผู้ป่วยได้รับสภาพเป็นอยู่ที่ดีที่สุดกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตมาถึง หรือกล่าวให้เข้าใจง่ายว่าที่กล่าวมาข้างต้นเป็นผลสัมพันธ์มาจากการวางแผนเพื่อรับมือก่อนที่การเสียชีวิตจะเกิดขึ้น หรือที่เรียกโดยรวมว่า “การเสียชีวิตที่ดี”

นอกจากนี้ร.ศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ ยังกล่าวถึงแนวทางการแพทย์ ที่เรียกว่า การรักษาด้วยการดูแลแบบประคับประคอง อาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังเหล่านั้นกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เรียกว่า Palliative Care (ฉันชาย สิทธิพันธ์, ม.ม.ป.: 10)

อนึ่ง สำหรับเรื่องการรักษาด้วยการดูแลแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า Palliative Care กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553 ได้บัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้ว่าในข้อ 2 ในกฎกระทรวง เรื่อง “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” อันมีใจความตอนหนึ่งว่า

“ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

โดยอดีตประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาลศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสีมาลี นิมมานนิตย์ ผู้ร่วมก่อตั้งศูนย์ Palliative Care Center ของศิริราช ได้ให้นิยามการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง แนวคิดหรือทิศทางกระบวนการคิดของ Palliative Care คือ การดูแลบรรเทาความเจ็บป่วยเจ็บปวดทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วย “Relief suffering and improve quality of life”

ขณะที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อ้างถึงใน ร่มธง สินธุประสิทธิ์ และอภิรัตน์ กังสดารพร องค์การอนามัยโลก กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองนั้นเป็นวิธีการดูแลที่เป็นการเพิ่มค่าคุณต่อชีวิตและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ที่กำลังประสบกับอาการเจ็บป่วยจากโรค ด้วยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับหรือบรรเทาความทุกข์ทรมานต่างๆที่เกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบและต่อครอบครัว วิธีการการดูแลแบบประคับประคอง เช่น การดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเมื่อเจ็บป่วยจากโรค การประเมินปัญหาสุขภาพโดยละเอียดไม่ว่าจะเป็นการประเมินด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมสังคมรอบตัวผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ซึ่งกล่าวได้ว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้เป็นการเร่งหรือช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตเร็วขึ้นแต่อย่างใด เมื่อเปรียบเทียบกับการดำเนินรักษาโรคเองตามธรรมชาติ และไม่ใช่การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ หรือความรู้ทางการแพทย์เพียงเพื่อเป็นการเหนี่ยวรั้งหรือยื้อความทรมานของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2554 อ้างถึงในร่มธง สินธุประสิทธิ์ และอภิรัตน์ กังสดารพร, 2562: 106)

สำหรับประเด็น Live will โดยข้อเท็จจริงแล้วนั้น วงการสาธารณสุขและวงการแพทย์ จัดว่า Live will ถือเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการการดูแลทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคม ซึ่งเมื่อศึกษาเชิงลึกจะพบว่า ประเด็น Live will สัมพันธ์กับการดูแลแบบประคับประคอง Palliative Care อันเป็นการสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังนี้

1. การดูแลทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคม

2. การดูแลทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคม และทางจิตใจ

ในบางกรณีการดูแลแบบประคับประคองยังรวมถึงการเยียวยา การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตหลังผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ชีวิตลงอีกด้วย (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 8-9, 21)

ด้านหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือที่กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 หากย้อนกลับมาพิจารณาถึงบทบัญญัติในข้อ 2 กฎกระทรวงดังกล่าวถึง “หนังสือแสดงเจตนา” ดังนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ประกอบกับ ข้อ 3-6 ความชัดเจนของหนังสือแสดงเจตนาที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังข้อ 3-6 รายละเอียดดังนี้

ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ
นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

จากบทบัญญัติข้อ 2 - ข้อ 6 พบว่า การดำเนินการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการ

ทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 วรรคแรก ได้มีการขยายความในวรรคที่สองว่า “การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง”

เมื่อพิจารณาประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 พบว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย สาระสำคัญปรากฏดังนี้

1. หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า

2. เจตจำนงที่ได้ว่าไว้ล่วงหน้า คือ การไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปเพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น

ขณะที่ข้อ 3-6 เป็นบทบัญญัติที่ช่วยขยายความชัดเจนของหนังสือแสดงเจตนาประกอบด้วยแนวทางในการทำหนังสือ เช่น

1. หนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องมีความชัดเจนมากพอที่จะสื่อสารให้เกิดการดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือ อันประกอบด้วยรายละเอียดปลีกย่อย เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา และอีกประการสำคัญคือหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้อย่างชัดเจนด้วย

2. หนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถจัดทำ ณ สถานที่ใดก็ได้มิได้มีกฎเกณฑ์บังคับไว้

3. เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต เข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุขใด ให้ยื่นหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต ต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุข

4. กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำการยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือกรณีที่มีหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตหลายฉบับ ให้ถือว่าหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

5. หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต เมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ด้วยแนวทางต่างๆ เช่น กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต ยังมีสติสัมปชัญญะดีพอที่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ทำการอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต ทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามผู้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต

แต่กรณีที่กรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลผู้ถูกระบุชื่อตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

เมื่อพิจารณาเชิงลึกเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือการปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตกับการดูแลแบบประคับประคอง มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับตัวแปรสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2. การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า Living will

3. การดูแลแบบประคับประคอง หรือ ที่เรียกว่า Palliative care

ประกอบกับด้วยเหตุที่ว่า Live will โดยข้อเท็จจริง แวดวงสาธารณสุข จัดว่า Live will ถือเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญต่อการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองเป็นการสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังนี้

1. การดูแลทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคม

2. การดูแลทางการแพทย์กับการดูแลทางสังคม และทางจิตใจ

ในบางกรณีการดูแลแบบประคับประคองยังรวมถึงการเยียวยา การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตหลังผู้ป่วยที่สิ้นหลังได้ชีวิตลงอีกด้วย (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 8-9,21)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ฉะนั้น การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือการปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตกับการดูแลแบบประคับประคองจึงเป็นเรื่องที่สัมพันธ์คาบเกี่ยวกัน

การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เมื่อศึกษาอย่างละเอียดจะพบว่า ปัญหาการปฏิบัติเชิงลึก คือ สามารถทราบได้อย่างไรว่าเวลาใดเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ โดยต่างประเทศได้เคยเกิดปัญหาดังกล่าวมาก่อน และได้รับการแก้ไขโดยคณะกรรมการจริยธรรมในโรงพยาบาล (Ethic Committee) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิสาขาต่างๆ ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย ผู้นำชุมชน ด้วยการให้ญาติผู้ป่วยได้รับโอกาสร่วมกันปรึกษากับคณะกรรมการจริยธรรมในโรงพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับหลังจากนั้นจึงมีหนังสือเพื่อให้ลงนามเกี่ยวกับการปฏิเสธการรักษาหรือการกู้ชีพ แบบฟอร์มดังกล่าวเรียกว่า AND : Allow Natural Death (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 12)

สำหรับกรณีเรื่องการดูแลแบบประคับประคองกับประเด็นการใช้เครื่องพยุงชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง แพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล ได้กล่าวให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องพยุงชีพว่า เครื่องพยุงชีพได้รับการสร้างขึ้นด้วยจุดประสงค์ คือ ใช้สำหรับการพยุงชีพผู้ป่วยเพื่อรอการรักษาอวัยวะที่ล้มเหลวไปแล้วให้กลับมาดีขึ้นได้อันเท่ากับเป็นการยื้อชีวิต

ในทางตรงกันข้ามในกรณีผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่กำลังใกล้เสียชีวิต โดยเครื่องพยุงชีพไม่สามารถรั้งหรือยืดชีวิตออกไปได้ให้กลับมามาเป็นปกติ อันมีแต่สร้างความทรมานเพียงอย่างเดียว ดังนั้น เมื่อไม่เกิดประโยชน์แต่อย่างใดก็ควรเอาเครื่องพยุงชีพออก ทัศนติส่วนตัวของแพทย์หญิงศรีเวียง ไพโรจน์กุล การยุติเครื่องพยุงชีพแก่ผู้ป่วยที่กำลังจะใกล้เสียชีวิตสามารถทำได้โดยหลักการจริยธรรมและหลักแนวคิวทางการแพทย์โดยไม่ได้มีเจตนามุ่งผลให้ถึงแก่ชีวิต แต่เท่ากับช่วยปลดพันธนาการความทุกข์ทรมานให้เสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคโดยไม่ยื้อความตาย (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับ พ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 14)

เป็นที่น่าสังเกตว่าที่ประชาชนจำนวนไม่น้อยที่เกิดการเข้าใจว่าการทำหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ดังที่บัญญัติในกฎกระทรวงฯ หรือที่เรียกว่า Living will กับ การดูแลแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า Palliative care เป็นเรื่องของการ

กระทำการุณยฆาต (ฉันชาย สิทธิพันธ์, ม.ม.ป.: 10) ก็ได้มีความเห็นว่า Advance directive หรือ Living Will มีความแตกต่างจากการกระทำการุณยฆาตในลักษณะการเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น กล่าวคือ การกระทำการุณยฆาตเป็นเรื่องของการเร่งให้มีการเสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความทุกข์ทรมานในทันที แต่การเสียชีวิตที่ดีหรือการวางแผนสำหรับการเสียชีวิตที่เป็นเรื่องของการแสวงหาแนวทางรักษาอาการผู้ป่วยให้เกิดความทรมานจากความเจ็บป่วยอย่างน้อยที่สุด

การปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้นำมาสู่ปัญหาหลายประการ เช่น

1. ปัญหาต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่กังวลว่า หากได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต บุคลากรทางการแพทย์ต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อมิให้เกิดข้อขัดแย้งหรือข้อโต้แย้งทางกฎหมาย

2. กรณีญาติผู้ป่วยบางรายไม่เห็นด้วยกับการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต และต้องการให้รักษาชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบต่อไปอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์จะตัดสินใจทำตามหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตได้หรือไม่

3. บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำการตรวจสอบความถูกต้องของหนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือไม่ และยังต้องมีการพิจารณาสืบเสาะว่าเป็นฉบับที่แท้จริงหรือไม่ อีกทั้งต้องให้ญาติลงนามในใบปฏิเสธการรักษาหรือไม่เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตาม ดร.สุรสิทธิ์ แสงวิโรจนพัฒน์ มีความคิดเห็นว่า Living Will ที่มีนักวิชาการบางส่วนแปลเป็นภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” ไม่ตรงกับหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่าที่ควร (สุรสิทธิ์แสงวิโรจนพัฒน์ กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2562: 30)

โดยประเด็นนี้ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้กล่าวเพิ่มเติมว่า แม้ว่านักกฎหมายบางส่วนอาจมีความคิดเห็นว่า “ไม่ควรแปลเป็นภาษาไทยว่า “พินัยกรรมชีวิต” เนื่องจากไม่ตรงเนื้อแท้ของความ นั่นเพราะว่าพินัยกรรมจะมีผลเมื่อบุคคลนั้นตาย แต่หนังสือแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิตจะมีผลก่อนเสียชีวิต จึงควรใช้คำว่า Living Will ย่อมจะสร้างความเข้าใจได้มากกว่า” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2562: 30)

อีกประการที่น่าสนใจ คือ หลักการตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้กล่าวถึงประเด็น “สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของบุคคลในวาระสุดท้ายของชีวิต: กฎหมายและนวทางปฏิบัติ” ไว้ว่าถือเป็นหลักการที่แตกต่างจากการกระทำการุณยฆาตในลักษณะการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคอันย้อนแย้งกับทั้งหลักการทางกฎหมาย จริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ ฉะนั้น การกระทำการุณยฆาตจะเกิดขึ้นในประเทศไทยได้ต่อเมื่อมีกฎหมายรับรองและการดำเนินการจำเป็นต้องดำเนินการตามเงื่อนไขที่กฎหมายอนุญาตให้กระทำได้เท่านั้น (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับ พ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 7)

ทั้งนี้เกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ดังที่กล่าวถึง สามารถอธิบายเพื่อให้เข้าใจได้โดยง่ายว่าหมายถึง การบอกถึงความปรารถนา หรือบอกกล่าวซึ่งเจตนาของตน ด้วยการเขียนหรือจัดทำไว้ล่วงหน้าขณะยังมีชีวิตอยู่ โดยมีเงื่อนไขว่าขณะทำการดังกล่าวผู้กระทำยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ หรือเรียกอีกชื่อว่า Advance Directive อันเป็นการแสดงเจตนารมย์ ดังนี้

1. กรณีที่เจ็บป่วยอย่างหนัก หรือ
2. กรณีที่เป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และ
3. เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

บุคคลผู้นั้นขอเสียชีวิตตามวิถีทางธรรมชาติ ไม่ประสงค์ให้มีการรั้งหรือยื้อชีวิตหรือกระทำการใด ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์ ไม่ว่าจะใช้เครื่องพยุงชีพหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปเพื่อเพียงแต่ประคองลมหายใจ โดยเน้นย้ำว่าบุคคลผู้นั้นปราศจากซึ่งการรับรู้ใดๆแล้ว จึงเป็นการไม่แปลกที่บุคคลจะเข้าถึงสิทธิการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าที่ทุกคนพึงมีและควรได้รับความคุ้มครอง (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับ พ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 6)

อย่างไรก็ตามประเด็นเรื่องการกระทำการุณยฆาตไม่ว่าปรากฏในรูปแบบใด (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563 : 18-19 ได้ประมวลผลจาก Materstvedt et al. (2003), Olsen et al. (2010), Onwuteaka-Philipsen et al. (2003), Schafer (2013), van der Heide et al. (2003)) ไว้ได้อย่างทรงคุณค่าและน่าสนใจ ผู้วิจัยให้ความเคารพในผลงานดังกล่าว และตระหนักถึงจริยธรรมการวิจัยจึงขอนำมาเสนอโดยมิได้ลดทอนความหมายและคุณค่า เพียงแต่ตัดในรายละเอียดเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับการศึกษาในงานวิจัยดังกล่าวเท่านั้น รายละเอียดดังนี้

1. ทางเลือกในการยุติชีวิต: การุณยฆาต (Euthanasia)

1.1 ชื่อเรียกอื่น :

1) การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death)

2) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)

3) การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia)

1.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อยุติชีวิต

1.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตในทันที

1.4 ผู้ยุติชีวิต : แพทย์

1.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

1.6 สถานะทางกฎหมาย : ถูกกฎหมายในบางประเทศ

2. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide)

2.1 ชื่อเรียกอื่น :

1) การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death

2) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)

3) การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia)

4) แพทยานุเคราะหฆาต

2.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อยุติชีวิต

2.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตในทันที

2.4 ผู้ยุติชีวิต : ผู้ป่วย (โดยมีแพทย์ช่วยเหลือ)

2.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

2.6 สถานะทางกฎหมาย : ถูกกฎหมายในบางประเทศ

3. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient)

3.1 ชื่อเรียกอื่น :

1) การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death)

2) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)

3) การุณยฆาตเชิงรุกโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Active Euthanasia)

3.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อยุติชีวิต

3.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตในทันที

3.4 ผู้ยุติชีวิต : แพทย์

3.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : ไม่สมัครใจ

3.6 สถานะทางกฎหมาย : ผิดกฎหมาย

4. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions)

4.1 ชื่อเรียกอื่น : การุณยฆาตเชิงรับ (Passive euthanasia)

4.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อไม่ยืดชีวิต

4.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตตามเวลา/ ก่อนเวลา

4.4 ผู้ยุติชีวิต : โรค (ผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการรักษา)

4.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

4.6 สถานะทางกฎหมาย : ถูกกฎหมายในหลายประเทศ

5. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การฆ่าตัวตาย (Suicide)

5.1 ชื่อเรียกอื่น : ไม่มี

5.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : การเสียชีวิตในทันที

5.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตในทันที

5.4 ผู้ยุติชีวิต : ผู้ป่วย

5.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

5.6 สถานะทางกฎหมาย : ไม่ได้กล่าวถึง

6. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

6.1 ชื่อเรียกอื่น : ไม่มี

6.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

6.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตตามเวลา

6.4 ผู้ยุติชีวิต : โรค (เป็นไปตามธรรมชาติ)

6.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

6.6 สถานะทางกฎหมาย : ถูกกฎหมายในทุกประเทศ

7. ทางเลือกในการยุติชีวิต : การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care)

7.1 ชื่อเรียกอื่น : การดูแลแบบประคับประคอง โดยเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (Alleviation of Pain or Symptoms with Possible Life-Shortening Effect)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

7.2 เจตนาหลักการุณยฆาต (Euthanasia) : เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด/ และอาจมีเจตนายุติชีวิต

7.3 ผลลัพธ์ : การเสียชีวิตตามเวลา/ ก่อนเวลา

7.4 ผู้ยุติชีวิต : โรค/แพทย์

7.5 ความสมัครใจของผู้ป่วย : สมัครใจ

7.6 สถานะทางกฎหมาย : ถูกกฎหมายในทุกประเทศ

แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการกระทำการุณยฆาตในต่างประเทศ ทางด้านองค์กรตัวแทนแพทย์ประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย หรือที่เรียกว่า แพทยสมาคมโลก (World Medical Assocition - WMA) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตซึ่งเรียกว่า “ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการุณยฆาต” หรือ World Medical Association Declaration on Euthanasia อันมีความตอนหนึ่งว่า การจงใจหรือเจตนาทำลายชีวิตผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยได้ร้องขอหรือมีการร้องขอจากญาติสนิทก็ตามต่างถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่มีข้อยกเว้นว่าจะไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยประสงค์จะเสียชีวิตลงตามวิถีทางธรรมชาติ (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2557: 60) และ (สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557: 9 อ้างถึงในอนัญพร พูลนิติพร, 2564: 415)

2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำการุณยฆาต

2.3.1 Rational Choice Theory ทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผล

ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผลกับการกระทำการุณยฆาตปรากฏออกมาในรูปแบบของ “ความสมเหตุสมผล” (ไชยันต์ ไชยพร, 2557: 7) มีความเชื่อที่ว่าพฤติกรรมของมนุษย์ประกอบด้วยหลักการและแบบแผน ลักษณะการสะท้อนต่อตัวเลือกที่ “ปัจเจกบุคคล” ได้ตัดสินใจเลือก เงื่อนไขสำคัญที่ “ปัจเจกบุคคล” ได้ตัดสินใจเลือก คือ “การเปรียบเทียบ” ระหว่างความหนัก-เบาของการกระทำกับผลลัพธ์จากการกระทำ

ไชยันต์ ไชยพรได้กล่าวถึงการฆ่าตัวตายไว้ว่า “สาเหตุในการฆ่าตัวตายหรือคนที่เสียชีวิตมีเหตุผลใดในการทำให้ตนเองเสียชีวิต” จนนำมาสู่คำถามที่ไชยันต์ ไชยพรกล่าวว่า “การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่ไร้ซึ่งเหตุผลทุกครั้งหรือบางครั้งแล้วการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่มีเหตุมีผล” (ไชยันต์ ไชยพร, 2557: 8)

ทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผลมีรากฐาน คือ “การเปรียบเทียบ” ระหว่างความหนัก-เบาของการกระทำกับผลลัพธ์จากการกระทำ กล่าวคือ เปรียบเทียบถึงแนวทางหรือวิธีการใดที่มนุษย์กระทำอย่างน้อยที่สุดเพียงเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์สูงสุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการฆ่า

ตัวตายแล้วพบว่า การฆ่าตัวตายลักษณะใดที่อยู่ในขอบเขตการกระทำอย่างน้อยที่สุดเพียงเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์สูงสุด เนื่องจากแท้จริงแล้วทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผลไม่ได้เกิดขึ้นเพื่อรองรับให้มนุษย์ฆ่าตัวตายแต่อย่างใด ฉะนั้น การฆ่าตัวตายเพื่อเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ดังนั้น หากเปรียบเทียบกับการกระทำการุณยฆาต สามารถสรุปได้ว่า การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เลือกจะจบชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อาจเกิดจากเหตุที่ว่าได้พิจารณาเปรียบเทียบแล้วถึงการกระทำอย่างน้อยที่สุด คือ ให้แพทย์กระทำการุณยฆาตเชิงรุกเพียงเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์สูงสุด คือ การเสียชีวิตโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานและสูญเสียทรัพยากรหรือต้นทุนทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์

2.3.2 ทฤษฎีหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน (Staatliche Schutzpflicht)

ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานกับการกระทำการุณยฆาต ปรากฏออกมาในรูปแบบของข้อเรียกร้องอันสัมพันธ์กับสิทธิขั้นพื้นฐาน 2 ประการ คือ

1. การใช้อำนาจรัฐทุกประการที่ส่งผลให้เกิดการจำกัดสิทธิขั้นพื้นฐานหรือกระทบไปถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนอย่างไม่ชอบแล้วรัฐควรต้องงดเว้นการใช้อำนาจดังกล่าว

2. การรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนไว้ในรัฐธรรมนูญและการได้รับความคุ้มครองอย่างแท้จริง ถือเป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องกระทำไม่ว่ากระทำเพียงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือกระทำทุกประการก็ตาม (Callies, Christian, 2006 อ้างถึงในต่อพงศ์ กิตติยานุพงศ์, 2561: 168)

ทฤษฎีหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานมีรากฐาน คือ

1. รัฐไม่ได้มีหน้าที่เพียงเพื่องดเว้นการกระทำที่จะส่งผลต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

2. รัฐต้องมีจุดยืนต่อการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน

3. การที่รัฐให้การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิขั้นพื้นฐานและสามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐานได้อย่างแท้จริง (Badura, peter อ้างถึงในต่อพงศ์ กิตติยานุพงศ์, 2561: 168)

หากเปรียบเทียบกับการกระทำการุณยฆาต สามารถสรุปได้ว่า หากมนุษย์มีสิทธิจะเลือกความตายให้ตนเองและประเทศไทยเปิดรับต่อสิทธิในการตาย (Right to Die) กรณีผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบแล้ว ดังเช่นประเทศเสรี

ประชาธิปไตยที่พัฒนาแล้วที่ถือเอาสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง อันได้นำไปซึ่งการสนับสนุนการเรียกร้องเสรีภาพ (Liberty) ให้มนุษย์มีสิทธิในการตาย (Right to Die) สิทธิเหล่านั้นควรได้รับความคุ้มครองแม้จะต้องมีการปฏิรูปกฎหมายใหม่ก็ตามทั้งกฎหมายว่าด้วยสิทธิในการตายหรือรัฐธรรมนูญ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำการุณยฆาต

อรรัมภา ไวยมุกข์และคณะ (ม.ม.ป.) ศึกษาเรื่องการุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน ผลการศึกษาพบว่า ขณะนี้การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกด้วยความสมัครใจถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอาญาและเข้าองค์ประกอบความผิดอาญาฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือ 289 แล้วแต่กรณี และแม้ว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกด้วยความสมัครใจยังคงเป็นการฆ่าที่ผิดกฎหมายเพราะเป็นการฆ่าโดยเจตนาเพียงแต่องค์ประกอบมีความแตกต่างในเรื่องของข้อเท็จจริงกับการฆ่าโดยเจตนาอื่นๆ ฉะนั้นแล้วการลงโทษหรือดำเนินคดีกับผู้กระทำการุณยฆาต ด้วยการใช้ฐานความผิดเดียวกันกับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเห็นว่าไม่มีความเหมาะสม

ชาญชัย วสันตยานันท์ (2551) ศึกษาเรื่อง การุณยฆาตกับสังคมไทยพบว่า การตระหนักเกี่ยวกับ “สิทธิการตาย” คือ สิ่งที่เป็น “รากฐาน” สำคัญอย่างยิ่ง อันนำไปสู่การยอมรับต่อ “การกระทำการุณยฆาต”สังคมตะวันตกได้เกิดการก่อตัวและยอมรับเกี่ยวกับ "สิทธิการตาย" และ "การกระทำการุณยฆาต" ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จึงเป็นเหตุผลที่สังคมไทยได้รับอิทธิพลเกี่ยวกับ “สิทธิการตาย” และ “การกระทำการุณยฆาต” ผ่านทางหลักการความเท่าเทียมกันของมนุษย์ และความแตกต่างทางสังคม

ประสาท เหล่าถาวร (2552) ศึกษาเรื่อง ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับข้องกับกฎหมายในหัวข้อเรื่อง สิทธิการตาย พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 ราย ร้อยละ 58.6 มีความคิดเห็นว่าการให้ยาทางหลอดเลือดเพื่อให้เป็นไปในลักษณะการนอนหลับถือเป็นอีกสิ่งที่ควรกระทำเมื่อผู้ป่วยได้ร้องขอ รองลงมา คือ ร้อยละ 51 มีความคิดเห็นว่า กรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้แพทย์หยุดการรักษา แพทย์ควรดำเนินการตามที่ได้มีการร้องขอ กลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 55.6 ไม่เห็นด้วยกับกรณีที่จะทำให้ผู้ป่วยทรมานกว่าที่เป็นอยู่ซึ่งเป็นการรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทรมาน ร้อยละ 78.2 หากในทางปฏิบัติไม่สามารถตกลงกันได้ถึงแนวทางการรักษาแพทย์ควรให้การรักษาต่อไป

พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี) (2556) ศึกษาเรื่อง การุณยฆาตในสังคมไทยและเกณฑ์การตัดสินในพระพุทธศาสนา พบว่า การกระทำการุณยฆาตเป็นเรื่องช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เสียชีวิตอย่างไม่มีความเจ็บปวดหรือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ทรมานจากโรคการกระทำการุณยฆาตลักษณะดังกล่าว ไม่ได้ปราศจากซึ่งการถกเถียงกันแต่อย่างใด เพราะเกิดการถกเถียงทั้งด้านกฎหมาย ศาสนา สังคม จริยธรรม ส่งผลให้เกิดผลกระทบในกลุ่มสังคมที่มีมุมมองต่อสิทธิที่จะตายทั้งระดับนานาชาติและในประเทศไทยได้เกิดการตีความหมายเกี่ยวกับบทบัญญัติ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งก่อนออกพระราชบัญญัติและหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติดังกล่าว

นภัส คำนวณ (2558) ศึกษาเรื่อง ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายพบว่า

1. นับตั้งแต่ได้มีการออกมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้โอกาสต่อประชาชนทำการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการเสียชีวิตของตนเองที่จะตนขอใช้สิทธิตายตามวิถีทางธรรมชาติ หรือเรียกอีกกรณีว่า “การแสดงเจนาปฏิเสธการรักษาพยาบาล” เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

2. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นำมาซึ่งปัญหาในทางปฏิบัติและทางจริยธรรมบางประการ เนื่องจากหน้าที่ของแพทย์ คือ การช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยอย่างสุดกำลังความสามารถ จึงเป็นการย้อนแย้งกับหน้าที่ของแพทย์หากต้องยุติการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย เพราะแพทย์ต้องตระหนักถึงจริยธรรมทางวิชาชีพและกฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องการรับรองสิทธิผู้ป่วย

3. เมื่อพิจารณาถึงการพิจารณาตัดสินใจต่อการรักษาพยาบาลของแพทย์จำเป็นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานด้านวิชาการแพทย์ต่อผู้ป่วยแต่ละรายว่าควรช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย หรือยุติการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย และอีกหนึ่งเหตุผลประการสำคัญ คือ การคุ้มครองการทำหน้าที่ของแพทย์และการคุ้มครองต่อหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์

4. การแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาให้สอดรับต่อมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพราะประมวลกฎหมายอาญาได้บัญญัติไว้ว่าการกระทำลักษณะใดเป็นความผิดก็ยังถือว่าเป็นความผิดจำต้องรับโทษทางกฎหมาย แม้ว่ามาตรา 12 วรรค 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง เพราะบางครั้งการตัดสินใจ “แสดงเจนาปฏิเสธการรักษาพยาบาล” ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เกิดขึ้นเพราะคิดว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วการรักษาพยาบาลไม่เกิดประโยชน์ต่อตนเองแต่อย่างใด

ร่มธง สินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร (2562) ศึกษาเรื่อง อำนาจและความรู้กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า จากการศึกษาแนวคิดในการใช้อำนาจและความรู้ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและเพื่อศึกษาแนวทางที่

เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรง แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย พยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 6 คนทำให้ทราบว่าสังคมไทยมีสิ่งที่เรียกว่า “วัฒนธรรมสุขภาพ” ไปในแนวทางที่มุ่งสู่การรักษาพยาบาลเพื่อยืดความตายออกไปให้ตราบเท่าที่นานที่สุด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 คน ต่างเห็นด้วยกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ยังเกิดข้อสงสัยของแพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ต่อรายละเอียดบางคำในหนังสือแสดงเจตนา เช่น “ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร”

ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ (2563) ศึกษาเรื่อง บทความวิชาการ การุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์พบว่า ได้กล่าวถึงเรื่อง “สิทธิในการตาย” ว่าเป็นเรื่องของสิทธิอันเป็นพื้นฐานอีกสิทธิหนึ่งในร่างกายของบุคคลที่ควรสามารถเลือกได้จากโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับในรายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงเหตุผลความจำเป็นและข้อถกเถียงในทางวิชาการในแง่มุมกฎหมาย การแพทย์ และหลักทางจริยศาสตร์ เกี่ยวกับการการุณยฆาตเพื่อเป็นอีกหนึ่งแหล่งข้อมูลในการวางแนวทางต่อบุคคลที่ต้องการรับการการุณยฆาต

Danyliv and O’Neill (2015 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 27-28) ศึกษาทัศนคติต่อการทำให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถูกกฎหมายของประชาชนในประเทศสหราชอาณาจักร ในช่วงปี ค.ศ. 1983-2012 ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในสหราชอาณาจักรถือได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะสนับสนุนให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย ร้อยละของจำนวนประชาชนที่เห็นด้วยเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1983 ร้อยละ 76.95 ปี ค.ศ. 2012 ร้อยละ 83.86 ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนนอัตราที่สูงขึ้นคือ การลดของความเคร่งศาสนา (Religiosity) ประกอบกับสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชาชนกลุ่มที่ เรียกตนเองว่าเป็นกลุ่มไม่มีศาสนา (Religious Affiliation)

Kranidiotis et al. (2015 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 28) ศึกษาทัศนคติต่อการุณยฆาตของบุคลากรทาง การแพทย์ในแผนก ICU ใน ประเทศกรีซ ในปี ค.ศ. 2010 ผลการศึกษาพบว่าแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 28 และ 26 ของกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต และร้อยละ 59 และ 64 สนับสนุนให้รัฐทำให้การกระทำการุณยฆาตเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มไม่เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต แต่ มีเงื่อนไขว่าเมื่อการกระทำการุณยฆาตถือเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย แพทย์กลุ่มดังกล่าวพร้อมจะปฏิบัติตามกฎหมาย อนึ่ง ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งประเทศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอัตราที่น้อย และปฏิบัติงานแผนก Intensive Care Unit หรือ

ICU ซึ่งเป็นห้องที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอันต้องประสบกับภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ในแผนกอื่น ดังนั้น จึงมีแนวโน้มความคิดเห็นเชิงบวกกับการเร่งการยุติชีวิตสูงกว่าแพทย์กลุ่มอื่นตามไปด้วย

Marsala (2019 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 28) ศึกษาทัศนคติต่อการุณยฆาตของประชาชนใน ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1985-2004 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตในอัตราที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มประชาชนที่มีความน่าจะเป็นต่อการเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตสูงสุด คือ กลุ่มที่เรียกว่า กลุ่ม Baby Boomers ซึ่งกำเนิดในช่วงปี ค.ศ. 1946-1965 กลุ่มที่มีความคิดทางการเมือง แบบเสรีนิยม และกลุ่มที่ไม่เคร่งศาสนา โดยกลุ่ม Baby Boomers ถือเป็นกลุ่มคนรุ่นแรกของสหรัฐอเมริกาที่มีศาสนาหรือเคร่งศาสนาลดลง จากในอดีตค่อนข้างมาก และยุครุ่นลูกของคนกลุ่มนี้ได้สืบทอดเอาความเคร่งศาสนาที่ลดลงมาด้วย จึงเป็นเหตุให้มีความเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตเพิ่มขึ้น

นพพล วิทย์วรพงศ์ (2563) ศึกษาเรื่อง การตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตกับสังคมประเทศไทย : บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า เกี่ยวกับกฎหมายรองรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตประเทศส่วนใหญ่ในโลกมีการรองรับ แต่สำหรับกฎหมายรองรับการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีการรองรับ เช่น เนเธอร์แลนด์ แคนาดา เบลเยียม และมีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ แต่ไม่รองรับการุณยฆาต เช่น สวิตเซอร์แลนด์และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่เรียกว่าผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตมีแนวทางเพื่อยุติการมีชีวิตที่กฎหมายรับรอง 2 แนวทาง คือ การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต และ การดูแลแบบประคับประคอง ทั้ง 2 กรณีถือว่าอยู่ภายใต้บทบัญญัติมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นอกจากนี้ ยังมีแนวทางเลือกแต่ถือเป็นแนวทางเลือกที่ลดระดับความชัดเจนลงมา คือ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น และการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถูกกฎหมาย) และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ กรณีนี้แม้จะไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน แต่สามารถอนุมานได้จากประมวลกฎหมายอาญาว่า เนื่องจากประเทศไทยไม่มีกฎหมายลงโทษการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ก็ไม่ควรผิดกฎหมาย

วนิดา โสภณสินสุข และ อัจฉรียา ชูตินันทน์ (2565) ศึกษาเรื่อง สิทธิการตายตามธรรมชาติ : ศึกษากรณีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยและทายาท ผลการศึกษาพบว่า ประเด็นปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับแนวคิดเรื่อง “สิทธิการเสียชีวิตตามธรรมชาติ” อันมีรากฐานที่มาจากความคิดเห็นว่ามนุษย์ควรมีการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การรั้งชีวิตผู้ป่วยด้วย

วิวัฒนาการทางการแพทย์แม้ควรกระทำ แต่ผู้ป่วยกับต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากโรคที่มีแต่ทรุดโทรมลง นานาประเทศจึงมีการพัฒนากฎหมายเพื่อกำหนดเป็นหลักเกณฑ์สำหรับกรณีการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้านประเทศไทยหากพิจารณาทางกฎหมายพบว่า มีเพียงมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ.2550 ที่ว่าด้วยเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยอันถือเป็นการแสดงเจตนาของบุคคลเท่านั้นเพื่อขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามธรรมชาติ ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ มาตราดังกล่าวไม่ได้บัญญัติรับรองครอบคลุมไปถึงการใช้สิทธิปฏิเสธรับการรักษาแทนผู้ป่วยโดยญาติ หรือ ผู้อุปการะดูแล จึงเห็นควรให้นำแนวความคิดและหลักเกณฑ์ของต่างประเทศมาปรับใช้กับประเทศไทย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 3

แนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) และกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

เนื้อหาบทที่ 3 เกิดจากวัตถุประสงค์การวิจัยที่ว่าประเทศไทยมีแนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่จะผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคบ้างหรือไม่ และสามารถเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศได้อย่างไรบ้าง และวัตถุประสงค์ประการสำคัญคือ แนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ฉะนั้น รายละเอียดสำหรับเนื้อหาบทที่ 3 แนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) และกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเด็นที่มีการทบทวนวรรณกรรมจึงประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die)
2. กฎหมายรองรับการการุณยฆาต

3.1 แนวทางสิทธิการตาย (Right to Die)

เมื่อกล่าวถึงการกระทำรุณยฆาตแล้วนั้น อีกสิ่งที่ควรตระหนักและให้ความสำคัญนั่นคือ สิทธิการตาย (Right to Die) นักวิชาการบางกลุ่มตั้งข้อสงสัยว่ามนุษย์มีสิทธิจะเลือกความตายให้ตนเองได้หรือไม่ ประเด็นนี้ได้รับข้อถกเถียงอย่างมากในมิติทางกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

ไม่เพียงแต่เท่านี้หลายประเทศโดยเฉพาะในประเทศเสรีประชาธิปไตยที่พัฒนาแล้วที่ถือเอาสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง อันได้นำไปสู่การสนับสนุนการเรียกร้องเสรีภาพ (Liberty) ให้มนุษย์มีสิทธิเข้าถึงการตาย (Right to Die) การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ถือเป็นสิทธิที่ควรเป็นอิสระที่มนุษย์พึงมี สำหรับการตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องต่างๆ รวมทั้งการตัดสินใจต่อการตายของตน แต่ทั้งนี้ควรมีกฎหมายรับรองสิทธิการตายด้วยเช่นกัน (ณัฐกร วิทิตานนท์ อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 410)

การตั้งข้อสงสัยว่ามนุษย์มีสิทธิเลือกการตายให้ตนเองได้หรือไม่ ไม่ได้เพียงแต่เป็นข้อถกเถียงทางกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธเท่านั้น แม้แต่แวดวงรัฐศาสตร์ แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ก็เกิดการตั้งประเด็นข้อถกเถียงด้วยเช่นกัน พร้อมนี้ยังได้เกิดการกล่าวถึงสิทธิในการตายของมนุษย์ซึ่งเป็นข้อถกเถียงภายใต้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชนเกี่ยวกับประเด็นที่ว่า “มนุษย์มีสิทธิ์ที่จะตายหรือไม่ หากไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ด้วยเหตุผลอันสมควร” สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. เหตุผลอันสมควร หมายถึง เหตุผลที่ทำให้มนุษย์เป็นผู้สิ้นหวัง

2. การตกเป็นมนุษย์ผู้สิ้นหวัง หมายถึง ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบทั้งการป่วยทางกายและทางจิตใจ

ประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจ คือ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ไม่มีหนทางอื่นใดที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ของชีวิตก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น

3. ความต้องการหรือการทวงถามสิทธิการตายอย่างมีศักดิ์ศรีเป็นสิ่งที่เกิดจากผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ

4. การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้มาซึ่งความปรารถนาหรือความสมหวัง ดูเสมือนเป็นอำนาจแพทย์แต่แท้ที่จริงแล้วรัฐคือผู้อนุญาตและให้อำนาจแก่แพทย์สามารถกระทำการดังว่านั้นได้ผ่านทางการตรากฎหมาย (พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 22)

อนึ่ง แนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) หรือการตั้งข้อสงสัยว่ามนุษย์มีสิทธิ์จะเลือกการตายให้ตนเองได้หรือไม่ ถือว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการเลือกใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต อันเป็นสิทธิที่หลากหลายประเทศทั่วโลก ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศ เช่น การให้ความยอมรับถึงสิทธิของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง แพทย

สมาคมโลก (World Medical Association - WMA) มีการออกแถลงถึงเอกสารแสดงเจตจำนงล่วงหน้าของแพทยสมาคมโลก (World Medical Association Statement on Advance Directives) (Living will) (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2552 อ้างถึงใน นภัส คำนวน, 2558 : 3-4)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือ Living will เปรียบเสมือนหนังสือแจ้งความประสงค์ล่วงหน้า หรือที่เรียกหนังสือแสดงเจตนารมณ์นั้นว่า “หนังสือแสดงเจตนา” ดังที่บัญญัติไว้ในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ถือเป็นหนังสือแจ้งความประสงค์ล่วงหน้าว่าเมื่อตกอยู่ในสภาวะที่ไม่อาจตัดสินใจอะไรได้แล้ว เช่น การปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่ไม่ก่อประโยชน์อื่นใดต่อบุคคลดังกล่าว ประสงค์จะไม่รับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

ประเด็นสิทธิผู้ป่วยองค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization - WHO ได้ออกปฏิญญาเรื่องการสนับสนุนสิทธิผู้ป่วยในยุโรป เมื่อ ค.ศ. 1994 เรียกว่า A Declaration on the Promotion of Patients' Right in Europe มีการออกแถลงถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบในวาระท้ายของชีวิตว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบดังกล่าวต้องได้รับการอธิบายถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังการขอปฏิเสธหรือยุติการรักษาทางการแพทย์" (ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2552 และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติอ้างถึงใน นภัส คำนวน, 2558 : 3-4)

ไม่เพียงแต่เท่านั้นจากบทสรุปและข้อเสนอแนะจากการศึกษาเรื่องการุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ว่าผู้ที่จะมีอำนาจอย่างเปี่ยมล้นต่อการครุ่นคิดพิจารณา และเป็นผู้เลือกและใช้สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป หรือเลือกใช้สิทธิที่จะให้ตนเองเสียชีวิตสุดท้ายแล้ว คือ มนุษย์ผู้เป็นเจ้าของร่างกายมิใช่แพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข หรือญาติแต่อย่างใด

ดังนั้น “สิทธิในการตาย” จึงเป็นสิ่งที่มนุษย์พึงได้รับ เพื่อแสดงถึงความมีศักดิ์ศรีและทรงคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์จนวินาทีสุดท้าย (ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563 : 168-169)

3.1.1 นิยามความหมายแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die)

สิทธิในการตายทางชาญชัย วสันตยานันท์ นิยามว่าเป็นสิทธิหนึ่งตามวิถีทางแห่งธรรมชาติที่มนุษย์ย่อมมีสิทธิที่จะเลือกในเรื่องการตายให้แก่ตนเอง (ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 7)

ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสารสนเทศทางการแพทย์ บริษัทฟิลิปส์ (ประเทศไทย) ได้เขียนบทความวิชาการเรื่อง การุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้มีทัศนคติว่า แม้จะมีการพิจารณาว่าการเข้าถึงสิทธิการตายเป็นสิทธิส่วนตนที่มนุษย์พึงมี แต่ถือว่ามิใช่สิทธิที่จะเกิดขึ้นได้อย่างง่ายดายนัก เพราะล้วนแล้วแต่มีปัจจัยที่สื่อสัมพันธ์กันไม่ว่าจะเป็นบรรทัดฐานทางสังคมวิถีประชา ค่านิยม สถาบันครอบครัว จริยธรรมและศีลธรรม ความเชื่อและศาสนา แต่อย่างไรแล้วมนุษย์ที่เป็นเจ้าของชีวิตตนเองเท่านั้นที่มีอำนาจตัดสินใจอย่างเต็มเปี่ยม

อย่างไรก็ตามอีกส่วนหนึ่งที่น่าสังเกตอีกประการที่ทาง ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจกล่าวถึง คือ

1. มนุษย์ย่อมเปี่ยมด้วยสิทธิอย่างสมบูรณ์ที่จะสามารถตัดสิน การดำเนินชีวิตของตนเอง และเปี่ยมด้วยสิทธิในร่างกายของตนเอง เรียกได้ว่าเป็นสิทธิมนุษยชนรูปแบบหนึ่งที่มนุษย์ทุกคนควรมี ควรได้รับ และไม่สมควรให้ผู้อื่นเข้ามาล่วงละเมิดได้

2. การที่มนุษย์เปี่ยมด้วยสิทธิอย่างสมบูรณ์ที่จะสามารถตัดสิน การดำเนินชีวิตของตนเอง ไม่ว่าผลลัพธ์การกระทำจะเป็นไปในด้านลบหรือด้านบวก

3. สิทธิที่กล่าวมานี้หมายรวมถึงการกระทำการุณยฆาตด้วยเช่นกัน กล่าวคือ บุคคลสามารถเลือกที่จะใช้สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ และสิทธิในการเลือกที่จะเสียชีวิตได้

4. กรณีที่บุคคลใดไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่เป็นอยู่ได้ ก็สามารถเลือกที่จะร้องขอความตายให้แก่ตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

1) การร้องขอนั้นถูกกระทำด้วยตนเอง หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมาย และถูกรับรองความถูกต้องจากสังคมและกฎหมาย

2) การสร้างแบบแผนแนวทางการประเมินความจำเป็นในการรับการกระทำการุณยฆาตในทางวิชาการทางการแพทย์ ร่วมกับข้อกฎหมายคุ้มครองและเอื้ออำนวยต่อผู้กระทำและผู้ถูกกระทำ

3) การกระทำนี้ต้องเป็นการเห็นชอบโดยความเห็นชอบในข้อบัญญัติกฎหมายและจากประชาชนในประเทศนั้นๆ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์แสวงหาโอกาสที่มิชอบจากการกระทำการุณยฆาต (ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 154-155)

เมื่อพิจารณาบริบททั้งการสนับสนุน ข้อถกเถียงด้วยข้อมูลหลักการและเหตุผลไม่ว่าจากฝ่ายใด ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ มีแง่คิดว่าสิทธิประการหนึ่งที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มีมาแต่กำเนิดอีกประการ คือ สิทธิในการเลือกมีชีวิตอยู่อันสอดคล้องกับสิทธิเลือกเสียชีวิต (Hans Jonas, 1978 :31 – 36 อ้างถึงใน ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 148)

อนึ่ง ต้องคำนึงถึงการกระทบซึ่งสิทธิของบุคคลอื่นเป็นประการสำคัญด้วย

สิทธิในการตายความหมายเชิงกฎหมาย อ้างอิงจากพจนานุกรมเชิงกฎหมาย เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2559 www.merriam-webster.com นิยามว่า มนุษย์มีสิทธิ์ปฏิเสธการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการต่างๆ ซึ่งเป็นไปเพื่อยื้อชีวิตเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 149)

ณัฐกร วิทิตานนท์ “สิทธิในการตาย” บนความเคลื่อนไหว มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง: 126-129 อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564 : 410-411 สิทธิในการตาย หรือ Right to Die สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. สิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to refuse medical treatment) สิทธิในข้อนี้ยึดหลักเจตจำนงเป็นที่ตั้ง เช่น เจตจำนงเกี่ยวกับการขอสิทธิหรือปฏิเสธสิทธิการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการขอสิทธิปฏิเสธสิทธิการรักษาพยาบาลประกอบด้วย

1) แนวคิดการตายโดยปราศจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงขอเลือกปฏิเสธสิทธิการรักษาพยาบาล

2) ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ที่พัฒนาอย่างไร้ขีดจำกัด อันสามารถช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบในลักษณะฝืนต่อสภาพธรรมชาติของร่างกาย ขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะได้รับการรักษาให้หายกลับมาเป็นปกติแล้วก็ตาม

3) ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กับเครื่องมือทางการแพทย์ จากที่กล่าวแล้วว่าวิทยาศาสตร์และการแพทย์ที่พัฒนาอย่างไร้ขีดจำกัด การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือกอื่น เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์แบบจีน และอุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนไม่น้อยได้ถูกนำมาช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งการนำเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ เสมือนกับกลายเป็นว่าเกิดแนวคิดการตายโดยปราศจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2. สิทธิการทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือ การกระทำการุณยฆาต หรือ “Euthanasia” ซึ่งสัมพันธ์กับสิทธิในทางเรียกร้อง (Positive Right) อันหมายถึง การเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วย หรือการให้ความช่วยเหลือบางประการแก่ผู้ป่วยเหล่านั้นในการฆ่าตัวตาย อีกทั้งการกระทำการุณยฆาตโดยความหมาย ณ ที่นี้อาจหมายรวมถึง การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือจากการแพทย์ ซึ่งเรียกว่า “Assisted Suicide” (แพทย์ช่วยแต่ผู้ป่วยตายเอง)

การกระทำการุณยฆาต หรือ “Euthanasia” อันสัมพันธ์กับสิทธิในทางเรียกร้องให้แพทย์ทำการยุติชีวิตผู้ป่วย หรือให้ความช่วยเหลือบางประการแก่ผู้ป่วยเหล่านั้น ในการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อพิจารณา3 ประการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีชีวิตรอดและสามารถหายใจอยู่ได้ด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือตกอยู่ในภาวะเจ็บปวดทรมานถึงขั้นต้องใช้ยาระงับความเจ็บปวดทรมาน

2) สิทธิในการยุติการมีชีวิตอยู่ต้องเกิดจากผู้ป่วยเอง มิใช่เกิดจากบุคคลอื่น แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้ร้องขอภายใต้เงื่อนไขที่ว่าตนเองมีความพร้อมและสมัครใจต่อการกระทำการุณยฆาต

3) ว่าด้วยการละเมิดสิทธิการยืดการมีชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่ตกอยู่ภายใต้สภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง” เพียงใดหรือไม่ กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่สมควรถูกบังคับให้ยื้อชีวิตต่อไปให้มีสภาพที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และยังไม่มีความสามารถจะรับรู้ทางสมองอีกด้วย (นวพงษ์ บุญสิทธิ์, 2553: 5-6 อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 412-413)

3. สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ (Living Will) ซึ่งเป็นการใช้สิทธิในการตายอย่างสงบ (Right to Die) กล่าวคือ หากผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนง 2 ประการ ได้แก่

1) เจตจำนงให้มีการรักษาพยาบาลเมื่อมีอาการอย่างหนักตกอยู่ในสภาพใกล้ถึงแก่กรรม

2) เจตจำนงในการปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ ไม่ว่าด้วยวิธีการใดก็ตาม อันไม่อาจช่วยผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบให้สามารถฟื้นกลับมาให้หายเป็นปกติไม่ว่าจะทางกายหรือทางจิตใจ

อนึ่ง แม้ประเทศไทยยังไม่เปิดรับแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตแบบลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่พบว่า

