

อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ ปรีดี พนมยงค์

มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2555

**The justification of physician in committing  
euthanasia and assisted suicide**



**Poomphut Sartsasi**

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements**

**for the degree of Master of Laws**

**Department of Law**

**Faculty of Law, Dhurakij Pundit University**

**2012**

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ รศ.ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ศ.ดร.สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล ศ.ดร.อุดม รัฐอมฤต และ รศ.อังกริยา ชูตินันท์ ที่ได้กรุณาชี้แนะและสละเวลามาสอบวิทยานิพนธ์ให้แก่ผู้เขียน ผู้เขียนขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย คัลบันดาลให้อาจารย์ทั้งสี่ท่านมีความสุข ความเจริญในชีวิตและการงานตลอดไป

ผู้เขียนยังต้องขอขอบคุณนายตั้งใจ ศาสตร์ศศิ และนางศรัณยา ศาสตร์ศศิ บิดามารดาของผู้เขียน ที่ได้ให้ความเป็นห่วงและพร้อมที่จะช่วยเหลือในทุกๆเรื่อง บุญคุณในครั้งนี้อย่างยิ่ง และครั้งอื่นๆ ผู้เขียนไม่เคยลืมและจะขอผ่อนชำระไปจนกว่าชีวิตจะหาไม่

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคม หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขออภัยมา ณ ที่นี้

ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ฉ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
1.3 สมมติฐานของการศึกษา.....	3
1.4 ขอบเขตของการศึกษา.....	3
1.5 วิธีดำเนินการศึกษา.....	4
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
2. แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิต.....	5
2.1 Euthanasia.....	5
2.2 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต.....	8
2.3 ความหมายของการรักษา.....	9
2.4 ความยินยอมของผู้เสียหายในกฎหมายอาญา.....	11
2.5 สิทธิที่จะตาย.....	15
2.6 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย.....	21
2.7 ทศนคติทางศาสนาในการฆ่าตัวตายและการทำ euthanasia.....	32
3. การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศ.....	44
3.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia.....	44
3.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia.....	53
3.3 การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide.....	66
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ในประเทศไทยและในต่างประเทศ.....	70
4.1 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทย.....	70

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4.2 เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยและในต่างประเทศ	81
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	88
5.1 บทสรุป.....	88
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	90
บรรณานุกรม.....	93
ภาคผนวก.....	101
ก West's Arkansas Code Annotated.....	102
ข Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.....	112
ค The Oregon Death with Dignity Act.....	123
ประวัติผู้เขียน.....	138

หัวข้อวิทยานิพนธ์	อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต
ชื่อผู้เขียน	ภูมิภัทร ศาสตร์ศรี
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร.ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2555

### บทคัดย่อ

ในปัจจุบัน การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ทวีความสำคัญขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในทางการแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์มากขึ้น แต่ในบางครั้ง ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดอกออกไปกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ญาติมิตรหรือรัฐต้องสูญเสียไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตจึงถูกนำมาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ในบางกรณีอาจถือเป็นการกระทำที่มีความผิดตามกฎหมายอาญา แพทย์ผู้กระทำจึงจำเป็นต้องศึกษาให้ดีว่าตนมีอำนาจกระทำแค่ไหน เพียงใด มิฉะนั้นอาจต้องได้รับโทษซึ่งกฎหมายอาญาของไทยได้กำหนดโทษในความผิดต่อชีวิตไว้รุนแรงมากและไม่ได้กำหนดเหตุผลโทษเป็นพิเศษไว้ในกรณีนี้ ทำให้ศาลไม่อาจใช้ดุลพินิจลงโทษสถานเบาหรือรอการลงโทษได้ นอกจากนี้ หากรัฐใดจะออกกฎหมายรับรองการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย รัฐนั้นๆจะต้องศึกษาปัญหาให้รอบคอบและรอบด้าน ต้องกำหนดขอบเขตที่เหมาะสมและกำหนดมาตรการที่มีประสิทธิภาพ เพราะเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิต ความเป็นความตายของประชาชน หากกระทำโดยไม่ศึกษาให้ดีอาจก่อให้เกิดปัญหาร้ายแรงตามมาได้

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนได้ศึกษาเรื่องการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยแบ่งการกระทำดังกล่าวออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (passive euthanasia) การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (active euthanasia) และการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองโดยแพทย์ (physician-assisted suicide)

จากการศึกษาพบว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (passive euthanasia) นั้น แพทย์มีอำนาจกระทำได้หากผู้ป่วยได้ใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาโดยชอบ ซึ่งจะทำให้หน้าที่ในการรักษาของแพทย์หมดลงและทำให้การยุติการรักษาของแพทย์ไม่ถือเป็นการฆ่าโดยเจตนา ในปัจจุบันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ได้บัญญัติรับรองอำนาจกระทำของแพทย์ในกรณีดังกล่าวไว้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติฉบับนี้ไม่ได้บัญญัติรับรองอำนาจกระทำของแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร โดยที่ไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเอาไว้ ทำให้เกิดปัญหาว่ากรณีเช่นนี้ แพทย์จะยุติการรักษาโดยให้ญาติของผู้ป่วยเป็นผู้แสดงเจตนาแทนได้หรือไม่ ผู้เขียนเห็นว่าพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวสมควรได้รับการแก้ไข โดยบัญญัติให้ญาติสนิทของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรของผู้ป่วย สามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้ เพราะญาติสนิทของผู้ป่วยเป็นผู้ใกล้ชิดและเติบโตมากับผู้ป่วย จึงสามารถตัดสินใจได้ใกล้เคียงกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย ต่างจากรัฐหรือแพทย์ซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตนมากกว่าเจตนาที่แท้จริงหรือผลประโยชน์ของผู้ป่วย

สำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (active euthanasia) และการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองโดยแพทย์ (physician-assisted suicide) นั้น ยังไม่เป็นที่ยอมรับในวงกว้างว่าเป็นการรักษาที่ถูกต้องตามมาตรฐานทางการแพทย์ ทั้งยังมีประเด็นปัญหาในเรื่องของคุณธรรม จริยธรรมและศาสนา รวมไปถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในทางปฏิบัติ เช่น การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือการที่ผู้ป่วยประสงค์จะยุติชีวิตของตนเองเพราะมาตรฐานการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ ทำให้ไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ หรือเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายของครอบครัว เป็นต้น และยังอาจส่งผลต่อค่านิยมของผู้คนในสังคมที่เห็นคุณค่าของชีวิตน้อยลง โดยพร้อมจะยุติชีวิตเพื่อหนีจากอุปสรรคต่างๆ ซึ่งย่อมไม่เป็นผลดีต่อประเทศชาติ ผู้เขียนจึงเห็นว่าประเทศไทยนั้นยังไม่พร้อมสำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (active euthanasia) หรือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองโดยแพทย์ (physician-assisted suicide) โดยชอบด้วยกฎหมาย

Thesis Title	The justification of physician in committing euthanasia and assisted suicide
Author	Poomphut Sartsasi
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Tweekiat Menakanist
Department	Law
Academic Year	2012

### **ABSTRACT**

At present, the topic of euthanasia and physician-assisted suicide tends to be more significant. The reason is that the medical sciences and technologies have been developed so much, and have more ability in saving and prolonging human life. However, sometimes such development can cause a problem to human dignity and quality of life. Patients who should have died naturally, may have to live with suffering, and cost a high amount of expense to their family and community. Euthanasia and physician-assisted suicide can be the way out for these problems, but another problem is they may be prohibited by the law. Therefore, physicians should study to know their limit of action, and which line they must not cross; otherwise, they may have a criminal liability, and be imposed a severe punishment. Then, if the state wants to pass the law to justify euthanasia or physician-assisted suicide, it should consider carefully in every aspect, specify an efficient measure and a proper limit to physician because this is a very important matter that can cause a critical problem to the community.

In this thesis, the author had studied about euthanasia and physician-assisted suicide, and divided them into 3 types: passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide.

In passive euthanasia, the study found that a physician has justification to commit when a patient has used his/her right to refuse treatment. Consequently, the physician's duty to



treat the patient will be ended, and to stop treating patient in this case will not be count as murder by omission. The National Health Act, B.E. 2550 also explicitly confirm justification of physician to stop the treatment under the decision of patient that stated in his/her living will. However, the act does not confirm justification of physician in the case that patient is permanently unconscious, and has not written a living will in advance. This leads to the problem that whether physician can stop treatment under the decision of patient's surrogate or not. The author suggests that the act should be amended by allowing a next of kin of patient (parents, spouse and child) to exercise the right to refuse treatment on behalf of patient. The reason is that a next of kin is closed to a patient, and grow along his/her side. They are more likely to know about the patient's needs or desires. On the other hand, the state and a physician have no relation to a patient. They know nothing about a patient, and they are more likely to make a decision for their benefits, not for a patient.

In active euthanasia and physician-assisted suicide, the study found that they are not widely accepted as a medical treatment. They also go against the morals, ethics and religions, and they may have many practical problems; for example, involuntary active euthanasia, active euthanasia for diminishing a financial burden, or for stopping the pain from the low-quality health care. Furthermore, they may affect the sanctity of life. When people see their value of lives lessen, they may throw them away more easily, and that is not good for the state. By these reason, the author suggests that Thailand is not ready to accept active euthanasia and physician-assisted suicide as a legally method of treatment.

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ทวีความสำคัญขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในทางการแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์มากขึ้น แต่ในบางครั้ง ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ญาติมิตรหรือรัฐต้องสูญเสียไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ในหลายประเทศจึงได้มีการพัฒนากฎหมายขึ้นเพื่อรองรับหรือกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อให้เกิดแนวทางที่ชัดเจนในการรักษาของแพทย์ โดยควบคุมมิให้แพทย์กระทำตามอำเภอใจอันอาจกระทบกับสิทธิของผู้ป่วย แต่ในทางกลับกัน หลักเกณฑ์หรือแนวทางเหล่านั้นก็จะเป็นสิ่งที่คุ้มครองตัวแพทย์เองมิให้มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบทั้งในทางแพ่งและอาญา

สำหรับประเทศไทยนั้น แนวความคิดในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตค่อนข้างจะพัฒนาไปอย่างเชื่องช้า สาเหตุของปัญหานี้มีมากมาย แต่สาเหตุที่สำคัญที่สุดตามความเห็นของผู้เขียนนั้น เป็นเพราะคนส่วนใหญ่มองว่าการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบคือการฆ่า ทำให้เกิดความรู้สึกผิดบาปและต่อต้าน ดังนั้นแม้เราจะออกกฎหมายเพื่อยกเว้นความผิดให้กับการกระทำเช่นนี้ แต่ในทางปฏิบัติก็อาจถูกต่อต้านจากแพทย์ที่ยืนยันว่าเขาไม่ต้องการฆ่าคน และจากผู้ที่คิดว่าตนเองอาจจะต้องถูกฆ่าโดยชอบด้วยกฎหมาย

เรื่องนี้จึงควรได้รับการพิจารณาทบทวนกันใหม่ให้ดีกว่า การรักษาของแพทย์คืออะไร แนวความคิดในต่างประเทศนั้น การรักษามิใช่การทำทุกวิถีทางเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ แต่เป็นการรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดของตัวผู้ป่วยโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดังนั้นหากการรักษานั้นไม่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วย แต่เป็นเพียงการยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปและผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาดังกล่าว แพทย์ย่อมมีหน้าที่ยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์ดังกล่าว การกระทำนี้ถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์อย่างหนึ่งเท่านั้น นอกจากนั้น แพทย์ยังคงมีหน้าที่ให้การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ผู้ป่วยถึงวาระสุดท้ายอย่างสงบ และทุกข์ทรมานน้อยที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ จะเห็นได้ว่า ความตายของ

ผู้ป่วยนั้นเกิดจากโรคหรือสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขให้ฟื้นคืนได้ มิได้เกิดจากการฆ่าโดยแพทย์แต่อย่างใดและมีได้เกิดจากการที่แพทย์ยังคงเว้นการปฏิบัติหน้าที่เพราะแพทย์ยังคงให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่ โดยเป็นการรักษาที่คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และไม่ฝ่าฝืนต่อสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยนั่นเอง

ในกรณีที่มีความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยนั้นรุนแรงจนไม่อาจรักษาเยียวยาได้ การรักษาดังกล่าวอาจรวมไปถึงการให้ยาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ไม่ว่าจะโดยวิธีการให้ผู้ป่วยเป็นผู้กระทำด้วยตนเองหรือให้แพทย์เป็นผู้กระทำ อย่างไรก็ตาม แนวความคิดดังกล่าวยังไม่เป็นที่ยอมรับนักในปัจจุบัน รวมทั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ การนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้จึงต้องศึกษาให้รอบคอบและต้องมีความพร้อมที่จะรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ได้ การใช้สิทธิของผู้ป่วยจะทำได้อย่างไร โดยทั่วไปแล้ว สิทธิส่วนบุคคลย่อมแสดงออกโดยตัวเจ้าของสิทธิเอง แต่มีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ได้ เช่น ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพผักถาวร เป็นต้น การทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าเป็นวิธีที่ดีในการแก้ปัญหา แต่ในความเป็นจริงแล้ว ไม่ใช่ผู้ป่วยทุกคนจะได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยซึ่งเรื่องนี้ถือเป็นเรื่องใหม่ ซึ่งโดยทั่วไปคงยากที่จะมีคนสุขภาพแข็งแรงอยู่ดีๆ จะไปทำหนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้า และเมื่อเวลาที่ความเจ็บป่วยมาถึงคนเหล่านั้นก็อาจอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาเพื่อใช้สิทธิใดๆ ของตนได้อีก แน่แน่นอนว่าคนเหล่านั้นย่อมมีสิทธิในการได้รับการรักษา ถึงแม้การรักษานั้นจะต้องกระทำต่อเนื้อตัวของผู้ป่วยอันเป็นการละเมิดต่อสิทธิส่วนบุคคล แต่ในกรณีฉุกเฉิน การกระทำดังกล่าวย่อมสามารถทำได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเพราะถือว่าชีวิตนั้นเป็นสิ่งมีค่า มีความสำคัญ ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อรัฐ การกระทำที่เป็นการปกป้องชีวิตจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำและเป็นหน้าที่ของรัฐและของแพทย์ แต่สิทธิในการปฏิเสธการรักษาละ? การยับยั้งหรือเพิกถอนการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์นั้นต้องมีพื้นฐานมาจากการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แพทย์ไม่มีสิทธิหรืออำนาจใดๆ ที่จะยุติการรักษาที่แพทย์เห็นว่าไม่มีประโยชน์กับผู้ป่วยโดยพลการ และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจแสดงเจตนาใดๆ ได้แล้ว จะถือเสียว่าผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีสิทธิปฏิเสธการรักษาเช่นนั้นหรือ? หรือจะถือว่ามีสิทธิแต่เมื่อไม่สามารถแสดงสิทธิของตนเองได้ก็ถือเสียว่าผู้ป่วยไม่ได้ใช้สิทธินั้น? ทางแก้ไขเพียงทางเดียวของปัญหานี้คือการให้มีผู้ใช้สิทธิแทนในนามของผู้ป่วย แม้ว่าทางแก้ไขเช่นว่านี้จะมิขัดแย้งในเรื่องการใช้สิทธิที่อาจขัดต่อความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่เมื่อไม่มีหนทางอื่นใดอีก ทางแก้ไขเช่นว่านี้จึงเป็นสิ่งที่สมควรได้รับการพิจารณา

ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ได้มีการพิจารณาและถกเถียงกันอย่างกว้างขวางทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งผู้เขียนได้ศึกษาแนวความคิดเหล่านั้น รวมทั้งกฎหมายและคำพิพากษาที่เกี่ยวข้องเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นแนวทางในการพัฒนาแนวความคิดและกฎหมายของไทยต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อศึกษาหาหลักเกณฑ์และขอบเขตที่เหมาะสมในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตและการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย
3. เพื่อศึกษากฎหมายและคำพิพากษาของต่างประเทศเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของไทย

## 1.3 สมมติฐานของการศึกษา

1. การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (passive euthanasia) ไม่ใช่การฆ่าโดยเจตนา แต่เป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของแพทย์
2. ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้ชาอย่างถาวรและมีได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยควรให้กระทำได้โดยตัวแทนของผู้ป่วย ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงมิได้กำหนดในเรื่องนี้ไว้ จึงสมควรได้รับการแก้ไขให้กระทำได้อย่างได้หลักเกณฑ์ที่กำหนด
3. การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (active euthanasia) และการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง (physician-assisted suicide) ไม่ใช่การรักษาโดยชอบด้วยกฎหมาย ส่วนในกรณีของการให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวด ซึ่งแม้จะมีผลข้างเคียงที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย แต่หากได้กระทำไปตามมาตรฐานในการรักษาทางการแพทย์ การกระทำดังกล่าวย่อมเป็นการรักษาโดยชอบด้วยกฎหมาย

## 1.4 ขอบเขตของการศึกษา

1. การศึกษาครอบคลุมแนวความคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ
2. ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาของกฎหมายไทยที่นำมาใช้กับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยเปรียบเทียบกับกฎหมายหรือหลักเกณฑ์ตามคำพิพากษาของต่างประเทศ

3. ศึกษาเน้นเฉพาะการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งได้กระทำโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วย ไม่รวมถึงกรณีที่บุคคลซึ่งไม่ใช่แพทย์กระทำต่อผู้ป่วยโดยพลการ

### 1.5 วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาวิจัยเอกสาร โดยศึกษาเอกสารวิชาการ ตำรา บทความ คำพิพากษา รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์และเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง และศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของไทยกับของต่างประเทศที่นำมาใช้กับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายต่อไป

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. ทำให้เข้าใจถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยรวมถึงขอบเขตของการใช้สิทธิดังกล่าว
3. ทำให้ทราบว่ากรให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความสำคัญอย่างไร และหากแพทย์จะกระทำการดังกล่าว ควรจะต้องอยู่ภายใต้ขอบเขตอย่างไร
4. ทราบถึงแนวความคิด หลักเกณฑ์หรือกฎหมายของต่างประเทศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

## บทที่ 2

### แนวความคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตาย อย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

ในการศึกษาเรื่องการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น สิ่งแรกที่จะต้องกำหนดให้ชัดเจนคือการกระทำที่จะนำมาศึกษาว่ามีลักษณะและมีขอบเขตแค่ไหนเพียงใด และเนื่องจากการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตนี้ ไม่ควรจะศึกษาโดยพิจารณาจากแง่มุมของแพทย์ผู้กระทำเพียงอย่างเดียว แต่ควรจะให้มีความสำคัญกับสิทธิของผู้ป่วยด้วย เพราะมันมีความเชื่อมโยงกับหน้าที่และความรับผิดชอบของแพทย์ ซึ่งในบทนี้จะได้ศึกษาถึงสิทธิของผู้ป่วยเหล่านั้น รวมถึงแนวความคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวความคิดในทางศาสนา เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาถึงสถานะทางกฎหมายที่เป็นอยู่และที่ควรจะเป็นของการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

#### 2.1 Euthanasia

##### 2.1.1 ความหมาย

คำว่า “euthanasia” มีต้นกำเนิดมาจากรากศัพท์ภาษากรีก อันได้แก่คำว่า eu แปลว่า ดี (good) และคำว่า thanatos แปลว่า ความตาย(death) ดังนั้น คำว่า euthanasia จึงแปลความตามตัวอักษรได้ว่า “ความตายที่ดี” หรือ “good death”<sup>1</sup>

คำว่า “euthanasia” ถูกนำมาใช้เป็นครั้งแรกโดยนักประวัติศาสตร์นามว่า Suetonius ผู้ซึ่งบรรยายถึงการตายของจักรพรรดิ Augustus ว่า “ตายอย่างรวดเร็วและปราศจากความทรมานในอ้อมแขนของลิเวีย ภรรยาของเขา, ได้สัมผัสกับ “euthanasia” ดังที่เขาเคยต้องการ”<sup>2</sup>

ต่อมา “euthanasia” ได้ถูกนำมาใช้ในบริบทที่เกี่ยวกับการแพทย์เป็นครั้งแรกในคริสต์ศักราชที่ 17 โดย Francis Bacon เพื่อแสดงถึง ความตายที่ง่าย ไร้ความเจ็บปวดและเป็นสุข ซึ่งมันเป็นภาระหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องบรรเทาความเจ็บปวดทรมานทางร่างกายของบุคคล ในความหมายนี้เขา

<sup>1</sup> Norchaya Talib. (2002). **Euthanasia – A Malaysian Perspective**. p.7.

<sup>2</sup> Wikipedia. (n.d.). Euthanasia. Retrieved June 1, 2011, from

จำกัดขอบเขตอยู่เพียงภายนอกหรือความรู้สึกทางกายภาพเท่านั้น มิได้รวมถึงความรู้สึกทางจิตใจแต่อย่างใด<sup>3</sup>

ในปัจจุบันนี้ ความหมายของคำๆ นี้ได้พัฒนาขึ้นมากและมีผู้ให้นิยามแตกต่างกันไป พจนานุกรมภาษาอังกฤษที่ได้รับการยอมรับได้ให้ความหมายที่ชัดเจนยิ่งขึ้นของคำๆ นี้ว่า “การกระทำที่เป็นการยุติชีวิตของบุคคล ผู้ซึ่งได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้”<sup>4</sup>

แพทยสมาคมโลก (The World Medical Association) ได้ให้ความหมายของ “euthanasia” ไว้ว่า “การกระทำโดยจงใจเพื่อจะยุติชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการร้องขอของผู้ป่วยเองหรือญาติพี่น้องก็ตาม ซึ่งถือว่าขัดต่อจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงกระบวนการดูแลอาการเจ็บป่วยในวาระสุดท้ายของแพทย์ โดยเคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยซึ่งประสงค์ที่จะตายตามธรรมชาติ”<sup>5</sup>

#### 2.1.2 ประเภทของ euthanasia

การทำ euthanasia อาจแบ่งได้หลายประเภททั้งนี้ขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์ที่นำมาใช้ แต่โดยทั่วไปแล้วมีดังต่อไปนี้

##### 1) แบ่งตามความสมัครใจของผู้ตาย (by voluntariness)<sup>6</sup>

หลักเกณฑ์นี้จำแนกการทำ euthanasia ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) การทำ euthanasia โดยความยินยอมของผู้ตาย (Voluntary euthanasia) หลักพื้นฐานของการทำ euthanasia ประเภทนี้ คือ การกระทำที่เป็นการยุติชีวิตนั้น ได้รับความยินยอมจากผู้ตาย<sup>7</sup> ที่ได้แสดงไว้ขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่ว่าจะแสดงไว้ ณ เวลานั้นๆ หรือได้แสดงเอาไว้ก่อนแล้วก็ตาม (advance directive)

(2) การทำ euthanasia โดยผู้ตายไม่สามารถให้ความยินยอมได้ (Non-voluntary euthanasia) การทำ euthanasia ประเภทนี้เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่สามารถแสดงเจตนาด้วย

<sup>3</sup> Wikipedia. (n.d.). Euthanasia. Retrieved June 1, 2011, from

<http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>

<sup>4</sup> Norchaya Talib. Loc.cit.

<sup>5</sup> ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2549, สิงหาคม). “จากครุฑหลัง ปงกันมุล...ถึงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” *สภานายความคิด*, 14, 85. หน้า 41-45.

<sup>6</sup> มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.med.cmu.ac.th>

<sup>7</sup> Norchaya Talib. Loc.cit.

ตนเองได้ (เช่น ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพผักถาวร) การตัดสินใจจึงใช้ความเห็นของตัวแทนหรือที่เรียกว่า substitute decision maker เช่น ครอบครัวหรือผู้อนุบาลของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลว่า เพื่อประโยชน์แก่ชีวิตของผู้ป่วยที่จะไม่ต้องถูกยื้อออกไป<sup>8</sup>

(3) การทำ euthanasia โดยผู้ตายไม่ยินยอม (Involuntary euthanasia) การทำ euthanasia ประเภทนี้เป็นการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือตัวแทนของผู้ป่วย (ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองได้)<sup>9</sup>

2) แบ่งตามลักษณะการกระทำ (by manner of action)<sup>10</sup>

หลักเกณฑ์นี้จำแนกการทำ euthanasia ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

(1) การทำ euthanasia โดยลงมือกระทำการ (active euthanasia) การทำ euthanasia ประเภทนี้ เป็นการทำให้ผู้กระทำมีการลงมือกระทำการเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วย เช่น การที่แพทย์ให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเสียชีวิต เป็นต้น

(2) การทำ euthanasia โดยงดเว้นไม่กระทำการ (passive euthanasia) การทำ euthanasia ประเภทนี้ คือ การที่ผู้กระทำได้ “งดเว้นการกระทำ” บางอย่าง ซึ่งการงดเว้นเหล่านั้น ได้นำไปสู่ความตายในภายหลัง เช่น การที่แพทย์ไม่ทำการรักษาผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เป็นต้น

การทำ euthanasia ประเภทนี้ยังอาจแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะย่อย ได้แก่

ก. โดยการยับยั้ง (by withholding) เป็นกรณีที่แพทย์ยับยั้ง ไม่ลงมือใดๆตั้งแต่ต้น เช่น งดการ CPR งดการให้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

ข. โดยการเพิกถอน (by withdrawal) เป็นกรณีที่แพทย์ตัดสินใจเพิกถอนการช่วยเหลือที่ได้ให้ไปแล้ว เช่น การหยุดเครื่องช่วยหายใจ

อย่างไรก็ดี การทำ euthanasia โดยงดเว้นไม่กระทำกรกับการทำ euthanasia โดยลงมือกระทำการ บางครั้งอาจมีปัญหาในการจำแนกได้ ตัวอย่างเช่น การหยุดเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งนักวิชาการบางท่านอาจเห็นว่า จัดอยู่ในประเภทการทำ euthanasia โดยลงมือกระทำการ (active

<sup>8</sup> Ibid. p. 8.

<sup>9</sup> Ibid. p. 9.

<sup>10</sup> มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก



euthanasia)<sup>11</sup> ในขณะที่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้เคยให้ความเห็นไว้ว่า “การปิดเครื่องช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจไม่ได้มีผลทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงและทันที เมื่อปิดเครื่องช่วยหายใจ หัวใจผู้ป่วยยังเต้นอยู่ เมื่อผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับออกซิเจน เมื่อร่างกายไม่ได้รับออกซิเจน หัวใจจะหยุดเต้นในเวลาต่อมา การปิดเครื่องช่วยหายใจหรือถอดเครื่องมือออกจึงเหมือนหนึ่งการเลิกให้การรักษาหรืองดเว้นการรักษา เพราะมิได้กระทำโดยตรงกับตัวผู้ป่วย (ต่างกับการทำให้ผู้ป่วยขาดอากาศโดยตรงโดยเอามืออุดปากอุดจมูกผู้ป่วย)<sup>12</sup> และนายแพทย์ มาโนช โชคแจ่มใส ก็ได้จัดให้การกระทำดังกล่าวเป็นการทำ euthanasia โดยงดเว้นไม่กระทำการ (passive euthanasia) โดยเป็นการกระทำในลักษณะเพิกถอน (by withdrawal)<sup>13</sup>

## 2.2 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

เนื่องจากความหมายของคำว่า euthanasia นั้น ได้พัฒนาขึ้นจากรากศัพท์เดิมซึ่งเป็นภาษากรีก และได้ถูกนิยามไว้แตกต่างกันออกไป ดังนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในวัตถุประสงค์ที่จะนำมาศึกษาในบทนี้จะกำหนดนิยามของคำว่า “การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต” ซึ่งเป็นหัวข้อของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ซึ่งมีทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับการทำ euthanasia

การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การรักษาหรือการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายอย่างสงบ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รักษาไม่หายและไม่ต้องถูกพันธุนาการไว้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย แต่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ ทำได้เพียงยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ป่วยต้องทนกับชีวิตที่ทุกข์ทรมาน ไร้คุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งอาจทำได้ 3 วิธี ดังนี้

1) การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการทำ passive euthanasia

<sup>11</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส และอนก ขมจินดา. (2546). กฎหมายการแพทย์. หน้า 177.

<sup>12</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ทิษณู เฟ็งไพบูลย์ และอนันต์ บุญเกิด. (2529, กันยายน). “การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับความรับผิดชอบทางอาญา.” *บทบัญญัติ*, ต. 42, ตอน 3. หน้า 116.

<sup>13</sup> มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย ถึงแก่ความตายอย่างสงบโดยไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาใช้เพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวออกไป

2) การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือการทำ active euthanasia

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือ การที่แพทย์ให้ยาหรือกระทำการบางอย่างแก่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย โดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหรือเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนใช้ชีวิตอย่างไร้คุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide

การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง คือ การที่แพทย์เตรียมยาหรืออุปกรณ์อย่างอื่นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยุติชีวิตของตนเองด้วยตนเอง การทำ physician-assisted suicide ไม่อยู่ในความหมายหรือประเภทใดๆของการทำ euthanasia แต่ก็ยังเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่แพทย์อาจนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้

## 2.3 ความหมายของการรักษา

การรักษานอกจากจะหมายความถึงการรักษาโดยทั่วไปแล้วยังหมายความรวมถึงการทดลองรักษาอีกด้วย แต่เนื่องจากการทดลองรักษาไม่มีความเกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ในหัวข้อนี้จึงจะได้กล่าวถึงความหมายของการรักษาโดยทั่วไปเท่านั้น

การรักษาโดยทั่วไป หมายถึง กระบวนการในทางการแพทย์เพื่อที่จะเยียวยาผู้ป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ ซึ่งครอบคลุมทั้งขั้นตอนตลอดทั้งกระบวนการ อันได้แก่ การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค การตรวจโรค การบำบัดโรค อันเป็นการกระทำในทางสร้างสรรค์และเป็นการดำรงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวม โดยใช้วิธีการมาตรฐานที่ยอมรับกันในวงการแพทย์

การรักษาโดยทั่วไปมีสาระสำคัญดังนี้

1) การรักษาโดยทั่วไปเป็นกระบวนการในทางการแพทย์ที่ครอบคลุมทั้งขั้นตอนตลอดทั้งกระบวนการ อันได้แก่ การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรค การตรวจโรค การบำบัดโรค โดยอาจให้คำจำกัดความขั้นตอนต่างๆ ได้ดังนี้

(1) การวินิจฉัยโรค (Diagnosis) คือ การให้ความเห็นของแพทย์ว่าผู้ป่วยเป็นโรคอะไร พยาธิสภาพอยู่ที่ไหนและอยู่ในระยะอะไร

(2) การป้องกันโรค คือ การกั้น หรือ กีดกันให้พ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย เช่น การปลูกฝี การฉีดวัคซีน เป็นต้น

(3) การตรวจโรค คือ การค้นเพื่อหาอาการแสดง (Signs) ซึ่งอาการแสดงนี้หมายถึง สิ่งผิดปกติที่แพทย์ตรวจพบ

(4) การบำบัดโรค คือ การทำให้ความเจ็บป่วยเสื่อมคลายหรือหาย โดยอาจจะใช้วิธีการเยียวยาหรือวิธีอื่น เช่น การใช้วิธีทางอายุรกรรม ทางศัลยกรรม รังสีวิทยา กายภาพบำบัด การช็อตไฟฟ้า หรือจิตบำบัด

2) ขั้นตอนต่างๆต้องเป็นไปเพื่อเยียวยาผู้ป่วยจากโรคหรืออาการบาดเจ็บ อันเป็นการกระทำในทางสร้างสรรค์และดำรงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวม ซึ่งอาจสรุปหลักการได้ดังนี้

(1) การรักษาโดยทั่วไปเป็นการกระทำในทางสร้างสรรค์และดำรงไว้ซึ่งผลประโยชน์ของส่วนรวม ดังนั้นการกระทำที่ไม่เป็นการสร้างสรรค์ เช่น การผ่าตัดนิ้วดีให้เป็นนิ้วด้วน โดยไม่มีเหตุจำเป็นต้องกระทำย่อมไม่ใช่การรักษา

(2) การรักษาโดยทั่วไปต้องเป็นไปเพื่อเยียวยาผู้ป่วยจากโรคหรืออาการบาดเจ็บ และเป็นการปกป้องไว้ซึ่งชีวิตหรือร่างกายของมนุษย์ การจะพิจารณาว่าการจัดการทางการแพทย์ใดเป็นการรักษาโดยทั่วไปหรือไม่ จึงต้องพิจารณาว่าหากไม่ได้รับการจัดการทางการแพทย์นั้นแล้วจะเกิดภัยต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยหรือไม่ การจัดการทางการแพทย์ เช่น การเสริมความงาม การคุมกำเนิด การทำหมัน การผ่าตัดแปลงเพศ เหล่านี้ไม่ใช่การรักษา เพราะหากไม่ได้รับการจัดการทางการแพทย์ดังกล่าว ก็มีได้เป็นภัยร้ายแรงถึงขนาดคุกคามชีวิตหรือเป็นภัยต่อสุขภาพ แต่การผ่าตัดตกแต่งใบหน้าที่ผิดรูปไปเพราะโรคหรือการบาดเจ็บ ซึ่งหากไม่ได้รับการผ่าตัดนั้นแล้ว ผู้ป่วยจะใช้ชีวิตตามปกติไม่ได้ย่อมเป็นการรักษา เช่น การผ่าตัดตกแต่งริมฝีปากและช่องปากของผู้ป่วยโรคปากแห้งเพดานโหว่ นอกจากนี้หากการจัดการทางการแพทย์มิใช่การแก้ไขความบกพร่องทางร่างกาย แต่เป็นการผ่าตัดตกแต่งเพื่อรักษาทางด้านจิตใจก็ถือเป็นการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งการผ่าตัดตกแต่งเพื่อรักษาทางด้านจิตใจจะต้องไม่ใช่แค่เสริมบุคลิกภาพเพื่อความสบายใจเท่านั้น แต่จะต้องมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตโดยตรงหากไม่ได้รับการรักษา ดังเช่นที่ศาลแคนาดาเคยตัดสินให้การผ่าตัดแก้ไขภาวะหูางในเด็กอายุ 14 ปี เป็นการรักษาทางจิตใจ ไม่ใช่การเสริมความงามทางกายภาพธรรมดา

(3) การรักษาโดยทั่วไปเป็นการใช้วิธีการมาตรฐานอันเป็นการยอมรับโดยทั่วไปในวงการแพทย์และคาดว่าจะประสบความสำเร็จตามสมควร ซึ่งอาจจะดัดแปลงได้บ้างตามความ

เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความชำนาญ ประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษาและสภาพแวดล้อม ตลอดจนการตอบสนองของผู้ป่วยแต่ละราย<sup>14</sup>

## 2.4 ความยินยอมของผู้เสียหายในกฎหมายอาญา

ความยินยอม (consent) ในกฎหมายอาญา คือ ความสมัครใจของผู้เสียหายที่จะได้รับ ประทศร่ายจากบุคคลอื่น ความยินยอมอาจแบ่งได้เป็น 2 กรณี คือ

1) ความยินยอมโดยแจ้งชัด (express consent) ได้แก่ การกล่าวโดยวาจาหรือโดยการ แสดงกริยา โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความเต็มใจที่จะให้บุคคลอื่นกระทำการใดๆ ต่อตนได้

2) ความยินยอมโดยปริยาย (implied consent) ได้แก่ การกล่าวโดยวาจาหรือการแสดง กริยาซึ่งมิได้แสดงออกโดยชัดแจ้งถึงความสมัครใจในการยอมให้บุคคลอื่นกระทำการใดๆ ต่อตน แต่วิญญูชนสามารถเข้าใจได้ว่าบุคคลผู้นั้นได้ให้ความยินยอม รวมทั้งบุคคลผู้กระทำก็มีความเข้าใจ อย่างนั้นเช่นกัน อาทิเช่น นาย ก. ไปหาแพทย์เพื่อให้ทำการรักษา แพทย์บอกนาย ก. ว่าจะฉีดยาให้ นาย ก. ยกแขนให้แพทย์ฉีดยาโดยไม่ได้กล่าวทักท้วงหรือพูดอะไร กรณีเช่นนี้ถือได้ว่า นาย ก. ได้ ให้ความยินยอมโดยปริยายต่อแพทย์ในการที่แพทย์จะฉีดยาให้แก่ตนแล้ว<sup>15</sup>

ความยินยอมของผู้เสียหายในทางอาญานั้น จะเป็นเหตุยกเว้นความผิดหรือเหตุที่ ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้หรือไม่นั้น ในทางทฤษฎีมีความเห็นอยู่ 2 ฝ่าย ดังนี้

### 2.4.1 ความยินยอมของผู้เสียหายเป็นเหตุยกเว้นความผิด

ศ.จิตติ ดิงศรัทธี ได้เคยอธิบายเอาไว้ดังนี้

“กฎหมายอาญาลงโทษผู้กระทำความผิดเพื่อป้องกันความมั่นคงของชุมชน ฉะนั้นกล่าว โดยทั่วไปความยินยอมของผู้เสียหายไม่มีความสำคัญที่จะทำให้การกระทำเป็นความผิดหรือไม่เป็น ความผิด แต่อย่างไรก็ดี มีความผิดบางประเภทที่กฎหมายถือว่าจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเป็นการกระทำ โดยปราศจากความยินยอมของผู้เสียหาย และยอมให้นำหลักที่ว่าเมื่อยอมแล้วไม่มีความผิด (Volenti non fit injuria) มาใช้ได้”<sup>16</sup>

<sup>14</sup> วัลท์ วิเศษสุวรรณ. (2549). การกระทำโดยงดเว้น: ศึกษากรณีความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์ใน การปฏิบัติตามคำปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย. หน้า 18-20.

<sup>15</sup> ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. (2529). การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร. หน้า 23.

<sup>16</sup> จิตติ ดิงศรัทธี ก (2536). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1. หน้า 660.

แม้หลักดังกล่าวจะไม่มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาของไทยโดยตรง แต่ศาลฎีกาก็ได้เคยวางหลักเป็นบรรทัดฐานไว้ในฎีกาที่ 1403/2508 มีใจความสำคัญดังนี้

“มีหลักทั่วไปเป็นเหตุยกเว้นความผิดอาญาอยู่ว่า ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหายให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดนั้น ถ้าความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี และมีอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดนั้นแล้ว ความยินยอมนั้นเป็นข้อยกเว้นมิให้กระทำการนั้นเป็นความผิดขึ้นได้”

หลักดังกล่าวนี้ ศาลฎีกาใช้คำว่า “หลักกฎหมายทั่วไป” ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้ทั้งที่ไม่บัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่ขัดต่อหลักในมาตรา 2 ทั้งนี้เพราะเป็นการนำมาใช้เพื่อเป็นคุณแก่ผู้กระทำ กล่าวคือเพื่อ “ยกเว้นความผิด” ให้แก่ผู้กระทำนั่นเอง<sup>17</sup>

อย่างไรก็ดี หลักดังกล่าวก็ไม่สามารถนำมาใช้ได้ในทุกกรณี แต่ต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ 3 ประการดังต่อไปนี้<sup>18</sup>

1) เป็นความยินยอมอันบริสุทธิ์ หมายความว่า ไม่มีการหลอกลวง หรือสำคัญผิด หรือข่มขู่ ด้วยประการใดๆ

2) เป็นความยินยอมที่มีอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด หมายความว่า ไม่ได้มีการบอกเลิกความยินยอมนั้น หากบอกเลิกแล้วผู้กระทำยังขึ้นทำต่อไปก็ไม่มีเหตุที่จะยกเว้นความผิดให้แก่ผู้กระทำได้

3) ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี ในการวินิจฉัยว่าการกระทำขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาตามความรู้สึกของบุคคลทั่วไปในท้องที่และเวลาที่เกิดการกระทำนั้น ความยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดร่างกายเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ความยินยอมของนักมวยในการชกกันตามกติกา ความยินยอมของนักกีฬาที่จะกระทบกระแทกร่างกายกันในการเล่นกีฬาบางอย่าง เช่น ฟุตบอล รักบี้ มวยปล้ำ ถือว่าเป็นความยินยอมที่ไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี<sup>19</sup>

นอกจากนั้นยังมีความเห็นว่า ในการพิจารณาว่าความยินยอมนั้นจะเป็นเหตุให้ผู้กระทำมีอำนาจกระทำหรือไม่อาจพิจารณาได้จากคุณธรรมทางกฎหมาย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) คุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม

<sup>17</sup> เกียรติจักร วัจนะสวัสดิ์. (2551). คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1. หน้า 432.

<sup>18</sup> แหล่งเดิม

<sup>19</sup> จิตติ ดิงศภัทย์ ก เล่มเดิม. หน้า 673 – 682.