ได้มีงานศึกษาวิจัยและนักวิชาการเริ่มมีการศึกษาถึงการกระทำการุณยฆาตลักษณะข้างต้นบ้างแล้ว เช่น

งานค้นคว้าอิสระของนายสุทธิพงษ์ แสงทอง เรื่อง การุณยฆาตกับความชอบด้วยกฎหมาย ศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ นักกฎหมายและประชาชนทั่วไปต่อการกระทำการุณยฆาต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต ร้อยละ 37.36 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 28.85 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 14.93 ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 11.62 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 7.23 (สุทธิพงษ์ แสงทอง, 2553) ถึงแม้ว่างานค้นคว้าอิสระดังกล่าวเป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่างไม่มากทั้งยังได้จัดทำขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2553 กลับแฝงนัยว่าสังคมไทยเริ่มยอมรับกระทำการุณยฆาตบ้างแล้ว

3.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) กับปัจจัยต่างๆในสังคม

สิทธิการตายเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างการยืดระยะเวลาการตายกับวิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ ด้วยการใช้เครื่องมือที่ทันสมัยและอาศัยกระบวนการยืดระยะเวลาการตาย (Life sustaining procedure) การยืดระยะเวลาดังกล่าวได้กลายมาเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะไม่สามารถฟื้นตัวขึ้นมาได้และไม่สามารถตายได้เช่นกัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533 อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 28) โดยการดำเนินการยืดระยะเวลาการตายมีความเห็นจากฝ่ายหนึ่งว่ากลายเป็นการทำให้ความเป็นมนุษย์ลดลง (Dehumanization) (ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา, 2546 อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 28)

ทั้งนี้ มีการกล่าวไว้ว่าสิทธิการตายเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ , ม.ม.ป. อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์,2551: 28) กล่าวคือ มนุษย์ไม่ว่าอยู่ในสถานะผู้ป่วยหรือสถานะทั่วไปย่อมมีสิทธิการตายด้วยการปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมือที่ทันสมัยได้ เพื่อนำไปสู่การตายด้วยสภาพกลไกของระบบร่างกายตามธรรมชาติอย่างแท้จริง (Rehumanization of the dying process)

ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) กับปัจจัยต่างๆในสังคมปรากฏรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยรัฐกับการกระทำการุณยฆาต ข้อถกเถียงเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตแบ่งออกเป็น2 ประเด็น คือ

1) ประเด็นความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ที่ล้ำสมัย อันช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงได้

2) การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตโดยมิได้นำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ที่ล้ำสมัยเข้ามาเป็นตัวแปรต่อการเสียชีวิต

ข้อถกเถียงเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตทั้ง 2 ประเด็น นำไปสู่ปัญหาทางจริยธรรม จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ กฎหมาย ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธและการลดหรือไม่เห็นคุณค่าความสำคัญของชีวิตมนุษย์

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) กับปัจจัยรัฐ ประกอบด้วยรายละเอียด 3 ประการ ได้แก่

ประการแรกว่าด้วยเรื่องของรัฐ กล่าวคือ ปัจจัยสำคัญที่ให้อำนาจแก่แพทย์ต่อการกระทำการุณยฆาต ตัวชี้วัดว่าเหตุใดรัฐถึงให้อำนาจแก่แพทย์สามารถกระทำการุณยฆาต คือ กฎหมาย เมื่อเป็นดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า “สิทธิในการเสียชีวิตของมนุษย์ถูกยึดโยงผูกขาดไว้กับการตัดสินใจโดยรัฐ” หากพิจารณาอย่างถี่ถ้วนพบว่าแลดูเหมือนขัดต่อหลักสิทธิตามธรรมชาติที่มนุษย์พึงมี

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตายกับปัจจัยรัฐ ได้มีนักคิดที่เรียกว่ากลุ่ม utilitarianism ซึ่งมีความเชื่อถึงทฤษฎีผลที่ได้รับ (Utility) อย่างกรณีของ Jeremy Bentham ที่กล่าวถึง รัฐ กฎหมายธรรมชาติ และ สิทธิในการตายเข้าไว้ด้วยกันว่า ที่มาทั้งหมดของสิทธิทั้งหมดต่างมีที่มาจากรัฐ ดังนั้น เอกชนจึงไม่สามารถนำกฎหมายธรรมชาติขึ้นมากล่าวอ้างเพื่อต่อต้านอำนาจรัฐได้ สิทธิ์ในการเสียชีวิตของมนุษย์หนึ่งคน จึงเป็นสิทธิ์ที่ไม่อาจจะถูกรับรองโดยรัฐได้ ประชาชนก็ไม่มีสิทธิจะเรียกร้องสิทธิ์ให้ได้มาซึ่งความตายของตนเองได้

ไม่เพียงแต่เท่านั้น Jeremy Bentham ได้พิจารณาว่า “กฎหมายธรรมชาติเป็นเพียงคำกล่าวหนึ่ง”เนื่องจากกฎหมายธรรมชาติไม่ได้มีอยู่จริง ฉะนั้น สิทธิตามธรรมชาติจึงเป็น “เรื่องเหลวไหลที่สุด” (เดชชาติ วงศ์โกมลเชษฐ, 2524 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 23-24)

แนวคิด Jeremy Bentham สอดคล้องกับแนวคิดของ Thomas Pain เนื่องจากว่า Thomas Pain มีแนวคิดว่าการตายของมนุษย์มิใช่สิทธิการละเมิดตามธรรมชาติของบุคคล เพราะการตายไม่ใช่สิทธิตามธรรมชาติ ดังนั้น การที่รัฐจำกัดสิทธิจึงไม่เป็นการละเมิดสิทธิตามธรรมชาตินี้ กล่าวได้ว่าเป็นสิทธิที่เกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ (are those which appertain to man in right of existence) สิทธิเหล่านี้ได้แก่สิทธิทางปัญญาหรือสิทธิในจิตใจ (right of the mind) (เดชชาติ วงศ์โกมลเชษฐ, 2524 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 24)

ประการที่สอง ว่าด้วยเรื่องประชาชนในรัฐ กล่าวคือ ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวแปรผกผันต่อสิทธิของมนุษย์ต่อการเสียชีวิต คือ “สิทธิของมนุษย์ (Rights of Human) ซึ่งเป็นสิทธิตาม

ธรรมชาติ” อธิบายได้ว่ายุคสมัยนี้เป็นยุคสมัยที่สิทธิการเสียชีวิตได้ถูกนำไปควบรวมอยู่ในเรื่องของ “สิทธิมนุษยชน (Human Rights)” ดังที่ปรากฏในบรรดา “เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพอันเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนซึ่งเนื่องมาจากวิวัฒนาการทางชีววิทยาและการแพทย์สิทธิมนุษยชน”

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการเสียชีวิตกับปัจจัยประชาชนในรัฐ อย่างที่กล่าวถึงไปแล้วในบทที่ 2 ว่ามนุษย์มีสิทธิในการตายหรือไม่หากประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไป ด้วยเหตุผลที่ว่าตนจะต้องตกเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง ไร้โอกาสจะรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน และไร้โอกาสให้มาซึ่งประโยชน์ทั้งต่อตนเองและต่อบุคคลอื่น

ฉะนั้น ตัวชี้วัดว่าเหตุใดสิทธิในการนำพาไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจำเป็นต้องคำนึงว่า เป็นสิทธิที่มีอยู่ตามธรรมชาติของมนุษย์หรือไม่เนื่องจากผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ คือ ผู้ทวงถามถึงสิทธิการเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีจากรัฐ หากว่าสิทธิในการเสียชีวิตถือเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่พึงมีของมนุษย์อยู่แล้วก็เท่ากับว่าประชาชนก็ควรมีสิทธิในความตายของตนเอง

ประการที่สามว่าด้วยเรื่องปัจจัยที่อยู่ระหว่างรัฐกับประชาชน นั่นหมายถึง แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการเสียชีวิตกับปัจจัยแพทย์จำแนกเป็น 2 กรณี ได้แก่

กรณีแรก แพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือหรือกระทำการให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้ไปสู่การเสียชีวิตอย่างปรารถนาดั่งสมหวัง

กรณีที่สอง แพทย์เป็นผู้ที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมายและหลักเกณฑ์ตามที่รัฐได้กำหนดไว้

ปัจจัยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย ตกอยู่ภายใต้สภาวการณ์ปัญหาความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกันในการทำหน้าที่ของแพทย์ ด้วยว่ารัฐเป็นผู้ที่ให้ความอนุญาตแก่แพทย์ว่าสามารถกระทำการลักษณะดังกล่าวได้หรือไม่ โดยขณะเดียวกันนั้นแพทย์ยังคงต้องคำนึงถึงสิทธิตามธรรมชาติของประชาชนอีกด้วยเช่นกัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, บทความการสัมมนาทางวิชาการเรื่อง “การให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ” (กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท., 2540, หน้า 9 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 23-24)

2. ปัจจัยสิทธิการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์กับการกระทำการุณยฆาต เป็นเรื่องที่น่าแปลกใจว่าเหตุใดประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ “ที่ได้ตรวจชำระใหม่” ในระยะ 5 ปีมานี้ไม่ว่ากี่ครั้งก็ตาม กลับมิได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิการตายไว้แต่อย่างใด แม้ว่าสิทธิการมีชีวิตเป็นมนุษย์ผู้หนึ่งจะมีความสำคัญเพียงใด สิทธิการตายของบุคคลก็ถือเป็นอีกหนึ่งเรื่องที่สำคัญสำหรับการมีชีวิตอยู่ของ

มนุษย์เช่นเดียวกัน แต่แม้ว่ามนุษย์จะมีสิทธิและเสรีภาพต่อตนเองมากเท่าใด ก็มิใช่ว่าจะใช้ซึ่งสิทธิและเสรีภาพตามหลักเสรีนิยมอย่างไม่มีข้อจำกัด ดังนั้น จึงยังมีเหตุผลให้มนุษย์ต้องอยู่ภายใต้หลักศีลธรรมและจรรยาต่อไป (นภัส คำนวน, 2558: 7)

อนึ่ง ดังที่กล่าวว่าประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ “ที่ได้ตรวจชำระใหม่” กลับมิได้บัญญัติเกี่ยวกับสิทธิการตายไว้แต่อย่างใด คงมีเพียงแต่การกล่าวถึงสภาพบุคคล ตามมาตรา 15 ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 15 สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย

ทารกในครรภ์มารดาก็สามารถมีสิทธิต่างๆได้ หากว่าภายหลังคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก(สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15, 2565)

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตาย (Right to Die) กับปัจจัยการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ถ้าหากกล่าวโดยยึดเอาหลักการทางวิชาการเป็นที่ตั้งแล้วจะพบว่า สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีสิทธิมนุษยชนเรื่องสิทธิในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง (Right to Self-Determination) ซึ่งรากฐานเกิดจากความเชื่อที่ว่า มนุษย์เป็นผู้ซึ่งมีทั้งเหตุผลและเป็นทั้งผู้ที่คิดเป็น (ปรวรรณ วงษ์รวยดี, 2561: 33 อ้างถึงใน ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 148 - 149)

โดยตัวชี้วัดว่าเหตุใดสิทธิการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์กับการกระทำการุณยฆาต จำเป็นต้องคำนึงสิทธิต่อการตัดสินใจอย่างอิสระเสรี คือ มนุษย์ไม่ว่าจะเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ หรือเพศใดล้วนแล้วแต่มีสิทธิต่อการตัดสินใจอย่างอิสระเสรี เนื่องจากว่าการคิดวิเคราะห์หรือการมีพฤติกรรมไม่ว่าลักษณะใด มีต้นเหตุมาจากการพินิจ พิเคราะห์อย่างละเอียดแล้ว การตัดสินใจอย่างอิสระเสรีรวมความถึงการกำหนดเป้าหมาย ความเป็นตายร้ายดี หรือที่เรียกว่า ชะตากรรมของตนเองในทุกมิติทางสังคม เรียกได้ว่า “เป็นแนวคิดที่ได้รับการรับรองในระดับสากล จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติ เมื่อปี ค.ศ. 1970” (The Unrepresented Nations and Peoples Organization, 2017 อ้างถึงใน ในธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 148 - 149) จึงเป็นไปได้ว่ามนุษย์ไม่เพียงแต่มีสิทธิที่จะตัดสินใจอย่างอิสระเสรีในทุกมิติทางสังคม แต่ยังมีสิทธิโดยสมบูรณ์หากต้องการการทวงถามถึงการเสียชีวิตเพื่อรอดพ้นจากความทรมานจากการเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวัง (ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563: 148 - 149)

3. ปัจจัยหลักการทางความรู้ หลักปรัชญา จรรยา ศีลธรรมและหลักการทางศาสนากับการกระทำการุณยฆาต มนุษย์ทุกคนต่างเป็นผู้ที่มีสิทธิและเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกันโดยเป็นไปตามบทบัญญัติมาตรา 4 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ในที่นี้วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 92-93 จำแนกสิทธิของมนุษย์ออกเป็น 2 สิทธิ ได้แก่

1) สิทธิของมนุษย์ตามกฎหมาย (Legal Right) กล่าวคือ สิทธินั้นกฎหมายรับรองว่ามีอยู่ และกฎหมายได้ให้ความคุ้มครองไม่ให้มีการละเมิดสิทธิ และยังรวมถึงการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิของมนุษย์ผู้นั้นด้วย ซึ่งนับว่าล้วนเป็นประโยชน์ต่อมนุษย์ผู้นั้นทุกประการ

2) สิทธิของมนุษย์ตามหลักทางจริยธรรม (Moral Right) ถือเป็นอำนาจที่ชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีและยึดถือปรัชญา จรรยา ศีลธรรมและหลักการทางศาสนาเป็นที่ตั้ง สิทธิของมนุษย์ตามหลักทางจริยธรรมหากศึกษาจะพบว่าแตกต่างไปจากสิทธิของมนุษย์ตามกฎหมาย อย่างน้อย 4 ประการ ดังนี้

(1) การมีศักดิ์เป็นสิทธิสากล มนุษย์ทุกคนในโลกพึงมีสิทธิได้โดยไม่มีข้อยกเว้น

(2) มนุษย์ทุกคนในโลกล้วนมีสิทธิเท่าเทียมกันและเสมอภาคกัน

(3) สิทธิเป็นสิ่งที่ไม่อาจเปลี่ยนมือจากมนุษย์ผู้หนึ่งไปสู่มนุษย์อื่นไม่ได้

(4) การมีศักดิ์เป็นสิทธิทางธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์มิได้เป็นผู้กำหนดขึ้นมาแต่อย่างใด

อนึ่ง สิทธิทางจริยธรรมนี้ต่อมาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ที่เรารู้จักกันในปัจจุบัน

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตายกับปัจจัยหลักการทางความรู้ หลักปรัชญา จรรยา ศีลธรรมและหลักการทางศาสนากับการกระทำการุณยฆาต เป็นไปในวิถีวัฏจักรแห่งชีวิตมนุษย์เริ่มตั้งแต่คลอด ดำเนินชีวิต ดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ การเสียชีวิต แต่การเสียชีวิตนี้มีสิ่งที่เป็นทางเลือก 2 แนวทาง คือ มนุษย์มีสิทธิเลือกจะมีชีวิตอยู่ต่อไป (The Right to Life) หรือ มนุษย์มีสิทธิเลือกที่จะตาย (The Right to Die) ตัวชี้วัดว่าเหตุใดมนุษย์ถึงไม่มีสิทธิเลือกที่จะเสียชีวิตทั้งที่ประสงค์จะเสียชีวิตเพื่อหลุดพ้นการเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ทั้งที่มนุษย์ผู้นั้นควรมีสิทธิที่จะได้มาซึ่งสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล เพื่อให้การเสียชีวิตนั้นถูกเรียกว่า “กระบวนการเสียชีวิตที่มีสภาพเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Rehumanization of the Dying Process)” อาจเกิดมาจากเหตุผลที่ว่าประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายให้การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แม้ว่าผู้ป่วยนั้น “มีสภาพนอนเป็นผัก หรือ ฟื้นก็ไม่ได้ เสียชีวิตก็ไม่ได้” หรือผู้ป่วยที่เรียกเป็นภาษาพูดว่า “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา” ก็ตาม ดังที่กล่าวแล้วในบทที่ 2 (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 92-93)

4. ปัจจัยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย กับการกระทำการุณยฆาตแม้ว่าประเทศไทยและอีกหลายประเทศยังเกิดข้อถกเถียงเกี่ยวกับประเด็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดแล้วหรือไม่ต่อการปฏิบัติสำหรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค หรือผู้ป่วยที่เป็นสภาพเป็น “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา” รวมไปถึงผู้ที่ขาดสภาวะรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว ต้องยื้อชีวิตด้วยการให้สารน้ำและสารอาหาร (Artificial Hydration and Nutrition) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างแนวทางสิทธิในการตายกับปัจจัยการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ปรากฏหลักฐานจากการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า Living will ซึ่งประเทศไทยเรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต” ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ปรากฏอยู่ในบทบัญญัติมาตรา 12 (วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์ และธนสร สุทธิบดี, 2561: 101) ซึ่งจะกล่าวถึงในเนื้อหาต่อไปหลังจากนี้

5. ปัจจัยการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) กับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองนั้น ด้านแสวง บุญเฉลิมวิภาสและไพศาล ลิ้มสถิต กล่าวนิยามโดยนัยว่า Palliative เป็นรากศัพท์ภาษาละตินมาจากคำว่า “pallium” หมายถึง เสื้อคลุมที่ชาวกรีกใช้สวมใส่ หรือสิ่งอื่นใดที่ใช้ปกคลุมร่างกายให้หายหนาว ในยุคศตวรรษที่ 15 ผู้ที่ใช้ภาษาอังกฤษได้ดัดเปลี่ยนเป็นคำว่า “palliates” ต่อมาได้เกิดพัฒนาการทางด้านภาษามาเป็นค่า “palliate” ปัจจุบันจึงมีความหมายว่า “to lessen the intensity of a disease” (อ้างจาก “palliate” at https://www.merriam-webster.com/dictionary/palliate)

ฉะนั้น Palliative Care จึงหมายถึงความสัมพันธ์ 4 ด้าน ได้แก่

1) การดูแลทางการแพทย์

2) การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย

3) การดูแลและพูดคุยกับญาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในด้านต่างๆของผู้ป่วยและปัจจัยอื่น

4) การดูแลครอบคลุมปัจจัยแวดล้อมด้านอื่นๆนอกจากที่ได้กล่าวถึงทั้ง 3 ข้อข้างต้น

แต่อย่างที่ได้กล่าวแล้วว่าไม่ว่าอย่างไรสำหรับประเทศไทยแล้ว ทั้งจากนักวิชาการและประชาชนยังเกิดข้อถกเถียงและความเคลือบแคลงประเด็นการเปิดรับหรือไม่เปิดรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ว่าแท้ที่จริงแล้วจะส่งผลและเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างไรต่อสังคมบ้าง

ประกอบกับไม่ว่าจะด้วยข้อกฎหมายใด แนวทางปฏิบัติจากแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ ยังเป็นส่วนที่ยังต้องพิจารณาและศึกษาวิเคราะห์ว่ามีความพร้อมแล้วหรือไม่ต่อประเด็นดังกล่าว เนื่องจากทั้งประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เป็นเรื่องที่เปราะบางทางด้านอารมณ์และความรู้สึกของคนในสังคม และยังกระทบถึงกลุ่มเปราะบางทางสังคมบางกลุ่มอีกด้วย และเพราะแนวทางปฏิบัติจากแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ เมื่อยังไม่เคยเกิดประเด็นดังกล่าวในประเทศไทยแล้วจะมั่นใจได้อย่างไรว่าบุคลากรแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์จะมีความรู้ความเข้าใจมากพอต่อการดำเนินการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญสูงสุดคือ ความเชื่อทางศาสนา วิถีทางสังคม ที่มีถ่ายทอดมากว่าร้อยปีแล้วว่า การถึงแก่ความตายที่เกิดจากสภาพความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บแล้วแพทย์ไม่สามารถรักษาได้จนเกิดการเสียชีวิตในที่สุด ย่อมเป็นสิทธิในการตายที่ยอมรับได้ แต่เมื่อไหร่ที่ความตายถูกกระทำด้วยตนเองความเชื่อทางศาสนาพุธ คือ การทำบาป

ส่วนประเด็นข้อกฎหมายประเทศไทยไม่เคยยกเรื่องการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเข้ามาสู่บริบทของกฎหมายแต่อย่างใด

6. ปัจจัยบริบทคำว่า “สิทธิ” เชื่อมโยงกับ “สิทธิที่จะตาย” สังคมตะวันตกเป็นสังคมที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลและวิถีทางสังคมหรือที่เรียกว่าปัจเจกบุคคลค่อนข้างมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย แม้แต่ละองค์กรที่เกี่ยวข้องกำลังเร่งพัฒนาสิทธิและเสรีภาพ

ส่วนบุคคลให้ทัดเทียมกับระดับสากล แต่ข้อเท็จจริงต้องยอมรับว่าอาจต้องใช้เวลาและทุนทางสังคมมากกว่าที่คาดการณ์ไว้ถึงจะประสบความสำเร็จ เหตุผลที่ต้องคำนึงถึงสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลและวิถีทางสังคม เนื่องจากการกระทำการุณยฆาตไม่ว่าจะเป็นเชิงรุกหรือเชิงรับต่างมีที่มาจากรากฐานเดียวกัน คือ ประเด็น “สิทธิการตาย” โดยมีแนวคิดที่มาจากสังคมตะวันตกในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งไม่เป็นเรื่องน่าแปลกใจเลยว่าเหตุใดในระยะเริ่มแรกนั้นนานาประเทศ ไม่ให้การยอมรับและไม่ให้ความคุ้มครองกระทำการุณยฆาต เหตุผลพื้นฐานที่อาจเรียกได้ว่าสอดคล้องกันทั่วโลกนั่นคือ การขัดต่อกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา

ปัจจุบันหลายประเทศในสังคมตะวันตกเริ่มให้การยอมรับต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาแต่เป็นเวลาเกินกว่าครึ่งศตวรรษนั่นทำให้ตีความได้ว่า สังคมตะวันตกมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ การเปิดรับทัศนคติต่อความแปรผันโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากกว่าประเทศไทย เพราะแม้ในอดีตประเทศไทยมีการกล่าวถึงประเด็นดังกล่าวลักษณะประปราย และเริ่มมีการกล่าวถึงและให้การยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตอย่างเป็นทางการหลังจากที่มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้

บริบทของประเทศไทยกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แท้จริงแล้วการพิจารณาและวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมว่าประเด็นนี้เหมาะสมเพียงใดหรือไม่ และต้องพิจารณาในมุมมองด้านใดบ้าง มโนคติของนักกฎหมายทั่วไปที่มีต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ก่อนอื่นต้องพิจารณาอันดับแรกก่อนว่า “สิทธิ” คืออะไร การให้ความเห็นเรื่องใดก็ตามมักแบ่งออกเป็นความเห็นของหนึ่งฝ่ายขึ้นไป สิทธิในที่นี้ก็เช่นเดียวกัน นักกฎหมายแบ่งสิทธิออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) สิทธิ คือ การที่กฎหมายให้อำนาจแก่บุคคลที่มีความตั้งใจมุ่งหมาย หรือบุคคลที่มีความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

2) สิทธิ คือ ประโยชน์อื่นใดก็ตามที่กฎหมายให้ความคุ้มครอง

ประเทศไทยเคยมีคำพิพากษาฎีกาที่ 124/2487 เทียบเคียงนัยว่าเห็นพ้องต่อความหมายที่ว่า สิทธิ คือ ประโยชน์อื่นใดก็ตามที่กฎหมายให้ความคุ้มครอง (ประสิทธิ์ ปิวาวัฒนพานิช, 2549 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 91)

มีข้อสังเกตบางประเด็นที่น่าสนใจว่า งานสัมมนาวิชาการเคยกล่าวถึงการเชื่อมโยงความหมายระหว่าง คำว่า “สิทธิ” กับ “สิทธิที่จะตาย” กล่าวคือ พ.ศ. 2544 ได้มีการจัดงานสัมมนาขึ้น โดยด้านโสภณ รัตนากร กล่าวถึง คำว่า “สิทธิ” เชื่อมโยงกับ “สิทธิที่จะตาย” ดังนี้

1) สิทธิ คือ การกระทำที่กฎหมายให้ความรับรอง อย่างการมีกฎหมายรับรองสิทธิการเลือกตั้ง

2) สิทธิ คือ การกระทำที่ไม่มีกฎหมายให้ความรับรอง แต่มีความชอบธรรมที่สามารถจะทำอะไรก็ได้โดยไม่ผิดศีลธรรมจรรยา ไม่ผิดกฎหมาย

เมื่อย้อนกลับสู่ประเด็น “สิทธิการตาย” จัดอยู่ในสิทธิประเภทที่เรียกว่า การกระทำที่กฎหมายให้ความรับรองสามารถกระทำได้

อนึ่ง การพิจารณาถึงสิทธิการตายมีหลักการสำคัญที่เป็นเงื่อนไขจะต้องพิจารณาก่อนว่าประเทศไทยกฎหมายให้ความรับรองหรือไม่ เมื่อศึกษาจากบทบัญญัติกฎหมายและตีความอย่างเคร่งครัดแล้วพบว่า ประมวลกฎหมายอาญา ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย หมวด 1 ความผิดต่อชีวิต กฎหมายไม่ได้บัญญัติโทษของการฆ่าตัวตายไว้แต่อย่างใด

ดังนั้น “จึงกล่าวได้ว่า การฆ่าตัวตายไม่เป็นความผิดตามกฎหมายอาญาของประเทศไทย และมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้สิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตจำนงที่จะไม่รับบริการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายของตนออกไปได้ จึงถือได้ว่ากฎหมายไทยรับรองสิทธิที่จะตายอย่างเต็มที่” (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529 อ้างถึงในพระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 91-92)

ในทางตรงกันข้าม พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี) มีความเห็นต่างกับความที่ว่า “กฎหมายไทยรับรองสิทธิที่จะตายอย่างเต็มที่” โดยเห็นว่ามาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ใช่เรื่องการกระทำการุณยฆาตและไม่ใช่เรื่องสิทธิที่จะตาย (right to die) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ไม่มีความใดบัญญัติว่าทุกคนต้องทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), 2556: 98)

7. ปัจจัยสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) และสิทธิทางกฎหมาย (Legal right) ดังที่กล่าวในข้อที่ 6 ว่า สิทธิคือ การกระทำที่กฎหมายให้ความรับรองเนื่องด้วยถือเป็นอำนาจโดยชอบธรรมตราบใดที่ไม่ได้กระทบต่อบุคคลภายนอก ฉะนั้น การพิจารณาได้ว่าแต่ละบุคคลมีขอบเขตการใช้สิทธิ

ได้เพียงใดต้องให้หลักการความสำคัญไปที่กฎหมายเป็นหลัก โดยในข้อนี้สิทธิจะหมายถึง สิทธิทางจริยธรรม (Moral right) และสิทธิทางกฎหมาย (legal right)

ก่อนจะกล่าวถึงสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) และสิทธิทางกฎหมาย (Legal right) พบประเด็นที่น่าสนใจว่าข้อถกเถียงเรื่องการกระทำการุณยฆาต ไม่ว่าจะเป็นข้อถกเถียงว่าด้วยเรื่องความเหมาะสมทางกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคมตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนา เจตคติความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือเจตจำนงเสรี หรือ Free will ข้อถกเถียงข้างต้นมีรากฐาน

มาจากข้อคำถามเรื่องการยืดระยะเวลาของความตายว่า เหมาะสมแล้วหรือไม่ ที่จะยืดระยะเวลาความตายออกไป โดยการยืดระยะเวลาความตายออกไป นำพามาสู่การทวงถามถึงสิทธิการตายจากผู้ที่ถูกยืดระยะเวลาความตายว่าความตายของตนเองควรได้ใช้สิทธิการตายอันเป็นสิทธิตามธรรมชาติ และมีสิทธิสำหรับการยินยอมให้เกิดการกระทำการุณยฆาตตนเอง

สำหรับสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) หมายถึง มนุษย์ทุกคนในสังคมต่างมีความเท่าเทียมกันอันว่าด้วยเรื่องความเท่าเทียมของอำนาจอันชอบธรรม เกี่ยวกับสิทธิทางจริยธรรมนักปรัชญาอิมมานูเอล ค้านท์ เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนต่างมีความเท่าเทียมในคุณค่าความเป็นมนุษย์ พื้นฐานที่สำคัญของความยุติธรรมจึงเป็นเรื่องหลักความเสมอภาค (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2540 อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 26)

ด้านสิทธิทางกฎหมาย (legal right) หยุด แสงอุทัย กล่าวว่า เป็นสิทธิที่เกิดจากกฎหมายเป็นประโยชน์ที่กฎหมายยอมรับให้ความคุ้มครอง แต่ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิ ตลอดจนการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิเมื่อมีการละเมิด (หยุด แสงอุทัย, 2523 อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 27)

ความแตกต่างระหว่างสิทธิทางจริยธรรม (Moral right)และสิทธิทางกฎหมาย (legal right) ที่ช่วยให้เข้าใจถึงประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ได้แก่

1) มีความเป็นสากลไม่มีข้อยกเว้นเป็นการเฉพาะ มนุษย์ทุกคนต่างถือสิทธินี้ไว้ได้

2) มนุษย์ทุกคนต่างต่างมีสิทธิเท่าเทียมกันและเสมอภาค

3) ไม่สามารถเปลี่ยนสิทธิของตนไปให้กับผู้อื่น

4) มนุษย์ไม่ได้เป็นผู้กำหนดสิทธิขึ้นมา แต่เป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ม.ม.ป. อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 27)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights หรือ UDHR) ซึ่งเป็นมโนคติว่าด้วยหลักการสำคัญในการคุ้มครองสิทธิกลุ่มชนซึ่งอยู่รวมกันและมีการติดต่อสัมพันธ์กันหลายประการ ตัวอย่างเช่น การยอมรับศักดิ์ศรี การให้ความคุ้มครองโดยหลักนิติธรรม การเคารพและการถือปฏิบัติโดยสากลต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพ ความเสมอกันแห่งสิทธิ แต่ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชนไม่ได้มีการกล่าวถึง “สิทธิการตาย” ไว้แต่อย่างใด

อนึ่ง สำหรับประเทศไทยสิทธิการตายได้ก้าวเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ด้วยเริ่มมีการเผยแพร่เกี่ยวกับสิทธิการตายในเอกสารว่าด้วยเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวเนื่องกับสิทธิมนุษยชน วิทยาศาสตร์ การแพทย์ ตัวอย่างการเผยแพร่สิทธิการตายปรากฏ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ม.ม.ป. อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 27-28)

“เป็นปัญหาเกิดขึ้นเสมอ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด หรือจากการเป็นคนไร้ความสามารถซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่ต้องการจะตายในสถานการณ์เช่นนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่าแม้แพทย์ไม่เจตนาจะทำร้ายชีวิตผู้ใด แพทย์ก็ควรจะทำตามหน้าที่ที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งที่แพทย์รู้อยู่แล้วว่าวิธีการช่วยชีวิตผู้ป่วยเช่นนั้นอาจเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม”

“สิทธิการตาย อาจแสดงให้เห็นได้บ่อยๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่วตัวแล้วพยายามจะฆ่าตัวตายทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับแพทย์ว่า จะพยายามประคับประคองชีวิตผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายใดๆ และขัดกับความต้องการของผู้ป่วย หรือควรจะปล่อยให้ดำเนินไปตามวิถีทางของธรรมชาติ”

ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างสิทธิการตายกับสิทธิทางจริยธรรม (Moral right) และสิทธิทางกฎหมาย (Legal right)

1) สิทธิการตายถือเป็นสิทธิทางจริยธรรมเกี่ยวเนื่องกับสิทธิมนุษยชนที่มีสาเหตุที่มาจากวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และได้รับการรับรองในปัจจุบันให้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน

สิทธิตามกฎหมายถือเป็นสิทธิที่มีความเฉพาะตัว เนื่องจากแต่ละประเทศมีระบบกฎหมายที่แตกต่างกัน ดังนั้นการเข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายของประเทศหนึ่งอาจไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้องตามกฎหมายของอีกประเทศ

2) มนุษย์ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมและเสมอภาคต่อสิทธิการตาย แต่ปรากฏเป็นรูปธรรมได้ว่าเป็นเพียงการแสดงออกถึงหลักการเท่านั้น เพราะแท้ที่จริงแล้วการกำหนดการเข้าถึงสิทธิการตายได้ถูกกำหนดโดยรัฐเท่านั้น แม้แต่รูปแบบของสิทธิการตายในแต่ละประเทศหรือในประเทศเดียวกันยังมีความแตกต่างด้วยเช่นกัน

3) สิทธิการตายไม่สามารถส่งมอบต่อผู้อื่นหรือที่เรียกว่าไม่สามารถเปลี่ยนมือกันได้ นั่นเพราะว่าสิทธิการตายถือเป็นสิทธิทางจริยธรรม ผู้ที่ต้องการปฏิเสธการยื้อชีวิตจึงเป็นเจ้าของชีวิตตนเองเท่านั้นแต่ขณะเดียวกันสิทธิการตายถือเป็นสิทธิตามกฎหมายด้วยเช่นกันขึ้นอยู่กับกฎหมายแต่ละประเทศ อย่างกฎหมายประเทศอเมริกาบัญญัติอย่างเด่นชัดว่า ผู้ที่มีความสำคัญในการตัดสินใจที่จะร้องขอสิทธิการตายต่อศาล คือ สามีภรรยา บิดา มารดา และบุตรตามลำดับ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ม.ม.ป. อ้างถึงใน ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 30)

4) สิทธิการตายเป็นสิทธิทางจริยธรรมอันถือว่าเป็นสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ เพราะมนุษย์ไม่ได้กำหนดขึ้น เป็นไปตามธรรมชาติเท่านั้น และสิทธิการตายก็เป็นสิทธิที่ถูกกำหนดขึ้นตามกฎหมาย (ชาญชัย วสันตยานันท์, 2551: 26-30)

3.2 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศไทยและต่างประเทศ

อนัญพร พูลนิติพร ได้กล่าวถึงนิยามสิทธิในการตายตามความหมายแวดวงวิชาการด้านกฎหมาย ปรากฏอยู่ในเอกสารวิชาการส่วนบุคคลของสำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ เรื่องหลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตายในสังคมไทย จากส่วนหนึ่งของเอกสารวิชาการส่วนบุคคลเล่มดังกล่าวได้กล่าวไว้อย่างน่าสนใจและทรงคุณค่าว่า “สิทธิในการตายเป็นองค์ประกอบสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (human dignity) บนแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน (human rights) ในส่วนของเสรีภาพ (Freedom/Liberty) ในการที่จะกำหนดวาระสุดท้ายของชีวิตตนเองให้จากไปอย่างสงบบุคคลควรมีสิทธิที่จะเลือกว่าจะเสียชีวิตในบ้านของตัวเอง อันล้อมรอบด้วยคนในครอบครัว แทนที่จะต้องไปเสียชีวิตที่โรงพยาบาลซึ่งห้อมล้อมไปด้วยคนอื่น ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบย่อมมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรั้งชีวิตด้วยวิธีการรักษาทางการแพทย์ต่างๆ หรือแม้กระทั่งการที่ผู้ป่วยนั้นจะร้องขอให้แพทย์จบชีวิตของตน เพราะทนต่อความเจ็บปวดต่อไปไม่ไหวก็ได้”

แวดวงวิชาการด้านกฎหมายได้กล่าวนิยามสิทธิในการตายไว้เช่นกัน ปรากฏข้อมูลจากพจนานุกรม ด้านกฎหมาย เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ www.merriam-webster.com/legal/right-to-die เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ว่า สิทธิในการตายเป็นสิทธิของมนุษย์ผู้หนึ่งที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อยืดระยะเวลาการตายเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย เช่น ขอหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ สารน้ำ ยา และอาหาร เป็นต้น

นอกจากนี้แวดวงวิชาการด้านการแพทย์ได้กล่าวนิยามสิทธิในการตายไว้ โดยมิได้มีความแตกต่างจากที่แวดวงวิชาการด้านกฎหมายได้กล่าวนิยามไว้ จากข้อมูลในพจนานุกรมทางการแพทย์ สิทธิในการตาย คือ สิทธิของมนุษย์ผู้หนึ่งในการเลือกปฏิเสธขอรับความช่วยเหลือทางการแพทย์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อยืดอายุ หรือยืดระยะเวลาการตายและการยื้อชีวิตให้คงอยู่ยาวนานขึ้น เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) การให้สารน้ำและสารอาหาร (Artificial Hydration and Nutrition) (ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ, 2563 :149-150)

ไม่เพียงแต่เท่านี้การกล่าวถึงสิทธิในการตายทางกฎหมายจำต้องศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิในการตายทางกฎหมายกับหลักการสิทธิมนุษยชนและรัฐธรรมนูญด้วย แม้ว่าสิทธิในการตายมิได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญก็ตาม

3.2.1 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศไทย

ดังที่ได้กล่าวมาตั้งแต่บทที่ 1 กระทั่งบทที่ 3 ข้างต้นแล้วว่า ณ ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จึงเป็นเพียงการนำกฎหมายอย่างมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาใช้กับกรณีทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเท่านั้น

ในทางกลับกันเป็นเรื่องที่น่ายินดีว่าประเทศไทยยังมีกฎหมายอื่นที่ปกป้องและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้เพื่อมิให้เกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโดยปริยายหรือด้วยความประมาทเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์ได้

ภาพที่ 6 กฎหมายปกป้องและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเพื่อมิให้เกิดการการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยปริยายหรือด้วยความประมาทเลินเล่อของบุคลากรทางการแพทย์

3.2.1.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

การกล่าวถึงเรื่องของสิทธิเสรีภาพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเสมอภาคของบุคคล สิ่งแรกที่ต้องพิจารณาและศึกษา คือ พิจารณาว่าประเทศไทยมีกฎหมายฉบับใดหรือไม่ที่ว่าด้วยเรื่องดังกล่าว การพิจารณาถึงกฎหมายเรื่องใดๆก็ตามแต่เห็นควรพิจารณาจากรัฐธรรมนูญเป็นอันดับแรก เนื่องจากเป็นกฎหมายแม่บทสูงสุดในบรรดาศักดิ์ของกฎหมายที่ใช้บังคับ เนื่องจากไม่มีกฎหมายใดที่จะขัดต่อรัฐธรรมนูญได้

บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งว่าด้วยเรื่องของสิทธิเสรีภาพ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเสมอภาคของบุคคล ปรากฏในมาตราสำคัญ ดังนี้

มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล ย่อมได้รับความคุ้มครอง

ประกอบกับหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย วางแนวทางไว้ว่า

มาตรา 25 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มิได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคล

ย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะทำการนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพเช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น (วรรคแรก)

มาตรา 26 การตรากฎหมายที่มีผลเป็นการจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในกรณีที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องไม่ขัดต่อหลักนิติธรรม ไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ และจะกระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลมิได้ รวมทั้งต้องระบุเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วย

กฎหมายตามวรรคหนึ่ง ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไป ไม่มุ่งหมายให้ใช้บังคับแก่กรณีใดกรณีหนึ่งหรือแก่บุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นการเจาะจง

มาตรา 27 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิและเสรีภาพและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน

ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน (วรรคแรกและวรรคสอง)

มาตรา 28 บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย (วรรคแรก) (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2565)

จากมาตรา 4 มาตรา 25 - มาตรา 28 เล็งเห็นได้ว่า หากทำการศึกษารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพย่อมได้รับความคุ้มครอง โดยเฉพาะเรื่องความเสมอภาคและความเท่าเทียมของบุคคล รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติรับรองอย่างแจ้งชัดว่ามนุษย์ทุกคนย่อมมีความเสมอภาคและอยู่ภายใต้การคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน หรือ Fairness กล่าวอีกนัยว่า ไม่ว่าจะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาค เป็นการยอมรับและยังคงเป็นสาระสำคัญของความเป็นมนุษย์ที่มีมาแต่กำเนิดกระทั่งเสียชีวิต ไม่อาจมีมนุษย์ผู้ใดแย่งการครอบครองไปได้ ซึ่งเรียกว่า “หลักความเสมอภาคเบื้องหน้ากฎหมาย” (Equality before the law) (ทวี ปิยะพัฒนา: 39)

หากศึกษาเพิ่มเติมพบว่า ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันนั้น นอกจากจะได้รับการรับรองจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยแล้ว ประเทศไทยยังต้องปฏิบัติตามสนธิสัญญาตามที่ได้ให้สัตยาบันไว้ จึงเป็นเหตุผลที่ต้องปฏิบัติตามพันธกรณีต่างๆ เช่น

1. สนธิสัญญาองค์การสหประชาชาติ ซึ่งถือเป็นสนธิสัญญามาตรฐานในการปฏิบัติเพื่อให้ความคุ้มครองและส่งเสริม สนับสนุนต่อสิทธิมนุษยชน

2. หลักปฏิญญาสากลด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights)

3. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights – ICCPR)

ข้อสรุปโดยรวม คือ ศักดิ์ศรีของมนุษย์มีความเท่าเทียมกัน ตั้งแต่ถือกำเนิดกระทั่งเสียชีวิต มนุษย์แต่ละคนจึงพึงมีสิทธิความเท่าเทียมกันในการดำเนินชีวิต เท่าเทียมต่อความมั่นคงทางร่างกาย (รายงานสรุปผลโครงการสัมมนา “สิทธิในการตาย (Living Will)” เมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ.2557 ณ โรงพยาบาลสงฆ์กรุงเทพฯ จัดโดยสถาบันเวชศาสตร์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข หน้า 1 อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 409)

ประเภทของหลักความเสมอภาค ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ (บรรเจิด สิงคะเน, 2543 อ้างถึงใน ทวี ปิยะพัฒนา: 47)

1. หลักความเสมอภาคทั่วไป สาระสำคัญ ดังนี้

1.1 หลักความเสมอภาคทั่วไปเป็นสิทธิพื้นฐานที่มนุษย์สามารถยกมาต่อสู้หรือกล่าวอ้างกับรัฐได้หากมีการกระทำการใดๆแต่มีเงื่อนไข ได้แก่ ต้องไม่ใช้สิทธิพื้นฐานเกินกว่าที่กฎหมายวางกรอบไว้ และไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดี

1.2 การกระทำใดก็ตามต้องไม่ขัดหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง เนื่องจากหากมีหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องว่าด้วยเรื่องดังกล่าวกำหนดไว้ จำเป็นต้องอิงตามหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องนั้นๆ

2. หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง สาระสำคัญ ดังนี้

2.1 หลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องมีรากฐานมาจากหลักความเสมอภาคทั่วไป แต่เป็นการเสมอภาคต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเป็นกรณีพิเศษ

2.2 หลักความเสมอภาคเฉพาะกฎหมายได้กำหนดขอบเขตไว้เฉพาะกรณีที่รัฐธรรมนูญให้ความคุ้มครองเท่านั้น อาจจะเป็นเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือมนุษย์กลุ่มหนึ่ง

2.3 สืบเนื่องจากหลักความเสมอภาคทั่วไปต้องไม่ขัดต่อหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่อง จึงถือว่าหลักความเสมอภาคเฉพาะเป็นเรื่องกฎหมายพิเศษย่อมมาก่อนหลักความเสมอภาคทั่วไป

2.4 กรณีที่หลักเกณฑ์ใดได้รับการพิจารณาจากหลักความเสมอภาคเฉพาะเรื่องเป็นเหตุให้ไม่ต้องนำกรณีดังกล่าวมาพิจารณาเกี่ยวกับหลักความเสมอภาคทั่วไปอีกต่อไป

เมื่อพิจารณาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและย้อนกลับมาพิจารณาร่วมกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์

ทรมานจากโรค พบว่ามิได้มีการกล่าวถึงเรื่องดังกล่าวแต่อย่างใด มีเพียงกล่าวถึงการรับรองและการคุ้มครองสิทธิที่มนุษยชนพึงมีเท่านั้น

อนึ่ง สืบเนื่องจากประเทศไทยยังไม่เปิดรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อีกทั้งยังถือว่าการกระทำดังกล่าวขัดต่อกฎหมาย หลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

เพราะการกระทำการุณยฆาตลักษณะข้างต้นประชาชนต่างเห็นว่าเป็นการฆ่าตัวตายอีกลักษณะหนึ่ง คงมีเพียงแต่ “สิทธิในการตาย” ตามที่ณัฐกร วิทิตานนท์ กล่าวถึงไว้เกี่ยวกับ “สิทธิในการตาย” ตามลักษณะที่ 3 คือ สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ (Living Will) ซึ่งเป็นการใช้สิทธิในการตายอย่างสงบ (ณัฐกร วิทิตานนท์ “สิทธิในการตาย” บนความเคลื่อนไหว มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงหน้า 126-129 อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 410-411)

สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการใช้สิทธิในการเสียชีวิตอย่างสงบ ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

ฉะนั้น ประเทศไทยจึงไม่มีรากฐานทั้งทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ หรือทางกฎหมายเพื่อนำมาเป็นแนวคิดที่จะใช้เป็นแนวทางการ การเปิดรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ทั้งนี้ คำว่า “เจตจำนง” ที่ใช้ในการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์ ถือได้ว่าเป็น “เจตจำนงเสรี หรือ Free will” ที่เป็นการสมัครใจโดยอิสระไร้ซึ่งการถูกบังคับ

3.2.1.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สำหรับประเทศไทยในเวลานี้กล่าวได้อย่างแจ้งชัดว่าไม่มีกฎหมายว่าด้วยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค และไม่เปิดรับต่อสิทธิข้างต้นแม้จะมีคนกลุ่มหนึ่งมองว่า “สิทธิการตาย” คือส่วนสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงนำมาสู่การเรียกร้อง “สิทธิการตาย” ที่ตั้งอยู่บนแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน (Human Rights) (อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 408)

แต่ขณะเดียวกันเนื่องจากความก้าวหน้าทางสังคมโลกโดยเฉพาะวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และเทคโนโลยีความก้าวหน้าเครื่องมือทางการแพทย์ ตลอดจนการปฏิรูปกฎหมายให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change) ประเทศไทยได้ปรับตัวและมีวิวัฒนาการบัญญัติกฎหมายที่เปิดรับ Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ โดยการบัญญัติกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าวพร้อมด้วยการบัญญัติกฎกระทรวงเพื่อรองรับการดำเนินงาน

ดังนั้น กฎหมายเพียงฉบับเดียวของประเทศไทยที่คาบเกี่ยวกับ ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาต แต่มิใช่การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งหากศึกษาทั้งพระราชบัญญัติและกฎกระทรวงจะพบรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังนี้

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

หลักการสำคัญของมาตรา 12 มิใช่การเร่งรัดให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตเร็วขึ้นแต่อย่างใด ขณะเดียวกันก็ไม่ใช่เรื่องของการยืดระยะเวลาความตายออกไปอีกเรื่อย ๆ เนื่องจากใจความสำคัญบทบัญญัติมาตรานี้คือ กฎหมายให้สิทธิแก่ประชาชนทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนั้นก็ไม่ได้หมายถึง การทอดทิ้งผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบแต่อย่างใดด้วย เนื่องจากการดูแลแบบประคับประคอง หรือ Palliative Care ยังคงเป็นแนวทางที่ต้องปฏิบัติต่อไปกระทั่งผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบชีวิตเองอย่างสงบ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ได้กล่าวไว้ในบทภาษณ์พิเศษ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2564 เรื่อง สิทธิผู้ป่วยเพื่อสร้างสุขปลายทาง นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กล่าวว่ามาตรา 12 วรรคสามของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นับว่าเป็นวรรคที่มีความสำคัญที่สุด นั่นเพราะเป็นวรรคที่ช่วยให้แพทย์กล้าตัดสินใจทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย และยังมีการรับประกันความเสี่ยงใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ด้วยบทบัญญัติที่ว่า “มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2564: 16)

ขณะที่ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ได้กล่าวไว้ใน เรื่อง การแสดงเจตนาขอตายดี ตามวิถีธรรมชาติ ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการดูแลแบบประคับประคอง ตามมาตรา 12 ไว้ 3 ประการด้วยกัน ได้แก่

1. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มิใช่บทบัญญัติที่ให้มนุษย์ผู้ใดสามารถเร่งการเสียชีวิตได้

1.1 มิใช่เรื่องของ Active Euthanasia การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

1.2 มีเพียงบางประเทศในโลกเท่านั้นที่มีกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค โดยเปิดโอกาสให้แพทย์และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องใช้ดุลพินิจในเรื่องดังกล่าวได้ ดังกฎหมายของประเทศเบลเยียม เนเธอร์แลนด์ และบางรัฐของอเมริกา เช่น รัฐโอเรกอน

1.3 วัตถุประสงค์ของมาตรา 12 มิใช่แนวคิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่เป็นเรื่องผู้ป่วยขอใช้สิทธิตายตามธรรมชาติไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ มายืดระยะเวลาการตายออกไป

2. การที่บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หากว่ากันด้วยเรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแล้ว ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจะยังได้รับการรักษาแบบประคับประคองต่อไปเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจากไปอย่างสงบ

3. แนวทางการดำเนินการ เงื่อนไขการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3.1 ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต ต้องมีอายุ 18 ปีและมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนขณะทำหนังสือ

3.2 การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิต จะมีการระบุเรื่องทางการแพทย์ว่าไม่ต้องการให้ใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่มายืดการเสียชีวิต

นอกจากนี้ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ยังสามารถระบุชื่อญาติ ผู้ใกล้ชิดหรือบุคคลอื่นที่ไว้วางใจ ให้ช่วยตัดสินใจแทนหากผู้ทำหนังสือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้แล้ว

3.3 รูปแบบการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สามารถจัดทำได้ตามความต้องการ เนื่องจากกฎหมายไม่ได้กำหนดรูปแบบไว้ แต่จำเป็นต้องระบุวันที่ไว้เสมอนั่นเพราะว่าหากมีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหลายฉบับ กฎหมายจะถือฉบับที่แก้ไขครั้งสุดท้ายเป็นสำคัญ

3.4 การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีการลงลายมือชื่อและมีญาติลงลายมือเป็นพยาน ขณะเดียวกันแม้จะไม่มีพยาน หนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข ในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ยังมีผลสามารถใช้ได้

3.5 หลังจากจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเรียบร้อยแล้วให้ทำการถ่ายเอกสารและลงลายมือชื่อรับรองเอกสารสำเนาถูกต้อง และให้นำสำเนาหนังสือดังกล่าวขอแนบไว้ในเวชระเบียน เพื่อบุคลากรทางการแพทย์จะได้ทราบความต้องการว่า ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบต้องการให้ดูแลอย่างไรในระยะท้ายของชีวิต (แสวง บุญเฉลิมวิภาส 2564: 20-23)

3.2.1.3 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

การบัญญัติกฎกระทรวงดังกล่าวมีเหตุผลและหลักการในการประกาศใช้ คือ “โดยที่มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้”

บทบัญญัติที่เกี่ยวเนื่องระหว่างมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553 ปรากฏรายละเอียด ดังนี้

ข้อ 2 ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

หลักการสำคัญของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ถูกบัญญัติเพื่อเปิดโอกาสให้นำพาไปซึ่ง “สิทธิ” ที่เรียกว่า “การแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” ซึ่งการนำพาไปซึ่ง “สิทธิ” ดังกล่าวกระทำการได้ภายใต้บทบัญญัติของกฎหมายเท่านั้น นั่นคือ การทำเป็นหนังสือแสดงสิทธิข้างต้นดังที่กล่าวถึง

นับตั้งแต่มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีผลบังคับยังไม่เคยปรากฏปัญหาในข้อประเด็นปัญหาเกี่ยวข้องกับข้อกฎหมาย มีเพียงแพทย์กลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่นำเรื่องดังกล่าวฟ้องร้องเป็นคดีต่อศาลปกครองในช่วงแรก โดยวัตถุประสงค์เพื่อเพิกถอนกฎกระทรวงนั่นเพราะว่าพิจารณาแล้วเล็งเห็นผลได้ว่าเปรียบเสมือนการกระทำการุณยฆาต การฟ้องร้องปรากฏตามคดีแดงหมายเลข ที่ ฟ.11/2558 (แสวงบุญเฉลิมวิภาส, 2564: 10)

กรณีดังกล่าวข้างต้น ศาลปกครองสูงสุดได้เคยมีคำพิพากษาไว้ เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2558 โดยวินิจฉัยเรื่องดังกล่าว ดังนี้

"กฎกระทรวงฯ มิได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบ อันมีความหมายในการปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลงโดย งดเว้นไม่ให้การรักษา หรือการใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ บางอย่างเพื่อยุติชีวิต แต่เป็นการรักษาอย่างประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวตายอย่างเป็นธรรมชาติ เพื่อมิให้ยื้อความตาย อย่างสิ้นหวัง หรือทำให้ผู้นั้นต้องทรมานจากการเจ็บป่วยอยู่ตลอดเวลา ทั้งๆที่หากไม่มีบริการสาธารณะที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแล้ว ผู้นั้นควรจะตายอย่างธรรมชาติแล้ว" (ศึกษาเพิ่มเติมการแสดงเจตนาขอตายดี ตามวิถีธรรมชาติ ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการดูแลแบบประคับประคอง แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2564: 21)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากมาตรา 12 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า "การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง" ดังนั้นเป็นที่สังเกตได้ว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตกอยู่ภายใต้บทบัญญัติของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีบทบัญญัติที่ต้องให้ความสำคัญ คือ

"บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย" หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ประโยคที่ว่า "ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง" นัยว่าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายใน

วาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ยังต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอันหมายถึง การดูแลให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มิใช่การปล่อยทิ้งไม่ให้การดูแลใดๆ จนต้องถึงแก่ความตายเร็วขึ้นซึ่งจะเปรียบเสมือนการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

สำหรับการดูแลแบบประคับประคองได้มีการกล่าวถึงแล้วในบทที่ 2 แต่ยังมีนิยามการดูแลแบบประคับประคองที่น่าสนใจจากองค์การอนามัยโลก นิยาม palliative care ไว้ว่า “the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment control of pain and other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families. Many aspects of palliative care are also applicable earlier in the course of the illness in conjunction with active treatment of disease” สังเกตได้ว่าจากนิยามองค์การอนามัยโลกการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้มุ่งเพื่อรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจผู้ป่วย การทำความเข้าใจกับญาติและการตระหนักถึงความสูญเสียด้วย (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2563: 23-53 อ้างถึงใน แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2564: 25-26)

3.2.2 กฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในต่างประเทศ

การกระทำการุณยฆาตทางด้านองค์กรตัวแทนแพทย์ประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย หรือที่เรียกว่า องค์กรแพทยสมาคมโลก (World Medical Assocition - WMA) มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตซึ่งเรียกว่า “ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการุณยฆาต” หรือ World Medical Association Declaration on Euthanasia อันมีความตอนหนึ่งว่า “การจงใจหรือเจตนาทำลายชีวิตผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยได้ร้องขอหรือมีการร้องขอจากญาติสนิทก็ตามต่างถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่มีข้อยกเว้นว่าจะไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยประสงค์จะเสียชีวิตลงตามวิถีทางธรรมชาติ” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2557: 60) และ (สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557: 9 อ้างถึงในอนัญพร พูลนิติพร, 2564: 415)

หลักการและเหตุผลที่ส่งผลให้ประเทศไทยยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดการกระทำการุณยฆาต หรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

เนื่องด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิดบาปทางศาสนา ทั้งยังเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ ความรู้สึกด้านสภาพจิตใจหรือวัฒนธรรมความเชื่อมโยงทางเครือญาติซึ่งไม่อาจทำใจได้ในการไม่รั้งชีวิตหรือเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค สิทธิที่แต่ละบุคคลพึงมี ความเชื่อมโยงกับกระบวนการค้ามนุษย์ การค้าอวัยวะ และประการสำคัญคือ ไม่มีการบัญญัติกฎหมายรองรับและไม่เคยแม้แต่จะมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าว รวมทั้งไม่มีกฎหมายอื่นใดที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้

ดังนั้น ด้วยเหตุที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดสามารถมีแนวทาง หรือโอกาสความเป็นไปได้บ้างหรือไม่ว่า ประเทศไทยจะเปิดรับแนวคิดเกี่ยวกับ Active Euthanasia การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ฉะนั้น จึงเห็นควรว่าจำเป็นต้องศึกษาแนวทางและกฎหมายจากประเทศที่เปิดโอกาสให้กระทำการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ว่าแต่ละประเทศมีแนวทางและมีลักษณะทางกฎหมายเกี่ยวกับกระทำการุณยฆาตอย่างไรบ้าง (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2557: 60)

ช่วงต้นศตวรรษที่ 20 มีหลายๆประเทศในยุโรปได้ผ่านกฎหมายที่ให้การดำเนินการทางการแพทย์เพื่อจบชีวิตบุคคลตามคำร้องขอเป็นสิ่งถูกกฎหมาย และบุคคลกรแพทย์ผู้ดำเนินการดังกล่าวก็ไม่ต้องรับผิดทางอาญาฐานฆ่าผู้อื่น หรือช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายสำเร็จ หากได้มีการดำเนินการอย่างถูกต้องตามที่กระบวนการขั้นตอนที่กฎหมายในประเทศนั้นๆบัญญัติไว้ ประเทศที่เปิดให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ตัวอย่างได้แก่

3.2.2.1 ประเทศเนเธอร์แลนด์

ถือเป็นประเทศแรกของโลกที่ผ่านกฎหมายเพื่อทำให้การดำเนินการจบชีวิตของผู้ร้องขอโดยขั้นตอนทางการแพทย์เป็นเรื่องถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายที่บังคับใช้ในเรื่องดังกล่าว คือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002 (พระราชบัญญัติการจบชีวิตตามคำร้องขอและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (ขั้นตอนการตรวจทบทวน, 2002) รายละเอียดที่น่าสนใจเกี่ยวกับ The Termination of Life Act 2002 ดังนี้

1. กำหนดบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสม (Due Care Criteria) ซึ่งเป็นบรรทัดฐานที่แพทย์ต้องดำเนินการให้ถูกต้องตามขั้นตอนก่อนจะไปสู่การดำเนินการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ

ข้อกำหนดเรื่องบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสม (Due Care Criteria) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดให้แพทย์ต้องดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดเพื่อไม่ต้องรับผิดทางอาญา (Sec.293 para.2 และSec.294 para.2 – Dutch Penal Code) รายละเอียดต่างๆ ที่แพทย์ต้องดำเนินการถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 2 แห่ง The Termination of Life Act 2002 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ต้องเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยได้กระทำการโดยสมัครใจและได้พิจารณาคำร้องขออย่างระมัดระวังแล้ว (Section 2.1(a) be satisfied that the patient has made a voluntary and carefully considered request)

1.1.1 กฎหมายไม่ได้กำหนดแบบเป็นการเฉพาะเจาะจงในการที่ผู้ป่วยจะร้องขอจบชีวิตตัวเองแต่อย่างใด แต่จากแนวปฏิบัติโดยทั่วไป case law และความเห็นของคณะกรรมการฯ จะพบได้ว่าการร้องขอจะทำเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่ว่าผู้ป่วยจะเขียนหรือพิมพ์ด้วยการเรียบเรียงของตนเอง และควรจะมีการบันทึก หรือพยานรู้เห็นด้วย ทั้งนี้แพทย์เองก็จะเป็นผู้ขอให้ผู้ป่วยทำคำร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นการปกป้องตัวแพทย์เองด้วย

1.1.2 กฎหมายไม่ได้กำหนดระยะห่างของเวลาที่ต้องทำคำร้องก่อนการกระทำการุณยฆาตหรือฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ไว้เช่นกัน แต่คณะกรรมการฯมีความเห็นว่า การยื่นคำร้องไม่ควรกระชั้นชิดหรือห่างเกินไปกับการดำเนินการจบชีวิต เช่น ภายใน 1 วัน หรือ หลายสัปดาห์ แต่อย่างไรก็ตามการให้ทำคำร้องขอควรต้องทำในขณะที่ผู้ป่วยยังมีปฏิสัมปชัญญะ เข้าใจในสถานการณ์ และยังสามารถที่จะทำคำร้องอย่างสมัครใจ และปกติแพทย์จะขอยืนยันซ้ำอีกครั้งกับผู้ป่วย หรือให้ผู้ป่วยเซ็นในคำร้องก่อนที่จะดำเนินการจบชีวิตเพียงไม่นาน เพื่อให้แน่ใจว่าคำร้องมาจากความสมัครใจและการพิจารณาถี่ถ้วนของผู้ป่วยจริงๆ

1.1.3 แพทย์ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบอย่างครบถ้วนถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วย การพยากรณ์โรคว่าจะเลวร้ายไปในทิศทางใด และความเป็นไปได้อื่นๆ เช่น การรักษาทางกายเพื่อเอาชนะโรคให้ได้มากที่สุดนานที่สุด (curative treatment) หรือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตดีไม่ทุกข์ทรมาน (palliative care) คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าการแจ้งดังกล่าวควรต้องเป็นในลักษณะการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในระยะเวลาที่นานพอสมควรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบพิจารณาและตัดสินใจ

1.1.4 เป็นที่น่าสนใจว่าโดยปกติความบกพร่องในการรับรู้ การสื่อสาร หรือมีความบกพร่องทางจิต (เช่น สมองเสื่อม) จะทำให้การดำเนินการตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมไม่ครบถ้วน แต่ถึงกระนั้นความบกพร่องดังกล่าวในบางกรณีก็อาจไม่ได้ทำให้การร้องขอนั้นไร้ผลเลยเสียทีเดียว ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยสามารถที่จะทำคำร้องก่อนที่จะมีอาการจนไม่สามารถทำคำร้องได้ หรือ

ทำคำร้องในระยะต้นๆของอาการดังกล่าวได้ก็ยังถือว่าเป็นคำร้องที่สมบูรณ์และกรณีเหล่านี้จะได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์ด้วย

1.2 ต้องเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานที่ไม่อาจทานทนได้และไม่มีหวังที่อาการจะดีขึ้น (Section 2.1(b) be satisfied that the patient's suffering was unbearable, and that there was no prospect of improvement)– 89

1.2.1 เงื่อนไขสำคัญที่ถือว่าเป็นแก่นของกฎหมายที่จะอนุญาตให้แพทย์ดำเนินการจบชีวิตผู้ป่วยตามคำร้องขอได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งเงื่อนไขจะต้องครบองค์ประกอบทั้งสองประการ คือ

1.2.1.1 ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจนไม่อาจทานทนได้ หมายถึงความเสื่อมโทรมของร่างกายการต้องพึ่งพาคนอื่น ความสูญเสียศักดิ์ศรีในการดำรงชีวิตอยู่ และการคาดหมายว่าจะมีอาการทรมานที่ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ไม่สามารถหายใจได้ อย่างไรก็ตามโดยปกติแล้วความรู้สึกทรมานนี้จะแตกต่างกันตามแต่ตัวผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นแนวปฏิบัติที่เกิดขึ้นใช้เกณฑ์พิจารณาว่าความทุกข์ทรมานนั้นเป็นที่เข้าใจได้ (understandable) โดยแพทย์ (ทั่วไป) (และคณะกรรมการฯ) หรือไม่

1.2.1.2 ไม่มีความหวังที่อาการป่วยจะดีขึ้นเป็นการพิจารณาด้วยประสบการณ์ความเชี่ยวชาญของแพทย์ว่าผู้ป่วยไม่มีหวังที่จะอาการดีขึ้น อย่างไรก็ตามแพทย์ก็ต้องมีการพูดคุยถึงหนทาง curative treatment และ palliative care กับผู้ป่วย แต่ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิเสธหนทางดังกล่าวได้ และสามารถที่จะดำเนินการเพื่อการจบชีวิตได้เมื่อได้ดำเนินการตามขั้นตอนอื่นครบถ้วน

1.3 ได้มีการแจ้งข้อมูลกับผู้ป่วยให้ทราบถึงสถานการณ์และความความหวังได้ของผู้ป่วยแล้ว (Section 2.1(c) have informed the patient about his situation and his prospects)

1.4 ได้ข้อสรุปร่วมกันกับผู้ป่วยว่าไม่มีหนทางอันสมเหตุสมผลอื่นใดอีกแล้วเมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ของผู้ป่วย (Section 2.1(d) have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the light of the patient's situation)

1.5 ได้มีการปรึกษากับแพทย์ที่เป็นเอกเทศอย่างน้อยอีกคนหนึ่งแล้ว ทั้งนี้แพทย์ผู้นี้จะต้องเคยได้พบผู้ป่วยแล้วและได้มีการให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมตามข้อ a – d ข้างต้น (Section 2.1(e) have consulted at least one other, independent physician, who must have seen the patient and given a written opinion on the due care criteria referred to in a. to d. above)

1.6 กฎหมายกำหนดให้แพทย์ที่จะดำเนินการจบชีวิตผู้ป่วยต้องทำการปรึกษาแพทย์ที่เป็นเอกเทศอีกอย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งแพทย์คนดังกล่าวจะต้องไม่ใช่ญาติพี่น้อง สามีภรรยา ผู้ทำงาน

ร่วมกับแพทย์ หรือเป็นผู้บังคับบัญชา/ผู้ใต้บังคับบัญชีของแพทย์ที่จะดำเนินการจบชีวิตผู้ป่วย และจะต้องเป็นแพทย์ที่ไม่มีความสัมพันธ์หรือได้รักษา/เคยรักษาผู้ป่วยมาก่อน

1.7 ได้จบชีวิตผู้ป่วย หรือได้ให้ความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยตามการดูและใส่ใจทางการแพทย์อย่างเหมาะสมแล้ว Section 2.1(f) have terminated the patient's life or provided assistance with suicide with due medical care and attention

2. จัดตั้งคณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาค (Regional Review Committees) ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจสอบทบทวนรายงานการดำเนินการจบชีวิตตามคำร้องขอโดยขั้นตอนทางการแพทย์เป็นรายกรณี

The Termination of Life Act 2002 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาคโดยสาระสำคัญ คือ มาตรา 3 กำหนดให้คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่ตรวจทบทวนและประเมินรายงานกรณีการจบชีวิตตามคำร้องขอและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย โดยคณะกรรมการฯ แต่ละคณะจะประกอบไปด้วย ผู้เชี่ยวชาญกฎหมาย 1 คน (ทำหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการด้วย) แพทย์ 1 คนและผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและศีลธรรม 1 คน และในมาตรา 8 ให้อำนาจคณะกรรมการฯ ในการตรวจรายงานการจบชีวิตตามคำร้องขอและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายว่าแพทย์ผู้ดำเนินการได้ทำตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่รวมถึงการร้องขอให้แพทย์ให้การเพิ่มเติมทั้งปากเปล่าและเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสนับสนุนรายงานที่แพทย์ส่งมาให้ก่อนหน้านี้ และการขอข้อมูลเพิ่มเติมจากนักพยาธิวิทยาในท้องที่ แพทย์ที่เป็นเอกเทศ และผู้ให้การดูแลตามความจำเป็นเพื่อการประเมินตามกฎหมายด้วย

3. แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ในมาตรา 293 (การกระทำการุณยฆาต) และมาตรา 294 (การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ) ไม่ให้เป็นความผิดหากดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด และแก้ไข the Burial and Cremation Law กฎหมายการฝังและการฌาปนกิจเพื่อกำหนดแบบการรายงานการดำเนินการในกรณีที่มีการดำเนินการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือเกิดขึ้น

The Termination of Life Act 2002 ได้แก้ไขเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่มีอยู่เดิม 2 กฎหมาย อันได้แก่กฎหมายอาญาและกฎหมายที่เกี่ยวกับการฝังและฌาปนกิจ

ในส่วนของประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ หลังจากที่ถูกแก้ไขโดย The Termination of Life Act 2002 มาตรา 293 บัญญัติว่าผู้ใดทำการจบชีวิตผู้อื่นตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังผู้นั้นต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวด 5 [Any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth category fine.]

อย่างไรก็ตาม The Termination of Life Act 2002 บัญญัติไว้ว่าการกระทำตามมาตรา 293 วรรคหนึ่งหากกระทำไปโดยแพทย์ซึ่งได้ดำเนินการตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมที่บัญญัติไว้ในมาตรา 2 แล้ว และได้มีการรายงานไปยังนักพยาธิวิทยาในท้องที่ (municipal pathologist) ตามกฎหมาย the Burial and Cremation Act การกระทำที่เป็นการจบชีวิตดังกล่าวจะไม่ถือว่าเป็นความผิด [The act referred to in the first paragraph shall not be an offence if it is committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, and if the physician notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the provisions of section 7, subsection 2 of the Burial and Cremation Act.]

ในมาตรา 294 วรรคสอง บัญญัติว่าผู้ใดที่เจตนาช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือจัดหาวิธีการให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายและมีการฆ่าตัวตายตามมานั้นต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวด 4 อย่างไรก็ตามให้นำเอามาตรา 293 วรรคสองที่กฎหมายอนุญาตให้แพทย์ดำเนินการได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดมาใช้ได้โดยอนุโลม [Any person who intentionally assists another to commit suicide or provides him with the means to do so shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine. Article 293, paragraph 2 shall apply mutatis mutandis.]

ในส่วนของ The Burial and Cremation Act ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการฝังและฌาปนกิจก็ได้รับการแก้ไขโดย The Termination of Life Act 2002 กำหนดขั้นตอนสาระสำคัญไว้ในมาตรา 7 วรรคสองว่า ถ้าการตายเป็นผลมาจากการจบชีวิตตามคำร้องขอหรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย แพทย์ผู้ดำเนินการจะต้องไม่ออกใบมรณะบัตรเอง แต่จะต้องรีบแจ้งให้กับนักพยาธิวิทยาในท้องที่ หรือในกรณีที่มีหลายคนก็แจ้งคนใดคนหนึ่งโดยการกรอกแบบรายงานให้ครบถ้วน แพทย์ผู้ดำเนินการต้องแนบแบบรายงานอย่างละเอียดว่าได้ทำตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมไปแล้วด้วย [If death was the result of the termination of life on request or assisted suicide as referred to in article 293, paragraph 2, or article 294, paragraph 2, second sentence, of the Criminal Code respectively, the attending physician shall not issue a death certificate and shall immediately notify the municipal pathologist or one of the municipal pathologists of the cause of death by completing a report form. The attending physician shall enclose with the form a detailed report on compliance with the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.]

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการที่จะไม่ต้องรับผิดทางอาญานั้น ได้แก่ การดำเนินการตามขั้นตอนที่บรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมกำหนดไว้ และแจ้งการจบชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายไปยังนักพยาธิวิทยาในท้องที่

4. ผู้ที่สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย กฎหมายได้บัญญัติให้อายุผู้ที่สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายขั้นต่ำอยู่ที่ 12 ปีขึ้นไปโดยแยกเป็นกรณีดังนี้

4.1 สำหรับผู้เยาว์อายุ 16-18 ปี สามารถร้องขอร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ แพทย์จะดำเนินการให้ได้ต้องหลังจากที่ได้ปรึกษาหารือกับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ของผู้เยาว์ก่อน (มาตรา 2 วรรคสาม)

4.2 สำหรับผู้เยาว์อายุ 12-16 ปี สามารถร้องขอร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ แพทย์จะดำเนินการให้ได้ต้องหลังจากที่ได้ความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ของผู้เยาว์ก่อน (มาตรา 2 วรรคสี่)

3.2.2.2 ประเทศสวิตเซอร์แลนด์

ประเทศที่เปิดช่องให้การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (assisted suicide) สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งต่างจากการกระทำการุณยฆาต (Active Sterbehilfe หรือ Euthanasia) ที่กฎหมายสวิสยังคงถือเป็นความผิดอาญา อย่างไรก็ตามประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการจบชีวิตแยกต่างหากเป็นรัฐบัญญัติแต่อาศัยการตีความจากบทบัญญัติที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของสวิสเซอร์แลนด์ (Strafgesetzbuch)

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีมุมมองต่อการจบชีวิตต่างจากประเทศอื่นๆ โดยจะมองว่าการดำเนินการเพื่อจบชีวิต (ด้วยการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ) เป็นประเด็นทางสิทธิมนุษยชนมากกว่าที่จะเป็นประเด็นเรื่องสุขภาพอย่างที่ประเทศอื่นๆมองกัน ดังนั้นการจบชีวิตในประเทศสวิตเซอร์แลนด์จึงเป็นเรื่องที่แยกต่างหากออกจากประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพกระแสหลักอย่างที่เป็นในประเทศอื่นๆ ทั้งนี้มุมมองเรื่องการจบชีวิตในฐานะสิทธิมนุษยชนของประเทศสวิตเซอร์แลนด์นั้น ได้รับอิทธิพลทางความคิดจากอนุสัญญายุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (European Convention on Human rights) โดยมองว่าการฆ่าตัวตายถือเป็นอัตตาณัฐ (autonomy) ของปัจเจกชนที่มีสิทธิในการตัดสินใจในความตายของตนเองภายใต้สถานการณ์และเวลาที่ตนเลือก สิทธิในการตายดังกล่าวมีลักษณะเป็น negative rights ที่จะปฏิเสธไม่ให้รัฐเข้ามาแทรกแซงหรือห้ามการกระทำของตน (ต่างจาก positive rights ที่ผู้มีสิทธิจะเรียกร้องให้รัฐกระทำการเพื่อตนเอง) รายละเอียดที่น่าสนใจเกี่ยวกับมุมมองที่มีต่อการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ มีดังนี้

1. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นลักษณะหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ทำให้องค์กร (เอกชน) ด้านสิทธิ อันได้แก่ สมาคมสิทธิที่จะตาย (Right to Die Societies) มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการการจบชีวิต รวมไปถึงให้คำแนะนำและความช่วยเหลือกับผู้ที่ต้องการจบชีวิตตนเอง

2. แนวทางการปฏิบัติของ Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) มีมาตั้งแต่ช่วงปี 1960 แม้ในทางการจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมาย แต่ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ควบคุมกำกับการดำเนินการทางการแพทย์ในทุกลักษณะในประเทศสวิตเซอร์แลนด์โดยเฉพาะการดำเนินการทางการแพทย์ที่เกี่ยวเนื่องกับกฎหมายต่างๆ รวมถึงเรื่องการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายด้วย

3. กฎหมายที่สัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาต

3.1 ประมวลกฎหมายอาญา ในประมวลกฎหมายอาญาสวิส (Strafgesetzbuch) ได้บัญญัติเรื่องที่เกี่ยวเนื่องกับการจบชีวิตไว้ใน Art.114 และ Art.115 โดยมีรายละเอียดดังนี้

Art.114 เป็นเรื่องของการฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ (Homicide at the request of the victim) ซึ่งบัญญัติไว้ว่าผู้ใดด้วยเหตุจูงใจอันน่ายกย่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยความรู้สึกเวทนาในตัวเหยื่อเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายด้วยคำร้องขอจริงแท้และยืนกรานจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือโทษปรับ [Any person who for commendable motives, and in particular out of compassion for the victim, causes the death of a person at that person's own genuine and insistent request shall be liable to a custodial sentence not exceeding three years or to a monetary penalty.]

ซึ่งการที่ Art.114 บัญญัติไว้เช่นนี้และไม่มีกฎหมายเฉพาะอื่นใดมาแก้ไข ทำให้การกระทำการุณยฆาตที่แพทย์เป็นผู้ลงมือกระทำการเป็นเหตุให้ผู้ร้องขอถึงแก่ความตายก็ยังคงเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาสวิสอย่างไรก็ตามการกระทำความผิดตาม Art.114 เกิดขึ้นน้อยมากในประเทศสวิตเซอร์แลนด์

Art.115 บัญญัติในประเด็นการยุยงหรือช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย (Inciting and assisting suicide) โดยมีใจความสำคัญว่า ผู้ใดด้วยเหตุจูงใจที่เห็นแก่ตัวยุยงหรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย และถ้าต่อมาภายหลังผู้อื่นนั้นฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือโทษปรับ [Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty.]

เมื่อพิจารณาจากเนื้อหาใน Art.115 จะพบว่ามาตรานี้บัญญัติไว้อย่างกว้างๆ เปิดพื้นที่ให้มีการดำเนินการช่วยเหลือให้ผู้อื่นสามารถดำเนินการฆ่าตัวตายได้ และเมื่อพิจารณาต่อไปจะพบประเด็นที่น่าสนใจอีก 2 ประเด็น

3.1.1 ประเด็นแรกมาตรานี้ไม่ได้กล่าวถึงบุคคลที่ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายว่าจะต้องเป็นแพทย์โดยเฉพาะ ดังนั้นตามหลักกฎหมายจึงกล่าวได้ว่าใครก็ตามก็สามารถช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายได้โดยไม่ผิดกฎหมายตราบเท่าที่บุคคลนั้นไม่ได้มีเหตุจูงใจเพื่อผลประโยชน์แห่งตนเอง (self-interests)

อย่างไรก็ตามแม้ตามหลักแล้วกฎหมายจะเปิดโอกาสให้ใครก็ได้ รวมถึงญาติและเพื่อนช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายได้ แต่ในทางปฏิบัติแล้วประเทศสวิตเซอร์แลนด์ได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและกรอบการทำงานในการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายจนในที่สุดก็ได้มีการจัดตั้งองค์กรสิทธิที่จะตาย (right-to-die organisations) ต่างๆขึ้น โดยเริ่มต้นในปี 1982 ที่มีการจัดตั้งสิทธิที่จะตาย 2 แห่งแรกขึ้น Exit Deutsche Schweiz (Exit) และ Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

3.1.2 ประเด็นที่สองมาตรานี้ไม่ได้บัญญัติหรือยึดโยงกับเงื่อนไขทางการแพทย์ใดๆ ของผู้ร้องขอมีเพียงเงื่อนไขเดียวที่ผู้ร้องขอต้องมี คือ จะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายเท่านั้น

การที่ผู้ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายจะกระทำผิดอาญาตาม Art.115 นี้มีเพียงกรณีเดียว คือ การช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง ตัวอย่างเช่น นาย A ช่วยเหลือให้นาย B ฆ่าตัวตาย เพราะจะได้รับมรดกต่อจากนาย B ได้เร็วขึ้น หรือ การที่นาย A ช่วยเหลือให้นาย B ฆ่าตัวตายเพื่อปลดเปลื้องภาระความรับผิดชอบของตนที่มีต่อนาย B เป็นต้น

เนื่องจากการฆ่าตัวตายโดยการช่วยเหลือไม่ถือเป็นการตายตามธรรมชาติ (non-natural) ดังนั้นการแจ้งการตายต้องทำต่อเจ้าหน้าที่กฎหมายอาญาที่จะเข้ามารับหน้าที่จดแจ้งและดำเนินการสืบสวนสอบสวนต่อไป

3.2 กฎหมายสารเสพติดและกฎหมายสุขภาพ ในทางปฏิบัติเรื่องการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายในปัจจุบันแพทย์จะเป็นผู้สั่งจ่ายยาโซเดียมเพนโทบาร์บิทัล (sodium pentobarbital) ซึ่งปกติเป็นยาต้านซึมเศร้า หรือใช้ในกรณีอาการชักแบบฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามถ้าใช้ยาชนิดนี้ในปริมาณที่สูงจะทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งในกรณีของการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายแพทย์จะสั่งจ่ายยาในขนาด 10 – 15 กรัมซึ่งเป็นปริมาณที่ใช้เฉพาะสำหรับการจบชีวิต

Pentobarbital เป็นยาที่อยู่ภายใต้ Federal Act on Narcotics and Psychotropic Substances ซึ่งเป็นกฎหมายสารเสพติดระดับสหพันธรัฐของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ดังนั้นการที่

แพทย์จะสั่งจ่ายยานี้ได้จะต้องดำเนินการตาม Art.11 ของกฎหมายนี้ อันได้แก่การสั่งจ่ายไปตามกฎการปฏิบัติทางการแพทย์ (rules of medical practice) และนอกจากนี้แพทย์ยังต้องดำเนินการตามกฎการปฏิบัติทางการแพทย์ในระดับมณฑล (canton) ด้วย

ประเด็นหนึ่งในเรื่องกฎการปฏิบัติทางการแพทย์ คือ แพทย์ต้องมั่นใจว่าผู้ร้องขอความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายมีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อที่จะร้องขอให้แพทย์สั่งจ่ายยาสำหรับการฆ่าตัวตายอันเป็นเงื่อนไขหลักที่จะทำให้แพทย์ดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งในทางปฏิบัติแพทย์จะต้องทำการตรวจผู้ที่ร้องขอความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วยตัวเอง รวมถึงประเมินสภาพทางการแพทย์ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตายด้วย

ในปี 1999 ศาลปกครองเมืองซูริค (Zurich Administrative Court) ได้วางแนวไว้ว่าในการที่จะถือว่าแพทย์ได้สั่งจ่ายยาช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายที่เป็นไปตามกฎการปฏิบัติทางการแพทย์นั้น ผู้ร้องขอจะต้องอยู่ในสภาพที่ไม่อาจโต้แย้งว่าจะนำไปสู่ความตายได้ (indisputably leading to death) (Zurich Case Verwaltungsgericht des Kantons Zürich, Entscheid der 3 Kammer VB Nr 9900145, 1999) แต่ทั้งนี้ศาลก็ไม่ได้เฉพาะเจาะจงลงไปว่ามีข้อพิจารณาหรือบรรทัดฐานใดๆ ที่จะใช้ตัดสินว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจโต้แย้งว่าจะนำไปสู่ความตายได้

ในปี 2004 SAMS ได้กำหนดเงื่อนไขในแนวทางปฏิบัติไว้ว่าเมื่อพิจารณาจากโรคภัยของผู้ป่วยมีความสมเหตุสมผลที่จะสมมุติฐานว่าผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ช่วงการสิ้นสุดของการมีชีวิตแล้ว (the patient's disease justifies the assumption that he is approaching the end of life.) และต่อมาในปี 2006 ศาลสูงสุดแห่งสหพันธรัฐ (Federal Supreme Court) ได้วางแนวเพิ่มเติมว่าความเจ็บป่วยทางจิตร้ายแรงที่เป็นถาวรและไม่สามารถรักษาหายถือเป็นสาเหตุความทุกข์ทรมานที่เปรียบเทียบได้กับความเจ็บป่วยทางกาย (Schweizerisches Bundesgericht [Federal Supreme Court of Switzerland], Entscheid 2A.4812006, 2006.) เป็นการอนุญาตให้แพทย์ทำการช่วยเหลือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจให้สามารถฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

อย่างไรก็ตามศาลได้กำหนดให้จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำรายงานเป็นหลักฐานว่าความปรารถนาที่จะตายต้องไม่ใช่เป็นการแสดงออกจากความเจ็บป่วยทางจิตที่รักษาหายได้ แต่ต้องเป็นการตัดสินใจที่ไตร่ตรองอย่างดีและถาวรอันอยู่บนฐานการตัดสินอย่างมีเหตุผล

องค์กรสิทธิที่จะตายอย่าง Exit ก็ได้วางแนวทางในการพิจารณาเช่นกันว่า ผู้ที่จะร้องขอความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายที่มีการพยากรณ์ความเป็นไปของโรคที่ย่ำแย่ (poor prognosis) ได้รับความทุกข์ทรมานจนไม่อาจทานทนไหว (unbearable suffering) หรือไร้ความสามารถอย่างไม่สมเหตุผล (unreasonable disability) นอกจาก Exit แล้วองค์กร ADMD และ Dignitas ก็วางแนวทางบรรทัดฐานไว้คล้ายกัน

3.3 องค์กรสิทธิที่จะตาย อย่างที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่าในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ การเลือกที่จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนในการที่ปัจเจกชนมีอัตตาณัฐในการเลือกความตายของตนเอง ไม่ใช่แค่ในมิติหรือการปฏิบัติทางการแพทย์และสุขภาพเท่านั้น ดังนั้นจึงมีองค์กรต่างๆที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนในการเข้าถึงการบริการจบชีวิต การให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ

องค์กรสิทธิที่จะตายจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการจบชีวิต ประสานงานกับแพทย์ คลินิก ให้คำแนะนำวิธีในการดำเนินการเพื่อจบชีวิต อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยที่กำลังจะตายและให้ความช่วยเหลือต่างๆสำหรับผู้ที่ตัดสินใจจะจบชีวิตตนเอง

ในทางปฏิบัติองค์กรสิทธิที่จะตายจะมีอาสาสมัครซึ่งอาจจะเป็นผู้นำองค์กรศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาลทำการประเมินผู้ต้องการความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายในเบื้องต้น หลังจากที่มีการประเมินจนเป็นที่แน่ใจว่าบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายจริงๆ อันเป็นไปตามบรรทัดฐานที่เป็นแนวทางที่องค์กรกำหนด บุคคลนั้นก็ต้องเข้าไปพบแพทย์เพื่อที่จะขอให้สั่งจ่ายยาเพื่อทำการฆ่าตัวตายซึ่งในทางปฏิบัติยาที่ได้รับการจ่ายจากเภสัชกรมักจะถูกเก็บไว้ที่องค์กร เมื่อถึงวันที่กำหนดอาสาสมัครจะช่วยแนะนำให้ผู้ต้องการฆ่าตัวตายดำเนินการฆ่าตัวตายต่อไป

3.2.2.3 ประเทศแคนาดา

ความเคลื่อนไหวทางกฎหมายเพื่อให้มีการอนุญาตดำเนินการจบชีวิตในประเทศแคนาดาเริ่มต้นขึ้นในปี 2015 เมื่อศาลสูงสุดแคนาดา (Supreme Court of Canada) ได้พิพากษาในคดี Carter v. Canada (Attorney General) ([2015] 1 SCR 331) ว่า Sec. 241(b) Criminal Code R.S.C. 1985, c. C-46 ของแคนาดา ที่บัญญัติให้การช่วยเหลือผู้อื่นให้เสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายเป็นความผิด [aids a person to die by suicide] ขัดกับ Sec. 7 Canadian Charter of Rights and Freedoms ที่รับรองว่าบุคคลมีสิทธิในชีวิต เสรีภาพ และความปลอดภัย [Everyone has the right to life, liberty and security of the person ...] (ซึ่งคำพิพากษาในคดีนี้เป็นการกลับหลักที่วางไว้ในคดี Rodriguez v. British Columbia (Attorney General), [1993] 3 S.C.R. 519 ก่อนหน้านี้ที่พิพากษาว่า Sec. 241(b) Criminal Code R.S.C. 1985, c. C-46 ไม่ขัดกับ Sec. 7 Canadian Charter of Rights and Freedoms ด้วย) โดยมองว่าสิทธิที่รับรองนี้เป็นอัตตาณัฐและศักดิ์ศรีของผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการที่จะหาทางจบชีวิตตนเพื่อตอบสนองต่อสภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ลำเค็ญและไม่อาจเยียวยาได้ [the autonomy and dignity of a competent adult who seeks death as a response to a grievous and irremediable medical condition…] เท่ากับเป็นการเปิดช่องให้บุคคลสามารถที่จะร้องขอความตายที่เกิดจากการช่วยเหลือของแพทย์ได้ (physician-assisted dying) หากเข้าเงื่อนไข 2 ประการ คือ

(1) บุคคลนั้นให้ความยินยอมอย่างชัดแจ้งว่าจะจบชีวิต และ

(2) บุคคลนั้นมีสภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ลำเค็ญและไม่อาจเยียวยาได้ หมายถึงทั้งความเจ็บป่วย (illness) โรคภัย (disease) หรือสภาวะความพิการ (disability) ซึ่งเป็นสาเหตุให้บุคคลนั้นต้องทนทุกข์ทรมานซึ่งบุคคลนั้นไม่อาจทานทนได้เมื่อพิจารณาจากสภาวะการณ์ (circumstances) และสภาพ (condition) ของบุคคลนั้น

ศาลสูงสุดแคนาดาได้ระงับการบังคับตามคำพิพากษานี้ไว้ 12 เดือน (และต่อมาขยายเวลาให้อีก 4 เดือน) เพื่อให้รัฐบาลสหพันธรัฐสามารถดำเนินการแก้ไขบทบัญญัติในประมวลกฎหมายอาญาดังกล่าวให้สอดคล้องกับคำพิพากษานี้ จนในที่สุดรัฐสภาแคนาดาก็ผ่านกฎหมาย Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) (previous question) ช่วงกลางเดือนมิถุนายน 2016 เป็นการอนุญาตให้แพทย์สามารถดำเนินการช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายทั้งในรูปแบบของการุณยฆาต (medical euthanasia) และการให้ความช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ (physician-assisted suicide) ซึ่งจะเรียกรวมกันว่า “ความช่วยเหลือทางการแพทย์ให้จบชีวิต (medical aid in dying หรือ MAID) โดยการที่จะดำเนินการได้ต้องเข้าเงื่อนไข “ความตายตามธรรมชาติของบุคคลจะต้องสามารถที่จะมองเห็นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผล” (person’s natural death to be reasonably foreseeable)

อย่างไรก็ตามต่อมาในเดือนตุลาคม 2020 กระทรวงยุติธรรมและอัยการสูงสุดแห่งแคนาดาได้เสนอร่างกฎหมาย Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying) ซึ่งเป็นการเอาเงื่อนไข “ความตายตามธรรมชาติของบุคคลจะต้องสามารถที่จะมองเห็นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผล” ออกไป โดยเปิดให้ผู้ป่วยที่ความตายตามธรรมชาติไม่สามารถที่จะมองเห็นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผลก็สามารถร้องขอการจบชีวิตได้ จนในเดือนมีนาคม 2021 รัฐสภาแคนาดาได้ผ่านกฎหมายที่เป็นการแก้ไขในสาระสำคัญของความช่วยเหลือทางการแพทย์ให้จบชีวิต หรือ MAID นี้ ซึ่งรายละเอียดของกฎหมายนี้จะกล่าวต่อไปโดยจะยึดเอาตามกฎหมายที่แก้ไขล่าสุด

1. แก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า Bill C-14 และ Bill C-7 เป็นกฎหมายที่แก้ไขประมวลกฎหมายอาญาของแคนาดาทำให้ MAID สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งสาระสำคัญเรื่องนี้จะบัญญัติอยู่ใน Sec.241, Sec.241.1 และ Sec.241.2 โดย Sec.241 เป็นบทหลักทั่วไปเกี่ยวกับเรื่องฆ่าตัวตายโดยบัญญัติไว้ดังนี้ว่า

Sec.241(1) ผู้ใดที่ให้คำปรึกษาผู้อื่นเพื่อให้ผู้นั้นตายโดยการฆ่าตัวตาย หรือ ยุยงให้ผู้อื่นตายด้วยการฆ่าตัวตาย [Sec.241(1)(a)] หรือ ช่วยเหลือผู้อื่นให้ตายโดยการฆ่าตัวตาย [Sec.241(1)(b)] ไม่ว่าจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือไม่ ผู้นั้นต้องโทษจำคุกไม่เกิน 14 ปี

อย่างไรก็ตาม Sec.241 (2) – (5) ได้บัญญัติเป็นข้อยกเว้นให้กับบุคคลต่างๆ ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการ MAID ว่าไม่เป็นความผิดเรื่องช่วยเหลือผู้อื่นให้ตายโดยการฆ่าตัวตาย ตาม Sec.241 (1)(b) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1) ผู้ที่สามารถดำเนินการ MAID เอง โดย Sec. 241 (2) กำหนดให้แพทย์ (medical practitioner/physicians) และพยาบาลปฏิบัติการ (nurse practitioner) (กรณีพยาบาลขึ้นอยู่กับว่ากฎหมายในมณฑลนั้นๆ อนุญาตให้ทำได้หรือไม่) เป็นผู้ดำเนินการ MAID ให้กับผู้ร้องขอจบชีวิตได้ หากการดำเนินการเป็นไปตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ใน Sec.241.2 ไม่เป็นความผิดอาญา

1.2) บุคคลที่ช่วยเหลือในการดำเนินการ MAID โดย Sec.241 (3) - (5) กำหนดให้ผู้ช่วยเหลือในการดำเนินการ MAID ไม่ต้องรับผิดอาญา ซึ่งแบ่งเป็นกรณีดังนี้

1.2.1 Sec.241(3) ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือแก่แพทย์หรือพยาบาลในการดำเนินการ MAID ที่เป็นไปตามเงื่อนที่กำหนดไว้ใน Sec.241.2 ตัวอย่างของบุคคลในกลุ่มนี้ คือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพ (healthcare provider) ที่ช่วยเหลือการดำเนินการของแพทย์หรือพยาบาล

1.2.2 Sec.241(4) เภสัชกรที่จ่ายยาให้กับบุคคล โดยการจ่ายยาเป็นไปตามใบสั่งยาของแพทย์ในการดำเนินการ MAID เป็นไปตามเงื่อนที่กำหนดไว้ใน Sec.241.2

1.2.3 Sec.241 (5) บุคคลที่กระทำการตามคำร้องขออย่างชัดแจ้งของบุคคลอื่น (ผู้ร้องขอจบชีวิต) เพื่อวัตถุประสงค์ช่วยเหลือบุคคลนั้นในการนำสารที่ได้สั่งจ่ายเพื่อบุคคลนั้นที่เข้าสู่ร่างกายบุคคลนั้นเองซึ่งเป็นการดำเนินการ MAID ตามเงื่อนที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 กล่าวคือเป็นบุคคลที่ช่วยเหลือให้ผู้ขอจบชีวิตสามารถกินยาเพื่อจบชีวิตตน ตัวอย่างบุคคลในกลุ่มนี้ เช่น ญาติ เพื่อน หรือบุคคลอื่นใดที่ได้รับการร้องขอจากผู้ต้องการจบชีวิตให้ช่วยเหลือตน

2. Sec.241.1 เป็นส่วนของคำนิยามต่างๆที่เกี่ยวข้อดังนี้

2.1 medical assistance in dying หรือ MAID หมายถึง

(a) การดำเนินการโดยแพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติในการนำสารเข้าสู่ตัวบุคคลตามคำร้องขอเพื่อให้ถึงแก่ความตาย หรือ

(b) การสั่งจ่ายหรือการจัดหาสารโดยแพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติให้แก่บุคคลตามคำร้องขอเพื่อให้บุคคลนั้นดำเนินการนำสารเข้าสู่ตัวเองและในการกระทำเช่นนั้นเป็นเหตุให้บุคคลนั้นถึงแก่ความตาย (aide médicale à mourir)

2.2 *แพทย์ (medical practitioner/* médecin*) หมายถึงบุคคลที่สามารถในการปฏิบัติทางการแพทย์ภายใต้กฎหมายแต่ละมณฑล*

2.3 พยาบาลผู้ปฏิบัติการ (nurse practitioner/ infirmier praticien) หมายถึง พยาบาลขึ้นทะเบียนภายใต้กฎหมายแต่ละมณฑล (หรือภายใต้อำนาจการแต่งตั้งที่เทียบเคียงกัน) ที่สามารถปฏิบัติการในฐานะพยาบาลผู้ปฏิบัติการ และสามารถที่จะดำเนินการวินิจฉัยโรค สั่งและตีความการทดสอบวินิจฉัยโรค สั่งจ่ายยา และปฏิบัติดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นเอกเทศ

2.4 เภสัชกร (pharmacist/ pharmacien) หมายถึงบุคคลที่สามารถปฏิบัติการทางเภสัชกรรมภายใต้กฎหมายแต่ละมณฑลได้

3. Sec.241.2 เป็นบทบัญญัติกำหนดเงื่อนไขต่างๆที่แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลอื่นๆ ที่จะดำเนินการหรือช่วยดำเนินการ MAID ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายตามที่ Sec.241 กำหนดไว้ รวมถึงได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะร้องขอการจบชีวิตด้วย อย่างที่ได้กล่าวมาแล้วว่า Bill C-7 ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในเนื้อหาสำคัญของบทบัญญัติในมาตรานี้ในปี 2021 ดังต่อไปนี้

3.1 คุณสมบัติของผู้ที่จะขอ MAID ได้บัญญัติไว้ใน Sec. 241.2 (1) ดังนี้

(a) เป็นผู้ได้รับบริการทางสุขภาพซึ่งเป็นบริการที่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลสหพันธรัฐ [federal government] มณฑล [province] หรือดินแดนปกครอง [territory] (หรืออยู่ในประเทศตามเวลาขั้นต่ำสำหรับการมีสิทธิอยู่อาศัย หรือกำลังอยู่ในระหว่างการรอเพื่อจะได้คุณสมบัติดังกล่าว) ด้วยเงื่อนไขนี้เองทำให้ผู้เดินทางมาจากต่างประเทศโดยที่ไม่มีสิทธิอยู่อาศัยหรือได้รับบริการทางสุขภาพจากรัฐบาลแคนาดาไม่สามารถร้องขอ MAID ได้

(b) จะต้องมีอายุอย่างต่ำ 18 ปีและสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองได้

(c) มีสภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ทรมานและไม่อาจเยียวยาได้ [a grievous and irremediable medical condition]

(d) ร้องขอ MAID ด้วยความสมัครใจและไม่ได้ร้องขอเนื่องจากแรงกดดันภายนอก

(e)ได้ให้ความยินยอมซึ่งผู้ที่ร้องขอได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการอื่นๆ ในการที่จะบรรเทาความทุกข์ทรมาน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตดีไม่ทุกข์ทรมาน (palliative care) แล้ว [they give informed consent to receive medical assistance in dying after having been informed of the means that are available to relieve their suffering, including palliative care.]