บทบัญญัติที่มุ่งคุ้มครองสังคมให้เกิดความเป็นระเบียบ ความสงบและความยุติธรรมในสังคม เช่น คุณธรรมทางกฎหมายเรื่องความปลอดภัยในการจราจร สภาพความจริงแท้ของเงินตรา การรักษาไว้ซึ่งความลับของประเทศในทางการทหารหรือการคุ้มครองแรงงาน ลักษณะของกฎหมายประเภทนี้ บังคับบุคคลจะสละความคุ้มครองด้วยการสมัครใจยินยอมที่จะเสี่ยงภัยหรือรับความเสียหายเองไม่ได้ ดังนั้นถ้าบทบัญญัติที่มีคุณธรรมทางกฎหมายเป็นส่วนรวมแล้ว ผู้เสียหายไม่อาจให้ความยินยอมในการกระทำนั้นได้เลย กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความยินยอมดังกล่าวขัดต่อความสงบเรียบร้อย

## 2) คุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นเอกชน

ได้แก่เรื่องชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ กรรมสิทธิ์ เป็นต้น Devlin ให้ความเห็นว่า ถ้ากฎหมายมุ่งคุ้มครองเอกชนโดยส่วนตัวอย่างแท้จริงแล้ว ผู้กระทำอาจยกเอาความยินยอมของผู้เสียหายมาเป็นข้ออ้างเพื่อลบล้างความผิดได้ แต่ในกรณีที่กฎหมายมิได้มุ่งคุ้มครองเพียงเอกชนเท่านั้น หากแต่ยังคุ้มครองถึงสังคมด้วยแล้ว ความยินยอมของผู้เสียหายย่อมไม่อาจลบล้างความผิดของผู้กระทำ

หากเป็นความผิดอาญาที่มีคุณธรรมทางกฎหมายเป็นส่วนรวม ผู้กระทำจะไม่สามารถอ้างความยินยอมของผู้กระทำได้เลย แต่หากเป็นความผิดอาญาที่มีคุณธรรมทางกฎหมายเป็นเอกชน และโดยปกติกฎหมายไม่คำนึงถึงความยินยอมของผู้เสียหาย ความยินยอมของผู้เสียหายจะเป็นเหตุที่ทำให้ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ก็ต่อเมื่อการกระทำนั้นไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน โดยมีหลักในการพิจารณาดังนี้

(1) ผลประโยชน์ของสังคม บางครั้งการกระทำที่ปกติเป็นความผิดอาญา แต่หากการกระทำนั้นได้กระทำเพื่อประโยชน์ของสังคมแล้ว ถือว่าความยินยอมให้กระทำการนั้นๆ ไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อย

(2) มติมหาชน การกระทำใดที่มติมหาชนไม่ยอมรับหรือขัดต่อมติมหาชน ถ้าร้ายแรงถึงขนาด โดยปกติมักจะถือว่าเป็นความผิดอาญา แต่ถ้ามติมหาชนเห็นว่าการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ชอบโดยไม่ได้ดำเนินการกระทำนั้นแต่ประการใด ก็ไม่ควรถือว่าเป็นความผิดอาญา

(3) ศีลธรรม กฎหมายอาญาส่วนหนึ่งก็มาจากศีลธรรม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง มีการบังคับใช้ศีลธรรมต่อประชาชนโดยออกเป็นกฎหมายอาญานั้นเอง เช่น ความผิดเกี่ยวกับชีวิต ทรัพย์ และเพศ เป็นต้น ในความผิดเกี่ยวกับชีวิตซึ่งไม่สัมพันธ์กับเรื่องความยินยอม แม้เป็นคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นเอกชน ผู้เสียหายก็ไม่อาจให้ความยินยอมแก่ผู้อื่นเพื่อทำลายชีวิตของตนเอง ซึ่งขยาย

ไปถึงการทำร้ายร่างกายให้พิการหรืออันตรายสาหัสเพราะถือว่าขัดต่อศีลธรรม อย่างไรก็ตาม จะต้องดูเหตุผลที่เหนือกว่า หรือจำเป็นที่จะยินยอมให้กระทำเช่นนั้นได้<sup>20</sup>

#### 2.4.2 ความยินยอมของผู้เสียหายไม่ใช่เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้

ในทางทฤษฎีมีผู้เห็นว่า ความยินยอมของผู้เสียหายไม่ใช่เหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ โดยมีเหตุผลดังนี้

1) การที่กฎหมายอาญากำหนดให้การกระทำใดเป็นความผิดอาญานั้นไม่ได้มีไว้เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของเอกชนคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น แต่โดยหลักแล้วมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม (public order) เป็นประการสำคัญ

ความสงบเรียบร้อยของสังคมโดยส่วนรวมนี้เอง ทำให้ความยินยอมของบุคคลใดบุคคลหนึ่งให้กระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดไม่อาจลบล้างความผิดนั้นได้ เพราะเมื่อเกิดการกระทำที่ผิดอาญาแล้วย่อมกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของคนทั่วไป ไม่ใช่แต่เฉพาะผู้เสียหายแต่เพียงผู้เดียวเท่านั้น ดังนั้น การที่จะลงโทษผู้ใดเพราะกระทำการที่เป็นความผิดจึงไม่ควรที่จะขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้เสียหายคนเดียวเท่านั้น

จริงอยู่แม้ในบางความผิดนั้น กฎหมายมุ่งประสงค์โดยตรงที่จะคุ้มครองผลประโยชน์ของเอกชนโดยเฉพาะ แต่ก็เพื่อมุ่งโดยตรงในการรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมนั่นเอง

โดยเหตุผลข้อแรกนี้ก็พอจะแสดงได้ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายไม่ใช่เหตุลบล้างความผิดทางอาญาแต่อย่างใดสมกับคำกล่าวของ Cesar-Bru ที่ได้กล่าวไว้ว่า

“...จริงอยู่แม้ว่าความผิดฐานใดฐานหนึ่งมักจะกระทบต่อบุคคลค่อนข้างจำกัดเท่านั้น และบ่อยครั้งที่จะกระทบต่อบุคคลเพียงคนเดียวเท่านั้น แต่จะต้องสังเกตหรือเข้าใจให้ดีว่าความผิดนั้นๆก่อให้เกิดอันตรายต่อทุกคน เพราะทุกคนจะได้รับผลกระทบกระเทือน โดยรู้สึกว่าคุณอาจถูกกระทำที่กระเทือนต่อเสรีภาพส่วนตัวเมื่อไรก็ได้...”<sup>21</sup>

2) เหตุประการที่สองที่ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้นั้นก็เพราะเราไม่อาจอธิบายว่า ความยินยอมเป็นเหตุลบล้างความผิดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่า คุณธรรมทางกฎหมายเป็นคุณธรรมทางกฎหมายที่เป็นส่วนรวม หรือเป็นเอกชน

<sup>20</sup> กมลชัย รัตนสกาววงศ์. (2523). ความยินยอมในกฎหมายอาญา. หน้า 51-56.

<sup>21</sup> CESAR-BRU. (n.d.). De l'exercice de l'action publique par les simples particuliers. P. 32. อ้างถึงใน สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. (2534). ความยินยอมของผู้เสียหาย: ศึกษากรณีปลุกถ่ายอวัยวะ. หน้า 8.

ทั้งนี้เนื่องจากการแบ่งแยกคุณธรรมทางกฎหมายเช่นนั้นมีประโยชน์เฉพาะในการพิจารณาว่าใครเป็นผู้เสียหายในคดีอาญา หรือในการพิจารณาปัญหาที่ว่า ในกรณีใดบุคคลจึงจะสามารถป้องกันสิทธิของตนได้เท่านั้น ไม่ใช่เพื่อพิจารณาว่าจะสามารถให้ความยินยอมในความผิดดังกล่าวได้หรือไม่ เพราะวัตถุประสงค์ของกฎหมายอาญามีไว้เพื่อรักษาประโยชน์หรือความสงบเรียบร้อยของสังคมเป็นส่วนรวม ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ของเอกชนคนใดคนหนึ่งเท่านั้น

3) เหตุผลประการที่สามที่จะสนับสนุนความเห็นที่ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายไม่ใช่เหตุผลล้างความผิดก็คือว่า เมื่อพิจารณาในทางทฤษฎีแล้ว เหตุที่ผู้กระทำความผิดกระทำได้หรือเหตุผลล้างความผิด (justification) นั้น เป็นการพิจารณาข้อเท็จจริงทางภาวะวิสัย (objective) ซึ่งเราสามารถเรียกเหตุที่ผู้กระทำความผิดกระทำได้ว่า เป็นเหตุที่เนื่องมาจากการกระทำ (cause objective) นั่นเอง

ดังนั้นเราจึงไม่อาจยอมรับให้ความยินยอมของผู้เสียหายเป็นเหตุที่ผู้กระทำความผิดกระทำได้ ทั้งนี้เพราะความยินยอมหรือไม่ยินยอมของผู้เสียหายเป็นการพิจารณาจากเหตุทางอัตตวิสัย (subjective) อันขึ้นอยู่กับตัวผู้ได้รับผลจากการกระทำผิดนั้นเป็นสำคัญ<sup>22</sup>

โดยสรุปแล้ว จากเหตุผลข้างต้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายไม่ใช่เหตุที่ผู้กระทำความผิดกระทำได้หรือเหตุผลล้างความผิดโดยลำพังตนเอง เว้นแต่ความยินยอมนั้นจะเป็นความยินยอมในส่วนขององค์ประกอบความผิดเท่านั้น

## 2.5 สิทธิที่จะตาย<sup>23</sup>

คำว่า “สิทธิ” หรือ “สิทธิ์” นั้น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 อธิบายว่า “อำนาจอันชอบธรรม ความสำเร็จ”<sup>24</sup> และมีผู้ขยายความออกไปอีกว่า

“สิทธิ” ได้แก่ อำนาจและ/หรือประโยชน์ ซึ่งได้รับการรับรอง และ/หรือได้รับการคุ้มครอง ทั้งนี้ก็เพื่อให้ครอบคลุมถึงสิทธิทางจริยธรรมและสิทธิทางกฎหมายเข้าไว้ด้วย

สิทธิทางจริยธรรม (Moral right) หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน ค้านท์ นักปรัชญาชาวเยอรมันในช่วงศตวรรษที่ 18 เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียม

<sup>22</sup> สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. (2534). ความยินยอมของผู้เสียหาย: ศึกษากรณีปลุกถ่ายอวัยวะ. หน้า 7 - 12.

<sup>23</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). “สิทธิที่จะตาย”. *ตุลพาห*, 43, 4. หน้า 90-93.

<sup>24</sup> ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. หน้า 808.



กันด้านคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นมากำหนดไว้ มนุษย์จึงมีอำนาจอันชอบธรรมด้านสิทธิทางจริยธรรมที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาคและเป็นอิสระ และทุกคนพึงมีหน้าที่จะปฏิบัติต่อกันในลักษณะดังกล่าว หลักความเสมอภาคเป็นรากฐานสำคัญของความยุติธรรม

สิทธิทางกฎหมาย (Legal right) นั้น ได้แก่ “ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้” หมายถึงว่า เป็นประโยชน์ที่กฎหมายรับรองว่ามีอยู่ และเป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมิให้มีการละเมิดสิทธิ รวมทั้งบังคับให้เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิดด้วย

สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะแตกต่างจากสิทธิทางกฎหมายอยู่อย่างน้อย 4 ประการ คือ

- 1) เป็นสิทธิทางสากลทุกคนในโลกมีสิทธิโดยไม่มีข้อยกเว้น
- 2) ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันและเสมอภาคกัน
- 3) เป็นสิทธิที่เปลี่ยนมือไม่ได้
- 4) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์ไม่ได้กำหนด

สำหรับประเด็นการคุ้มครองสิทธิทางจริยธรรมนั้น มีผู้มองว่าอาจเกิดจากจารีตประเพณีหรือศีลธรรมก็ได้ และบางท่านเห็นว่าสิทธิทางจริยธรรมจะเป็นที่รับรองได้ก็ต่อเมื่อสิทธินั้นสามารถตั้งเป็นกฎสากลขึ้นมาได้ มิฉะนั้น สิทธิทางจริยธรรมเป็นเพียงสิทธิเรียกร้องว่าควรจะได้รับสิทธินั้นๆ เท่านั้น

ตามที่กล่าวมาแล้วว่า สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิทางธรรมชาติ (Natural rights) หรือสิทธิของมนุษย์ (Right of Man) ต่อมาก็กลายมาเป็นสิทธิมนุษยชน (Human rights) ขึ้นโดย จอน ลอค อธิบายว่า มนุษย์มีสิทธิ 3 ประการ คือ ชีวิต เสรีภาพและทรัพย์สินสมบัติ (Life Liberty Property) คำประกาศว่าด้วยสิทธิของมนุษย์ ที่นักร่างรัฐธรรมนูญชาวอเมริกาและฝรั่งเศสเขียนให้เมื่อปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 ยืนยันคำของลอค และเสริมว่า มนุษย์มีสิทธิแสวงหาความสุขด้วย (to pursue happiness) นอกจากนี้ บางทีคำประกาศดังกล่าวยังยืนยันถึงรายละเอียดด้วย เช่น จำเลยมีสิทธิที่จะได้รับคำพิพากษาโดยไม่ชักช้า และโดยปราศจากอคติ และนั่นเป็นที่มาของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในเวลาต่อมา

สำหรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ ได้มีการประกาศในปี พ.ศ. 2591 และสมัชชาสหประชาชาติรับรองเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2491 โดยที่ก่อนหน้านี้ ในกฎบัตรสหประชาชาติที่ลงนามกันไว้เมื่อ 26 มิถุนายน 2488 ก็ได้มีการอ้างถึงสิทธิมนุษยชนอยู่แล้ว ในข้อ 1 วรรค 3 ดังมีข้อความดังนี้

“เพื่อให้รวมถึงการร่วมมือระหว่างประเทศ ในอันที่จะแก้ปัญหาระหว่างประเทศทาง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือมนุษยธรรม และในการส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิ มนุษยชน และต่ออิสรภาพมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ เพศ ภาษาหรือ ศาสนา”

และในข้อ 55 มีข้อความว่า สหประชาชาติจะส่งเสริม “การเคารพโดยสากล การปฏิบัติ ตามสิทธิมนุษยชนและอิสรภาพอันเป็นมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ เพศ หรือศาสนา”<sup>25</sup>

ปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาตินี้มีเนื้อหา 30 ข้อ และได้รับรอง สิทธิต่างๆมากมายหลายชนิด แต่ก็ไม่ปรากฏสิทธิที่จะตายในปรัชญาดังกล่าว

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนอัน เนื่องมาจากวิวัฒนาการทางชีววิทยาและการแพทย์ มีตอนที่กล่าวถึงสิทธิที่จะตายไว้ดังนี้<sup>26</sup>

“เป็นปัญหาเกิดขึ้นเสมอ เมื่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจาก ความเจ็บปวดหรือจากการเป็นคนไร้ความสามารถซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่ต้องการจะตาย ในสถานการณ์เช่นนั้น เป็นที่ยอมรับกันว่า แม้แพทย์จะไม่เจตนาทำลายชีวิตผู้ใด แพทย์ก็ควรจะทำ ตามหน้าที่ที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งที่ แพทย์รู้อยู่แล้วว่าวิธีการช่วยผู้ป่วยเช่นนั้น อาจเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยสิ้นชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม...”

“...สิทธิที่จะตาย อาจแสดงให้เห็นได้บ่อยๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่ว ทั้งตัวแล้วพยายามจะฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับแพทย์ว่า จะพยายามประคับประคองชีวิต ผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายใดๆ และขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย หรือควร จะปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินไปตามวิถีทางของธรรมชาติ”

จากข้อความข้างบนนี้ จะเห็นได้ว่า การกล่าวอ้างเรื่องสิทธิที่จะตายในปัจจุบันนี้ สืบ เนื่องมาจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่มีเครื่องมือและ กระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (Life sustaining procedure) อย่างมีประสิทธิภาพ จนบางครั้งผู้ป่วย

<sup>25</sup> นพนธิ สุริยะ. (2537). สิทธิมนุษยชน. หน้า 55-77. อ้างถึงใน วิจารณ์ อิงประพันธ์ ข (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). “สิทธิที่จะตาย”. *ตุลพาห*, 43, 4. หน้า 92.

<sup>26</sup> World Health Organization. (1976). *Health aspects of human rights with special reference to development in biology and medicine*. p. 10. อ้างถึงใน วิจารณ์ อิงประพันธ์ ข (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). “สิทธิที่จะตาย”. *ตุลพาห*, 43, 4. หน้า 92.

ที่ได้รับการรักษาเช่นนั้นตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจเพื่อจะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความรู้สึกตัว หรือมีเพียงเล็กน้อยไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับเป็นคนปกติได้ กระบวนการช่วยชีวิตดังกล่าว มีผู้เห็นว่าเป็นการทำให้ความเป็นมนุษย์ลดลง ดังนั้น จึงมีการเรียกร้องว่า ผู้ป่วยหรือคนทั่วไปควรมีสติที่จะตายโดยปฏิเสธการรักษาดังกล่าวได้ เพื่อให้กระบวนการตายมีสภาพความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Rehumanization of the dying process) สติที่จะตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนด้วย

#### 2.5.1 สติที่จะตายเป็นสิทธิทางธรรมชาติ<sup>27</sup>

กฎเกณฑ์ของธรรมชาติได้กำหนดให้สัตว์และมนุษย์มีสัญชาตญาณในการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ สัญชาตญาณทำให้สัตว์ตัวเมียยอมตายเพื่อที่จะปกป้องลูกน้อยของมันให้พ้นภัย เช่น แม่ไก่เมื่อมีภัยอันตรายจะบังเกิดแก่ลูกเจี๊ยบของมันจะกางปีกให้ลูกของมันวิ่งเข้าไปหลบภัยอยู่ภายใต้ปีกนั้น ลักษณะเช่นนี้เป็นการเอาตัวเองเข้าเป็นเกราะป้องกันให้ลูกๆ ของมัน โดยไม่หวั่นเกรงอันตราย ทั้งที่การกระทำเช่นนั้นอาจทำให้ตัวแม่ไก่เองได้รับอันตรายถึงชีวิตก็ได้ ชะนีก็เป็นสัตว์อีกประเภทหนึ่งที่แม่ของมันจะกุ่มกันลูกของมัน โดยกอดลูกของมันติดข้างตัวเมื่อมีภัยโดยไม่ยอมปล่อย แม้จนกระทั่งตัวมันอาจได้รับอันตรายจนตายทำนองเดียวกันกับสัตว์ตัวผู้บางชนิดจะส่งเสียงร้องเพื่อเตือนภัยให้ฝูงสัตว์ได้รู้ล่วงหน้าเมื่อมันต้องเผชิญกับศัตรูและการส่งเสียงร้องดังกล่าวจะมีผลให้มันสลະชีวิตเพื่อปกป้องฝูงของมันเอาไว้ นอกจากนั้น สัตว์ตัวผู้บางชนิด เช่น สิงหรือแมงมูมบางพันธุ์ยอมตายเพื่อที่มันจะได้เข้าไปผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวกับนางพญาสิงหรือแมงมูมตัวเมียแล้วถูกฆ่าตาย พฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญชาตญาณตามธรรมชาติที่สัตว์จะยอมตายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ของมัน

สำหรับพฤติกรรมของมนุษย์ในการที่จะสลະชีวิตตนเองด้วยเหตุผลต่างๆ นั้น มีความสลับซับซ้อนมากกว่าสัญชาตญาณของสัตว์ มนุษย์เป็นสัตว์ที่เหนือกว่าสัตว์อื่นเนื่องจากความมีเหตุผลและสติปัญญา ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาของสมองที่ล้ำหน้ากว่าสัตว์อื่นเป็นอันมาก มนุษย์นอกจากจะมีการยอมสลະชีวิตเพื่อเหตุใดเหตุหนึ่งแล้ว มนุษย์ยังมีพฤติกรรมที่ทำลายชีวิตตนเองอีกด้วยที่เรียกว่าการฆ่าตัวตายและตั้งแต่สมัยกรีก โรมัน เป็นต้นมา ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของมนุษย์นั้นมีทั้งคำหิและยกย่อง นักปรัชญาบางคนยอมรับว่า การฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่สมบูรณ์ที่จะหนีพ้นไปจากความทุกข์ทรมาน เดวิด ฮูม (David Hume) ได้กล่าวไว้ในบทความของเขาในเรื่องฆ่า

<sup>27</sup> วิกุรย์ อั้งประพันธ์ ข เล่มเดิม. หน้า 93-96.

ตัวตายว่า “เป็นสิทธิของมนุษย์ที่จะยอมสละชีวิตของตนเอง ทั้งยังไม่มีกล่าวไว้ในคัมภีร์เล่มใดเลยที่ห้ามการฆ่าตัวตาย”<sup>28</sup>

การยอมตายของมนุษย์ในบางกรณี ไม่เพียงแต่สังคมจะให้การยอมรับเท่านั้น แต่กลับ จะได้รับการยกย่องสรรเสริญจากสังคมอีกด้วย เช่น กรณีการสละชีวิตเพื่อคุ้มครองช่วยเหลือผู้อื่น หรือเพื่อปกป้องประโยชน์ของสาธารณชน การเสียสละชีวิตเพื่อชาติในการสงครามจะได้รับการยกย่องว่าเป็นความกล้าหาญและการเสียสละที่ยิ่งใหญ่จนได้รับการเรียกขานเป็นกรณีพิเศษว่าวีรกรรม ซึ่งมีตัวอย่างมากมายในสังคมของทุกภูมิภาค วีรกรรมของพระศรีสุริโยทัยในประวัติศาสตร์สมัยอยุธยาของเราก็เป็นตัวอย่างหนึ่ง วีรกรรมของนักบินญี่ปุ่นในฝูงบินที่มีชื่อว่า กามิกาเซ่ ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ที่นักบินขับเครื่องบินพุ่งลงไปในปล่องเรือรบของข้าศึกเพื่อทำลายเรือรบนั้น ก็เป็นตัวอย่างที่จารึกอยู่ในประวัติศาสตร์การสงครามสมัยปัจจุบัน

การสละชีวิตอีกแบบหนึ่งที่สังคมยกย่องก็คือ การสละชีวิตเพื่อรักษาอุดมการณ์ บางอย่างไว้ดังตัวอย่างเรื่องราวของพันท้ายนรสิงห์ในประวัติศาสตร์ของเรา ที่ยอมสละชีวิตโดยปฏิเสธการอภัยโทษประหารจากพระเจ้าแผ่นดิน เพื่อรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมายและราชประเพณีในสมัยนั้น การยอมตายในลักษณะนี้สังคมยอมรับและถือว่าเป็นความชอบธรรมอย่างหนึ่ง ดังคำพังเพยที่เราคุ้นกันทั่วไปว่า “เสียชีพอย่าเสียสัตย์” นั่นเป็นการปลุกฝังให้มนุษย์รักษาความสัตย์ หรือความซื่อตรงไว้ยิ่งกว่าชีวิตของตน ทำนองเดียวกันกับพุทธภาษิตบทหนึ่งที่ว่า

“พึงสละทรัพย์เพื่อรักษาอวัยวะ

พึงสละอวัยวะเพื่อรักษาชีวิต

แต่พึงสละทั้งทรัพย์ อวัยวะ และแม้ชีวิต

เพื่อรักษาธรรมะ”

สำหรับการฆ่าตัวตายนั่น ทศนคติของสังคมต่อการกระทำดังกล่าวแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมท้องถิ่นและขึ้นอยู่กับมูลเหตุจูงใจในการฆ่าตัวตาย และบางครั้งขึ้นอยู่กับวิธีการฆ่าตัวตายอีกด้วย

มีผู้สำรวจชุมชนดั้งเดิมในทวีปแอฟริกาหลายเผ่า พบว่าหลายเผ่าถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความชั่วร้าย หากญาติของผู้ที่ฆ่าตัวตายไปจะต้องตัวศพหรือไปถูกบริเวณที่ผู้ผู้นั้นฆ่าตัวตายจะได้รับภัยพิบัติ ดังนั้น จึงมีวิธีการที่จะป้องกันมิให้ญาติของผู้ตายถูกต้องตัวศพหรือไปบริเวณที่ผู้ผู้นั้น

<sup>28</sup> Stengel E. (1973). **Suicide & attempted suicide**. pp. 65-73. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). “สิทธิที่จะตาย”. **ดูสภาพ**, 43, 4. หน้า 94.

ฆ่าตัวตาย เช่น ใ้คนที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ตายเป็นผู้ช่วยเคลื่อนย้ายศพออกไปโดยเร็วโดยใช้วัวลากเป็นต้น บางเผ่าเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นอำนาจแม่ผด และสถานที่ที่คนฆ่าตัวตายเป็นที่สิงสถิตของวิญญาณร้าย ในบางสังคมเห็นว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากการลงโทษตัวเอง เกิดจากความแค้น ในบางสังคมยอมรับการฆ่าตัวตายเนื่องจากเหตุจูงใจบางชนิด เช่น การฆ่าตัวตายของหญิงหม้ายชาวอินเดียที่ฆ่าตัวตายตามสามี ที่เรียกว่า สตี (Suttee) เพราะสภาพของหญิงหม้ายในสังคมเหล่านั้นต่ำต้อย ปัจจุบันมีกฎหมายห้ามการฆ่าตัวตายดังกล่าว ในญี่ปุ่นการฆ่าตัวตายเพื่อศักดิ์ศรีสำหรับผู้แพ้โดยวิธีใช้ดาบคว้านท้องที่เรียกว่า ฮาราคิริ (Hara-kiri) นั้นเป็นที่ยกย่องในสังคมญี่ปุ่นมานาน แต่ปัจจุบันได้เสื่อมความนิยมไปแล้ว ในระหว่างสงครามเวียดนาม พระภิกษุในเวียดนามใต้ได้นั่งสมาธิเอาเบนซินรดตัวแล้วจุดไฟเผาตัวเองจนตายเพื่อประท้วงการกีดกันการปฏิบัติกิจทางศาสนาของรัฐบาลก็จัดอยู่ในประเภทนี้ได้เช่นกัน

จะเห็นได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอำนาจที่จะเป็นเจ้าของชีวิตของตนโดยสมบูรณ์ เพื่อที่จะใช้สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (The right to live) หรือที่จะตาย (The right to die) ได้ตามความประสงค์ของมนุษย์แต่ละคน สิทธิที่จะตายหรือสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่จึงเป็นสิทธิมนุษยชนเท่าเทียมกัน นั่นคือการยอมรับสิทธิในการเป็นเจ้าของร่างกายของตนเองของมนุษย์ รวมทั้งความมีอิสระในการตัดสินใจชะตาของตนเอง (The right to self-determine) หรืออาจเรียกว่าเป็นความอิสระเสรีของมนุษย์ (Human autonomy)

โดยสรุปจึงอาจกล่าวได้ว่า สิทธิที่จะตายนั้น แฝงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นอิสระเสรีของมนุษย์นั่นเอง

### 2.5.2 สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางกฎหมาย

ตามที่กล่าวมาแล้วว่า สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางธรรมชาติ แต่ปัจจุบันหลายประเทศได้พัฒนาเป็นสิทธิทางกฎหมาย กล่าวคือ มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย และในหลายประเทศก็มีกระแสนผลักดันให้มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย

วิวัฒนาการของสิทธิที่จะตายจากสิทธิทางธรรมชาติมาเป็นสิทธิทางกฎหมายเนื่องจากการที่รัฐเข้ามาก้าวท้าวสิทธิทางธรรมชาติของมนุษย์ โดยการตรากฎหมายจำกัดสิทธิที่จะตาย กล่าวคือการออกกฎหมายห้ามการฆ่าตัวตาย โดยถือว่าประชาชนเป็นทรัพยากรของรัฐ การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายทรัพยากรของรัฐจึงต้องห้ามและผู้ฝ่าฝืนถือเป็นความผิดอาญา มีโทษ การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายทรัพยากรของรัฐจึงต้องห้ามและผู้ฝ่าฝืนถือเป็นความผิดอาญา มีโทษ การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายทรัพยากรของรัฐจึงต้องห้ามและผู้ฝ่าฝืนถือเป็นความผิดอาญา มีโทษ คริสต์ศาสนาต่อรัฐต่างๆ ในยุโรปทำให้หลายประเทศมีกฎหมายห้ามฆ่าตัวตาย ในประเทศอังกฤษ การฆ่าตัวตายเป็นความผิดเทียบเท่าการฆาตกรรม (Murder) การพยายามฆ่าตัวตายเป็นความผิดร้ายแรง (Misdemeanour) ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศแรก que ออกกฎหมายยกเลิกความผิดฐานฆ่า

ตัวตายในค.ศ. 1790 อีก 6 ปีต่อมา ประเทศปรัสเซีย (Prussia) ก็ยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตาย ต่อมาในปี 1890 ประเทศออสเตรียก็ยกเลิกกฎหมายดังกล่าว ในประเทศอังกฤษได้ออกกฎหมายใหม่คือ The Suicide Act 1961 ซึ่งไม่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิด แต่ยังคงถือว่าผู้สนับสนุน ผู้ยุยงส่งเสริม หรือจัดการให้มีการฆ่าตัวตายเป็นความผิดอาญาอยู่ ปัจจุบันหลายประเทศก็ยังถือว่าการฆ่าตัวตาย เป็นความผิดอาญา<sup>29</sup>

สำหรับประเทศที่รับรองสิทธิที่จะตายให้เป็นสิทธิทางกฎหมายนั้น อาจมีการรับรองในรูปแบบของการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (assisted suicide) โดยการแนะนำ เตรียมสารและอุปกรณ์ไว้ และปล่อยให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อจากนั้นเอง เช่นที่ปรากฏในกฎหมายของประเทศเบลเยียม ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ และในรัฐออริกอน วอชิงตันและมอนทานา สหรัฐอเมริกา หรือรับรองให้มีการทำ active euthanasia โดยชอบด้วยกฎหมายได้ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่ต่างกันไปในแต่ละประเทศ

โดยสรุปจึงอาจกล่าวได้ว่า มนุษย์นั้นมีสิทธิที่จะตาย โดยถือเป็นสิทธิทางธรรมชาติ ดังนั้น หากบุคคลใดประสงค์ที่จะตายก็ย่อมทำได้ด้วยตนเอง แต่จะให้แพทย์หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ลงมือมิได้ เพราะการที่บุคคลหนึ่งมีสิทธิที่จะตาย ไม่ได้หมายความว่าอีกบุคคลหนึ่งจะมีสิทธิที่จะฆ่าตามไปด้วย เว้นแต่สิทธิที่จะตายนั้น ได้พัฒนาเป็นสิทธิทางกฎหมาย ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับกฎหมายของประเทศนั้นๆ ว่ามีการรับรอง คุ้มครอง และบังคับตามสิทธิได้หรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขใด นั่นเอง

## 2.6 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

ในทางสากลนั้น สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยปรากฏอยู่ในข้อที่ 3 ของปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทย์โลก ครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และ 2005 ตามลำดับซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

<sup>29</sup> Stengel E. (1973). **Suicide & attempted suicide**. pp. 65-73. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). "สิทธิที่จะตาย". **ตุลพาห**, 43, 4. หน้า 108.

### ข้อ 3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์<sup>30</sup>

จากปณิญาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นอยู่ใน ข้อ 3 ข. โดยผู้ป่วยมีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตนก็ได้ โดยมีข้อแม้ว่า ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์และจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

#### 2.6.1 บ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

สำหรับบ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้น ตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้อธิบายไว้ดังนี้

“สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีบ่อเกิดมาจากสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองและสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองสะท้อนข้อความคิดที่ว่า บุคคลมีสิทธิที่จะเป็นอิสระจากการรุกรานทางร่างกายของตนเอง ในระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ การแต่ต้องโดยไม่ได้รับอนุญาตถือเป็นการละเมิด หลักความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวถูกพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันสิทธิของบุคคลในทางร่างกาย หลักความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวกำหนดให้ผู้ป่วยต้องสามารถเข้าใจเหตุผลและตัดสินใจด้วยตนเองได้และผู้ป่วยต้องเข้าใจอย่างชัดเจนถึงลักษณะอาการของโรค รวมถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษานั้นๆ ศาลมลรัฐหลายศาลวางพื้นฐานของสิทธิในการปฏิเสธหรือช่วยชีวิตจากสิทธิตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ในเรื่องการให้ความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

<sup>30</sup> วิชญ์ อังประพันธ์. (2551, ตุลาคม). ปณิญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.doctor.or.th/node/7166>

บ่อเกิดที่สองของสิทธิในการปฏิเสธการรักษา คือ สิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ แม้รัฐธรรมนูญจะมีได้ระบุดังสิทธิส่วนบุคคลไว้อย่างชัดเจน แต่ศาลก็ยอมรับถึงสิทธิดังกล่าวในบางสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ศาลอุทธรณ์มลรัฐแคลิฟอร์เนียในคดี *Bouvia v. Superior Court* ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลของผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถสมบูรณ์ในการที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่า การรักษานั้นจะสามารถยื้อชีวิตไว้ได้ ศาลหลายแห่งยอมรับสิทธิในการปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตโดยมีพื้นฐานมาจากสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตาม สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้นมิใช่สิทธิเด็ดขาดและต้องนำมาซึ่งน้ำหนักเปรียบเทียบผลประโยชน์ของรัฐ (public interest) ด้วย

โดยทั่วไปศาลจะระบุดังผลประโยชน์ของรัฐ 4 ประการ ที่จะนำมาซึ่งน้ำหนักเปรียบเทียบสิทธิของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา ได้แก่

- 1) การสงวนรักษาชีวิต
- 2) การป้องกันการฆ่าตัวตาย
- 3) การคุ้มครองคุณธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์
- 4) การป้องกันบุคคลที่สามที่สุจริต

ผลประโยชน์ของรัฐที่สำคัญที่สุด คือ การสงวนรักษาชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยหลัก 2 ประการ คือ การรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตโดยทั่วไปและการสงวนรักษาชีวิตของปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะเจาะจง หน้าที่ของรัฐในการยื้อชีวิตจะต้องนำมาซึ่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับเสรีภาพของบุคคลในการปฏิเสธการล่วงล้ำทางร่างกายและสิทธิส่วนบุคคล ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ชี้แจงในคดี *in re Quinlan* ว่า ผลประโยชน์ของรัฐในการสงวนรักษาชีวิตมีค่าน้อยกว่าสิทธิส่วนบุคคลเมื่อโอกาสในการฟื้นคืนเสื่อมลง ในขณะที่ระดับในการรุกรานทางร่างกายเพิ่มขึ้น

ผลประโยชน์ของรัฐในการสงวนรักษาชีวิตก่อให้เกิดความสำคัญในการป้องกันบุคคลจากการทำลายตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตไม่จำเป็นจะต้องถือเป็นการฆ่าตัวตายเสมอไป การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคลที่จะจบชีวิตในลักษณะที่ตนต้องการ การปฏิเสธการรักษาไม่ใช่การร้องขอความตายเสมอไป แต่เป็นความต้องการที่จะเป็นอิสระจากการรักษาที่ตนไม่ต้องการ

ผลประโยชน์ของรัฐประการที่สาม คือ การรักษาคุณธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แพทย์มีหน้าที่อย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วย หน้าที่ดังกล่าวรวมไปถึงการให้น้ำและอาหารเพื่อประทังชีวิตผู้ป่วยในยามจำเป็น เมื่อความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยยังคงอยู่และผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ รัฐจะไม่ตัดสินใจบุคคลที่อยู่ใน



ความดูแลของแพทย์ตามอำเภอใจ อย่างไรก็ตาม จริยธรรมทางการแพทย์ก็มีได้ให้อำนาจแก่การแทรกแซงทางการแพทย์เพื่อรักษาชีวิตไว้ในทุกกรณี ดังที่ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์บันทึกไว้ในคดี in re Conroy ว่า ในบางสถานการณ์ หน้าที่ที่เหมาะสมที่สุดของแพทย์ควรจะเป็นการทำให้กระบวนการตายนั้นง่ายขึ้น มิใช่ยืดความตายที่ทุกข์ทรมานออกไป

รัฐอาจยังมีหน้าที่ในการป้องกันบุคคลที่สามจากผลกระทบที่จะเป็นผลร้ายจากการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา เมื่อสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลที่สามผู้บริสุทธิ์อาจเป็นอันตราย โดยทั่วไปศาลจะให้น้ำหนักแก่สิทธิในการตัดสินใจของบุคคลน้อยลง รัฐอาจต้องการให้บุคคลทนต่อการรักษาเพื่อปกป้องสุขภาพของสาธารณชน ตัวอย่างเช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคระบาด เป็นต้น

สิทธิในการตัดสินใจโดยทั่วไปแล้วจะมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นในสถานการณ์ที่บุคคลยังมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองได้ แต่ในกรณีของบุคคลที่ไร้ความสามารถ สถานการณ์จะยากมากขึ้นเพราะบุคคลนั้นจะไม่สามารถใช้สิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้<sup>31</sup>

โดยทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์มักมีสาเหตุมาจาก

- 1) ความเชื่อทางค่านิยม ศาสนา
- 2) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเนื่องจากอายุและวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดหวังหรือความล้มเหลวต่างๆ ไม่ว่าจะป็นในชีวิตส่วนตัวหรือการงาน
- 3) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเพราะไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอีกต่อไป
- 4) เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงถึงการต่อต้านนโยบายของรัฐบาลหรือหน่วยงานใดๆ ของรัฐหรือเอกชน<sup>32</sup>

นอกจากสาเหตุ 4 ประการข้างต้นนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ ซึ่งเหตุผลเหล่านั้นจะต้องถูกนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของรัฐ ซึ่งหากรัฐเห็นว่าผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากกว่า

<sup>31</sup> Julie A. DiCamillo. (1992). "A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RIGHT TO DIE IN THE NETHERLANDS AND THE UNITED STATES AFTER CRUZAN : REASSESSING THE RIGHT OF SELP-DETERMINATION." *American University Journal of International Law and Policy*, Vol. 7:807. pp. 821-825.

<sup>32</sup> ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์. เล่มเดิม. หน้า 99.

เหตุผลในการปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้นๆ รัฐอาจเข้าแทรกแซงการตัดสินใจดังกล่าวของบุคคลนั้นๆ ได้

## 2.6.2 การปฏิเสธการรักษาโดยชอบ

จากหลักการต่างๆ ดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า การปฏิเสธการรักษาโดยชอบนั้น ต้องมีลักษณะต่างๆ ดังนี้<sup>33</sup>

### 1) ผู้ปฏิเสธการรักษาจะต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างเต็มที่

ในการปฏิเสธการรักษา ผู้ที่ให้คำปฏิเสธการรักษาจะต้องได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### (1) หน้าที่ในการแจ้งข้อมูล

เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเป็นพิเศษ จึงเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องแจ้งข้อมูล ให้คำแนะนำ และอธิบายถึงความเสี่ยงในการรักษา

#### (2) ขอบเขตของข้อมูลที่ต้องแจ้ง

แพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งต่อผู้ป่วยดังนี้

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษาและความหวังที่จะหายจากโรค

(ก) ผลการตรวจวินิจฉัย เมื่อผู้ป่วยรับการตรวจโรคซึ่งอาจจะเป็นการใช้เทคนิคธรรมดา เช่น ดู คลำ เคาะ ฟัง หรือการตรวจในห้องปฏิบัติการ แพทย์จะต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบถึงผลการตรวจและการวินิจฉัยของตน โดยจะต้องแจ้งถึงประเภทความเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น แม้จะยังไม่แน่นอนก็ตาม

(ข) วิธีการรักษาพอสมควรแก่ความเข้าใจในสาระสำคัญ โดยมีหลักการอยู่ว่า หากการรักษาเป็นการรักษาที่เป็นเรื่องใหญ่ มีความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดใหญ่ จะต้องมีการให้ข้อมูลที่มากกว่าการรักษาธรรมดา แต่การรักษาในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือจำเป็นรีบด่วน แพทย์อาจให้ข้อมูลน้อยกว่าการรักษาในสถานการณ์ทั่วไปได้

(ค) วิธีการรักษาที่แพทย์แนะนำและทางเลือกในการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น ผู้ป่วยเป็นนิ้วในท่อไต แพทย์จะต้องอธิบายถึงทางเลือกในการรักษา กล่าวคือ รักษาด้วยการผ่าตัดหรือ ยิงเลเซอร์ ซึ่งแพทย์จะต้องอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ตลอดจนอธิบายด้วยว่าแพทย์แนะนำวิธีไหนและเพราะเหตุใด

<sup>33</sup> วัลท์ วิเศษสุวรรณ. เล่มเดิม. หน้า 108-129.

(ง) ความหวังในผลสำเร็จของการรักษาและความหวังที่จะหายจากโรค แพทย์จะต้องแจ้งว่า การรักษามีความหวังที่จะสำเร็จมากน้อยเพียงใดและหลังจากการรักษา ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายขาดจากโรคแค่ไหนด้วย

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมีการรักษา

ก่อนจะมีการปฏิเสธการรักษา แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลร้ายหากมีการรักษาด้วย เพราะหากการรักษาอาจก่อผลร้าย ย่อมเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา

ผลร้ายหากมีการรักษาเกิดขึ้น อันเป็นข้อมูลที่แพทย์ต้องแจ้งแก่ผู้ป่วย ได้แก่

(ก) การพยากรณ์โรค (prognosis) คือ ภาวะต่างๆ ของผู้ป่วยที่อาจมีขึ้นหลังการรักษา เช่น โอกาสในการกลับมาเป็นโรคเดิมอีก หรือผู้ป่วยต้องใช้ยาบางตัวตลอดไป หรือถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาตามวิธีการของแพทย์ที่บอกกล่าวไว้ ต่อไปภาวะของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร

(ข) อันตรายที่อาจเกิดจากการรักษา หากการรักษาอาจก่ออันตรายแก่ผู้ป่วย แพทย์มีหน้าที่จะต้องแจ้งถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ความตาย อัมพาต ตาบอด โรคแทรกซ้อน ร้ายแรง อีกทั้งแพทย์ยังมีหน้าที่จะต้องพูดคุยกับผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะเกิดผลร้าย แต่แพทย์ไม่ต้องแจ้งโอกาสที่จะเกิดผลร้ายที่มีอยู่เองตามสภาพของการรักษา เช่น โอกาสในการติดเชื้อจากการผ่าตัด โอกาสในการช้ำหลังการผ่าตัด เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอาจคาดคะเนได้เอง

ในกรณีต่างๆ ดังต่อไปนี้ แพทย์ไม่ต้องแจ้งข้อมูลอันเป็นผลร้ายจากการรักษาแก่ผู้ป่วย

(ก) ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะให้แพทย์แจ้งผลร้ายจากการรักษา

(ข) ความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั่วไปควรจะทราบกันดี หรือเป็นผลร้ายที่ผู้ป่วยทราบดีอยู่แล้วจากการรักษาครั้งก่อน

(ค) ความเสี่ยงนั้นเป็นความเสี่ยงในการรักษาที่ไกลเกินกว่าที่จะเกิดขึ้นได้เมื่อการรักษานั้นเป็นการรักษาธรรมดาๆ

(ง) ผลร้ายนั้นเป็นข้อมูลที่หากผู้ป่วยทราบแล้วจะไม่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เช่น การแจ้งผลร้ายอาจมีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้เสียกำลังใจ ข้อมูลชนิดนี้แพทย์ไม่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบแต่ควรจะบอกกล่าวแก่ญาติของผู้ป่วย

ค. ข้อมูลเกี่ยวกับผลร้ายหากผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการรักษา

นอกจากแพทย์จะแจ้งผลร้ายอันเกิดจากการรักษาแล้ว แพทย์ยังต้องแจ้งผลร้ายอันอาจเกิดจากการไม่รับการรักษาด้วย โดยมีหลักการและมาตรฐานเดียวกับการแจ้งผลร้ายอันอาจเกิดจาก

การรักษา ที่แตกต่างออกไป คือ การแจ้งผลร้ายจากการไม่รักษา ไม่ว่าจะเป็นครณีที่การแจ้งผลร้าย อาจกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่ประสงค์จะทราบข้อมูลอันเป็นรายละเอียด แพทย์ก็ ต้องแจ้งถึงผลร้ายที่จะเกิดขึ้นจากการไม่รักษาให้ผู้ป่วยทราบว่า มีอยู่อย่างไร แต่ไม่ต้องลงลึกใน รายละเอียด นอกจากที่กล่าวมานี้ ข้อยกเว้นที่แพทย์ไม่ต้องแจ้งถึงผลร้ายในการไม่รักษา เช่น ผลร้าย นั้นเป็นความเสี่ยงที่ไม่แน่ว่าจะเกิดขึ้น ย่อมเป็นอย่างเดียวกับข้อยกเว้นของการแจ้งผลร้ายในการ รักษา

### ง. สิ่งที่ต้องแจ้งเพิ่มเติมในการทดลองรักษา

สิ่งที่ต้องแจ้งเพิ่มเติมในการทดลองรักษา คือ มาตรการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจาก การทดลองรักษา และในการอธิบายนั้น ต้องอธิบายจนผู้ป่วยหมดความเคลือบแคลงสงสัย

#### (3) ผลของการไม่แจ้งข้อมูล

เมื่อแพทย์ไม่แจ้งข้อมูลต่างตามหลักเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผลของการไม่แจ้งข้อมูล นั้นมีดังนี้

ก. คำปฏิเสธการรักษานั้นเสียไป แต่ทั้งนี้ ข้อมูลที่แพทย์มิได้แจ้งนั้นจะต้องเป็น ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญด้วย ข้อมูลอันเป็นสาระสำคัญนั้น คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับธรรมชาติพื้นฐาน และลักษณะของโรคและการรักษา ตลอดจนผลร้ายหรือความเสี่ยงที่จะต้องเกิดขึ้นแน่นอนจากการ รักษาและการไม่รักษา

ข. การกระทำของแพทย์เป็นการประมาทเลินเล่อ หากแพทย์ไม่แจ้งข้อมูลที่เป็น ส่วนประกอบ คำปฏิเสธการรักษานั้นไม่เสียไป แต่แพทย์อาจต้องรับผิดชอบประมาทเลินเล่อ โดยข้อมูลอันเป็นส่วนประกอบคือความเสี่ยงที่แฝงมากับการรักษา ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวต้องไม่ใช่ ความเสี่ยงที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอนจากการรักษา นอกจากนั้นจะต้องมิใช่กรณีที่แพทย์จงใจไม่ แจ้งข้อมูลโดยทุจริต เพราะหากเป็นการจงใจโดยทุจริต การตัดสินใจนั้นจะถึงขั้นเสียไป เนื่องจาก เป็นการให้ความยินยอมในการไม่รักษาอันเกิดจากการฉ้อฉล

2) การปฏิเสธการรักษามีได้เกิดจากภาวะอารมณ์อันแปรปรวน แต่ต้องเกิดจากการ ไคร่ครวญด้วยเหตุผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) การตัดสินใจของผู้ป่วยจะต้องไม่ถูกรอบงำโดยปัจจัยต่างๆ เช่น ความสับสน ความไร้สติสัมปชัญญะ ความท้อแท้ ความสะเทือนใจอย่างกะทันหัน

(2) ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเพราะถูกอารมณ์ครอบงำ ต้องถูกรบกวนถึงขั้นที่ไม่อาจ เปรียบเทียบและจดจำข้อมูลประกอบการตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่ ไม่อาจที่จะใช้ข้อมูล และชั่งน้ำหนักระหว่างผลได้และผลเสียในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา

(3) แพทย์จะเป็นผู้กระทำกรอย่างมีเหตุผลในการประเมินสติปัญญาและอารมณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยความหุนหันพลันแล่นและแพทย์ได้ประเมินแล้วว่าเป็นการตัดสินใจด้วยความวิวุ่น การปฏิเสธการรักษานั้นถือว่าไม่มีผล

(4) เมื่อผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แพทย์จะต้องให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตามสมควรที่จะใช้ประกอบการพิจารณาในการตัดสินใจจะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา แพทย์ไม่ต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมการปฏิเสธการรักษาก็สมบูรณ์แล้ว อย่างไรก็ตามแพทย์ต้องให้ข้อมูลพื้นฐานไปตามสมควรแล้ว หากแพทย์ยังไม่ได้ให้ข้อมูลใดๆ เลย การปฏิเสธการรักษานั้นถือว่าเป็นการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ได้ใคร่ครวญด้วยเหตุผล

(5) ในการปฏิเสธการรักษาเพราะเหตุผลด้านความเชื่อทางศาสนา จะถือว่าผู้ป่วยได้ใคร่ครวญด้วยเหตุผลต่อเมื่อ ผู้ป่วยเป็นผู้นับถือศาสนานั้นเอง หากผู้ป่วยไม่นับถือศาสนานั้นแต่ตัดสินใจไปเพราะอิทธิพลจากคนที่นับถือศาสนานั้น การปฏิเสธการรักษานั้นเป็นอันไร้ผล

### 3) การปฏิเสธการรักษาจะต้องมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐ

ผลประโยชน์ของรัฐที่จะต้องนำมาพิจารณาและชั่งน้ำหนักกับสิทธิของบุคคลในการปฏิเสธการรักษานั้น ได้แก่ 1) การสงวนรักษาชีวิต 2) การป้องกันการฆ่าตัวตาย 3) การคุ้มครองคุณธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์ 4) การป้องกันบุคคลที่สามที่สุจริต ซึ่งได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น

### 2.6.3 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาพยาบาลนั้น ปรากฏอยู่ในมาตรา 52 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งบัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ”<sup>34</sup>

ซึ่งต่อมา เมื่อประเทศไทยได้เปลี่ยนมาใช้รัฐธรรมนูญฉบับพุทธศักราช 2550 สิทธิดังกล่าวก็ได้ปรากฏอยู่ในมาตรา 51 ซึ่งบัญญัติว่า

<sup>34</sup> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540, มาตรา 52.

บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์<sup>35</sup>

สำหรับสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นมิได้มีการบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญโดยตรง แต่อาจถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งมาตรา 32 วรรค 1 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย”<sup>36</sup>

สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยยังปรากฏอยู่ใน “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย” โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข 5 องค์กร ลงนามโดยนายกของสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 องค์กร และประธานคณะกรรมการการควบคุม การประกอบโรคศิลปะ ในวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งมีเนื้อหาดังนี้

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และ ลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม

<sup>35</sup> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550, มาตรา 51.

<sup>36</sup> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550, มาตรา 32.

หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็น ผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน สิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้<sup>37</sup>

จะเห็นได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นปรากฏอยู่ในข้อที่ 3. ของคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีข้อพิจารณาดังนี้

กรณีรีบด่วนหรือจำเป็นนั้นจะต้องแยกเป็น 2 กรณี คือ กรณีรีบด่วนหรือกรณีจำเป็น เพราะใช้คำว่า "หรือ" ซึ่งทั้ง 2 กรณี ต้องดูที่สภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก คือ รีบด่วนสำหรับผู้ป่วยและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย (ไม่ใช่รีบด่วนหรือจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ)

ทั้งกรณีรีบด่วนและกรณีจำเป็น หมายถึงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์เห็นว่ารีบด่วน หรือจำเป็นจะต้องให้การรักษาหรือดำเนินการทางการแพทย์อย่างหนึ่งอย่างใด แต่ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอม หรือการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอนั้น อาจไม่ทันการ หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจจะให้ความยินยอมได้ แพทย์ก็จำต้องรีบดำเนินการทางการแพทย์ไปได้ทันที

<sup>37</sup> แพทยสภา. (ม.ป.ป.). สิทธิผู้ป่วย. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น กรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ขา (femoral vessels) หนักมาก และไม้อาจที่จะหยุดเลือดได้ อีกทั้งพบว่าขาอยู่ในสภาพที่ไม่อาจมีเลือดมาเลี้ยงอีกต่อไปแล้ว จำเป็นต้องตัดขาผู้ป่วย เช่นนี้ก็ต้องรีบดำเนินการเป็นการด่วนเลย เพราะถ้าเข้าไปอาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้<sup>38</sup>

จึงอาจกล่าวได้ว่า สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้ ไม่ใช่สิทธิเด็ดขาด โดยมีข้อยกเว้นในกรณีรีบด่วนและกรณีจำเป็นที่แพทย์อาจฝ่าฝืนสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้ ซึ่งข้อ 4. ของคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้ ก็ได้บัญญัติขึ้นเพื่อสอดคล้องกับข้อ 3. โดยได้ต่อยอดถึงสิทธิของแพทย์ในการฝ่าฝืนสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยโดยจะสังเกตได้จากคำว่า “...โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่”

ดังนั้น สิทธิปฏิเสธการรักษาที่ปรากฏอยู่ในคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้จึงมีขอบเขตแคบกว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะในกรณีที่ถึงแก่ชีวิต แพทย์อาจฝ่าฝืนได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยได้เสมอ ในขณะที่สิทธิปฏิเสธการรักษาตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา หากว่าครบเงื่อนไขแล้ว ไม่ว่าจะรัฐหรือแพทย์ย่อมไม่อาจฝ่าฝืนสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยในปัจจุบัน สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้รับการรับรองมากขึ้น โดยในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง<sup>39</sup>

ซึ่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้กำหนดให้ผู้ที่จะใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาตาม

<sup>38</sup> วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. (ม.ป.ป.). สิทธิของผู้ป่วย. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

<http://www.otat.org/images/1133859944/right%20of%20patient.doc>

<sup>39</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12.



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ได้ ต้องเป็นผู้ที่วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือได้รับความทรمانจากการเจ็บป่วย โดยนิยามคำว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น<sup>40</sup> และนิยามคำว่า “การทรمانจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรمانทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้<sup>41</sup> นอกจากนั้นต้องมีได้อยู่ในระหว่างการตั้งครุภ<sup>42</sup>

## 2.7 ทศนคติทางศาสนาในการฆ่าตัวตายและการทำ euthanasia

การฆ่าในความรู้สึทงของคนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นการฆ่าคนหรือฆ่าสัตว์นั้นยอมเป็นบาปหรือเป็นอาชญากรรม แต่เนื่องจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในการแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์อย่างมาก ซึ่งในบางครั้งความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยึดออกไปกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งยังสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทำให้ความคิดเรื่องการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตเริ่มเป็นที่กล่าวถึงและได้มีการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในหลายแง่มุม ทั้งยังรวมไปถึงการทำ assisted suicide หรือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองอีกด้วย

<sup>40</sup> กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย, พ.ศ. 2553, ข้อ 2.

<sup>41</sup> กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย, พ.ศ. 2553, ข้อ 2.

<sup>42</sup> กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย, พ.ศ. 2553, ข้อ 6.

สำหรับทัศนคติทางศาสนาในเรื่องการฆ่าตัวตายและการทำ euthanasia นั้น แต่ละศาสนาก็มีทัศนคติที่แตกต่างกันไป ในที่นี้จะขอกล่าวถึงทัศนคติของศาสนาพุทธ, คริสต์ และอิสลาม ซึ่งเป็นศาสนาที่คนไทยส่วนใหญ่นับถือในปัจจุบัน

### 2.7.1 ศาสนาพุทธ

พระเทพเวที (ประยูร ญัตโต) อธิบายว่า การฆ่าตัวตายนั้น คนที่ตัดสินใจฆ่าตัวตายจะมีความรู้สึกที่เรียกว่าความไม่สบายใจบางอย่าง ความรู้สึกขุ่นมัว เศร้าหมองใจ คับแค้นใจและตัดสินใจฆ่าตัวตาย เจตนาฆ่านี้เองที่เป็นเจตนาที่เป็นบาป เป็นเจตนาในการทำลาย ซึ่งทำให้จิตในขณะนั้นเป็นจิตที่ไม่สมบูรณ์ คับข้อง ขุ่นมัว ส่วนการฆ่าตัวตายด้วยความเชื่อ เช่น ตามประเพณีญี่ปุ่น หรือการฆ่าตัวตายตามความเชื่อทางศาสนาอย่างที่เกิดใน Guyana นั้นถือเป็นโมหะ แต่สำหรับคนป่วยหนัก และตัดสินใจปฏิเสธการรักษาเพื่อให้ตนได้ตายอย่างสงบตามธรรมชาตินั้น ท่านเห็นว่า อาจถือเป็นจิตที่สมบูรณ์ได้ แต่หากเขามีความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย คับแค้นต่อชีวิต คิดว่าตายเสียให้หมดเรื่อง จิตเศร้าหมองเช่นนี้เป็นบาปอยู่ในตัว<sup>43</sup>

ดังนั้นจึงอาจพิจารณาได้ว่า การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือการทำ passive euthanasia นั้น หากผู้ป่วยมิได้ตัดสินใจด้วยจิตที่คับแค้น ขุ่นมัวหรือเศร้าหมอง แต่ตัดสินใจด้วยความเข้าใจ ผ่องใส ปลงชีวิตปลงสังขาร ก็ย่อมไม่ถือว่าเป็นความผิดบาปแต่อย่างใด และไม่อาจถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย แต่เป็นการตายตามธรรมชาติโดยไม่นำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่มาเหนี่ยวรั้งชีวิตเอาไว้เท่านั้น

พระมหาวันชัย ฐมฺมชโย (ช่วง สำโรง) เห็นว่า การฆ่าตัวตายในทางพุทธศาสนาแบ่งออกเป็นสองประเภท คือ การฆ่าตัวตายที่ไม่ควรตำหนิ กับ การฆ่าตัวตายที่ควรตำหนิ โดยยกตัวอย่างเรื่องของพระนันทะ พระวักกถิ และพระโคธิกะ ซึ่งมีเนื้อเรื่องโดยย่อดังนี้

ตัวอย่างแรก คือ เรื่องของพระนันทะ พระนันทะล้มป่วยลงมีเวทนากล้าแข็ง หนักกำเริบ ไม่ทุเลา ปรากฏความกำเริบเป็นที่สุด ไม่ปรากฏความทุเลาเลย ท่านจึงกล่าวกับพระสารีบุตรว่า ท่านไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ จะฆ่าตัวตาย พระสารีบุตรจึงกล่าวห้าม พระนันทะจึงให้เหตุผลถึงการที่จะฆ่าตัวตายของท่านเองว่า ไม่ใช่ท่านไม่มีโทษนะเป็นที่สบาย ไม่ใช่ไม่มีเกสัชเป็นที่สบาย ไม่ใช่ไม่มีคนบำรุงที่สมควร ได้ปรนนิบัติพระศาสดามาตลอดกาลนาน ด้วยความพอพระทัย มิใช่ด้วยความไม่พอพระทัย ความจริงการที่ภิกษุปรนนิบัติพระศาสดาด้วยความพอพระทัย มิใช่ด้วยความไม่

<sup>43</sup> วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข เล่มเดิม. หน้า 98-100.

พอพระทัย นั่นเป็นการสมควรแก่สาวก ขอท่านจงทรงจำไว้ว่าฉันนภิกขุจักหาศาตรามาฆ่าตัว อย่างมิให้ถูกตำหนิได้

หลังจากพระฉันนะได้ฆ่าตัวตายแล้ว พระสารีบุตร ทูลถามพระพุทธเจ้าว่า ข้าแต่พระองค์ผู้เจริญ มีบ้านในแคว้นวัชชีนามว่าปุพพชริระ ที่หมู่บ้านนั้น ท่านพระฉันนะยังมีสกุลมิตร สกอลสหาย และสกอลคนที่คอยตำหนิอยู่

พระพุทธเจ้าตรัสตอบว่า สารีบุตร ฉันนนะภิกขุยังมีสกุลมิตร สกอลสหาย และ สกอลที่คอยตำหนิอยู่ก็จริง แต่เราหาเรียกบุคคลว่า ควรถูกตำหนิด้วยเหตุเพียงเท่านั้นไม่ สารีบุตร บุคคลใดแล ทั้งกายนี้และยึดมั่นกายอื่น บุคคลนั้นเราเรียกว่า ควรถูกตำหนิ ฉันนนะภิกขุหาที่มีลักษณะนั้นไม่ ฉันนนะภิกขุหาศาตรามาฆ่าตัวอย่างไม่ควรถูกตำหนิ

ตัวอย่างที่สองคือเรื่องของพระวัคคิ พระวัคคิในช่วงสุดท้ายของชีวิตได้ล้มป่วยลงรักษาไม่หาย มีเวทนาแรงกล้า มีแต่กำเริบขึ้น ไม่ทุเลาลง ท่านได้ฟังธรรมจากพระพุทธเจ้าในวันใกล้จะตายมีใจความว่า พระพุทธเจ้าตรัสสอนให้พระวัคคิผู้ต้องการจะไปเฝ้าครูปรกาศของพระพุทธเจ้าไม่ให้ยินดีพอใจที่จะเห็นร่างกายอันเปื่อยเน่าของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า แต่พระองค์ทรงตรัสสอนว่า “ผู้ใดเห็นธรรมผู้นั้นชื่อว่าเห็นเรา ผู้ใดเห็นเราผู้นั้นชื่อว่าเห็นธรรม” แล้วตรัสสอนต่อไปใจความว่า รูป เวทนา สัญญา สังขาร วิญญาณ ไม่เที่ยง สิ่งใดไม่เที่ยง สิ่งนั้นเป็นทุกข์ สิ่งใดไม่เที่ยง เป็นทุกข์ มีความแปรปรวนเป็นธรรมดา ไม่ควรที่จะตามเห็นสิ่งนั้นว่า นั่นของเรา นั่นเป็นเรา นั่นเป็นตัวตนของเรา

หลังจากนั้นพระวัคคิได้ฆ่าตัวตายในวันรุ่งขึ้น โดยก่อนที่จะตายได้ให้ภิกษุไปกราบทูลพระผู้มีพระภาคเจ้าใจความว่า ข้าพระองค์ไม่เคยเลื่อมใสคลงว่า รูป เวทนา สัญญา สังขาร และวิญญาณไม่เที่ยง ไม่สงสยว่า สิ่งใดไม่เที่ยง สิ่งนั้นเป็นทุกข์ ไม่สงสยว่า สิ่งใดไม่เที่ยง เป็นทุกข์ มีความแปรปรวนเป็นธรรมดา ความพอใจก็ดี ความกำหนดก็ดี ความรักใคร่ก็ดี ในสิ่งนั้น มิได้มีแก่ข้าพระองค์

หลังจากที่พวกภิกษุไปกันแล้วท่านได้ฆ่าตัวตาย พระพุทธเจ้าทรงยอมรับการฆ่าตัวตายของพระวัคคิ เพราะท่านได้มีความเห็นถูกต้องในหลักธรรม ไม่ยินดีในชีวิต

ตัวอย่างที่สามคือเรื่องของพระโคธิกะ พระโคธิกะไม่ได้เจ็บป่วย จนถึงกับไม่อาจหายได้ เพียงแต่ท่านได้บรรลุธรรมแล้วก็เสื่อมไปหลายรอบเท่านั้น แต่ได้ฆ่าตัวตาย เรื่องของท่านมีดังต่อไปนี้ พระโคธิกะได้บรรลุเจโตวิมุตติชั่วคราวและได้เสื่อมไปถึงหกครั้งในการบรรลุเจโตวิมุตติชั่วคราวครั้งที่เจ็ดจึงคิดว่า การได้บรรลุและเสื่อมไปเช่นนี้ไม่เป็นการสมควรแก่เราเลย ควรจะฆ่าตัวตายเสียดีกว่า จึงได้ฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายในลักษณะเช่นนี้ พระพุทธเจ้าทรงสรรเสริญใน

การกระทำของท่าน โศกโศกเนื่องมาจากว่าท่านได้สละชีวิตเพื่อการเข้าถึงธรรม แม้หากว่าจะมีสิ่งใดที่ทำให้ตนนั้นต้องพลัดพรากจากธรรมไปแล้ว ความตายเป็นสิ่งประเสริฐกว่า

โดยปกติพระพุทธศาสนามีได้สอนให้ฆ่าตัวตายหรือสนับสนุนให้ฆ่าตัวตายเลยแม้แต่น้อย แต่พระพุทธศาสนาสอนให้สละชีวิตเพื่อธรรม ดังคาถาที่ปรากฏในพระสูตรเรื่องมหาสุตโตสมชาดกที่ว่า สัตบุรุษทั้งหลาย ย่อมสละชีวิต แต่ไม่สละธรรม

สัตบุรุษมีปัญญาเป็นสัจอย่างเดียว

พรที่พระองค์ประทานแล้ว ขอได้โปรดรับประทานเสียเถิด

พระราชารู้ประเสริฐสุด ขอพระองค์จงสมบรูณ์ด้วยธรรมนี้เถิด

นรชนพึงสละทรัพย์เพราะเหตุแห่งอวัยวะที่สำคัญ

เมื่อจะรักษาชีวิต พึงสละทั้งอวัยวะ

เมื่อระลึกถึงธรรม พึงสละทั้งอวัยวะ

ทรัพย์และแม้แต่ชีวิตทั้งหมด

ดังนั้น การสละชีวิตเพื่อธรรมจึงเป็นการกระทำที่สามารถทำได้ ไม่ควรถูกกำหนดตามหลักทางพระพุทธศาสนา

ส่วนการฆ่าตัวตายที่ไม่เหมาะสมนั้น มีพระภิกษุที่ปฏิบัติสุกกรรมฐานเป็นตัวอย่าง มีเรื่องว่าในสมัยพุทธกาลพระภิกษุบำเพ็ญอุสุกกรรมฐานแล้วมีความเกลียดชังร่างกายของตนเองที่มีลักษณะเหมือนซากศพจึงได้ให้เพื่อนช่วยฆ่าให้ตายบ้าง ให้ตาเถรช่วยฆ่าบ้าง จนพระตายไปเป็นจำนวนมาก เมื่อพระพุทธเจ้าทรงทราบจึงได้ทรงบัญญัติศีลว่าด้วยการฆ่ามนุษย์ของภิกษุว่าต้องอาบัติปาราชิก เมื่อทรงบัญญัติสิกขาบทนี้พระองค์ทรงเตือนการฆ่าตัวตายเอง การให้ผู้อื่นฆ่าให้ด้วย ดังจะเห็นได้จากการที่พระผู้มีพระภาคพุทธเจ้าทรงเตือนว่า ภิกษุทั้งหลาย การกระทำของภิกษุเหล่านั้นไม่เหมาะสม ไม่สม ไม่ควร ไม่ใช่กิจของสมณะ ใช้ไม่ได้ ไม่ควรทำ<sup>44</sup>

สำหรับการทำ active euthanasia นั้น ในพระบาลีไม่ได้ชี้ให้เห็นโดยตรง แต่ได้วางหลักในการเสนอแนวคิดนี้ในคติยปาราชิกสิกขาบท วินัยปิฎกมหาวีรังก์ถึงการทำ โดยเสนอหลักว่าต้องครบองค์ประกอบดังนี้<sup>45</sup>

1) ปาโณ คือ สัตว์มีชีวิต

<sup>44</sup> พระมหาวันชัช ทุมมชโย (ช่วงสำโรง). (2548). การศึกษาเชิงวิเคราะห์เรื่องความตายตามทัศนะของพุทธศาสนิก. หน้า 54-58.

<sup>45</sup> นฤมล มารคแมน. (2528). ปัญหาจริยธรรมอันเกี่ยวกับการุณยฆาต. หน้า 16-17.

- |             |     |                              |
|-------------|-----|------------------------------|
| 2) ปาณสญญา  | คือ | รู้ยู่ว่าสัตว์นั้นมีชีวิต    |
| 3) วรกจิตต์ | คือ | จิตคิดจะฆ่า                  |
| 4) อุปกโม   | คือ | ทำความพยายามเพื่อให้ตาย      |
| 5) เตน มรณ  | คือ | สัตว์ตายลงด้วยความพยายามนั้น |

หากผิดโดยครบองค์ 5 ย่อมถือว่าผิดในทัศนะของพุทธศาสนา ในการเสนอหลักการนี้ พระพุทธศาสนายังชี้ให้เห็นความเข้ม (Degree) ของศีลข้อนี้ว่า การฆ่านั้นยังแบ่งเป็นไปตามปัจจัยต่างๆตามระดับของ คุณค่า ขนาดกาย ความพยายามและเจตนา<sup>46</sup> เช่น การฆ่าสัตว์ช่วยงานมีโทษมากกว่าฆ่าสัตว์ร้าย ฆ่าพระอรหันต์มีโทษมากกว่าฆ่าปุถุชน ยิ่งใช้ความพยายามในการฆ่ามาก ก็ยิ่งมีโทษมาก การฆ่าโดยป้องกันตัวมีโทษน้อยกว่าฆ่าโดยโกรธแค้น ซึ่งโดยหลักการนี้ไม่ว่าจะเป็น การชักชวน การวาน การลงมือฆ่าเอง ไม่มีทางเป็นสิ่งที่ถูกต้องไปได้เลยในทัศนะของพระพุทธศาสนา

ถึงแม้ว่าลักษณะของพระพุทธศาสนานั้น จะมีบรรทัดฐานที่แน่นอนว่าการฆ่าเป็นสิ่งที่ผิด แต่อย่างไรก็ตาม พุทธศาสนาก็มีความพิเศษคือพุทธศาสนามีความ ยืดหยุ่น ต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังทัศนะในอัครคัมภีร์สูตรว่า

“สิ่งที่สมัยหนึ่งเป็นอธรรม อาจกลายเป็นสิ่งที่ ถือเป็นธรรมในอีกสมัยหนึ่งก็ได้”<sup>47</sup>

พุทธพจน์นี้แสดงให้เห็นว่าพุทธศาสนาก็หาปฏิเสธความจริงที่ยังไม่ปรากฏในปัจจุบัน แต่สิ่งนั้นอาจจะเกิดขึ้นในอนาคตก็ได้ แต่โดยหลักการแล้ว การทำ active euthanasia ย่อมเป็น ปาณาติบาตเมื่อกระทำครบองค์ 5 ตามหลักพุทธศาสนา

อย่างไรก็ดี มีผู้ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า “ยิ่งวิทยาศาสตร์การแพทย์ก้าวหน้าเท่าใด โอกาสที่เราจะฝืนความเป็นไปของธรรมชาติก็มีมากเท่านั้น การยืดอายุคนไข้ที่น่าจะตายตามธรรมชาติให้ยืนยาวต่อไปด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ทำไมเราจึงไม่คิดบ้างว่า นี่อาจเป็นการฝืนกรรม ฝืนธรรมชาติ การทำ euthanasia ในบางกรณีอาจดูคล้ายจะเป็นการฝืนกรรม แต่ในบางกรณีก็เห็นได้ชัดว่าน่าจะสอดคล้องกับวิถีทางการให้ผลของกรรม” และ “ศีลข้อปาณาติบาตนั้นหมายรวมเอาการ

<sup>46</sup> พระมหาณฤพล อริยวังโส. (ม.ป.ป.). การรณฆตกับมุมมองตามแนวพุทธจริยศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2554, จาก [http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com\\_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3](http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3)

<sup>47</sup> พระมหาณฤพล อริยวังโส. (ม.ป.ป.). การรณฆตกับมุมมองตามแนวพุทธจริยศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2554, จาก [http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com\\_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3](http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3)

ทรมานให้เจ็บปวด ทรมานอยู่ด้วย และการทรมานนี้ก็ทำได้สองทางคือทางตรงกับทางอ้อม ก็เป็นที่น่าสงสัยว่า ในขณะที่เราอภิปรายกันว่าการทำ euthanasia ผิดศีลข้อนี้ เรากลับไม่เฉลียวใจกัน บ้างว่า การปล่อยให้คนไข้ตกอยู่ในภาวะอันไม่น่าปรารถนานั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการทรมานหรือไม่ และหากเป็น การไม่ทำ euthanasia จะผิดศีลข้อปาณาติบาตหรือไม่<sup>48</sup>

### 2.7.2 ศาสนาคริสต์

พื้นฐานความเชื่ออย่างหนึ่งของศาสนาคริสต์ คือ ความมีอำนาจสูงสุดของพระเจ้าในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และไม่ว่าผู้ใดก็ห้ามที่จะก้าวก่ายตำแหน่งและบทบาทดังกล่าวของพระเจ้าเป็นเจ้า พระผู้เป็นเจ้าเป็นผู้ให้ชีวิต และมีเพียงเขาเท่านั้นที่มีอำนาจพรากมันไป<sup>49</sup> นอกจากนั้นตามคำสอนของศาสนาคริสต์ที่ปรากฏอยู่ในบัญญัติสิบประการ (The Ten Commandment) ข้อที่ 6 ได้บัญญัติว่า “เจ้าจงอย่าฆ่ากัน” (Thou shalt not kill)

ดังนั้นศาสนาคริสต์จึงไม่ยอมรับการฆ่าผู้อื่นและการฆ่าตัวตาย แม้จะมีจุดประสงค์เพื่อให้พ้นจากความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานก็ตาม<sup>50</sup>

แต่ศาสนาคริสต์ก็ได้มีแนวความคิดถึงขนาดที่จะทำทุกวิถีทางเพื่อเนิ่นยั้งชีวิตของมนุษย์ไว้โดยไม่สนใจเรื่องอื่นๆ เลย โดยจะเห็นได้จากความเห็นของบุคคลสำคัญทางศาสนา ดังนี้

Pope Pius XII ได้ให้ความเห็นไว้ว่า “เป็นสิ่งที่ถูกต้องทางศีลธรรมที่จะทำการระงับความเจ็บปวดและความทรมาน แม้ว่าการกระทำเช่นนั้นจะทำให้ผู้ป่วยที่กำลังจะตายต้องตายเร็วขึ้นก็ตาม”<sup>51</sup>

Pope Pius XIII ได้ให้ความเห็นไว้ว่า “ชีวิตของมนุษย์จะยังคงมีชีวิตอยู่ตราบเท่าที่อวัยวะส่วนสำคัญ คือ ระบบการหายใจยังคงทำงานอยู่โดยไม่มีเครื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ช่วยเหลือ”<sup>52</sup>

Lord Bishop of Exeter ได้ให้ความเห็นไว้ว่า “เป็นเรื่องธรรมดาที่ชาวคริสเตียนมีหน้าที่ทางศีลธรรมที่จะต้องรักษาชีวิตโดยวิธีการต่างๆ ไป แต่ไม่มีภาระที่จะต้องใช้วิธีการที่พิเศษไปกว่าวิธีการปกติธรรมดา”<sup>53</sup>

<sup>48</sup> สมภาร พรหมทา. (2535). พุทธศาสนากับปัญหาจริยศาสตร์ – ทัศนะของพุทธศาสนาเกี่ยวกับปัญหาโสเภณี ทำแท้งและการุณยฆาต. หน้า 188-190.

<sup>49</sup> Norchaya Talib. Op.cit. p. 221.

<sup>50</sup> Ibid.

<sup>51</sup> ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. เล่มเดิม. หน้า 4.

<sup>52</sup> แหล่งเดิม.

ต่อมาในวันที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2523 ได้มีแถลงการณ์อย่างเป็นทางการจากศาสนจักรในเรื่องการทำ euthanasia โดยที่ประชุมของสมณกระทรวงแห่งพระศาสนจักรคาทอลิก (วาติกัน) เกี่ยวกับหลักแห่งศรัทธา หรือ The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith (เป็นหน่วยงานบริหารหน่วยงานหนึ่งของศาสนจักร เทียบได้กับกระทรวง มีทั้งหมด 9 กระทรวง เรียกชื่อตามลักษณะงานในความรับผิดชอบ สำหรับ The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith นี้ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการส่งเสริมศรัทธาและศีลธรรมทั่วโลก)<sup>54</sup> มีใจความสำคัญดังนี้

“การทำ euthanasia ถูกเข้าใจว่า หมายถึง การกระทำหรืองดเว้นการกระทำซึ่งโดยตัวของมันเองหรือโดยเจตนาของมันนั้น ก่อให้เกิดความตาย เพื่อที่ว่าความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งหลายทั้งปวงนั้นจะถูกขจัดให้หมดสิ้นไปโดยหนทางนี้ ขอบเขตของการทำ euthanasia จะพิจารณาได้จากเจตนาของผู้กระทำและวิธีการที่ใช้ มันมีความจำเป็นที่จะต้องกล่าวอีกครั้งว่า ไม่มีสิ่งใดหรือผู้ใดที่จะสามารถอนุญาตให้กระทำการฆ่าชีวิตมนุษย์ผู้บริสุทธิ์ได้ ไม่ว่าจะเป็นตัวอ่อนหรือทารกในครรภ์ เด็ก ผู้ใหญ่หรือคนแก่ ผู้ป่วยที่กำลังทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายหรือคนที่กำลังจะตาย ยิ่งไปกว่านั้น ไม่มีผู้ใดได้รับอนุญาตให้ร้องขอให้กระทำการฆ่าหรือยินยอมให้ถูกฆ่า ไม่ว่าจะเป็นเพื่อตัวของเขาเองหรือเพื่อบุคคลอื่นที่อยู่ในความดูแลของเขา ไม่ว่าจะเป็นโดยชัดแจ้งหรือโดยปริยาย และไม่มีอำนาจใดที่จะสามารถอนุญาตให้กระทำการดังกล่าวได้ โดยชอบด้วยกฎหมาย เนื่องจากมันเป็นปัญหาของการละเมิดกฎหมายศักดิ์สิทธิ์ (divine law) เป็นภัยคุกคามศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นอาชญากรรมต่อชีวิตมนุษย์ เป็นการทำร้ายมนุษยชาติ มันอาจเกิดขึ้นด้วยเหตุผลของความเจ็บปวดที่ยากจะทนทนที่ถูกยื้อยุดเอาไว้หรือด้วยเหตุผลอื่นๆ ผู้คนอาจถูกทำให้หลงเชื่อว่าพวกเขาอาจร้องขอความตายด้วยตนเองหรือยอมรับมันเพื่อผู้อื่นได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แม้ว่าในกรณีเหล่านี้ ความผิดของเขาอาจลดลงหรือแทบจะหมดไป แต่ทว่าความผิดพลาดของการตัดสินใจแม้บางทีจะด้วยเจตนาที่ดี ก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของการกระทำที่เรียกว่าการฆ่า ซึ่งมักจะเป็นสิ่งที่ควรถูกปฏิเสธ โดยตัวของมันเองอยู่แล้ว คำวิงวอนของผู้ป่วยชั้นร้ายแรงซึ่งในบางครั้งอาจร้องขอความตายนั้น ไม่สามารถที่จะเข้าใจได้หากพิจารณาถึงความต้องการที่แท้จริงของการทำ euthanasia ในความเป็นจริงแล้ว มันมักจะเป็นกรณีของการร้องขออย่างทุกข์ทรมานต่อ

<sup>53</sup> แหล่งเดิม.

<sup>54</sup> วิกีพีเดีย. (ม.ป.ป.). นครรัฐวาติกัน. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

ความช่วยเหลือและความรัก สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการนอกจากการดูแลรักษาทางการแพทย์คือความรัก ความอบอุ่นซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถได้รับและควรจะได้รับจากผู้ใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือ ลูกหลาน หมอหรือพยาบาล

ทุกวันนี้ ในช่วงเวลาแห่งความตาย มันเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องปกป้องทั้งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลและหลักศาสนาคริสต์ในเรื่องของชีวิต ต่อทัศนคติทางเทคนิคที่อาจเป็นการละเมิดกฎเหล่านั้น ดังเช่นที่บางคนพูดถึง “สิทธิที่จะตาย” ซึ่งเป็นการแสดงออกที่ไม่ได้ต้องการจะสื่อถึงสิทธิในการก่อให้เกิดความตาย ไม่ว่าจะด้วยมือของตนเองหรือของผู้อื่นตามความสมัครใจของตนเอง แต่หมายถึงสิทธิที่จะตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และคริสต์ศาสนิกชนจากมุมมองนี้ การใช้การรักษาพยาบาลของแพทย์ในบางครั้งอาจทำให้เกิดปัญหาได้ ในหลายกรณี ความซับซ้อนของสถานการณ์อาจทำให้เกิดความสงสัยเกี่ยวกับแนวทางในการนำหลักจริยธรรมมาปรับใช้ ในการวิเคราะห์ครั้งสุดท้ายนี้ มันเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณธรรมของตัวผู้ป่วย หรือ ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย หรือ แพทย์ ที่จะตัดสินใจภายใต้หน้าที่ทางศีลธรรมและลักษณะที่หลากหลายของกรณีนั้นๆ ทุกคนมีหน้าที่ที่จะต้องดูแลสุขภาพของตนเองหรือแสวงหาความดูแลนั้นจากบุคคลอื่น สำหรับบุคคลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะต้องกระทำอย่างระมัดระวังและจัดเตรียมการรักษาที่เห็นว่ามีจำเป็นและมีประโยชน์ อย่างไรก็ตาม มันมีความจำเป็นในทุกสถานการณ์แล้วหรือ ที่จะต้องใช้การรักษาในทุกวิถีทางที่เป็นไปได้? ในอดีต นักศีลธรรมตอบคำถามนี้ว่าบุคคลไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ชีวิตที่พิเศษไปกว่าวิธีการปกติธรรมดา (extraordinary means) คำตอบนี้ซึ่งตามหลักการแล้วถือว่าดี แต่บางทีอาจจะขาดความชัดเจนไปในปัจจุบัน ด้วยเหตุผลของความคลุมเครือในหลักเกณฑ์และความกะทันหันในกระบวนการรักษาผู้ป่วย หรือดังเช่นที่บางคนชอบที่จะใช้คำว่าวิธีการที่ “เหมาะสม” (proportionate) และ ไม่เหมาะสม (disproportionate) ไม่ว่าในกรณีใด มันมีความเป็นไปได้ที่จะตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในวิธีการที่จะใช้โดยศึกษาถึงประเภทของการรักษาที่จะนำมาใช้ ระดับของความซับซ้อนและความเสี่ยง ค่าใช้จ่ายและความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ และเปรียบเทียบสิ่งเหล่านี้กับผลลัพธ์ที่คาดไว้ และนำไปอธิบายถึงสภาพของผู้ป่วยและความสามารถในการรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ในการที่จะนำหลักทั่วไปเหล่านี้มาใช้ประโยชน์จริง เราอาจเพิ่มเติมคำอธิบายได้ดังต่อไปนี้ :

1) หากไม่มีวิธีการรักษาวิธีอื่นที่เพียงพอ มันจะได้รับอนุญาตโดยความยินยอมของผู้ป่วย ในการที่จะใช้วิธีการรักษาโดยเทคนิคทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าสูงสุด แม้ว่าวิธีดังกล่าวจะยังอยู่ในขั้นทดลองและมีความเสี่ยง การยอมรับสิ่งนี้ยังทำให้ผู้ป่วยได้แสดงถึงความเอื้อเฟื้อต่อมนุษยชาติอีกด้วย



2) นอกจากนั้น มันยังได้รับอนุญาตโดยความยินยอมของผู้ป่วย ในการที่จะขัดขวางวิธีการเหล่านี้ในกรณีที่ผลลัพธ์มีความคาดหวังต่ำ แต่การจะตัดสินใจดังกล่าวได้ สาเหตุจะต้องมาจากคำร้องขอที่มีเหตุผลของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งมาจากคำแนะนำของแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญโดยเฉพาะในปัญหาดังกล่าว หลังจากนั้นจึงจะสามารถตัดสินใจว่าการลงทุนในเครื่องมือและในตัวบุคคลนั้น ไม่เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่อาจคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า พวกเขาอาจตัดสินใจว่าเทคนิคที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยนั้นมากเกินไปหรือมีความทรามานเกินสมควรเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่จะจะได้รับจากการใช้เทคนิคนั้นๆ

3) มันยังได้รับอนุญาตที่จะใช้วิธีการทั่วไปที่การใช้ยาสามารถทำได้ ดังนั้นผู้ใดก็ไม่สามารถกำหนดให้ผู้อื่นต้องได้รับการรักษาโดยเทคนิคที่ถูกนำมาใช้แล้วแต่มีความเสี่ยงหรือมีความยากลำบาก การปฏิเสธดังกล่าวนี้มิได้เทียบเท่ากับการฆ่าตัวตาย มันควรถูกพิจารณาว่าเป็นการยอมรับในสภาพของมนุษย์ หรือ ความหวังที่จะหลีกเลี่ยงประโยชน์ของกระบวนการทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมกับผลลัพธ์ที่อาจคาดหวังได้ หรือ ความไม่ต้องการที่จะยึดเยียดภาระค่าใช้จ่ายอันเกินจำเป็นแก่ครอบครัวหรือสังคม

4) เมื่อความตายไม่อาจหลีกเลี่ยงได้แม้ว่าจะได้ใช้วิธีการรักษาต่างๆ แล้ว การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยย่อมเป็นสิ่งที่พึงอนุญาตและชอบด้วยจริยธรรมตราบเท่าที่ ยังมีการดูแลผู้ป่วยตามปกติ ในกรณีดังกล่าว แพทย์ก็ไม่มีเหตุผลที่จะต้องกำหนดตนเองว่าล้มเหลวในการช่วยเหลือบุคคลผู้ซึ่งตกอยู่ในอันตรายนั้น

ชีวิตคือของขวัญจากพระเจ้า แต่ในขณะที่เดียวกัน ความตายก็เป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เพราะฉะนั้น มันจึงมีความจำเป็นที่เราจะต้องไม่ไปเร่งชั่วโมงแห่งความตายและยอมรับมันอย่างมีศักดิ์ศรีและมีความรับผิดชอบ มันคือความจริงที่ความตายกำหนดจุดจบของความจริงอยู่บนโลกของเรา แต่ในขณะที่เดียวกัน มันก็ได้เปิดประตูให้กับชีวิตอันเป็นนิรันดร์ ดังนั้น ทุกคนจึงต้องเตรียมตัวให้พร้อมสำหรับเหตุการณ์นี้ภายใต้แสงแห่งคุณค่าความเป็นมนุษย์ และยิ่งไปกว่านั้นสำหรับคริสต์ศาสนิกชนภายใต้แสงแห่งศรัทธา สำหรับผู้ที่ทำงานในอาชีพที่เกี่ยวกับการแพทย์ พวกเขาไม่ควรจะมองข้ามความสามารถของพวกเขาทั้งหมดเท่าที่จะเป็นไปได้สำหรับผู้ป่วยและผู้ที่กำลังจะตาย และพวกเขาควรจะรู้ว่ามันสำคัญแค่ไหนในการทำให้ผู้ป่วยได้พบกับความช่วยเหลือที่เต็มไปด้วยความเมตตากรุณา การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนดังกล่าวย่อมเป็นการอำนวยความสะดวกต่อพระเยซูคริสต์เช่นกัน<sup>55</sup>

<sup>55</sup> The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. (1980, May 5).

โดยสรุปแล้ว ศาสนาคริสต์ไม่ยอมรับการทำ euthanasia ในทุกกรณี แต่ยอมรับสิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยในบางกรณี สำหรับกรณีที่แพทย์เคารพในสิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้ตายตามธรรมชาติโดยไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์สมัยใหม่มาช่วยชีวิตผู้ป่วยนั้นแสดงการณณ์ฉบับนี้ไม่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการทำ euthanasia (ซึ่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถือว่าเป็นการทำ passive euthanasia) และไม่เป็นการบาปตามความเชื่อทางศาสนา

### 2.7.3 ศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามห้ามการทำ euthanasia และการฆ่าผู้อื่นหรือตนเอง ข้อห้ามนี้มาจากหลักที่ว่า การทำลายชีวิตมนุษย์ไม่ว่าโดยวิธีใดๆ ก็ตามถือเป็นการพรากเอาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่พระเจ้าได้ทรงสร้างขึ้น เรามิได้สร้างตนเองขึ้นมา ชีวิต, สุขภาพ, ทรัพย์สิน และทุกสิ่งทุกอย่าง คือสิ่งที่พระเจ้าได้มอบให้ มีไว้ของเรา เราอย่างเด็ดขาด ดังนั้น ชีวิตคือความรับผิดชอบที่พระเจ้าได้มอบให้กับเราและเราไม่ได้รับอนุญาตให้บั่นทอน, ปล่อยให้อายุสั้นหรือ ทำลายมัน

หลักทั่วไปอีกหลักหนึ่ง คือ ชาวมุสลิมนั้นห้ามดื่มหรือกินสิ่งใดก็ตามที่ทำให้เกิดความตาย ไม่ว่าจะอย่างรวดเร็วหรืออย่างช้าๆ อย่างเช่น ยาพิษหรือสารอื่นที่มีผลเป็นการทำลายสุขภาพหรือเป็นอันตรายต่อร่างกาย ดังนั้นการร้องขอให้แพทย์ช่วยให้ตายโดยให้แพทย์ให้ยาที่มีไข้เพื่อรักษาโรค เช่น โปแทสเซียม คลอไรด์ เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตจึงเป็นสิ่งต้องห้าม โดยมีคำสอนในอัลกุรอานว่า

“...จงอย่าฆ่าตัวของพวกเจ้าเอง : แท้จริงอัลเลาะห์เป็นผู้ทรงเมตตาต่อพวกเจ้าเสมอ  
...ไม่เคยปรากฏแก่ชีวิตใดที่จะตายนอกจากด้วยอนุมัติของอัลเลาะห์เท่านั้น ทั้งนี้เป็นลิขิตที่ถูกกำหนดไว้...