(1) อาจกล่าวได้ว่าผู้ร้องได้ให้ความยินยอมหลังจากที่ได้รับข้อมูลต่างๆ เพื่อการตัดสินใจ ได้แก่ การวินิจฉัยโรค วิธีการรักษาที่มีอยู่ วิธีการบรรเทาความทุกข์ทรมานที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

(2) การให้ความยินยอมสามารถทำได้ (1) ขณะที่ทำการร้องขอ (2) ทันทีก่อนที่จะมีการดำเนินการ MAID

(3) ส่วนการเพิกถอนคำร้องขอ สามารถกระทำได้ทุกเวลาและทุกรูปแบบ

3.2 สภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ทรมานและไม่อาจเยียวยาได้ [a grievous and irremediable medical condition] (Sec. 241.2 (2)) จะต้องเข้าตามเงื่อนไขดังนี้

(a) มีความเจ็บป่วย มีโรคภัย หรือความพิการที่สาหัสและไม่สามารถรักษาได้ [a serious and incurable illness, disease or disability]

(1) ตาม Sec. 241.2 (2) (a) ไม่กำหนดว่าผู้ร้องต้องอยู่ในสภาวะทางการแพทย์ที่จะถึงแก่ความตาย หรืออยู่ในความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ดังนั้นผู้ป่วยที่ยังไม่ใกล้ตายก็สามารถที่จะร้องขอ MAID ได้

(2) ตาม Sec. 241.2 (2.1) ความเจ็บป่วยทางจิต (mental illness) ยังไม่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วย โรคภัย หรือความพิการ ตาม (Sec. 241.2 (2)(a)) ณ ตอนนี้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตจึงยังไม่สามารถร้องขอ MAID ได้

อย่างไรก็ตามรัฐบาลแคนาดาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีหน้าที่ต้องพิจารณาความเหมาะสมสำหรับการดำเนินการ MAID ให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต และต้องจัดทำรายงานในเดือนมีนาคม 2022 และสามารถที่จะร้องขอ MAID ได้ในเดือนมีนาคม 2023

(b) มีความเสื่อมถอยในสมรรถภาพที่ไม่อาจหวนคืนได้ในระยะรุนแรง [in an advanced state of irreversible decline in capability] และ

(c) ความเจ็บป่วย โรคภัย หรือความพิการ หรือสภาวการณ์เสื่อมถอยนั้นเป็นเหตุให้ผู้ร้องขอต้องทนทุกข์ทรมานทางร่างกายหรือทางสุขภาพจิต ซึ่งผู้ร้องขอไม่อาจทานทนได้และไม่สามารถที่จะเยียวยาภายใต้เงื่อนไขซึ่งผู้ร้องขอพิจารณาเห็นว่าตนสามารถยอมรับได้ [that illness, disease or disability or that state of decline causes them enduring physical or psychological suffering that is intolerable to them and that cannot be relieved under conditions that they consider acceptable.]

4. แนวทางการป้องกัน (safeguards) กฎหมายในเรื่องการดำเนินการเพื่อจบชีวิตได้กำหนดแนวทางการป้องกัน (safeguards) ที่แพทย์หรือพยาบาลต้องทำในการที่จะดำเนินการ MAID ทั้งนี้เพื่อป้องกันให้การดำเนินการ MAID เป็นไปอย่างเหมาะสมและเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการล่วงละเมิดหรือแสวงหาประโยชน์อันมิชอบอีกด้วย ซึ่งมีการแก้ไขเนื้อหากฎหมายในปี 2021 โดยแยกพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีความตายตามธรรมชาติที่สามารถคาดเห็นล่วงหน้าอย่างสมเหตุผล (natural death is reasonably foreseeable) และ

(2) กรณีความตายตามธรรมชาติที่ไม่สามารถคาดเห็นล่วงหน้าอย่างสมเหตุผล (natural death not foreseeable)

4.1 กรณีความตายตามธรรมชาติที่สามารถคาดเห็นล่วงหน้าอย่างสมเหตุผล บัญญัติอยู่ใน Sec. 241.2

4.2 (3) กำหนดว่าก่อนที่แพทย์หรือพยาบาลจะดำเนินการ MAID โดยพิจารณาสภาพการณ์ทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ร้องขอ โดยที่ไม่จำเป็นต้องพยากรณ์โรคว่าผู้ร้องขอจะเหลือเวลาชีวิตอีกนานแค่ไหนแพทย์หรือพยาบาลจะต้อง

(a) มีความเห็นว่าบุคคลนั้นมีคุณสมบัติเป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1)

(b) ทำให้แน่ใจว่าการร้องขอ MAID ได้

(1) (i) ทำเป็นลายลักษณ์อักษร ลงลายมือชื่อและวันที่โดยผู้ร้องขอเอง หรือบุคคลอื่นที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (4) - ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีอายุอย่างต่ำ 18 ปีที่สามารถเข้าใจลักษณะของการร้องขอ MAID ได้และจะต้องไม่รู้หรือเชื่อว่าตนเป็นผู้รับผลประโยชน์จากพินัยกรรมของผู้ที่ร้องขอ MAID หรือเป็นผู้รับผลประโยชน์ทางการเงินหรือทรัพย์สินอื่นๆโดยวิธีการอื่นๆจากการตายของผู้ร้องขอ โดยบุคคลอื่นนี้สามารถกระทำการตาม (i) ได้โดยมีผู้ร้องขอปรากฏอยู่ด้วยในนามของผู้ร้องขอและภายใต้การกำกับอย่างชัดแจ้งโดยผู้ร้องขอ

(2) (ii) มีการลงลายมือชื่อและวันที่หลังจากที่ผู้ร้องขอได้รับแจ้งจากแพทย์หรือพยาบาลว่าตนเองมีสภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ทรมานและไม่อาจเยียวยาได้

(c) เป็นที่พอใจว่าคำร้องขอได้มีการลงลายมือชื่อและวันที่โดยผู้ร้องขอ หรือบุคคลอื่นตาม Sec. 241.2 (4) ต่อหน้าพยานอิสระ (independent witness) ที่จะเป็นผู้ลงลายมือชื่อและวันที่ในคำร้องขอเช่นกัน - Sec. 241.2 (5) บัญญัติเกี่ยวกับพยานอิสระไว้ว่าต้องไม่เป็นผู้ที่มีอายุอย่างต่ำ 18 ปีที่สามารถเข้าใจลักษณะของการร้องขอ MAID และต้องไม่เป็นตนเป็นผู้รับผลประโยชน์จากพินัยกรรมของผู้ที่ร้องขอ MAID หรือเป็นผู้รับผลประโยชน์ทางการเงินหรือทรัพย์สินอื่นๆโดยวิธีการอื่นๆจากการตายของผู้ร้องขอ ต้องไม่เป็นเจ้าของหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลใดๆที่ผู้ร้องขอกำลังได้รับการรักษาหรือสถานที่ใดที่ผู้ร้องขออาศัยอยู่ ต้องไม่เกี่ยวข้องการให้บริการทางสุขภาพโดยตรงกับผู้ร้องขอ หรือให้การดูแลส่วนตัว (personal care) โดยตรงกับผู้ร้องขอ

(d) ทำให้แน่ใจว่าผู้ร้องขอได้รับแจ้งว่าตนสามารถที่จะถอนคำร้องขอในเวลาใดและลักษณะใดก็ได้

(e) ทำให้แน่ใจว่าแพทย์หรือพยาบาลอีกคนหนึ่งได้ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรยืนยันว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติเป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1)

(f) เป็นที่พอใจว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) เป็นอิสระ

(g) ในกรณีที่ผู้ร้องขอมีความลำบากในการสื่อสาร ให้ดำเนินมาตรการทุกอย่างที่จำเป็นในการที่จะจัดวิธีการอันเป็นที่น่าเชื่อถือได้ซึ่งทำให้ผู้ร้องสามารถเข้าใจข้อมูลต่างๆที่ (แพทย์หรือพยาบาล) แจ้งให้และสามารถสื่อสารการตัดสินใจกลับมาได้

(h) ในทันทีก่อนที่จะดำเนินการ MAID ต้องให้โอกาสผู้ร้องขอในการที่จะเพิกถอนการร้องขอและทำให้เป็นที่แน่ใจว่าผู้ร้องขอได้ให้ความยินยอมอย่างชัดแจ้งในการรับการดำเนินการ MAID

4.3 (2) กรณีความตายตามธรรมชาติที่ไม่สามารถคาดเห็นล่วงหน้าอย่างสมเหตุผล บัญญัติอยู่ใน Sec. 241.2 (3.1) กำหนดว่าก่อนที่แพทย์หรือพยาบาลจะดำเนินการ MAID โดยพิจารณาสภาพการณ์ทางการแพทย์ทั้งหมดของผู้ร้องขอ แพทย์หรือพยาบาลจะต้อง

(a) มีความเห็นว่าบุคคลนั้นมีคุณสมบัติเป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1)

(b) ทำให้แน่ใจว่าการร้องขอ MAID ได้

(1)ทำเป็นลายลักษณ์อักษร ลงลายมือชื่อและวันที่โดยผู้ร้องขอเอง หรือบุคคลอื่นที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (4) และ

(2) มีการลงลายมือชื่อและวันที่หลังจากที่ผู้ร้องขอได้รับแจ้งจากแพทย์หรือพยาบาลว่าตนเองมีสภาวะทางการแพทย์ที่ทุกข์ทรมานและไม่อาจเยียวยาได้

(c) เป็นที่พอใจว่าคำร้องขอได้มีการลงลายมือชื่อและวันที่โดยผู้ร้องขอ หรือบุคคลอื่นตาม Sec. 241.2 (4) ต่อหน้าพยานอิสระ (independent witness) ที่จะเป็นผู้ลงลายมือชื่อและวันที่ในคำร้องขอเช่นกัน

(d) ทำให้แน่ใจว่าผู้ร้องขอได้รับแจ้งว่าตนสามารถที่จะถอนคำร้องขอในเวลาใดและลักษณะใดก็ได้

(e) ทำให้แน่ใจว่าแพทย์หรือพยาบาลอีกคนหนึ่งได้ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรยืนยันว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติเป็นไปตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1)

(e.1) ในกรณีที่ทั้งแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) ไม่มีความเชี่ยวชาญในสภาพการณ์ที่เป็นเหตุให้ผู้ร้องขอได้รับความทุกข์ทรมาน จะต้องทำให้มั่นใจว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้

ความเห็นตาม (e) ได้ทำการปรึกษาหารือกับแพทย์หรือพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญดังกล่าวและได้แสดงผลการปรึกษาหารือให้ได้รับรู้ หรือกล่าวได้ว่าถ้าแพทย์ผู้รับคำร้องขอ และแพทย์ที่จะเป็นผู้ให้ความเห็นตาม (e) ไม่มีความเชี่ยวชาญในความเจ็บป่วยที่ทำให้ผู้ร้องขอต้องทุกข์ทรมาน จะต้องมีการปรึกษาหารือกับแพทย์อีกคนซึ่งเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญ และนำผลการปรึกษาหารือมาแสดงให้ได้รับรู้ด้วย

(f) เป็นที่พอใจว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) เป็นอิสระ

(g) ทำให้แน่ใจว่าผู้ร้องขอได้รับการแจ้งเกี่ยวกับวิธีการที่มีอยู่ในการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยรวมถึงบริการให้คำปรึกษา บริการให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและความพิการ การบริการชุมชน และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองตามแต่กรณี และได้มีการเสนอให้ผู้ร้องขอรับคำปรึกษาจากวิชาชีพต่างๆ ที่เป็นผู้จัดบริการหรือการดูแลต่างๆดังกล่าวแล้ว

(h) ทำให้แน่ใจว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ หรือแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) ได้ปรึกษาหารือกับผู้ร้องขอถึงวิธีการที่มีอยู่และสมเหตุผลในการช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานแล้ว และแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ หรือแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) เห็นพ้องกับผู้ร้องว่าผู้ร้องขอได้พิจารณาวิธีบรรเทาดังกล่าวอย่างจริงจังถี่ถ้วนแล้ว

ทำให้แน่ใจว่ามีช่วงเวลาเว้นห่างเป็นเวลา 90 วันระหว่างวันที่ได้ทำการประเมินครั้งแรกว่าผู้ร้องขอมีคุณสมบัติตามบรรทัดฐานที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1) หรือไม่กับวันที่จะดำเนินการ MAID และหากเป็นกรณีที่การประเมินได้ทำเสร็จสิ้นครบถ้วนแล้วโดยแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม (e) เห็นพ้องว่าการสูญเสียความสามารถในการที่จะให้คำยินยอมของผู้ร้องขอเป็นเรื่องใกล้จะถึงแพทย์หรือพยาบาลผู้รับคำร้องขอ สามารถจะพิจารณาย่นช่วงเวลาเว้นห่างได้ตามที่พิจารณาว่าเหมาะสมแก่สถานการณ์

(j) ในกรณีที่ผู้ร้องขอมีความลำบากในการสื่อสาร ให้ดำเนินมาตรการทุกอย่างที่จำเป็นในการที่จะจัดวิธีการอันเป็นที่น่าเชื่อถือได้ซึ่งทำให้ผู้ร้องสามารถเข้าใจข้อมูลต่างๆที่ (แพทย์หรือพยาบาล) แจ้งให้และสามารถสื่อสารการตัดสินใจกลับมาได้

(k) ในทันทีก่อนที่จะดำเนินการ MAID ต้องให้โอกาสผู้ร้องขอในการที่จะเพิกถอนการร้องขอและทำให้เป็นที่แน่ใจว่าผู้ร้องขอได้ให้ความยินยอมอย่างชัดแจ้งในการรับการดำเนินการ MAID

4.4 ข้อยกเว้นไม่ต้องดำเนินการขอความยินยอมครั้งสุดท้าย

4.1 ในกรณีแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการ MAID Sec. 241.2 (3.2) เพื่อให้เป็นตามจุดประสงค์ของ Sec. 241.2 (3) แพทย์หรือพยาบาลสามารถดำเนินการนำสารเข้าสู่ตัวผู้ร้องขอ

เพื่อทำให้เสียชีวิตโดยไม่ต้องดำเนินการตาม Sec. 241.2 (3)(h) [การให้โอกาสแก่ผู้ร้องขอในการเพิกถอนการร้องขอ MAID ก่อนดำเนินการ] ถ้าเป็นไปตามเงื่อนไขดังนี้

(a) ในกรณีก่อนที่บุคคลนั้นจะสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอม

(1) (i) ผู้ร้องขอมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (1) และทุกอย่างเป็นไปตามแนวทางป้องกัน (safeguards) ที่กำหนดไว้ใน Sec. 241.2 (3)

(2) (ii) ผู้ร้องขอได้เข้าร่วมการจัดเตรียมเป็นลายลักษณ์อักษรกับแพทย์หรือพยาบาลว่าแพทย์หรือพยาบาลนั้นจะดำเนินการนำสารเข้าสู่ร่างกายในวันที่กำหนดเฉพาะเจาะจงไว้

(3) (iii) ผู้ร้องขอได้รับการแจ้งจากแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับความเสี่ยงในการสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอมในการรับ MAID ก่อนวันที่กำหนดเฉพาะเจาะจงไว้ในหนังสือการจัดเตรียม

(4) (iv) ในหนังสือการจัดเตรียมที่เป็นลายลักษณ์อักษร ผู้ร้องขอได้ให้ความยินยอมต่อการนำสารเข้าสู่ร่างกายที่ดำเนินการโดยแพทย์หรือพยาบาลในวันที่กำหนดเฉพาะเจาะจงหรือก่อนวันดังกล่าวหากผู้ร้องขอได้สูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอมต่อการดำเนินการ MAID ก่อนวันที่กำหนดเฉพาะเจาะจงในการหนังสือการจัดเตรียมการ

(b) ผู้ร้องขอสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอมต่อ MAID

(c) ผู้ร้องขอไม่ได้แสดงไม่ว่าโดยคำพูด เสียง หรือท่าทางปฏิเสธหรือต่อต้านการดำเนินการนำสารเข้าสู่ร่างกาย [การแสดงที่ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจไม่ถือว่าเป็นการปฏิเสธหรือต่อต้าน Sec.241.2(3.3) และหากมีการปฏิเสธหรือต่อต้านเกิดขึ้น แพทย์หรือพยาบาลไม่สามารถที่จะดำเนินการ MAID ได้อีกต่อไป Sec.241.2(3.4)]

(d) การดำเนินการนำสารสู่ร่างกายผู้ร้องขอเป็นไปตามข้อกำหนดต่างๆที่อยู่ในหนังสือการจัดเตรียมการ

4.2 ในกรณีผู้ร้องขอเป็นผู้ดำเนินการ MAID เองแต่ได้สูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอม Sec. 241.2 (3.5)

ในกรณีผู้ร้องขอที่จะดำเนินการนำสารสู่ร่างกายเอง (self-administration) แต่ได้สูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอมไปก่อนหลังจากที่ดำเนินการนำสารเข้าสู่ร่างกายไปแล้ว (กล่าวคือ ผู้ร้องขอดำเนินการเองแล้วยังไม่เสียชีวิตแต่ด้วยผลของสารทำให้ไม่สามารถให้ความยินยอมได้แล้ว) แพทย์หรือพยาบาลสามารถสามารถดำเนินการนำสารสู่ร่างกายผู้ร้องขอได้ตามเงื่อนไขดังนี้

(a) ก่อนที่ผู้ร้องขอจะสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอม ผู้ร้องขอได้เข้าร่วมการจัดเตรียมเป็นลายลักษณ์อักษรกับแพทย์หรือพยาบาลโดยกำหนดให้แพทย์หรือพยาบาลนั้นจะ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

(1) (i) อยู่ด้วยกันกับผู้ร้องขอในเวลาที่ผู้ร้องขอดำเนินการนำสารแรกเข้าสู่ร่างกาย

(2) (ii) ดำเนินการนำสารที่สองเข้าสู้ร่างกายทำให้ผู้ร้องขอเสียชีวิต หากหลังจากการนำสารแรกสู่ร่างกายผู้ร้องขอสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอมและไม่เสียชีวิตในช่วงเวลาที่กำหนด

(b) ผู้ร้องขอที่ดำเนินการนำสารแรกเข้าสู่ร่างกายไม่ตายภายในเวลาที่กำหนดไว้ในหนังสือการเตรียมการและสูญเสียความสามารถในการให้ความยินยอม

(c) การดำเนินการนำสารที่สองเข้าสู่ร่างกายผู้ร้องขอเป็นไปตามข้อกำหนดต่างๆ ที่อยู่ในหนังสือการจัดเตรียมการ

4.3 ความเป็นอิสระของแพทย์หรือพยาบาล

ใน Sec.241.2 (6) กำหนดความเป็นอิสระของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดำเนินการ MAID และแพทย์หรือพยาบาลผู้ให้ความเห็นตาม Sec.241.2 (3)(e) หรือ Sec.241.2 (3.1)(e) ไว้ดังนี้

(a) จะต้องไม่ใช่พี่เลี้ยงหรือเป็นผู้ควบคุมงานของของผู้แพทย์หรือพยาบาลอีกคน

(b) จะต้องไม่รู้หรือเชื่อว่าเป็นผู้รับผลประโยชน์จากพินัยกรรมของผู้ร้องขอ หรือเป็นผู้รับผลประโยชน์ทางการเงินหรือทางวัตถุในทางอื่นๆ ซึ่งเป็นผลจากความตายของผู้ร้องขอนอกจากค่าตอบแทนตามมาตรฐานที่เกี่ยวกับการดำเนินการตามคำร้องขอ MAID

(c) จะต้องไม่รู้หรือเชื่อว่าไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์หรือพยาบาลอีกคน หรือเกี่ยวข้องกับผู้ร้องขอในลักษณะอื่นใดที่จะกระทบต่อความเป็นภาวะวิสัยของตน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์กฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

สำหรับเนื้อหา บทที่ 4 ว่าด้วยผลการวิเคราะห์กฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทย ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดบทที่ 4 ประเด็นที่มีการทบทวนวรรณกรรมจึงประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2. “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ

3. แนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

4.1 แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิต

เร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

หากกล่าวตามข้อเท็จจริงจากการศึกษาพบว่า หากศึกษาย้อนหลังไปหลายทศวรรษเกี่ยวกับแนวคิด“สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดรองรับ เมื่อไม่มีกฎหมายรองรับแล้วนั่นหมายความว่าประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคไม่สามารถกระทำได้ และหากศึกษาความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆในประเทศไทยที่ส่งผลให้ประชากรไทยเสียชีวิตเป็นอันดับต้นๆ ได้แก่ กลุ่ม 5 โรค NCD คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด หลอดเลือดสมอง ทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง การฆ่าตัวตาย หรือโรคอื่นใดก็ตามแต่ อัตราการรักษาให้หายขาดในอัตราส่วนร้อยละร้อยย่อมเกิดขึ้นได้ยาก จึงเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะตกอยู่ในสภาพผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ และตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตในที่สุด ซึ่งหากผู้ป่วยถึงแก่ความตายในระยะเวลาที่รวดเร็วหลังการเจ็บป่วยหรือถึงแก่ความตายทันที ย่อมปฏิเสธไม่ได้ว่าเป็นผลดีกับผู้ป่วยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการต้องตกอยู่ในภาวะผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ และนอนรอความตายที่ไม่แน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ อาจสร้างความทุกข์ทรมานให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มติดเตียง หรือกลุ่ม “มีสภาพนอนเป็นผัก หรือ ฟื้นก็ไม่ได้ เสียชีวิตก็ไม่ได้” หรือผู้ป่วยกลุ่มที่เรียกเป็นภาษาพูดว่า “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา”

แวดวงสาธารณสุขตระหนักและคำนึงถึงผลลัพธ์เชิงบวกและผลลัพธ์เชิงลบจากการที่ต้องตกอยู่ในภาวะผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบและนอนรอความตายที่ไม่แน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อไหร่ และตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ประกอบกับการผลักดันแวดวงสาธารณสุขให้ก้าวทันต่อนานาประเทศ ทั้งการผลักดันวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ เภสัชศาสตร์ ฟิสิกส์อุตสาหกรรม อุปกรณ์การแพทย์ งานวิจัยต่างๆทางการแพทย์ และการสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ จึงส่งผลให้แวดวงสาธารณสุขเริ่มกลับมาพิจารณาถึงการกระทำการุณยฆาต แต่มีลักษณะเป็นไปในรูปแบบที่เรียกว่า การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงเอง ด้วยการตัดการรักษาให้ถึงแก่ความตายกลไกธรรมชาติของร่างกาย

รัฐและแวดวงสาธารณสุขประเทศไทยจึงส่งเสริมและสนับสนุนใน 2 ประเด็น ได้แก่

1. การอนุญาตให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

2. การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือให้สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้กระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต หรือที่เรียกว่า Palliative Care

จากการศึกษาเชิงลึกพบว่า การกล่าวถึงการกระทำการุณยฆาต มิใช่เป็นประเด็นใหม่ที่ท้าทายต่อรัฐและแวดวงสาธารณสุข แม้จะกล่าวไปข้างต้นว่าหากศึกษาย้อนหลังไปหลายทศวรรษเกี่ยวกับแนวคิด “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคในประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดรองรับ แต่ในรอบเกือบ 20 ปีที่ผ่านมา ได้เริ่มมีการเสวนาทางวิชาการในแวดวงต่างๆ อย่างเป็นสหสาขา กระทั่งนำมาสู่การมีการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และได้นำแนวคิดเรื่อง living will มาบัญญัติไว้ในมาตรา 12 ขณะที่ทำการยกร่างเนื่องจากเป็นประเด็นใหม่ในสังคมจึงไม่อาจหลีกเลี่ยงการเกิดข้อโต้แย้งเกี่ยวกับหลักการวาระต่างๆได้ สำหรับประเด็นนี้สอดคล้องกับที่พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี), (2556) ศึกษาเรื่อง การุณยฆาตในสังคมไทยและเกณฑ์การตัดสินในพระพุทธศาสนา พบว่า การกระทำการุณยฆาตเป็นเรื่องช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เสียชีวิตอย่างไม่มีความเจ็บปวดหรือทรมานจากโรคการกระทำการุณยฆาตลักษณะดังกล่าว ไม่ได้ปราศจากซึ่งการถกเถียงกันแต่อย่างใด เพราะเกิดการถกเถียงทั้งด้านกฎหมาย ศาสนา สังคม จริยธรรม ส่งผลให้เกิดผลกระทบในกลุ่มสังคมที่มีมุมมองต่อสิทธิที่จะตายทั้งระดับนานาชาติและในประเทศไทยได้เกิดการตีความหมายเกี่ยวกับบทบัญญัติ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ทั้งก่อนออกพระราชบัญญัติและหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติดังกล่าว

เมื่อกล่าวถึงข้อถกเถียงเกี่ยวกับการตีความหมายเกี่ยวกับบทบัญญัติ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ร่มธง สินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร, (2562) ศึกษาเรื่อง อำนาจและความรู้กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตพบว่า จากการศึกษาแนวคิดในการใช้อำนาจและความรู้ของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตและเพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรง แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย พยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 6 คนทำให้ทราบว่าสังคมไทยมีสิ่งที่เรียกว่า “วัฒนธรรมสุขภาพ” ไปในแนวทางที่มุ่งสู่การรักษาพยาบาลเพื่อ

ยืดความตายออกไปให้ตราบเท่าที่นานที่สุด กลุ่มตัวอย่างทั้ง 6 คน ต่างเห็นด้วยกับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ไม่เพียงแต่เท่านี้แม้แต่ในต่างประเทศการกระทำการุณยฆาตได้เกิดขึ้นตั้งแต่สมัยโบราณอันเป็นไปด้วยรากฐานทางสังคมและความจำเป็นต่าง ๆ เช่น ประเทศจีนหรือประเทศอินเดียครั้งสมัยโบราณ กรณีที่มีการให้กำเนิดทารกเพศหญิง พบว่าทารกเหล่านั้นจะถูกฆ่า โดยไม่ถือเป็นการกระทำความผิดด้วยเหตุผลว่าการเลี้ยงบุตรเพศหญิงจะส่งผลให้ครอบครัวต้องยากจนลง หรืออาจเป็นไปได้ว่ายุคสมัยโบราณให้ความสำคัญกับมนุษย์เพศชายมากกว่าเพราะมีความแข็งแรงมากกว่ามนุษย์เพศหญิง สันนิษฐานได้จากการเป็นผู้นำในการทำสงคราม หรือการทำงานที่ใช้แรงงานล้วนแล้วแต่ต้องกระทำด้วยแรงกำลังที่มีมากกว่ามนุษย์เพศหญิง

แม้แต่ในศาสนาคริสต์ในอดีตยุครุ่งโรจน์ของคริสต์ศาสนานิกายโรมันแคธอลิกและคริสตจักรสิ่งที่ผิดบาปและไม่เป็นธรรมต่อมนุษย์ประการหนึ่งคือ การช่วยทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตลงด้วยความสงสารเพื่อให้เขาผู้นั้นพ้นจากความเจ็บปวดทรมาน แต่หลังจากนั้นไม่นานกลับพบรายละเอียดเพิ่มเติมว่า คริสตจักรได้เริ่มให้การยอมรับในบางกรณีต่อการช่วยทำให้มนุษย์ต้องเสียชีวิตลงด้วยความสงสาร ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับปัจจุบันที่บางประเทศมีกฎหมายและให้การยอมรับการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

การกระทำการุณยฆาต หรือ “Euthanaia” จากการศึกษาได้พบความหมาย แนวทางการกระทำ และวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การกระทำการุณยฆาตมาจากคำในภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือคำว่า Eu + thanatos ความหมายนัยว่าเดิม คือ good death หรือ การเสียชีวิตที่ดีการเสียชีวิตโดยสงบ

2. การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงโดยสงบซึ่งอาศัยเครื่องมือ คือ การกระทำเพื่อช่วยให้เสียชีวิตด้วยความเมตตาและสงสาร หรือเป็นไปตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเอง

3. การดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบอย่างมีมนุษยธรรม

4. แนวทางหรือวิธีการกระทำการุณยฆาต เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมาน ใน 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านสภาพจิตใจ

5. การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงด้วยการเจตนา

อย่างไรก็ตาม หากทำการจำแนกตามเจตนารมย์ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบแล้ว การกระทำการุณยฆาตจะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงโดยสงบตามความประสงค์ (Voluntary Euthanasia) ซึ่งผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบต้องมีสติสัมปชัญญะ หรือเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive)

2. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่ไม่มีสติสัมปะชัญญะ (Incompetent Patient) เสียชีวิตโดยสงบตามความประสงค์ของผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย (Patient's Surrogate) กล่าวอีกนัย คือ การเสียชีวิตด้วยความสงบ แต่เป็นไปโดยปราศจากความสมัครใจ (Non-Voluntary Euthanasia)

3. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตด้วยความสงบที่ขัดต่อความประสงค์ หรือคำสั่งที่ผู้ป่วยให้ไว้ล่วงหน้า (Involuntary Euthanasia)

ลักษณะการกระทำการุณยฆาต ประกอบด้วย 2 ลักษณะใหญ่ ได้แก่

1. Passive or Negative Euthanasia ลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรับ ด้วยการปล่อยทิ้งให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงโดยมิได้กระทำการใดๆ กล่าวคือ เป็นการเสียชีวิตชนิดไม่ต้องลงมือกระทำหรือเรียกว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงเอง (Letting the Patient Go) และการไม่กระทำการใดๆ ที่พึงเป็นเหตุคาดหวังเพื่อยืดระยะเวลาการถึงแก่ความตายของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ รวมทั้งการยุติหรือการตัดการรักษาอื่นใดแก่ผู้ป่วย

วิธีการนี้เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ซึ่งผู้กระทำการรุณยฆาตจะไม่สัมผัสหรือกระทำการใดต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ แต่จะใช้วิธีปฏิเสธการแทรกแซงต่างๆ และการงดเว้นหรือปฏิเสธการกระทำ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังเสียชีวิตตามธรรมชาติ

นอกจากนี้ Passive or Negative Euthanasia ยังถือว่าเป็นสิทธิในการปฏิเสธเข้ารับการรักษาหรือหยุดการรักษาใดๆ จากผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ทางการแพทย์ เรียกทั่วไปว่า “การปฏิเสธเข้ารับการรักษาหรือหยุดการรักษา” โดยตามข้อเท็จจริงแล้วถือเป็นการกระทำการุณยฆาตโดยอ้อม

2. Active or Positive Euthanasia ลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก ด้วยการลงมือกระทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิต อันเป็นการกระทำโดยมีบุคคลกระทำต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เช่น การเตรียมเข็มเพื่อฉีดสารพิษเข้าสู่ร่างกาย การให้ยาปริมาณที่เกินกว่ามาตรฐานที่กำหนดกระทั่งทำให้ถึงแก่การเสียชีวิต ทั้งยังประกอบด้วย

1) Voluntary and Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจและโดยตรง

2) Voluntary but Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจ แต่เป็นไปโดยอ้อม

3) Involuntary but Direct การกระทำให้เสียชีวิตด้วยความไม่สมัครใจและโดยตรง หรือเป็นการให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเลือกกระทำการให้เสียชีวิตลงเอง อันเป็นการทำให้เสียชีวิตด้วยการเลือกกระทำการเอง ถือเป็นการทำให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจ (Voluntary and Direct)

การวิเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อตอบคำถามวัตถุประสงค์การวิจัยเรื่อง แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จากการศึกษาวิเคราะห์และให้คำตอบแบบตีความโดยเคร่งครัดทั้งจากบริบทแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ศีลธรรม จริยธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ พบว่าคำตอบแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

1. ประเด็นการเข้าถึงสิทธิการตาย ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ตามข้อเท็จจริงแล้วเป็นการยากที่จะตอบคำถามเรื่องมนุษย์มีสิทธิจะเลือกการตายให้ตนเองได้หรือไม่ เพราะสิทธิการตายเป็นเรื่องของความอ่อนไหวทางสังคมและอารมณ์ ต่างจากการทดลองและการวิจัยทางคณิตศาสตร์หรือวิทยาศาสตร์ที่จะมีสูตรการคิดคำนวณและได้คำตอบตรงตามสูตรหรือหลักเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัว

ปัจจุบันเกือบทุกประเทศทั่วโลกต่างเปิดรับ “เรื่องสิทธิ” เป็นอย่างมาก ประเทศเสรีประชาธิปไตยที่ได้รับการพัฒนาแล้วและถือสิทธิเสรีภาพของมนุษย์เป็นสิ่งสำคัญบางประเทศได้บัญญัติกฎหมายรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” รวมถึงการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นที่เรียบร้อยแล้วหลายประเทศ

ประเทศไทยก็ได้มีการบัญญัติสิทธิต่างๆ ไว้ในรัฐธรรมนูญในหลายประเด็นเช่นกัน อย่างสิทธิ เสรีภาพ ความเสมอภาคของประชาชนย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย แต่เมื่อพิจารณา

เจาะจงถึงสิทธิการตายกลับมิได้กล่าวถึงไว้แต่อย่างใด หากมีการเรียกร้องในเรื่องสิทธิการตายเกิดขึ้นในประเทศไทย สิ่งที่ถือว่าเป็นตัวแปรที่ต้องให้ความสำคัญและควรระมัดระวังอย่างยิ่ง คือ ผลลัพธ์ของสิทธิเพราะว่าการถึงแก่ความตายของมนุษย์หนึ่งคนเป็นการได้มาซึ่งสิทธิของบุคคลอื่น หรือเป็นการขาดซึ่งสิทธิของบุคคลอื่นได้เช่นกัน

นอกจากนี้ การกล่าวถึงประเด็นการเข้าถึงสิทธิการตายไม่ได้จำกัดว่าต้องศึกษาและให้ความสำคัญกับเรื่องของสิทธิเท่านั้น ยังต้องศึกษาวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์อีกด้วย เนื่องจากสิ่งที่กล่าวมานั้นมีความสัมพันธ์กับสิทธิการตาย กล่าวคือ วิทยาศาสตร์และการแพทย์เป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่ได้หยุดคิดค้นหรือหยุดการพัฒนาแต่อย่างใด

ขณะเดียวกันกลับมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความก้าวหน้าต่อการรักษาพยาบาล แต่ต้องยอมรับว่าบางครั้งเป็นการก้าวตามการก้าวกระโดดของโรคต่างๆ การรักษาทางการแพทย์ต่อโรคบางโรคอาจยังมิได้มีองค์ความรู้เฉพาะด้านอย่างแน่ชัด ฉะนั้น จึงต้องอาศัยระยะเวลาและความร่วมมือจากหลากหลายองค์กรเพื่อให้การรักษาโรคบรรลุวัตถุประสงค์ จึงไม่เป็นที่น่าแปลกใจว่าทำไมผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบบางรายต้องการเข้าถึงสิทธิการตาย เหตุผลประการหนึ่งเพราะไม่อยากทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

ดังนั้น แนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” ได้หรือไม่ พบว่าปัจจุบันประชาชนไทยสามารถเข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมาย คือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

ซึ่งไม่ได้มีเพียงแต่มาตราดังกล่าวเท่านั้น ยังมีกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืด

การตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ถูกบัญญัติขึ้นมาเพื่อเสริมประสิทธิภาพการบังคับใช้มาตรา 12 ด้วย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้นประกอบด้วยเงื่อนไขสำคัญ คือ การเสียชีวิตต้องเป็นไปอย่างธรรมชาติ กล่าวคือ ต้องไม่ใช่กระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตแบบช่วยเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น

อย่างใดก็ตามกฎหมายบัญญัติโดยนัยว่า ประชาชนมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการเสียชีวิตของตนเองว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว จะขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามธรรมชาติได้ด้วยการไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดระยะเวลาความตายออกไป ในต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) หรือจะเรียกอีกอย่างว่ายินยอมให้มีการการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 7)

กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้ให้ความหมาย Living will หรือ Advance directive ว่าคือเรื่องที่ว่าด้วยสิทธิปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตของผู้ป่วย โดยได้มีคนจำนวนไม่น้อยเข้าใจว่าเป็นเรื่องการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก แต่แท้ที่จริงแล้วไม่ใช่การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกแต่อย่างใด ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สอดคล้องกับประเด็นที่ได้วิเคราะห์ก่อนหน้าว่าการเสียชีวิตต้องเป็นไปอย่างธรรมชาติ กล่าวคือ ต้องไม่ใช่กระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตแบบช่วยเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น (กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2562: 11)

การดำเนินการตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังมีอีกเงื่อนไขที่น่าสนใจว่าการรักษาผู้ป่วยนั้น ต้องไม่ได้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดอีกต่อไปแล้ว อีกทั้งต้องจำกัดไว้เฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้นและต้องสามารถรับการรักษาแบบประคับประคองได้ แต่ไม่ใช่การเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมาน

จากเงื่อนไขที่กล่าวมาทั้งหมดประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

1. การทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขหรือที่เรียกว่า Living will กฎหมายเปิดช่องให้สามารถกระทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย

2. ประชากรไทยมีสิทธิและเสรีภาพต่อร่างกายของตนจะทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุข วัตถุประสงค์เพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า Living will

3. การทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุข ถือเป็นกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) กล่าวคือ ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์กระทำการุณยฆาต โดยผู้ป่วยแสดงได้ตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าหากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการได้ (สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557: 9 อ้างถึงใน อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 414-415)

4. การทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุข ยังนับว่าเป็นการกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” อีกด้วย เนื่องจากเป็นการกระทำที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลงเอง

5. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังถือเป็นสิ่งสำคัญที่ให้ความคุ้มกันต่อบุคลากรทางการแพทย์ จากกรณีที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขตามเจตนารมย์ของผู้ป่วยนั้น ไม่ถือว่าการกระทำลักษณะดังกล่าวเป็นความผิด ส่งผลให้พ้นจากความรับผิด จากที่นภัส คำนวณ, (2558) ศึกษาเรื่อง ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย พบว่า แม้มาตรา 12 วรรค 3 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง เพราะบางครั้งการตัดสินใจ “แสดงเจนาปฏิเสธการรักษาพยาบาล” ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเกิดขึ้นเพราะคิดว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้วการรักษาพยาบาลไม่เกิดประโยชน์ต่อตนเองแต่อย่างใด ดังนั้นจึงเท่ากับว่าเป็นการให้ความคุ้มกันต่อบุคลาการทางการแพทย์

6. นานาประเทศโดยมากการทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขถือเป็นการยอมรับทางกฎหมาย ทางจริยธรรมและศีลธรรม

7. การเสียชีวิตต้องเป็นไปอย่างธรรมชาติเท่านั้น โดยไม่ได้ใช้สิทธิและวิธีการลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) และไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตแบบช่วยเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้น

8. การรักษาผู้ป่วยนั้น ต้องไม่ได้เกิดประโยชน์แต่อย่างใดอีกต่อไปแล้ว อีกทั้งต้องจำกัดไว้เฉพาะในระยะสุดท้ายของชีวิตเท่านั้นและต้องสามารถรับการรักษาแบบประคับประคองได้ แต่ไม่ใช่การเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมาน

9. จากการที่นพพล วิทย์วรพงศ์, (2563) ศึกษาเรื่อง การตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตกับสังคมประเทศไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ประเทศไทยผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่เรียกว่าผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตมีแนวทางเพื่อยุติการมีชีวิตที่กฎหมายรับรอง 2

แนวทาง คือ การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต และ การดูแลแบบประคับประคอง ทั้ง 2 กรณีถือว่าอยู่ภายใต้บทบัญญัติมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

นอกจากนี้ ยังมีแนวทางเลือกแต่ถือเป็นแนวทางเลือกที่ลดระดับความชัดเจนลงมา คือ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น และการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถูกกฎหมาย) และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ กรณีนี้แม้จะไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน แต่สามารถอนุมานได้จากประมวลกฎหมายอาญาว่า เนื่องจากประเทศไทยไม่มีกฎหมายลงโทษการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ก็ไม่ควรผิดกฎหมาย

จากการสำรวจของทีดีอาร์ไอที่ได้ทำการสำรวจเรื่อง การรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่ากลุ่มที่ทำการสำรวจร้อยละ 79 ไม่เคยรับทราบเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าก่อนเสียชีวิตหรือการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will) มาก่อนแต่อย่างใด จึงเปรียบเป็นเรื่องปกติของคนในประเทศไทยที่ไม่ได้มีการเตรียมการสำหรับช่วงท้ายระยะเวลาสุดท้ายของชีวิต (วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอออนไลน์, 2562)

อนึ่ง การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ตามมาตรา 12 เรียกว่า Living will ส่วนในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553 เรียกการทำหนังสือตามมาตรา 12 ว่าเป็น การทำหนังสือแสดงเจตนา ปรากฏตามข้อ 2 กฎกระทรวงฯ ซึ่งบัญญัติว่า

หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

(สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่สามารถปฏิเสธ เช่น การรักษาที่ไม่จำเป็น (Futile Treatment) การใช้เครื่องพยุงชีพทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง การกระตุ้นระบบไหลเวียน กระบวนการฟื้นชีพเมื่อ

หัวใจหยุดเต้น เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พ.ศ. 2558 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 13-14)

2. ประเด็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค หากย้อนหลังกลับประมาณ 2-3 ปีก่อน สื่อสังคมออนไลน์ได้มีการเปิดเผยเรื่องราวของผู้ชายไทยที่ป่วยด้วยเนื้องอกในสมองเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี ได้เข้ารับการกระทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เนื่องจากประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีการจัดตั้งองค์กรบริการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกให้แก่ผู้ที่มีความต้องการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกอย่างองค์กรสิทธิที่จะตายอย่าง Exit องค์กรเอกชนด้านสิทธิ อันได้แก่ สมาคมสิทธิที่จะตาย (Right to Die Societies)

ผู้ป่วยรายดังกล่าวอาจเรียกได้ว่าอยู่ในผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เพราะมีการผ่าตัดเนื้องอกในสมองมาแล้วมากกว่า 2 ครั้งในรอบระยะเวลานานกว่า 10 ปี ผู้ป่วยทำการโพสต์ข้อความไว้ในสื่อสังคมออนไลน์แห่งหนึ่งว่าตนเองจะว่าเข้ารับการกระทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์อย่างถูกกฎหมาย ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยยังเคยได้ร้องขอแพทย์ที่ทำการรักษาว่าขอกระทำการการุณยฆาตจากแพทย์แต่แพทย์ไม่สามารถกระทำให้ได้

โพสต์สุดท้ายได้เป็นการโพสต์ข้อความระบายถึงความในใจถึงวาระสุดท้ายของชีวิตก่อนจะเสียชีวิตอย่างสงบมีบางช่วงบางตอนบันทึกไว้ว่า

“หลังจากจบโพสต์นี้ ผมจะรับยาและจากไปอย่างถาวร ที่ผมมาทำการุณยฆาตนี้เพราะไม่อยากให้ป๊ากับคุณแม่ต้องมาคอยดูแลผม หากในการผ่าตัดครั้งต่อไป มันทำให้ผมต้องเป็นอัมพาตหรือเจ้าชายนิทรา ผมรู้สึกมีความสุขมากในตอนนี้ทั้งกับตัวเองที่จะไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีก และกับป๊าและแม่ที่จะไม่ต้องลำบากต้องมาดูแลคนที่นอนเป็นผัก ในเวลาที่ป๊ากับแม่ควรจะต้องอยู่อย่างสบายกายแล้ว ลาก่อนครับป๊า ลาก่อนครับคุณแม่ (ลงชื่อ)” (บันทึกของคุณ….ผู้เลือกจบชีวิตตัวเองด้วยวิธีการุณยฆาต คมชัดลึกออนไลน์, 2565) (ผู้วิจัยขอสงวนซึ่งการกล่าวถึงชื่อเพื่อเป็นไปตามจริยธรรมการวิจัย และเพื่อไว้อาลัยให้กับผู้เสียชีวิต)

ทั้งนี้ไม่เพียงแต่ผู้ชายไทยที่ป่วยด้วยเนื้องอกในสมองเป็นระยะเวลานานกว่า 10 ปี ท่านนี้เท่านั้นยังมีกรณีของนักเขียนเพศหญิงชื่อดังในวงการวรรณกรรมอีกท่านที่เลือกเข้ารับการกระทำการุณยฆาต ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ด้วยเช่นกัน (ผู้วิจัยขอสงวนซึ่งการกล่าวถึงชื่อเพื่อเป็นไปตามจริยธรรมการวิจัย และเพื่อไว้อาลัยให้กับผู้เสียชีวิต)

จากการศึกษาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นพบ 3 ตัวแปรสำคัญที่สัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้

หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคก้าวเข้ามามีบทบาทกับสิทธิการตายมากยิ่งขึ้น ได้แก่

1. วิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์

การแพทย์ไม่ว่าจะแขนงใดก็ตาม อันเป็นสิ่งที่มนุษย์ต่างคาดหวังว่าจะสามารถเอาชนะต่อความเจ็บป่วยได้ แต่แท้ที่จริงแล้วหาเป็นเช่นนั้นไม่ อาจเพราะระบบร่างกายมนุษย์มีความซับซ้อนประกอบกับทุกวันนี้มีโรคต่างๆ ที่ไม่ได้มีมาก่อนซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง หรือการกลับมาของโรคในอดีตที่การรักษาของแพทย์สามารถควบคุมและเอาชนะต่อโรคนั้นๆ มาได้แล้วก็ตาม จึงกลายเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่ทำให้การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเข้ามาใกล้ตัวมนุษย์มากยิ่งขึ้น

2. ปัจจัยด้านทุนทรัพย์ในการรักษาพยาบาล อย่างที่เป็นการทราบดีอยู่แล้วว่าแม้ประเทศไทยจะมีโครงการประกันสังคม แต่ยังมีแรงงานนอกระบบอีกจำนวนมากที่เข้าไม่ถึงสิทธิประกันสังคม แต่ยังเป็นการดีที่ประเทศไทยยังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่เรียกติดปากภาษาพูดว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” รองรับ แต่ในทางกลับกันยังพบว่ามีบางกรณีที่บัตร 30 บาท รักษาทุกโรคไม่ได้ให้ความคุ้มครอง

ดังนั้น เรื่องทุนทรัพย์ในการรักษาพยาบาลจึงกลายมาเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่นำมาซึ่งความต้องการเข้าถึงสิทธิการตายด้วยการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ตัวอย่างเด่นชัดคือ กรณีศึกษาของผู้ป่วยชายไทยที่ได้เข้ารับการกระทำการุณยฆาตที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ได้ประสบปัญหาเรื่องทุนทรัพย์ในการรักษาพยาบาลเช่นกัน

3. การต้องการเข้าถึงสิทธิในการตาย (Right to Die) เพื่อเลือกการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากกว่าการตกเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบและไม่มีแนวโน้มว่าวิวัฒนาการทางการแพทย์จะรักษาให้หายขาดจากโรคได้ดังเดิม และเพื่อไม่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรหรือต้นทุนทางการแพทย์และทางวิทยาศาสตร์ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้ป่วยเหล่านั้นต้องการเข้าถึงสิทธิในการตายด้วยวิธีการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบันประเทศที่อนุญาตและเปิดโอกาสให้สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาในรัฐโอเรกอน วอชิงตัน มอนตานา เวอร์มอนต์ และแคลิฟอร์เนีย ประเทศโคลัมเบีย

ประเทศอินเดีย ประเทศแคนาดา ประเทศ เนเธอร์แลนด์ ประเทศเบลเยี่ยม ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศญี่ปุ่น โดยแต่ละประเทศจะมีกฎหมาย แนวทางหรือวิธีการแตกต่างกันไป

ฉะนั้น คำตอบวัตุประสงค์การวิจัยที่ว่ามีแนวทาง โอกาสความเป็นไปได้หรือไม่ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค การศึกษาพบว่า คำตอบประเด็นนี้ไม่เพียงแต่จะเน้นย้ำคำตอบที่ได้กล่าวมาหลายครั้งตั้งแต่บทที่ 2 กระทั่งบทที่ 3 ว่าประเทศไทยไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้อย่างเด็ดขาดเนื่องจากเหตุผลดังนี้

1. ไม่มีการบัญญัติกฎหมายรองรับและไม่เคยแม้แต่จะมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าว รวมทั้งไม่มีกฎหมายอื่นใดที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้

2. การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ไม่เพียงแต่เป็นเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ยังสัมพันธ์ต่อศีลธรรม จริยธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธอีกด้วย ซึ่งหมายความว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกเท่ากับการฆ่าตัวตายด้วยตนเองหรือจากผู้อื่น โดยการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่โหดร้ายต่อวิถีทางสังคมปกติแล้วการฆ่าตัวตายไม่ควรเกิดขึ้น ทั้งยังในทางความเชื่อเรื่องศาสนาการฆ่าตัวตายถือว่าเป็นบาป

3. นอกจากเหตุผลข้างต้นทั้ง 2 ข้อ ยังพบว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค คือเรื่องที่สัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และยังหมายถึงความรู้สึกทางสภาพจิตใจคนในสังคมด้วย อย่างในปัจจุบันที่ประเทศไทยยังใช้การประหารชีวิตเป็นบทกำหนดโทษความรับผิดทาอาญาตามมาตรา 18 โทษสำหรับลงแก่ผู้กระทำความผิด เมื่อมีข่าวเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเกิดขึ้น ประชาชนที่เปราะบางและอ่อนไหวทางสังคมอาจเกิดความหดหู่จากการลงโทษลักษณะดังกล่าว

ดังนั้น การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคจึงถือเป็นเรื่องเปราะบางและอ่อนไหวทางสังคมอย่างมาก การคำนึงถึงสภาพจิตใจ

ของฝ่ายผู้ป่วยและญาติจึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนเพราะไม่มีความสัมพันธ์ใดในครอบครัวที่ปราศจากความรักและความคาดหวังให้คนในครอบครัวหายขาดจากการเจ็บป่วย