...อัลเลาะห์ทรงเป็นผู้ให้ชีวิตและความตาย และอัลเลาะห์เห็นทุกสิ่งที่พวกเจ้ากระทำ”

ในโลกของศีลธรรมและจิตวิญญาณ เราต้องยึดมั่นในศรัทธาอย่างแรงกล้าในทุกสถานการณ์ว่าไม่มีสิ่งใดเกิดขึ้น โดยปราศจากความรับรู้และลิขิตของพระเจ้า ดังนั้นมันจึงต้องมีคำพิพากษาหรือคำสั่งสอนบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับแผนการของพระองค์ หน้าที่ของเราคือการหาข้อบกพร่องและแก้ไขมัน เราต้องมีความเด็ดเดี่ยวเมื่อเผชิญกับความยากลำบากและมีศรัทธาที่แน่นิ่งไม่สั่นคลอน โดยมีคำสอนในอัลกุรอานว่า

“...พระเจ้าเป็นผู้กำหนดความเป็นและความตาย และพระเจ้าอาจทดสอบพวกเจ้าว่าใคร

คือผู้ที่ดีที่สุดในทางแท้จริง"

การทำ active euthanasia และการฆ่าตัวตาย สำหรับศาสนาอิสลามแล้วถือเป็นอาชญากรรมที่โหดเหี้ยม ผู้ที่กระทำจะไม่ได้ได้รับความเมตตาจากพระอัลเลาะห์และจะไม่ได้ขึ้นสวรรค์ แต่จะต้องตกนรก

สำหรับการทำ passive euthanasia เช่น การยุติเครื่องมือช่วยชีวิต หากเครื่องมือนั้นอาจยังมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยอยู่ การยุติเครื่องมือช่วยชีวิตดังกล่าวก็ต้องห้ามตามหลักศาสนาเช่นเดียวกับการทำ active euthanasia เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นการเร่งความตายและเป็นการละทิ้งความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติ หากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาอย่างแข็งขัน แพทย์อาจทำอะไรได้ไม่มากนัก อาจมีการโต้เถียงและปรึกษากัน แต่ถึงที่สุดแล้ว การตัดสินใจขั้นสุดท้ายย่อมเป็นของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยยังคงยืนยันกรานที่จะยุติการรักษาต่อไป แพทย์ย่อมหมดหน้าที่ที่จะต้องรักษาผู้ป่วยนั้นและหลุดพ้นจากความผิดบาปตามหลักศาสนาเพราะไม่ได้มีส่วนร่วมกับการกระทำผิดนั้นเอง

กรณีที่แตกต่างกันออกไป คือ กรณีที่การรักษาต่อไปนั้นไม่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเป็นการยากที่จะให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน ในกรณีเช่นนี้ ผู้ป่วยอาจร้องขอให้แพทย์ยุติการรักษาได้ แท้จริงแล้ว ชาวมุสลิมจำนวนหนึ่งเชื่อว่า การกระทำที่ดีที่สุดสำหรับกรณีนี้ คือ การนำผู้ป่วยกลับไปขังบ้านเพื่อให้วันเวลาที่ผู้ป่วยจะตายนั้น ได้มีการสวดภาวนา ถ้อยคำในอัลกุรอานให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ในการนำผู้ป่วยกลับบ้านนี้ การให้น้ำและอาหารยังคงต้องดำเนินต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะกระทำได้เพราะสิ่งเหล่านี้ถือเป็นสิ่งพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย

ดังนั้นจึงมีผู้เห็นว่า แท้จริงแล้วศาสนาอิสลามยอมรับการทำ passive euthanasia แต่ยอมรับภายในขอบเขตที่จำกัดมากๆ คือ

ประการแรก ต้องมีความเห็นทางการแพทย์ว่าโอกาสในการฟื้นคืนของผู้ป่วยนั้นไม่น่าจะเป็นไปได้

ประการที่สอง คือ หากผู้ป่วยนั้นได้มาถึงจุดสิ้นสุดของชีวิตแล้ว การติดเครื่องช่วยหายใจอาจถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการทรมานเนื่องจากการขัดขวางกระบวนการแห่งความตาย

ในกรณีดังกล่าว แพทย์ต้องนำเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วย สำหรับความตายอันเป็นผลที่จะตามมานั้นไม่ได้เกิดขึ้นจากการกระทำของแพทย์ แต่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระผู้เป็นเจ้า<sup>56</sup>



---

<sup>56</sup> Norchaya Talib. Op.cit. pp. 219-237.

## บทที่ 3

### การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศ

การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตโดยทั่วไปนั้นอาจกระทำได้ 3 วิธี คือ การทำ passive euthanasia, การทำ active euthanasia และ การทำ assisted suicide แต่โดยทั่วไปแล้วประเทศส่วนใหญ่จะยอมรับให้กระทำเฉพาะการทำ passive euthanasia มีเพียงบางประเทศเท่านั้นที่ยอมรับให้มีการทำ active euthanasia หรือ physician-assisted suicide ได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ในบทนี้จะเน้นศึกษากฎหมายและแนวคำพิพากษา โดยเฉพาะของประเทศสหรัฐอเมริกา และเนเธอร์แลนด์ ว่าได้ให้อำนาจกระทำแก่แพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตมากแค่ไหน ภายใต้ขอบเขตหรือเงื่อนไขเช่นไร

#### 3.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia

##### 3.1.1 การทำ passive euthanasia ในประเทศสหรัฐอเมริกา

การทำ passive euthanasia เป็นที่ยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกา คดีสำคัญที่ได้วางหลักในเรื่องนี้ไว้ คือ คดีของคาร์เรน แอนน์ ควินตัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คดีนี้เกิดขึ้นในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ โดยนางสาวคาร์เรน แอนน์ ควินตัน อายุ 21 ปี ได้หมดสติและหยุดหายใจไปเป็นเวลาหลายนาทีก่อนการขาดออกซิเจนซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองของเธอ ทำให้เธอต้องตกอยู่ใน “สภาพผักถาวร (persistent vegetative state)” แพทย์ได้ช่วยเธอไว้โดยการใช้เครื่องช่วยหายใจและพบว่าเธอไม่ได้อยู่ในอาการสมองตาย แต่เธอไม่มีความรู้สึกต่อสิ่งภายนอก เธอต้องหายใจโดยอาศัยเครื่องช่วยหายใจและได้รับอาหารผ่านทางสายยางจึงจะดำรงชีวิตต่อไปได้ ไม่มีการรักษาวิธีใดที่จะช่วยรักษาอาการป่วยของเธอได้และแพทย์ของเธอได้ลงความเห็นว่างานเธอไม่มีโอกาสที่จะฟื้นคืนเป็นปกติได้ดังเดิม

ในที่สุด นายโจเซฟ ควินตัน บิดาของคาร์เรน ได้ขอให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตแก่คาร์เรน โดยสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็เห็นชอบด้วย แต่ดอกเตอร์มอร์ส แพทย์ของคาร์เรนปฏิเสธคำร้องขอดังกล่าว เขายืนยันว่าคาร์เรนไม่ได้อยู่ในภาวะสมองตายและหากถอดเครื่องช่วยชีวิตเธอออกโดยรู้อยู่ว่าการทำเช่นนั้นย่อมนำมาซึ่งความตายของเธอ จะเป็นการฝ่าฝืนต่อมาตรฐานและจริยธรรมทางการแพทย์ นายโจเซฟจึงได้ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอให้ศาลตั้งตนเป็นผู้อนุบาลโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อที่ตนจะได้ใช้อำนาจในฐานะผู้อนุบาลสั่งให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตแก่

คาเร็น แต่คำร้องขอดังกล่าวก็ถูกปฏิเสธโดยศาลแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ นายโจเซฟจึงได้ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์

ศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้พิจารณาว่า แม้การถอดเครื่องช่วยหายใจจะเป็นการฝ่าฝืนต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมทางการแพทย์ แต่เครื่องช่วยหายใจก็ไม่สามารถรักษาหรือทำให้สภาพของผู้ป่วยนี้ดีขึ้น อย่างดีที่สุดก็ทำได้เพียงแต่การยืดเวลาแห่งการเสื่อมโทรมอย่างช้าๆ ที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้และความตายให้ยาวออกไปเท่านั้น ศาลจึงได้วินิจฉัยให้สิทธิส่วนบุคคลของคาเร็นในการที่จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์มีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่จะซื้อชีวิตเธอเอาไว้โดยสรุปได้ดังนี้

“...สิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่าความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตและหน้าที่ของรัฐในการที่จะสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ในกรณีที่ชีวิตของผู้ป่วยถูกคงไว้ด้วยเครื่องช่วยหายใจ, ไม่สามารถกลับไปมีชีวิตอย่างรู้สำนึกได้และต้องถูกรุกรานทางร่างกายอย่างรุนแรง เช่น การรักษาพยาบาลอย่างหนักตลอด 24 ชั่วโมง, การใช้ยาปฏิชีวนะ, การสอดท่อเพื่อขับถ่ายของเสีย, การใช้เครื่องช่วยหายใจหรือการให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น

เราไม่มีความสงสัยเลยว่า ในสถานการณ์ที่น่าเศร้าเช่นนี้ หากคาเร็นฟื้นคืนสติอย่างปาฏิหาริย์ขึ้นมาในช่วงระยะเวลาหนึ่งและรับรู้ถึงสภาพที่ไม่อาจแก้ไขได้ของเธอ เธอย่อมสามารถที่จะตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยชีวิต แม้มันจะมีโอกาสก่อให้เกิดความตายตามธรรมชาติก็ตาม

เราไม่มีความลังเลเลยในการที่จะตัดสินว่า ไม่มีผลประโยชน์ใดๆ ของรัฐที่จะสามารถบีบบังคับคาเร็นให้ต้องทนกับสิ่งที่ไม่อาจทนทานได้เพียงเพื่อให้มีชีวิตอยู่ไม่กี่เดือน โดยไม่มีความเป็นไปได้ที่จะฟื้นคืนสภาพแห่งชีวิตที่รู้สึกนึกหรือมีสติปัญญา เรามองไม่เห็นเหตุผลที่จะทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างทางเลือกที่คาเร็นพึงมี กับทางเลือกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังมีความสามารถอื่นๆ มี ตามที่ปรากฏหลักฐานในคดีนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและทุกข์ทรมานแสนสาหัสนั้น จะไม่ถูกทำให้ฟื้นคืนหรือใส่เครื่องช่วยหายใจดังตัวอย่างที่ดอกเตอร์คอเร็นได้อธิบายไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจโดยฝ่าฝืนต่อเจตจำนงของผู้ป่วย...”<sup>57</sup>

อย่างไรก็ดี เนื่องจากคาเร็นไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจใดๆ ได้ จึงมีประเด็นปัญหาว่า บิดาของเธอจะสามารถตัดสินใจแทนเธอในการที่จะถอดเครื่องช่วยหายใจได้หรือไม่ ศาลได้ตัดสินว่าบิดาและครอบครัวของเธอสามารถตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวแทนเธอได้โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและการตัดสินใจที่เธอจะต้องกระทำอย่างแน่นอนหากเธอยังอยู่ในสภาพที่สามารถแสดงเจตนาได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

<sup>57</sup> Westlaw. (n.d.). Matter of Quinlan. Retrieved June 1, 2011, from <http://web2.westlaw.com>

“...การยื่นยันของเราเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจของคาร์เรน โดยทั่วไปแล้วยอมจะขึ้นอยู่กับความสามารถของเธอในการที่จะอ้างถึงสิทธินั้น แต่ความจริงที่น่าเศร้าก็คือเธอไม่มีความสามารถและเราไม่สามารถวินิจฉัยถึงการตัดสินใจที่เธอน่าจะเลือกโดยอาศัยหลักฐานจากบทสนทนาที่เธอเคยมีกับเพื่อนฝูงเพราะหลักฐานเหล่านั้นไม่มีน้ำหนักเพียงพอ อย่างไรก็ตาม เราได้สรุปว่าสิทธิส่วนบุคคลของคาร์เรนอาจถูกกล่าวอ้างในนามของเธอ โดยผู้อนุบาลของเธอภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนี้

ถ้าหากการตัดสินใจของคาร์เรนในการที่จะยอมให้การคงอยู่อย่างไร้สำนึกเช่นนี้ยุติลงด้วยวิถีทางตามธรรมชาติ ถูกพิจารณาว่าเป็นเรื่องที่มีคุณค่าเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลของเธอซึ่งที่เราได้เชื่อเช่นนั้นแล้ว เมื่อนั้น มันก็ไม่ควรถูกละทิ้งเพียงเพราะเหตุผลว่าสภาพของเธอไม่อำนวยต่อการตัดสินใจเลือกเช่นนั้นได้ วิธีปฏิบัติเพียงทางเดียวที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิดังกล่าวนี้ได้ คือยอมให้ผู้อนุบาลและครอบครัวของคาร์เรนเสนอการตัดสินใจที่ดีที่สุดเหมือนดังที่เธอยอมจะตัดสินใจเช่นนั้นในสถานการณ์นี้ โดยการตัดสินใจดังกล่าวนี้จะต้องเป็นที่ยอมรับของสังคมและจะไปตามเสียงส่วนใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว และเป็นการตัดสินใจที่พวกเขาจะตัดสินใจเช่นนั้นหากพวกเขาเหล่านั้นหรือบุคคลใกล้ชิดต้องตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันนี้ ด้วยเหตุนี้เอง เราจึงตัดสินใจว่าสิทธิส่วนบุคคลของคาร์เรนอาจถูกยื่นยันในนามของเธอ โดยผู้อนุบาลและครอบครัวของเธอภายใต้สถานการณ์พิเศษตามบันทึกฉบับนี้...”<sup>58</sup>

นอกจากนั้น คำพิพากษาดังกล่าวยังได้ยืนยันว่า แพทย์ที่เพิกถอนการรักษาจะไม่มี ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยจะเห็นได้จากข้อความต่อไปนี้

“...จะไม่ถือว่าเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยผิดกฎหมายในสถานการณ์อย่างเช่นคดีนี้ เพราะ ประการแรกเชื่อว่า ความตายที่เกิดขึ้นตามมาจากการถอดเครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่เกิดจากการที่ แพทย์ฆ่าผู้ป่วย แต่เป็นการที่ผู้ป่วยหมดอายุขัยเองตามธรรมชาติอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ที่เธอ กำลังประสบอยู่ ประการที่สอง ถึงแม้ว่ากรณีนี้จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นการฆ่าคน แต่ก็ไม่ได้ถือว่าเป็นการฆ่าคนที่ผิดกฎหมาย เพราะความตายที่เกิดขึ้นไม่อยู่ภายใต้ “homicide statutes” มีความแตกต่างกันระหว่างการฆ่าคนโดยผิดกฎหมาย กับ การยกเลิกระบบการช่วยชีวิตโดยใช้เครื่องมือใน สถานะที่เป็นเรื่องของการตัดสินใจของตนเอง เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล...”<sup>59</sup>

และเมื่อแพทย์ได้เอาเครื่องช่วยหายใจออกจากร่างของ คาร์เรน แอนน์ ควินลัน เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2519 หลังจากที่ต้องอยู่กับเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 1 ปี 1 เดือน กรณีกลับ

<sup>58</sup> Westlaw. (n.d.). Matter of Quinlan. Retrieved June 1, 2011, from <http://web2.westlaw.com/>

<sup>59</sup> Westlaw. (n.d.). Matter of Quinlan. Retrieved June 1, 2011, from <http://web2.westlaw.com/>

กลายเป็นว่าเธอสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง จึงไม่ตายตามที่แพทย์ได้สันนิษฐานไว้ ทำให้แพทย์ไม่ยอมหยุดการรักษาอย่างอื่น แต่ก็ไม่ปรากฏว่าเธอจะมีอาการที่ดีขึ้นเลย ยังเป็นอยู่เช่นเดิม และเธอได้เสียชีวิตลงเมื่อปีพ.ศ. 2528 โดยบิดาของเธอได้กล่าวว่าเธอได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี คดีของเรื่องนี้ถือได้ว่าเป็นคดีที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักกันมากที่สุดในเรื่อง “สิทธิที่จะตาย” (right to die) และทำให้วงการนิติศาสตร์ตื่นตัวในเรื่อง “สิทธิที่จะตาย” กันมาก จนเป็นผลให้มลรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของคนไข้ การยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตโดยแพทย์ไม่ต้องรับผิดทางอาญาและทางแพ่งในเรื่องพินัยกรรมชีวิตในเวลาต่อมา เพื่อเป็นการยุติปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเช่นกรณีของนางสาวคาเร็น แอนน์ ควินลันนี่<sup>60</sup>

สำหรับในประเด็นเรื่องการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยผู้แทนของผู้ป่วยในคดีนี้ได้มีผู้วิเคราะห์ถึงประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ โดยก่อนอื่นต้องเข้าใจเสียก่อนว่าสิทธิของผู้ป่วยในกรณีนี้มี 2 ด้าน ด้านหนึ่งคือการปฏิเสธการรักษา ส่วนอีกด้านหนึ่งคือการยินยอมรับการรักษา เพราะการรักษานั้นเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวของผู้ป่วยจึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในฐานะที่เขาเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถใช้สิทธิของตนเองได้ มันย่อมเป็นที่แน่นอนว่าจะต้องมีผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยในการยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ดังนั้นหากรัฐปฏิเสธที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยใช้สิทธิดังกล่าวแทนผู้ป่วยเพราะเกรงว่าครอบครัวจะใช้สิทธิดังกล่าวไปในทางที่ขัดกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย นั้นย่อมหมายความว่ารัฐกำลังจะเข้าใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเสียเอง โดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา ทั่วๆ ที่รัฐนั้นไม่รู้จะอะไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเลย และโดยทั่วไปแล้วรัฐยอมใช้สิทธิไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อรัฐหรือต่อสังคมมากกว่าที่จะคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยนั้นเติบโตใกล้ชิดชิดมากับผู้ป่วย ย่อมรู้ถึงความประสงค์หรือความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิโดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ของสังคมหรือของรัฐ ดังนั้นหากการใช้สิทธิที่อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เรากำลังคำนึงถึง การให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ใช้สิทธิดังกล่าวย่อมเหมาะสมกว่าการใช้สิทธิดังกล่าวตกอยู่ในมือของรัฐ<sup>61</sup>

การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยผู้แทนในสหรัฐอเมริกาได้รับการยอมรับอีกครั้งจากศาลอุทธรณ์แห่งลอส แองเจลิส ในคดี Barber v. Superior Court โดยคดีดังกล่าว ผู้ป่วยชื่อ นาย Herbert เผชิญกับภาวะหัวใจและการหายใจหยุด (cardiorespiratory arrest) ซึ่งทำให้สมองของเขา

<sup>60</sup> ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์. เล่มเดิม. หน้า 87-88.

<sup>61</sup> Julie A. DiCamillo . Op.cit. pp. 825-829.



ได้รับความเสียหายอย่างรุนแรงและตกอยู่ในสภาพผักถาวร แพทย์ทั้งสองซึ่งได้แก่นาย Robert Nejd และนาย Neil Barber ได้แจ้งแก่ครอบครัวของนาย Herbert ถึงสภาพดังกล่าวของผู้ป่วย ต่อมาครอบครัวของนาย Herbert จึงได้แจ้งเป็นหนังสือไปยังแพทย์ทั้งสองให้หยุดเครื่องมือทางการแพทย์ทั้งหมดที่เป็นการยืดชีวิตผู้ป่วย ซึ่งในขั้นแรกแพทย์ทั้งสองได้ถอดเครื่องช่วยหายใจออก แต่นาย Herbert ยังคงหายใจได้เอง อย่างไรก็ตาม อาการของเขาก็ไม่มีทีท่าว่าจะดีขึ้น และเมื่อเวลาผ่านไปสองวัน แพทย์ทั้งสองหลังจากได้ปรึกษากับครอบครัวของนาย Herbert แล้ว จึงได้ยุติการให้น้ำและอาหารผ่านทางสายยางจนกระทั่งนาย Herbert ได้เสียชีวิตในเวลาต่อมา ปัญหาจึงมีอยู่ว่า สิ่งที่แพทย์ทั้งสองได้ทำนั้นเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามกฎหมายอาญาหรือไม่

ศาลในคดีนี้เห็นว่า การตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยผู้แทนนั้น จะต้องตัดสินใจไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะตกเป็นผู้ไร้ความสามารถ แต่หากไม่สามารถค้นหาความประสงค์ของผู้ป่วยดังกล่าวได้ ผู้แทนของผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจไปในทางที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และจะต้องกระทำโดยผู้แทนซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับคดีนี้ ปรากฏหลักฐานว่าผู้ป่วยได้เคยกล่าวกับภรรยาของเขาก่อนที่จะเขาจะตกเป็นผู้ไร้ความสามารถว่า เขาไม่ต้องการให้ยืดชีวิตของเขาไว้ด้วยเครื่องจักร ครอบครัวของเขาซึ่งประกอบด้วยภรรยาและบุตร 8 คน จึงได้ตัดสินใจยุติการรักษาตามความประสงค์ดังกล่าวหลังจากได้ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยแล้ว ศาลจึงเห็นว่า การตัดสินใจดังกล่าวได้กระทำโดยผู้แทนที่เหมาะสม โดยได้กระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและผู้แทนทั้งเก้าได้ลงมติเป็นเอกฉันท์ ทั้งยังไม่ปรากฏว่าผู้แทนเหล่านั้นได้ถูกกระตุ้นให้ตัดสินใจเช่นนั้นด้วยสิ่งอื่นใด นอกเสียจากความรักและความคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วย จึงเป็นการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบแล้ว และการที่แพทย์ทั้งสองยุติการรักษาในสถานการณ์ดังกล่าว ก็มีใช้ความล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายแต่อย่างใด<sup>62</sup>

หลักการที่ปรากฏในคดี Quinlan และ Barber ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศสหรัฐอเมริกา และในเวลาต่อมา ปัญหาเรื่องการยับยั้ง เพิกถอนเครื่องช่วยชีวิตและการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยผู้แทนก็ได้รับการพิจารณาจากศาลฎีกาของสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรกในคดี Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health โดยผู้ป่วยชื่อ Nancy Cruzan ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์และตกอยู่ในสภาพผักถาวร บิดามารดาของผู้ป่วยจึงขอให้แพทย์ยุติการให้น้ำและอาหาร

<sup>62</sup> Leagle, Inc. (n.d.). Barber v. Superior court. Retrieved March 19, 2012, from [http://174.123.24.242/leagle/xmlResult.aspx?page=1&xmlDoc=19831153147CalApp3d1006\\_11068.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985&SizeDisp=7](http://174.123.24.242/leagle/xmlResult.aspx?page=1&xmlDoc=19831153147CalApp3d1006_11068.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985&SizeDisp=7)

ผ่านทางสายยาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ต้องดำรงอยู่ในสภาวะทางชีววิทยาอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม ทางโรงพยาบาลได้ปฏิเสธคำร้องขอดังกล่าว จึงได้มีการใช้สิทธิทางศาลและขึ้นมาสู่การพิจารณาของศาลฎีกา รัฐมิสซูรีในที่สุด

คดีนี้ ศาลได้ยอมรับการใช้สิทธิของผู้ไร้ความสามารถผ่านทางผู้แทน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตาม ศาลได้วางหลักเพิ่มเติมไว้ว่า การใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยผู้แทนนั้น จะต้องอยู่ภายใต้กระบวนการที่เหมาะสม ซึ่งในคดีนี้ศาลได้กำหนดให้ผู้แทนของผู้ป่วยต้องแสดงหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือว่าการตัดสินใจที่กระทำโดยผู้แทนนั้นเป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อเท็จจริงปรากฏต่อศาลว่าผู้ป่วยได้เคยกล่าวกับเพื่อนว่า หากเธอป่วยหรือบาดเจ็บ เธอก็ไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไปเว้นแต่เธอจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างน้อยครั้งหนึ่งของชีวิตตามปกติของเธอ อย่างไรก็ตาม ศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวยังไม่มีความน่าเชื่อถือเพียงพอ จึงได้ตัดสินให้ยกคำขอของผู้แทนผู้ป่วย<sup>63</sup>

นอกจากที่ปรากฏในคำพิพากษาของศาลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในบางรัฐยังได้บัญญัติกฎหมายยอมรับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยขึ้น โดยตรงอีกด้วย เช่น West's Arkansas Code Annotated ซึ่งในมาตรา 20-10-1010 ได้บัญญัติให้ผู้แทนของผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในนามของผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายหรืออยู่ในภาวะไม่รู้สติตัวอย่างถาวร และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงของตนไว้ล่วงหน้าและแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ลงความเห็นว่าคุณป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้อีกต่อไป<sup>64</sup>

สำหรับผู้ที่สามารถใช้สิทธิในนามของผู้ป่วยนั้นปรากฏอยู่ในมาตรา 20-17-214 (a)

มาตรา 20-14-214 (a) บัญญัติว่า

บุคคลใด ไม่ว่าจะเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่บรรลุนิติภาวะ หากมิได้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้า มิได้แต่งตั้งตัวแทนทางด้านสาธารณสุข (health care proxy) ไว้ และแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ลงความเห็นว่าคุณคนดังกล่าวไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้อีก เมื่อนั้น หนังสือแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยอาจจัดทำขึ้นในรูปแบบเดียวกับที่ผู้ป่วยอาจทำด้วยตนเอง โดยบุคคลหรือประเภทของบุคคลที่อยู่ในลำดับแรกดังต่อไปนี้ ซึ่งยังคงมีอยู่และสามารถร่วมปรึกษาหารือได้อย่างมีเหตุผล

<sup>63</sup> Casebriefs LLC. (n.d.). Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health. Retrieved March 20, 2012, from <http://www.casebriefs.com/blog/law/criminal-law/criminal-law-keyed-to-kadish/exculpation/cruzan-v-director-missouri-dept-of-health>

<sup>64</sup> West's Arkansas Code Annotated, section 20-10-1010.

- (1) ผู้ปกครอง (guardian) โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ป่วย ในกรณีที่มีการแต่งตั้งขึ้น;
- (2) บิดามารดาของผู้ป่วย ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และยังมีได้สมรส;
- (3) คู่สมรสของผู้ป่วย;
- (4) บุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วย, ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งคน ให้ใช้เสียงข้างมากของบุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้;
- (5) บิดามารดาของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี;
- (6) พี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย, ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งคน ให้ใช้เสียงข้างมากของพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้;
- (7) ผู้ที่มีอำนาจปกครองแทนบิดามารดา (loco parentis) ของผู้ป่วย; หรือ
- (8) เสียงข้างมากของทายาทโดยธรรมของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้<sup>65</sup>

โดยสรุปแล้วจึงอาจกล่าวได้ว่า กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ยอมรับการใช้สิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถโดยผู้แทนของผู้ป่วย แต่รายละเอียดในกระบวนการหรือขั้นตอนในการใช้สิทธิอาจแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ

ในประเทศอังกฤษก็เคยมีกรณีเช่นนี้เกิดขึ้นเช่นกันซึ่งก็คือคดีของนาย Tony Bland โดยนายโทนี่ แบลนด์ เป็นชาวอังกฤษ อายุ 17 ปี ได้ไปดูฟุตบอลที่สนามแล้วถูกฝูงชนเหยียบจนปอดแตก ทำให้ขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง และตกอยู่ในสภาพผักถาวร แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดต่างลงความเห็นว่าไม่มีทางที่จะรักษาให้หายได้ บิดามารดาจึงใช้สิทธิทางศาลขออนุญาตยุติเครื่องช่วยชีวิตในที่สุด ศาลก็ได้อนุญาตตามคำขอดังกล่าว โดยวางหลักว่า

- 1) แพทย์ไม่มีความผูกพันที่จะต้องยื้อชีวิตผู้ป่วยไปเรื่อยๆ
- 2) การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยตายเป็นเพียงการละเว้น
- 3) การพิจารณาว่าจะต้องรักษาชีวิตของผู้ป่วยต่อไปหรือไม่ ต้องเป็นไปตามหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (patient best interest) โดยพิจารณาตามหลักวิชาชีพแพทย์
- 4) เมื่อการรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพผักถาวรเป็นเรื่องที่ไม่เกิดประโยชน์อีกต่อไป ศาลจึงวางหลักให้เป็นการชอบด้วยกฎหมายที่จะยุติการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพผักถาวรเกินกว่า 5 ปี
- 5) แพทย์ต้องปฏิบัติด้วยความรับผิดชอบและเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์กับทั้งต้องสอดคล้องกับจริยธรรม

<sup>65</sup> West's Arkansas Code Annotated, section 20-14-214 (a).

6) กรณีเช่นนี้ต้องเสนอคำร้องต่อศาลและต้องพิจารณาโดยประธานศาลสูงแผนกคดีครอบครัว<sup>66</sup>

### 3.1.2 การทำ passive euthanasia ในประเทศเยอรมนี

ในประเทศเยอรมนีนั้น การฆ่าผู้อื่น หากกระทำไปเพราะคำร้องขอของผู้ตาย โดยทั่วไปแล้ว ผู้กระทำจะมีความผิดฐานทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอ (Totung auf Verlangen) ตามประมวลกฎหมายอาญา ประเทศเยอรมนี (Strafgesetzbuch) มาตรา 216 ซึ่งบัญญัติว่า

มาตรา 216 การทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอ

(1) ผู้ใดถูกชักนำให้ฆ่าผู้อื่น โดยการร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังของผู้ตาย ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี

(2) การพยายามกระทำความผิดต้องได้รับโทษ<sup>67</sup>

มาตรานี้เป็นบทเบาจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยทั่วไป ซึ่งอาจนำมาใช้กับการทำ euthanasia ในบางกรณีได้ การทำ passive euthanasia ก็อาจเป็นความผิดตามมาตรานี้ได้เช่นกัน เพราะถือเป็นการกระทำโดยคเว้น แต่อย่างไรก็ดี ในประเทศเยอรมนีได้เคยเกิดเหตุการณ์เช่นนี้มาแล้วเป็นคดีที่ได้รับความสนใจอย่างมาก ในคดีดังกล่าวนี้ แพทย์ผู้กระทำ passive euthanasia ได้รับพิจารณาว่ามีได้กระทำความผิด ศาลจึงพิพากษาให้ยกฟ้อง คำพิพากษาดังกล่าวนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

“ศาลสูงสหพันธ์ที่เมืองคาร์ลสรูเฮ ได้พิพากษายกฟ้องปล่อยตัวจำเลยคือ นายแพทย์แฮร์แบร์ท วิทนิค อายุ 63 ปี แห่งเมืองเครเฟลด์ ให้พ้นจากข้อหาฐานฆ่าผู้อื่นตามคำขอของผู้ตาย (Totung auf Verlangen) คดีนี้ข้อเท็จจริงมีอยู่ว่า จำเลยเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของผู้ตาย ซึ่งเป็นหญิงหม้ายอายุ 76 ปี ถูกตามไปที่บ้านของผู้ตายซึ่งขณะนั้นนอนหมดสติอยู่ จำเลยพบว่าในมือผู้ตายกำแผ่นกระดาษไว้ชิ้นหนึ่ง มีข้อความว่า “เรียนคุณหมอ กรุณายำนำฉันส่งไปโรงพยาบาลเลย” ผู้ตายกินยานอนหลับเกินขนาด นอนหมดสติและหายใจอ่อนมาก จำเลยเห็นว่าผู้ตายอยู่ในสภาพไข้หนักมานานแล้วจนไม่อาจจะช่วยชีวิตของผู้ตายไว้ได้ ดังนั้นเขาจึงเห็นควรที่จะปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ตายที่แสดงไว้ในจดหมายนั้น โดยไม่ส่งผู้ตายเข้ารักษาตัวในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและปล่อยผู้ตายไว้ที่บ้านจนถึงแก่ความตาย

<sup>66</sup> สุจิตรา วงศ์กำแหง. (2546). หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. หน้า 60-61.

<sup>67</sup> Strafgesetzbuch, section 216.

คำพิพากษาของศาลสูงในคดีนี้ ได้พิพากษาแก้คำพิพากษาของศาลชั้นต้น (Landgericht Krefeld) โดยไม่เห็นด้วยในข้อกฎหมายที่ศาลชั้นต้นวินิจฉัยว่า แพทย์ไม่มีความผิดเพราะความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอของผู้ตาย (ตามประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันมาตรา 216) นี้ จะเกิดขึ้นไม่ได้จาก “การงดเว้นการกระทำ” แต่ศาลสูงก็เห็นด้วยในผลของคำพิพากษาศาลชั้นต้นที่ให้ยกฟ้องปล่อยตัวจำเลยไป โดยวินิจฉัยว่า จำเลยในฐานะแพทย์เผชิญกับภาวะที่มีการขัดแย้งกันระหว่างหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องปกป้องชีวิตของผู้ป่วยกับการเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพไข้หนักและไม่อาจจะรักษาให้ฟื้นขึ้นมาได้ ย่อมจะถือว่าจำเลยตกอยู่ในภาวะที่ผิดไปจากภาวะปกติธรรมดา เมื่อจำเลยตัดสินใจแก้ปัญหาในขณะนั้น โดยการเลือกที่จะไม่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพราะเคารพต่อเจตนาของของผู้ป่วยและปล่อยผู้ป่วยไว้จนตาย การตัดสินใจของแพทย์ในกรณีนี้ ในทางกฎหมายไม่ถือว่าเป็นการกระทำโดยการ “งดเว้น” เลยทีเดียว และในคำพิพากษานั้นยังกล่าวต่อไปอีกว่า ไม่มีกฎหมายหรือระเบียบใดๆ ที่จะกำหนดให้แพทย์ต้องชะลอชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะตายไว้ทุกวิถีทาง โดยมิได้คำนึงถึงความสิ้นเปลืองใดๆ มาตรการที่จะช่วยยืดชีวิตนั้นไม่ควรจะนำออกใช้โดยคำนึงถึงแต่ความเป็นไปได้ทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว และการตัดสินใจของแพทย์ในแต่ละกรณี ไม่ควรจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของเครื่องมือแพทย์ แต่ควรต้องคำนึงถึงชีวิตมนุษย์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย นั่นคือขอบเขตและมาตรฐานในการรักษาพยาบาลของแพทย์”<sup>68</sup>

จากคำพิพากษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การกระทำความผิดฐานทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอ (Totung auf Verlangen) ตามมาตรา 216 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ประเทศเยอรมนีนี้ อาจเป็นการลงมือกระทำโดยเคลื่อนไหวร่างกายหรืออาจเป็นการกระทำโดยงดเว้นก็ได้ แต่การกระทำโดยงดเว้นนั้น ผู้กระทำจะต้องมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องป้องกันผลมิให้เกิดขึ้น แม้โดยทั่วไปแล้ว แพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยจะมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องรักษาและป้องกันมิให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่หน้าที่ดังกล่าวก็มิได้เกินเลยไปถึงขนาดที่จะต้องยืดชีวิตของผู้ป่วยไว้โดยทุกวิถีทาง ในคดีนี้ศาลสูงสหพันธ์ที่เมืองคาร์ลสรูเฮเห็นว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพไข้หนักและไม่อาจจะรักษาให้ฟื้นขึ้นมาได้ อีกทั้งยังได้เขียนข้อความปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ไว้อย่างชัดเจน ทำให้จำเลยซึ่งเป็นแพทย์หลุดพ้นจากหน้าที่ตามกฎหมายในการป้องกันผล การกระทำของจำเลยจึงไม่ถือเป็นการกระทำโดยงดเว้นและไม่เป็นความผิดฐานทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอ ตามมาตรา 216 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ประเทศเยอรมนี

<sup>68</sup> วิจอร์รี่ อึ้งประพันธ์, ทิษณุ เฟ็งโงบลูย์ และอนันต์ บุญเกิด. เล่มเดิม. หน้า 112.

### 3.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

#### 3.2.1 การทำ active euthanasia ในประเทศสหรัฐอเมริกา

แม้ว่ากฎหมายในมลรัฐต่างๆ ของสหรัฐอเมริกาจะต้องห้ามการทำ active euthanasia แต่ก็มีผู้คนมากมายที่ไม่พอใจกับนโยบายนี้และหวังที่จะขยายสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองให้รวมไปถึงการทำ active euthanasia ด้วย โดยเฉพาะในกรณีของ Dr. Jack Kevorkian

Dr. Jack Kevorkian หรือที่รู้จักกันในนามของ Dr. Death นั้น โด่งดังจากการทำ assisted suicide ให้แก่ผู้ป่วยหลายราย แต่นั่นเป็นเพียงการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงกฎหมายมิให้เขาต้องมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเท่านั้น แท้จริงแล้ว Dr. Jack Kevorkian พยายามที่จะผลักดันให้มลรัฐมิชิแกนออกกฎหมายรับรองให้ทำ active euthanasia ได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แต่ก็ไม่มีทีท่าว่าจะสำเร็จ ในที่สุดเขาจึงลงมือทำ active euthanasia ให้แก่นาย Thomas Youk ผู้ป่วยของเขาทั้งหลาย ที่ยังไม่มีกฎหมายฉบับใดมารองรับ โดยเขาได้อัดวิดีโอเทปการกระทำของเขาไว้ทุกขั้นตอนและเผยแพร่แก่สาธารณชน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการกระทำของเขาเป็นการเอาตัวเข้าแลกเพื่อให้สังคมเห็นความสำคัญของการทำ active euthanasia นั่นเอง

การกระทำดังกล่าวของเขาทำให้เขาถูกฟ้องต่อศาลเซอร์คิตของ โอ๊กแลนด์ เคาน์ตี มลรัฐมิชิแกน ในคดี People v. Kevorkian เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2544 โดยมีรายละเอียดดังนี้<sup>69</sup>

จำเลยได้บันทึกเหตุการณ์ที่เขาทำ active euthanasia ให้แก่ Thomas Youk ลงในวิดีโอเทปทั้งหมดสองม้วน

วิดีโอเทปม้วนแรก แสดงเหตุการณ์ในวันที่ 15 กันยายน 1998 เวลา 21.55 น. จำเลยได้เดินทางไปที่บ้านของ Thomas Youk เพื่อพิจารณาถึงสภาพอาการของเขา วิดีโอเทปได้แสดงให้เห็นถึงคำร้องขอของผู้ป่วยให้จำเลยช่วยยุติความทุกข์ทรมานของเขา โดยเขาป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (Amyotrophic Lateral Sclerosis) อาการได้ปรากฏชัดเป็นครั้งแรกเมื่อปี 1994 และเขาต้องใช้รถเข็นในปี 1997 ในเดือนกันยายน ปี 1998 ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนข้างซ้ายหรือขาของเขาได้ เขาใช้แขนขวาของเขาได้เพียงเล็กน้อยและเขากินอาหารหรือหายใจได้อย่างยากลำบาก เขาได้รับอาหารผ่านทางสายยางและถูกบังคับให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยกล่าวว่า เขาได้ปรึกษากับแม่ น้องชายและภรรยาของเขาเกี่ยวกับความปรารถนาที่จะตาย ซึ่งพวกเขาก็เข้าใจดีถึงการตัดสินใจดังกล่าว

จำเลยแจ้งแก่ผู้ป่วยว่า เขาต้องลงนามในแบบฟอร์มเพื่อแสดงว่าเขายินยอมให้จำเลยพิจารณาเพื่อยุติชีวิตของเขาโดยตรงแทนการใช้เครื่องยุติชีวิตตนเอง จำเลยยังได้ถามผู้ป่วยว่า เขาต้องการที่

<sup>69</sup> Westlaw. (n.d.). People v. Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from <http://web2.westlaw.com>

จะบริจาคอวัยวะของเขาหรือไม่ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ หลังจากนั้นจำเลยจึงอ่านแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยฟัง โดยมีเนื้อหา ดังนี้

ผู้ป่วยได้ลงนามในแบบฟอร์มเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้า Thomas Youk ซึ่งได้ลงนามไว้ในตอนท้าย ยินยอมอย่างแท้จริงที่จะได้รับการรักษาที่ข้าพเจ้าได้เลือก โดยข้าพเจ้าเลือกวิธีการฉีดยาโดยตรงหรือที่ถูกรู้จักว่าการทำ active euthanasia ซึ่งจะกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อยุติความทุกข์ทรมานที่ไม่อาจทนทนและไม่อาจรักษาได้ของข้าพเจ้า ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ามิได้สงวนสิทธิใดๆ และมีได้ถูกชักจูง กัดดันหรือข่มขู่จากบุคคลใด โดยข้าพเจ้าได้ใช้เวลาคิดและตัดสินใจอย่างรอบคอบแล้ว

การพบกันครั้งนี้จบลงเมื่อเวลา 22.15 น.