จากช่วงเวลาที่ผ่านมากว่าสิบปีประเทศไทยได้มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำการุณยฆาตเช่น ประสาท เหล่าถาวร, 2552 ได้ศึกษาเรื่อง ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับข้องกับกฎหมาย หัวข้อเรื่อง สิทธิการตาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 239 ราย มีความคิดเห็นที่สัมพันธ์ระหว่างสิทธิการตายกับการกระทำการุณยฆาตดังนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.6 มีความคิดเห็นว่า การให้ยาทางหลอดเลือดเพื่อให้เป็นไปในลักษณะการนอนหลับถือเป็นอีกสิ่งที่ควรกระทำเมื่อผู้ป่วยได้ร้องขอรองลงมา คือ ร้อยละ 51 มีความคิดเห็นว่า กรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการให้แพทย์หยุดการรักษา แพทย์ควรดำเนินการตามที่ได้มีการร้องขอ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 55.6 ไม่เห็นด้วยกับกรณีที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกว่าที่เป็นอยู่ซึ่งเป็นการรักษาเป็นการทำให้ผู้ป่วยมีความทรมาน ร้อยละ 78.2

อย่างไรก็ตามแม้ข้อสรุปในวัตถุประสงค์ข้อนี้ คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายแล้ว ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมาย คือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และประเทศไทยไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

แต่หากประเทศไทยสามารถผลักดันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค คำถามคือ ควรมีแนวทางดำเนินการอย่างไรบ้าง เพราะว่าสำหรับประเด็นนี้เป็นเรื่องเปราะบางทางสังคมประกอบกับยังเกี่ยวข้องกับหลากหลายแวดวงอย่างเป็นสหสาขาไม่ว่าจะเป็นแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์และยังเชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ ไม่เพียงแต่เท่านี้ยังเป็นการได้มาซึ่งสิทธิและสูญเสียสิทธิของบุคคลอื่นด้วยเช่นกัน

มโนคติกรณีแนวทางดำเนินการในการผลักดันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ได้แก่

1. ทบทวนกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบันโดยองค์กรต่างๆที่เกิดขึ้น ดังนี้

1.1 ประมวลกฎหมายอาญา ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย หมวด 1 ความผิดต่อ
ชีวิต

1.2 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

1.3 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

2. การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทต่อการตัดสินใจ หรือเพื่อให้รัฐรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนปรากฏในรูปแบบการเข้ามามีส่วนร่วมทำประชามติหรือทำประชาพิจารณ์ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเพื่อสร้างพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว และเพื่อนำไปสู่การสร้างความตระหนักถึงปัญหาหรือความสำคัญต่อการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการ เร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ซึ่งควรจะเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสามารถฉามหาและเรียกร้องเพื่อให้ตนเองยุติความทุกข์ทรมานจากโรคที่รุมเร้าและมีแนวโน้มแต่จะทวีความรุนแรงขึ้น

3. ศึกษาข้อมูลการดำเนินการผลลัพธ์เชิงบวกและผลลัพธ์เชิงลบจากประเทศที่เปิดให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อย่างประเทศสหรัฐอเมริกาในรัฐโอเรกอน วอชิงตัน มอนตานา เวอร์มอนต์ และแคลิฟอร์เนีย ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเบลเยี่ยม ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศญี่ปุ่น

4. การผลักดันให้ประชาชนรู้จักแนวทางเสริมที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันนำมาประกาศใช้อย่างแพร่หลาย เพราะยังมีประชาชนอีกจำนวนมากไม่ทราบว่าขณะนี้มีแนวทางเสริมทดแทนจากการที่ประเทศไทยไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้

แนวทางเสริมที่กล่าวถึงนั่นคือ การดูแลแบบประคับประคองอาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative

Care) จากการศึกษาของ Radbruch et al., (2016) ที่ได้ทำการแถลงถึงความมั่นคงในหลักการของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งภาคพื้นยุโรป (European Association for Palliative Care) และการศึกษาของ De Lima et al., (2017) ที่ได้ทำการแถลงถึงความมั่นคงของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองและการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายนานาชาติ (International Association for Hospice and Palliative Care) นักวิชาการทั้งสองท่านได้นำเอาประเด็นข้อถกเถียงจากสังคมในประเด็นการุณยฆาตอันเป็นข้อถกเถียงเพื่อนำไปสู่การมีกฎหมายการกระทำการุณยฆาต ด้วยเห็นพ้องว่ากฎหมายการกระทำการุณยฆาตจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องตระหนักและต้องเกิดจากความคิดรวบยอดหรือหลักการในประเด็นที่เกี่ยวข้องทุกบริบทและทั้งระบบของด้านต่างๆ เช่น ระบบสุขภาพ ระบบสารณสุข ระบบกฎหมายและบริบททางสังคม อีกทั้งยังได้เสนอแนะเงื่อนไขสำคัญดังต่อไปนี้

1. แม้ว่าจะมีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตแต่ประเด็นการดูแลรักษาแบบประคับประคองและการที่ประชาชนเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างถ้วนหน้า (Universal Access to Palliative Care Services) ยังถือเป็นแนวทางปฏิบัติที่ยังคงต้องดำรงอยู่เพื่อควบคุมไม่ให้มีการกระทำการุณยฆาตเกินความจำเป็นอย่างแท้จริง

2. กฎหมายการกระทำการุณยฆาตจำเป็นต้องมีการบัญญัติถึงการดำเนินงานของแพทย์ว่าแพทย์สามารถปฏิเสธการกระทำการุณยฆาตได้ และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care Units) โดยเฉพาะหน่วยงานในโรงพยาบาลไม่ควรเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 26)

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 พบว่า คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” ถูกบัญญัติไว้ในข้อที่ 2 ช่วงท้ายความว่า

ข้อที่ 2 “บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง มิใช่เรื่องขอการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค แต่เป็นเรื่องที่เรียกได้ว่าเป็นการเสียชีวิตอย่าง

ธรรมชาติ อีกทั้งการดูแลแบบประคับประคองในระดับสากลถือว่าถูกกฎหมายอีกด้วย เหตุผลสนับสนุนหลักการดังกล่าว ได้แก่

1. การดูแลแบบประคับประคองเป็นไปในลักษณะการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเอาใจใส่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ด้วยการดูแลแบบประคับประคองซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องดูแลแบบประคับประคองต่อผู้ป่วยที่มีลักษณะติดเตียง หรือผู้ป่วยที่มีสภาพนอนเป็นผักเท่านั้น แต่ยังหมายถึงผู้ป่วยและอาจหมายถึงผู้ป่วยระยะสุดท้ายแต่ยังสามารถดำเนินชีวิตในการทำงานหรือการพักรักษาตัวที่บ้านได้เช่นกัน

2. วัตถุประสงค์ของการดูแลแบบประคับประคอง คือ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเกิดคุณภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจที่ดีขึ้นกว่าเดิม รวมทั้งยังเป็นการให้เวลาเยียวยาจิตใจญาติหรืออาจเรียกเป็นภาษาพูดได้ว่า “การให้เวลาญาติทำใจต่อการเสียชีวิตที่จะเกิดขึ้นในอนาคต”

ไม่เพียงแต่ที่กล่าวถึงเท่านั้นการดูแลแบบประคับประคอง ยังส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่ญาติมีต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ นั่นเพราะว่าการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้หมายความว่า ญาติจะต้องดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบตลอดเวลา แม้อาการของโรคหรือแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์ปรากฏว่าไม่มีทางรักษาให้หายขาดจากโรคได้ก็ตาม แต่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบบางรายยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติโดยอาศัยการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

เมื่อญาติไม่ต้องดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบตลอดเวลา ความกังวล ความเครียดและความกดดันที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนปัญหาทางด้านการเงินที่ต้องใช้ดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่สามารถเกิดขึ้นได้อย่างแน่นอนนั้น สามารถลดระดับความรุนแรงลงได้นั่นเท่ากับว่าสามารถช่วยพัฒนาคุณภาพด้านร่างกายและด้านจิตใจของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้

3. การดูแลแบบประคับประคองเป็นการหลีกเลี่ยงการใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ การแพทย์ไม่ว่าจะแขนงใดก็ตามต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ สำหรับกรณีการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์เหตุผลสนับสนุนหลักการการดูแลแบบประคับประคองข้างต้น พบว่าสอดคล้องกับคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งแยกประเด็นย่อย ดังนี้

1. การให้ความดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลแบบประคับประคอง ถือเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพราะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ประคับประคองความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานให้อยู่ในระดับที่ทรงตัวหรือลดระดับลงได้

2. การดูแลแบบประคับประคอง ไม่ได้กระทำเพื่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่เป็นการกระทำต่อญาติครอบครัวหรือผู้ที่ดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบด้วย

3. วิธีการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบนั้น วิธีการที่ดีที่สุด คือ การเข้าไปดูแลถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของความเจ็บป่วย โดยดำเนินการร่วมกับทำการประเมินปัญหาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพทางด้านกาย สภาพจิตใจ ปัญญา และสังคม

4. วัตถุประสงค์การดูแลแบบประคับประคอง คือ ลดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วยและเพื่อเพิ่มคุณค่าคุณภาพชีวิตทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือที่เรียกว่า “ตายดี” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2562,: 13-15)

ทั้งนี้ การปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยไม่ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็ตาม และผู้เจ็บป่วยจะเป็นเพศหรือวัยใดการปฏิบัติของแพทย์ต้องปฏิบัติอย่างเท่าเทียมเสมอภาคและยึดถือจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นหลัก โดยเฉพาะการปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ

ประเด็นจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์ต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบถือได้ว่าเป็นประเด็นที่อ่อนไหวอย่างมาก โดย Doyle and Woodruff, 2013 อ้างถึงในร่มธงสินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร, 2562: 107 ทำการอธิบายประเด็นหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์ 4 ประการ ซึ่งเมื่อนำมาประกอบกับการดูแลแบบประคับประคอง สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ยึดถือหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence) คือ การดูแลรักษาด้วยสิ่งที่เป็นประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยา สารอาหาร สารเคมีที่เกิดประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งสามารถส่งผลดีต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้

หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ และตระหนักถึงผลประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจะได้รับ

2. ยึดถือหลักไม่กระทำการใดอันเป็นเหตุให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) คือ ลดระดับความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายให้ลดต่ำลง กล่าวคือ เป็นการลดการกระทำการอันใดก็ตามที่จะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายหรือเกิดการทำอันตรายต่าง ๆ ต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบให้มีความเสี่ยงเป็นศูนย์

3. ยึดถือหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy) คือ การยอมรับซึ่งสิทธิผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง ถือเป็นการยืนยัน เจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบโดยปราศจากอคติของผู้ทำการรักษา แต่ถึงอย่างไรแล้วการยอมรับซึ่งสิทธิผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบสำหรับตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองนั้น ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง มิใช่ปล่อยให้ผู้ป่วยตัดสินใจขอกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคซึ่งประเทศไทยไม่เปิดช่องให้กระทำได้โดยเด็ดขาด

4. ยึดถือหลักความยุติธรรม (justice) คือ การให้บริการผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและตามความจำเป็น

ฉะนั้น จากสิ่งที่ได้กล่าวมาทั้งหมดมีความสอดคล้องกับที่ พรเลิศ ฉัตรแก้ว, 2554 อ้างถึงในร่มธง สินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร, 2562: 107 ซึ่งมีความเห็นโดยสรุปว่า การกระทำการุณยฆาตหรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จะมีความแตกต่างจากการยินยอมให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตลง เนื่องจากแพทย์ยังคงดูแลผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบตามหน้าที่อย่างปกติที่พึงต้องกระทำแม้จะอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วก็ตาม ปรากฏในลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง โดยยอมรับว่าการเสียชีวิตเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ แต่การกระทำการุณยฆาตหรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ถือว่าเป็นความผิดหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์ตามประกาศของแพทย์สมาคมโลกและผิดกฎหมาย

ด้วยข้อที่ 2 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ที่ได้บัญญัติถึง การดูแลแบบประคับประคอง

นั้น สามารถกล่าวได้ว่าการรักษาและดูแลด้วยการประคับประคองเป็นอีกรากฐานอันสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่สำคัญยิ่งของ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ เรื่องที่ว่าด้วยสิทธิของบุคคลพึงมีในการทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขโดยจุดประสงค์เพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือกล่าวอีกนัยว่าเป็นการแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าไม่ให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไปในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่จะเป็นการดูแลตามอาการแบบการดูแลแบบประคับประคอง (Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ)

อย่างไรก็ตาม จากที่ได้กล่าวข้างต้นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นอีกรากฐานอันสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับการปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตที่สำคัญของ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อศึกษาพบว่าเชื่อมโยงกับตัวแปรสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

2. สิทธิของบุคคลพึงมีในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3. ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสิ้นสุดของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

4. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลที่ใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

5. การดูแลแบบประคับประคองตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ข้อที่ 2 ยังเป็นการสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังนี้

5.1 การดูแลทางการแพทย์ควบคู่กับการดูแลทางสังคม ความสัมพันธ์ด้านครอบครัว

5.2 การดูแลทางการแพทย์ควบคู่กับการดูแลทางด้านร่างกาย

5.3 การดูแลทางการแพทย์ควบคู่กับการดูแลทางด้านจิตใจ

5.4 การดูแลทางการแพทย์ควบคู่กับการดูแลทางด้านสภาพแวดล้อม

5.5 การดูแลเยียวยา การดูแลและฟื้นฟูสภาพจิตหลังผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบได้ชีวิตลง

จากรายละเอียดทั้งหมดที่ได้กล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองพิจารณาได้ว่า การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการดูแลรักษาที่สำคัญและควรริเริ่มการปฏิบัติอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกับภาวการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบของประเทศไทยในอนาคต สำหรับประเด็นการดูแลแบบประคับประคองด้านทีดีอาร์ไอทำการสำรวจเรื่อง การรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย พบว่ากลุ่มที่ทำการสำรวจร้อยละ 75 ไม่เคยทราบมาก่อนว่าประเทศไทยมีการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

ขณะที่กลุ่มที่ทราบว่ามีการดูแลแบบประคับประคองโดยมาก คือ กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีประสบการณ์จากการดูแลรักษาแบบประคับประคองคนในครอบครัว (วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอออนไลน์, 2562)

4.2 “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศ

ด้วยผลการศึกษาจากวัตถุประสงค์การวิจัยที่กล่าวถึงแนวทาง โอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถผลักดันประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่พบว่า ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงสิทธิการตายได้ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เรียกว่าเป็น การกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” ที่ให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเท่านั้น เปรียบเสมือนว่าเป็นการเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive) หรือที่ วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอออนไลน์ กล่าวว่า กฎหมายไทยได้รับรองและให้สิทธิประชาชนในการเลือกตายอย่างธรรมชาติแบบ Passive Euthanasia ด้วยการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตอย่างสงบ กล่าวคือ แพทย์ยกเลิกการรักษา ไม่สั่งการรักษา ไม่กระทำการใดๆ ที่พึงเป็นเหตุคาดหวังเพื่อยืดการเสียชีวิตออกไปในวาระที่เรียกว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” แต่จะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง

(Palliative care) กระทั่งผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เสียชีวิตตามธรรมชาติ (วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอ ออนไลน์, 2562)

สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยนับว่าเป็นการให้ความเคารพและยอมรับต่อสิทธิโดยอิระของผู้ป่วย หรือ Patient Autonomy หมายถึง สิทธิที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาตนเองด้วยตนเองทั้งยังเป็น “เจตจำนงเสรี หรือ Free will” ที่เป็นการสมัครใจโดยอิสระไร้ซึ่งการถูกบังคับ สิทธิและเจตจำนงเสรีนี้ไม่เพียงแต่เป็นที่ยอมรับในประเทศไทย แต่ยังเป็นที่ยอมรับทางกฎหมาย ทางจริยธรรมและศีลธรรมในระดับสากลด้วย (อนัญพร พูลนิติพร, 2564: 423-424)

ทั้งนี้มีประเด็นควรพิจารณาศึกษาเพิ่มเติมคือ การที่รัฐอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ถือว่าเป็นการให้สิทธิที่ยังไม่สมบูรณ์แบบอย่างเต็มที่ หากอนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างเต็มที่ ประชาชนควรมีสิทธิที่จะตัดสินด้วยตนเองถึงระยะเวลาการตายของตนด้วย เรื่องนี้เสมือนว่าเป็นประเด็นเปราะบางทางสภาพจิตใจ เมื่อต้องกล่าวถึงการใช้สิทธิเลือกความตายให้กับตนเอง จึงกล่าวได้ว่าเมื่อรัฐยังไม่ได้อนุญาตให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตายสมบูรณ์แบบเต็มที่ การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคจึงไม่อาจเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย ซึ่งไม่เพียงแต่เหตุผลว่ารัฐยังไม่ได้อนุญาตให้ประชาชนมีสิทธิการเข้าถึงตายอย่างสมบูรณ์แบบเต็มที่ การบัญญัติกฎหมายรองรับก็ไม่เคยปรากฏมาก่อนเช่นกัน จากการวิเคราะห์เหตุผลเพิ่มเติมพบว่าการเปิดรับของสังคมยังต้องใช้เวลาอย่างมาก เพราะการกระทำการุณยฆาตยังเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรมคำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ หากจะให้วิถีทางสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) เปลี่ยนแปลงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป

การที่ประเทศไทยยังไม่เปิดรับต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์จากการไม่เปิดรับต่อการกระทำการุณยฆาต ลักษณะข้างต้นแบ่งออกได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีผลลัพธ์เชิงลบ ได้แก่ โอกาสในการเกิดการสูญเสียและเพิ่มต้นทุนด้านทรัพยากรทางการแพทย์ ต้นทุนด้านงบประมาณของแวดวงสาธารณสุข ต้นทุนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจาก

การรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบที่ต้องใช้จ่ายเพื่อรักษาตนเอง หรือยิ่งจะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งทางวรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอออนไลน์ เรียกสภาวการณ์เช่นนี้ว่า “ภาวะสิ้นเนื้อประดาตัว สาเหตุจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Catastrophic health expenditure)เมื่อต้องรับผิดชอบ ค่าใช้จ่าย และขาดการเตรียมการที่ดี”

นอกจากนี้ ผลลัพธ์เชิงลบอีกประการคือ ยังทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีแต่จะประสบกับความทุกข์ทรมานจากโรคที่มีแต่จะคุกคามและรุมเร้าให้อาการเจ็บป่วยทวีความรุนแรงมากขึ้นจนสภาพร่างกายไม่สามารถอดทนได้ และในผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบบางรายอาจไม่มีเจตจำนงให้มีการยืดระยะเวลาการตาย ด้วยเหตุผลทางจิตใจไม่ว่าจะเป็นการรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว การรู้สึกด้อยคุณค่าของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ดังนั้น จึงได้เกิดการนำพามาสู่การทวงถามถึงสิทธิการตายจากผู้ที่ถูกยืดระยะเวลาความตายว่าเหตุใดตนไม่มีสิทธิเรียกร้องความตาย เพราะความตายนำมาซึ่งการพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคที่รุมเร้า การทวงถามสิทธิความตายนี้สอดคล้องกับ Rational Choice Theory ทฤษฎีการเลือกอย่างเป็นเหตุเป็นผล กล่าวคือ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบโดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในวาระท้ายของชีวิตซึ่งได้ร้องขอความตายนั้น การร้องขอความตายได้ผ่านการพิจารณาถึง “ความสมเหตุสมผล” และ “การเปรียบเทียบ” ระหว่างความหนัก-เบาของการกระทำกับผลลัพธ์จากการกระทำแล้วว่าหากตนไม่มีสิทธิเรียกร้องความตายให้ตนเองได้ จะยิ่งทำให้มีแต่ความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่หากสามารถเข้าถึงความตายได้ย่อมทำให้หลุดพ้นจากวงจรชีวิตที่บางโอกาสอาการป่วยอาจทรงตัว แต่แล้วก็วนกลับมีอาการทรุดโทรมของโรคเป็นวัฏจักรจนกว่าจะถึงแก่ความตายตามธรรมชาติที่ไม่ทราบแน่ชัดว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด

การทวงถามถึงสิทธิการตายเริ่มมีมากขึ้นต่างจากอดีตเพราะการก้าวหน้าของกฎหมายประเทศอื่นๆ และการยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคที่มากขึ้นกับประเทศอื่นทั่วโลกแม้จะมิใช่ทุกประเทศก็ตาม ทำให้ควรมองย้อนกลับมาที่ประเทศไทยว่าถึงเวลาแล้วหรือไม่ที่ประชาชนจะเข้าถึงสิทธิการตายได้ทางชาญชัย วสันตยานันท์ (2551) ศึกษาเรื่อง การุณยฆาตกับสังคมไทยพบว่า การตระหนักเกี่ยวกับ “สิทธิการตาย” คือ สิ่งที่เป็น “รากฐาน” สำคัญอย่างยิ่งที่นำไปสู่การยอมรับต่อ “การกระทำการุณยฆาต” โดยเฉพาะเมื่อสังคมตะวันตกได้เกิดการก่อตัวและยอมรับเกี่ยวกับ “สิทธิการตาย” และ “การกระทำการุณยฆาต” มากขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จึงเป็นเหตุผลที่สังคมไทยได้รับอิทธิพล

เกี่ยวกับ “สิทธิการตาย” และ “การกระทำการุณยฆาต” ผ่านทางหลักการความเท่าเทียมกันของมนุษย์ และความแตกต่างทางสังคม

ไม่เพียงแต่เท่านี้ด้านธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ (2563) ศึกษาเรื่อง บทความวิชาการ การุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์พบว่าได้กล่าวถึงเรื่อง “สิทธิในการตาย” ว่าเป็นเรื่องของสิทธิอันเป็นพื้นฐานอีกสิทธิหนึ่งในร่างกายของบุคคลที่ควรสามารถเลือกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับในรายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

กรณีผลลัพธ์เชิงบวก ในทางกลับกัน ณ ปัจจุบันหากประเทศไทยเปิดรับแนวคิดสิทธิการตายของมนุษย์ หรือแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคด้วยการบัญญัติกฎหมายและบังคับใช้ได้อย่างถูกต้อง จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เข้าถึงสิทธิการตายได้อย่างสมบูรณ์แบบโดยการตัดสินใจเลือกการตายให้แก่ตนเองเมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์ ไม่สามารถอดทนต่อการเจ็บป่วยทางร่างกายต่อไปได้อีกแล้ว ซึ่งนั่นจะเป็นผลพวงเชื่อมต่อไปยังการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอีกด้วย

ไม่เพียงเท่านี้หากมีการบัญญัติกฎหมายขึ้น ย่อมต้องมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยขอบเขตอำนาจและข้อจำกัดการกระทำ และการให้ความคุ้มกันป้องกันความรับผิดจากการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อันจะส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์กล้าดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยต่อไป นอกจากนี้ยังช่วยลดความสูญเสียด้านต้นทุน ด้านทรัพยากรทางการแพทย์ ต้นทุนด้านงบประมาณของแวดวงสาธารณสุข ต้นทุนค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ รวมถึงการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัวผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ สอดคล้องกับที่ นภัส คำนวณ (2558) ศึกษาเรื่อง ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายพบว่า หน้าที่ของแพทย์คือ การช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยอย่างสุดกำลังความสามารถ จึงเป็นการย้อนแย้งกับหน้าที่ของแพทย์หากต้องยุติการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย เพราะแพทย์ต้องตระหนักถึงจริยธรรมทางวิชาชีพและกฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องการรับรองสิทธิผู้ป่วยการคุ้มครองการทำหน้าที่ของแพทย์และการคุ้มครองต่อหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์จึงเป็นเรื่องสำคัญ

อนึ่ง ประเด็นที่ควรพิจารณาอีกประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค หากพิจารณาจากวิถีทางสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคม พบว่า สังคมไทยไม่มีค่านิยมกล่าวถึงความตายหรือหลีกเลี่ยงที่จะกล่าวถึง ด้วยความเชื่อที่สั่งสมและถ่ายทอดมาช้านานว่า การตายเป็นเรื่องอัปมงคล จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่สนับสนุนรากฐานความคิดว่าประชาชนไทยขาดการเตรียมความพร้อมสำหรับความตายในหลายๆด้าน รากฐานความคิดนี้สอดคล้องกับผลสำรวจทีดีอาร์ไอ เรื่อง การรับรู้และทัศนคติของประชาชนต่อการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทย

รายละเอียดบางส่วนกล่าวว่า คนไทยโดยมากไม่ได้คำนึงถึงเรื่องต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการเสียชีวิตและหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงการเสียชีวิต แต่จะเริ่มคำนึงถึงเรื่องการเสียชีวิต เมื่อเริ่มก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุเท่านั้นหรือเมื่อเริ่มประสบปัญหาด้านสุขภาพ เหตุผลที่สนับสนุนหลักคิดที่ว่าคนไทยโดยมากไม่ได้คำนึงถึงการเสียชีวิตและหลีกเลี่ยงการกล่าวถึงการเสียชีวิตนั้น เกิดจากการสันนิษฐานได้โดยง่ายและเป็นเหตุผลเชิงประจักษ์ คือ ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อว่าการกล่าวถึงการเสียชีวิตเป็นสิ่งอัปมงคลหรือเป็นการสาปแช่งต่อตนเองและบุคคลอื่น(วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ทีดีอาร์ไอออนไลน์, 2562)

ตามที่ได้กล่าวถึงการศึกษามาทั้งหมดในข้างต้น พิจารณาได้ว่าวัตถุประสงค์การวิจัยที่ต้องการเปรียบเทียบ “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคระหว่างประเทศไทยกับของต่างประเทศ สรุปได้ว่าประเทศไทยสามารถเปรียบเทียบในประเด็น “สิทธิการตาย” ได้เท่านั้น เพราะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

รายละเอียดประเด็นที่ประเทศไทยสามารถเปรียบเทียบกับต่างประเทศได้กล่าวถึงแล้วตั้งแต่บทที่ 2 ถึงบทที่ 4 จึงขอสรุปประเด็นอีกครั้ง คือ

1. มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การให้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย กฎหมายไม่ได้ให้สิทธิการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคแต่อย่างใด แต่กฎหมายบัญญัติโดยนัยว่าประชาชนมีสิทธิแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายของตนเองว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว

จะขอใช้สิทธิตายตามธรรมชาติได้ ด้วยการไม่ประสงค์จะให้ใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดระยะเวลาความตายออกไป ในต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) หรือจะเรียกอีกอย่างว่ายินยอมให้มีการการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 7)

2. กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 การดูแลแบบประคับประคองอาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต หรือที่เรียกว่า Palliative Care วัตถุประสงค์ คือ ลดระดับความรุนแรงของความเจ็บปวดทรมานของผู้ป่วยและเพื่อเพิ่มคุณค่าคุณภาพชีวิตทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้เสียชีวิตอย่างสงบหรือที่เรียกว่า “ตายดี” การดูแลแบบประคับประคอง เป็นการกระทำการที่ถือว่าถูกกฎหมายในทั่วโลก

การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศไทยจำเป็นต้องศึกษาแนวทางมาจากต่างประเทศ การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ในต่างประเทศสามารถจำแนกประเทศที่อนุญาตให้มีการเร่งให้เสียชีวิตอย่างทันที ได้แก่

1. ประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์แต่ไม่ให้มีการุณยฆาต

2. ประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองการกระทำทั้ง 2 กรณี

ทั้งนี้ ความสัมพันธ์แนวความคิดในเชิงจริยศาสตร์ได้เข้ามามีบทบาทที่ช่วยส่งผลให้ประเทศทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน ซึ่งจะผันแปรตามทฤษฎีทางด้านจริยศาสตร์ เนื่องจากประเด็นนี้ยังมีถกเถียงอย่างมากในต่างประเทศ ประกอบกับยังไม่มีบทสรุปที่ชัดเจนแต่อย่างใด ซึ่งจะผันแปรตามทฤษฎีทางด้านจริยศาสตร์ ดังนี้

1. การที่แพทย์ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถทางกายภาพเพียงพอที่จะฆ่าตัวตายด้วยตัวเองได้

2. การที่แพทย์เป็นผู้ลงมือกระทำ หมายถึง ไม่ได้มีความหมายว่าผู้ป่วยมีความสามารถทางกายภาพเพียงพอที่จะฆ่าตัวตายด้วยตัวเองได้ (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 24)

อย่างไรก็ตามได้มีตัวอย่างของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างการกระทำการุณยฆาต และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ กลุ่มตัวอย่างการศึกษาทั้งหมดล้วนแล้วแต่พิจารณาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มประชาชน

2. กลุ่มบุคลากรทางแพทย์

ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับการศึกษาเชิงประจักษ์ด้านทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิต คือ การสำรวจความคิดเห็น พื้นที่การสำรวจความคิดเห็น ครอบคลุมทั้งประเทศที่มีกฎหมายรองรับการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และประเทศที่การกระทำดังกล่าวไม่ถูกกฎหมาย ผลของการศึกษาวิจัยต่างเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตและกฎหมายการุณยฆาตทั้งของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในอัตราระดับสูง ไม่ว่าจะกระทำการศึกษาในประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาตหรือไม่ก็ตาม

ตัวอย่างการศึกษาที่น่าสนใจ เช่น การศึกษาของ Cohen et al. (2012, 2014) ซึ่งเครื่องมือในการวิจัย คือ การสำรวจ European Values Surveys ด้วยการเก็บข้อมูลในระดับบุคคลในทวีปยุโรป และประเมินระดับการยอมรับการกระทำการุณยฆาต โดยให้ประชาชนตอบคำถามว่าการกระทำการุณยฆาตมีเหตุผลอันสมควรเสมอไปหรือไม่ (“Please tell me whether you think euthanasia can always be justified, never be justified or something in between.”) โดยให้เลือกลำดับตั้งแต่ลำดับที่ 1 คือ ไม่มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าในกรณีใด (“Never justified”) ไปถึง ลำดับที่ 10 คือ มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าในกรณีใด (“Always justified”)

การประเมินระดับการยอมรับการกระทำการุณยฆาตลักษณะข้างต้น หากย้อนการพิจารณาแนวโน้มของระดับการยอมรับการกระทำการุณยฆาต ตั้งแต่ ค.ศ. 1998-2008 พบว่า แทบทุกประเทศในกลุ่มที่ได้ทำการศึกษาต่อไปนี้มีแนวโน้มของการยอมรับที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่มีข้อยกเว้นสำหรับประเทศเดนมาร์ก และประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีระดับการยอมรับในอัตราที่สูงตั้งแต่ ค.ศ. 1981 เป็นต้นมา และยังคงระดับไว้ตั้งแต่ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นต้นมา (Cohen et al., 2012)

นอกจากนี้จะเห็นได้ว่าประเทศในกลุ่มที่ได้ทำการศึกษา ยกเว้นประเทศเบลเยียม ประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศลักเซมเบิร์ก ประเทศสวิตเซอร์แลนด์และประเทศอื่นๆ ในกลุ่มนี้ไม่มีประเทศใดเลยที่มีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตทำให้เกิดหลักการที่จะอนุมานเบื้องต้นได้ว่า การ

ยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตของประชาชนน่าจะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญแต่ไม่เพียงพอ (Necessary but Insufficient Condition) ต่อการมีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตในประเทศ

ไม่เพียงแต่เท่านี้ใน ค.ศ. 2008 การยอมรับการกระทำการุณยฆาตในอัตราระดับสูงของประเทศทวีปยุโรปมีค่าเฉลี่ยเลยลำดับที่ 5 โดยเรียงตามลำดับ ได้แก่ เดนมาร์ก ลำดับที่ 6.79 เบลเยียม ลำดับที่ 6.75 ฝรั่งเศส ลำดับที่ 6.75 เนเธอร์แลนด์ ลำดับที่ 6.67 สวีเดน ลำดับที่6.54 ลักเซมเบิร์ก ลำดับที่ 6.09 สเปน ลำดับที่ 6.08 ฟินแลนด์ ลำดับที่ 5.91 ไอซ์แลนด์ ลำดับที่ 5.78 สหราชอาณาจักร ลำดับที่ 5.64 นอร์เวย์ ลำดับที่ 5.62 สโลวีเนีย ลำดับที่ 5.51 สาธารณรัฐเช็ก ลำดับที่ 5.33 สวิตเซอร์แลนด์ ลำดับที่ 5.05 (Cohen et al., 2014)

การกระทำการุณยฆาตยังเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนาไม่ว่าเป็นศาสนาใดก็ตาม วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาอีกด้วย กล่าวคือ วัฒนธรรมแต่ละประเทศส่งผลต่อการยอมรับการกระทำการุณยฆาต ประเทศที่เรียกว่ามีความเป็นเสรีนิยม (Liberalism) ยอมรับต่อสภาพเสรีภาพของการตัดสินใจส่วนบุคคลในอัตราที่สูง (Tolerance towards Freedom of Personal Choice) ระดับการยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตและมีความเห็นด้วยกับนโยบายการกระทำการุณยฆาตมีอัตราสูงขึ้นตามไปด้วยด้วย (Cohen et al., 2012 - 2014 อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 24-25)

การศึกษาของ Radbruch et al. (2016) ตัวแทนสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งภาคพื้นยุโรป (European Association for Palliative Care) ระบุว่า การให้ยาใดก็ตามซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบ ย่อมถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่ยอมรับได้ทางจริยศาสตร์ (Ethically Acceptable) เมื่อได้นำใช้กับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตอย่างเหมาะสมและเที่ยงธรรม และไม่ใช่การกระทำการุณยฆาตแต่อย่างใด นั่นเพราะว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงในแง่ของกระบวนการทางปฏิบัติ อีกทั้งการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบยังมีวัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความเจ็บปวดทรมาน โดยอาศัยเครื่องมือสำคัญ คือ การให้ยาสลบโดยเป้าหมายเพื่อลดภาวะตึงเครียดของผู้ป่วย

ในทางตรงกันข้ามการกระทำการุณยฆาตกลับมีวัตถุประสงค์ในการยุติชีวิตด้วยกระบวนการให้ยาอันตรายและมีเป้าหมาย คือ การเสียชีวิตโดยทันทีของผู้ป่วย “Palliative sedation in those imminently dying must be distinguished from euthanasia. In palliative sedation, the intention is to relieve intolerable suffering, the procedure is to use a sedating drug for symptom control and the successful outcome is the alleviation of distress. In euthanasia, the intention is to end the life of the patient, the procedure is to administer a lethal drug and the successful outcome is immediate death.” ฉะนั้น จึงเป็นข้อเท็จจริงที่กล่าวได้ว่า การดูแลแบบประคับประคองตั้งอยู่บนรากฐานที่

เด่นชัดว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบ อันเป็นอีกหนึ่งในทางปฏิบัติของการดูแลรักษาแบบประคับประคองด้วยมีเจตจำนงเพื่อจะบรรเทาความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน และไม่ได้มีเจตจำนงให้นำมาสู่การเสียชีวิต จึงไม่ควรถือว่าเป็นทางเลือกสำหรับการเร่งการเสียชีวิตในเชิงนิยาม (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 35)

จากการศึกษาพบว่าตัวอย่างแนวทางการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ในต่างประเทศโดยสรุปประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ กฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถยุติชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2485 และยังมีสถาบันเกี่ยวกับการยุติการรักษาสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ เรียกว่า Dignitas Suicide Clinic หากทำการยกตัวอย่างแนวการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

จากการศึกษาพบแนวทางที่น่าสนใจ คือ การเปิดตัวเครื่องพิมพ์ 3 มิติ เรียกว่า “ซาร์โก (Sarco)” ลักษณะเป็นแคปซูลขนาดใหญ่แต่สามารถเคลื่อนย้ายไปสถานที่ต่างๆ ได้ เพื่อสะดวกต่อการกระทำการุณยฆาตผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจึงเลือกสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตได้ โดยวิธีการทำงานของซาร์โก จะไม่ทำให้ผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน โดยซาร์โกได้ผ่านการรับรองทางกฎหมายของประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นที่เรียบร้อย ซึ่งได้มีการเปิดตัวสู่สาธารณชนเมื่อประมาณปลายปี ค.ศ. 2021 โดยบริษัท Exit International ผลิตและคิดค้นโดย ดร. นิทสช์เก (Philip Nitschke)

วิธีการทำงานของแคปซูลดังกล่าวมีลักษณะพิเศษ คือ ไม่ต้องทำการใช้สารใด ๆ ฉีดเข้าสู่ร่างกายผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต แต่วิธีการทำงานจะเริ่มเมื่อผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตกดปุ่มให้เครื่องเริ่มทำงาน ซึ่งจะมีการปล่อยแก๊สไนโตรเจนออกมาในระยะเวลา 30 วินาที ระดับออกซิเจนในเครื่องจะลดอัตราลงอย่างรวดเร็วกระทั่งเหลือระดับออกซิเจนเพียงร้อยละ 1 จากนั้นผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที คุณลักษณะพิเศษในกระบวนการทำงานของเครื่องดังกล่าว คือ ไม่ก่อให้เกิดการสำลักแก๊สไนโตรเจน ไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจึงเสียชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

นอกจากนี้ ดร.นิทสช์เก (Philip Nitschke) ยังได้กำลังคิดค้นวางแผนพัฒนาอุปกรณ์รูปแบบใหม่ โดยมีวิธีการทำงาน คือ การฝังเครื่องมือเข้าไปในร่างกายมนุษย์และสามารถตั้งเวลาล่วงหน้าเพื่อฆ่าตัวตายได้ ดร.นิทสช์เก (Philip Nitschke) วางแผนพัฒนาอุปกรณ์รูปแบบใหม่ เพื่อ

นำไปใช้กับผู้ที่มีภาวะทางสมอง เช่น สมองเสื่อม หรืออัลไซเมอร์ ดังนั้น การใช้อุปกรณ์ดังกล่าวผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจะเป็นผู้ตัดสินและรับผิดชอบการเสียชีวิตด้วยตัวเอง อย่างกรณีที่ผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตต้องตกอยู่ในสภาพนอนเป็นผัก (The vegetative state) และผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพดังกล่าวอีกต่อไป ผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตก็สามารถจบชีวิตได้ โดยไม่ต้องขอการกระทำการุณยฆาตจากบุคคลใดอันถือเป็น“เจตจำนงเสรี หรือ Free will” ที่เป็นการสมัครใจโดยอิสระไร้ซึ่งการถูกบังคับโดยแท้ (nationtv ออนไลน์, 2565)

2. ประเทศเบลเยียมได้ยอมรับว่าการกระทำการุณยฆาตเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายมาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 2002 เฉลี่ยมีผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต จำนวนวันละ 6 คน ซึ่งใน ค.ศ. 2018 มีผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจากแพทย์ จำนวน 2,357 คน นพ.อีฟ เดอ ลอกต์ หนึ่งในแพทย์ที่ทำหน้าที่กระทำการุณยฆาตให้สัมภาษณ์ว่าตนเองสามารถกระทำการุณยฆาตให้คนไข้ที่ประสงค์ขอรับการกระทำการุณยฆาตได้สูงสุดเพียงเดือนละ 1 คน เท่านั้น ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วในแต่ละวันได้รับการร้องขอจากคนไข้จำนวนมากที่ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไปและประสงค์การกระทำการุณยฆาต

วิธีการทำงานในการกระทำการุณยฆาต คือ การฉีดสารเข้าเส้นเลือดดำของผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต โดยผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่ถึง 1 นาที กล่าวคือ เป็นไปในลักษณะเมื่อผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตถูกฉีดสารเข้าเส้นเลือดดำแล้วจะนำไปสู่การนอนหลับและเสียชีวิตไปในที่สุด วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ไร้ซึ่งความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน

เงื่อนไขที่จะนำไปสู่การกระทำการุณยฆาต ซึ่งเป็นบางช่วงบางตอนที่ นพ.อีฟ เดอ ลอกต์ เจรจากับผู้ที่ขอเข้ารับการกระทำการุณยฆาต ได้แก่

1. การเขียนคำร้องเป็นลายลักษณ์อักษร

2. แพทย์มีการจัดเก็บคำร้องดังกล่าวไว้กับระบบการทำงานของตน

3. ผู้ที่ขอเข้ารับการกระทำการุณยฆาตจะต้องเจ็บป่วยอย่างร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และไม่สามารถช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานลงได้ (BBC news ไทยออนไลน์, 2565)

อีกทั้ง การกระทำการุณยฆาตต้องเป็นการกระทำโดยวิธีผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตกระทำด้วยตัวเองเท่านั้น เรียกว่า Physician Assisted Suicide (PAS) ประกอบกับยังต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปเพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการยุติชีวิตผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต จากการรายงานของ Federal Control Commission for Evaluating Euthanasia (CFCEE) เมื่อปี พ.ศ. 2561 พบว่า ประเทศเบลเยียมเป็นประเทศที่มีเด็กอายุ 9 ปี ป่วยด้วยโรค

เนื้องอกในสมองซึ่งถือเป็นอัตราอายุที่น้อยที่สุดในโลกที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต และยังมีรายของเด็กอายุ 11 ปี ป่วยด้วยโรคซิสติก ไฟโบรซิส Cystic fibrosis (CF) หรือโรคเรื้อรังที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมเข้ารับการกระทำการุณยฆาตเช่นกัน (Thai PBSออนไลน์, 2565)

4.3 แนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ และการแพทย์ไม่ว่าจะแขนงใดก็ตาม แต่ยังสัมพันธ์ระหว่างแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ตลอดจนศีลธรรม จริยธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธด้วยเช่นกัน

นอกจากเรื่องความสัมพันธ์ข้างต้นแล้ว การกระทำการุณยฆาตโดยเฉพาะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคยังหมายถึง การที่แพทย์จะเป็นผู้กระทำทางการแพทย์ต่อตัวผู้ที่สมัครใจร้องขอเพื่อให้ผู้นั้นจบชีวิตลง ตัวอย่างเช่นการฉีดยาเกินขนาดจนถึงแก่ชีวิตให้ผู้ร้องขอ หรือการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (assisted suicide) ลักษณะการร้องขอการเสียชีวิตด้วยตนเอง แพทย์เพียงทำหน้าที่จัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้เท่านั้น

นพพล วิทย์วรพงศ์ (2563) ศึกษาเรื่อง การตัดสินใจระยะท้ายของชีวิตกับสังคมประเทศไทย : บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า กฎหมายรองรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตประเทศส่วนใหญ่ในโลกมีการรองรับ แต่สำหรับกฎหมายรองรับการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีการรองรับ เช่น เนเธอร์แลนด์ แคนาดา เบลเยียม และมีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ แต่ไม่รองรับการุณยฆาต เช่น สวิตเซอร์แลนด์และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา

การกระทำการุณยฆาตทางด้านองค์กรตัวแทนแพทย์ประเทศสมาชิกทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย หรือ ที่เรียกว่า องค์กรแพทยสมาคมโลก (World Medical Assocition - WMA) มีการ

จัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตซึ่งเรียกว่า “ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการุณยฆาต” หรือ World Medical Association Declaration on Euthanasia อันมีความตอนหนึ่งว่า

“การจงใจหรือเจตนาทำลายชีวิตผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยได้ร้องขอหรือมีการร้องขอจากญาติสนิทก็ตาม ต่างถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่มีข้อยกเว้นว่าจะไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพความปรารถนาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยผู้ป่วยประสงค์จะเสียชีวิตลงตามวิถีทางธรรมชาติ” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2557 :60) และ (สถาบันเวชศาสตร์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2557: 9 อ้างถึงในอนัญพร พูลนิติพร, 2564: 415)

แต่อย่างไรแล้วบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มมีความเห็นด้วยกับการการุณยฆาต เช่นเดียวกับที่บุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มไม่เห็นด้วยกับการการุณยฆาต Kranidiotis et al. อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์ ศึกษาทัศนคติต่อการุณยฆาตของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนก ICU ในประเทศกรีซ ในปี ค.ศ. 2010 ผลการศึกษาพบว่าแพทย์และพยาบาล ร้อยละ 28 และ 26 ของกลุ่มตัวอย่าง เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต และร้อยละ 59 และ ร้อยละ 64 สนับสนุนให้รัฐทำให้การกระทำการุณยฆาตเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย ขณะเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่มไม่เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต แต่มีเงื่อนไขว่าเมื่อการกระทำการุณยฆาตถือเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย แพทย์กลุ่มดังกล่าวพร้อมจะปฏิบัติตามกฎหมาย อนึ่ง ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งประเทศ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอัตราที่น้อย และปฏิบัติงานแผนก Intensive Care Unit หรือ ICU ซึ่งเป็นห้องที่ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอันต้องประสบกับภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์ในแผนกอื่น ดังนั้น จึงมีแนวโน้มความคิดเห็นเชิงบวกกับการเร่งการยุติชีวิตสูงกว่าแพทย์กลุ่มอื่นตามไปด้วย (Kranidiotis et al. (2015) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 28)

หรือทาง Marsala อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์ ศึกษาทัศนคติต่อการุณยฆาตของประชาชนใน ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1985-2004 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตในอัตราที่สูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มประชาชนที่มีความน่าจะเป็นต่อการเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตสูงสุด คือ กลุ่มที่เรียกว่า กลุ่ม Baby Boomers ซึ่งกำเนิดในช่วงปี ค.ศ. 1946-1965 กลุ่มที่มีความคิดทางการเมือง แบบเสรีนิยม และกลุ่มที่ไม่เคร่งศาสนา โดยกลุ่ม Baby Boomers ถือเป็นกลุ่มคนรุ่นแรกของสหรัฐอเมริกาที่มีศาสนาหรือเคร่งศาสนาลดลง จากในอดีตค่อนข้างมาก และยุครุ่นลูกของคนกลุ่มนี้ได้สืบทอดเอาความเคร่งศาสนาที่ลดลงมาด้วย จึงเป็นเหตุให้มีความเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตเพิ่มขึ้น (Marsala (2019) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 28)

สำหรับแนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ในต่างประเทศนั้น มีหลายประเทศที่ได้มีความสัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาตตั้งแต่ในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งสามารถยกตัวอย่างและสรุปรายละเอียดโดยสังเขปได้ ดังนี้ (SBS World News, 2018 อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 20-22)

ตารางที่ 3 ประเทศที่ได้มีความสัมพันธ์กับการกระทำการุณยฆาตตั้งแต่ในอดีตและ**ปัจจุบัน**

ประเทศ	กฎหมายการกระทำการุณยฆาต
ประเทศจีน	อดีตเคยมีการพิจารณากฎหมายการุณยฆาตมาแล้วใน ค.ศ. 1994
ประเทศนิวซีแลนด์	ได้มีการพิจารณากฎหมายการกระทำการุณยฆาตจำนวน 2 ครั้ง ใน ค.ศ. 1994 และใน ค.ศ. 2003
ประเทศนอร์เวย์	แม้ว่าไม่มีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (De Jure) แต่สำหรับทางปฏิบัติ (De Facto) พบว่า รัฐบาลนอร์เวย์ได้กำหนดบทลงโทษระดับเบาต่อแพทย์ที่กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย อันพิจารณาได้ว่าเสมือนการให้ความคุ้มครองแก่แพทย์ต่อการกระทำลักษณะดังกล่าว
ประเทศฝรั่งเศส	แม้จะไม่มีกฎหมายการกระทำการุณยฆาตเช่นเดียวกับประเทศนอร์เวย์ แต่รัฐบาลฝรั่งเศสได้ออกกฎหมายที่เรียกว่า Leonetti Law ใน ค.ศ. 2005 วัตถุประสงค์เพื่อให้สิทธิแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล และในการขอรับยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น (Palliative Sedation) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด ต่อมา ค.ศ. 2016 รัฐบาลฝรั่งเศสก็มีการทบทวนกฎหมายดังกล่าว เรียกชื่อใหม่ว่า Claeys-Leonetti Law ทำการขยายขอบเขตทางกฎหมายให้การปฏิเสธการรักษาพยาบาล การหยุดการให้อาหารและน้ำ และการได้รับยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น (Palliative Sedation) จนมีผลให้เสียชีวิตอันถือเป็นสิทธิอีกอย่างของผู้ป่วยทุกคนที่พึงมีเมื่อตนมีแนวโน้มจะต้องทนทุกข์ทรมาน (Likely to Suffer Pain) (de Nonneville et al., 2016) ด้วยการถือสาระสำคัญว่าการให้ยานอนหลับ

ประเทศ	กฎหมายการกระทำการุณยฆาต
	ในปริมาณที่เข้มข้น หรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) เป็นทางเลือกในการเสียชีวิตแทนที่การอนุญาตให้มีการกระทำการุณยฆาตอย่างเป็นทางการ
ประเทศเบลเยียม ดวงเด่น นาคสีหราช, (2561) และ Steck et al., (2013) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 21	บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต คือ Belgian Euthanasia Act 2002 การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ จะไม่ได้อยู่ในบทบัญญัติของกฎหมายโดยตรง แต่มีสถานะในทางปฏิบัติเหมือนกับการุณยฆาต จากการพิจารณาของ Belgian Federal Control and Evaluation Commission Euthanasia
ประเทศลักเซมเบิร์ก Steck et al., (2013) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 21)	บทบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดย ความช่วยเหลือของแพทย์ ได้มีกฎหมายใน ค.ศ. 2009 ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าการกระทำการุณยฆาตและการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายของแพทย์จะไม่ต้องโทษทางแพ่งและอาญา หากการกระทำดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายได้วางไว้
สหรัฐอเมริกา Steck et al., (2013) Death with Dignity National Center, (n.d.) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 22)	การกระทำการุณยฆาตถือว่าผิดกฎหมายทุกรัฐ แต่สำหรับกรณีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ถือเป็นสิ่งที่ถูกกฎหมายในบางรัฐ ได้แก่ 1. โอเรกอน - Oregon Dignity Act – 1997 2. วอชิงตัน - Washington State Death with Dignity Act – 2009 3. มอนทานา - ไม่ได้อยู่ในบทบัญญัติของกฎหมาย โดยตรง แต่ศาลสูงของรัฐได้เคยตัดสินไว้ใน ปี ค.ศ. 2009 (Baxter versus Montana) ว่า การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของ แพทย์นั้นไม่ได้ขัดกับกฎหมายหรือนโยบายสาธารณะของรัฐ 4. เวอร์มอนต์ - Act 39, Vermont Patient Choice and Control at the End of Life Act – 2013 5. แคลิฟอร์เนีย - AB-15, End of Life Option Act - 2016 6. โคโลราโด - Proposition 106, End of Life Options Act – 2016

ประเทศ	กฎหมายการกระทำการุณยฆาต
	7. เขตโคลัมเบีย (วอชิงตัน ดี. ซี.) - Washington D.C. Death with Dignity Act - 2016 8. ฮาวาย Our Care, Our Choice Act - 2019 9. นิวเจอร์ซี - New Jersey Aid in Dying for the Terminally Ill Act – 2019 อย่างไรก็ดี ปัจจุบันนี้ (ค.ศ. 2020) กำลังมี การทบทวนกฎหมายนี้ใหม่อีกครั้งจากทั้งศาลสูงและวุฒิสภาของรัฐ 10. เมน - Maine Death with Dignity Act - 2019
สหราชอาณาจักร ดวงเด่น นาคสีหราช, (2561) และ Danyliv and O'Neill, (2015) อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 22-28	การกระทำการุณยฆาตถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ไม่เพียงแต่เท่านี้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายเช่นกัน ขณะที่การปฏิเสธการรักษากลับได้รับความความคุ้มครองจากกฎหมาย Mental Capacity Act 2005 ทั้งนี้เกิดประเด็นที่น่าสนใจ คือ Danyliv and O'Neill อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์ ศึกษาทัศนคติต่อการทำให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถูกกฎหมายของประชาชนในประเทศสหราชอาณาจักร ในช่วงปี ค.ศ. 1983-2012 ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในสหราชอาณาจักรถือได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นที่จะสนับสนุนให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย ร้อยละของจำนวนประชาชนที่เห็นด้วยเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 1983 ร้อยละ 76.95 ปี ค.ศ. 2012 ร้อยละ 83.86 ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดการสนับสนุนนอัตราที่สูงขึ้นคือ การลดลงของความเคร่งศาสนา (Religiosity) ประกอบกับสัดส่วนการเพิ่มขึ้นของประชาชนกลุ่มที่ เรียกตนเองว่าเป็นกลุ่มไม่มีศาสนา (Religious Affiliation)
กรีซ Parpa et al.,(2010) อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 23)	การกระทำการุณยฆาตถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ตาม Article 300 ของ ประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code) – "Anyone who decided and executed homicide after an intense and persistent demand of the victim and due to mercy for the patient suffering from an incurable and unbearable disease, is punished by imprisonment." รวมทั้งการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถือว่าผิดกฎหมาย

ประเทศ	กฎหมายการกระทำการุณยฆาต
	เช่นเดียวกับทางสหราชอาณาจักร แต่สำหรับการปฏิเสธการรักษานับว่าเป็นเรื่องที่ถูกกฎหมาย ตาม Article 2071/92 ของประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code)
สิงคโปร์ ดวงเด่น นาคสีหราช, (2561) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 23	การกระทำการุณยฆาตถือว่าเป็นผิดกฎหมาย และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย เช่นเดียวกับสหราชอาณาจักรและกรีซ นอกจากนี้การปฏิเสธการรักษาถือเป็นการกระทำโดยถูกกฎหมายซึ่งมีการออกกฎหมายรองรับ คือ Advance Medical Directive Act 1996

อนึ่ง นอกจากประเทศที่ได้ยกตัวอย่างและสรุปรายละเอียดโดยสังเขปข้างต้นแล้ว จากการศึกษาพบว่ามีอีกหลายประเทศที่ยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาต สามารถจำแนกและยกตัวอย่างเชิงลึกโดยอ้างอิงจาก John Griffiths, Heleen Weyers and Maurice Adams, Euthanasia and Law in Europe, (Hart Publishing : Oxford, 2008), Isra Black, (2014) 'Existential Suffering and The Extent of the Right to Physician Assisted Suicide in Switzerland: Gross v Switzerland' 22(1) Medical Law Review: 109-118, Dignitas ออนไลน์, (2565, Psychiatrictimesออนไลน์, (2565) Canada.ca ออนไลน์, (2565) และlaws-lois.justice.gc ออนไลน์, (2565)

ตัวอย่างรายละเอียดเชิงลึกประเทศที่ยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาต ดังนี้

1. ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นหนึ่งในประเทศที่ถือว่าการกระทำการุณยฆาตลักษณะ Mercy killing หรือ Active Euthanasia คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคสามารถกระทำได้โดยถูกต้อง กล่าวคือ การกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายที่เป็นลักษณะความช่วยเหลือของแพทย์ได้ออกกฎหมายที่เรียกว่า Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act – 200 (ดวงเด่น นาคสีหราช, (2561) และ Steck et al., (2013) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 21) เพื่อเป็นแนวทางและรองรับผลของการกระทำการุณยฆาต โดยไม่ถือว่าการกระทำการุณยฆาตเป็นการกระทำที่โหดร้าย ขัดหลักวิถีทางสังคม จริยธรรม ศีลธรรม ศาสนา รวมถึงกฎหมาย

อย่างไรก็ตาม แม้ประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถกระทำการุณยฆาตได้แต่ในส่วนของการปฏิเสธการรักษาก็สามารถกระทำได้ด้วยเช่นกัน ด้วยการมีกฎหมายรองรับด้วยการแสดงเจตนารมย์ด้วยการทำหนังสือขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ว่าไม่ขอรับบริการทาง

การแพทย์ อันมีจุดประสงค์เพียงเพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิต (กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562, 2562: 2)

สำหรับแนวทางปฏิบัติเป็นไปในลักษณะการใช้ยากลุ่มที่เกี่ยวเนื่องกับหลอดเลือด หรือการให้รับประทานยาในขนาดสูงเกินความจำเป็นเพื่อออกฤทธิ์ลักษณะกดระบบประสาท เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบหลับสนิทผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้สงบ และเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานลงในที่สุด (Bailey FA, Harman SM. Palliative care: the last hours and days of life. Up To Date (2015). [Internet], 2019 และ World Health Organization. Palliative Care 2015. [Internet], 2019 อ้างถึงใน วราทิพย์ ทองเดช และคณะ, 2563: 182-185)

เมื่อศึกษาการออกกฎหมายการกระทำการุณยฆาตพบว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์ถือเป็นประเทศแรกของโลกที่ผ่านกฎหมายเพื่อทำให้การดำเนินการจบชีวิตของผู้ร้องขอโดยขั้นตอนทางการแพทย์เป็นเรื่องถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายที่บังคับใช้ในเรื่องดังกล่าว คือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002 (พระราชบัญญัติการจบชีวิตตามคำร้องขอและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (ขั้นตอนการตรวจทบทวน), 2002) รายละเอียดที่น่าสนใจเกี่ยวกับบทบัญญัติการกระทำการุณยฆาตของกฎหมาย The Termination of Life Act 2002 ดังนี้

1. การบัญญัติข้อกำหนดเรื่องบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสม (Due Care Criteria) ถือได้ว่าเป็นเงื่อนไขและเป็นบรรทัดฐานสำคัญที่กำหนดให้แพทย์ต้องดำเนินการตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัดก่อนจะไปสู่การดำเนินการการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือเพื่อไม่ต้องรับผิดทางอาญาหากได้ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปรากฏอยู่ใน Sec.293 para.2 และSec.294 para.2 – Dutch Penal Code รายละเอียดต่างๆที่แพทย์จะต้องดำเนินการถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 2 แห่ง The Termination of Life Act 2022 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 Section 2 .1 (a) be satisfied that the patient has made a voluntary and carefully considered request มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องการกระทำการุณยฆาตต้องเป็นที่พึงพอใจแล้วว่าผู้ป่วยยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตด้วยความสมัครใจและพิจารณาถึงผลลัพธ์ของคำร้องขอและการกระทำการุณยฆาตอย่างรอบคอบแล้ว โดยที่กฎหมายไม่ได้กำหนดถึงรูปแบบที่เป็นการเฉพาะเจาะจงในการที่ผู้ป่วยร้องขอจบชีวิตตัวเองด้วยการกระทำการุณยฆาตแต่อย่างใด แนวทางปฏิบัติที่สำคัญและไม่ควรมองข้าม คือ แพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบอย่างครบถ้วนถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วย การพยากรณ์ทิศทางของโรคว่าจะเลวร้ายไปอย่างไร รวมทั้งแนวโน้มการประสบความสำเร็จต่อการรักษาพยาบาลและความเป็นไปได้อื่นๆ เช่น การรักษาทางกายเพื่อเอาชนะ

โรคให้ได้มากที่สุดนานที่สุด (curative treatment) หรือ ทางเลือกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่ทุกข์ทรมาน (palliative care) การแจ้งดังกล่าวต้องปรากฏอย่างเด่นชัดว่าการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้ใช้ระยะเวลานานพอสมควรเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับทราบ พิจารณาและตัดสินใจ

จากแนวปฏิบัติโดยทั่วไป case law และความเห็นของคณะกรรมการฯ จะพบได้ว่าการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตจะทำเป็นลายลักษณ์อักษร สามารถกระทำได้ด้วยการเขียนหรือการพิมพ์คำร้องขอแต่มีเงื่อนไขว่าการเขียนหรือการพิมพ์คำร้องขอต้องเกิดจากดำเนินการด้วยตัวผู้ป่วยเท่านั้นและประการสำคัญ คือ ระหว่างดำเนินการข้างต้นควรจะมีการบันทึกการกระทำการหรือมีพยานเพื่อยืนยันถึงการทำคำร้องขอและท้ายที่สุดต้องมีการลงนามในคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตและเพื่อให้ปรากฏเป็นรูปธรรมว่าการจัดทำคำร้องขอผู้ป่วยได้พิจารณาอย่างรอบครอบและถี่ถ้วน พร้อมด้วยสัมปชัญญะอย่างครบถ้วนบริบูรณ์และเข้าใจต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นภายหลังจากยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาต

ข้อสำคัญอีกประการ คือ แพทย์ยังสามารถร้องขอให้ผู้ป่วยทำคำร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อเป็นการยืนยันและทวนสอบซ้ำอีกครั้งถึงการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตว่าคำร้องขอนั้น ได้เกิดขึ้นจากความสมัครใจและการพิจารณาอย่างรอบครอบและถี่ถ้วน วัตถุประสงค์เพื่อปกป้องความรับผิดของแพทย์ต่อการกระทำการุณยฆาต

เงื่อนไขประการต่อมา คือ เงื่อนไขด้านข้อกำหนดเรื่องระยะเวลาการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตกฎหมายฉบับดังกล่าวไม่ได้กำหนดระยะห่างของเวลาที่ต้องทำคำร้องก่อนการกระทำการุณยฆาต หรือฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือจากแพทย์ไว้เช่นกัน แต่คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่า การยื่นคำร้องขอนั้น ไม่ควรเป็นไปในลักษณะกระชั้นชิดหรือทิ้งช่วงระยะเวลาให้ยาวนานจนเกินไปหลังจากที่ผู้ป่วยได้จัดทำคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาต

อนึ่ง เกี่ยวกับการจัดทำคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตของผู้ป่วยที่มีความบกพร่องในการรับรู้ การสื่อสาร หรือมีความบกพร่องทางจิต (เช่น สมองเสื่อม) แม้จะทำให้การดำเนินการตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมไม่สามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วน แต่ในบางกรณีไม่ได้หมายความว่าความบกพร่องข้างต้นจะเป็นเหตุให้การจัดทำคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตไร้ผลบังคับใช้ เนื่องจากว่าผู้ป่วยสามารถจัดทำคำร้องขอก่อนที่จะมีอาการเจ็บป่วยอย่างมากจนไม่สามารถจัดทำคำร้องขอได้ รวมทั้งผู้ป่วยสามารถจัดทำคำร้องขอในช่วงระยะแรกที่ทราบถึงอาการเจ็บป่วยได้เช่นกัน ทั้งนี้ การจัดทำคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตจำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาจากจิตแพทย์

1.2 Section 2.1 (b) be satisfied that the patient's suffering was unbearable, and that there was no prospect of improvement – 89 มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตต้องปรากฏอย่างเด่นชัดเป็นรูปธรรมว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากและไม่สามารถอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยได้อย่างแท้จริง จนกระทั่งตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ

เมื่อศึกษาเพิ่มเติมพบว่าประเด็นหลักที่สำคัญซึ่งเรียกได้ว่าเป็นวัตถุประสงค์ของกฎหมายฉบับนี้ คือ การอนุญาตให้แพทย์ดำเนินการกระทำการุณยฆาตผู้ป่วยตามที่ได้ยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายได้นั้น จำเป็นต้องประกอบด้วยเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากและไม่สามารถอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยได้อย่างแท้จริง กล่าวคือ ผู้ป่วยได้ตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ อาการที่แสดงว่าผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมาก เช่น กลไกการทำงานของร่างการมีสภาพเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง และการที่ผู้ป่วยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อดำเนินชีวิต

ตัวแปรสำคัญในการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาต คือ การพิจารณาถึงความทุกข์ทรมานและการที่ไม่สามารถอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยแต่ละคนนั้น มีระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้น จำเป็นที่แพทย์ต้องวินิจฉัยและพิจารณาแนวโน้มการรักษาโรคและผลลัพธ์จากการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างรอบคอบ

2. การไร้ซึ่งความคาดหมายว่าการรักษาโรคและผลลัพธ์จากการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมีแนวโน้มจะดีขึ้น การคาดหมายถึงแนวโน้มการหายจากโรคต้องเกิดจากการพิจารณาด้วยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ แต่ทั้งนี้แพทย์ยังต้องทำหน้าที่หารือเกี่ยวกับ curative treatment และ palliative care กับผู้ป่วย ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังมีสิทธิอย่างเต็มเปี่ยมที่จะปฏิเสธ curative treatment และ palliative care และสามารถยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตได้โดยมีเงื่อนไขว่าการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตต้องได้ดำเนินการตามขั้นตอนอย่างครบถ้วน

1.3 Section 2.1 (c) have informed the patient about his situation and his prospects มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องการแจ้งข้อมูล รายละเอียดการรักษา ตลอดจนผลลัพธ์ต่างๆ ถึงสถานการณ์การรักษาและแนวโน้มความคาดหมายเกี่ยวกับการประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาล หรือแนวโน้มการไร้ซึ่งการประสบความสำเร็จในการรักษาพยาบาล

1.4 Section 2.1(d) have come to the conclusion, together with the patient, that there is no reasonable alternative in the light of the patient's situation มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องข้อสรุปอันสมเหตุสมผลเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยในปัจจุบัน โดยเป็นข้อสรุปร่วมกับผู้ป่วยว่าไม่มีแนวทางการรักษาลักษณะใดๆอื่นอีกแล้วเมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่

1.5 Section 2 .1 (e) have consulted at least one other, independent physician, who must have seen the patient and given a written opinion on the due care criteria referred to in a. to d. above มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องแพทย์ที่จะกระทำการุณยฆาตต้องมีการปรึกษาแพทย์ท่านอื่นที่มิใช่แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย หรือเรียกได้ว่าเป็นแพทย์ที่แยกเป็นเอกเทศไม่ได้เกี่ยวข้องทั้งการรักษา และไม่ใช่แพทย์ที่ทำงานร่วมกับแพทย์ที่กระทำการุณยฆาต หรือเป็นผู้บังคับบัญชาของแพทย์ที่จะดำเนินการกระทำการุณยฆาต ตลอดจนไม่ได้เกี่ยวข้องทางความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยอีกหนึ่งคนเป็นอย่างน้อยต่อการกระทำการุณยฆาต โดยแพทย์อีกหนึ่งท่านนั้นได้มีการให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมตามที่อ้างถึงในข้อ a – d ข้างต้น

1.6 Section 2.1(f) have terminated the patient's life or provided assistance with suicide with due medical care and attention มาตราดังกล่าวว่าด้วยเรื่องการยุติชีวิตผู้ป่วย หรือการได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยตามการดูทางการแพทย์และการเอาใจทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

2. การจัดตั้งคณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาค (Regional Review Committees) ทำหน้าที่ในการตรวจสอบทบทวนรายงานการดำเนินการกระทำการุณยฆาตตามคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตด้วยการดำเนินงานตามขั้นตอนต่างๆ ทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปในลักษณะรายกรณี

The Termination of Life Act 2002 กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาคโดยสาระสำคัญ คือ มาตรา 3 กำหนดให้คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่ตรวจทบทวนและประเมินรายงานกรณีกระทำการุณยฆาตตามคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย

คณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาคแต่ละคณะ ประกอบด้วยบุคคลที่มีอาชีพหลากหลาย ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายจำนวน 1 คน (ประธานคณะกรรมการ)

2. แพทย์จำนวน 1 คน

3. ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและศีลธรรมจำนวน 1 คน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ขณะเดียวกันตามมาตรา 8 ได้ให้อำนาจคณะกรรมการตรวจทบทวนส่วนภูมิภาคเพื่อตรวจสอบทบทวนรายงานการดำเนินการกระทำการุณยฆาตตามคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตและการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย วัตถุประสงค์ คือ การพิจารณาว่าแพทย์ที่กระทำการุณยฆาตได้ดำเนินการครบถ้วนตามขั้นตอนตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ รวมถึงการทวนสอบความถูกต้องด้วยการร้องขอให้แพทย์ให้การเพิ่มเติมทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อสนับสนุนรายงานของแพทย์ ตลอดจนการขอข้อมูลเพิ่มเติมจากนักพยาธิวิทยาในท้องที่ แพทย์ท่านอื่นที่มิใช่แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วย และไม่ใช่แพทย์ที่ทำงานร่วมกับแพทย์ที่กระทำการุณยฆาต หรือเป็นผู้บังคับบัญชาของแพทย์ที่จะดำเนินการกระทำการุณยฆาต ตลอดจนไม่ได้เกี่ยวข้องทางความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลตามความจำเป็นเพื่อการประเมินตามกฎหมาย

3. การแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อการกระทำการุณยฆาต ตามประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์ในมาตรา 293 (การการุณยฆาต) และมาตรา 294 (การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ) ไม่ถือเป็นความผิดหากดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด และได้มีการแก้ไข the Burial and Cremation Law อันเป็นกฎหมายว่าด้วยเรื่องการฝังและการฌาปนกิจเพื่อกำหนดแบบการรายงานการดำเนินการกรณีที่มีการดำเนินการการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือเกิดขึ้น นอกจากนี้ The Termination of Life Act 2002 ได้แก้ไขกฎหมายที่บังคับใช้อยู่เดิม 2 ฉบับ คือ กฎหมายอาญาและกฎหมายที่เกี่ยวกับการฝังและฌาปนกิจอีกด้วย

ในส่วนของประมวลกฎหมายอาญาหลังจากที่ถูกแก้ไขโดย The Termination of Life Act 2002 มาตรา 293 บัญญัติว่า ผู้ใดทำการจบชีวิตผู้อื่นตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังผู้นั้นต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวด 5 [Any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth category fine.]

อย่างไรก็ตาม The Termination of Life Act 2002 บัญญัติไว้ว่าการกระทำตามมาตรา 293 วรรคหนึ่งเป็นเรื่องที่ว่าด้วยการยกเว้นโทษ หากกระทำโดยแพทย์ซึ่งได้ดำเนินการตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมที่บัญญัติไว้ในมาตรา 2 และได้มีการรายงานไปยังนักพยาธิวิทยาในท้องที่ (municipal pathologist) ตามที่กฎหมาย the Burial and Cremation Act การกระทำที่เป็นการจบชีวิตดังกล่าวจะไม่ถือว่าเป็นความผิด [The act referred to in the first paragraph shall not be an offence if it is committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, and if the physician notifies the municipal pathologist of this act in accordance with the provisions of section 7, subsection 2 of the Burial and Cremation Act.]

สำหรับมาตรา 294 วรรคสอง บัญญัติว่าผู้ใดที่เจตนาช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือจัดหาวิธีการให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายและมีการฆ่าตัวตายตามมา ต้องได้รับโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวด 4

แต่อย่างไรก็ตามกฎหมายให้นำเอามาตรา 293 วรรคสองที่กฎหมายอนุญาตให้แพทย์ดำเนินการได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดมาใช้ได้โดยอนุโลม [Any person who intentionally assists another to commit suicide or provides him with the means to do so shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine. Article 293, paragraph 2 shall apply mutatis mutandis.]

ในส่วนของ The Burial and Cremation Act ซึ่งเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับการฝังและฌาปนกิจก็ได้รับการแก้ไขโดย The Termination of Life Act 2002 เช่นกัน ด้วยการกำหนดขั้นตอนสาระสำคัญไว้ใน มาตรา 7 วรรคสองว่า ถ้าการตายเป็นผลมาจากการจบชีวิตตามคำร้องขอหรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย แพทย์ผู้ดำเนินการจะต้องไม่เป็นผู้ออกใบมรณะบัตร แต่จะต้องรีบแจ้งให้กับนักพยาธิวิทยาในท้องที่ หรือในกรณีที่มีหลายคนก็แจ้งคนใดคนหนึ่งโดยการกรอกแบบรายงานให้ครบถ้วน พร้อมนี้แพทย์ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ต้องแนบแบบรายงานอย่างละเอียดว่าได้ทำตามบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมไปด้วย [If death was the result of the termination of life on request or assisted suicide as referred to in article 293, paragraph 2, or article 294, paragraph 2, second sentence, of the Criminal Code respectively, the attending physician shall not issue a death certificate and shall immediately notify the municipal pathologist or one of the municipal pathologists of the cause of death by completing a report form. The attending physician shall enclose with the form a detailed report on compliance with the due care criteria set out in section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.]

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการที่จะไม่ต้องรับผิดทางอาญานั้น ได้แก่ การดำเนินการตามขั้นตอนต่างๆ ที่เป็นบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสมตามที่กำหนดไว้ และแจ้งการจบชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายไปยังนักพยาธิวิทยาในท้องที่

4. ผู้ที่สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตาย กฎหมายได้บัญญัติเกี่ยวกับอายุผู้ที่สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายขั้นต่ำอยู่ที่อายุ 12 ปีขึ้นไป โดยแยกเป็นกรณีดังนี้

4.1 สำหรับผู้เยาว์อายุ 16-18 ปี สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ แพทย์จะดำเนินการให้ได้ แต่ต้องหลังจากที่ได้ปรึกษาผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ของผู้เยาว์ก่อน (มาตรา 2 วรรคสาม)

4.2 สำหรับผู้เยาว์อายุ 12-16 ปี สามารถร้องขอการจบชีวิต หรือการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายได้ แพทย์จะดำเนินการให้ได้ต้องหลังจากที่ได้ความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ดูแลผู้ของผู้เยาว์ก่อน (มาตรา 2 วรรคสี่)

2. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ คือ ประเทศตัวอย่างที่เด่นชัดที่สุดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกอาจกล่าวได้ว่าประเทศสวิตเซอร์แลนด์ คือ ดินแดนที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบทั่วทุกมุมโลกประสงค์อยากกระทำการุณยฆาตมากที่สุด กล่าวคือ กรณีที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบและไม่ประสงค์อยากมีชีวิตอยู่ต้องการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก “Active Euthanasia” หรือ “Mercy Killing” (Killing for Reasons of Mercy) ล้วนแล้วแต่ประสงค์มายังประเทศสวิตเซอร์แลนด์เพื่อกระทำการุณยฆาต

ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาได้มีการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจำนวนมหาศาล นั่นเพราะว่าประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีกฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถยุติชีวิตตนเองได้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2485 และยังมีสถาบันเกี่ยวกับการยุติการรักษาสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ เรียกว่า Dignitas Suicide Clinic อีกด้วย ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ถือเป็นประเทศเดียวในโลกที่อนุญาตให้ประชาชนของประเทศอื่นสามารถเข้ารับบริการการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ได้ (assisted suicide) ซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายที่ต่างไปจากการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Sterbehilfe หรือ Euthanasia) ที่กฎหมายประเทศสวิตเซอร์แลนด์ยังคงถือเป็นความผิดอาญา

แต่แม้ว่าอย่างไรก็ตามประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการจบชีวิตแยกต่างหากเป็นรัฐบัญญัติ แต่ได้อาศัยการตีความจากบทบัญญัติที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของสวิสเซอร์แลนด์ (Strafgesetzbuch) ซึ่งการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกนี้ได้มีคนไทยจำนวน 2 คน ที่ได้เปิดเผยตัวตนและเปิดเผยความประสงค์ว่าต้องการกระทำการุณยฆาตต่อสาธารณชน นอกจากนี้ยังมีผู้มีชื่อเสียงระดับโลกอันเป็นที่สนใจและรู้จักจากคนทั่วโลก เช่น นักพฤกษศาสตร์และนักนิเวศวิทยาของประเทศออสเตรเลีย (Steck et al. (2013) อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563 : 21)

จากการศึกษายังพบว่า มีรายละเอียดประเด็นที่น่าสนใจเพิ่มเติม รวมทั้งมุมมองที่มีต่อการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ มีดังนี้

1. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีมุมมองต่อการกระทำการุณยฆาตต่างจากประเทศอื่นๆ โดยมองว่าการดำเนินการเพื่อจบชีวิต (ด้วยการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ) เป็นประเด็นทางสิทธิมนุษยชนมากกว่าที่จะเป็นประเด็นเรื่องสุขภาพอย่างที่ประเทศอื่นๆ ที่มีมุมมองที่ต่างกันออกไป

2. การจบชีวิตในประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นเรื่องที่แยกต่างหากออกจากประเด็นเรื่องการดูแลสุขภาพกระแสหลักอย่างที่เป็นที่นิยมปฏิบัติในประเทศอื่นๆ

3. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีมุมมองเรื่องการจบชีวิตในฐานะสิทธิมนุษยชน ซึ่งได้รับอิทธิพลแนวคิดจากอนุสัญญายุโรปว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (European Convention on Human rights) โดยมองว่าการฆ่าตัวตายถือเป็นอัตตาณัฐ (autonomy) ของปัจเจกชนที่มีสิทธิในการตัดสินใจในความตายของตนเองภายใต้สถานการณ์และเวลาที่ได้เลือกไว้ก่อนหน้าแล้ว

4. สิทธิในการตายมีลักษณะเป็น negative rights ที่จะปฏิเสธไม่ให้รัฐเข้ามาแทรกแซงหรือห้ามการกระทำของตน (ต่างจาก positive rights ที่ผู้มีสิทธิจะเรียกร้องให้รัฐกระทำการเพื่อตนเอง)

5. ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มองว่าการฆ่าตัวตายเป็นลักษณะหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ทำให้องค์กร ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนด้านสิทธิ อันได้แก่ สมาคมสิทธิที่จะตาย (Right to Die Societies) มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนการเข้าถึงบริการการจบชีวิต รวมไปถึงให้คำแนะนำและความช่วยเหลือกับผู้ที่ต้องการการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก

6. แนวทางปฏิบัติของ Swiss Academy of Medical Sciences (SAMS) เกิดขึ้นนับตั้งแต่ช่วง ค.ศ.1960 แม้ในทางปฏิบัติจะไม่มีผลผูกพันทางกฎหมายแต่อย่างใด แต่ถือเป็นแนวปฏิบัติสำหรับควบคุมกำกับการดำเนินการทางการแพทย์ทุกลักษณะในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ โดยเฉพาะการดำเนินการทางการแพทย์ที่เกี่ยวเนื่องกับกฎหมายต่างๆ รวมถึงเรื่องการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายด้วย

7. แนวทางการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จะคล้ายคลึงไปในทิศทางเดียวกับประเทศออสเตรเลีย ประเทศลักเซมเบิร์ก และประเทศญี่ปุ่น ด้วยการใช้ยากลุ่มที่เกี่ยวเนื่องกับหลอดเลือด หรือการให้รับประทานยาในขนาดสูงเกินความจำเป็นเพื่อออกฤทธิ์ลักษณะกดระบบประสาท เพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบหลับสนิท ผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้สงบ และเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานลงในที่สุด (Bailey FA, Harman SM. Palliative care: the last hours and days of life. Up To Date, (2015). [Internet], 2019 และ World Health Organization. Palliative Care 2015. [Internet], 2019 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และคณะ, 2563: 182-185)

8. การกระทำการุณยฆาตในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ มีการจัดตั้งหน่วยงานชื่อ Dignitas Clinic ประการสำคัญของหน่วยงานต่อการดำเนินงาน คือ ผู้ป่วยที่สมัครยื่นขอเพื่อกระทำการุณยฆาตมีเงื่อนไขว่าเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบซึ่งยังพอมีสติสัมปชัญญะอย่างครบถ้วน

9. สำหรับแนวทางการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ คือ การส่งบันทึกชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจดหมายรับรองจากครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาลที่ระบุว่าเป็นโรคร้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้อย่างแน่นอนไม่ว่าด้วยวิธีการรักษาแบบใดก็ตาม หรือมีความเจ็บปวดจากภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาได้ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี กล่าวคืออย่างน้อยที่สุดคือ สามารถกินยาได้ด้วยตัวเอง ก่อนดำเนินเรื่องภายใต้การช่วยเหลือของแพทย์ (physician-assisted suicide, PAS) Dignitas (Swiss non-profit organization); Wikipedia. [Internet]. 2019 อ้างถึงในวราทิพย์ ทองเดช และ คณะ, 2563: 182-185)

เมื่อศึกษาถึงการออกกฎหมายการกระทำการุณยฆาตพบว่า กฎหมายที่ว่าด้วยเรื่องการจบชีวิตหรือการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก ได้แก่ ประมวลกฎหมายอาญาสวิส (Strafgesetzbuch) ได้บัญญัติไว้ใน Art.114 และ Art.115 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. Art.114 Homicide at the request of the victim ว่าด้วยเรื่องของการฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอ ซึ่งบัญญัติไว้ว่าผู้ใดด้วยเหตุจูงใจอันน่ายกย่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้วยความรู้สึกเวทนาในตัวเหยื่อเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายด้วยคำร้องขอจริงแท้และยืนกรานจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือโทษปรับ [Any person who for commendable motives, and in particular out of compassion for the victim, causes the death of a person at that person's own genuine and insistent request shall be liable to a custodial sentence not exceeding three years or to a monetary penalty.]

การที่ Art.114 บัญญัติไว้เช่นนี้และไม่มีกฎหมายเฉพาะอื่นใดมาแก้ไข ทำให้การกาการุณยฆาตที่แพทย์เป็นผู้ลงมือกระทำการเป็นเหตุให้ผู้ร้องขอถึงแก่ความตายก็ยังคงเป็นความผิดตามกฎหมายอาญาสวิสอยู่ อย่างไรก็ตามการกระทำความผิดตาม Art.114 เกิดขึ้นน้อยมากๆ ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์

2. Art.115 Inciting and assisting suicide ว่าด้วยเรื่องของการบัญญัติในประเด็นการยุยงหรือช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย (Inciting and assisting suicide) โดยมีใจความสำคัญว่า ผู้ใดด้วยเหตุจูงใจที่เห็นแก่ตัวยุยงหรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย และถ้าต่อมาภายหลังผู้อื่นนั้นฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือโทษปรับ [Any person who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty.]

เมื่อพิจารณาอย่างละเอียดจากเนื้อหาใน Art.115 จะพบว่ามาตรานี้บัญญัติไว้อย่างกว้างๆ เปิดพื้นที่ให้มีการดำเนินการช่วยเหลือให้ผู้อื่นสามารถดำเนินการฆ่าตัวตายได้ และเมื่อพิจารณาต่อไปจะพบประเด็นที่น่าสนใจอีก 2 ประเด็น

2.1 ประเด็นแรกมาตรานี้ไม่ได้กล่าวถึงบุคคลที่ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายว่าจะต้องเป็นแพทย์โดยเฉพาะ ดังนั้นตามหลักกฎหมายจึงกล่าวได้ว่าใครก็ตามก็สามารถช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายได้โดยไม่ผิดกฎหมายตราบเท่าที่บุคคลนั้นไม่ได้มีเหตุจูงใจเพื่อผลประโยชน์แห่งตนเอง (self-interests) กฎหมายจะเปิดโอกาสให้ใครก็ได้ รวมถึงญาติและเพื่อนช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายได้

ทางปฏิบัติได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติและกรอบการทำงานการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกในการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย จนในที่สุดได้มีการจัดตั้งองค์กรสิทธิที่จะตาย (right-to-die organizations) โดยเริ่มต้นในปี 1982 ที่มีการจัดตั้งสิทธิที่จะตาย จำนวน 2 แห่ง อันนับว่าเป็นองค์กรแรกเริ่ม คือ Exit Deutsche Schweiz (Exit) และ Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

2.2 ประเด็นที่สอง มาตรานี้ไม่ได้บัญญัติเงื่อนไขทางการแพทย์ใดๆของผู้ร้องขอเงื่อนไขเดียวที่ผู้ร้องขอต้องมี คือ จะต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตาย

การที่ผู้ช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายจะกระทำผิดอาญาตาม Art.115 นี้มีเพียงกรณีเดียว คือ การช่วยให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง เนื่องจากการฆ่าตัวตายโดยการช่วยเหลือไม่ถือเป็นการตายตามธรรมชาติ (non-natural) ดังนั้นการแจ้งการตายต้องทำต่อเจ้าหน้าที่กฎหมายอาญาที่จะเข้ามารับหน้าที่จดแจ้งและดำเนินการสืบสวนสอบสวนต่อไป

3. กฎหมายสารเสพติดและกฎหมายสุขภาพ ปัจจุบันในทางปฏิบัติการช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย แพทย์จะเป็นผู้สั่งจ่ายยาโซเดียมเพนโทบาร์บิทัล (sodium pentobarbital) ซึ่งปกติเป็นยาต้านซึมเศร้าถ้าใช้ยาชนิดนี้ในปริมาณที่สูงจะทำให้เสียชีวิตได้ กรณีของการช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายแพทย์จะสั่งจ่ายยาในขนาด 10 – 15 กรัมซึ่งเป็นปริมาณที่ใช้เฉพาะสำหรับการจบชีวิต

การที่แพทย์จะสั่งจ่ายยานี้ได้จะต้องดำเนินการตาม Art.11 เพราะ Pentobarbital เป็นยาที่อยู่ภายใต้ Federal Act on Narcotics and Psychotropic Substances ซึ่งเป็นกฎหมายสารเสพติดระดับสหพันธรัฐของประเทศสวิตเซอร์แลนด์ การสั่งจ่ายต้องตามกฎการปฏิบัติทางการแพทย์ (rules of medical practice) และนอกจากนี้แพทย์ยังต้องดำเนินการตามกฎการปฏิบัติทางการแพทย์ในระดับมณฑล (canton) ด้วย

ปี 2006 ศาลสูงสุดแห่งสหพันธรัฐ (Federal Supreme Court) ได้วางแนวเพิ่มเติมว่าความเจ็บป่วยทางจิตร้ายแรงที่เป็นถาวรและไม่สามารถรักษาหายได้ถือเป็นสาเหตุความทุกข์ทรมาน

ที่เปรียบเทียบได้กับความเจ็บป่วยทางกาย (Schweizerisches Bundesgericht [Federal Supreme Court of Switzerland], Entscheid 2A.4812006, 2006.) เป็นการอนุญาตให้แพทย์ทำการช่วยเหลือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจให้สามารถฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามศาลได้กำหนดให้ต้องให้จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำรายงานเป็นหลักฐานว่าความปรารถนาที่จะตายต้องไม่ใช่เป็นการแสดงออกจากความเจ็บป่วยทางจิตที่รักษาหายได้ แต่ต้องเป็นการตัดสินใจที่ไตร่ตรองอย่างดีและถาวรอันอยู่บนฐานการตัดสินอย่างมีเหตุผล โดยองค์กรสิทธิที่จะตายอย่าง Exit ก็ได้วางแนวทางในการพิจารณาเช่นกันว่าต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคร้ายที่มีการพยากรณ์ความเป็นไปของโรคที่ย่ำแย่ (poor prognosis) ได้รับความทุกข์ทรมานจนไม่อาจทานทนไหว (unbearable suffering) หรือไร้ความสามารถอย่างไม่สมเหตุผล (unreasonable disability) องค์กร ADMD และ Dignitas ก็วางแนวทางบรรทัดฐานไว้คล้ายกัน

4. องค์กรสิทธิที่จะตาย การเลือกที่จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนในการเลือกความตายของตนเอง ไม่ใช่เพียงการปฏิบัติทางการแพทย์และสุขภาพ จึงเป็นเหตุผลให้มีองค์กรต่างๆที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนในการเข้าถึงการบริการจบชีวิต ให้ความช่วยเหลือคำปรึกษาเกี่ยวกับการจบชีวิต ประสานงานกับแพทย์ คลินิก ให้คำแนะนำวิธีในการดำเนินการเพื่อจบชีวิต อยู่เป็นเพื่อนกับผู้ป่วยที่กำลังจะตายและให้ความช่วยเหลือต่างๆสำหรับผู้ที่ตัดสินใจจะจบชีวิตตนเอง

ประเด็นที่น่าสนใจจากการศึกษาพบว่า ทางปฏิบัติองค์กรสิทธิที่จะตายจะมีอาสาสมัครซึ่งอาจจะเป็นผู้นำองค์กรศาสนา นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่พยาบาล โดยอาสาสมัครเป็นผู้ทำการประเมินผู้ต้องการความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายระดับเบื้องต้น หลังจากที่มีการประเมินจนเป็นที่แน่ใจว่าบุคคลนั้นต้องการความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายอย่างแท้จริง อันเป็นไปตามบรรทัดฐานที่แนวทางที่องค์กรกำหนด บุคคลนั้นก็ต้องเข้าไปพบแพทย์เพื่อที่จะขอให้สั่งจ่ายยาเพื่อทำการฆ่าตัวตาย ยาที่ได้รับการจ่ายจากเภสัชกรจะถูกเก็บไว้ที่องค์กร เมื่อถึงวันที่กำหนดอาสาสมัครจะช่วยแนะนำให้ผู้ต้องการฆ่าตัวตายดำเนินการฆ่าตัวตายต่อไป

อนึ่ง เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาแนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคของประเทศไทย

จากการศึกษาเมื่อพิจารณาเฉพาะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ

พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค พบว่าแนวคิดทางกฎหมาย แนวทางการบัญญัติกฎหมายควรให้ความสำคัญกับหลักการต่อไปนี้

1. การตระหนักถึงผลกระทบต่อสังคมอันเกิดจากการตัดสินใจตามสิทธิในเรื่องส่วนบุคคล จึงเป็นเหตุให้รัฐต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษต่อการให้สิทธิของผู้ป่วย กฎหมายที่จะบัญญัติเพื่อการดำเนินการดังกล่าวต้องให้ความสำคัญกับบทบาทปกป้องไม่ให้มีการใช้สิทธิของผู้ป่วยในทางที่ผิดและเกินขอบเขตกฎหมายว่าด้วยการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคให้อำนาจไว้ ทำให้จำเป็นต้องพิจารณาต่อว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีอำนาจตัดสินใจในเรื่องการตายได้อย่างมีเหตุผลหรือไม่ เข้าใจและได้รับข้อมูลตลอดจนผลลัพธ์อย่างครบถ้วนทุกแง่มุมทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมเพียงใด และการตัดสินใจต้องเป็นการสมัครใจอย่างแท้จริง

2. รัฐยังต้องมีกลไกทั้งทางการแพทย์ไม่ว่าเป็นการวินิจฉัยร่างกายหรือสภาพจิตใจ การวินิจฉัยทางสังคมเพื่อคัดกรองและสอบทานให้นำมาซึ่งคำตอบที่แท้จริงเพื่อสร้างความเชื่อมั่นได้ว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ตัดสินใจเลือกการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เกิดการคิดวิเคราะห์อย่างเหมาะสมไม่ได้เกิดจากการตัดสินใจอย่างไร้ความสมเหตุสมผลและปราศจากการรับรู้ข้อมูลและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาในภายหลัง

3. นอกจากการวินิจฉัยร่างกายหรือสภาพจิตใจ รวมทั้งการวินิจฉัยทางสังคมที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว รัฐต้องมีกลไกหรือแนวทางปฏิบัติพิเศษอื่นใดเพิ่มเติมเพื่อเป็นการสร้างหลักประกันรับรองว่า ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ต้องไม่ถูกบังคับโดยบุคคลใดก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลภายนอกหรือภายในครอบครัวให้การกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ด้วยเหตุผลเพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตเพราะต้องกลายเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ (Hartling, 2006 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38)

4. ทางด้าน Farsides, 1996 และ Sjöstrand et al., 2013 อ้างถึงในนพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38 ได้แสดงให้เห็นว่า การห้ามไม่ให้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตถือเป็นการลิดรอนสิทธิเสรีภาพต่อการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต

ขณะเดียวกันการห้ามมิให้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาต อาจแสดงออกถึงการปกป้องบุคคลกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Population) เช่น ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้พิการที่อาจมีแนวโน้มเป็นไปได้สูงว่าอาจถูกกดดันจากครอบครัวให้เสียชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตแทนการเสียชีวิตอย่างธรรมชาติ แต่ในทางกลับกันอาจเป็นการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพบุคคลอื่นที่เห็นด้วยกับการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตอย่างที่กล่าวข้างต้น (นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 37-38)

5. แวดวงสาธารณสุขของประเทศไทย ตลอดจนรัฐจะมีแนวทางการดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ประชาชนยอมรับต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เนื่องจากมีตัวแปรที่มีบทบาทสำคัญคือ การกระทำการุณยฆาตเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนาพุทธ วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

6. การเยียวยาต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสภาพจิตใจของหลายฝ่าย ซึ่งเริ่มตั้งแต่ขั้นแรกสำหรับเข้ามาสู่กระบวนการ โดยต้องเยียวยาผลกระทบทั้งจิตใจผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ครอบครัว คนใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้อง ไปจนกระทั่งก่อนถึงระยะเวลาสุดท้ายที่ต้องกระทำการ จวบจนกระทั่งสิ้นกระบวนการครอบครัว คนใกล้ชิด บุคคลที่เกี่ยวข้องยังคงต้องได้รับการเยียวยาฟื้นฟูอีกต่อไปสักระยะโดยเฉพาะการเร่งฟื้นฟูสภาพจิตใจ

7. การปรับเปลี่ยนทัศนคติประชาชนที่มองว่าทั้งประเด็น “สิทธิการตาย” และประเด็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นสิ่งที่โหดร้ายเกินไปในการปฏิบัติต่อมนุษย์ทั้งที่แท้จริงแล้วสิทธิการตายควรเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์อีกทั้งการตายได้เกิดจากความประสงค์ของมนุษย์ผู้นั้นโดยตรง

การปรับเปลี่ยนทัศนคติอีกประเด็นคือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อแพทย์ เนื่องจากภาพลักษณ์ที่ผู้ป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ญาติของผู้ป่วย หรือแม้แต่บุคคลทั่วไปย่อมมองว่าแพทย์ คือ ผู้รักษาชีวิต แต่เมื่อแพทย์ต้องผันแปรไปเป็นผู้หยิบยื่นการเสียชีวิตต่อผู้ป่วย ภาพลักษณ์และทัศนคติที่มีต่อแพทย์ย่อมเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

สำหรับการผลักดันให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย และสิทธิการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาล

ให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคนั้น จากที่ได้กล่าวถึงผลการศึกษาข้างต้นแล้วว่ามีประเด็นใดที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องบ้าง สรุปสาระสำคัญเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. ทบทวนกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน

2. การส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีบทบาทต่อการตัดสินใจ หรือเพื่อให้รัฐรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนด้วยการทำประชามติหรือทำประชาพิจารณ์ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

3. ศึกษาข้อมูลการดำเนินการผลลัพธ์เชิงบวกและผลลัพธ์เชิงลบจากประเทศที่เปิดให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

4. การผลักดันให้ประชาชนรู้จักแนวทางเสริมที่มีใช้อยู่ในปัจจุบันนำมาประกาศใช้อย่างแพร่หลาย คือ การดูแลแบบประคับประคองอาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต หรือที่เรียกว่า Palliative Care

อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการศึกษาเชิงลึกพบข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ดังนี้

1. กลุ่มการแก้ไขกฎหมายประมวลกฎหมายอาญา หมวดความผิดเกี่ยวกับชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ชื่อเสียงและทรัพย์สิน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จะกล่าวถึงเพียงความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายเท่านั้น

มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์ ประมวลกฎหมายอาญา, 2565)

การฆ่าบุคคลอื่น นิยามการฆ่า หมายถึง การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตาย ขณะที่นิยามผู้อื่น หมายถึง บุคคลที่ 3 อันมิใช่บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ลงมือกระทำเอง ฉะนั้น พิจารณาได้ว่าเมื่อคำว่า “การฆ่าบุคคลอื่น” วิเคราะห์เทียบเคียงได้ว่า การฆ่าตัวตายหรือแม้แต่การพยายามฆ่าตัวตายกฎหมายย่อมไม่ถือว่ามีความผิด ในเรื่องที่ได้กล่าวถึงนี้ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ. ดร.รณกรณ์ บุญมี ได้กล่าวถึง “การฆ่าบุคคลอื่น” อันเล็งเห็นได้ว่าสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการ

ทุกข์ทรมานจากโรค ดังนี้ (ในการนี้เพื่อการสื่อสารและการศึกษาที่ถูกต้อง ผู้วิจัยขอยกเนื้อหาบางส่วนที่เกี่ยวข้องมาไว้ โดยการเคารพต่อการวิจัยและเพื่อมิให้เป็นการคัดลอกวรรณกรรมทั้งเป็นการให้เกียรติเจ้าของวรรณกรรม ผู้วิจัยจะกล่าวถึงเนื้อหาด้วยการวิเคราะห์จากผลการศึกษาและการศึกษาวรรณกรรมจากผู้วิจัยร่วมกับประกอบการอ้างอิงเนื้อหาจากเจ้าของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยจะกล่าวถึงชื่อเจ้าของวรรณกรรมอย่างครบถ้วนสมบูรณ์)

ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี ได้กล่าวถึง การฆ่าผู้อื่นว่าประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ การฆ่าและผู้อื่น ประเด็นของการฆ่าตามที่ได้กล่าว ผู้วิจัยได้กล่าวนิยามไว้ว่าสอดคล้องกับวรรณกรรมของศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี หมายถึง การทำให้ถึงแก่ความตาย “โดยไม่จำกัดวิธีแต่ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำกับผล” กล่าวคือ ความตายที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุมาจากการกระทำที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี ยังกล่าวถึงกรณีความตายที่เกิดขึ้นจาก “บุคคลภายนอก” เช่น แพทย์หรือพยาบาลรักษาผู้ป่วยลักษณะประมาทเลินเล่อ

ประเด็นผู้อื่น ผู้วิจัยได้กล่าวนิยามไว้ว่าสอดคล้องกับวรรณกรรมของศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติมีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี หมายถึง บุคคลที่ 3 อันมิใช่บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้ลงมือกระทำเอง และวิเคราะห์เทียบเคียงได้ว่า การฆ่าตัวตายหรือแม้แต่การพยายามฆ่าตัวตายกฎหมายย่อมไม่ถือว่าการกระทำลักษณะนั้นมีความผิดโดยศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี นิยามว่าหมายถึง “บุคคลที่มิใช่ตัวผู้กระทำเอง”

หลักเกณฑ์บางประการของมาตรานี้ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร. รณกรณ์ บุญมี ให้ข้อสังเกตสอดคล้องจากที่ได้ศึกษาวิเคราะห์เทียบเคียงว่า การฆ่าตัวตายหรือแม้แต่การพยายามฆ่าตัวตายกฎหมายย่อมไม่ถือว่ามีความผิด กล่าวคือ “ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี กล่าวว่า ตามมาตรานี้การฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตนเองจึงไม่มีความผิด มีผลทำให้ผู้ที่ใช้สนับสนุนหรือยุยงส่งเสริมให้บุคคลฆ่าตัวตาย ไม่ใช่ตัวการผู้ใช้หรือผู้สนับสนุนในการฆ่าผู้อื่นตามมาตรานี้ เพราะเมื่อการกระทำหลัก (ฆ่าตัวเอง) ไม่เป็นความผิดแล้ว การกระทำร่วมอื่นๆ เช่น การหาปืน หาเชือก หรือยาพิษให้ผู้ที่ต้องการฆ่าตัวตาย จัดสถานที่แล้วหาวิธีการให้ผู้อื่นฆ่าตัวเองตายเอง จึงไม่เป็นความผิดตามมาตรานี้ไปด้วย แต่หากการฆ่าตัวตายเป็นเหตุให้ผู้อื่นตาย ไม่ว่าจะเป็นเพราะพยายามจะเข้าไปห้ามหรือฆ่าตัวตายต่อหน้าคนจำนวนมากแล้วไม่ตาย ก็อาจมีความผิดได้ (คำพิพากษาฎีกาที่ 234/2528 น. 149, La Fave, infra note 11)