วิดีโอเทปม้วนที่สอง แสดงเหตุการณ์ในวันที่ 16 กันยายน 1998 เวลา 21.49 น. ที่บ้านของผู้ป่วย ผู้ป่วยแจ้งว่า เขาต้องการดำเนินการตามนี้และลงลายมือชื่อในแบบฟอร์ม จำเลยกล่าวว่า เขาจะฉีดยาเข้าที่เส้นเลือดเพราะมันให้ผลเร็วกว่าและแจ้งว่าเขาจะใส่เครื่องจับจังหวะการเต้นของหัวใจ เพื่อเขาจะได้รู้ว่าเมื่อไหร่ที่หัวใจของผู้ป่วยหยุดเต้น หลังจากนั้น จำเลยได้ฉีดยา Anectine และ Seconal ก่อนที่จะฉีดยา Potassium chloride เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วย

หลังจากที่วิดีโอเทปสองม้วนดังกล่าวถูกเผยแพร่ออกไป Mike Wallace ผู้สื่อข่าวได้สัมภาษณ์จำเลยถึงการกระทำของเขาในครั้งนี้ จำเลยยอมรับว่าเขาได้ฆ่า Thomas Youk จริง แต่เขาเห็นว่าการกระทำนี้จะมีข้อหาฆาตกรรมในสังคมที่รู้แจ้งแล้ว และกล่าวว่า การกระทำครั้งนี้ดีกว่าการทำให้ assisted suicide ที่เขาเคยทำมา เพราะมันสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า นอกจากนั้น เขายังได้ย้ำถึงจุดยืนที่เขาไม่มาตลอดโดยกล่าวว่า “หากคุณไม่มีเสรีภาพและไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเองได้ คุณก็ไม่มีอะไรเลย ประเทศนี้ถูกสร้างขึ้นจากสิ่งนี้และนี่เป็นสิ่งสำคัญมากที่คุณต้องมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับตนเองว่า คุณต้องการจะตายเมื่อไหร่ อย่างไร เมื่อคุณต้องตกอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมาน”

หลังจากนั้น จำเลยได้ถูกจับกุมและฟ้องต่อศาลเซอร์คิตของโอ๊กแลนด์ เคาน์ตี มลรัฐมิชิแกน ซึ่งตัดสินให้เขามีความผิดฐาน second-degree murder และความผิดฐานให้สารควบคุมโดยไม่ได้รับอนุญาต และให้ลงโทษจำคุก 10 ถึง 25 ปี ในความผิดฐาน second-degree murder และจำคุก 7 ปี ในความผิดฐานให้สารควบคุมโดยไม่ได้รับอนุญาต และแม้เขาจะได้อุทธรณ์คำพิพากษาดังกล่าวไปยังศาลอุทธรณ์ มลรัฐมิชิแกน แต่ศาลอุทธรณ์ก็พิพากษาขึ้น

ในระหว่างการพิจารณาคดี ผู้พิพากษาเจสสิกา คูเปอร์ ได้กล่าวกับจำเลยว่า

“ประเทศของเราเป็นประเทศที่ปกครองโดยกฎหมาย และประเทศของเราเป็นประเทศที่อดทนต่อความเห็นที่แตกต่างเพราะเรามีวิธีการที่มีอารยธรรมและไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไข

ความขัดแย้ง ซึ่งก็คือการยึดมั่นในกฎหมาย เรามีวิธีการในการโต้แย้งกฎหมายที่เราไม่เห็นด้วย คุณสามารถวิพากษ์วิจารณ์กฎหมาย, คุณสามารถเขียนอธิบายหรือสอนกฎหมาย, คุณสามารถพูดไปยังสื่อต่างๆหรือเรียกร้องไปยังผู้ลงคะแนนเสียง แต่คุณต้องอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายและไม่ละเมิดกฎหมาย คุณไม่สามารถเอากฎหมายมาไว้ในมือของคุณได้ การพิจารณาคดีนี้มีได้เกี่ยวข้องกับ การเมืองหรือศีลธรรมในการทำ euthanasia แต่มันเกี่ยวข้องกับตัวคุณเอง มันเกี่ยวข้องกับการไม่เคารพกฎหมาย มันเกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความเคารพแก่สังคมที่ดำรงอยู่และเจริญรุ่งเรืองอยู่ได้ เพราะความเข้มแข็งของระบบกฎหมาย ไม่มีใครที่นั่นที่จะอยู่เหนือกฎหมาย”<sup>70</sup>

เขาได้ถูกจำคุกเป็นเวลา 8 ปี ในที่สุด เขาจึงได้รับการพักการลงโทษ (parole) ในปี 2007 โดยมีเงื่อนไขว่า เขาจะไม่ช่วยให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายอีกและจะไม่ทำการรักษาผู้ที่มีอายุเกินกว่า 62 ปี หรือผู้ไร้ความสามารถ<sup>71</sup>

แม้การทำ active euthanasia โดยการให้ยาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ใช่ที่ยอมรับ แต่หากเป็นการให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วย แม้อาจมีผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย แต่หากได้กระทำไปตามมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สังคมก็ยอมรับให้การกระทำดังกล่าวเป็นการรักษาโดยชอบ

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน อาจไม่จำเป็นต้องร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตของตนเสมอไป อย่างไรก็ดี สิ่งที่เขาต้องการคือยาที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดเหล่านั้น แต่ในบางครั้ง การให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดนั้นอาจมีผลสองอย่างได้ เช่น การให้มอร์ฟินในปริมาณมาก ซึ่งแม้แพทย์จะให้ยาเหล่านั้นเพื่อระงับความเจ็บปวด แต่ยาเหล่านั้นเองก็มีผลอีกอย่างหนึ่งซึ่งตัวแพทย์เองก็ทราบดี คือ มันอาจจะทำให้ชีวิตผู้ป่วยสั้นลง หรือ เร่งความตายของผู้ป่วยนั่นเอง<sup>72</sup>

ในทางทฤษฎี หากพิจารณาอย่างเคร่งครัดตามหลักกฎหมายอาญา การเร่งความตายแก่ผู้ป่วยย่อมเป็นการฆ่า และเมื่อแพทย์รู้หรือคาดเห็นได้ว่าผลนั้นจะเกิด แต่ก็ยังเลือกที่จะทำมัน ย่อมถือได้ว่ามีเจตนา และย่อมเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แต่ในทางปฏิบัติ แพทย์จะถือว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของการให้การรักษาแบบประคับประคอง หรือ palliative care และไม่ผิดจริยธรรมทางการแพทย์แต่อย่างใด โดยในประเทศอังกฤษ สภาขุนนาง (House of Lords) ได้ตั้ง

<sup>70</sup> Bytesmaster. (2011, June 4). Dr.Death and Nuremburg. Retrieve August 1, 2011, from <http://bytesdaily.blogspot.com/2011/06/dr-death-and-nuremburg.html>

<sup>71</sup> Bytesmaster. (2011, June 4). Dr.Death and Nuremburg. Retrieve August 1, 2011, from <http://bytesdaily.blogspot.com/2011/06/dr-death-and-nuremburg.html>

<sup>72</sup> Norchaya Talib. Op.cit. pp. 34-42.



คณะกรรมการเพื่อพิจารณาในเรื่องจริยธรรมทางการแพทย์ขึ้นในปี 1993 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ “พิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรม กฎหมาย และการรักษาคนไข้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิทธิของบุคคลที่จะไม่ให้ความยินยอมแก่การรักษาที่เป็นการขู่ชีวิตและบุคคลที่ไม่อยู่ในสภาพที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมได้ และพิจารณาว่าการกระทำซึ่งมีเจตนาหรือน่าจะมีผลสืบเนื่องอันนำไปสู่การทำให้ชีวิตของผู้อื่นสั้นลง จะกระทำได้หรือไม่ ภายใต้สถานการณ์ใด โดยมีพื้นฐานมาจากการร้องขอของบุคคลหรือประโยชน์สูงสุดของบุคคล โดยการพิจารณาเหล่านั้นจะต้องคำนึงถึงผลที่น่าจะเกิดขึ้นตามมาจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมาย หรือ มาตรฐานการปฏิบัติทางการแพทย์ในสังคมโดยรวม” ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวก็ได้ลงความเห็นในเรื่องการใช้ยาที่มีผลสองอย่าง (double-effect medication) ว่า สามารถกระทำแก่ผู้ป่วยได้เพื่อที่จะบรรเทาความเจ็บปวด แม้จะมีผลทำให้อายุของผู้ป่วยสั้นลงก็ตาม ตราบเท่าที่แพทย์ได้กระทำอยู่ภายในขอบเขตของมาตรฐานวิชาชีพที่เหมาะสม และไม่มีเจตนาที่จะฆ่า”<sup>73</sup>

ในประเทศอังกฤษ ได้มีคำพิพากษาที่ตัดสินเกี่ยวกับการให้ยาที่มีผลสองอย่างไว้ คือ คดี R v Adams จำเลยชื่อ Dr. John Bodkins Adams เขาถูกฟ้องในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยผู้ตายเป็นผู้ป่วยวัย 81 ปี ซึ่งเป็นคนไข้ของเขาเอง Dr. Adams ถูกกล่าวหาว่า เขามาฆ่าผู้ป่วยของเขาโดยการให้มอร์ฟีนและเฮโรอีนแก่ผู้ป่วยในปริมาณมากเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จำเลยต่อสู้ว่า เขาได้ให้ยาดังกล่าวเพื่อลดความเจ็บปวดจากอาการของโรคของผู้ป่วยเท่านั้น ปัญหาจึงมีอยู่ว่า แพทย์มีสิทธิที่จะให้การรักษามีผลทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงหรือไม่ ผู้พิพากษา Devlin J ได้ให้คำแนะนำแก่คณะลูกขุนว่า การเร่งความตายถือว่าการฆ่า แม้ว่าความตายของผู้ป่วยจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานก็ตาม นอกจากนั้น กฎหมายยังมีได้ให้อำนาจกระทำในกรณีเพื่อยุติความทุกข์ทรมานหรือความทุกข์ทรมานที่ไม่อาจช่วยเหลือได้ อย่างไรก็ตาม Devlin J ยังกล่าวต่อไปว่า<sup>74</sup>

“...แต่นั้นมิได้หมายความว่าแพทย์ ผู้ที่กำลังรักษาผู้ป่วยและผู้ที่กำลังจะตาย จะต้องคำนวณผลกระทบอันเกิดจากยาที่เขาให้แก่ผู้ป่วยออกมาเป็นนาที ชั่วโมง หรือวัน หรือแม้กระทั่งสัปดาห์ ถ้าจุดประสงค์แรกของการให้ยาคือการรักษาอาการป่วยให้หายขาดนั้นไม่สามารถบรรลุผลได้ มันก็ยังมีอีกหลายสิ่งซึ่งแพทย์สามารถทำได้และเขามีสิทธิที่จะทำทุกๆ สิ่งที่เหมาะสมและจำเป็นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน แม้วิธีการนั้นจะมีผลเป็นการทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงก็ตาม”

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Ibid.

เขาอธิบายว่า แพทย์ซึ่งทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงนี้อาจกระทำโดยชอบด้วยกฎหมายได้ มิใช่เพราะเขามีอำนาจกระทำเป็นพิเศษในกรณีนี้ แต่เป็นเพราะการกระทำดังกล่าวของเขามีได้ถือว่าเป็นการฆ่าถ้ามันมิได้ก่อให้เกิดความตาย ในที่นี้ บุคคลหนึ่งๆ มิได้พิจารณาสาเหตุของความตายในทางปรัชญาหรือในทางเทคนิค แต่พิจารณาด้วยสามัญสำนึก สามัญสำนึกย่อมตีความสาเหตุของความตายว่าเกิดจากอาการป่วยของผู้ตาย สามัญสำนึกย่อมทำให้เห็นว่าการรักษาที่เหมาะสมที่ได้กระทำไป แม้จะมีผลต่อระยะเวลาแห่งความตาย การรักษาดังกล่าวนั้นก็มิใช่สาเหตุแห่งความตายที่แท้จริง

คำแนะนำดังกล่าวของ Devlin J ก่อนข้างมีปัญหาในทางทฤษฎี เนื่องจากในทางทฤษฎีแล้ว หากผู้กระทำรู้หรือเล็งเห็นได้ว่าการกระทำนั้นจะเกิดผลเช่นไร แต่ก็ยังตัดสินใจที่จะกระทำการกระทำของเขานั้น ย่อมถือได้ว่าผู้นั้นมีเจตนาแล้ว ดังนั้น ในคดีนี้แม้สามัญสำนึกของแพทย์จะทำให้เห็นว่าการกระทำของเขา คือ การให้การรักษาที่เหมาะสม แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า แพทย์ผู้นั้นรู้หรือเล็งเห็นได้ว่าการให้การรักษาของตนน่าจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและเขาก็ได้ตัดสินใจกระทำเช่นนั้นต่อไป ดังนั้นจะถือว่าแพทย์ไม่มีเจตนาคงไม่ถนัดนัก

นอกจากนั้น Glanville Williams ยังเห็นว่า เหตุผลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล ที่ปรากฏอยู่ในคำแนะนำของ Devlin J นั้น ไม่เป็นที่น่าพอใจ เขาชี้ว่า<sup>75</sup>

“การนำเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลมาใช้ในที่นี้ดูเหมือนจะเป็นการปกปิดมากกว่าเปิดเผยถึงเหตุผลที่เรากำลังค้นหาอันอยู่นี้ ตัวอย่างเช่น หากการใช้มอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตายเพราะระบบหายใจล้มเหลวหรือปอดบวมในทางการแพทย์ ความตายในที่นี้มิได้เกิดจากโรคของผู้ป่วย แต่เกิดจากการให้มอร์ฟิน มันจึงยากที่จะอธิบายเช่นนั้นในทางกฎหมายเพราะตามหลักเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลนั้น มันให้ผลตรงกันข้ามอย่างชัดเจน”

มีผู้เห็นว่า ในคดีดังกล่าวนี้ Devlin J ได้นำทฤษฎี double-effect เข้ามาสู่กฎหมายอาญาของอังกฤษ ทฤษฎีนี้มีรากฐานมาจากแนวความคิดทางศาสนาของชาวคาทอลิก ทฤษฎีนี้เห็นว่า การชี้นำเจตนาของผู้กระทำนั้นขึ้นอยู่กับผลที่ผู้กระทำมุ่งประสงค์จากการกระทำของเขา หากการกระทำหนึ่งๆอาจเกิดผลได้สองทาง แต่ผู้กระทำนั้นมุ่งประสงค์ผลลัพธ์เพียงทางเดียว และหากผลลัพธ์ในทางดังกล่าวนั้นคือสิ่งที่ถูกพิจารณาว่าเป็นสิ่งที่ดี การกระทำของเขาย่อมชอบด้วย

<sup>75</sup> Ibid.

จริยธรรมและไม่มีความคิด แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลในทางที่ไม่ดี ซึ่งอาจคาดเห็นได้ด้วยก็ตาม<sup>76</sup>

Williams ไม่เห็นด้วยกับการนำทฤษฎี double-effect มาใช้ในคดีของ Adams โดยเขาเห็นว่าทฤษฎีดังกล่าวนั้นสับสนและไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายอาญา เขาเห็นว่า มันเป็นเรื่องผิดปกติธรรมดาที่จะบอกว่า แพทย์ที่ให้อาหาระงับปวดในปริมาณมาก โดยมีเจตนาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยนั้นทำบาป ในขณะที่แพทย์อีกคนหนึ่งซึ่งให้อาหารในปริมาณเดียวกันเพื่อระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้นมิได้ทำบาป เพียงเพราะเขาปิดกั้นจิตใจจากผลลัพธ์คือความตายของผู้ป่วย ทั้งๆที่เขาสามารถคาดเห็นถึงมันได้ แนวความคิดเช่นนี้เป็นเพียงทัศนคติที่เสแสร้งต่อปัญหาทางด้านจริยธรรมเท่านั้น<sup>77</sup>

Williams แนะนำว่า เหตุผลที่น่าจะดีกว่าในการนำมาใช้อธิบายความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำในกรณีนี้คือหลักในเรื่องความจำเป็น (necessity) เขาอธิบายว่า หลักในเรื่องความจำเป็นตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์หมายถึงการเลือกระหว่างคุณค่าสองสิ่งที่ขัดแย้งกัน ซึ่งกฎเกณฑ์ในกรณีทั่วไปอาจถูกยกเว้นเพื่อหลีกเลี่ยงจากความชั่วร้ายที่ร้ายแรงกว่า ในกรณีที่การรักษาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดจะมีผลทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงนั้น มันจึงต้องเลือกระหว่างการให้อาหารในปริมาณที่น่าจะเป็นอันตรายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด หรือ ปล่อยให้ผู้ป่วยนั้นไว้โดยไม่บรรเทาอาการใดๆ

ในการรักษาผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ แพทย์จะต้องให้อาหาระงับปวด เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น การให้อาหารเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะดี้อาและทำให้แพทย์ต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นเรื่อยๆ เพื่อให้มีปริมาณระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ขนาดของยาจะระงับปวดนี้ แพทย์จะต้องพิจารณาให้เป็นรายบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันไป ขนาดยาที่ถูกต้องของยาแก้ปวด คือ ขนาดของยาที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เพียงพอเป็นเวลานานพอควร ซึ่งมักนิยมใช้เวลา 4 ชั่วโมงหรือนานกว่านี้ ขนาดของมอร์ฟีนและ strong opioid ขนาดอื่นนั้นอาจเพิ่มขนาดขึ้นได้เรื่อยๆ โดยไม่จำกัด<sup>78</sup> ในการเพิ่มปริมาณยาจะระงับปวดขึ้นเรื่อยๆ เช่นนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรืออาจเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยได้ ซึ่งแม้แพทย์จะคาดเห็นถึงผลลัพธ์ดังกล่าว แต่

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Glanville Williams. (1966). *The Sanctity of Life and the Criminal Law*. pp. 321-326.

<sup>78</sup> World Health Organization. (2529). การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง. แปลจาก. *Cancer Pain Relief*. โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 23.

แพทย์ก็จำเป็นต้องเลือกว่า จะให้ยาระงับปวดในปริมาณที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือจะปล่อยให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

แม้ในกฎหมายที่ใช้ในปัจจุบัน แพทย์ก็ได้ถูกร้องขอให้ถือว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุดและเด็ดขาดเสมอไป ตัวอย่างเช่นการผ่าตัดหัวใจในกรณีที่ยุงยาก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่การกระทำดังกล่าวก็ถูกให้ความสำคัญยิ่งกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้พิการไปชั่วชีวิตโดยไม่รักษา ในการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดก็เช่นเดียวกัน การใช้หลักในเรื่องความจำเป็นนี้ยังแก้ปัญหาจากการที่แพทย์สามารถคาดการณ์ความตายล่วงหน้าอันเป็นผลมาจากการให้มอร์ฟินหรือเฮโรอีน เขาจะสามารถอธิบายถึงเหตุผลของการกระทำของเขาได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ยิ่งไปกว่านั้น มันยังเป็นการเหมาะสมยิ่งกว่าในการสร้างเหตุยกเว้นขึ้นใหม่ แทนที่จะไปบิดเบือนหลักกฎหมายที่มีอยู่เดิมเพื่อให้สอดคล้องกับผลที่ต้องการ<sup>79</sup>

### 3.2.2 การทำ active euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ คำว่า “euthanasia” ได้ถูกนิยามไว้ในปี 1985 ว่าหมายถึง “การให้ยาโดยมีจุดประสงค์เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” ส่วนคำว่า “Physician-assisted suicide” ถูกนิยามว่าหมายถึง “การให้ยา, จัดเตรียมหรือสั่งยาให้แก่ผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยยุติชีวิตของตนเอง” การทำ euthanasia และ physician-assisted suicide จึงถูกแบ่งแยกออกจากการตัดสินใจทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย เช่น การยับยั้งหรือเพิกถอนกระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ยื้อชีวิตผู้ป่วย, การเพิ่มปริมาณยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการต่างๆ อันจะมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยหรือทำให้มีโอกาที่จะเกิดผลดังกล่าวมากขึ้น หรือการลงมือโดยตรงในการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยปราศจากการร้องขอของผู้ป่วย เป็นต้น<sup>80</sup>

การถกเถียงอย่างกว้างขวางของสังคมเกี่ยวกับการทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์เริ่มต้นขึ้นในปี 1973 โดยมีสาเหตุมาจากคดีที่เรียกกันว่า “Postma case”

จำเลยในคดีดังกล่าวเป็นแพทย์ซึ่งทำ euthanasia แก่มารดาของเขาที่กำลังจะตาย โดยมารดาของเขาร้องขออย่างจริงจังให้เขากระทำการดังกล่าวหลายต่อหลายครั้ง ศาลในคดีนี้ได้ตัดสินจำคุกจำเลยในระยะเวลาสั้นๆ ทั้งยังรอลงอาญาอีกด้วย คดีดังกล่าวนี้เป็นคดีที่เกี่ยวกับการทำ

<sup>79</sup> Glanville Williams. Loc.cit.

<sup>80</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

euthanasia คดีแรกในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมันได้ส่งผลกระทบต่อกฎเกณฑ์ของสังคมในประเทศที่ยึดมั่นในประเพณีของชาวคริสเตียน นอกจากนั้นมันยังส่งผลไปยังผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ในเรื่องความระมัดระวังเกี่ยวกับขอบเขตของการให้การรักษาและการใช้สิทธิในการกำหนดชีวิตตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย

ต่อมาในปี 1980 การถกเถียงเกี่ยวกับการทำ euthanasia ได้พัฒนาและเป็นทางการมากยิ่งขึ้น คณะกรรมการอัยการสูงสุดได้ให้ความสนใจเป็นพิเศษในการกระทำของแพทย์ที่เกี่ยวข้องวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย และเพื่อให้นโยบายเกิดความเป็นระบบระเบียบ พวกเขาตัดสินใจที่จะตรวจสอบการทำ euthanasia อย่างละเอียดในทุกกรณี แล้วจึงจะตัดสินว่า ในกรณีนั้นๆ แพทย์สมควรที่จะถูกดำเนินคดีหรือไม่

ในปี 1982 คณะกรรมการด้านสุขภาพแนะนำว่ารัฐควรแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นเพื่อให้คำจำกัดความของคำว่า euthanasia รวมทั้งหลักเกณฑ์เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตที่แพทย์สามารถกระทำได้ คณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำรายงานเสร็จสิ้นในปี 1985 โดยได้ให้คำจำกัดความของคำว่า euthanasia ไว้ว่า “การให้ยาโดยมีจุดประสงค์เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวก็ถูกใช้นับแต่นั้นเรื่อยมา

อย่างไรก็ดี ในระหว่างที่คณะกรรมการยังจัดทำรายงานไม่แล้วเสร็จนั้น ศาลฎีกาได้มีคำตัดสินในคดี Schoonheim case ในปี 1984 มันเป็นคดีเกี่ยวกับ euthanasia คดีแรกที่ได้รับการตัดสินโดยศาลฎีกาของเนเธอร์แลนด์ ในคดีดังกล่าว จำเลยซึ่งเป็นแพทย์ ได้ทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยวัย 95 ปี ตามคำร้องขอของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากความเสื่อมสภาพในการมองเห็น การฟังและการพูด ทั้งยังมีอาการป่วย และต้องทนอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรี ศาลได้สรุปว่าจำเลยซึ่งเป็นแพทย์ได้กระทำไปด้วยความจำเป็น โดยแพทย์ผู้นี้ต้องเผชิญกับความขัดกันของหน้าที่ระหว่างการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยกับการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายและตัดสินยกฟ้องจำเลย<sup>81</sup>

เมื่อเวลาผ่านไป การยอมรับการทำ euthanasia ของคนในสังคมก็มีมากขึ้นเรื่อยๆ (จากเกือบ 50 % ในปี 1966 เพิ่มขึ้นถึง 90% ในปี 1998) จนในที่สุด เมื่อปี 2001 รัฐสภาก็เห็นว่าถึงเวลาที่จะยอมรับ euthanasia ให้กระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายและตราพระราชบัญญัติ Termination of

<sup>81</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) ขึ้น ซึ่งมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 เมษายน 2002 โดยมีหลักการสำคัญและมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องดังนี้

มาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ประเทศเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า

1. ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังของผู้ตาย ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวดห้า

2. การกระทำตามวรรคแรกจะไม่เป็นความผิด หากได้กระทำโดยแพทย์ซึ่งได้ปฏิบัติครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) และได้แจ้งพยาธิแพทย์ของรัฐ (municipal pathologist) ถึงการกระทำดังกล่าวตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 7 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation<sup>82</sup>

มาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) บัญญัติว่า

1. มาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมดังที่อ้างถึงในมาตรา 293 วรรค 2 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หมายความว่า แพทย์:

- a. มีความมั่นใจว่าคำร้องขอของผู้ป่วยนั้น มาจากความยินยอมอย่างแท้จริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างดีแล้ว
- b. มีความมั่นใจว่าความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วยนั้น มีอยู่อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถจะทนทานได้
- c. ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และความหวังในวันข้างหน้าของผู้ป่วย
- d. และผู้ป่วยมีความมั่นใจว่า มันไม่มีวิธีแก้ปัญหอย่างสมเหตุสมผลโดยทางอื่น สำหรับสถานการณ์ที่เขาเป็นอยู่
- e. ได้ปรึกษาหารือกับแพทย์อย่างน้อย 1 คน ซึ่งต้องเคยพบผู้ป่วยมาแล้วและได้ให้ความเห็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวัง ข้อ a. ถึง d. และ
- f. ได้ยุติชีวิตของผู้ป่วยหรือสนับสนุนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังอย่างเหมาะสม

<sup>82</sup> Wetboek van Strafrecht, section 293.

2. ถ้าผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปและไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ แต่ก่อนที่เขาจะตกอยู่ในสภาพดังกล่าว เขาได้ถูกลงความเห็นว่า ความต้องการของเขานั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้ และได้ทำคำร้องขอให้ยุติชีวิตของตนเป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ และให้นำมาตรฐานความระมัดระวังตามวรรค 1 ของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม

3. ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 16 ปี ถึง 18 ปี และได้ถูกลงความเห็นว่า ความต้องการของเขานั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้ แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอยุติชีวิตหรือการสนับสนุนการฆ่าตัวตายนี้ได้ ภายหลังจากที่ผู้ใช้อำนาจปกครอง และ/หรือ ผู้ปกครอง ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าว

4. ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี และได้ถูกลงความเห็นว่า ความต้องการของเขานั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้ แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ใช้อำนาจปกครอง และ/หรือ ผู้ปกครอง ในการยุติชีวิตหรือการสนับสนุนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และให้นำบทบัญญัติในวรรค 2 ของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม<sup>83</sup>

มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation บัญญัติว่า

บุคคลซึ่งทำการชันสูตรศพอาจเป็นผู้ออกใบมรณบัตร หากเขามั่นใจว่าความตายนั้นเกิดจากสาเหตุตามธรรมชาติ

หากความตายเป็นผลอันเกิดจากการร้องขอให้ยุติชีวิตหรือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองตามที่บัญญัติในมาตรา 293 วรรค แห่งประมวลกฎหมายอาญา แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาจะต้องไม่เป็นผู้ออกใบมรณบัตรและต้องแจ้งแก่พยาธิแพทย์ของรัฐคนใดคนหนึ่ง โดยทันทีถึงสาเหตุการตายเพื่อให้เขาเป็นผู้ทำแบบฟอร์มดังกล่าว แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาจะต้องเพิ่มเติมแบบฟอร์มนี้ด้วยรายงานการปฏิบัติของแพทย์ ซึ่งได้ปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสม ตามมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide<sup>84</sup>

หลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide คือ จะต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น และแพทย์ที่ได้ทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide จะต้องจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการดังกล่าว และคณะกรรมการดังกล่าวจะเป็นผู้ตรวจสอบการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide นั้นว่าทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ เดิมทีผู้ตรวจสอบในเรื่องนี้คืออัยการและตำรวจ แต่พระราชบัญญัตินี้ได้เปลี่ยนแปลงให้ผู้ตรวจสอบคือคณะกรรมการ และคณะกรรมการจะต้องส่งต่อรายงานนี้ไปยัง

<sup>83</sup> Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act, section 2.

<sup>84</sup> The Burial and Cremation Act, section 7.

อัยการก็ต่อเมื่อการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide นั้นๆ มิได้ทำโดยชอบด้วยกฎหมายเท่านั้น

การยอมรับให้มีการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide ได้โดยชอบด้วยกฎหมายนั้น โดยทั่วไปมักถูกพิจารณาว่าเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของสังคมดังนี้

- 1) ผู้คนมีความเป็นอัตลักษณ์สูงขึ้น
- 2) ข้อห้ามในเรื่องเกี่ยวกับความตายนั้นลดลง
- 3) การยอมรับมากขึ้นว่าการซื้อชีวิตนั้นมีใช้การรักษาที่เหมาะสมเสมอไปสำหรับผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี แม้ในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่จะได้คำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ แต่มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่ยอมรับการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้นจึงมีผู้เห็นว่า ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะองค์ประกอบอื่นในวัฒนธรรมประเพณีหรือระบบสาธารณสุขของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประการแรก ประเทศเนเธอร์แลนด์มีประวัติศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับความเปิดเผยตรงไปตรงมา แนวความคิดหรือมุมมองใหม่ๆ จะไม่ถูกกีดกันและสามารถนำมาอภิปรายกันได้ อย่างเปิดเผย รวมไปถึงวัฒนธรรมทางการเมืองที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามันดีกว่าในการชี้แนะแนวทางให้แก่พัฒนาการทางสังคมแทนที่จะพยายามหยุดยั้งมัน

ประการที่สอง ประเทศเนเธอร์แลนด์มีนโยบายสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมและการกระจายภาระค่าใช้จ่าย โดยทุกคนจะต้องมีประกันสุขภาพซึ่งมันทำให้คนทุกระดับในสังคมล้วนมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยเหตุนี้เองที่ทำให้เหตุผลเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายที่มักจะถูกหยิบยกขึ้นต่อต้านการทำ euthanasia ไม่มีน้ำหนักในประเทศเนเธอร์แลนด์ นอกจากนั้น โดยทั่วไปของผู้อยู่อาศัยในเนเธอร์แลนด์จะมีแพทย์ที่รู้จักคุ้นเคยเพราะดูแลกันมานาน ซึ่งมันจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น<sup>85</sup>

อย่างไรก็ดี มีผู้โต้แย้งว่าปัญหาที่สำคัญของเนเธอร์แลนด์อยู่ที่คุณภาพในการรักษา ข้อโต้แย้งนี้มาจาก นาง Els Borst ซึ่งเคยทำงานเป็นรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพของเนเธอร์แลนด์ในปี 1994 ถึง ปี 2002 และเป็นหนึ่งในผู้เสนอพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการทำ euthanasia ซึ่งได้รับการยอมรับและออกเป็นกฎหมายในปี 2001 แต่ทว่าวันนี้เธอเห็นว่าสิ่งดังกล่าวคือข้อผิดพลาด เธอกล่าว

<sup>85</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>



ว่าการยอมรับการทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้นเกิดขึ้นเร็วเกินไป ประเทศควรจะสนใจและพัฒนาคุณภาพของการรักษาแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีเสียก่อน ซึ่งเธอเห็นว่าในปัจจุบัน มันยังไม่ดีพอและทำให้ผู้คนเลือกที่จะตายมากกว่าที่จะมีชีวิตอยู่<sup>86</sup>

สำหรับยาที่ใช้ในการทำ euthanasia นั้น ทางการของเนเธอร์แลนด์ (The Royal Dutch Association for the advancement of Pharmacy) แนะนำให้ใช้ยานอนหลับ ตามด้วยยากลายกล้ามเนื้อ แต่ก็มีแพทย์จำนวนเล็กน้อยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวและใช้ยาชนิดอื่นในการทำ euthanasia เช่นกัน โดยยาชนิดอื่นที่มักจะถูกนำมาใช้ คือ ยาแก้ปวด (Opioid) โดยการทำให้ euthanasia จะพบมากที่สุดคนในผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง

สำหรับประเด็นในเรื่องการเกิด slippery slope<sup>87</sup> นั้น มีผู้เห็นว่าประเทศเนเธอร์แลนด์เกิด slippery slope ขึ้นจริงและมีผู้คนต้องถูกทำ euthanasia โดยมีได้ร้องขออย่างน้อย 1,000 คนในทุกๆปี<sup>88</sup> นอกจากนั้นจะเห็นว่า การทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์พัฒนาจากการทำให้เฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และเริ่มมีแนวความคิดที่จะทำให้แก่ผู้ที่มีความเครียดซึ่งไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย และทารกที่พิการแต่แรกเกิด อีกด้วย<sup>89</sup>

ในเรื่องนี้ รัฐบาลของเนเธอร์แลนด์ได้จัดให้มีการติดตามศึกษา euthanasia อย่างเป็นทางการ ซึ่งเริ่มต้นขึ้นเมื่อปี 1990 หรือที่เรียกว่า Rummelink Report ผลปรากฏว่า ปริมาณการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยปราศจากการร้องขอหรือยินยอมจากผู้ป่วย ในปี 1990 อยู่ที่ 0.8% ของการตาย

<sup>86</sup> Patrick B. Craine. (2009, December 2). Former Dutch Health Minister Admits Error of Legalizing Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2009/dec/09120207>

<sup>87</sup> Slippery slope หมายถึง การกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่ผลที่รุนแรงตามมา โดยในเรื่องการทำ euthanasia นี้ มีผู้เห็นว่า หากอนุญาตให้กระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายภายใต้ขอบเขตหนึ่งๆ เช่น ให้กระทำต่อผู้ป่วยระยะสุดท้าย อาจมีผลทำให้ขอบเขตของการยอมรับ euthanasia กว้างขวางขึ้นเรื่อยๆ เช่น ให้กระทำต่อทารก ต่อคนชราหรือต่อผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น ดู Wikipedia. (n.d.). Slippery slope. Retrieved July 14, 2012, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Slippery\\_slope](http://en.wikipedia.org/wiki/Slippery_slope)

<sup>88</sup> The Maranatha Community. (2009, December 2). The slippery slope to Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.maranathacommunity.org.uk/pdf/maranatha-dec09-slippery-slope-to-euthanasia.pdf>

<sup>89</sup> Patrick B. Craine. (2009, December 2). Former Dutch Health Minister Admits Error of Legalizing Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2009/dec/09120207>

ทั้งหมด และในปี 1995 ได้ลดลงเหลือเหลือ 0.7% ของการตายทั้งหมด และในปี 2005 ได้ลดลงเหลือ 0.4% ของการตายทั้งหมด<sup>90</sup>

จะเห็นได้ว่า แม้ประเทศเนเธอร์แลนด์จะได้บัญญัติเงื่อนไขในการทำ euthanasia ไว้อย่างเคร่งครัด แต่ก็ยังคงมีการฝ่าฝืนเงื่อนไขดังกล่าวและทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยที่มีได้ร้องขอ อย่างไรก็ตาม การที่การฝ่าฝืนดังกล่าวได้มีปริมาณลดลงก็เป็นสัญญาณที่ดีว่าประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถควบคุมการทำ euthanasia ได้ดีขึ้นเรื่อยๆ แม้จะไม่ถึงกับ 100% ก็ตาม

สำหรับปัญหาที่ยังคงต้องศึกษากันไป คือ ความหมายที่ชัดเจนและเหมาะสมของคำว่า “ความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถทนทานได้” ในคดี Chabot case ปี 1994 ศาลได้ตัดสินว่าความทุกข์ทรมานที่มีได้เกี่ยวข้องกับร่างกายก็อาจเป็นสิ่งที่ให้อำนาจกระทำแก่การทำ euthanasia ได้เช่นกัน ยิ่งไปกว่านั้น ในคดี Brongersma case ปี 2002 ศาลได้วางหลักเพิ่มเติมว่า ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานนั้นเกิดจากความเจ็บป่วยหลายประเภท ทั้งที่เกี่ยวกับทางร่างกายและทางจิตใจ

การค้นหา “ความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถทนทานได้” นั้น เป็นปัญหาแก้แพทยอย่างมากเพราะสิ่งดังกล่าวนี้ไม่สามารถบ่งบอกได้ชัดเจนและไม่มีเครื่องมือใดที่จะสามารถทำเช่นนั้นได้ สิ่งที่เป็นรูปธรรมที่พอจะนำมาพิจารณาได้ คือ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่, อาการของโรคนั้น และการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้น ความทุกข์ทรมานนั้นจะถือว่าผู้ป่วยไม่อาจทนทานได้หรือไม่ ยังขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้ป่วย, ความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ, ประสบการณ์และมุมมองต่ออนาคตของเขา ดังนั้นมันจึงเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งทีบุคคลหนึ่งทนได้ อาจเป็นสิ่งที่ไม่อาจทนทานได้สำหรับอีกบุคคลหนึ่งก็เป็นได้ แม้ในปัจจุบันปัญหานี้จะยังมีได้รับคำตอบที่ชัดเจน แต่มันก็จะเป็นสิ่งที่ระบบกฎหมายของเนเธอร์แลนด์จะพัฒนาผ่านการอภิปรายถกเถียงกันในสังคมและในหมู่นักวิชาการ รวมทั้งแนวคำพิพากษาของศาลเพื่อหาขอบเขตที่เหมาะสมต่อไป<sup>91</sup>

<sup>90</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

<sup>91</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

### 3.3 การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide

#### 3.3.1 การทำ physician-assisted suicide ในประเทศสหรัฐอเมริกา

สถานะทางกฎหมายของการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองในประเทศสหรัฐอเมริกานั้นแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ ในบางมลรัฐถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการฆาตกรรม ในบางรัฐถือว่าผู้กระทำเป็นตัวการร่วมในความผิดฐานฆ่าตัวตาย (ในกรณีของรัฐดังกล่าวถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดกฎหมายอาญา) ในบางรัฐแม้ไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายเป็นความผิดกฎหมายอาญา แต่ก็ได้บัญญัติความผิดฐานยุยงหรือสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นความผิดฐานหนึ่งโดยเฉพาะ และในบางรัฐถือว่าการกระทำดังกล่าวไม่มีความผิดตามกฎหมายอาญา<sup>92</sup>

ในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น ได้เคยมีการทำ physician-assisted suicide ที่โด่งดังมากและเป็นหัวข้อวิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง นั่นก็คือกรณีของ Dr. Jack Kevorkian หรือที่รู้จักกันในนามของ Dr. Death

Jack Kevorkian เป็นแพทย์ชาวอเมริกันซึ่งต่อสู้เพื่อให้มีการรับรอง “สิทธิที่จะตาย” แก่ประชาชน โดยเขาโด่งดังจากการสร้างเครื่องยุติชีวิตตนเองและนำมาใช้กับผู้ป่วยซึ่งทนทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ ให้เสียชีวิตอย่างสงบ การทำ physician-assisted suicide ครั้งแรกของเขาที่ได้เปิดเผยสู่สาธารณชนเกิดขึ้นในปี 1990 โดยผู้ป่วยของเขานามว่า Janet Adkins อายุ 54 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้ร้องขอต่อเขาเพื่อให้เขายุติชีวิตของเธอ เขาได้ตอบรับคำร้องขอดังกล่าวและช่วยให้เธอตายตามที่เธอต้องการ การกระทำดังกล่าวทำให้เขาถูกจับและถูกดำเนินคดีในความผิดฐาน murder แต่เนื่องจากเขาไม่ได้ลงมือยุติชีวิต Janet โดยตรง เพียงแต่เตรียมเครื่องมือและยาต่างๆ ให้เธอยุติชีวิตของตนเองเท่านั้น และเนื่องจากตามกฎหมายของมลรัฐมิชิแกนที่เขาอาศัยอยู่นั้น การฆ่าตัวตายไม่ถือเป็นความผิดและไม่มีความผิดฐานสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย เขาจึงรอดพ้นจากความผิดในข้อหาดังกล่าว อย่างไรก็ดี ในปี 1991 เขาได้ถูกเพิกถอนใบอนุญาตทางการแพทย์ทำให้เขาไม่สามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ได้และไม่สามารถใช้ยาที่ถูกควบคุมโดยเฉพาะได้ แต่เขาก็ยังคงทำ assisted suicide ต่อไปจนถึงปี 1998 และมีผู้ป่วยที่เขาทำ assisted suicide ให้รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 130 ราย<sup>93</sup>

แม้จะมีผู้คนมากมายที่เห็นด้วยกับการกระทำของเขาและมีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องการให้เขาช่วยให้พ้นทุกข์ แต่ก็ยังมีผู้คนจำนวนมากเช่นกันที่ต่อต้าน เขาถูกต่อต้านอย่างรุนแรงจากกลุ่มผู้

<sup>92</sup> Glanville Williams. Op.cit. p.299.

<sup>93</sup> Wikipedia. (n.d.). Jack Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from

เครื่องในศาสนาคริสต์ซึ่งเห็นว่าเขากำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเพราะพวกเขาเชื่อว่ามีเพียงพระเจ้าเท่านั้นที่จะกำหนดชีวิตและความตาย มิใช่แพทย์ แจ็คได้ตอบโต้ในเรื่องนี้ว่า “ถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ทุกๆ ครั้งที่คุณเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกระบวนการทางธรรมชาติ คุณก็กำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเป็นเจ้าเช่นกัน” ซึ่งนั่นก็หมายความว่าแพทย์ทุกคนที่ทำการรักษาหรือช่วยชีวิตมนุษย์ พวกเขา ก็กำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเป็นเจ้านั่นเอง นอกจากนั้นเขายังถูกต่อต้านด้วยเหตุที่ว่า ผู้ป่วยที่เขาทำ assisted suicide ให้นั้นไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นในกรณีของ Janet Adkins ซึ่งป่วยเป็น โรควัลไซเมอร์และยังสามารถมีชีวิตต่อไปได้อีกหลายปี ในขณะที่แจ็คเห็นว่า เขาไม่จำเป็นต้องทำ assisted suicide ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น แต่เขาพิจารณาไปที่ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยนั้นได้รับ<sup>94</sup>

ในปัจจุบันนี้ มีเพียงมลรัฐออเรกอน และ วอชิงตัน เท่านั้น ที่มีการตราพระราชบัญญัติออกมารองรับการทำ physician-assisted suicide ให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ออเรกอนเป็นมลรัฐแรกที่ยอมรับการกระทำความผิดกล่าวโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยได้มีการตรา Oregon Death with Dignity Act ขึ้นในปี 1994 ในการทำ physician-assisted suicide นั้น Oregon Death with Dignity Act ได้กำหนดเงื่อนไขที่สำคัญไว้หลายประการพอสังเขปดังนี้<sup>95</sup>

1) ผู้มีสิทธิเสนอคำร้องขอเข้ารับการรักษาตาม พระราชบัญญัติฉบับนี้ ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

(1) เป็นผู้ใหญ่ คือ เป็นบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

(2) มีความสามารถ หมายถึง ตามความเห็นของศาล, ของแพทย์ผู้รักษา หรือ แพทย์ผู้เข้าร่วมรักษา และจิตแพทย์ หรือ นักจิตวิทยา เห็นว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจและสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยได้ ในที่นี้ยังรวมถึงการติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการหรือท่าทางของผู้ป่วยผ่านทางบุคคลที่ผู้ป่วยคุ้นเคยด้วย (ถ้ามี)

(3) เป็นพลเมืองของมลรัฐออเรกอน

(4) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้รักษาและแพทย์ผู้เข้าร่วมรักษาว่าเป็นผู้ได้รับความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยระยะสุดท้าย

(5) แสดงเจตนาเข้ารับการรักษาเพื่อยุติชีวิตของตนด้วยความสมัครใจ

2) แบบของคำร้องขอ

<sup>94</sup> Wikipedia. (n.d.). Jack Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Jack\\_Kevorkian](http://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian)

<sup>95</sup> Oregon Death with Dignity Act, Section 1-6.

ผู้ป่วยต้องทำคำร้องขอให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งลงลายมือชื่อและวันที่ โดยมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

### 3) การตัดสินใจโดยได้รับการบอกกล่าวก่อน

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาเพื่อยุติชีวิตของคนอย่างมีศักดิ์ศรีและมีมนุษยธรรม ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบอกกล่าวโดยชอบก่อน การบอกกล่าวนั้นเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษาซึ่งจะต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยดังนี้

- (1) ผลการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย
- (2) การทำนายอาการของโรคของผู้ป่วย
- (3) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้ารับการรักษา
- (4) ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการรักษา
- (5) ทางเลือกอื่นของผู้ป่วย เช่น การเข้ารับการรักษาโรคหรือการควบคุมอาการ

เจ็บปวด เป็นต้น

### 4) การแจ้งไปยังครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งไปยังครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการร้องขอเพื่อเข้ารับการรักษาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ อย่างไรก็ตาม คำร้องขอของผู้ป่วยจะไม่ตกไปเพียงเพราะผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่สามารถแจ้งไปยังครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยได้

### 5) การทำคำร้องขอด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอทั้งด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร และจะต้องร้องขอด้วยวาจาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการร้องขอครั้งที่สองนี้จะต้องกระทำหลังจากการร้องขอครั้งแรกเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 15 วัน โดยในการร้องขอครั้งที่สองนั้น แพทย์ผู้รักษาจะต้องเสนอโอกาสให้แก่ผู้ป่วยในการเพิกถอนคำร้องขอดังกล่าวด้วย

### 6) สิทธิในการเพิกถอนคำร้องขอ

ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำร้องขอได้ทุกเวลาและทุกวิธีการ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะที่เพิกถอนคำร้องขอ

ผู้ที่มีแนวความคิดสนับสนุนการทำ physician-assisted suicide คาดหมายว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้ของออเรกอนจะทำให้มลรัฐต่างๆ ยอมรับและออกกฎหมายเพื่อรองรับการทำ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมายในมลรัฐของตนตามมาในไม่ช้า แต่ปรากฏว่าพวกเขาคิดผิด มีความพยายามที่จะตราพระราชบัญญัติดังกล่าวขึ้นในมลรัฐต่างๆ ของสหรัฐอเมริกา แต่กลับถูกปฏิเสธมาโดยตลอด กว่าที่จะมีมลรัฐที่สองที่มีการตราพระราชบัญญัติเพื่อรองรับการทำ

physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมายก็ต้องใช้เวลาถึง 14 ปี มลรัฐดังกล่าวนั้นก็คือมลรัฐวอชิงตัน ซึ่งได้ตรา Washington Death with Dignity Act ขึ้นในปี 2008 นั่นเอง<sup>96</sup>

### 3.3.2 การทำ physician-assisted suicide ในประเทศเนเธอร์แลนด์

ตามกฎหมายอาญาประเทศเนเธอร์แลนด์ถือว่าการสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นความผิดตามกฎหมายอาญา มาตรา 294 ซึ่งบัญญัติว่า

1. ผู้ใดยุยงให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตาย หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวดสี่

2. ผู้ใดสนับสนุนให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตายหรือจัดเตรียมวิธีการให้กับการกระทำดังกล่าว หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวดสี่ และให้นำมาตรา 293 วรรค 2 มาใช้โดยอนุโลม<sup>97</sup>

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองโดยแพทย์ หรือ การทำ physician-assisted suicide ในประเทศเนเธอร์แลนด์ สามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายภายใต้หลักเกณฑ์เดียวกันกับการทำ euthanasia อย่างไรก็ดี ในความเป็นจริงนั้นปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่ยุติชีวิตตนเองด้วยวิธีนี้น้อยมาก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะให้แพทย์เป็นผู้ยุติชีวิตของเขาโดยการทำ active euthanasia เสียมากกว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่กล้าที่จะลงมือด้วยตนเอง หรือร่างกายผู้ป่วยอาจจะอ่อนแอเกินไปและไม่สะดวกที่จะทำเช่นนั้น นอกจากนี้ยังเป็นเพราะแพทย์นั้นสามารถควบคุมกระบวนการตายได้ดีกว่าผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในขณะที่การให้ผู้ป่วยลงมือทำด้วยตนเองอาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถคาดหมายได้อยู่เสมอ เพราะผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้ ความชำนาญ ด้านการแพทย์และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์<sup>98</sup>

<sup>96</sup> Patients Rights Council. (2011). Attempts to Legalize Euthanasia/Assisted-Suicide in the United States. Retrieved June 1, 2011, from <http://www.patientsrightscouncil.org/site/failed-attempts-usa/>

<sup>97</sup> Wetboek van Strafrecht, section 294.

<sup>98</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

## บทที่ 4

### วิเคราะห์เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ในประเทศไทยและต่างประเทศ

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีพัฒนาการทั้งในด้านแนวความคิดและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยจะเห็นได้จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติซึ่งได้ประกาศใช้ใน พ.ศ. 2550 ซึ่งได้รับรองการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ภายใต้เจตจำนงซึ่งได้แสดงไว้ล่วงหน้าในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับต่างประเทศแล้วพัฒนาการในเรื่องดังกล่าวยังถือว่าช้ากว่าที่ควร ในบทนี้จะได้ศึกษาเปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อนำแนวความคิดและกฎหมายของต่างประเทศมาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวความคิดและกฎหมายของไทยที่เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

#### 4.1 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทย

##### 4.1.1 การทำ passive euthanasia ตามกฎหมายไทย

การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia คือ การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย ถึงแก่ความตายอย่างสงบโดยไม่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาใช้เพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวออกไป

ในประเทศไทยนั้น ยังไม่เคยปรากฏว่ามีคดีที่เกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบขึ้นสู่ศาลแต่อย่างใด แต่ได้เคยมีกรณีที่แพทย์ให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบอยู่กรณีหนึ่ง ซึ่งเป็นที่สนใจของผู้คนในสังคมอย่างมาก นั่นคือกรณีของท่านพุทธทาส

เมื่อเข้าสู่วัยชรา ท่านพุทธทาสอาพาธหนักหลายครั้ง เช่น ในเดือนตุลาคม 2534 ท่านเกิดภาวะหัวใจวายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ คณะแพทย์ต้องการนิมนต์ท่านไปรักษาที่กรุงเทพฯ แต่ท่านก็ได้ปฏิเสธและรักษาตนอยู่ที่วัดจนหายในที่สุดเช่นเดียวกับการอาพาธจากโรคหลอดเลือดในสมองแตกในเดือนกุมภาพันธ์ 2535 แต่แล้วในวันที่ 25 พฤษภาคม 2536 โรคหลอดเลือดในสมองแตกของท่านก็กำเริบขึ้นอีกครั้ง ซึ่งท่านก็รู้ตัวท่านดีจึงได้ฝากฝังธุระไว้กับลูกศิษย์ และคงจะได้จาก

ไปอย่างสงบตามธรรมชาติในวัดที่ท่านได้สร้างและพำนักมาโดยตลอด และไม่ต้องได้รับความทุกข์ทรมานใดๆ ที่ไม่จำเป็น แต่แล้วท่านก็ถูกย้ายจุดศรัทธาไปโรงพยาบาลและไปรักษาที่กรุงเทพฯ ทำให้ท่านต้องผ่านกระบวนการ "การตาย" ที่ผิดธรรมชาติจนถึงวันที่ 8 กรกฎาคม 2536 ผู้รักษาท่านจึงยินยอมให้ท่านตาย หลังจาก "ทรมาน" ท่านไว้เดือนเศษ<sup>99</sup>

ท่านพุทธทาสได้ให้เหตุผลในการที่ท่านปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ไว้หลายประการ โดยท่านต้องการมีชีวิตและสิ้นชีวิตตามธรรมชาติ ตามธรรม ไม่ต้องการให้มึนพิษหรือเทคโนโลยีต่างๆ มาซื้อเอาไว้ และท่านยังเห็นว่าเรื่องนี้มันเป็นสิทธิของผู้ป่วย โดยยกตัวอย่างพระพุทธเจ้า ซึ่งที่จริงถ้ารักษาไว้ก็คงไม่ปรินิพพาน เพราะเป็นเพียงโรคตก(พระ)โลหิต แต่พระพุทธเจ้าไม่ต้องการอยู่ต่อไป ต้องการให้มันสิ้นสุด แล้วก็ดับไป ซึ่งเรื่องนี้ต่างจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งมักมีต้นเหตุมาจากความไม่รู้ จากโทสะ จากโมหะ ซึ่งต่างจากการปลงชีวิต ปลงสังขาร<sup>100</sup>

จากกรณีของท่านพุทธทาสนี้ จะเห็นได้ว่า แม้ในตอนแรก คณะแพทย์จะได้ฝ่าฝืนความต้องการของท่านพุทธทาสโดยการนำตัวท่านมารักษาที่กรุงเทพฯ แต่เมื่อคณะแพทย์เห็นว่าไม่สามารถรักษาท่านให้ฟื้นคืนดังเดิมได้ คณะแพทย์ก็ได้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์มาซื้อชีวิตของท่านพุทธทาสเอาไว้ แต่ได้ยุติการรักษาท่าน และได้ส่งท่านกลับไปยังสวนโมกข์ตามเดิม ซึ่งต่อมาท่านพุทธทาสก็ได้มรณภาพลงอย่างสงบที่สวนโมกขพลารามนั่นเอง การยุติการรักษาของคณะแพทย์นี้อาจถือได้ว่าเป็นการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia แต่ก็ไม่ปรากฏว่าคณะแพทย์จะถูกดำเนินคดีแต่อย่างใด และสังคมก็มิได้ประณามคณะแพทย์ที่ได้ทำ passive euthanasia แต่กลับประณามการรักษาของคณะแพทย์โดยฝ่าฝืนเจตนารมณ์ของท่านพุทธทาสอีกด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า สังคมไทยก็ได้ให้การยอมรับการทำ passive euthanasia ในกรณีนี้เช่นกัน

กรณีอาพาธของท่านพุทธทาสได้ให้บทเรียนแก่เราชาวไทยและเราชาวพุทธหลายประการดังนี้<sup>101</sup>

#### 1) ด้านตัวแพทย์

<sup>99</sup> สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). ๘ ก.ค. ครบรอบปีมรณกาลท่านพุทธทาส. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.songpak16.com/Budhatas/bdd-18.htm>

<sup>100</sup> พระธรรมโกศาจารย์ (เงื่อม อินฺทปญฺโญ). (2536). **ธัมมานุสติ : จากเจตนารมณ์ยามอาพาธของท่านพุทธทาส ภิกขุ**. หน้า 36-38.

<sup>101</sup> สันต์ หัตถิรัตน์. (2536). บทเรียนจากกรณีอาพาธของท่านพุทธทาส. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.geocities.ws/gogfox/sunt.html>



ผู้ทำการรักษาได้อนุมานการรักษาโรคผิดพลาด โดยได้คาดหมายว่า ท่านพุทธทาสจะดีขึ้นและหายเป็นปกติ หรือหายจนสามารถเทศน์ได้ ถ้าได้รับการเคลื่อนย้ายมารักษาตัวที่กรุงเทพฯ ซึ่งมีเครื่องมือที่พร้อมมากกว่าที่อื่น แพทย์ได้ผัดค้ำมั่นสัญญาต่างๆ เช่น สัญญาว่าจะไม่เจาะคอ จะไม่เจาะนั่นเจาะนี่ ซึ่งทางแพทย์ก็ละเมิดสัญญาที่ให้ไว้ ไม่รักษาสัญญาที่ให้ไว้ การแถลงการณ์ของแพทย์ถึงอาการของท่านพุทธทาสไม่โปร่งใสและสร้างความสับสนแก่ประชาชนไม่แถลงการณ์ถึงอาการดีขึ้น เลวลง หรือคงเดิม กลับแถลงถึงตัวเลขชีพจร อุณหภูมิ ความดันเลือด จำนวนปัสสาวะ และผลการตรวจเลือด แล้วสรุปว่าปกติหรือใกล้ปกติ

## 2) ด้านการรักษาพยาบาล

จากกรณีของท่านพุทธทาส การรักษาพยาบาลที่ขัดกับเจตนารมณ์ของผู้ป่วยสามารถทำได้ ซึ่งขัดกับหลักเรื่องสิทธิส่วนบุคคล แพทย์ได้ทำการรักษาโดยไม่ต้องให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอม อนุญาตก็สามารถทำการรักษาใดๆ ได้ แม้แต่การทำร้ายผู้ป่วยซึ่งผิดกฎหมาย เช่น การเจาะร่างกายผู้ป่วยตามที่แพทย์เห็นสมควรก็ทำได้โดยไม่ต้องขออนุญาตจากผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยก่อนแล้วแต่กรณี

แพทย์สามารถนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาลได้และถือว่าเป็นผู้อยู่ในความรับผิดชอบของตนและของโรงพยาบาลได้ แม้ผู้ป่วยไม่ยินยอม

การรักษาพยาบาลเพื่อฮีดการตาย แม้จะเป็นการทำลายทรัพย์สินธรรมชาติและสิ่งแวดลอม เป็นการทรมาณผู้ป่วยและญาติมิตรและเป็นการเบียดเบียนผู้ป่วยอื่นและสังคม แต่กลับยอมรับกันว่าถูกต้อง

## 3) ด้านศาสนา

กระบวนการการตายที่ทางพุทธศาสนาถือวาระจิตที่ละสังขารเป็นสำคัญนั้น ได้ถูกดึงกลับมาเป็นครั้งแรกโดยกระบวนการฮีดการตาย ซึ่งเห็นได้จากคณะแพทย์ได้ออกแถลงการณ์หลายครั้งว่า “ท่านกระตึกนี้ไว้ได้แล้ว ลืมตาแล้ว รู้เรื่องแล้ว เพราะเวลาดาของท่านแสดงว่าท่านรู้เรื่อง” เป็นต้น

## 4) ด้านค่านิยมและวัฒนธรรมใหม่

การรักษาพยาบาลท่านพุทธทาสได้แสดงถึงค่านิยมที่เกิดขึ้นใหม่คือ

(1) การยอมรับความตายในโรงพยาบาล (โดยเฉพาะการตายในห้องไอ.ซี.ยู.) ว่าเป็นการตายที่ดีที่สุด

(2) การยอมรับคำวินิจฉัยและคำตัดสินใจของแพทย์ โดยปราศจากเงื่อนไข คือ แพทย์จะทำอะไรก็ได้ ผู้ป่วยและญาติจะปฏิเสธไม่ได้ แม้แพทย์จะผัดค้ำมั่นสัญญาหรือขาดวิจารณญาณที่ดีก็ตาม

(3) การยอมรับการแทรกแซงจากผู้อื่น (ที่ไม่ใช่ญาติของผู้ป่วย) โดยแพทย์ในการเคลื่อนย้ายและการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

สำหรับสถานะทางกฎหมายของการทำ passive euthanasia อาจพิจารณาได้ดังนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี<sup>102</sup>

องค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้ คือ การที่บุคคลทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย

ผู้กระทำ คือ มนุษย์ ซึ่งกฎหมายไม่จำกัดว่าจะเป็นใคร

กรรมของการกระทำ หรือ ผู้ถูกกระทำ คือ มนุษย์ผู้อื่น

การกระทำ คือ การทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตายหรือการฆ่ามนุษย์ผู้อื่น กล่าวคือ การกระทำที่เป็นการทำให้ชีวิตมนุษย์สิ้นสุดทุกสถาน รวมถึงตลอดถึงการทำให้ชีวิตมนุษย์ที่ใกล้จะตายอยู่แล้วนั้นสั้นลงด้วย

การทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือ การฆ่ามนุษย์ผู้อื่น คือ การกำจัดชีวิตของมนุษย์ผู้อื่นโดยไม่จำกัดวิธีกระทำ

การฆ่า อาจเกิดจาก การงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลก็ได้ เช่น ภริยาปล่อยให้สามีซึ่งป่วยหนักอดอาหารถึงแก่ความตาย ดังนี้ กรณีเป็นการที่ภริยาได้งดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล เพราะสามีภริยามีหน้าที่ต้องช่วยเหลือกันและกัน

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้ คือ เจตนาฆ่า

“เจตนาฆ่า” คือ การที่ผู้กระทำรู้ว่ากรรมของการกระทำเป็นมนุษย์ รู้ว่าการกระทำของตนคือการฆ่า และผู้กระทำต้องการที่จะกระทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย หรือ ผู้กระทำเล็งเห็นได้ว่าความตายนั้นย่อมจะเกิดขึ้นจากการกระทำของตน<sup>103</sup>

สำหรับการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia นั้น มาตรา 59 วรรคท้าย แห่งประมวลกฎหมายอาญา บัญญัติว่า “การกระทำให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย” ดังนั้น การทำ passive euthanasia จะถือเป็นการกระทำการฆ่า ก็ต่อเมื่อผู้กระทำมีหน้าที่โดยเฉพาะที่ต้องทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลเช่นนั้น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

<sup>102</sup> ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 288.

<sup>103</sup> คณิต ฌ นคร. (2553). กฎหมายอาญาภาคความผิด. หน้า 83-84.

“หลักเกณฑ์ที่สำคัญของการกระทำโดยฉ้อโกง คือ เป็นการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย โดยรู้สำนึก ทั้งๆที่ผู้กระทำมีหน้าที่ต้องกระทำ ซึ่ง “หน้าที่ต้องกระทำ” นั้น เกิดจากหลายกรณีดังนี้

(1) หน้าที่ตามที่กฎหมายบัญญัติ หมายความว่า มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ของผู้กระทำโดยตรง เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1563 บัญญัติว่า “บุตรจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา” เป็นต้น

(2) หน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาะจง หมายความว่า ผู้กระทำยอมรับโดยตรงที่จะกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดหน้าที่ในอันที่จะต้องกระทำการตามที่ตนยอมรับที่จะกระทำนั้น เช่น ยอมรับเป็นคนเลี้ยงเด็ก เป็นนางพยาบาลดูแลรักษาคนไข้ เป็นต้น การยอมรับดังกล่าวอาจมีค่าจ้างหรือไม่มีค่าจ้างโดยอาสาสมัครเข้ามาทำก็ได้

(3) หน้าที่อันเกิดจากการกระทำก่อนๆ ของตน หมายความว่า หากการกระทำของผู้กระทำน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น ผู้กระทำย่อมมีหน้าที่ต้องป้องกันอันตรายนั้น เช่น แดงขับรถไปตามถนน เห็นด้านอนหมดสติอยู่ริมถนน แดงส่งสารเกรงว่าด้านจะถูกรถชนตาย แดงจึงอุ้มด้านขึ้นรถโดยตั้งใจจะไปส่งในที่ปลอดภัย เมื่ออุ้มขึ้นรถแล้วแดงนึกได้ว่าตนมีธุระจำเป็น ไม่อาจจะพาด้านไปส่งได้ จึงอุ้มด้านมาทิ้งไว้ตรงที่เดิมซึ่งแดงพบด้านในตอนแรก เช่นนี้ถือว่าเมื่อแดงได้ลงมือช่วยด้านแล้ว แดงมีหน้าที่ต้องช่วยโดยตลอด การที่แดงนำด้านกลับมาทิ้งไว้ที่เดิมซึ่งน่าจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ด้าน แล้วแดงขับรถจากไป ถือว่าเป็นการฉ้อโกงไม่กระทำสิ่งซึ่งตนมีหน้าที่ต้องกระทำเพื่อป้องกันมิให้ด้านตกอยู่ในอันตราย โดยเป็นหน้าที่อันเกิดจากการกระทำก่อนๆ ของตน

(4) หน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง หมายความว่า ไม่มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ไว้โดยตรงดังเช่นข้อ (1) แต่เพราะผู้กระทำและผู้เสียหายมีความสัมพันธ์เป็นพิเศษต่อกันจึงเกิดมีหน้าที่ขึ้น เช่น บิดาที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย แม้จะไม่มีกฎหมายบัญญัติหน้าที่ไว้โดยตรงดังเช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 ให้จำต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรผู้เยาว์ หากตามความเป็นจริงบิดาได้ช่วยเหลืออุปการะบุตรผู้เยาว์โดยตลอด ก็ถือว่าบุตรและบิดามีหน้าที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นหน้าที่อันเกิดจากความสัมพันธ์เป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง

ในการพิจารณาว่าเป็นการกระทำโดยฉ้อโกงนั้น นอกจากผู้กระทำมีหน้าที่ต้องกระทำดังกล่าวมาแล้ว หน้าที่นั้นจะต้องเป็นหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันมิให้เกิดผลนั้นขึ้นด้วยประการแรกให้ดูว่า “ผลนั้น” คืออะไร เช่น กรณีดื่มไม่ยอมให้หมลูกกินจนลูกหิวจนตาย ผลในที่นี้คือความตายของลูก ปัญหาว่าความตายเกิดจากการกระทำโดยฉ้อโกงหรือไม่ ก็ต้องดูว่า หน้าที่ซึ่งดื่มต้องกระทำนั้นเป็นหน้าที่เพื่อป้องกันมิให้เกิดความตายของลูกของตนหรือไม่ จะเห็นว่าหน้าที่ของดื่มตาม ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1564 คือ หน้าที่ “อุปการะเลี้ยงดู...ตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์” ซึ่งเห็นได้ว่าหน้าที่ดังกล่าวรวมถึงการดูแลไม่ให้ลูกอดนม

ตายด้วย เพราะ การอุปการะเลี้ยงดูก็ย่อมหมายความว่าให้อาหารลูกกิน การปล่อยให้ลูกอดนม ตายก็ถือว่ามิได้อุปการะเลี้ยงดูแล้ว จึงถือว่า ตีมีมีการกระทำโดยงแวน<sup>104</sup>

เนื่องจากการทำ passive euthanasia แพทย์มิได้ลงมือกระทำทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยตรง แต่ปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ จึงต้องพิจารณาว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการฆ่าโดยงแวนหรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาต่อไปว่า แพทย์นั้นมีหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันผลหรือไม่

หน้าที่ในการรักษาของแพทย์นั้น โดยทั่วไปแล้วเป็นหน้าที่อันเกิดจากการยอมรับโดยเจาจง คือ ยอมรับที่จะให้การรักษาผู้ป่วย ดังนั้นหากแพทย์งแวนไม่ทำการรักษาผู้ป่วย ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย การงแวนการกระทำดังกล่าวของแพทย์ย่อมถือเป็นการฆ่า ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 ประมวลกฎหมายอาญา

อย่างไรก็ดี ในการรักษาผู้ป่วยนั้น สิ่งหนึ่งทีแพทย์จะต้องเคารพ คือ สิทธิของป่วย ซึ่งรวมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของป่วยด้วย สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของป่วยมิใช่ สิทธิเด็ดขาดทีจะใช้ได้ในทุกกรณี แต่จะต้องประกอบด้วยลักษณะสำคัญ คือ ผู้ปฏิเสธการรักษา จะต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างเต็มที่ การปฏิเสธการรักษามีได้เกิดจากภาวะอารมณ์อันปรวนแปร แต่ต้องเกิดจากการใคร่ครวญด้วยเหตุผล และการปฏิเสธการรักษาจะต้องมีน้ำหนักมากกว่า ผลประโยชน์ของรัฐ ซึ่งหากกรบเงื่อนใจดังกล่าว ผู้ป่วยย่อมมีสิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบ และแพทย์ย่อมต้องมีหน้าที่ในการเคารพสิทธิดังกล่าวของป่วย การยุติการรักษาของแพทย์โดยเคารพต่อสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของป่วยเช่นนี้ย่อมไม่ถือเป็นการงแวนการกระทำหน้าที่ซึ่งต้องกระทำเพื่อป้องกันผล การกระทำของแพทย์จึงขาดองค์ประกอบภายนอกของความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา เพราะแพทย์มิได้กระทำการฆ่า ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยงแวนนั่นเอง

อนึ่ง การปฏิเสธการรักษาของป่วยอาจมิได้ปฏิเสธการรักษาทั้งหมดก็ได้ เช่น อาจปฏิเสธเฉพาะการรักษาที่ไม่เป็นประโยชน์และเป็นการยื้อชีวิตผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น แต่ยังคงต้องการการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งแพทย์ก็จะยังคงมีหน้าที่ให้การรักษาผู้ป่วยในส่วนนั้นต่อไป

## 2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ในปัจจุบันนี้ ประเทศไทยได้บัญญัติกฎหมายรับรองความชอบด้วยกฎหมายของการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ การทำ passive euthanasia โดยปรากฏอยู่ในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งบัญญัติว่า

<sup>104</sup> เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. เล่มเดิม. หน้า 104-108.

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง<sup>105</sup>

กฎกระทรวงตามวรรคสองของมาตรานี้ หมายถึง กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น ปรากฏอยู่ในข้อที่ 6 ของกฎกระทรวงฉบับนี้ มีใจความดังต่อไปนี้

ข้อ 6 หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับบุคคลตามข้อ 3 วรรคสาม หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครุภัก ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นสภาพจากการตั้งครุภัก

จากกฎกระทรวงข้อที่ 6 มีข้อนำพิจารณาดังนี้

<sup>105</sup> พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, มาตรา 12.

(1) การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา จะทำได้ก็ต่อเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งกฎกระทรวงข้อที่ 2 ได้ให้นิยามไว้ดังนี้

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

(2) จะดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาในเวลา que ผู้ป่วยตั้งครรถ์อยู่มิได้

สรุปได้ว่า ผู้ที่จะใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ได้ ต้องเป็นผู้ที่วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือได้รับความทรมานจากการเจ็บป่วย นอกจากนั้นต้องมีได้อยู่ในระหว่างการตั้งครรถ์ ส่วนในเรื่องอายุนั้นพระราชบัญญัติฉบับนี้และกฎกระทรวงมิได้กำหนดไว้ ดังนั้นแม้จะเป็นผู้เยาว์ก็สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาได้ แต่อย่างไรก็ดี การทำหนังสือแสดงเจตนาถือเป็นการทำนิติกรรมอย่างหนึ่ง ผู้เยาว์จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน ตามมาตรา 21 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ส่วนแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่นที่ได้ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วย ย่อมถือได้ว่าเป็นผู้กระทำ passive euthanasia และได้รับยกเว้นความผิดตามมาตรา 12 วรรคท้าย แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

#### 4.1.2 การทำ active euthanasia ตามกฎหมายไทย

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือ การทำ active euthanasia คือ การที่แพทย์ให้ยาหรือกระทำการบางอย่างแก่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายถึงแก่ความตาย เพื่อยุติความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยหรือเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนใช้ชีวิตอย่างไร้คุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สถานะทางกฎหมายของการกระทำดังกล่าวอาจพิจารณาได้ดังนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น

มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่น ต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าปีถึงยี่สิบปี<sup>106</sup>

การทำ active euthanasia ต่างจากการทำ passive euthanasia เนื่องจากแพทย์มิได้งดเว้นการกระทำบางอย่าง แต่ได้ลงมือกระทำการยุติชีวิตผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาพิษให้แก่ผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น การกระทำความผิดล่วงละเมิดของประกอบภายนอกของความผิดฐานนี้เพราะเป็นการทำให้มนุษย์ผู้อื่นถึงแก่ความตาย และประกอบภายในของความผิดฐานนี้เพราะแพทย์ย่อมรู้ว่าการกระทำของตนจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย และแพทย์ประสงค์ต่อผลหรือยอมเล็งเห็นผลนั้น

เมื่อการทำ active euthanasia ครอบงำประกอบความผิดฐานฆ่าผู้อื่นและไม่มีเหตุยกเว้นความผิดและเหตุยกเว้นโทษ แพทย์ผู้ทำ active euthanasia ย่อมมีความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยเจตนา ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

นอกจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 แล้ว ผู้กระทำยังอาจมีความผิดตามมาตรา 289 ด้วยโดยมาตรา 289 นี้มีทั้งหมด 7 อนุมาตรา<sup>107</sup> แต่อนุมาตราที่เกี่ยวข้องกับการทำ active euthanasia นั้นมี 2 อนุมาตรา คือ (1) และ (4)

มาตรา 289 (1) คือความผิดฐานฆ่าบุพการี ซึ่งมีองค์ประกอบภายนอกเช่นเดียวกับความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 แต่แตกต่างกันตรงที่ กรรมของการกระทำ หรือ ผู้ถูกกระทำของความผิดฐานนี้ต้องเป็นบุพการีของผู้กระทำ

“บุพการี” คือ ผู้สืบสายโลหิตโดยตรงขึ้นไป คือ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ<sup>108</sup>

องค์ประกอบภายในของความผิดฐานนี้ คือ เจตนาฆ่าบุพการี

“เจตนาฆ่าบุพการี” คือ การที่ผู้กระทำรู้ว่าบุคคลที่ตนจะฆ่าเป็นบุพการีของตน และผู้กระทำได้ต้องการที่จะกระทำให้ผู้นั้นถึงแก่ความตาย<sup>109</sup>

ดังนั้น หากผู้ทำ active euthanasia รู้ว่าผู้ป่วยนั้นเป็นบุพการีของตน และได้ลงมือยุติชีวิตของผู้ป่วยนั้น ผู้ทำ active euthanasia นั้น ย่อมมีความผิดฐานฆ่าบุพการี ตามมาตรา 289 (1) แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมีโทษประหารชีวิตสถานเดียว

<sup>106</sup> ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 288.

<sup>107</sup> ประมวลกฎหมายอาญา, มาตรา 289.

<sup>108</sup> คณิต ฌ นคร. เล่มเดิม. หน้า 91-92.

<sup>109</sup> แหล่งเดิม.

มาตรา 289 (4) คือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นประกอบเหตุฉกรรจ์ ซึ่งเหตุฉกรรจ์ของมาตรา 289 (4) นี้ คือ การฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน

“โดยไตร่ตรองไว้ก่อน” คือ การฆ่าภายหลังที่ผู้กระทำชั่งน้ำหนักผลได้ผลเสียในการที่จะฆ่าบุคคลอื่น และได้ตัดสินใจไปในทางฆ่าและได้ฆ่าตามที่ได้อัดสินใจนั้น<sup>110</sup>

ด้วยลักษณะทั่วไปของการทำ active euthanasia ที่ผู้กระทำมักจะต้องคิด พิจารณา ชั่งน้ำหนักผลได้ผลเสียก่อนที่จะลงมือกระทำ ดังนั้นโดยทั่วไปแล้ว การทำ active euthanasia จึงเป็นความผิดตามมาตรา 289 (4) แห่งประมวลกฎหมายอาญา และมีโทษประหารชีวิตสถานเดียว

สำหรับมูลเหตุจูงใจที่ดีของผู้ทำ euthanasia นั้น เนื่องจากมูลเหตุจูงใจไม่ใช่เจตนา ดังนั้นแม้มีมูลเหตุจูงใจดี ก็ไม่อาจทำให้ผู้กระทำหลุดพ้นความรับผิดชอบไปได้หากสิ่งที่กระทำลงโดยเจตนาเป็นความผิดกฎหมายอยู่ในตัว เช่น ในกรณีฆ่าคนด้วยความสงสาร (mercy killing) เป็นต้น<sup>111</sup> โดยมีผู้อธิบายไว้ดังนี้

“องค์ประกอบภายในของความผิดฐานฆ่าคนตาย คือ เจตนาฆรรคมดา กล่าวคือประสงค์ต่อผลหรือเล็งเห็นผลเท่านั้น ไม่มีเจตนาพิเศษหรือมูลเหตุจูงใจแต่อย่างใด ด้วยเหตุนี้ หากแดงต้องการฆ่าดำ แแดงใช้ปืนยิงดำ ดำตาย ถือว่าแดงผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา (ประสงค์ต่อผล) ตามมาตรา 288 แล้ว แม้แดงจะมีมูลเหตุจูงใจที่ดีควรแก่การเห็นใจก็ไม่ทำให้แดงพ้นจากความผิดไปได้ เช่น แแดงยิงดำเพราะสงสารที่ดำตกลงมาจากที่สูงและถูกไม้เสียบกลางร่างกายและร้องครวญครางด้วยความเจ็บปวด ถ้าแดงยิงดำเพราะเห็นว่าเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้ดำตายและพ้นจากความทุกข์ทรมานโดยทันที เนื่องจากไม่มีวิธีการอื่นๆ ที่จะช่วยดำให้พ้นจากความทุกข์อีกแล้ว ถึงกระนั้นก็ดี แแดงก็ผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา แม้การกระทำของแดงต่อดำนั้นจะมีมูลเหตุจูงใจเพื่อมนุษยธรรม (humanitarian motives) ก็ตาม”<sup>112</sup>

## 2) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

<sup>110</sup> จิตติ ดิงศภัทย์ ข (2545). คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3. หน้า 90-91.

<sup>111</sup> ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ก (2554). คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป. หน้า 77.

<sup>112</sup> เกียรติจร วัจนะสวัสดิ์. เล่มเดิม. หน้า 192.



เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

เมื่อพิจารณาจากมาตรา 12 วรรคแรก ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ จะเห็นได้ว่ามาตรานี้ได้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการปฏิเสธการรักษาตนเอง และการดำเนินการตามหนังสือดังกล่าว แพทย์ทำได้เพียงยุติการรักษาที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย เท่านั้น แพทย์ไม่สามารถลงมือยุติชีวิตผู้ป่วยเองโดยตรงได้ จึงอาจกล่าวได้ว่า มาตรา 12 ของ พระราชบัญญัติฉบับนี้ มิได้ยกเว้นความผิดให้แก่การทำ active euthanasia

แต่สำหรับกรณีการให้ยาระงับปวด เช่น มอร์ฟิน เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาจากอาการเจ็บปวดนั้น แม้การให้มอร์ฟินในปริมาณมากอาจส่งผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรือมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย แต่หากกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำตามมาตรฐานการรักษาของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องกระทำเพื่อระงับความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย การกระทำนั้นย่อมมิใช่เป็นการฆ่า แต่เป็นการรักษาและไม่มีความผิดตามกฎหมายอาญา เพราะเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น กรณีคล้ายกับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งในบางกรณีก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่การผ่าตัดดังกล่าวก็ไม่ถือว่าเป็นการฆ่า แต่เป็นการรักษาผู้ป่วยตามหน้าที่ของแพทย์นั่นเอง

#### 4.1.3 การทำ physician-assisted suicide ตามกฎหมายไทย

เนื่องจากกฎหมายไทยไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการที่ผู้อื่นตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงไม่มีความผิดไปด้วย เมื่ออยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ 3 ประการดังนี้<sup>113</sup>

1) การฆ่าตัวตายเกิดจากการตัดสินใจของผู้ฆ่าตัวตายเอง ผู้กระทำเป็นเพียงผู้ช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนให้ผู้คิดฆ่าตัวตายถึงแก่ความตาย เช่น ช่วยหาเชือกมาให้ผูกคอตาย หรือเอาน้ำกากพิบมาให้ผู้ป่วยดื่มเอง เป็นต้น

2) ผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องมีผู้ที่แพทย์หรือพยาบาลกระทำการอันทารุณ จนคิดจะฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นจากความทรมาน โหดร้ายของแพทย์และพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้นๆ โดยอาจเป็นการ

<sup>113</sup> ทวีเกียรติ มินะกนิษฐ ข (2536, ธันวาคม). “กฎหมายกับการปล่อยให้ตายอย่างสงบ.” *บทบัญญัติ*, 49. หน้า 47-48.

กระทำทารุณต่อร่างกายหรือจิตใจก็ได้ ซึ่งจะเป็นความผิดฐานทำให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง ตามมาตรา 292 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>114</sup>

3) ผู้ที่ฆ่าตัวตายต้องมีอายุกว่า 16 ปี และมีความรู้ผิดชอบ ชั่วฉิว ตามสมควร ในขณะที่แพทย์อธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับอาการป่วยของเขา และแนะนำให้เขายุติชีวิตของตนเพื่อให้พ้นทุกข์ทรมาณนั้นเสีย มิเช่นนั้น ผู้กระทำอาจมีความผิดฐานยุให้ผู้อื่นมีจิตใจอ่อนแอฆ่าตนเอง ตามมาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>115</sup>

## 4.2 เปรียบเทียบการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในประเทศไทยและในต่างประเทศ

### 4.2.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia

จากการศึกษาแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา จะเห็นได้ว่าการทำ passive euthanasia นั้น มีพื้นฐานมาจากการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยโดยชอบ ซึ่งหากผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษาโดยชอบแล้ว แพทย์ย่อมต้องเคารพต่อสิทธินั้นและยุติการรักษา อันอาจถือได้ว่าเป็นการทำ passive euthanasia แพทย์ผู้กระทำ passive euthanasia ในกรณีนี้ย่อมไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเพราะมิได้ลงมือฆ่าผู้ป่วยโดยตรง และไม่ถือว่าเป็นการฆ่าโดยงัดเว้น เพราะการกระทำโดยงัดเว้นนั้น ผู้กระทำต้องมีหน้าที่อันจักต้องกระทำเพื่อป้องกันผล แต่หน้าที่ของแพทย์ในการยื้อชีวิตผู้ป่วยนั้น ได้หมดลงจากการปฏิเสธการรักษาโดยชอบของผู้ป่วยแล้ว คงเหลือแต่เพียงหน้าที่ในการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น

ดังนั้น แม้จะไม่มีกรออกกฎหมายมาเกี่ยวกับความผิดให้แก่แพทย์ที่กระทำ passive euthanasia ในกรณีนี้ก็ตาม แพทย์ก็ไม่มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นเพราะไม่มีการกระทำที่เป็นการฆ่า ไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยงัดเว้น ดังที่ปรากฏในคำพิพากษาของศาลสูงสหพันธ์เมืองคาร์ลสรูเฮ ประเทศเยอรมนี ที่ได้พิพากษายกฟ้องนายแพทย์ แฮร์แบร์ท วิทนิค

สำหรับประเทศไทย แม้จะไม่เคยมีคดีเกี่ยวกับการทำ passive euthanasia ขึ้นสู่ศาล แต่หากพิจารณาจากกรณีของท่านพุทธทาสที่คณะแพทย์ได้ยุติการรักษาท่านและนำท่านกลับไปยังสวนโมกขพลารามเพื่อให้ท่านได้เสียชีวิตอย่างสงบ อันอาจถือได้ว่าเป็นการทำ passive euthanasia ก็ไม่ปรากฏว่าทางคณะแพทย์นั้นจะถูกดำเนินคดีแต่อย่างใด นอกจากนั้นยังถูกประณามจากการแจ้งขึ้นนำตัวท่านพุทธทาสไปรักษาโดยขัดกับความประสงค์ของท่านอีกด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า การทำ

<sup>114</sup> ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ก (2554). กฎหมายอาญาภาคความผิด. หน้า 155.

<sup>115</sup> แหล่งเดิม. หน้า 157.

passive euthanasia ในบางกรณีนั้นเป็นที่ยอมรับในสังคมไทย และไม่ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

การนำสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยมาใช้ในการอธิบายความชอบด้วยกฎหมายของการทำ passive euthanasia นั้น ยังช่วยคลายความสับสนในการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ เช่น การถอดเครื่องช่วยหายใจ โดยหากพิจารณาจากสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้ใช้สิทธิดังกล่าวโดยชอบแล้ว ย่อมเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเคารพต่อสิทธิของผู้ป่วย ดังนั้น หากแพทย์ยังมีได้ใส่เครื่องมือทางการแพทย์นั้น แพทย์ก็ต้องยับยั้งการรักษาดังกล่าว (passive euthanasia by withholding) และหากได้ใส่เครื่องมือเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยแล้ว แพทย์ก็ต้องยุติการใช้เครื่องมือดังกล่าว (passive euthanasia by withdrawal)<sup>116</sup> การกระทำความผิดดังกล่าวของแพทย์จะถือได้ว่าเป็นเพียง medical treatment ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของแพทย์เท่านั้น และความตายของผู้ป่วยจะถูกพิจารณาว่า เกิดจากอาการหรือโรคของผู้ป่วย มิได้เกิดจากการกระทำของแพทย์แต่อย่างใด<sup>117</sup>

นอกจากนั้น ในปัจจุบันนี้ยังมี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่ได้บัญญัติรับรองสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยผ่านการทำ living will และยกเว้นความผิดให้กับแพทย์และบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตาม living will ซึ่งถือเป็นการทำ passive euthanasia ดังที่ได้พิจารณาไว้แล้วข้างต้น

แม้การทำ passive euthanasia ในกรณีที่ผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษาโดยชอบจะไม่ถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย แต่อย่างไรก็ดี พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ก็มีความสำคัญในฐานะที่เป็น guideline ให้แก่แพทย์และผู้ป่วยในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาและการปฏิบัติให้เป็นไปตามสิทธิดังกล่าว โดยมีบทบัญญัติยกเว้นความผิดเพื่อให้แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจและไม่ต้องเผชิญความเสี่ยงต่อความผิดทั้งทางแพ่งและทางอาญา และมีได้หมายความว่าแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติผิดแผกไปจากแนวทางที่กำหนด ทำให้ไม่ได้รับยกเว้นความผิดตามพระราชบัญญัตินี้จะถือว่ามีความผิดเสมอไป เพราะหากศาลเห็นว่าการปฏิบัติที่แตกต่างนั้น ไม่ถึงขนาดที่จะทำให้การปฏิเสธการรักษาโดยชอบของผู้ป่วยเสียไป แพทย์และผู้เกี่ยวข้องย่อมไม่มีความผิดเพราะมิได้กระทำการฆ่าโดยเจตานั้นเอง

ข้อจำกัดที่สำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ คือ ผู้ป่วยจะต้องได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้ล่วงหน้าแล้วเท่านั้น ดังนั้นหากเกิดปัญหาว่าผู้ป่วยตกอยู่

<sup>116</sup> มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

<http://www.med.cmu.ac.th/>

<sup>117</sup> ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ข หน้าเดิม.