แต่หากเป็นผู้ที่ช่วยเหนี่ยวไกปืนให้ ดึงเชือกให้รัดคอ กรอกยาพิษให้ จึงจะเป็นการฆ่าผู้อื่น รวมถึงการบังคับให้เขาผูกคอตายเองหรือดื่มยาพิษเองด้วย เพราะเป็นการกระทำให้ผู้อื่นตายโดยตรง” (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ รณกรณ์ บุญมี, 2564: 231-232)

อนึ่ง ด้านประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ อ้างถึงใน ดวงพร เพชรคง กล่าวว่า เนื่องจากการที่กฎหมายไม่ได้บัญญัติว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิด ดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงไม่ใช่เรื่องผิด แต่ในมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ 2559, 17-18 อ้างถึงใน ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 4) มีความเห็นต่างกับผู้วิจัยในส่วนที่ดวงพร เพชรคง ถือว่าการทำหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย คือ สิ่งที่กฎหมายไทยรับรองสิทธิการตายอย่างเต็มที่ ซึ่งผู้วิจัยกลับวิเคราะห์จากการศึกษาวรรณกรรมว่า การที่กฎหมายให้สิทธิบุคคลทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยนั่นเป็นเพียงสิทธิการกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 7) เท่านั้น แต่ประเด็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดรองรับ

มาตรา 289 ผู้ใด

(1) ฆ่าบุพการี

(2) ฆ่าเจ้าพนักงาน ซึ่งกระทำการตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่จะกระทำ หรือได้กระทำการตามหน้าที่

(3) ฆ่าผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงาน ในการที่เจ้าพนักงานนั้นกระทำตามหน้าที่ หรือเพราะเหตุที่บุคคลนั้นจะช่วยหรือได้ช่วยเจ้าพนักงานดังกล่าวแล้ว

(4) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

(5) ฆ่าผู้อื่นโดยทรมานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย

(6) ฆ่าผู้อื่นเพื่อตระเตรียมการ หรือเพื่อความสะดวกในการที่จะกระทำความผิดอย่างอื่น หรือ

(7) ฆ่าผู้อื่นเพื่อจะเอา หรือเอาไว้ซึ่งผลประโยชน์อันเกิดแต่การที่ตนได้กระทำความผิดอื่น เพื่อปกปิดความผิดอื่นของตน หรือเพื่อหลีกเลี่ยงให้พ้นอาญาในความผิดอื่นที่ตนได้กระทำไว้

ต้องระวางโทษประหารชีวิต

จากมาตรา 289 ถือเป็นเรื่องที่ว่าด้วยเงื่อนไขการกระทำความผิดที่จะเข้าองค์ประกอบของความผิด คือ ต้องมีการกระทำเกิดขึ้นโดยต้องครบตามองค์ประกอบมาตรา 288 สำหรับการวิจัยผู้วิจัยขอกล่าวเพียงส่วนที่สามารถเทียบเคียงได้กับ “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาต

เชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เท่านั้น ได้แก่ (4) และ (5)

(4) ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน และ(5) ฆ่าผู้อื่นโดยทรมานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย เป็นเรื่องที่ว่าด้วยรายละเอียด ดังนี้

การฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน หมายถึง การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายในลักษณะมิใช่ทันทีในขณะนั้น แต่เป็นการฆ่าที่ผู้กระทำคิดวิเคราะห์และเล็งเห็นผลมาแล้วว่า หากได้เตรียมการและมีการกระทำในลักษณะใดจะส่งผลให้ผู้ถูกกระทำถึงแก่ความตาย

ส่วนการฆ่าผู้อื่นโดยการทรมานหรือโดยการกระทำทารุณโหดร้าย ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติมีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี ได้กล่าวถึงประเด็นการทรมานหรือโดยการกระทำทารุณโหดร้ายว่า “การกระทำโดยทรมานหรือโดยทารุณโหดร้าย ต้องเป็นการกระทำเพื่อให้ได้รับความลำบากอย่างแสนสาหัสก่อนตาย”

ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี ตั้งข้อสังเกตคำว่า “ทรมาน” กับ “ทารุณโหดร้าย” กฎหมายให้แยกกันพิจารณา

การฆ่าโดยทรมาน หมายถึง การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายในลักษณะมิใช่ทันทีในขณะนั้นแต่เป็นการสร้างความทุกข์ทรมานในระดับที่รุนแรงแสนสาหัสเป็นอย่างมากให้กับเหยื่อหรือผู้ถูกกระทำ สอดคล้องกับที่ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี กล่าวว่า “ฆ่าโดยทรมาน หมายถึง ไม่ต้องการให้ตายทันทีแต่ทำให้ได้รับทุกขเวทนาหรือได้รับความลำบากอย่างสาหัสก่อนตาย” (คำพิพากษาฎีกาที่ 449/2536 น. 148)

การฆ่าโดยทารุณโหดร้าย ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมีให้ข้อสังเกตว่า “ต้องดูจากความรู้สึกของคนโดยทั่วๆไป” นอกจากนี้ “การฆ่าด้วยประสงค์จะให้ตายทันทีไม่ถือว่าเป็นการฆ่าโดยทรมานหรือทารุณโหดร้าย” (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ รณกรณ์ บุญมี, 2564: 240-241)

มาตรา 290 ผู้ใดมิได้มีเจตนาฆ่า แต่ทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงสิบห้าปี

ถ้าความผิดนั้นมีลักษณะประการหนึ่งประการใด ดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 289 ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่สามปีถึงยี่สิบปี

จากมาตรา 290 หลักเกณฑ์ที่สำคัญคือ การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายไม่ได้เกิดจากการเจตนาทำร้ายและไม่ได้มีเจตนาจะฆ่า แต่การทำให้บุคคลอื่นถึงแก่ความตายเป็นผลสัมพันธ์มาจากการทำร้ายจนเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย

ด้านศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี กล่าวถึงองค์ประกอบของความผิดมาตรานี้ คือ

1) องค์ประกอบภายใน ได้แก่ การทำร้ายผู้อื่น และเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

2) องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ การไม่ได้มีเจตนาฆ่า และ การไม่ได้มีเจตนาทำร้ายที่เป็นเจตนาธรรมดา (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ รณกรณ์ บุญมี, 2564: 243)

ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของกฎหมายว่า “องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ การทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้ผู้อื่นนั้นถึงแก่ความตาย การทำร้ายต้องเป็นการกระทำให้เกิดความเสียหายแก่ร่างกายหรือจิตใจ และจนเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หมายความว่า ต้องมีความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล ความตายต้องเป็นผลธรรมดาที่เกิดจากการทำร้าย”

ขณะที่องค์ประกอบภายใน ศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ ผศ.ดร.รณกรณ์ บุญมี อธิบายเกี่ยวกับองค์ประกอบของกฎหมายว่า “องค์ประกอบภายใน ได้แก่ เจตนาทำร้ายโดยผู้ที่กระทำไม่ประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลว่าจะทำให้ถึงตาย ผู้กระทำมิได้มีเจตนาฆ่าแต่มีเจตนาทำร้ายโดยอาจประสงค์ต่อผล” (ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และ รณกรณ์ บุญมี, 2564: 244)

3. กลุ่มการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ตามที่ได้กล่าวถึงในหัวข้อใหญ่ข้อที่ 2 เกี่ยวกับแนวการกระทำการุณยฆาต หรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโดยเปรียบเทียบกับแนวทางของต่างประเทศจากการศึกษา พบว่า ประเทศไทยได้เปิดรับต่อการกระทำการุณยฆาตลักษณะ “เชิงรับ” แบบ Passive Euthanasia อันหมายถึง การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเสียชีวิตอย่างสงบ

หลักการสำคัญของการกระทำการุณยฆาต “เชิงรับ” อยู่ภายใต้ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งได้กล่าวถึงบ้างแล้วในหัวข้อประเด็นสิทธิของบุคคลที่พึงมีในการทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุข ซึ่งวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง" (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, 2565)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า มาตรา 12 ประกอบด้วยเงื่อนไขสำคัญ คือ การเสียชีวิตต้องเป็นไปอย่างธรรมชาติเท่านั้น ต้องไม่ใช่กระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคแต่อย่างใด

หลักการสำคัญของมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1) ว่าด้วยเรื่องสิทธิที่บุคคลสามารถมีได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายที่กล่าวถึง คือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นอกจากนี้เมื่อกล่าวถึงเรื่องสิทธิแล้วจำเป็นต้องกล่าวถึงสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยเช่นกันเพื่อให้มุมมองในเรื่องสิทธิมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตราที่เด่นชัดเกี่ยวเนื่องกับเรื่องสิทธิ คือ มาตรา 25

มาตรา 25 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย นอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะในรัฐธรรมนูญแล้ว การใดที่มิได้ห้ามหรือจำกัดไว้ในรัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่น บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะทำการนั้นได้และได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตราบเท่าที่การใช้สิทธิหรือเสรีภาพเช่นว่านั้นไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น

สิทธิหรือเสรีภาพใดที่รัฐธรรมนูญให้เป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติ หรือให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กฎหมายบัญญัติ แม้ยังไม่มีการตรากฎหมายนั้นขึ้นใช้บังคับ บุคคลหรือชุมชนย่อมสามารถใช้สิทธิหรือเสรีภาพนั้นได้ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ

บุคคลซึ่งถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพที่ได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญเพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

บุคคลซึ่งได้รับความเสียหายจากการถูกละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพหรือจากการกระทำความผิดอาญาของบุคคลอื่น ย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการเยียวยาหรือช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, 2565)

ประเด็นสำคัญของมาตรา 25 ปรากฏในวรรคแรก กล่าวคือ สิทธิและเสรีภาพในเรื่องใดๆ ของประชาชนนอกจากที่บัญญัติคุ้มครองไว้เป็นการเฉพาะเจาะจงในรัฐธรรมนูญ รวมถึงการ

กระทำอะไรก็ตามที่รัฐธรรมนูญหรือในกฎหมายอื่นไม่ได้ห้ามหรือจำกัดสิทธิไว้ ซึ่งในที่นี้หมายถึง มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพที่จะทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้การดำเนินการดังกล่าวย่อมได้รับความคุ้มครองภายใต้มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ประกอบกับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ แต่มีเงื่อนไขว่าการใช้สิทธิหรือเสรีภาพ เช่น ต้องไม่กระทบกระเทือนหรือเป็นอันตรายต่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อย หรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และไม่ละเมิดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น ซึ่งหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ที่ดำเนินการภายใต้มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บุคคลมีสิทธิอย่างเต็มเปี่ยมที่จะจัดได้

2) ว่าด้วยเรื่องการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ถือเป็นสิทธิที่บุคคลสามารถมีได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งนั่นหมายความว่ากฎหมายเปิดช่องให้สามารถจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

3) ว่าด้วยเรื่องวิธีการปฏิบัติหรือการดำเนินการการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หมายถึง “การบริการสาธารณสุขโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” โดยเป็นวิธีการที่นำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา วัตถุประสงค์เพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากการเสียชีวิตหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

นอกจากนี้ ผู้ทำหนังสือเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ยังคงเข้าถึงการได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองตลอดระยะเวลา

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” ตามความหมายกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสิ้นสุดของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์

จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

ขณะที่ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2559 หมายถึงบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549, 2565)

4. ว่าด้วยเรื่องวัตถุประสงค์คือ การยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย โดยวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง สภาวะหรือความปรากฏว่าผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาได้รับการบาดเจ็บหรือประสบกับโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ไตร่ตรองจากการตั้งข้อสันนิษฐานโรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า การเสียชีวิตจะเกิดขึ้นอย่างไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงสภาวะหรือความปรากฏว่าจะเกิดการสูญเสียการทำงานอย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ส่งผลให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร การแสดงถึงพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ได้เกิดขึ้นเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น มิได้หมายความว่าผู้ป่วยรายนั้นจะหายขึ้นได้เป็นปกติเช่นเดิม (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

จากประเด็นที่ 2 ถึงประเด็นที่ 4 วิเคราะห์ได้ว่า บุคคลใดก็ตามซึ่งกฎหมายไม่ได้บัญญัติว่าต้องเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบเท่านั้น นั่นเท่ากับว่าบุคคลทั่วไปหรือผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ ต่างมีสิทธิที่จะขอจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าวัตถุประสงค์ของการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยที่มีเพียงประการเดียวคือ การยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยโดยผู้ป่วยจะไม่ได้ถูกทอดทิ้งแต่อย่างใด เพราะยังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559)

ด้านวิธีการปฏิบัติหรือการดำเนินการการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย มาตรา 12 บัญญัติให้กระทำตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวงเท่านั้น กฎกระทรวงที่กล่าวถึงเรียกว่า กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

5. ว่าด้วยเรื่องการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาหรือที่เรียกว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ปรากฏอยู่ในข้อ 3 - ข้อ 6 ซึ่งได้กล่าวถึงแล้ว ในข้อที่ 1.2 ประเด็นสิทธิของบุคคลที่พึงมีในการทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

3.1 การแก้ไขกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

สำหรับการบังคับใช้มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้เกิดประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดตามเจตนารมณ์ของกฎหมายแล้ว จึงจำเป็นต้องบัญญัติกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ขึ้นมาเพื่อรองรับการดำเนินงานโดย “อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 และมาตรา 12 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550”

เหตุผลสำหรับการออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 คือ

“โดยที่มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้”

ดังนั้น จากที่กล่าวข้างต้นพิจารณาได้ว่ากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้ถูกบัญญัติขึ้นเพื่อรองรับมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการเฉพาะ

หลักการสำคัญของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 คือ การจัดทำหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยซึ่งถูกบัญญัติไว้ในข้อที่ 2 โดยที่ข้อที่ 2 ไม่ได้บัญญัติไว้เฉพาะเรื่องหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังบัญญัติรายละเอียดอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ข้อ 2 ในกฎกระทรวงนี้

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใด ๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า จุดประสงค์ที่สำคัญเด่นชัด คือ เรื่องที่ว่าด้วย “หนังสือแสดงเจตนา” ส่วนหลักการอื่นๆ เป็นการบัญญัติหลักการเพื่อทราบถึงนิยามอันจะนำมาใช้ประกอบกับมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

หลักการเกี่ยวกับหนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยบัญญัติว่า

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย
(สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ต่างประเทศเรียกการแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการตายลักษณะนี้ว่า “Living will” หรือ “Advance directive” (แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2559) หรือจะเรียกอีกอย่างว่ายินยอมให้มีการการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) (ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 7)

การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต ได้แก่ การรักษาพยาบาลที่สามารถปฏิเสธได้ เช่น การรักษาที่ไม่จำเป็น (Futile Treatment) การใช้เครื่องพยุงชีพทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง การกระตุ้นระบบไหลเวียนกระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พ.ศ. 2558 อ้างถึงใน นพพล วิทย์วรพงศ์, 2563: 13-14)

นอกจากนี้ หลักการสำคัญของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ยังประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

ข้อ 3 หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

(1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

(2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา

(3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ

(5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนาให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา พยานและผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคลเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือแสดงเจตนาด้วย

หนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่น ๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนาและให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร

ข้อ 4 หนังสือแสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้

ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร

ข้อ 5 เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้นโดยไม่ชักช้า

ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนานั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ออนไลน์กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553, 2565)

สำหรับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่ายังไม่ได้มีการจัดทำเป็นรูปแบบเดียวกันเพื่อนำไปใช้ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ จึงกลายเป็นว่ามีการนำรายละเอียดข้อ 2 - ข้อ 6 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มาจัดทำเป็นโครงร่างเท่านั้น

นอกจากนี้ยังพบว่า หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ผู้จัดทำ

หนังสือต้องเป็นผู้มีความประสงค์ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยโดยตรง บุคคลอื่นไม่สามารถจัดทำให้ได้ถือเป็นสิทธิเฉพาะบุคคล สอดคล้องกับที่วนิดา โสภณสินสุข และ อัจฉรียา ชูตินันทน์, (2565) ศึกษาเรื่อง สิทธิการตายตามธรรมชาติ : ศึกษากรณีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยและทายาท ผลการศึกษาพบว่า การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ถือเป็นการแสดงเจตนาของบุคคลเท่านั้นเพื่อขอใช้สิทธิเสียชีวิตตามธรรมชาติ ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ มาตราดังกล่าวไม่ได้บัญญัติรับรองครอบคลุมไปถึงการใช้สิทธิปฏิเสธรับการรักษาแทนผู้ป่วยโดยญาติ หรือ ผู้อุปการะดูแล จึงเห็นควรให้นำแนวความคิดและหลักเกณฑ์ของต่างประเทศมาปรับใช้กับประเทศไทย

4. การทำประชาพิจารณ์และ/หรือประชามติรับฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ หรือ/และการทำประชามติเพื่อประเมินความคิดเห็นประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศที่แสดงออก หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งมติมหาชนว่าประชาชนกลุ่มใหญ่มีความคิดเห็นอย่างไรต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค นั่นเพราะว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นเรื่องที่สัมพันธ์ต่อหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ ดังนั้น การทำประชาพิจารณ์และ/หรือประชามติรับฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่และการประเมินความคิดเห็นที่แสดงออกต่อกรณีดังกล่าวเป็นสิ่งที่แวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ต้องตระหนักถึงทั้งเชิงบวกและเชิงลบซึ่งย่อมเกิดขึ้นได้อย่างแน่นอน ด้วยเหตุผลและความสนับสนุนสัมพันธ์ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น

สำหรับสิ่งที่ต้องกระทำหากประสงค์ให้เกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม การทำประชาพิจารณ์และ/หรือประชามติถือเป็นหลักการสำคัญของการมีส่วนร่วมจากประชาชนเพื่อแสดงถึงข้อคิดเห็นหรือทัศนคติของประชาชน รูปแบบการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมไม่ว่าด้วยแนวทางใด ย่อมเป็นหัวใจหลักที่สำคัญเพื่อแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ สามารถนำไปถอดบทเรียนเพื่อแสวงหาแนวทางต่อการสร้างความเข้าใจถึงเหตุผลและความจำเป็นประโยชน์หรือผลกระทบต่อประชาชน รวมถึงความคุ้มค่าเชิงจริยศาสตร์และเชิงสังคมศาสตร์ต่อประชาชน ได้แก่

1) การทราบถึงแนวคิดและทัศนคติของประชาชนผ่านการทำประชามติจากประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศเพื่อนำไปสู่การออกเสียงประชามติที่แสดงออกต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2) การฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคผ่านการทำประชาพิจารณ์

ข้อสังเกตน่าสนใจเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนมีหัวใจสำคัญ คือ การสื่อสารใน 3 แนวทาง ได้แก่

1) การสื่อสารทางเดียวจากแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ เครื่องมือการดำเนินการที่สามารถก่อให้เกิดรูปธรรมมากที่สุด ได้แก่ การจัดทำเอกสารหรือแผ่นพับประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข้อเท็จจริงถึงเหตุผลหลักการแนวคิด วัตถุประสงค์การดำเนินการ ประโยชน์และผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค สถานที่ดำเนินการที่ถือว่าดีที่สุดในระยะเริ่มแรก คือ สถานพยาบาลตั้งแต่ระดับตำบลอย่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กระทั่งระดับประเทศโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชน

นอกจากนี้ เครื่องมือการดำเนินการที่สามารถก่อให้เกิดรูปธรรมมากที่สุด ยังหมายรวมถึงโฆษณาผ่านสื่อโทรทัศน์ภายในโรงพยาบาล การเผยแพร่ข่าวสารผ่านการออกพื้นที่ให้ความรู้แก่ประชาชน ณ ศาลาประชาคมของแต่ละชุมชน

2) การสื่อสารสองทางทั้งจากแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์และประชาชน เครื่องมือการดำเนินการที่สามารถก่อให้เกิดรูปธรรมมากที่สุด คือ การเน้นรับฟังความคิดเห็น การสัมภาษณ์ การจัดเวที การสานเสวนา (Dialogue) การสำรวจความคิดเห็น การร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านช่องทางต่างๆ การทำประชาพิจารณ์หรือการจัดทำแบบสอบถามต่อประชาชนเพื่อนำไปสู่การถอดบทเรียนศึกษาความพร้อม ปัจจัยแทรกที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้น จากอาการทุกข์ทรมานจากโรค สถานที่ดำเนินการที่ดีที่สุดซึ่งเป็นการดำเนินการต่อจากระยะเริ่มแรก คือ สถานพยาบาล หรือการจัดอบรมสัมมนา

3) การสื่อสารแบบแลกเปลี่ยนข้อมูลและแสดงความคิดเห็นจากแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ และประชาชน เครื่องมือการดำเนินการที่สามารถก่อให้เกิดรูปธรรมมากที่สุด คือ การประชุมลักษณะการจัดทำเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างองค์กรต่างๆกับประชาชนในแต่ละแวดวง

การจัดเวทีการประชุมลักษณะการจัดทำเวทีสาธารณะในรูปแบบการจัดเวทีใหญ่อาจไม่เกิดความคุ้มค่าต่อผลลัพธ์ที่ได้ อาจเนื่องจากการแสดงความคิดเห็นจากประชาชนอาจไม่ทั่วถึงและบุคลากรจากแวดวงต่างๆไม่สามารถเข้าถึงการรับฟังความคิดเห็นได้อย่างครอบคลุมเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดทำเวทีสาธารณะเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างองค์กรต่างๆ กับประชาชนในแต่ละแวดวง จากนั้นจึงนำข้อมูลต่างๆ นำมาเข้าสู่กระบวนการดำเนินการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและก้าวไปถึงการดำเนินงานของฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ

ประโยชน์การมีส่วนร่วมและการประเมินความคิดเห็นประชาชนส่วนใหญ่ต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ได้แก่

1) แวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ สามารถนำไปถอดบทเรียน ทบทวนประเด็นจากแง่มุมต่างๆ ทั้งแง่มุมของประชาชน หรือแง่มุมจากบุคลากรทางการแพทย์ต่อประเด็นข้างต้นเพื่อแสวงหาผลลัพธ์ ไม่ว่าจะเป็นแนวทางการสร้างความเข้าใจ เหตุผลและความจำเป็น ประโยชน์หรือผลกระทบต่อประชาชน ความคุ้มค่าเชิงจริยศาสตร์และเชิงสังคมศาสตร์ ตลอดจนการคาดการณ์อนาคตว่ามีประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค มีแนวโน้มโอกาสประสบผลสำเร็จหรือประสบกับความล้มเหลวมากพียงใด

ไม่เพียงแต่เท่านี้ถอดบทเรียนอย่างมีคุณภาพก่อให้เกิดความคิดอย่างมีระบบและตั้งอยู่บนพื้นฐานการดำเนินการที่แท้จริง เนื่องจากการถอดบทเรียนสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ช่วงต้นดำเนินการ ช่วงกลางดำเนินการ ช่วงท้ายดำเนินการ และการติดตามประเมินผลหลังจากที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว โดยแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้

กระบวนการดำเนินการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างสูงสุดด้วยการยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นที่ตั้ง

2) การทราบถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอันอาจส่งผลให้ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคว่ามีแนวโน้มความเป็นไปได้เพียงใดสำหรับประเทศไทย

ทั้งนี้ การทราบถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกยังนำมาสู่การทราบถึงปัญหาต่างๆ อย่างการขาดความพร้อมจากแวดวงสาธารณสุขต่อประเด็นดังกล่าว หรือการเคลือบแคลงสงสัยของประชาชนต่อผลลัพธ์จากประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

โดยการทราบถึงปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกสามารถตอบข้อคำถามได้ว่า ปัจจัยใดสามารถเป็นประเด็นปัญหา หรือประเด็นที่นำไปสู่ความสำเร็จได้ ด้วยการนำ “SWOT Analysis” มาเป็นเครื่องมือวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคโอกาสประสบผลสำเร็จหรือประสบกับความล้มเหลวมากเพียงใด รายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยภายในองค์กร ได้แก่ การวิเคราะห์ Strengths หมายถึง การวิเคราะห์จุดแข็งของแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ว่ามีทรัพยากรใดบ้างที่ช่วยผลักดันให้ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคประสบผลสำเร็จ

การวิเคราะห์ Weakness หมายถึง การวิเคราะห์จุดอ่อนของแวดวงสาธารณสุข แวดวงวิทยาศาสตร์ แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ แวดวงมนุษยศาสตร์ ว่ามีลักษณะการทำงานหรือกระบวนการดำเนินการลักษณะใดบ้างที่อาจก่อให้เกิดปัญหาในภายหลังและควรปรับปรุงอย่างเร่งด่วน อย่างการขาดความรู้ความเข้าใจ หรือการขาดความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์ต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2) ปัจจัยภายนอกองค์กร ได้แก่ การวิเคราะห์ Opportunities หมายถึง การวิเคราะห์ปัจจัยที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีส่วนร่วมจากประชาชนหรือการถอดบทเรียน จุดประสงค์เพื่อให้ทราบถึงโอกาสว่าการดำเนินการประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคจะประสบผลสำเร็จหรือเกิดความล้มเหลว

การวิเคราะห์ Threats หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดเป็นปัจจัยแทรก อันไม่ได้เกิดจากการดำเนินงานจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่เป็นปัญหาอุปสรรคอื่นๆ อย่างการรวมตัวเพื่อต่อต้านการให้สิทธิประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการตาย หรือการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคของกลุ่มประชาชนที่เห็นต่างเพราะได้ให้การยึดถือต่อหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนาพุทธ วิถีทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธอย่างเคร่งครัด หรือการพัฒนาวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ไม่เป็นไปอย่างสอดคล้องกัน

5. การร่างกฎหมายเพื่อรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค นอกจาก “สิทธิการตาย” ที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ในแวดวงกฎหมายนักกฎหมายได้มีมุมมองต่อประเด็น “สิทธิการตาย” โดยมุ่งหมายนิยามที่เชื่อมโยงกับ “สิทธิ” จำแนกได้2 ลักษณะ ได้แก่

1) นักกฎหมายกลุ่มที่มีความคิดเห็นว่า สิทธิ หมายถึง การที่กฎหมายมีความมุ่งหมายให้อำนาจแก่ประชาชน อำนาจที่ดังกล่าวต้องเป็นอำนาจภายใต้กฎหมาย มิใช่อำนาจที่กฎหมายไม่ได้บัญญัติคุ้มครองไว้

2) นักกฎหมายกลุ่มที่มีความคิดเห็นว่า สิทธิ หมายถึง การที่กฎหมายบัญญัติคุ้มครองซึ่งสิทธิ หรือกล่าวอีกนัยว่า “ประโยชน์ที่กฎหมายให้ความคุ้มครอง”

คำพิพากษาฎีกาที่ 124/2487 พิจารณาเจตจำนงได้ว่า สิทธิคือประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครอง(ประสิทธิ์ ปิวาวัฒนพานิช, 2549 อ้างถึงใน ดวงพร เพชรคง, ม.ม.ป.: 4)

การวิเคราะห์ว่า “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคมีโอกาสความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด สิ่งแรกที่ต้องพิจารณาศึกษา คือ การศึกษาว่าประเทศไทยมีกฎหมายฉบับใดบ้างที่ให้ “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น

เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เนื่องจากหากมีกฎหมายที่สามารถเทียบเคียงได้จะเกิดผลอย่างดียิ่งต่อการผลักดันให้สังคมเกิดการยอมรับ“สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ในประเทศไทย

จากที่ได้ทำการศึกษาวิจัยผลการศึกษาพบว่า ขณะนี้แม้จะก้าวล่วงมาจน พ.ศ. 2565 แล้วก็ตามแต่ไม่มีกฎหมายใดที่บัญญัติถึงประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ส่วนมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นเพียงการเปิดรับต่อการกระทำการุณยฆาตลักษณะ “เชิงรับ” แบบ Passive Euthanasia เท่านั้น

แนวทางการร่างกฎหมาย การบัญญัติกฎหมายเพื่อรองรับและศึกษาผลทางกฎหมายอันสัมพันธ์กับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดรองรับกรณีดังกล่าว ฉะนั้นเมื่อไม่มีกฎหมายรองรับสามารถตีความได้อย่างแจ้งชัดในทางปฏิบัติว่าการกระทำการุณยฆาตหรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้ หากกระทำการถือเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎหมายมีความผิดและต้องรับโทษ แต่หากรัฐและแวดวงสาธารณสุขประสงค์ให้เกิดขึ้นอย่างแท้จริงเพื่อนำมาซึ่งอรรถประโยชน์แก่แวดวงกฎหมาย แวดวงอาชญาวิทยา แวดวงสังคมศาสตร์ และแวดวงมนุษยศาสตร์จำเป็นต้องมีการตรากฎหมายเพื่อออกมาบังคับใช้ กล่าวคือ แม้การทำประชาพิจารณ์รับฟังความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ หรือ/และการทำประชามติเพื่อประเมินความคิดเห็นประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศที่แสดงออกเพื่อให้ได้มาซึ่งมติมหาชนว่า ประชาชนกลุ่มใหญ่มีความคิดเห็นอย่างไรต่อประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จะสามารถรับทราบถึงข้อคิดเห็นและความต้องการของประชาชนแล้ว แต่นั่นมิได้หมายความว่ารัฐจะดำเนินการร่างกฎหมายด้วยการตั้งอยู่บนพื้นฐานจากผลการทำประชาพิจารณ์หรือ/และการทำประชามติเสมอไป สาเหตุเนื่องจากรัฐต้องพิจารณาถึงปัจจัยอื่นๆ อันเป็นตัวชี้วัดกำหนดข้อเท็จจริงทั้งเชิงนามธรรมและรูปธรรมด้วย

การตรากฎหมายเพื่อออกมาบังคับใช้ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญต่อหลักและทฤษฎีความรับผิดทางอาญาด้วย

หลักการที่สำคัญประการแรกที่ศึกษา คือ หลักไม่มีความผิด ไม่มีโทษ ถ้าไม่มีกฎหมาย ภาษาลาตินเรียกกฎหมายฉบับนี้ว่า “Nullum crimen nulla poena sine lege” (No crime, no punishment without law) หรือหลักการความชอบด้วยกฎหมาย The principle of legality ซึ่งมีนัยว่า หลักการพื้นฐานของกฎหมายอาญาที่สำคัญที่สุด คือ การกระทำใดจะถือว่ามีกฎหมาย ย่อมต้องมีกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในขณะนั้นบัญญัติว่ามีความผิด

ปัญหาเกี่ยวกับ “Nullum crimen nulla poena sine lege” ในทางอาญา จำแนกเป็น 3 ประเด็นใหญ่ที่เกี่ยวเนื่องกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ได้แก่

1. ระยะเวลาที่เรียกว่า รอยต่อการประกาศยกเลิกกฎหมายเดิมกับการประกาศใช้กฎหมายใหม่

2. การยกเลิกความผิดบางประการหรือการยกเลิกความผิดทั้งหมดของกฎหมายเก่าที่มีใช้อยู่เดิมกับการบัญญัติความผิดขึ้นใหม่

3. การเปลี่ยนแปลงวิธีการเพื่อความปลอดภัย การลงโทษ อัตราโทษและเรื่องใดๆ ก็ตามเกี่ยวกับเรื่องที่ว่าด้วย “โทษ”

การทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ของ “Nullum crimen nulla poena sine lege” ประกอบด้วย 3 หลักการใหญ่ ดังนี้

1. หลักประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชน (คณิต ณ นคร อ้างถึงในอุทัย อาทิเวช, 2561: 2) จำแนกรายละเอียด ดังนี้

1.1 หลักการป้องกันการใช้อำนาจของรัฐในประเทศที่มีการปกครองตามหลักนิติรัฐ (Rechet statt-Legal State) ว่าด้วยเรื่องเวลาของการบังคับใช้กฎหมายอาญา กล่าวคือ รัฐต้องสร้างเอกสิทธิ์ทั่วไปมิใช่ให้แก่บุคคลใดโดยเฉพาะหรือเรียกอีกอย่างว่า รัฐต้องสร้างหลักประกันคุ้มครองว่า ขณะที่ไม่มีกฎหมายอาญาบังคับใช้สำหรับการลงโทษการกำหนดโทษทางอาญาในเรื่องนั้นๆ หรือไม่มีกฎหมายบัญญัติความผิดและไว้ต้องถือว่าการกระทำของประชาชนจะไม่ถูกลงโทษตามกฎหมายอาญาที่ตราขึ้นใหม่ แก้ไขบทบัญญัติหรือบัญญัตินำมาใช้ใหม่ (หยุด แสงอุทัย อ้างถึงในอุทัย อาทิเวช, 2561: 2)

วัตถุประสงค์ของหลักการป้องกันการใช้อำนาจของรัฐในประเทศที่มีการปกครองตามหลักนิติรัฐ คือ การตระหนักและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน มิให้เกิดการใช้อำนาจรัฐเกินขอบเขตหรือตามอำเภอใจผู้บังคับใช้กฎหมาย

ไม่เพียงแต่เท่านี้ อำนาจการบังคับใช้ของหลักการ “Nullum crimen nulla poena sine lege” สามารถแบ่งออกเป็นหลักการที่เรียกว่า หลักการแตกย่อยของกฎหมายอาญา 3 ลักษณะได้แก่

1) หลักกฎหมายอาญาไม่มีผลย้อนหลัง (Principle of non-retroactivity- nullum crimen nulla poena sine lege praevia)

2) หลักความชัดเจนแน่นอนของกฎหมายอาญา (Principle of certainy- nullum crimen nulla poena sine lege certa)

3) หลักการตีความกฎหมายอาญาโดยเคร่งครัดห้ามเปรียบเทียบหรือใช้กฎหมายใกล้เคียงมาใช้ลงโทษ (Prohibition against analogy-nullum crimen nulla poena sine lege stricta)

1.2 หลักความชัดเจนแน่นอนของกฎหมายอาญา (Certainy) ว่าด้วยเรื่องของการประกาศบังคับใช้กฎหมาย กล่าวคือ การจะบังคับโทษไม่ว่าลักษณะใดก็ตามจำต้องมีการตรากฎหมายว่าด้วยเรื่องนั้นๆขึ้นก่อนเสมอจึงจะใช้บังคับแก่ประชาชนได้ หากรัฐกระทำการบังคับโทษโดยที่ยังไม่ได้ตรากฎหมายย่อมถือว่าไม่เป็นการถูกต้อง ทั้งยังเป็นการกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนอีกด้วย

กฎหมายอาญาที่รัฐได้ตราออกมาเพื่อใช้บังคับนั้น ต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ มีความชัดเจนแน่นอน ปราศจากความคลุมเครือและปราศจากข้อกังขาใดๆ เพื่อป้องกันมิให้เกิดการกล่าวอ้างว่า กฎหมายฉบับดังกล่าวไม่มีความชัดเจนแน่นอนที่จะส่งผลต่อการเข้าใจว่าการกระทำใดถือเป็นการกระทำผิดต่อกฎหมาย โดยหลักความชัดเจนแน่นอนของกฎหมายอาญาถือเป็นหลักการแตกย่อยของกฎหมายอาญา ประเด็น Nullum crimen nulla poena sine lege

1.3. หลักการตีความกฎหมายโดยเคร่งครัด สำหรับกฎหมายอาญาแล้วนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ การตีความกฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายต้องเกิดขั้นตอนการตีความอย่างเคร่งครัดตามลายลักษณ์อักษรที่ปรากฏเท่านั้น ตัวอย่างในทางปฏิบัติ หยุด แสงอุทัย อ้างถึงใน อุทัย อาทิเวช ยกตัวอย่างเช่น “การจะตีความโดยขยายความเพื่อให้ครอบคลุมการกระทำของจำเลยให้เป็นความผิดทั้งที่ถ้อยคำของกฎหมายเขียนไว้อย่างชัดเจน หรือตีความเพื่อไปลงโทษหรือเพิ่มโทษจำเลยโดยที่ไม่มีกฎหมายบัญญัติไว้ชัดเจนอยู่แล้วไม่ได้” (หยุด แสงอุทัย, 2548 อ้างถึงใน อุทัย อาทิเวช, 2561: 13)

2. หลัก Nullum crimen nulla poena sine lege สำหรับประเทศไทย การปฏิบัติหรือการดำเนินการไม่ว่าจะแนวทางใดด้านกฎหมายต้องอาศัยหลักการ “แนวทางการเกิดความยุติธรรมแก่ผู้ตกอยู่ภายใต้กฎหมาย” อันหมายถึง “การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย การยกเลิกกฎหมายเก่า การบัญญัติกฎหมายใหม่ การแก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของความผิด การกำหนดอัตราโทษของความปิดให้สูงขึ้น การลดโทษลง หรือการยกเว้นโทษ”

ประเด็นสำคัญที่ไม่สามารถมองข้ามได้ คือ การนำหลัก Ex post facto และหลัก Nullum crimen sine lege มาประกอบการพิจารณาร่วมกัน ไม่เพียงเท่านี้ ตัวอย่างที่เด่นชัดเป็นรูปธรรมของหลัก Nullum crimen nulla poena sine lege ถูกบัญญัติไว้ในมาตรา 2 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ความว่า (อุทัย อาทิเวช, 2561: 1-2, 8, 13, 45-47)

มาตรา 2 บุคคลจักต้องรับโทษในทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะกระทำนั้นบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ และโทษที่จะลงแก่ผู้กระทำความผิดนั้นต้องเป็นโทษที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย

ถ้าตามบทบัญญัติของกฎหมายที่บัญญัติในภายหลัง การกระทำเช่นนั้นไม่เป็นความผิดต่อไป ให้ผู้ที่ได้กระทำการนั้นพ้นจากการเป็นผู้กระทำความผิด และถ้าได้มีคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลงโทษแล้ว ก็ให้ถือว่าผู้นั้นไม่เคยต้องคำพิพากษาว่าได้กระทำความผิดนั้น ถ้ารับโทษอยู่ก็ให้การลงโทษนั้นสิ้นสุดลง (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์ ประมวลกฎหมายอาญา, 2565)

จากมาตรา 2 พบว่า โทษทางอาญาจะใช้บังคับกับประชาชนคนใดได้ก็ต่อเมื่อกฎหมายที่บังคับใช้ขณะกระทำการนั้น บัญญัติว่ามีความผิดและกำหนดโทษไว้โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือ ความรุนแรงหรือลักษณะการลงโทษต้องเป็นไปตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เท่านั้น ไม่สามารถบังคับลงโทษเกินไปจากขอบเขตที่กฎหมายกำหนด

ส่วนในบทบัญญัติวรรคสองพบว่า กรณีที่มีการตรากฎหมายหรือแก้ไขกฎหมายออกมาภายหลังแล้วเป็นคุณต่อผู้กระทำผิด กล่าวคือ หากผู้กระทำความผิดได้มีคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลงโทษ จะไม่ถือว่าการกระทำลักษณะดังกล่าวเป็นความผิด ให้เสมือนว่าผู้กระทำผิดพ้นจากการเป็นผู้กระทำความผิดทั้งปวง และไม่ถือว่าเคยต้องคำพิพากษามาก่อนแต่อย่างใด และหากผู้กระทำความผิดกำลังรับโทษตามที่มีคำพิพากษากฎหมายให้ถือว่าการลงโทษดังกล่าวมีผลสิ้นสุดลงเช่นกัน

จากรายละเอียดที่กล่าวมาข้างต้นสามารถนำพาไปซึ่งการตรากฎหมายประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้ เนื่องจากขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายใดรองรับ เมื่อไม่มีกฎหมายรองรับแล้ว นั่นหมายความว่าการกระทำการุณยฆาต หรือการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้

ด้วยสังคมโลกปัจจุบันที่กำลังก้าวสู่ยุคสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มขั้น 100 % ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกอาจเป็นสิ่งจำเป็นหรือกลายเป็นสิ่งปกติในประเทศไทยได้ แต่การที่ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายว่าด้วยเรื่องประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้

หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค การเริ่มกระบวนการตรากฎหมายจึงเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าการบัญญัติกฎหมายที่สมบูรณ์แบบเป็นการเฉพาะสำหรับประเทศไทยนั้นควรบัญญัติกฎหมายให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมและบริบทของประเทศไทยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะการตระหนักถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ

ดังนั้น แนวทางการตรากฎหมายว่าด้วยเรื่องประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค นอกจากจะตระหนักถึงสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นยังสามารถนำตัวอย่างจากต่างประเทศมาศึกษาและถอดบทเรียนเพื่อนำเข้ามาปรับใช้ได้อีกด้วย

สำหรับการตรากฎหมายในประเด็นดังกล่าวควรเป็นการร่างกฎหมายใหม่ทั้งฉบับไม่ว่าจะเรื่องนิยามความหมายหรือการกำหนดอัตราโทษ เนื่องจากหากพิจารณาศึกษาเชิงลึกพบว่าด้วยการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาหรือการแก้ไขประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา อาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของหลักการและเหตุผลในประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคมากเท่าที่ควร ประเด็นนี้สอดคล้องกับที่ อรรัมภา ไวยมุกข์และคณะ (ม.ม.ป.) ศึกษาเรื่องการุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน ผลการศึกษาพบว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกด้วยความสมัครใจถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอาญา และเข้าองค์ประกอบความผิดอาญาฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาตามมาตรา 288 หรือ 289 แล้วแต่กรณี และแม้ว่าการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกด้วยความสมัครใจยังคงเป็นการฆ่าที่ผิดกฎหมายเพราะเป็นการฆ่าโดยเจตนา เพียงแต่องค์ประกอบมีความแตกต่างในเรื่องของข้อเท็จจริงกับการฆ่าโดยเจตนาอื่นๆ ฉะนั้นแล้วการลงโทษหรือดำเนินคดีกับผู้กระทำการุณยฆาต ด้วยการใช้ฐานความผิดเดียวกันกับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาเห็นว่าไม่มีความเหมาะสม

ส่วนการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการแก้ไขกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เห็นว่าควรนำมาควบรวมเข้าไว้เป็นส่วนเดียวกันเพื่อให้การบริหารจัดการในระยะเริ่มแรกของการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ การยกร่างกฎหมายเพื่อรองรับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค นอกจากสามารถนำแนวทางของต่างประเทศมาปรับใช้หรือนำมาสู่การถอดบทเรียนเพื่อแสวงหาความเหมาะสมระหว่างกฎหมายและวิถีทางสังคม หรือบรรทัดฐานทางสังคม

อีกปัจจัยที่สำคัญในการร่างกฎหมายคือ หน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานกับการกระทำการุณยฆาต ตามทฤษฎีหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐาน (Staatliche Schutzpflicht) กล่าวคือ ขั้นแรกการยกร่างกฎหมายจำเป็นต้องบัญญัติอย่างแจ้งชัดว่าสิทธิการเข้าถึงความตาย ถือเป็นอีกหนึ่งสิทธิพื้นฐานเพื่อให้สามารถเกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเกิดขึ้นได้จริง โดยถือเป็นหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าว

ฉะนั้น จึงเห็นได้ว่ารัฐไม่ได้มีหน้าที่เพียงเพื่องดเว้นการกระทำที่จะส่งผลต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนเท่านั้น รัฐต้องมีจุดยืนต่อการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยในที่นี้หมายถึงการบัญญัติกฎหมายการอนุญาตให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ไม่เพียงแต่เท่านี้ มิใช่ว่ารัฐต้องให้การคุ้มครองการเข้าถึงสิทธิการตายให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเท่านั้น รัฐต้องกระทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐานได้อย่างแท้จริง

3. การที่รัฐให้การคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนมีจุดประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิขั้นพื้นฐานและสามารถเข้าถึงและใช้สิทธิขั้นพื้นฐานได้อย่างแท้จริง (Badura, peter อ้างถึงใน ต่อพงศ์ กิตติยานุพงศ์, 2561: 168)

จากการศึกษากฎหมายเกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ประเทศไทยสามารถนำแนวทางของต่างประเทศมาปรับใช้ได้ ดังนี้

1. การมีกฎหมายเฉพาะที่ว่าด้วยเรื่องประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ซึ่งประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายว่าด้วยการกระทำการุณยฆาตโดยเฉพาะใช้ชื่อว่า The Termination of Life on Request and

Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002 (พระราชบัญญัติการจบชีวิตตามคำร้องขอและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (ขั้นตอนการตรวจทบทวน) 2002)

ขณะที่ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการจบชีวิต แต่อาศัยจากการตีความบทบัญญัติที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของ (Strafgesetzbuch)

ประเทศไทยควรมีกฎหมายโดยเฉพาะเช่นกัน งานวิจัยฉบับนี้จึงเสนอเป็นการยกร่างกฎหมายแบบควบรวมทั้งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการแก้ไขกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ไว้ด้วยกัน

อนึ่ง จากการสำรวจ ค.ศ. 2008 ประเทศเนเธอแลนด์ยอมรับการกระทำการุณยฆาตในอัตราลำดับที่ 6.67 ส่วนประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ลำดับที่ 5.05 ของทวีปยุโรป

2. การกระทำการุณยฆาตทั้งเชิงรุก และการกระทำการุณยฆาตเชิงรับ สามารถกระทำควบคู่กันได้ เพราะอย่างประเทศเนเธอร์แลนด์ได้เปิดช่องทางให้สามารถกระทำการุณยฆาตและการปฏิเสธการรักษาได้ด้วยเช่นกัน ด้วยการมีกฎหมายรองรับการแสดงเจตนารมณ์ด้วยการทำหนังสือ ดังนั้นจึงมีโอกาสความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะสามารถทำการกระทำการุณยฆาตทั้งเชิงรุก และการกระทำการุณยฆาตเชิงรับได้

3. แนวทางหรือวิธีการการกระทำการุณยฆาตสามารถนำแนวทางปฏิบัติจากประเทศเนเธอร์แลนด์มาเป็นต้นแบบกรณีศึกษาได้ ซึ่งประเทศเนเธอร์แลนด์ใช้ลักษณะการใช้ยากลุ่มที่เกี่ยวเนื่องกับหลอดเลือด หรือการให้รับประทานยาในขนาดสูงเกินความจำเป็นเพื่อออกฤทธิ์ลักษณะกดระบบประสาทเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบหลับสนิทผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้สงบและเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานลงในที่สุด

ขณะที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์แนวทางหรือวิธีการการกระทำการุณยฆาต ประเทศไทยสามารถนำมาเป็นต้นแบบกรณีศึกษาได้เช่นกัน ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีการจัดทำเครื่องพิมพ์ 3 มิติ เรียกว่า “ซาร์โก (Sarco)” ลักษณะเป็นแคปซูลขนาดใหญ่แต่สามารถเคลื่อนย้ายไปสถานที่ต่างๆ ได้ เพื่อสะดวกต่อการกระทำการุณยฆาตผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจึงเลือกสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิตได้ โดยวิธีการทำงานของซาร์โก จะไม่ทำให้ผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

วิธีการทำงานมีลักษณะพิเศษ คือ ไม่ต้องทำการใช้สารใด ๆ ฉีดเข้าสู่ร่างกายผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาต วิธีการทำงานจะเริ่มเมื่อผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตกดปุ่มให้

เครื่องเริ่มทำงาน ซึ่งมีการปล่อยแก๊สไนโตรเจนออกมาในระยะเวลา 30 วินาที ระดับออกซิเจนในเครื่องจะลดอัตราลงอย่างรวดเร็วกระทั่งเหลือระดับออกซิเจนเพียงร้อยละ 1 จากนั้นผู้ที่เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที คุณลักษณะพิเศษในกระบวนการทำงานของเครื่องดังกล่าว คือ ไม่ก่อให้เกิดการสำลักแก๊สไนโตรเจน ไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ผู้เข้ารับการกระทำการุณยฆาตจึงเสียชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน

4. ลักษณะผู้ป่วยที่แพทย์อนุญาตดำเนินการกระทำการุณยฆาต การยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายได้นั้น ประเทศไทยสามารถนำแนวทางประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นกรณีศึกษาได้ว่า ผู้ป่วยต้องประกอบด้วยเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ คือ

1) ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากและไม่สามารถอดทนต่อความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยได้อย่างแท้จริง เช่น กลไกการทำงานของร่างการมีสภาพเสื่อมถอยอย่างต่อเนื่อง การไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง และการที่ผู้ป่วยต้องอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อดำเนินชีวิต

2) ความคาดหมายว่าการรักษาโรคและผลลัพธ์จากการรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตมีแนวโน้มจะดีขึ้นไร้ซึ่งความคาดหมาย การคาดหมายถึงแนวโน้มการหายจากโรคต้องเกิดจากการพิจารณาด้วยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ แต่ทั้งนี้แพทย์ยังต้องทำหน้าที่หารือเกี่ยวกับ curative treatment และ palliative care กับผู้ป่วย