ในสภาพที่ไม่อาจแสดงเจตนาใดๆ ได้อีก เช่น ตกอยู่ในสภาพผักถาวร ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้เลย ซึ่งจากการศึกษาเปรียบเทียบกับกรณีคดี Quinlan ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะพบว่า ในคดีดังกล่าว ศาลได้แก้ปัญหานี้ด้วยการยอมรับให้มีผู้แทนของผู้ป่วยในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้

เหตุผลที่สำคัญนั้นเนื่องจากว่า สิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้นเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยทุกคนพึงมีและสิทธิดังกล่าวไม่ควรที่จะถูกละทิ้งไปเพียงเพราะผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้ ยิ่งไปกว่านั้น ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพดังกล่าว เราไม่อาจปฏิเสธถึงการให้สิทธิแทนผู้ป่วยได้เลย เพราะหากเราไม่ยอมรับให้ผู้แทนของผู้ป่วยเข้ามาใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษา นั่นก็หมายความว่า เรากำลังยอมรับให้ผู้แทนเข้ามาใช้สิทธิแทนผู้ป่วยโดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมรับการรักษานั้นเอง หากสิ่งที่เรากำลังกังวลในการให้มีผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วย คือ การใช้สิทธิที่อาจขัดกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยแล้ว ผู้แทนของผู้ป่วยที่เป็นผู้ใกล้ชิดของผู้ป่วยย่อมมีโอกาสใช้สิทธิที่ตรงกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ดีกว่ารัฐหรือแพทย์ เพราะบุคคลเหล่านั้นร่วมใช้ชีวิตมาด้วยกัน รู้จักมักคุ้นกับผู้ป่วยเป็นอย่างดีและยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยมากกว่า ในขณะที่รัฐหรือแพทย์นั้นไม่ได้รู้จักกับผู้ป่วยและยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตนเองหรือสังคมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การเข้าใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยนี้ ต้องไม่ลืมว่ามันยังคงอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์เดียวกับกรณีทั่วไปทุกประการ เช่น ผู้ป่วยต้องอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจนถึงขนาด อันทำให้สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐ เป็นต้น

สิ่งต่อมาที่ต้องพิจารณา คือ ญาติสนิทหรือผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ควรจะเป็นผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยนั้นหมายถึงใครบ้าง เมื่อพิจารณาจากคดีต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาที่ได้นำมาศึกษาในบทที่ 3 นั้น ปรากฏว่าศาลก็มีได้วางหลักไว้ชัดเจน เพียงแต่พิจารณาถึงความเหมาะสมของตัวผู้ร้องในคดีนั้นๆ เท่านั้น ส่วนใน West's Arkansas Code Annotated มาตรา 20-14-214 (a) นั้นได้บัญญัติให้ผู้ปกครองตามกฎหมาย (guardian) บิดามารดา คู่สมรส บุตรผู้บรรลุนิติภาวะ พี่น้องร่วมบิดามารดา ผู้ใช้อำนาจปกครองแทนบิดามารดา (loco parentis) และทายาทโดยธรรมผู้บรรลุนิติภาวะ เป็นผู้ที่สามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ โดยเรียงตามลำดับชั้นคล้ายกับลำดับในการรับมรดกตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า การใช้สิทธิในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วยเช่นนี้ มีความสำคัญมาก ผู้ที่จะใช้สิทธิแทนผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ที่มีความผูกพันกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง ซึ่งควรจำกัดไว้เพียงบิดา มารดา คู่สมรส และบุตรผู้บรรลุนิติภาวะเท่านั้น นอกจากนั้น การจัดลำดับผู้ที่ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยทำให้อำนาจในการใช้สิทธิตกไปอยู่ในมือของผู้ใดคนหนึ่งซึ่งไม่ควรจะเป็นเช่นนั้น แต่ควรให้ครอบครัวได้ร่วมกันปรึกษาหารือและตัดสินใจร่วมกัน

และการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา นั้นควรจะต้องเป็นมติเอกฉันท์ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ไม่สามารถย้อนกลับหรือแก้ไขได้ คนตายไปแล้วย่อมไม่ฟื้นคืนอีก การลงมติในเรื่องดังกล่าวจึงควรมีความหนักแน่นกว่าในกรณีทั่วไป

#### 4.2.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

การทำ active euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ศาลสูงของประเทศเนเธอร์แลนด์ได้เคยตัดสินให้ผู้กระทำผิดโดยอาศัยเหตุผลในเรื่อง “ความจำเป็น”<sup>118</sup> ความจำเป็นในที่นี้ ต่างจากความจำเป็นตามมาตรา 67 แห่งประมวลกฎหมายอาญาของไทย แต่มันหมายถึง “การเลือกระหว่างคุณค่าสองสิ่งที่ขัดแย้งกัน ซึ่งกฎเกณฑ์ในกรณีทั่วไปอาจถูกยกเว้นเพื่อหลีกเลี่ยงจากความชั่วร้ายที่ร้ายแรงกว่า” อย่างไรก็ดี ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยมิได้ยอมรับในแนวความคิดดังกล่าว โดยมีเหตุผลคัดค้านมากมาย และหากพิจารณาจากแนวความคิดเรื่องความจำเป็นของเนเธอร์แลนด์ ก็อาจกล่าวได้ว่าตามความคิดของคนทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศไทยยังคงมองว่าการยุติความทรมานของผู้ป่วยด้วยความตายนั้นเป็นเรื่องที่เลวร้ายกว่านั่นเอง และเนื่องจากการกระทำดังกล่าวไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า แนวความคิดในประเทศไทยโดยทั่วไปแล้วยังไม่ยอมรับว่าการทำผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบจึงไม่อยู่ในขอบเขตความหมายของการรักษา แต่เป็นการฆ่าและมีความผิดตามกฎหมายอาญา

นอกจากนั้น สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่ต้องพิจารณาให้รอบคอบ คือ ปัญหาในเรื่อง slippery slope ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นสองประการ

ประการแรก คือ ปัญหาในด้านแนวความคิด โดยมีผู้เห็นว่า การยอมรับการทำ euthanasia ประเภทหนึ่งอาจส่งผลให้เกิดการยอมรับการทำ euthanasia ประเภทอื่นๆ ที่ไม่พึงประสงค์ตามไปด้วย โดยยกตัวอย่างจากกรณีของประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งแนวความคิดในการทำ euthanasia ได้พัฒนาจากการทำให้เฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และ

<sup>118</sup> Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?. Retrieve August 1, 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

เริ่มมีแนวความคิดที่จะทำให้แก่ผู้ที่มีความเครียดซึ่งไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย และทารกที่พิการแต่แรกเกิด อีกด้วย<sup>119</sup>

เหตุผลดังกล่าวถูกโต้แย้งว่าไม่มีความสมเหตุสมผลเพราะการยอมรับ euthanasia ประเภทหนึ่ง กับ euthanasia ประเภทอื่นที่ไม่ได้รับการยอมรับ เป็นเหมือนสีขาและสีดำ ซึ่งการยอมรับ euthanasia ประเภทที่ถูกพิจารณาว่าเป็นสีขาว ย่อมไม่เกี่ยวข้องกับ euthanasia ประเภทอื่นที่ถูกพิจารณาว่าเป็นสีดำและจะไม่ทำให้สีดำกลายเป็นสีขาวไปได้

ในเรื่องดังกล่าวนี้ ผู้เขียนไม่เห็นด้วยกับเหตุผลของฝ่ายที่เห็นว่าการยอมรับ euthanasia ประเภทหนึ่งจะไม่ส่งผลต่อ euthanasia ประเภทอื่น โดยผู้เขียนเห็นว่า มันมีความเชื่อมโยงกันในแง่ของการให้ความสำคัญกับชีวิต ในที่นี้ผู้เขียนมิได้หมายความว่า การทำ euthanasia เป็นการไม่ให้ความสำคัญกับชีวิตเพราะการกระทำดังกล่าวเป็นการคำนึงถึงคุณค่าของชีวิตในเชิงคุณภาพมากกว่าปริมาณ แต่ก็ต้องยอมรับว่าการทำ euthanasia คือ การยุติชีวิต ซึ่งหากยอมรับให้กระทำได้โดยไม่มีขอบเขตที่เหมาะสม มันย่อมเป็นการลดคุณค่าของชีวิตลงอย่างแน่นอน และเมื่อผู้คนเห็นค่าของชีวิตต่ำลง การทำ euthanasia ย่อมขยายขอบเขตมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งนั่นก็คือเหตุผลที่การทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์ได้ขยายขอบเขตจากผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และเริ่มมีแนวความคิดที่จะขยายขอบเขตมากขึ้นเรื่อยๆ นั่นเอง

ประการที่สอง คือ ปัญหาในด้านการปฏิบัติ เนื่องจากมีผู้เห็นว่าการอนุญาตให้ทำ active voluntary euthanasia โดยชอบด้วยกฎหมายนั้น รัฐบาลจะไม่สามารถควบคุมการกระทำนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพแม้จะได้กำหนดเงื่อนไขต่างๆ ไว้ก็ตาม และมันจะส่งผลให้เกิดการทำ euthanasia โดยมีชอบด้วยกฎหมายมากขึ้น เช่น การทำ euthanasia โดยปราศจากความยินยอมหรือร้องขอของผู้ป่วย หรือที่เรียกว่า involuntary active euthanasia เป็นต้น โดยได้มีการกล่าวอ้างถึงการทำ euthanasia โดยปราศจากความยินยอมหรือร้องขอของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในประเทศเนเธอร์แลนด์ว่ามีไม่ต่ำกว่าปีละ 1,000 ราย<sup>120</sup> จากปัญหานี้ สิ่งที่ควรนำมาพิจารณา คือ มาตรการในการควบคุมการทำ active euthanasia ของประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น มีความรัดกุมเพียงพอหรือไม่

<sup>119</sup> Patrick B. Craine. (2009, December 2). Former Dutch Health Minister Admits Error of Legalizing Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2009/dec/09120207>

<sup>120</sup> The Maranatha Community. (2009, December 2). The slippery slope to Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.maranathacommunity.org.uk/pdf/maranatha-dec09-slippery-slope-to-euthanasia.pdf>

มาตรการควบคุมการทำ euthanasia ของเนเธอร์แลนด์ ปรากฏอยู่ในพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide และพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- 1) แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาต้องรับรองว่า ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานอย่างไม่อาจทนทนได้ และต้องมีแพทย์อื่นตรวจสอบและรับรองอีกอย่างน้อย 1 คน รวมทั้งต้องมีพยาน
- 2) เมื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยแล้ว จะต้องทำรายงานเกี่ยวกับการกระทำดังกล่าวเพื่อให้คณะกรรมการเข้าตรวจสอบ
- 3) แพทย์ผู้ทำ euthanasia ต้องไม่เป็นผู้ออกใบมรณบัตรและต้องให้พยาธิแพทย์อื่นของรัฐเข้าตรวจสอบการตาย และทำความเข้าใจประกอบรายงานของแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษา

เมื่อพิจารณามาตรการดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่ามาตรการควบคุมการทำ euthanasia ของเนเธอร์แลนด์นั้นเคร่งครัด โดยมีการตรวจสอบทั้งจากแพทย์อื่นที่ไม่ได้เป็นผู้รับผิดชอบการรักษาและจากคณะกรรมการของรัฐ อย่างไรก็ตาม แพทย์สามารถหลีกเลี่ยงการตรวจสอบเหล่านั้นได้ โดยการไม่จัดทำรายงานและปกปิดการกระทำดังกล่าวไม่ให้แพทย์อื่นหรือคณะกรรมการเข้าตรวจสอบ

จะเห็นได้ว่า แม้เนเธอร์แลนด์จะมีมาตรการที่รัดกุมในการควบคุมการทำ euthanasia แต่ก็ไม่สามารถควบคุมการกระทำดังกล่าวได้ 100% และเมื่อพิจารณาจาก Rammelink Report แล้วพบว่า ในทุกๆ ปี ประเทศเนเธอร์แลนด์ยังคงมีการทำ active euthanasia โดยไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่สถิติของการกระทำดังกล่าวได้ลดลงเรื่อยๆ ก็เป็นสัญญาณที่ดีว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถควบคุมการกระทำดังกล่าวได้มากขึ้น ซึ่งก็ไม่แน่ว่าหากเป็นประเทศไทยจะสามารถควบคุมการกระทำดังกล่าวนี้ได้เท่ากับประเทศเนเธอร์แลนด์หรือไม่

สำหรับประเด็นเรื่องความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลนั้น เนื่องจากประเทศไทยมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ซึ่งส่งผลให้ผู้คนเข้าถึงการรักษาได้มากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม มันยังคงมีปัญหาในเรื่องคุณภาพของการรักษา เนื่องจากการรักษาตามโครงการดังกล่าวยังไม่ได้คุณภาพหากเปรียบเทียบกับ การรักษาโดยเสียค่าใช้จ่ายเต็มที่ นอกจากนี้ ปัญหาเรื่องคุณภาพของการรักษา ยังเกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ซึ่งจากประสบการณ์ของประเทศเนเธอร์แลนด์ การรักษาที่ไม่ได้คุณภาพนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ทำ active euthanasia แก่ตน ซึ่งสิ่งดังกล่าวไม่ใช่จุดมุ่งหมายที่ต้องการ เพราะแนวความคิดในการทำ active euthanasia นั้น ทำเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หาย มิใช่ทำเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ หรือ ทำเพื่อลดรายจ่ายให้แก่ครอบครัว

#### 4.2.3 การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide

ในประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายในแต่ละมลรัฐก็มีความแตกต่างกันไป บางมลรัฐก็ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด บางมลรัฐแม้ไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด แต่ก็ได้บัญญัติความผิดฐานช่วยเหลือหรือยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด และในบางมลรัฐก็ไม่ได้บัญญัติให้การกระทำทั้งสองดังกล่าวถือเป็นความผิด แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันมีเพียงมลรัฐ Oregon และ Washington เท่านั้น ที่มีการตราพระราชบัญญัติออกมารองรับการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide ให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย และได้กำหนดเงื่อนไขในการกระทำดังกล่าวไว้มากมาย

ประเทศเนเธอร์แลนด์ก็ได้ยอมรับให้มีการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมายเช่นกัน โดยมีเงื่อนไขที่เคร่งครัดเช่นเดียวกับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

สำหรับประเทศไทยนั้น ประมวลกฎหมายอาญามีได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายถือเป็นความผิด ซึ่งทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับคนที่ผู้อื่นตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงไม่มีความผิดไปด้วย (เว้นแต่จะเป็นการปฏิบัติอันทารุณเพื่อให้ผู้อื่นฆ่าตนเอง ซึ่งเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 292 หรือ เป็นการยุให้ผู้มีจิตใจอ่อนแอฆ่าตนเอง ซึ่งเป็นความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293 เท่านั้น)

อย่างไรก็ตาม การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองนั้นอยู่นอกขอบเขตความหมายของคำว่าการรักษา เพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น และการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปนั้นเป็นสิ่งที่สังคมไทยไม่ให้การยอมรับแม้จะทำเพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายก็ตาม ดังนั้น แม้การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองจะสามารถทำได้โดยแพทย์ผู้กระทำไม่มีความผิด แต่แพทย์ผู้กระทำก็ย่อมจะต้องประสบกับปฏิกิริยาจากสังคมอย่างรุนแรงเช่นเดียวกับที่เกิดกับ Jack Kevorkian ในประเทศสหรัฐอเมริกา และการกระทำดังกล่าวยังอาจถือได้ว่าผิดจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์ และอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตในการประกอบวิชาชีพอีกด้วย



## บทที่ 5

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 บทสรุป

การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ทวีความสำคัญขึ้น เนื่องจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ในทางการแพทย์ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์มากขึ้น แต่ในบางครั้ง ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพและไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ทั้งยังมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย ญาติมิตรหรือรัฐต้องสูญเสียไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

เมื่อการแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนเป็นปกติได้ และการยืดชีวิตผู้ป่วยไว้ก็ไม่ใช่ทางออกและก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตัวผู้ป่วยและสังคมเช่นนี้ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia จึงเป็นวิธีการที่นำมาใช้แก้ปัญหา ซึ่งอาจถูกพิจารณาว่าเป็นการฆ่าโดยเจตนา แต่หากพิจารณาประกอบกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยแล้ว เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบ แพทย์ก็ต้องเคารพต่อสิทธิดังกล่าวและยุติการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตของผู้ป่วย การกระทำดังกล่าวของแพทย์จึงถือเป็นการรักษาหรือการปฏิบัติหน้าที่อย่างหนึ่ง มิใช่การลงเจตนาและการละเมิดและไม่ถือว่าเป็นการฆ่าแต่อย่างใด

ประเทศไทยนั้นได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย และการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia จึงได้มีการตราพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติขึ้นในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งได้ให้สิทธิแก่บุคคลในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ และยกเว้นความผิดให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลดังกล่าว อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัตินี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ 2 ประการ

ประการแรก การปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยต้องทำเป็นหนังสือเท่านั้นและไม่มีบทบัญญัติให้ผู้อื่นใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาหรือทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยได้ ทำให้เกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ได้ แม้สภาพร่างกายของผู้ป่วยจะเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้มีสิทธิปฏิเสธการรักษาแล้วก็ตาม

การปฏิเสธการใช้สิทธิโดยผู้แทนนี้ มาจากเหตุผลในเรื่องการใช้สิทธิของผู้แทนที่อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย แต่แท้จริงแล้วการที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถแสดงเจตนาใดๆ ด้วยตนเองได้นั้น เราไม่อาจหลีกเลี่ยงการใช้สิทธิแทนผู้ป่วยได้เลย หากรัฐไม่อนุญาตให้ผู้แทนของผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ก็หมายความว่ารัฐกำลังใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเสียเอง โดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมรับการรักษาซึ่งก็อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งรัฐนั้นถูกพิจารณาว่าไม่รู้อะไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเลย และการตัดสินใจของรัฐนั้นมักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ของสังคมมากกว่า ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยนั้นเติบโตมากับผู้ป่วย รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดีและมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของตัวผู้ป่วยมากกว่า ดังนั้นในกรณีนี้จึงควรให้ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย ครอบครัวในที่นี้ควรจะหมายถึงผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่สุดเนื่องจากการที่ได้อยู่ร่วมกันมาเป็นเวลานาน<sup>122</sup> ซึ่งได้แก่ สามี ภริยา บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ป่วยนั่นเอง เพราะเป็นผู้ที่สามารถคาดคะเนอุปนิสัยใจคอกันได้ การตัดสินใจแทนผู้ป่วยนั้น ครอบครัวของผู้ป่วยควรร่วมกันตัดสินใจและต้องได้รับทราบข้อมูลต่างๆ จากแพทย์อย่างเต็มที่

ประการที่สอง พระราชบัญญัตินี้รับรองให้ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธการรักษาเท่านั้น แต่ไม่ได้ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตของตนเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานได้ และไม่ได้ยกเว้นความผิดให้แก่แพทย์ที่กระทำการดังกล่าว

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตไม่ได้ถูกบัญญัติรับรองไว้ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ เนื่องจากการกระทำความดังกล่าวยังไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นการรักษา เพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนั้นมันยังมีปัญหาในเรื่องการควบคุมมิให้การกระทำดังกล่าวถูกนำไปใช้ในทางที่ผิดทั้งในด้านแนวความคิดและทางปฏิบัติ เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ได้อนุญาตให้ทำ active euthanasia ได้โดยชอบด้วยกฎหมายแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งต่อมาแนวความคิดดังกล่าวได้ขยายออกไปเรื่อยๆ นอกจากนั้นยังมีการทำ active euthanasia โดยที่ผู้ป่วยมิได้ร้องขออีกด้วย ความสามารถในการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพของการรักษาก็เป็นสิ่งที่อาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นได้ โดยผู้ป่วยอาจร้องขอให้ทำ euthanasia เพียงเพื่อลดภาระรายจ่ายให้แก่ครอบครัวหรือเพื่อหนีจากความเจ็บปวดอันเกิดจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ จึงยังไม่สมควรยอมรับการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

สำหรับการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide นั้น แม้ว่าในทางกฎหมายจะไม่ถือว่าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิด แต่ในทางการแพทย์แล้ว การกระทำ

<sup>122</sup> ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ข หน้าเดิม.

ดังกล่าวไม่ต่างจากการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia เลย เพราะวิธีการและผลลัพธ์นั้นเหมือนกันทุกประการ โดยวิธีการนั้นคือการให้ยาที่มีผลโดยตรงในการยุติชีวิตผู้ป่วย และผลลัพธ์ของการกระทำนั้นก็คือความตายของผู้ป่วย ดังนั้น การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองจึงไม่ใช่สิ่งที่แพทย์ควรกระทำด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับที่แพทย์ไม่ควรจะทำ active euthanasia และแม้แพทย์จะไม่ได้รับโทษทางอาญาจากการกระทำดังกล่าว แต่แพทย์ก็อาจได้รับโทษเนื่องจากการปฏิบัติที่เป็นการฝ่าฝืนมาตรฐานจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์และอาจถูกเพิกถอนใบอนุญาตรวมทั้งต้องเผชิญกับแรงกดดันทางสังคมอีกด้วย

ขอบเขตที่แพทย์สามารถทำได้ในการยุติความเจ็บปวดทุกข์ทรมานของผู้ป่วย คือ การบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เช่น การให้มอร์ฟีนหรือ strong opioid ขนานอื่น ซึ่งแม้ว่าการให้ยาเหล่านี้ในปริมาณมากอาจมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยหรืออาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและแพทย์สามารถคาดเห็นถึงผลดังกล่าวนี้ได้ แต่การกระทำดังกล่าวก็ไม่ถือเป็นการฆ่าคนตายโดยเจตนา เพราะแพทย์ย่อมมีหน้าที่ในการรักษาบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยและการกระทำดังกล่าวเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น ส่วนผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติของการรักษาที่ย่อมจะเกิดขึ้นได้ เช่นเดียวกับการผ่าตัดบางชนิดที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้เช่นกัน

## 5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 กรณีผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกอย่างถาวรและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า

เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มิได้กำหนดให้ผู้แทนของผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้ จึงเกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาพไม่รู้สึกรู้สีกอย่างถาวรและไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ ทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวเสียสิทธิในการปฏิเสธการรักษาไปโดยปริยาย ผู้เขียนจึงเห็นว่าควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวง โดยอาจเพิ่มเติมบทบัญญัติดังต่อไปนี้

1) แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยเพิ่มเติมวรรคที่ 4 และวรรคที่ 5 ของมาตราดังกล่าวดังนี้

“ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะไม่รู้สึกรู้สีกอย่างถาวรและมีไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ให้ญาติสนิทของผู้ป่วยสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยได้

การดำเนินการตามวรรคสี่ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง”

2) เพิ่มเติมบทนิยามของคำว่า “ญาติสนิทของผู้ป่วย” และ “ภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร” ในข้อ 2 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีเนื้อหาดังนี้

“ญาติสนิทของผู้ป่วย” หมายความว่า บิดา มารดา สามี ภรรยาและบุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วย

“ภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร” หมายความว่า ภาวะที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า เป็นภาวะที่ผู้ป่วยได้สูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

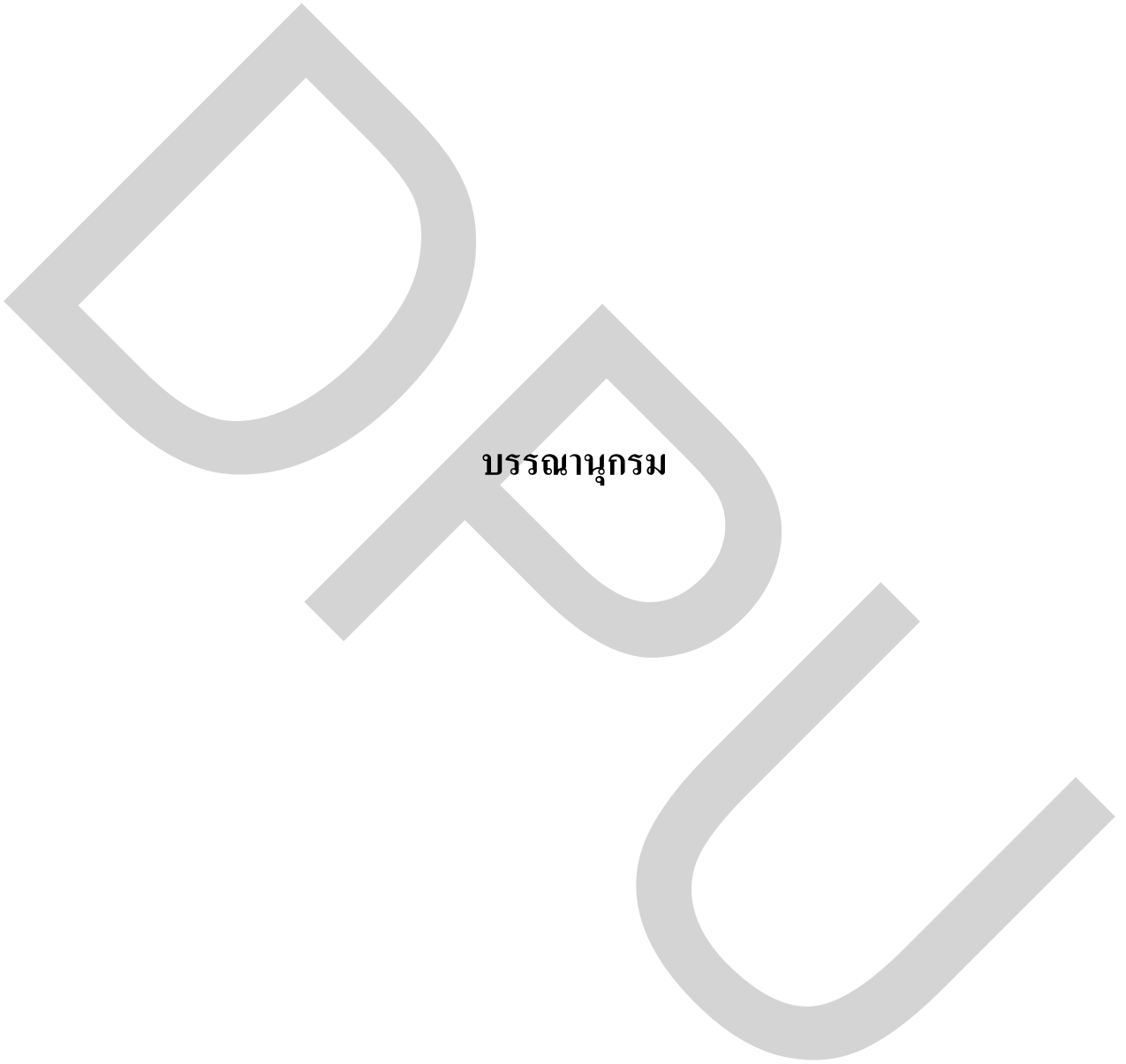
3) เพิ่มเติมหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยโดยครอบครัวของผู้ป่วยลงในข้อ 6 ของกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยมีเนื้อหาดังนี้

“ในกรณีที่ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวรและมีได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ญาติสนิทของผู้ป่วยทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้น และให้ญาติสนิทของผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อไปโดยคำนึงถึงเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่การทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วย ญาติสนิทของผู้ป่วยจะต้องมีมติเป็นเอกฉันท์”

#### 5.2.2 กรณีการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบและการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง ไม่อาจถือได้ว่าเป็นการรักษาเพราะไม่ได้ทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากแนวความคิดในประเทศไทยโดยทั่วไปแล้วยังไม่ยอมรับว่าการทำผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นการทำให้ร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน นอกจากนั้นมันยังมีปัญหาในเรื่องการควบคุมการกระทำดังกล่าวทั้งในแง่แนวความคิดและทางปฏิบัติ ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็ได้เกิดขึ้นในประเทศเนเธอร์แลนด์มาจนถึงบัดนี้ นอกจากนั้น ความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการรักษาในประเทศไทย

ยังไม่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบท ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาการร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตเพื่อลดภาระรายจ่ายให้แก่ครอบครัว หรือ เพื่อยุติความทุกข์ทรมานซึ่งเกิดจากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ประเทศไทยจึงยังไม่สมควรออกกฎหมายรับรองการช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ และการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย



บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

#### หนังสือ

- เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. (2551). **คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: พลสยามพริ้นติ้ง.
- คณิต ฌ นคร. (2553). **กฎหมายอาญาภาคความผิด** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- \_\_\_\_\_. (2554). **กฎหมายอาญาภาคทั่วไป** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- จิตติ ดิงศักดิ์. (2536). **คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1** (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- \_\_\_\_\_. (2553). **คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 2 ตอน 2 และภาค 3** (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา.
- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2554). **กฎหมายอาญาภาคความผิด** (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- \_\_\_\_\_. (2554). **คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป** (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- \_\_\_\_\_. (2551). **ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง** (พิมพ์ครั้งที่ 22). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- พระธรรมโกศาจารย์ (เงื่อม อินฺทปญฺโญ). (2536). **ธัมมานุสติ: จากเจตนารมณ์ยามอาพาธของท่านพุทธทาสภิกขุ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). **สิทธิผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
- สมภาร พรมทา. (2535). **พุทธศาสนากับปัญหาจริยศาสตร์ – ทัศนะของพุทธศาสนาเกี่ยวกับปัญหาโสเภณี ทำแท้งและการอุ้มฆ่า**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ขมจินดา. (2546). **กฎหมายการแพทย์** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- หยุด แสงอุทัย. (2554). **กฎหมายอาญา ภาค 1** (พิมพ์ครั้งที่ 21). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- World Health Organization. (2529). **การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง**. แปลจาก, Cancer Pain Relief. โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

## บทความ

- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. (2536, ธันวาคม). “กฎหมายกับการปล่อยให้ตายอย่างสงบ.” **บทบัญญัติ**, **ล. 49, ตอน 4**. หน้า 41-48.
- ประทีป อ่าววิจิตรกุล. (2539, ตุลาคม – ธันวาคม). “EUTHANASIA.” **ดุลพາห**, **43, 4**. หน้า 192 - 194.
- ไพศาล ลิ้มสถิตย์. (2549, สิงหาคม). “จากครุฑหลัง ปงกันมุล...ถึงร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” **สภาพนายความคิด**, **14, 85**. หน้า 41-45.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2531,1 เมษายน). “การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามความสมัครใจของผู้ป่วยเองกฎหมายควรรับรองหรือยัง.” **วารสารนิติศาสตร์**, **16, 2**. หน้า 59-63.
- \_\_\_\_\_. (2539, ตุลาคม-ธันวาคม). “สิทธิที่จะตาย.” **ดุลพาห**, **43, 4**. หน้า 90-125.
- \_\_\_\_\_. ทิษณู เพ็งไพบุลย์ และอนันต์ บุญเกิด. (2529, กันยายน). “การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบกับความรับผิดชอบทางอาญา.” **บทบัญญัติ**, **ล. 42, ตอน 3**. หน้า 112-116.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (ม.ป.ป.). “มาตรา ๑๐ ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่เรื่องการุณยฆาต.” **รายงานการพิจารณาศึกษาเรื่องการปฏิรูปการรับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตของคณะกรรมการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. หน้า 53-55.
- สุรศักดิ์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล. (2534, พฤศจิกายน). **ความยินยอมของผู้เสียหาย: ศึกษากรณีปลุกถ่ายอวัยวะ** (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. หน้า 5-12.

## วิทยานิพนธ์

- กมลชัย รัตนสากววงศ์. (2523). **ความยินยอมในกฎหมายอาญา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาญชัย วสันตยานนท์. (2551). **การุณยฆาตกับสังคมไทย**. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นฤมล มารคแมน. (2527). **ปัญหาจริยธรรมอันเนื่องมาจากการุณยฆาต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาอักษรศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. (2529). **การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์



มหาวิทยาลัย.

พระมหาวันชัย ธรรมชโย (ช่วงสำโรง). (2548). **การศึกษาเชิงวิเคราะห์เรื่องความตายตามทัศนะของพุทธทาสภิกขุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

วัลภ์ วิเศษสุวรรณ. (2549). **การกระทำโดยงดเว้นของแพทย์: ศึกษากรณีความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์ในการปฏิบัติตามคำปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุจิตรา วงศ์กำแหง. (2546). **หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อัจฉรา วีระชาติ. (2537). **สิทธิของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

#### สารสนเทศจากสื่ออิเล็กทรอนิกส์

กุลธิดา สามะพุทธิ. (ม.ป.ป.). การรณรงค์: ฆ่าด้วยความกรุณา. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.sarakadee.com/feature/2000/04/vote.shtml>

วิกิพีเดีย. (ม.ป.ป.). นครรัฐวาติกัน. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก [th.wikipedia.org/wiki/นครรัฐวาติกัน](http://th.wikipedia.org/wiki/นครรัฐวาติกัน)

ทัศนสถานบำบัดพิเศษกลาง. (ม.ป.ป.). การพระราชทานอภัยโทษ. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2554, จาก [http://www.bumbadglang.com/inside\\_forgive.htm](http://www.bumbadglang.com/inside_forgive.htm)

แพทยสภา. (ม.ป.ป.). สิทธิผู้ป่วย. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.tmc.or.th/privilege.php>

พระมหาณฤพล อริยวังโส. (ม.ป.ป.). การรณรงค์กับมุมมองตามแนวพุทธจริยศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2554, จาก [http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com\\_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3](http://www.electron.rmutphysics.com/science-news/index.php?option=com_content&task=view&id=261&Itemid=4&limit=1&limitstart=3)

มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). Euthanasia. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/>

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2551, ตุลาคม). ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก.

สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.doctor.or.th/node/7166>

วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. (ม.ป.ป.). สิทธิของผู้ป่วย. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554, จาก

<http://www.otat.org/images/1133859944/right%20of%20patient.doc>

สันต์ หัตถิรัตน์. (2543). ๘ ก.ค. ครบรอบปีมรณกาลท่านพุทธทาส. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน

2554, จาก <http://www.songpak16.com/Budhatas/bdd-18.htm>

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). Thailivingwill. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2554,

จาก <http://www.thailivingwill.in.th/>

### กฎหมาย

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ  
บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการ  
ทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553.

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ.2477.

ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550.

ระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุดว่าด้วยการดำเนินคดีอาญาของพนักงานอัยการ 2547.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550.

## ภาษาต่างประเทศ

## BOOKS

- Talib, Norchaya. (2002). **Euthanasia – A Malaysian Perspective**. Selangor, Malaysia: Sweet & Maxwell Asia.
- Williams, Glanville. (1966). **The Sanctity of Life and the Criminal Law**. New York, The United States: Knopf.

## ARTICLE

- Dicamillo, Julie. (1992). "A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RIGHT TO DIE IN THE NETHERLANDS AND THE UNITED STATES AFTER CRUZAN: REASSESSING THE RIGHT OF SELF-DETERMINATION." **American University Journal of International Law and Policy**, Vol. 7:807. pp. 807-842.

## ELECTRONIC SOURCES

- Bytesmaster. (2011, June 4). Dr.Death and Nuremburg. Retrieve August 1, 2011, from <http://bytesdaily.blogspot.com/2011/06/dr-death-and-nuremburg.html>
- Casebriefs LLC. (n.d.). Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health. Retrieved March 20, 2012, from <http://www.casebriefs.com/blog/law/criminal-law/criminal-law-keyed-to-kadish/exculpation/cruzan-v-director-missouri-dept-of-health>
- Craine, Patrick. (2009, December 2). Former Dutch Health Minister Admits Error of Legalizing Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.lifesitenews.com/news/archive/ldn/2009/dec/09120207>
- Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Johannes J. M. van Delden and Agnes van der Heide. (2009). Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What Have We Learnt and What

- Questions Remain?. Retrieved August 1, 2011, from  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>
- Leagle, Inc. (n.d.). Barber v. Superior court. Retrieved March 19, 2012, from  
[http://174.123.24.242/leagle/xmlResult.aspx?page=1&xmldoc=19831153147CalApp3d1006\\_11068.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985&SizeDisp=7](http://174.123.24.242/leagle/xmlResult.aspx?page=1&xmldoc=19831153147CalApp3d1006_11068.xml&docbase=CSLWAR1-1950-1985&SizeDisp=7)
- Patients Rights Council. (2011). Attempts to Legalize Euthanasia/Assisted-Suicide in the United States. Retrieved June 1, 2011, from  
<http://www.patientsrightscouncil.org/site/failed-attempts-usa/>
- Pietsch, Chelsea. (n.d.). Development of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the Netherlands. Retrieved June 1, 2011, from  
[http://www.bioethics.org.au/Resources/Online%20Articles/Other%20Articles/Development\\_Euthanasia\\_Netherlands\\_21.pdf](http://www.bioethics.org.au/Resources/Online%20Articles/Other%20Articles/Development_Euthanasia_Netherlands_21.pdf)
- Pollard, Brian. (2003). Current euthanasia law in the Netherlands. Retrieved June 1, 2011, from <http://www.catholiceducation.org/articles/euthanasia/eu0021.html>
- Santivasa, Saratoon. (n.d.). Legal Aspect of Euthanasia in Thailand: Problems and Prospects. Retrieved June 1, 2011, from  
<http://www.stc.arts.chula.ac.th/Publications/files/EUTHANASIA.doc>
- The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. (1980, May 5). DECLARATION ON EUTHANASIA. Retrieved June 1, 2011, from  
[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html)
- The Maranatha Community. (2009, December 2). The slippery slope to Euthanasia. Retrieved August 1, 2011, from <http://www.maranathacommunity.org.uk/pdf/maranatha-dec09-slippery-slope-to-euthanasia.pdf>
- Westlaw. (n.d.). Matter of Quinlan. Retrieved June 1, 2011, from <http://web2.westlaw.com>
- Westlaw. (n.d.). People v. Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from  
<http://web2.westlaw.com>

Wikipedia. (n.d.). Euthanasia. Retrieved June 1, 2011, from

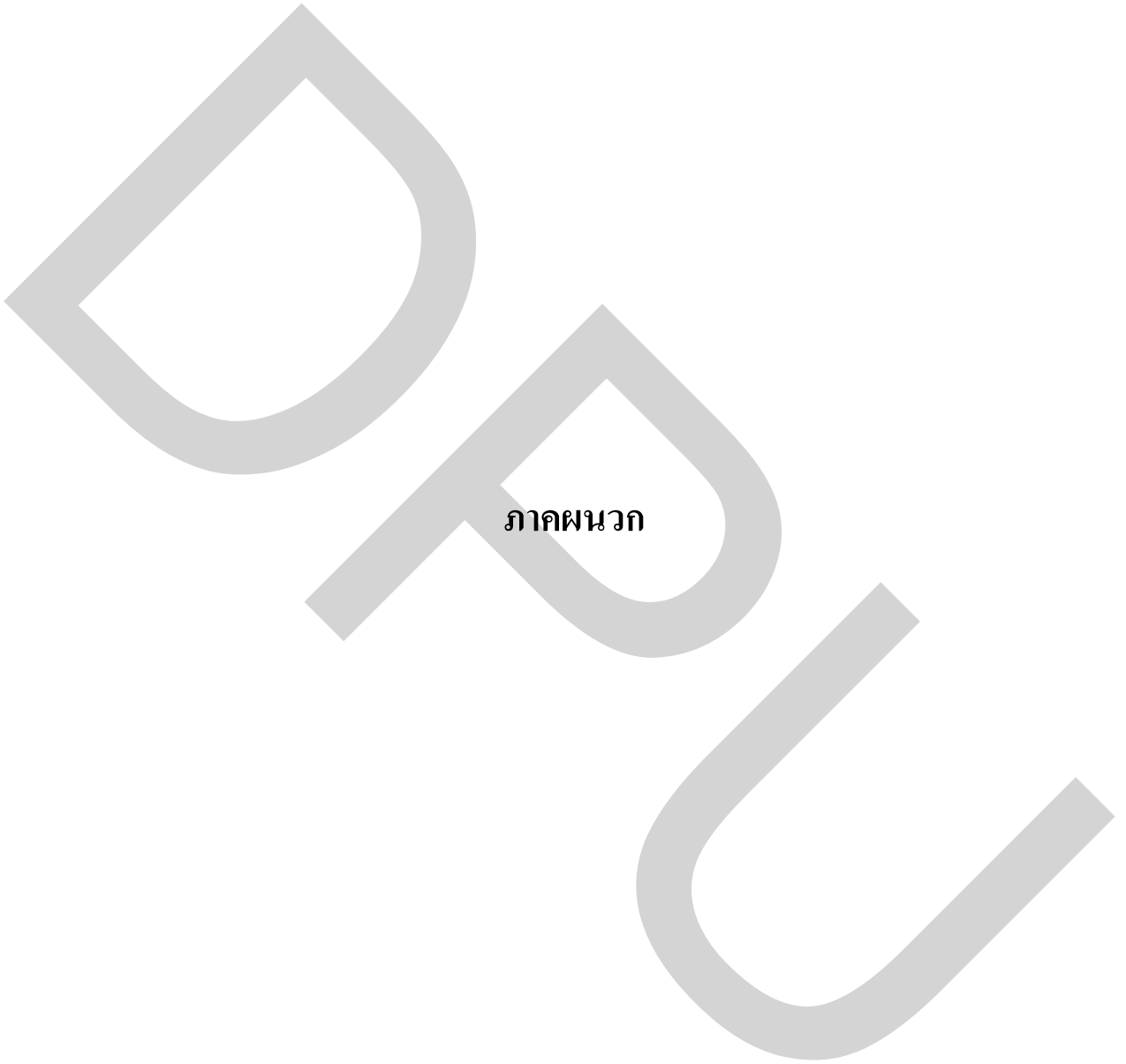
**<http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia>**

Wikipedia. (n.d.). Jack Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from

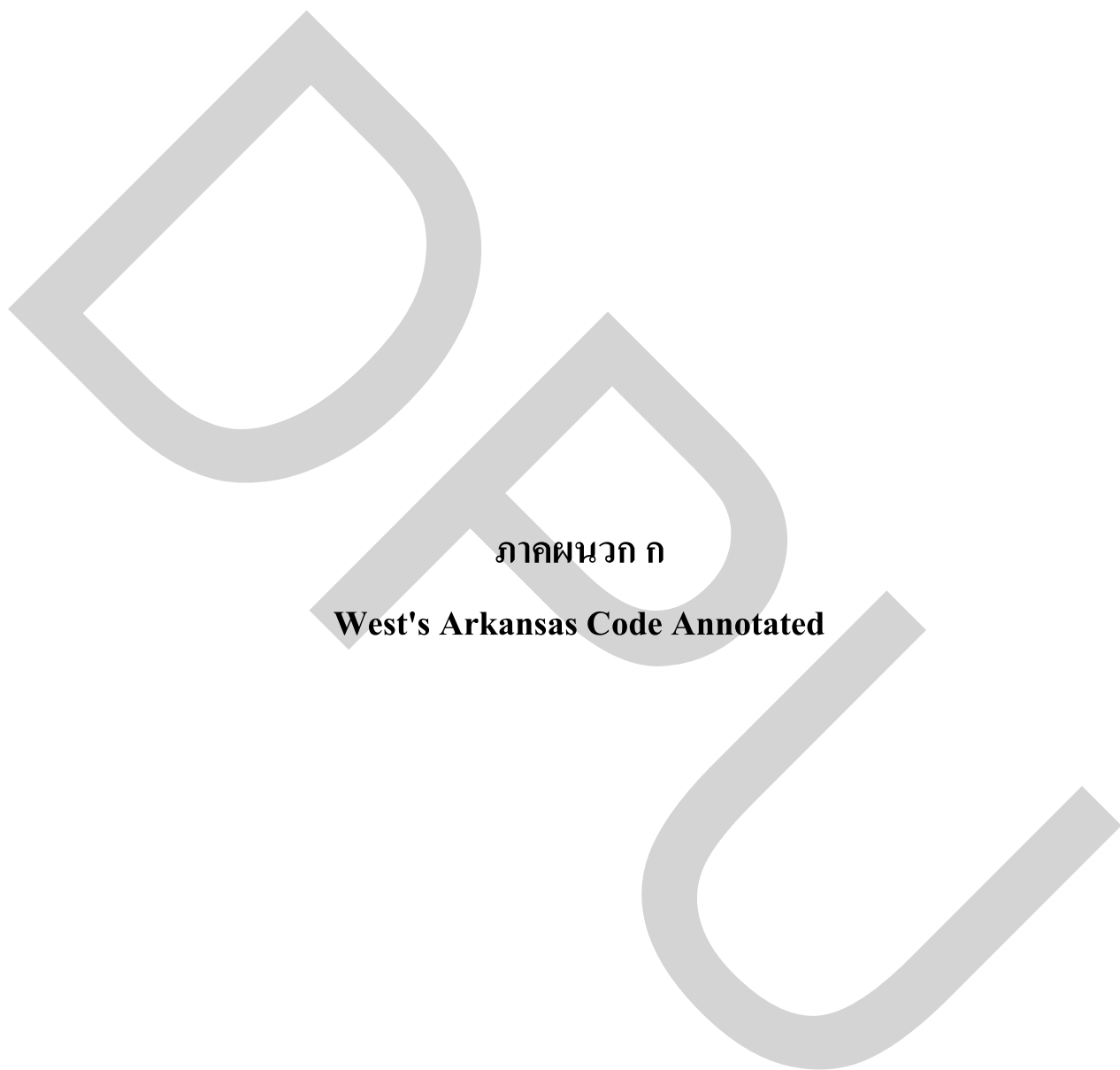
**[http://en.wikipedia.org/wiki/Jack\\_Kevorkian](http://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian)**

Wikipedia. (n.d.). Slippery slope. Retrieved July 14, 2012, from

**[http://en.wikipedia.org/wiki/Slippery\\_slope](http://en.wikipedia.org/wiki/Slippery_slope)**



ภาคผนวก



**ภาคผนวก ก**

**West's Arkansas Code Annotated**

A.C.A. § 20-10-1010

**West's Arkansas Code Annotated**

Title 20. Public Health and Welfare

Subtitle 2. Health and Safety (Chapters 6 to 44)

Chapter 10. Long-Term Care Facilities and Services (Refs & Annos)

Subchapter 10. Omnibus Long-Term Care Reform Act

**§ 20-10-1010. End-of-life treatment of long-term care residents**

(a) For residents suffering from a terminal condition as defined in § 20-17-201, facilities may withhold nutrition or hydration, or both, only pursuant to:

- (1) The directive or with the consent of the resident;
- (2) A validly executed declaration as defined in § 20-17-201; or
- (3) The instructions of a person authorized to execute a written request for

another under § 20-17-214 if:

(A) The resident did not execute a declaration; and

(B) In the opinion of the attending physician, the resident is no longer able to make health care decisions for himself or herself; or

(4) The directions of an attorney-in-fact appointed under a validly executed durable power of attorney for health care as defined in § 20-13-104.