3) ผู้ขอกระทำการุณยฆาตเชิงรุกต้องมีความสามารถในการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตาย

4) กรณีความเจ็บป่วยทางจิตร้ายแรงที่เป็นลักษณะถาวรและไม่สามารถรักษาหายได้ถือเป็นสาเหตุความทุกข์ทรมานที่เปรียบเทียบได้กับความเจ็บป่วยทางกายเป็นการอนุญาตให้แพทย์ทำการช่วยเหลือผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจให้สามารถฆ่าตัวตายได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย อย่างไรก็ตามศาลได้กำหนดให้ต้องให้จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำรายงานเป็นหลักฐานว่าความปรารถนาที่จะตายต้องไม่ใช่เป็นการแสดงออกจากความเจ็บป่วยทางจิตที่รักษาหายได้

5. ประเทศไทยสามารถจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาการยื่นคำร้องขอเพื่อขอการกระทำการุณยฆาตได้เช่นเดียวกับประเทศเนเธอร์แลนด์ซึ่งประกอบด้วย

1) ผู้เชี่ยวชาญกฎหมายจำนวน 1 คน (ประธานคณะกรรมการ)

2) แพทย์จำนวน 1 คน

3) ผู้เชี่ยวชาญด้านจริยธรรมและศีลธรรมจำนวน 1 คน

6. เรื่องของแพทย์แนวทางการดำเนินงานประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นไปในลักษณะต้องมีการปรึกษาแพทย์ท่านอื่นที่มิใช่แพทย์ที่ทำการรักษา ไม่ใช่แพทย์ที่ทำงานร่วมกับแพทย์ที่กระทำกา

รุณยฆาต หรือเป็นผู้บังคับบัญชาของแพทย์ที่จะดำเนินการกระทำการุณยฆาต นอกจากนี้ต้องไม่เกี่ยวข้องทางความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วย อย่างน้อย 1 คนต่อการกระทำการุณยฆาต โดยแพทย์อีกท่านนั้นได้มีการให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวกับบรรทัดฐานการดูแลอย่างเหมาะสม

7. การจัดตั้งองค์กรเอกชนเพื่อบริการการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกประเทศสวิตเซอร์แลนด์ กฎหมายอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถยุติชีวิตตนเองได้ และยังมีสถาบันเกี่ยวกับการยุติการรักษาสำหรับผู้ป่วยต่างชาติ เรียกว่า Dignitas Suicide Clinic หากทำการยกตัวอย่างแนวการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ถือเป็นประเทศเดียวในโลกที่อนุญาตให้ประชาชนของประเทศอื่นสามารถเข้ารับบริการการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ได้ (assisted suicide) ซึ่งสามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายที่ต่างไปจากการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Sterbehilfe หรือ Euthanasia) ที่กฎหมายประเทศสวิตเซอร์แลนด์ยังคงถือเป็นความผิดอาญา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะกฎหมายการุณยฆาตกับสังคมไทยประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

5.1 บทสรุป

การเสียชีวิตของมนุษย์นั้นเป็นสิ่งธรรมดาตามที่ธรรมชาติได้ทำการจัดสรรไว้แล้ว เพื่อคงไว้ซึ่งธรรมชาติและความสมดุลของวงจรทางสังคม แต่ขณะเดียวกันกลับมีการฝืนต่อการจัดสรรทางธรรมชาติอันเป็นการแทรกแซงถึงการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นการฆ่าตัวตายหรือการให้ความยินยอมต่อบุคคลอื่นเพื่อช่วยให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ประกอบกับปัจจุบันวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆ ทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์พัฒนาอย่างก้าวกระโดดจนสามารถรักษาโรคต่างๆ ได้

แต่ในขณะเดียวกันบางยุคสมัยสิ่งเหล่านี้กลับล้าหลังต่อการวิวัฒนาการของโรคต่างๆ ความเจ็บป่วยจากโรคบางชนิดกลับไม่สามารถรักษาให้หายได้ แพทย์ทำได้เพียงรักษาอาการตามโรคจนบางกรณีส่งผลให้ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่เรียกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบหรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือแม้กระทั่งกลายเป็นผู้ป่วยที่มีสภาพนอนเป็นผักไม่สามารถฟื้นได้และไม่สามารถตายได้เช่นกัน ในภาษาพูดอาจเรียกว่าตกอยู่ในภาวะ “เจ้าหญิง-เจ้าชายนิทรา” อีกทั้งก้าวหน้าอย่างเป็นโลกาภิวัตน์กับสังคมโลกที่ยึดถือปัจเจกบุคคลเป็นที่ตั้ง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ บางรายเรียกร้องทวงถามสิทธิการตาย หรือการกระทำการุณยฆาตเพื่อให้ตนเองยุติความทุกข์ทรมานจากโรคที่รุมเร้าและมีแนวโน้มแต่จะทวีความรุนแรงขึ้น

ดังนั้น ในบางประเทศจึงมีการกระทำการุณยฆาตให้แก่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบทั้งการกระทำการุณยฆาตแบบเชิงรับ หรือที่เรียกว่า Advance directive และการกระทำการุณยฆาตแบบเชิงรุก หรือที่เรียกว่า Active Euthanasia ประเทศที่กฎหมายอนุญาตให้สามารถกระทำการุณยฆาตได้ เช่น ประเทศเนเธอแลนด์ ประเทศ

สวิตเซอร์แลนด์ ประเทศแคนาดา เป็นต้น ซึ่งประเทศเหล่านี้มีกฎหมายที่ว่าด้วยการกระทำการุณยฆาตโดยเฉพาะ ดังนี้

ประเทศเนเธอร์แลนด์ถือเป็นประเทศแรกของโลกที่ผ่านกฎหมายเพื่อทำให้การดำเนินการจบชีวิตของผู้ร้องขอโดยขั้นตอนทางการแพทย์เป็นเรื่องถูกต้องตามกฎหมาย กฎหมายที่บังคับใช้ในเรื่องดังกล่าว คือ The Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act 2002 (พระราชบัญญัติการจบชีวิตตามคำร้องขอและการฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (ขั้นตอนการตรวจทบทวน) 2002)

ประเทศสวิตเซอร์แลนด์เป็นประเทศที่เปิดช่องให้การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (assisted suicide) สามารถดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายซึ่งต่างจากการกระทำการุณยฆาต (Active Sterbehilfe หรือ Euthanasia) ที่กฎหมายสวิสยังคงถือเป็นความผิดอาญา อย่างไรก็ตาม ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการจบชีวิตแยกต่างหาก เป็นรัฐบัญญัติแต่อาศัยการตีความจากบทบัญญัติที่อยู่ในประมวลกฎหมายอาญาของสวิสเซอร์แลนด์ (Strafgesetzbuch)

ประเทศแคนาดาเดิมใช้กฎหมาย Bill C-14: An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) (previous question) เป็นการอนุญาตให้แพทย์ดำเนินการช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตได้อย่างถูกต้องตามกฎหมายทั้งในรูปแบบของการุณยฆาต (medical euthanasia) และการให้ความช่วยเหลือให้ฆ่าตัวตายโดยแพทย์ (physician-assisted suicide) ซึ่งจะเรียกรวมกันว่า “ความช่วยเหลือทางการแพทย์ให้จบชีวิต (medical aid in dying หรือ MAID) ต่อมาปี2020 ได้เสนอร่างกฎหมาย Bill C-7: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying) ซึ่งเป็นการเอาเงื่อนไข “ความตายตามธรรมชาติของบุคคลจะต้องสามารถที่จะมองเห็นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผล” ออกไป โดยเปิดให้ผู้ป่วยที่ความตายตามธรรมชาติไม่สามารถที่จะมองเห็นล่วงหน้าได้อย่างมีเหตุผลก็สามารถร้องขอจบชีวิตได้ กระทั่งปี 2021 รัฐสภาแคนาดาได้ผ่านกฎหมายที่แก้ไขในสาระสำคัญของความช่วยเหลือทางการแพทย์ให้จบชีวิต หรือ MAID

คำว่าการกระทำการุณยฆาต หรือ Euthanasia เป็นคำในภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ Eu + thanatos ความหมายนัยว่า คือ good death หรือ การตายที่ดีหรือการตายโดยสงบ นักวิชาการประเทศไทยและต่างประเทศได้ให้ความหมายการกระทำการุณยฆาตในลักษณะที่สอดคล้องกัน ซึ่งสรุปได้ว่าการกระทำการุณยฆาตเป็นการกระทำที่ว่าด้วยเรื่องการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ยุติชีวิตอย่างสงบโดยการเจตนาและเป็นไปด้วยความเมตตาและสงสาร การยุติชีวิตเกิดขึ้นจากการร้องขอและความสมัครใจจากผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่าง

สมบูรณ์แบบ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรงไม่ได้ถูกบังคับจากบุคคลอื่นแต่อย่างใด

วัตถุประสงค์การกระทำการุณยฆาต คือ เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ หรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตที่มีอาการเจ็บป่วยทุกข์ทรมาน หมดหวังที่จะรักษาอาการให้หายเป็นปกติได้เสียชีวิตลง

การกระทำการุณยฆาตแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ตามวิธีการกระทำการุณยฆาตแต่ละประเทศซึ่งจะใช้วิธีการที่แตกต่างกันไปตามแต่แนวคิดของนักวิชาการว่าจะเรียกการกระทำการุณยฆาตเหล่านั้นว่าอย่างไรแต่เมื่อพิจารณาโดยละเอียดจะพบว่า การกระทำของแต่ละชื่อเรียกมีลักษณะสอดคล้องกัน ตัวอย่างเช่น

1. การุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางตรง (voluntary active) หมายถึง แพทย์ลงมือกระทำการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงโดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอให้กระทำด้วยตนเอง

2. การุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) หมายถึง ผู้ป่วยขอร้องให้แพทย์หยุดกระทำการรักษาตนเอง และปล่อยให้ตนเองได้เสียชีวิตลงตามธรรมชาติ

3. การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางตรง (involuntary active) หมายถึง แพทย์ลงมือกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมแต่อย่างใด

4. การุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางอ้อม (involuntary passive) หมายถึง แพทย์ยุติการรักษาและปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงความยินยอม

5. การกระทำการุณยฆาตทางตรง (Active Euthanasia) ด้วยการให้สารหรือวัตถุต่างๆ เพื่อเร่งให้ถึงแก่ความตายทันทีโดยปราศจากความเจ็บปวด

6. การกระทำการุณยฆาตโดยอ้อม (Passive Euthanasia) ด้วยการยุติการรักษา หรือการไม่กระทำการใดที่พึงเป็นเหตุคาดหวังเพื่อยื้อชีวิตและลมหายใจ ถือเป็นสิทธิในการปฏิเสธเข้ารับการรักษาหรือหยุดการรักษาใดๆ

7. การกระทำการุณยฆาตด้วยการตัดการรักษา (Passive Euthanasia) หรือ (Negative Euthanasia) หมายถึง การปล่อยให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตด้วยตนเอง (Letting the Patient go)

8. การกระทำการุณยฆาตโดยเร่งให้เสียชีวิต (Active Euthanasia) หรือ (Positive Euthanasia) ประกอบด้วย 3 ลักษณะ

1) การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยได้เลือกวิถีทางให้ตนเองเสียชีวิต (Chosen and Carriend out by the Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์จัดวางยาพิษไว้ให้แก่ผู้ป่วยจากนั้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยิบยาพิษนั้นกินด้วยตนเอง

2) การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือด้านการแพทย์กระทำการุณยฆาต โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าหากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการดังเช่นว่านั้นได้ ซึ่งการตัดสินใจล่วงหน้าดังกล่าวได้กระทำการเป็นหนังสือซึ่งเรียกว่า Living Will

3) การกระทำการุณยฆาตโดยไม่มีเจตนาและกระทำโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์ช่วยสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอันเกิดจากความสงสารผู้ป่วยมิได้ร้องขอ

9. การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง แพทย์เพียงแต่ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตไว้ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย (แพทย์ไม่ได้กระทำการจบชีวิต)

10. การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) ลักษณะการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต คือ การที่ผู้ป่วยแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าขณะที่มีสภาวะรับรู้โดยปกติ มีสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยต้องระบุความประสงค์อย่างชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาหรือที่เรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will) วัตถุประสงค์การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต คือ การเสียชีวิตลักษณะที่เรียกว่า การเสียชีวิต “อย่างเป็นธรรมชาติ” และป้องกันการยืดชีวิตอย่างไม่มีความจำเป็น

ประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค สำหรับประเทศไทยเมื่อแยกการพิจารณาระหว่าง “สิทธิการตาย” และ “การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค” พบว่า

ปัจจุบันประชาชนไทยสามารถเข้าถึง “สิทธิการตาย” ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่เป็นสิทธิการตายในเชิงรับ ลักษณะการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ เสียชีวิตอย่างสงบ ลักษณะการปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงเอง (Letting the Patient Go) ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมาย คือ มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ลักษณะการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living will) มาตรา 12 บัญญัติว่า

มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

รูปแบบการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยปัจจุบันไม่ได้มีแบบฟอร์มที่ชัดแจนมีเพียงการบัญญัติว่าต้องดำเนินการอะไรบ้างเท่านั้น โดยให้เป็นไปตามที่ปรากฏในกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553

ดังนั้น เมื่อนำมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พิจารณาร่วมกับกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 พบประเด็นสำคัญที่รองรับสิทธิของประชาชนอีกหนึ่งสิทธิ แต่มีความแตกต่างตรงที่สิทธิที่กำลังจะกล่าวถึงเป็นสิทธิที่ไม่ใช่สิทธิการตาย แต่เป็น “สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่แม้ได้เลือกสิทธิการตายไว้แล้ว” ปรากฏหลักฐานรองรับทางกฎหมาย คือ ข้อ 2 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 บัญญัติว่า

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

จากบริบทข้างต้นหมายความว่า เมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิตแล้วจะไม่รับบริการสาธารณสุขไม่ว่าเป็นลักษณะใดก็ตาม ทั้งนี้

ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบยังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care)

สำหรับ “การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค” ถือเป็นประเด็นที่ทำให้เกิดข้อถกเถียงในสังคมอย่างมาก เนื่องจากเป็นการเชื่อมโยงระหว่างสิทธิการตายกับหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนา วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม (Social Norm) ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธ หากทำการศึกษาถึงย้อนไปกว่าร้อยปีก็มิได้พบกรณีศึกษาในประเด็นดังกล่าว และปัจจุบันประเทศไทยก็ยังไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้อย่างเด็ดขาด เนื่องจากไม่มีการบัญญัติกฎหมายรองรับและไม่เคยแม้แต่จะมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าว รวมทั้งไม่มีกฎหมายอื่นใดที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้ ซึ่งหากจะนำไปผลักดันประเด็นให้เกิดประเด็นนี้ในประเทศไทยถือว่ายังเป็นเรื่องที่ยาก ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้านประกอบกัน และแม้ให้ทำการเปรียบเทียบกับต่างประเทศถึงการกระทำการุณยฆาตสามารถเปรียบเทียบได้เพียงการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยเท่านั้น ซึ่งแต่ละประเทศล้วนมีรากฐานไม่แตกต่างกัน

ในที่นี้เพื่อทำให้การศึกษาวิจัยสามารถเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้นจะทำการเปรียบเทียบระหว่างการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกและการกระทำการุณยฆาตเชิงรับ เพื่อช่วยสร้างพื้นฐานความรู้ความเข้าใจอันอาจจะนำไปสู่การพัฒนาให้เกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคกับประเทศไทยในอนาคต

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบการกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia) และการเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติที่เป็นการกระทำการุณยฆาตเชิงรับ (Advance directive)

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	**การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)**
Euthanasia ภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos แปลความได้ว่า การเสียชีวิตที่ดี การเสียชีวิตโดยสงบ การกระทำเพื่อช่วยผู้อื่นเสียชีวิต โดยเป็นไปด้วยความเมตตาและสงสาร และอาจหมายความรวมถึงการฆ่าตัวตายอันเกิดจากความช่วยเหลือทางการแพทย์ด้วย หรือ “Assisted Suicide” (แพทย์ช่วยแต่ผู้ป่วยตายเอง)	Euthanasia ภาษากรีก ประกอบด้วยคำศัพท์ 2 คำ คือ eu หมายถึง good และ thanatos แปลความได้ว่า การเสียชีวิตที่ดี การเสียชีวิตโดยสงบ Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ Living will หรือ Advance directive คือ เรื่องว่าด้วยสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลในระยะสุดท้ายของชีวิต แต่มีคนจำนวนไม่น้อยเข้าใจว่าเป็นเรื่องของการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกแต่แท้ที่จริงแล้วกลับไม่ใช่
Euthanasia ประกอบด้วย 2 ลักษณะ 1. Active Euthanasia การกระทำการุณยฆาตเชิงรุก คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค พบว่าไม่เป็นที่ยอมรับเพราะขัดหลักวิถีทางสังคม จริยธรรม ศีลธรรม ศาสนา รวมถึงกฎหมาย แต่บางประเทศเปิดโอกาสให้กระทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยี่ยม และเนเธอร์แลนด์ เป็นต้น 2. Advance directive หรือ การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) คือ การ	Euthanasia ประกอบด้วย 2 ลักษณะ 1. Active Euthanasia การกระทำการุณยฆาต เชิงรุก คือ การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค พบว่าไม่เป็นที่ยอมรับเพราะขัดหลักวิถีทางสังคม จริยธรรม ศีลธรรม ศาสนา รวมถึงกฎหมายแต่บางประเทศเปิดโอกาสให้กระทำได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย เช่น สวิสเซอร์แลนด์ เบลเยี่ยม และ เนเธอร์แลนด์ เป็นต้น 2. Advance directive หรือ การเสียชีวิต

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	**การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)**
แสดงเจตนาล่วงหน้าว่าไม่ให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไปในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่จะเป็นการดูแลตามอาการแบบประคับประคอง (Palliative care) การแสดงเจตนาล่วงหน้าปรากฏในลักษณะการเขียน Living will “หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต”	อย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (มาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) คือ การแสดงเจตนาล่วงหน้าว่าไม่ให้ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดความตายออกไปในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่จะเป็นการดูแลตามอาการแบบประคับประคอง (Palliative care) การแสดงเจตนาล่วงหน้าปรากฏในลักษณะการเขียน Living will “หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต”
วัตถุประสงค์ คือ การเร่งหรือช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ และหมดหวังในการรักษาอาการให้หายเป็นปกติ สามารถเสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค	วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้วาระสุดท้ายของผู้ป่วยเป็นไปอย่างสงบมีศักดิ์ศรี หรือที่เรียกว่า Death with dignity และไม่ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรสำหรับการรักษาพยาบาล การแพทย์ เปรียบเสมือนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยธรรมชาติ ด้วยการแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการใช้สิทธิของตนเองปฏิเสธต่อการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต
ลักษณะและประเภทการกระทำการุณยฆาต 1. กระทำการุณยฆาตเชิงรุก หรือการกระทำการุณยฆาตด้วยการเร่งให้เสียชีวิต 2. กระทำการุณยฆาตเชิงรับ หรือการกระทำการุณยฆาตด้วยการยุติ หรือการตัดการรักษาผู้ป่วยที่สิ้นหวังให้เสียชีวิต 3. กระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางตรง	ลักษณะและประเภทการเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive) 1. หนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 12 แห่ง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)
(voluntary active) หมายถึง แพทย์กระทำการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยผู้ป่วยเป็นฝ่ายร้องขอให้กระทำด้วยตนเอง 4. กระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ-ทางอ้อม (voluntary passive) หมายถึง ผู้ป่วยขอร้องให้แพทย์หยุดการรักษาและปล่อยให้ตนเองได้เสียชีวิตลงตามธรรมชาติ 5. กระทำการุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางตรง (involuntary active) หมายถึง แพทย์ลงมือกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอม 6. กระทำการุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ-ทางอ้อม (involuntary passive) หมายถึง แพทย์ยุติการรักษาและปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเอง โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้แสดงความยินยอม 7. การที่ผู้ป่วยขอให้แพทย์ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตโดยสงบเพื่อพ้นจากความทรมาน เรียกว่า การกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) แบ่งออกเป็น - การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Active Voluntary Euthanasia) - การกระทำต่อผู้ป่วยโดยอ้อม (Passive Voluntary Euthanasia) 8. การกระทำที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยสงบ ลักษณะพิเศษ คือ ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สึกตัวแต่อย่างใด เรียกว่ากระทำการุณยฆาตแบบไม่สมัครใจ (Involuntary Euthanasia) แบ่งออกเป็น	พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เรียกว่า “หนังสือแสดงเจตนา” 2. การทำพินัยกรรมชีวิต (The Living Will) เป็นการกระทำให้เสียชีวิตโดยอ้อม (Voluntary but Indirect) ลักษณะผู้ป่วยตัดสินใจไว้ล่วงหน้าแล้วว่า หากต้องตกอยู่ในสภาวะย่ำแย่ ตัดสินใจให้บุคคลอื่นซึ่งโดยปกติคือแพทย์เป็นผู้ทำให้เสียชีวิต 3. ประเทศไทยกฎหมายยังไม่เปิดช่องให้กระทำการการุณยฆาตแก่ผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยนั้น “มีสภาพนอนเป็นผัก หรือ ฟื้นก็ไม่ได้ เสียชีวิตก็ไม่ได้” ได้เพียงยืดระยะเวลาเสียชีวิตตามธรรมชาติ การยืดระยะเวลาการเสียชีวิต เช่น การให้สารน้ำและสารอาหาร (Artificial Hydration and Nutrition) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) 4. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบมีสิทธิอย่างเต็มเปี่ยมที่จะตัดสินใจต่อชีวิตของตนเอง ด้วยการแสดง

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	**การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)**
- การกระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง (Active Voluntary Euthanasia) - การกระทำต่อผู้ป่วยโดยอ้อม (Passive Voluntary Euthanasia) เช่นเดียวกับกระทำการุณยฆาตแบบสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) 9. กระทำการุณยฆาตโดยเจตนาและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยเลือกวิถีทางให้ตนเองเสียชีวิต (Chosen and Carriend out by the Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์จัดวางยาพิษให้แก่ผู้ป่วย จากนั้นให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะหยิบยาพิษกินด้วยตนเอง 10. กระทำการุณยฆาตโดยเจตนาโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์กระทำการุณยฆาต โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจล่วงหน้าว่า หากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการได้ ซึ่งการตัดสินใจล่วงหน้าดังกล่าวได้กระทำการเป็นหนังสือซึ่งเรียกว่า Living Will 11. กระทำการุณยฆาตโดยไม่มีเจตนาและกระทำโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์ช่วยสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอันเกิดจากความสงสาร ผู้ป่วยมิได้ร้องขอแต่อย่างใด 12. กระทำการุณยฆาตลักษณะทางตรง หมายถึง การกระทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฉีดยา	เจตนารมย์ทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 12 ขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะครบถ้วนบริบูรณ์ว่าไม่ขอรับบริการทางการแพทย์ อันมีจุดประสงค์เพียงเพื่อยืดระยะเวลาการเสียชีวิต 5. แนวคิดการไม่ขอรับบริการทางการแพทย์ ปรากฏในประเทศต่างๆ แม้ว่าประเทศเหล่านั้นสามารถกระทำการุณยฆาตได้ ประเทศที่กล่าวถึง ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น 6. วัตถุประสงค์สำคัญของการจัดทำ Living Will คือ การแสดงเจตนารมณ์ล่วงหน้าว่าหากบุคคลผู้นั้น ป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย ผนวกกับเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ขอใช้การแสดงเจตนารมย์ไว้ล่วงหน้าแต่ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ 7. มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ เรื่องที่ว่าด้วยสิทธิของบุคคลพึงมีในการทำหนังสือแสดงเจตนารมย์ไม่ประสงค์ที่จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งวัตถุประสงค์เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย 8. ขยายความมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	**การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)**
ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง 13. กระทำการุณยฆาตลักษณะทางอ้อม หมายถึง การกระทำที่จงใจยุติการช่วยชีวิตหรือ ถอนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย 14. กระทำการุณยฆาตลักษณะสมัครใจ หมายถึง การกระทำด้วยการลงลายมือชื่อของผู้ป่วย กล่าวคือ การยินยอมเกิดขึ้นโดยผู้ป่วย 15. กระทำการุณยฆาตลักษณะที่ไม่ใช่การยินยอมจากผู้ป่วย หมายถึง การยินยอมจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด เงื่อนไขสำคัญ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถให้การตอบสนองหรือหมดสติไป 16. กระทำการุณยฆาตลักษณะกระทำให้ตนเองเสียชีวิต 17. กระทำการุณยฆาตลักษณะโดยผู้อื่น หมายถึง การกระทำจากบุคคลอื่นมุ่งหวังผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต 18. กระทำการุณยฆาตลักษณะที่ได้รับการช่วยเหลือ หมายถึง ผู้ป่วยกระทำการการุณยฆาตด้วยตนเองอันเป็นผลให้ตนเองเสียชีวิต แต่อาศัยการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์ การฆ่าตัวตายโดยมีความช่วยเหลือ (assisted suicide) หมายถึง การที่ผู้ป่วยขอดำเนินการจบชีวิตด้วยตนเองโดยแพทย์จะเป็นเพียงผู้จัดหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือให้เท่านั้น (แพทย์ไม่ได้กระทำการจบชีวิต) เช่น แพทย์จัดยาในประเภทและปริมาณที่ทำถึงแก่ความตายได้ ผู้ป่วยจะกินยาด้วยตัวเอง	- วรรคแรก บุคคลมีสิทธิสำหรับการแสดงเจตนารมย์ ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขด้วยวัตถุประสงค์เพื่อยืดเวลาการเสียชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต - วรรคสองการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนารมย์ตามวรรคหนึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง หรือเรียกอย่างเป็นทางการว่ากฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสิ้นสุดของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 - ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยปกป้องและคุ้มครองบุคลากรทางการแพทย์ จากกรณีที่ปฏิบัติตามเจตนารมย์ของผู้ป่วย ไม่ถือว่าการกระทำลักษณะดังกล่าวเป็นความผิด ส่งผลให้พ้นจากความรับผิด เงื่อนไขสำคัญของมาตรา 12 คือ การเสียชีวิตต้องเป็นไปอย่างธรรมชาติ มิใช่กระทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) 9. การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasi) หมายถึง ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือการแพทย์กระทำการุณยฆาต

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)
	โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่าหากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการดังเช่นว่านั้นได้ ซึ่งการตัดสินใจล่วงหน้าดังกล่าวได้กระทำการเป็นหนังสือซึ่งเรียกว่า Living Will 10. การกระทำการุณยฆาตโดยเจตนาโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) หมายถึง ผู้ป่วยขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข หรือด้านการแพทย์กระทำการุณยฆาต โดยผู้ป่วยได้ตัดสินใจล่วงหน้าแล้วว่า หากผู้ป่วยไม่รอดชีวิตให้สามารถกระทำการได้ ซึ่งการตัดสินใจล่วงหน้าดังกล่าวได้กระทำการเป็นหนังสือซึ่งเรียกว่า Living Will 11. การรักษาด้วยการประคับประคองอาการผู้ป่วยที่สิ้นหวังเหล่านั้นกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต เรียกว่า Palliative Care 12. สิทธิการทำหนังสือแสดงเจตจำนงปฏิเสธการรับบริการทางการแพทย์นับว่าเป็นการให้ความเคารพและยอมรับต่อสิทธิโดยอิสระของผู้ป่วย หรือ Patient Autonomy หมายถึง สิทธิที่ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาตนเองด้วยตนเอง สิทธินี้ไม่เพียงแต่เป็นที่ยอมรับในประเทศไทย แต่ยังเป็นที่ยอมรับทางกฎหมายทางจริยธรรมและศีลธรรมในระดับสากลด้วย 13. ประชาชนจำนวนไม่น้องที่เกิดการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

การกระทำการุณยฆาตโดยการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค (Active Euthanasia)	การเสียชีวิตอย่างสงบตามวิถีทางธรรมชาติ (Advance directive)
	เข้าใจว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือที่เรียกว่า Living will กับ การดูแลแบบประคับประคอง หรือที่เรียกว่า Palliative care เป็นเรื่องของการกระทำการุณยฆาต Advance directive หรือ Living Will แตกต่างจากกระทำการุณยฆาตในลักษณะการเร่งให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากความทุกข์ ทรมานในทันที 14. Live will วงการสาธารณสุขและวงการแพทย์ ถือเป็นองค์ประกอบต่อการดูแลแบบประคับประคองหรือ ที่เรียกว่า Palliative care

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการที่ประเทศไทยจะเปิดรับแนวคิดสิทธิการตายของมนุษย์ หรือแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคหรือไม่เปิดรับแนวคิดสิทธิการตายของมนุษย์ หรือแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค จะต้องมีการตอบข้อคำถามที่อาจเป็นประเด็นต่อสังคมได้อย่างชัดเจนว่าแนวคิดสิทธิการตายของมนุษย์ หรือแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ขัดต่อการยอมรับอย่างแท้จริงหรือไม่โดยเฉพาะผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสภาพจิตใจคนในสังคม ตลอดจนทัศนคติที่มองว่าการกระทำการุณยฆาตเป็นสิ่งที่โหดร้ายเกินไปต่อมนุษย์ผู้หนึ่ง รวมทั้งความอ่อนไหวของกลุ่มที่เปราะบางทางสังคม อีกทั้งการกระทำการุณยฆาตยังเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงถึงหลักทางจริยธรรม ศีลธรรม คำสอนทางศาสนาพุทธ วิถีทางสังคม บรรทัดฐานทางสังคม ตลอดจนความศรัทธาและความเชื่อทางศาสนาพุทธอีกด้วย

จากที่กล่าวข้างต้นแล้วว่าประเทศไทยไม่สามารถกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่าง

สมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคได้อย่างเด็ดขาด เนื่องจากไม่มีการบัญญัติกฎหมายรองรับและไม่เคยแม้แต่จะมีการยกร่างกฎหมายว่าด้วยเรื่องดังกล่าว รวมทั้งไม่มีกฎหมายอื่นใดที่สามารถนำมาใช้เทียบเคียงได้ เห็นควรยกร่างเกี่ยวกับการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค ด้วยการควบรวมมาตรา 12พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ส่วนการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาหรือการแก้ไขประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา อาจไม่ตรงตามเจตนารมณ์ของหลักการและเหตุผลในประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคมากเท่าที่ควร

การยกร่างกฎหมายจำเป็นต้องบัญญัติอย่างชัดแจ้งว่าสิทธิการเข้าถึงความตายถือเป็นอีกหนึ่งสิทธิพื้นฐานเพื่อให้สามารถเกิดการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเกิดขึ้นได้จริง ซึ่งถือเป็นสิทธิพื้นฐานอีกประการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เหมือนสิทธิพื้นฐานอื่นทั่วไป โดยเป็นหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิขั้นพื้นฐานดังกล่าว การยกร่างกฎหมายขึ้นใหม่รัฐอาจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อแสดงความคิดเห็นผ่านทางการการทำประชาพิจารณ์และ/หรือประชามติรับฟังความคิดเห็นและประเมินความคิดเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เพราะการร่างกฎหมายต้องคำนึงด้วยว่าทั้งในส่วนของ “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรคเป็นเรื่องใหม่ในประเทศไทยและยังถือเป็นสิทธิปัจเจกบุคคลต่อความต้องการเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกการเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบพ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สำคัญอีกประการที่รัฐมิอาจมองข้ามได้ คือ ทัศนคติของประชาชนต่อเรื่องดังกล่าว เนื่องจากสังคมไทยไม่เคยปรากฏการกระทำดังกล่าวมาก่อน แม้ขณะนี้จะมีการอนุญาตให้กระทำการุณยฆาตเชิงรับ แต่กลับพบว่าประชาชนส่วนมากไม่ทราบและไม่ได้เข้าถึงการกระทำกา

รุณยฆาตเชิงรับ ฉะนั้นจึงเป็นปัญหาสำคัญว่าจะทำอย่างไรให้ประชาชนมองข้ามความโหดร้ายและการฝังรากลึกว่าความตายควรเป็นไปอย่างธรรมชาติตามแต่อายุขัยของแต่ละบุคคล ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมย่อมเป็นผลดีต่อรัฐในการนำไปถอดบทเรียน เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ตลอดจนวิเคราะห์แนวโน้มว่าการบัญญัติกฎหมายระดับความสำเร็จเป็นไปได้สูงหรือเป็นไปได้ต่ำ

แนวทางการร่างกฎหมาย ประกอบด้วยหมวดหมู่สำคัญหลายประการ ได้แก่

1. ชื่อพระราชบัญญัติ
2. การเกริ่นนำพระราชบัญญัติ
3. วันประกาศใช้และวันมีผลบังคับใช้
4. การจำแนกหมวดกฎหมาย
5. หลักการและเหตุผลการประกาศใช้กฎหมาย

5.2 ข้อเสนอแนะ

การยกร่างกฎหมายนอกจากกระทำได้โดยการควบรวมมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยพ.ศ. 2553 เข้าไว้เป็นส่วนเดียวกันเพื่อให้การบริหารจัดการในระยะเริ่มแรกของการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ อาจนำตัวอย่างการบัญญัติกฎหมายของต่างประเทศมาปรับใช้ได้ ประเด็นที่เด่นชัดที่สุด เช่น

1. การมีกฎหมายเฉพาะที่ว่าด้วยเรื่องประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค

2. การกระทำการุณยฆาตทั้งเชิงรุกและการกระทำการุณยฆาตเชิงรับสามารถกระทำควบคู่กันและให้ประชาชนเป็นผู้มีสิทธิเลือกได้ ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลไม่อาจมอบอำนาจให้แก่กันได้

3. แนวทางหรือวิธีการการกระทำการุณยฆาต เช่น การใช้ยากลุ่มที่เกี่ยวเนื่องกับหลอดเลือด หรือการให้รับประทานยาในขนาดสูงเกินความจำเป็นเพื่อออกฤทธิ์ลักษณะกดระบบประสาทแบบหลับสนิทผ่อนคลายร่างกายและจิตใจให้สงบและเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจหยุดการทำงานลงในที่สุด

4. การกลั่นกรองลักษณะผู้ป่วยที่แพทย์พิจารณาแล้วว่าควรอนุญาตดำเนินการกระทำการุณยฆาต ด้วยการยื่นคำร้องขอ เพื่อขอการกระทำการุณยฆาตอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยอาจมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาการยื่นคำร้องขอ เพื่อขอการกระทำการุณยฆาต

5. การขอความเห็นจากแพทย์อื่นที่ไม่ใช่แพทย์ที่ทำการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก เพื่อสอบทานการวินิจฉัยของแพทย์ที่จะทำการุณยฆาตเชิงรุกว่าได้ใช้ดุลยพินิจตามวิชาชีพอย่างเต็มที่

6. การจัดตั้งองค์กรเอกชนเพื่อบริการการกระทำการุณยฆาตเชิงรุกเห็นควรว่ายังไม่อาจให้มีในประเทศไทยในระยะแรกเริ่ม หากรัฐเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค เนื่องจากยังเป็นการยากที่จะควบคุมการกระทำที่เป็นการกระทำเกินสมควร หรืออาจมีการทุจริตด้วยการให้ความเห็นอย่างไม่ถูกต้อง เพราะการตายของมนุษย์ผู้หนึ่งย่อมนำมาซึ่งสิทธิของมนุษย์อีกหลายคน

นอกจากนี้หากจะพัฒนางานวิจัยเกี่ยวกับประเด็น “สิทธิการตาย” หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค อาจนำประเด็นปัญหาที่ค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการถอดบทเรียนเพื่อพัฒนาต่อยอดองค์ความรู้ดังนี้

1. การเข้าถึงสิทธิการตาย หรือ/และการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค หากประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิดังกล่าวได้แล้ว จะมีหลักฐานหรือเครื่องมือใดที่ใช้ชี้วัดเพื่อยืนยันว่าสมควรแก่เวลาแล้วที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบจะเข้าถึงความตายได้ หรือบุคคลใดที่รับรองได้ว่ามนุษย์ผู้นั้นถึงเวลาที่จะถูกหยิบยื่นสิทธิในการตายได้แล้ว เนื่องจากปัจจุบันเกิดข้อพิพาทและการฟ้องร้องแพทย์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเกิดขึ้นจำนวนไม่น้อยทั้งกรณีที่ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้เสียชีวิตแต่เกิดผลกระทบข้างเคียงจากการรักษาพยาบาล

2. ความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยจนสิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ อาจเป็นตัวแปรที่มนุษย์ผู้นั้นเรียกร้องให้ได้มาซึ่งสิทธิในการตาย ทั้งที่ความเจ็บปวดทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น หากรอระยะเวลาอีกชั่วขณะหนึ่งวิวัฒนาการทางด้านวิทยาศาสตร์ งานวิจัยต่างๆทางการแพทย์ การสร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ การพัฒนาทางการแพทย์สามารถช่วยรักษาความเจ็บป่วยให้หายหรือลดระดับความเจ็บปวดทรมานได้ แต่นั่นยังนำไปสู่อีกคำถามว่า เมื่อไหร่ที่ “ระยะเวลาอีกชั่วขณะ” จะมาถึง

3. รูปแบบหรือลักษณะการกระทำการุณยฆาตเชิงรุก การเร่งหรือช่วยเหลือให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังจากการรักษาพยาบาลให้หายขาดเป็นปกติอย่างสมบูรณ์แบบ พ้นจากอาการทุกข์ทรมานจากโรค กรณีที่ประเทศไทยเปิดให้สามารถเข้าถึงสิทธิข้างต้นได้แล้ว ประเทศไทยจะมีรูปแบบหรือลักษณะการกระทำอย่างไร เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันทั่วประเทศ และมีความเป็นสากลทัดเทียมนานาประเทศ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม

กลุ่มงานประชาสัมพันธ์และสื่อสารองค์กร กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขออนไลน์. (2563). กรมสุขภาพจิต ชี้ปัญหาฆ่าตัวตายมีความสลับซับซ้อนและไม่ได้มาจากปัจจัยเดียว. http://www.prdmh.com/ สืบค้นวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

กลุ่มงานสื่อสารสังคม สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติออนไลน์. (2563). การุณยฆาตทำได้เพียงใดในกฎหมายไทย. https://www.thailivingwill.in.th/. สืบค้นวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

กองทุนศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2562). *งานวิชาการรำลึกศาสตราจารย์จิตติ ติงศภัทิย์ ครั้งที่ ๒๔ ประจำปี ๒๕๖๒ สิทธิปฏิเสธการรักษาในระยะท้ายของชีวิตกับปัญหาในทางปฏิบัติ.*

กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย วารสารจุลนิติ ฉบับพ.ย.-ธ.ค. 2562 บทนำบทสัมภาษณ์ความเห็นทางวิชาการ “สิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาลของบุคคลในวาระสุดท้ายของชีวิต : กฎหมายและแนวทางปฏิบัติ”.

คมชัดลึกออนไลน์. (2565). *บันทึกของคุณ ....ผู้เลือกจบชีวิตตัวเองด้วยวิธีการุณยฆาต* https://www.komchadluek.net/clip-vdo/364593 สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565

ฉันชาย สิทธิพันธ์. (มมป.) *บ้านเลขที่ 1873 ได้เวลาเตรียมตัวก่อนตาย เลือกวิธี “ตายดี” ในแบบของเรา* .https://chulalongkornhospital./wpcontent/uploads/2019/11/%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%98%E0%B8%B5%E0%B8%95%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B8%B5%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9A%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B8%B2.pdf. สืบค้นวันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2565

ชาญชัย วสันตยานันท์. (2551). *การุณยฆาตกับสังคมไทย.* ภาคนิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ณัฐกร วิทิตานนท์. (2548) *“สิทธิในการตาย” บนความเคลื่อนไหว* ใน รพี'48. เชียงราย: สำนักวิชานิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.

ดวงพร เพชรคง. (มมป.) *การุณยฆาต. บทความใช้เพื่อการนำออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงรัฐสภา รายการเจตนารมณ์กฎหมาย* สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.

ต่อพงศ์ กิตติยานุพงศ์. (2561). *ทฤษฎีสิทธิขั้นพื้นฐาน.* โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: กรุงเทพฯ.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

ทวี ปิยะพัฒนา . (2564). *เรื่องหลักความเสมอภาคหรือหลักการไม่เลือกปฏิบัติต่อบุคคล*.รวมบทความทางวิชาการของสำนักงานรัฐธรรมนูญ ชุด ที่ 19 ศาลรัฐธรรมนูญ ยึดหลักนิติธรรม ค้ำจุนประชาธิปไตย ห่วงในสิทธิและเสรีภาพของประชาชน. สถาบันรัฐธรรมนูญศึกษา สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ : บริษัท แอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด.

ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ และรณกรณ์ บุญมี. (2564). *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคความผิดและลหุโทษ*. พิมพ์ครั้งที่ 18 กรุงเทพฯ : วิญญูชน.

ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ . (2563). บทความวิชาการ การุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ วารสารพัฒนศาสตร์ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2563.

นพพล วิทย์วรพงศ์. (2563). *รายงานฉบับสมบูรณ์การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ*. เสนอต่อสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0.

นภัส คำนวน. (2558). *ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรนิติศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปรีดี พนมยงค์ มหาทิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

ประสาท เหล่าถาวร. (2552). *ปัญหาทางกฎหมายที่เกี่ยวกับข้องกับกฎหมาย ในหัวข้อเรื่อง สิทธิการตาย*. เอกสารทางวิชาการส่วนบุคคลการอบรมหลักสูตร “ผู้บริหารกระบวนการยุติธรรมระดับสูง (บ.ย.ส)” รุ่นที่ 13 วิทยาลัยการยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม.

พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถานออนไลน์ . (2565). *ประชามติ* การออกเสียงประชามติ https://dictionary.orst.go.th/ สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565

พระมหาชูชาติ ญาณวีโร (บุญศรี). (2556). *การุณยฆาตในสังคมไทยและเกณฑ์การตัดสินในพระพุทธศาสนา*Euthanasia in Thai Society and It's Justification according to Buddhism. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาพระพุทธศาสนาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ร่มธง สินธุประสิทธิ์ และ อภิรัตน์ กังสดารพร . (2562). *อำนาจและความรู้กับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต*. วารสารร่มพฤกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก ปีที่ 37 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2562.

บรรณานุกรม (ต่อ)

วนิดา โสภณสินสุข และ อัจฉรียา ชูตินันทน์. (2565). *สิทธิการตายตามธรรมชาติ: ศึกษากรณีการแสดงเจตนาไม่ประสงค์รับการรักษาของผู้ป่วยและทายาท Right for Natural Death : A Study of Declaration to Refuse Medical Treatment by Patients and Their Descendants*, Journal of Modern Learning Development ปีที่ 7 ฉบับที่ 6 ประจำเดือนกรกฎาคม 2565.

วรรณภา คุณากรวงศ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยออนไลน์ (ทีดีอาร์ไอ) . (2562). https://tdri.or.th/2019/04/attitude-toward-palliative-care-in-thailand/ สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565

วราทิพย์ ทองเดช และ คณะ . (2563). *วิสัญญีกับการการุณยฆาต : ความเหมือนที่แตกต่าง*. 46(3). วิสัญญีสาร.

วิฑูรย์ ตรีสุนทรรัตน์ และธนสร สุทธิบดี. (2561). *กฎหมายการแพทย์*. กรุงเทพฯ : นิติธรรม.

ศูนย์บริการประชาชนสำนักงานปลัดสำนักนายก. (2552). คู่มือการปฏิบัติงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน พ.ศ. 2548 ของเจ้าหน้าที่. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ.

สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพออนไลน์. (2563). เจาะปัญหาฆ่าตัวตายในสังคมไทย สาเหตุการตายผิดธรรมชาติสูงอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุ. https://www.hfocus.org/content/2019/05/1714 สืบค้นวันที่ 6 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพออนไลน์ . (2565). *ฮิปโปเครติส : บิดาแห่งการแพทย์ คำปฏิญาณอันเป็นจริยธรรมของแพทย์ Hippocratic Oath บิดาแห่งการแพทย์ (The Father of Medicine)* มูลนิธิภิวัฒน์สาธารณสุขไทย (ภวส.). https://www.hfocus.org/content/2014/12/8971. สืบค้นวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=638069&ext=htm. สืบค้นวันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). *ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549* https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=604697&ext=htm สืบค้นวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2565

บรรณานุกรม (ต่อ)

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). *ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15* https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=626938&ext=htm สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). *ประมวลกฎหมายอาญา* https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=443287&ext=htm สืบค้นวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=626938&ext=htm. สืบค้นวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาออนไลน์. (2565). *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย* https://www.krisdika. go.th/librarian/get?sysid=774606&ext=htm สืบค้นวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยออนไลน์. (2563). *การยกเว้นการจ่ายเงินเอาประกันชีวิต*. https://www.oic.or.th/th/home. สืบค้นวันที่ 5 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). ลิขิตวาระสุดท้าย ทางเลือกเพื่อเตรียมตัวจากไปอย่างสงบตามปรารถนาตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาของบุคคลต่างๆ ในสังคมไทย.https://www.thailivingwill.in.th/category/contentcatagory/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%AA%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B9%81%E0%B8%AA%E0%B8%94%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%88%E0%B8%95%E0%B8%99%E0%B8%B2 สืบค้นวันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2565

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งขาติ (สช.). (2562). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 9 นนทบุรี : บริษัท สามดีพริ้นติ้งอีควิปเมนท์ จำกัด.

สุทธิพงษ์ แสงทอง. (2553). *การุณยฆาตกับความชอบด้วยกฎหมาย*. การค้นคว้าอิสระหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2557). *สุขสุดท้าย...ที่ปลายทาง*. กรุงเทพฯ : สายธาร.

บรรณานุกรม (ต่อ)

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2559). *รู้ให้รอบ ตอบเรื่องมาตรา 12 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.*

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2564). *เรื่องการแสดงเจตนาขอตายดี ตามวิถีธรรมชาติ ตามมาตรา 12 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และการดูแลแบบประคับประคอง สิทธิปฏิเสธการรักษาเพื่อสร้างสุขปลายทาง เนื่องในโอกาสครบรอบ 90 ปี ศาสตราจารย์ นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์.* กรุงเทพฯ : คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อนัญพร พูลนิติพร . (2564). *เรื่องหลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตายในสังคมไทย*. รวมบทความทางวิชาการของสำนักงานรัฐธรรมนูญ ชุด ที่ 19 ศาลรัฐธรรมนูญ ยึดหลักนิติธรรม ค้ำจุนประชาธิปไตย ห่วงในสิทธิและเสรีภาพของประชาชน. สถาบันรัฐธรรมนูญศึกษา สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ : บริษัท แอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด.

อนัญพร พูลนิติพร. (มมป.). *หลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตายในสังคมไทย*. เอกสารวิชาการอบรมหลักสูตร “หลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย” รุ่นที่ 3 วิทยาลัยรัฐธรรมนูญ สถาบันรัฐธรรมนูญศึกษา สานักงานศาลรัฐธรรมนูญ. กรุงเทพฯ : สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่พงศกร, ประลอง ศิริภูล และอารยา เนื่องจำนงค์. (มมป.). *การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน*. วารสารการเมืองการบริหาร และกฎหมาย ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุทัย อาทิเวช. (2561). *หลักและทฤษฎี : ความผิดอาญาและโทษ*. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ.พริ้นติ้ง.

BBC news ไทยออนไลน์. (2565). *แพทย์ที่การุณยฆาตคนไข้มาแล้วกว่า 100 คน เปิดใจ 'ผมไม่รู้สึกว่าผมกำลังฆ่าคนไข้'*. https://www.bbc.com/thai/international-49063235 สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565

Nationtvออนไลน์. (2565). *“นวัตกรรมการุณยฆาต” เมื่อความตายกลายเป็นทางเลือก อำนาจตัดสินใจอยู่ที่ใคร*. https://www.nationtv.tv/original/378859578?fbclid=IwAR2sLNi1ioYHrOKsNxsirA_VM4etZmzaguvB1Xsw9q1tnEvPYOCFT-g6_Cw สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565.

Thai PBS ออนไลน์. (2565). *11 ประเทศกฎหมายไฟเขียว “ตายอย่างสงบ”*. https://www.thaipbs.or.th/news/content/278173 สืบค้นวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2565.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Consolidated Acts, (1985). Offences Against the Person and Reputation (continued) Available at: https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/page-33.html#h-119931.

Health Canada, (2021) . Medical assistance in dying: Overview. Available at: https://www. canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html.

Isra Black, (2014). 'Existential Suffering and The Extent of the Right to Physician Assisted Suicide in Switzerland: Gross v Switzerland' 22(1) Medical Law Review, 109-118.

John Griffiths, Heleen Weyers and Maurice Adams, Euthanasia and Law in Europe, (Hart Publishing: Oxford, 2008) http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view =article&id=4&Itemid=44&lang=en.

Mark S. Komrad, MD, (2021). Prevent, Suicide for Some Psychiatric Patients. Available at: https://www.psychiatrictimes.com/view/canada-law-provide-not-prevent-suicide, 1 June 2021.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University