(b) For residents who are permanently unconscious as defined in § 20-17-201, facilities may withhold nutrition or hydration, or both, only pursuant to:

- (1) A validly executed declaration as defined in § 20-17-201; or
- (2) The instructions of a person authorized to execute a written request for

another pursuant to § 20-17-214 if:

(A) The resident did not execute a declaration; and

(B) In the opinion of the attending physician, the resident is no longer able to make health care decisions for himself or herself; or

(3) The directions of an attorney-in-fact appointed under a validly executed durable power of attorney for health care as defined in § 20-13-104.



(c) (1) Notwithstanding subsections (a) and (b) of this section, the wishes of a resident who requests nutrition or hydration, or both, shall be honored.

(2) Unless the use of artificial means is specifically requested, a patient's request for nutrition or hydration, or both, shall not be honored by use of artificial means if doing so would require the insertion of any apparatus into the patient's body.

(d) The attending physician or other health care provider may not substitute his or her judgment relating to nutrition or hydration and make a decision that is contrary to the known wishes of the resident.

CREDIT(S)

Acts of 2003, Act 1322, § 7, eff. July 16, 2003.

A.C.A. § 20-17-201

**West's Arkansas Code Annotated**

Title 20. Public Health and Welfare

Subtitle 2. Health and Safety (Chapters 6 to 44)

Chapter 17. Death and Disposition of the Dead (Refs & Annos)

Subchapter 2. Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act (Refs & Annos)

**§ 20-17-201. Definitions**

As used in this subchapter, unless the context otherwise requires:

(1) “Attending physician” means the physician who has primary responsibility for the treatment and care of the patient;

(2) “Declaration” means a writing executed in accordance with the requirements of § 20-17-202(a);

(3) “Health care proxy” is a person eighteen (18) years old or older appointed by the patient as attorney-in-fact to make health care decisions including the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment if a qualified patient, in the opinion of the attending physician, is permanently unconscious, incompetent, or otherwise mentally or physically incapable of communication;

(4) “Health care provider” means a person who is licensed, certified, or otherwise authorized by the law of this state to administer health care in the ordinary course of business or practice of a profession;

(5) “Life-sustaining treatment” means any medical procedure or intervention that, when administered to a qualified patient, will serve only to prolong the process of dying or to maintain the patient in a condition of permanent unconsciousness;

(6) “Permanently unconscious” means a lasting condition, indefinitely without change in which thought, feeling, sensations, and awareness of self and environment are absent;

(7) “Person” means an individual, corporation, business trust, estate, trust, partnership, association, joint venture, government, governmental subdivision or agency, or any other legal or commercial entity;

(8) “Physician” means an individual licensed to practice medicine in this state;

(9) “Qualified patient” means a patient eighteen (18) or more years of age who has executed a declaration or appointed a health care proxy and who has been determined to be in a terminal condition or in a permanently unconscious state by the attending physician and another qualified physician who has examined the patient;

(10) “State” means a state, territory, or possession of the United States, the District of Columbia, or the Commonwealth of Puerto Rico; and

(11) “Terminal condition” means an incurable and irreversible condition that, without the administration of life-sustaining treatment, will, in the opinion of the attending physician, result in death within a relatively short time.

CREDIT(S)

Acts of 1987, Act 713, § 1; Acts of 1999, Act 1536, § 1, eff. July 30, 1999.

A.C.A. § 20-17-202

**West's Arkansas Code Annotated**

Title 20. Public Health and Welfare

Subtitle 2. Health and Safety (Chapters 6 to 44)

Chapter 17. Death and Disposition of the Dead (Refs & Annos)

Subchapter 2. Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act (Refs & Annos)

**§ 20-17-202. Life-sustaining procedures--Implementation--Declaration**

(a) An individual of sound mind and eighteen (18) or more years of age may execute at any time a declaration governing the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment. The declaration must be signed by the declarant, or another at the declarant's direction, and witnessed by two (2) individuals.

(b) A declaration may be, but need not be, in the following form in the case where the patient has a terminal condition:

“DECLARATION

“If I should have an incurable or irreversible condition that will cause my death within a relatively short time, and I am no longer able to make decisions regarding my medical treatment, I direct my attending physician, pursuant to the Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act, to [withhold or withdraw treatment that only prolongs the process of dying and is not necessary to my comfort or to alleviate pain] [follow the instructions of ..... whom I appoint as my Health Care Proxy to decide whether life-sustaining treatment should be withheld or withdrawn].

“It is my specific directive that nutrition may be withheld after consultation with my attending physician.

“It is my specific directive that hydration may be withheld after consultation with my attending physician.

“It is my specific directive that nutrition may not be withheld.

“It is my specific directive that hydration may not be withheld.

“Signed this ..... day of ....., .....

“Signature .....

“Address .....

“The declarant voluntarily signed this writing in my presence.

“Witness .....

“Address .....

“Witness .....

“Address .....”

(c) A declaration may be, but need not be, in the following form in the case where the patient is permanently unconscious:

“DECLARATION

“If I should become permanently unconscious, I direct my attending physician, pursuant to the Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act, to [withhold or withdraw life-sustaining treatments that are no longer necessary to my comfort or to alleviate pain] [follow the instructions of ..... whom I appoint as my health care proxy to decide whether life-sustaining treatment should be withheld or withdrawn].

“It is my specific directive that nutrition may be withheld after consultation with my attending physician.

“It is my specific directive that hydration may be withheld after consultation with my attending physician.

“It is my specific directive that nutrition may not be withheld.

“It is my specific directive that hydration may not be withheld.

“Signed this ..... day of ....., 20 .....

“Signature .....

“Address .....

“The declarant voluntarily signed this writing in my presence.

“Witness .....

“Address .....

“Witness .....

“Address .....””

(d) A physician or other health care provider who is furnished a copy of the declaration shall make it a part of the declarant's medical record and, if unwilling to comply with the declaration, promptly so advise the declarant.

(e) In the case of a qualified patient, the patient's health care proxy, in consultation with the attending physician, shall have the authority to make treatment decisions for the patient including the withholding or withdrawal of life-sustaining procedures.

(f) A declaration executed by a qualified individual shall be clear and convincing evidence of his or her wishes, but clear and convincing evidence of an individual's wishes is not limited to the declarations under this section.

(g) (1) The directives concerning nutrition and hydration contained in subsections (b) and (c) of this section shall apply only to declarations executed on and after July 16, 2003.

(2) All declarations executed before that date shall remain in full force and effect, and the provisions of subsections (b) and (c) of this section pertaining to hydration and nutrition shall not be applied in the interpretation or construction of any such declaration, nor shall they be applied to in any way invalidate any such declaration or to otherwise limit the directives, powers, and authority granted under any such declaration.

CREDIT(S)

Acts of 1987, Act 713, § 2; Acts of 1999, Act 1536, § 2, eff. July 30, 1999; Acts of 2003, Act 1322, §§ 3, 4, eff. July 16, 2003.

A.C.A. § 20-17-214

**West's Arkansas Code Annotated**

Title 20. Public Health and Welfare

Subtitle 2. Health and Safety (Chapters 6 to 44)

Chapter 17. Death and Disposition of the Dead (Refs & Annos)

Subchapter 2. Arkansas Rights of the Terminally Ill or Permanently Unconscious Act (Refs & Annos)

**§ 20-17-214. Who may execute written request for another**

(a) If any person is a minor or an adult where a valid declaration does not exist and a health care proxy has not been designated and who, in the opinion of the attending physician, is no longer able to make health care decisions, then the declaration may be executed in the same form on his or her behalf by the first of the following individuals or category of individuals who exist and are reasonably available for consultation:

- (1) A legal guardian of the patient, if one has been appointed;
- (2) In the case of an unmarried patient under the age of eighteen (18), the parents of the patient;
- (3) The patient's spouse;
- (4) The patient's adult child or, if there is more than one (1), then a majority of the patient's adult children participating in the decision;
- (5) The parents of a patient over the age of eighteen (18);
- (6) The patient's adult sibling or, if there is more than one (1), then a majority of the patient's adult siblings participating in the decision;
- (7) Persons standing in loco parentis to the patient; or
- (8) A majority of the patient's adult heirs at law who participate in the decision.

(b) (1) Even if an advance directive that includes a directive to withhold nutrition or hydration, or both, is signed by a person under this section, if the terminally ill patient requests nutrition or hydration, his or her wishes shall be honored.

(2) Unless the use of artificial means is specifically requested, a patient's request for nutrition or hydration, or both, shall not be honored by use of artificial means if doing so would require the insertion of any apparatus into the patient's body.

CREDIT(S)

Acts of 1987, Act 713, § 14; Acts of 2003, Act 1322, § 9, eff. July 16, 2003.



**ภาคผนวก ข**

**Termination of Life on Request and Assisted Suicide  
(Review Procedures) Act**

**Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act**

- This Act entered into force on April 1, 2002 -

**Review procedures of termination of life on request and assisted suicide and amendment to the Penal Code (Wetboek van Strafrecht) and the Burial and Cremation Act (Wet op de lijkbezorging)**

We Beatrix, by the grace of God, Queen of the Netherlands, Princess of Oranje-Nassau, etc., etc. etc.

Greetings to all who shall see or hear these presents! Be it known:

Whereas We have considered that it is desired to include a ground for exemption from criminal liability for the physician who with due observance of the requirements of due care to be laid down by law terminates a life on request or assists in a suicide of another person, and to provide a statutory notification and review procedure;

We, therefore, having heard the Council of State, and in consultation with the States General, have approved and decreed as We hereby approve and decree:

**Chapter I. Definitions of Terms**

**Article 1**

**For the purposes of this Act:**

- a. Our Ministers mean the Ministers of Justice and of Health, Welfare and Sports;
- b. assisted suicide means intentionally assisting in a suicide of another person or procuring for that other person the means referred to in Article 294 second paragraph, second sentence of the Penal code;
- c. the physician means the physician who according to the notification has terminated a life on request or assisted in a suicide;
- d. the consultant means the physician who has been consulted with respect to the intention by the physician to terminate a life on request or to assist in a suicide;
- e. the providers of care mean the providers of care referred to in Article 446 first paragraph of Book 7 of the Civil Code (Burgerlijk Wetboek);
- f. the committee means a regional review committee referred to in Article 3;

g. the regional inspector means the regional inspector of the Health Care Inspectorate of the Public Health Supervisory Service.

## **Chapter II. Requirements of Due Care**

### **Article 2**

1. The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician:

- a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered,
- b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable,
- c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects,
- d. and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in,
- e. has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a - d, and
- f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

2. If the patient aged sixteen years or older is no longer capable of expressing his will, but prior to reaching this condition was deemed to have a reasonable understanding of his interests and has made a written statement containing a request for termination of life, the physician may cant' out this request. The requirements of due care, referred to in the first paragraph, apply mutatis mutandis.

3. If the minor patient has attained an age between sixteen and eighteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request for termination of life or assisted suicide, after the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian have been involved in the decision process.

4. If the minor patient is aged between twelve and sixteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request, provided always that the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian agree with the termination of life or the assisted suicide. The second paragraph applies mutatis mutandis.

### **Chapter III. The Regional Review Committees for Termination of Life on Request and Assisted Suicide.**

Paragraph 1: Establishment, composition and appointment

#### **Article 3**

1. There are regional committees for the review of notifications of cases of termination of life on request and assistance in a suicide as referred to in Article 293 second paragraph or 294 second paragraph second sentence, respectively, of the Penal Code.

2. A committee is composed of an uneven number of members, including at any rate one legal specialist, also chairman, one physician and one expert on ethical or philosophical issues'. The committee also contains deputy members of each of the, categories listed in the first sentence.

#### **Article 4**

1. The chairman and the members, as well as the deputy members are appointed by Our Ministers for a period of six years. They may be re-appointed one time for another period of six years. 'philosophical issues' -- in the original text the Dutch word 'zingevingsvraagstukken' is used to describe the discussion on the prerequisites for a meaningful life.

2. A committee has a secretary and one or more deputy secretaries, all legal specialists, appointed by Our Ministers. The secretary has an advisory role in the committee meetings.

3. The secretary may solely be held accountable by the committee for his activities for the committee.

Paragraph 2: Dismissal

#### **Article 5**

Our Ministers may at any time dismiss the chairman and the members, as well as the deputy members at their own request.

#### **Article 6**

Our Ministers may dismiss the chairman and the members, as well as the deputy members for reasons of unsuitability or incompetence or for other important reasons.

Paragraph 3: Remuneration

**Article 7**

The chairman and the members, as well as the deputy members receive a holiday allowance as well as a reimbursement of the travel and accommodation expenses according to the existing government scheme insofar as these expenses are not otherwise reimbursed from the State Funds.

Paragraph 4: Duties and powers

**Article 8**

1. The committee assesses on the basis of the report referred to in Article 7 second paragraph of the Burial and Cremation Act whether the physician who has terminated a life on request or assisted in a suicide has acted in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2.

2. The committee may request the physician to supplement his report in writing or verbally, where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.

3. The committee may make enquiries at the municipal autopsist, the consultant or the providers of care involved where this is necessary for a proper assessment of the physician's actions.

**Article 9**

1. The committee informs the physician within six weeks of the receipt of the report referred to in Article 8 first paragraph in writing of its motivated opinion.

2. The committee informs the Board of Procurators General and the regional health care inspector of its opinion:

a. if the committee is of the opinion that the physician has failed to act in accordance with the requirements of due care, referred to in Article 2; or

b. if a situation occurs as referred to in Article 12, final sentence of the Burial and Cremation Act.

The committee shall inform the physician of this.

3. The term referred to in the first paragraph may be extended one time by a maximum period of six weeks. The committee shall inform the physician of this.

4. The committee may provide a further, verbal explanation on its opinion to the physician.

This verbal explanation may take place at the request of the committee or at the request of the physician.

#### **Article 10**

The committee is obliged to provide all information to the public prosecutor, at his request, which he may need:

1. for the benefit of the assessment of the physician's actions in the case referred to in Article 9 second paragraph; or
2. for the benefit of a criminal investigation.

The committee shall inform the physician of any provision of information to the public prosecutor.

Paragraph 6: Working method

#### **Article 11**

The committee shall ensure the registration of the cases of termination of life or assisted suicide reported for assessment. Further rules on this may be laid down by a ministerial regulation by Our Ministers.

#### **Article 12**

1. An opinion is adopted by a simple majority of votes.
2. An opinion may only be adopted by the committee provided all committee members have participated in the vote.

#### **Article 13**

At least twice a year, the chairmen of the regional review committees conduct consultations with one another with respect to the working method and the performance of the committees. A representative of the Board of Procurators General and a representative of the Health Care Inspectorate of the Public Health Supervisory Service are invited to attend these consultations.

Paragraph 7: Secrecy and Exemption

#### **Article 14**

The members and deputy members of the committee are under an obligation of secrecy to keep confidential any information acquired in the performance of their duties, except

where any statutory regulation obliges them to divulge this information or where the necessity to divulge information ensues from their duties.

**Article 15**

A member of the committee that serves on the committee in the treatment of a case exempts himself and may be challenged if there are facts or circumstances that may affect the impartiality of his opinion.

**Article 16**

A member, a deputy member and the secretary of the committee refrain from rendering an opinion on the intention by a physician to terminate a life on request or to assist in a suicide.

Paragraph 8: Report

**Article 17**

1. Not later than 1 April, the committees issue a joint annual report to Our Ministers on the activities of the past calendar year. Our Ministers shall lay down a model for this by means of a ministerial regulation.

2. The report on the activities referred to in the first paragraph shall at any rate include the following:

- a. the number of reported cases of termination of life on request and assisted suicide on which the committee has rendered an opinion;
- b. the nature of these cases;
- c. the opinions and the considerations involved.

**Article 18**

Annually, at the occasion of the submission of the budget to the States General, Our Ministers shall issue a report with respect to the performance of the committees further to the report on the activities as referred to in Article 17 first paragraph.

**Article 19**

1. On the recommendation of Our Ministers, rules shall be laid down by order in council regarding the committees with respect to

- a. their number and their territorial jurisdiction;
- b. their domicile.

2. Our Ministers may lay down further rules by or pursuant to an order in council regarding the committees with respect to

- a. their size and composition;
- b. their working method and reports.

#### **Chapter IV. Amendments to other Acts**

##### **Article 20**

The Penal Code shall be amended as follows:

A

Article 293 shall read:

##### **Article 293**

1. 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.

2. The act referred to in the first paragraph shall not be an offence if it committed by a physician who fulfils the due care criteria set out in Article 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 Article 7, paragraph 2 of the Burial and Cremation Act.

B

Article 294 shall read:

##### **Article 294**

1. Any person who intentionally incites another to commit suicide shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fine of the fourth-category fine.

2. Any person who intentionally assist another to commit suicide or provides him with the means to do 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.

C

In Article 295, the following is inserted after '293': first paragraph.



D

In Article 422, the following is inserted after '293': first paragraph.

**Article 21**

The Burial and Cremation Act shall be amended as follows:

A

Article 7 shall read:

**Article 7**

1. A person who has performed a postmortem shall issue a death certificate if he is convinced that death has occurred as a result of a natural cause.

2. If the death was the result of the application of termination of life on request or assisted suicide as referred to in Article 293 second paragraph or Article 294 second paragraph second sentence, respectively, of the Penal Code, the attending physician shall not issue a death certificate and shall promptly notify the municipal autopsist or one of the municipal autopsists of the cause of death by completing a form. The physician shall supplement this form with a reasoned report with respect to the due observance of the requirements of due care referred to in Article 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) act.

3. If the attending physician in other cases than referred to in the second paragraph believes that he may not issue a death certificate, he must promptly notify the municipal autopsist or one of the municipal autopsists of this by completing a form.

B

Article 9 shall read:

**Article 9**

1. The form and the set-up of the models of the death certificate to be issued by the attending physician and by the municipal autopsist shall be laid down by order in council.

2. The form and the set-up of the models of the notification and the report referred to in Article 7 second paragraph, of the notification referred to in Article 7 third paragraph and of the forms referred to in Article 10 first and second paragraph shall be laid down by order in council on the recommendation of Our Minister of Justice and Our Minister of Health, Welfare and Sports.

C

Article 10 shall read:

**Article 10**

1. If the municipal autopsist is of the opinion that he cannot issue a death certificate, he shall promptly report this to the public prosecutor by completing a form and he shall promptly notify the registrar of births, deaths and marriages.

2. In the event of a notification as referred to in Article 7 second paragraph and without prejudice to the first paragraph, the municipal autopsist shall promptly report to the regional review committee referred to in Article 3 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act by completing a form. He shall enclose a reasoned report as referred to in Article 7 second paragraph.

D

The following sentence shall be added to Article 12, reading: If the public prosecutor, in the cases referred to in Article 7 second paragraph, is of the opinion that he cannot issue a certificate of no objection against the burial or cremation, he shall promptly inform the municipal autopsist and the regional review committee referred to in Article 3 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act of this.

E

In Article 81, first part, '7, first paragraph' shall be replaced by '7, first and second paragraph'.

**Article 22**

The General Administrative Law Act (Algemene wet bestuursrecht) shall be amended as follows:

At the end of part d of Article 1:6, the full stop shall be replaced by a semicolon and the following shall be added to the fifth part, reading:

e. decisions and actions in the implementation of the Termination of Life and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

**Chapter V. Final Provisions**

**Article 23**

This Act shall take effect as of a date to be determined by Royal Decree.

**Article 24**

This Act may be cited as: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

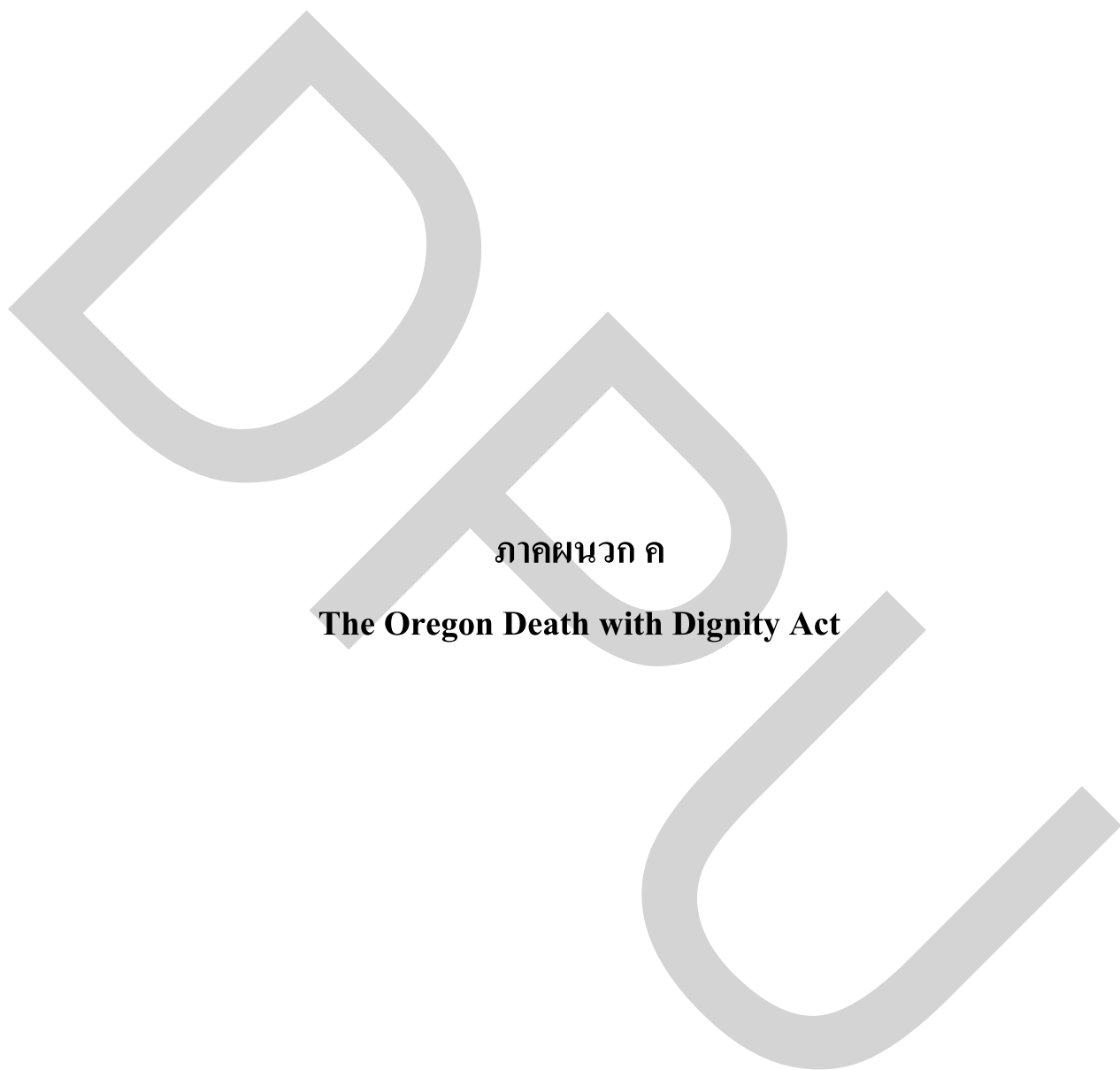
We hereby order and command that this Act shall be published in the Bulletin of Acts and Decrees and that all ministerial departments, authorities, bodies and officials whom it may concern shall diligently implement it.

Done

The Minister of Justice,

The Minister of Health, Welfare and Sports.

Upper House, parliamentary year 2000-2001, 26 691, no 137



**ภาคผนวก ค**

**The Oregon Death with Dignity Act**

**THE OREGON DEATH WITH DIGNITY ACT**  
**OREGON REVISED STATUTES**

(General Provisions)

(Section 1)

**Note:** The division headings, subdivision headings and leadlines for 127.800 to 127.890, 127.895 and 127.897 were enacted as part of Ballot Measure 16 (1994) and were not provided by Legislative Counsel.

**127.800 §1.01. Definitions.**

The following words and phrases, whenever used in ORS 127.800 to 127.897, have the following meanings:

- (1) "Adult" means an individual who is 18 years of age or older.
- (2) "Attending physician" means the physician who has primary responsibility for the care of the patient and treatment of the patient's terminal disease.
- (3) "Capable" means that in the opinion of a court or in the opinion of the patient's attending physician or consulting physician, psychiatrist or psychologist, a patient has the ability to make and communicate health care decisions to health care providers, including communication through persons familiar with the patient's manner of communicating if those persons are available.
- (4) "Consulting physician" means a physician who is qualified by specialty or experience to make a professional diagnosis and prognosis regarding the patient's disease.
- (5) "Counseling" means one or more consultations as necessary between a state licensed psychiatrist or psychologist and a patient for the purpose of determining that the patient is capable and not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment.
- (6) "Health care provider" means a person licensed, certified or otherwise authorized or permitted by the law of this state to administer health care or dispense medication in the ordinary course of business or practice of a profession, and includes a health care facility.
- (7) "Informed decision" means a decision by a qualified patient, to request and obtain a prescription to end his or her life in a humane and dignified manner, that is based on an appreciation of the relevant facts and after being fully informed by the attending physician of:

- (a) His or her medical diagnosis;
- (b) His or her prognosis;
- (c) The potential risks associated with taking the medication to be prescribed;
- (d) The probable result of taking the medication to be prescribed; and
- (e) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control.

(8) "Medically confirmed" means the medical opinion of the attending physician has been confirmed by a consulting physician who has examined the patient and the patient's relevant medical records.

(9) "Patient" means a person who is under the care of a physician.

(10) "Physician" means a doctor of medicine or osteopathy licensed to practice medicine by the Board of Medical Examiners for the State of Oregon.

(11) "Qualified patient" means a capable adult who is a resident of Oregon and has satisfied the requirements of ORS 127.800 to 127.897 in order to obtain a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner.

(12) "Terminal disease" means an incurable and irreversible disease that has been medically confirmed and will, within reasonable medical judgment, produce death within six months. [1995 c.3 §1.01; 1999 c.423 §1]

(Written Request for Medication to End One's Life in a Humane and Dignified Manner)

(Section 2)

**127.805 §2.01. Who may initiate a written request for medication.**

(1) An adult who is capable, is a resident of Oregon, and has been determined by the attending physician and consulting physician to be suffering from a terminal disease, and who has voluntarily expressed his or her wish to die, may make a written request for medication for the purpose of ending his or her life in a humane and dignified manner in accordance with ORS 127.800 to 127.897.

(2) No person shall qualify under the provisions of ORS 127.800 to 127.897 solely because of age or disability. [1995 c.3 §2.01; 1999 c.423 §2]

**127.810 §2.02. Form of the written request.**

(1) A valid request for medication under ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the form described in ORS 127.897, signed and dated by the patient and witnessed by at least two individuals who, in the presence of the patient, attest that to the best of their knowledge and belief the patient is capable, acting voluntarily, and is not being coerced to sign the request.

(2) One of the witnesses shall be a person who is not:

(a) A relative of the patient by blood, marriage or adoption;

(b) A person who at the time the request is signed would be entitled to any portion of the estate of the qualified patient upon death under any will or by operation of law; or

(c) An owner, operator or employee of a health care facility where the qualified patient is receiving medical treatment or is a resident.

(3) The patient's attending physician at the time the request is signed shall not be a witness.

(4) If the patient is a patient in a long term care facility at the time the written request is made, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility and having the qualifications specified by the Department of Human Services by rule. [1995 c.3 §2.02]

(Safeguards)

(Section 3)

**127.815 §3.01. Attending physician responsibilities.**

(1) The attending physician shall:

(a) Make the initial determination of whether a patient has a terminal disease, is capable, and has made the request voluntarily;

(b) Request that the patient demonstrate Oregon residency pursuant to ORS 127.860;

(c) To ensure that the patient is making an informed decision, inform the patient of:

(A) His or her medical diagnosis;

(B) His or her prognosis;

(C) The potential risks associated with taking the medication to be

prescribed;

(D) The probable result of taking the medication to be prescribed; and

(E) The feasible alternatives, including, but not limited to, comfort care, hospice care and pain control;

(d) Refer the patient to a consulting physician for medical confirmation of the diagnosis, and for a determination that the patient is capable and acting voluntarily;

(e) Refer the patient for counseling if appropriate pursuant to ORS 127.825;

(f) Recommend that the patient notify next of kin;

(g) Counsel the patient about the importance of having another person present when the patient takes the medication prescribed pursuant to ORS 127.800 to 127.897 and of not taking the medication in a public place;

(h) Inform the patient that he or she has an opportunity to rescind the request at any time and in any manner, and offer the patient an opportunity to rescind at the end of the 15 day waiting period pursuant to ORS 127.840;

(i) Verify, immediately prior to writing the prescription for medication under ORS 127.800 to 27.897, that the patient is making an informed decision;

(j) Fulfill the medical record documentation requirements of ORS 127.855;

(k) Ensure that all appropriate steps are carried out in accordance with ORS 127.800 to 127.897 prior to writing a prescription for medication to enable a qualified patient to end his or her life in a humane and dignified manner; and

(l) (A) Dispense medications directly, including ancillary medications intended to facilitate the desired effect to minimize the patient's discomfort, provided the attending physician is registered as a dispensing physician with the Board of Medical Examiners, has a current Drug Enforcement Administration certificate and complies with any applicable administrative rule; or

(B) With the patient's written consent:

(i) Contact a pharmacist and inform the pharmacist of the prescription;

and



(ii) Deliver the written prescription personally or by mail to the pharmacist, who will dispense the medications to either the patient, the attending physician or an expressly identified agent of the patient.

(2) Notwithstanding any other provision of law, the attending physician may sign the patient's death certificate. [1995 c.3 §3.01; 1999 c.423 §3]

**127.820 §3.02. Consulting physician confirmation.**

Before a patient is qualified under ORS 127.800 to 127.897, a consulting physician shall examine the patient and his or her relevant medical records and confirm, in writing, the attending physician's diagnosis that the patient is suffering from a terminal disease, and verify that the patient is capable, is acting voluntarily and has made an informed decision. [1995 c.3 §3.02]

**127.825 §3.03. Counseling referral.**

If in the opinion of the attending physician or the consulting physician a patient may be suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment, either physician shall refer the patient for counseling. No medication to end a patient's life in a humane and dignified manner shall be prescribed until the person performing the counseling determines that the patient is not suffering from a psychiatric or psychological disorder or depression causing impaired judgment. [1995 c.3 §3.03; 1999 c.423 §4]

**127.830 §3.04. Informed decision.**

No person shall receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner unless he or she has made an informed decision as defined in ORS 127.800 (7). Immediately prior to writing a prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897, the attending physician shall verify that the patient is making an informed decision. [1995 c.3 §3.04]

**127.835 §3.05. Family notification.**

The attending physician shall recommend that the patient notify the next of kin of his or her request for medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897. A patient who declines or is unable to notify next of kin shall not have his or her request denied for that reason. [1995 c.3 §3.05; 1999 c.423 §6]

**127.840 §3.06. Written and oral requests.**

In order to receive a prescription for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, a qualified patient shall have made an oral request and a written request, and reiterate the oral request to his or her attending physician no less than fifteen (15) days after making the initial oral request. At the time the qualified patient makes his or her second oral request, the attending physician shall offer the patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.06]

**127.845 §3.07. Right to rescind request.**

A patient may rescind his or her request at any time and in any manner without regard to his or her mental state. No prescription for medication under ORS 127.800 to 127.897 may be written without the attending physician offering the qualified patient an opportunity to rescind the request. [1995 c.3 §3.07]

**127.850 §3.08. Waiting periods.**

No less than fifteen (15) days shall elapse between the patient's initial oral request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. No less than 48 hours shall elapse between the patient's written request and the writing of a prescription under ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §3.08]

**127.855 §3.09. Medical record documentation requirements.**

The following shall be documented or filed in the patient's medical record:

- (1) All oral requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;
- (2) All written requests by a patient for medication to end his or her life in a humane and dignified manner;
- (3) The attending physician's diagnosis and prognosis, determination that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (4) The consulting physician's diagnosis and prognosis, and verification that the patient is capable, acting voluntarily and has made an informed decision;
- (5) A report of the outcome and determinations made during counseling, if performed;

(6) The attending physician's offer to the patient to rescind his or her request at the time of the patient's second oral request pursuant to ORS 127.840; and

(7) A note by the attending physician indicating that all requirements under ORS 127.800 to 127.897 have been met and indicating the steps taken to carry out the request, including a notation of the medication prescribed. [1995 c.3 §3.09]

**127.860 §3.10. Residency requirement.**

Only requests made by Oregon residents under ORS 127.800 to 127.897 shall be granted. Factors demonstrating Oregon residency include but are not limited to:

- (1) Possession of an Oregon driver license;
- (2) Registration to vote in Oregon;
- (3) Evidence that the person owns or leases property in Oregon; or
- (4) Filing of an Oregon tax return for the most recent tax year. [1995 c.3 §3.10; 1999 c.423 §8]

**127.865 §3.11. Reporting requirements.**

(1) (a) The Department of Human Services shall annually review a sample of records maintained pursuant to ORS 127.800 to 127.897.

(b) The department shall require any health care provider upon dispensing medication pursuant to ORS 127.800 to 127.897 to file a copy of the dispensing record with the department.

(2) The department shall make rules to facilitate the collection of information regarding compliance with ORS 127.800 to 127.897. Except as otherwise required by law, the information collected shall not be a public record and may not be made available for inspection by the public.

(3) The department shall generate and make available to the public an annual statistical report of information collected under subsection (2) of this section. [1995 c.3 §3.11; 1999 c.423 §9; 2001 c.104 §40]

**127.870 §3.12. Effect on construction of wills, contracts and statutes.**

(1) No provision in a contract, will or other agreement, whether written or oral, to the extent the provision would affect whether a person may make or rescind a request for medication to end his or her life in a humane and dignified manner, shall be valid.

(2) No obligation owing under any currently existing contract shall be conditioned or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. [1995 c.3 §3.12]

**127.875 §3.13. Insurance or annuity policies.**

The sale, procurement, or issuance of any life, health, or accident insurance or annuity policy or the rate charged for any policy shall not be conditioned upon or affected by the making or rescinding of a request, by a person, for medication to end his or her life in a humane and dignified manner. Neither shall a qualified patient's act of ingesting medication to end his or her life in a humane and dignified manner have an effect upon a life, health, or accident insurance or annuity policy. [1995 c.3 §3.13]

**127.880 §3.14. Construction of Act.**

Nothing in ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to authorize a physician or any other person to end a patient's life by lethal injection, mercy killing or active euthanasia. Actions taken in accordance with ORS 127.800 to 127.897 shall not, for any purpose, constitute suicide, assisted suicide, mercy killing or homicide, under the law. [1995 c.3 §3.14]

(Immunities and Liabilities)

(Section 4)

**127.885 §4.01. Immunities; basis for prohibiting health care provider from participation; notification; permissible sanctions.**

Except as provided in ORS 127.890:

(1) No person shall be subject to civil or criminal liability or professional disciplinary action for participating in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897. This includes being present when a qualified patient takes the prescribed medication to end his or her life in a humane and dignified manner.

(2) No professional organization or association, or health care provider, may subject a person to censure, discipline, suspension, loss of license, loss of privileges, loss of membership or other penalty for participating or refusing to participate in good faith compliance with ORS 127.800 to 127.897.

(3) No request by a patient for or provision by an attending physician of medication in good faith compliance with the provisions of ORS 127.800 to 127.897 shall constitute neglect for any purpose of law or provide the sole basis for the appointment of a guardian or conservator.

(4) No health care provider shall be under any duty, whether by contract, by statute or by any other legal requirement to participate in the provision to a qualified patient of medication to end his or her life in a humane and dignified manner. If a health care provider is unable or unwilling to carry out a patient's request under ORS 127.800 to 127.897, and the patient transfers his or her care to a new health care provider, the prior health care provider shall transfer, upon request, a copy of the patient's relevant medical records to the new health care provider.

(5) (a) Notwithstanding any other provision of law, a health care provider may prohibit another health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 on the premises of the prohibiting provider if the prohibiting provider has notified the health care provider of the prohibiting provider's policy regarding participating in ORS 127.800 to 127.897. Nothing in this paragraph prevents a health care provider from providing health care services to a patient that do not constitute participation in ORS 127.800 to 127.897.

(b) Notwithstanding the provisions of subsections (1) to (4) of this section, a health care provider may subject another health care provider to the sanctions stated in this paragraph if the sanctioning health care provider has notified the sanctioned provider prior to participation in ORS 127.800 to 127.897 that it prohibits participation in ORS 127.800 to 127.897:

(A) Loss of privileges, loss of membership or other sanction provided pursuant to the medical staff bylaws, policies and procedures of the sanctioning health care provider if the sanctioned provider is a member of the sanctioning provider's medical staff and participates in ORS 127.800 to 127.897 while on the health care facility premises, as defined in ORS 442.015, of the sanctioning health care provider, but not including the private medical office of a physician or other provider;

(B) Termination of lease or other property contract or other nonmonetary remedies provided by lease contract, not including loss or restriction of medical staff privileges or exclusion from a provider panel, if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to

127.897 while on the premises of the sanctioning health care provider or on property that is owned by or under the direct control of the sanctioning health care provider; or

(C) Termination of contract or other nonmonetary remedies provided by contract if the sanctioned provider participates in ORS 127.800 to 127.897 while acting in the course and scope of the sanctioned provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider. Nothing in this subparagraph shall be construed to prevent:

(i) A health care provider from participating in ORS 127.800 to 127.897 while acting outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor; or

(ii) A patient from contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(c) A health care provider that imposes sanctions pursuant to paragraph (b) of this subsection must follow all due process and other procedures the sanctioning health care provider may have that are related to the imposition of sanctions on another health care provider.

(d) For purposes of this subsection:

(A) "Notify" means a separate statement in writing to the health care provider specifically informing the health care provider prior to the provider's participation in ORS 127.800 to 127.897 of the sanctioning health care provider's policy about participation in activities covered by ORS 127.800 to 127.897.

(B) "Participate in ORS 127.800 to 127.897" means to perform the duties of an attending physician pursuant to ORS 127.815, the consulting physician function pursuant to ORS 127.820 or the counseling function pursuant to ORS 127.825. "Participate in ORS 127.800 to 127.897" does not include:

(i) Making an initial determination that a patient has a terminal disease and informing the patient of the medical prognosis;

(ii) Providing information about the Oregon Death with Dignity Act to a patient upon the request of the patient;

(iii) Providing a patient, upon the request of the patient, with a referral

to another physician; or

(iv) A patient contracting with his or her attending physician and consulting physician to act outside of the course and scope of the provider's capacity as an employee or independent contractor of the sanctioning health care provider.

(6) Suspension or termination of staff membership or privileges under subsection (5) of this section is not reportable under ORS 441.820. Action taken pursuant to ORS 127.810, 127.815, 127.820 or 127.825 shall not be the sole basis for a report of unprofessional or dishonorable conduct under ORS 677.415 (2) or (3).

(7) No provision of ORS 127.800 to 127.897 shall be construed to allow a lower standard of care for patients in the community where the patient is treated or a similar community. [1995 c.3 §4.01; 1999 c.423 §10]

**Note:** As originally enacted by the people, the leadline to section 4.01 read "Immunities." The remainder of the leadline was added by editorial action.

**127.890 §4.02. Liabilities.**

(1) A person who without authorization of the patient willfully alters or forges a request for medication or conceals or destroys a rescission of that request with the intent or effect of causing the patient's death shall be guilty of a Class A felony.

(2) A person who coerces or exerts undue influence on a patient to request medication for the purpose of ending the patient's life, or to destroy a rescission of such a request, shall be guilty of a Class A felony.

(3) Nothing in ORS 127.800 to 127.897 limits further liability for civil damages resulting from other negligent conduct or intentional misconduct by any person.

(4) The penalties in ORS 127.800 to 127.897 do not preclude criminal penalties applicable under other law for conduct which is inconsistent with the provisions of ORS 127.800 to 127.897. [1995 c.3 §4.02]

**127.892 Claims by governmental entity for costs incurred.**

Any governmental entity that incurs costs resulting from a person terminating his or her life pursuant to the provisions of ORS 127.800 to 127.897 in a public place shall have a claim against the estate of the person to recover such costs and reasonable attorney fees related to enforcing the claim. [1999 c.423 §5a]

(Severability)

(Section 5)

**127.895 §5.01. Severability.**

Any section of ORS 127.800 to 127.897 being held invalid as to any person or circumstance shall not affect the application of any other section of ORS 127.800 to 127.897 which can be given full effect without the invalid section or application. [1995 c.3 §5.01]

(Form of the Request)

(Section 6)

**127.897 §6.01. Form of the request.**

A request for a medication as authorized by ORS 127.800 to 127.897 shall be in substantially the following form:

---

REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A HUMANE AND DIGNIFIED MANNER

I, \_\_\_\_\_, am an adult of sound mind.

I am suffering from \_\_\_\_\_, which my attending physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician.

I have been fully informed of my diagnosis, prognosis, the nature of medication to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.

I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner.

INITIAL ONE:

\_\_\_\_\_ I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.

\_\_\_\_\_ I have decided not to inform my family of my decision.

\_\_\_\_\_ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

I understand the full import of this request and I expect to die when I take the medication to be prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.



I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

Signed: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

#### DECLARATION OF WITNESSES

We declare that the person signing this request:

- (a) Is personally known to us or has provided proof of identity;
- (b) Signed this request in our presence;
- (c) Appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence;
- (d) Is not a patient for whom either of us is attending physician.

\_\_\_\_\_ Witness 1/Date

\_\_\_\_\_ Witness 2/Date

NOTE: One witness shall not be a relative (by blood, marriage or adoption) of the person signing this request, shall not be entitled to any portion of the person's estate upon death and shall not own, operate or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident. If the patient is an inpatient at a health care facility, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility.

---

[1995 c.3 §6.01; 1999 c.423 §11]

#### PENALTIES

**127.990:** [Formerly part of 97.990; repealed by 1993 c.767 §29]

#### **127.995 Penalties.**

(1) It shall be a Class A felony for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument or any other evidence or document reflecting the principal's desires and interests, with the intent and effect of causing a withholding or withdrawal of life-sustaining procedures or of artificially administered nutrition and hydration which hastens the death of the principal.

(2) Except as provided in subsection (1) of this section, it shall be a Class A misdemeanor for a person without authorization of the principal to willfully alter, forge, conceal or destroy an instrument, the reinstatement or revocation of an instrument, or any other evidence

or document reflecting the principal's desires and interests with the intent or effect of affecting a health care decision. [Formerly 127.585]



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นายภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ

ประวัติการศึกษา

นิติศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2551

เนติบัณฑิต สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา

พ.ศ. 2552