

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็ก
ตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

ภาวิณี หะธรรมวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

พ.ศ. 2563

Legal Measure of Being Juvenile Patient on the Peace of the Death

Pawinee Hatumwong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws

Department of Law

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University

2020



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบ
ในวาระสุดท้ายของชีวิต

เสนอโดย นางสาวภาวิณี หะธรรมวงศ์


สาขาวิชา นิติศาสตร์

หมวดวิชา กฎหมายทางการแพทย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว


.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล)


.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์ รับรองแล้ว


..... คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย รัตนชื้อสกุล)

วันที่  เดือน  พ.ศ. 

หัวข้อวิทยานิพนธ์	มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่าง ในวาระสุดท้ายของชีวิต
ชื่อผู้เขียน	ภาวิณี หะธรรมวงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณนารถ
สาขาวิชา	นิติศาสตร์
ปีการศึกษา	2562

บทคัดย่อ

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แม้ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวมีส่วนช่วยยืดชีวิตมนุษย์ได้ แต่ก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปนั้นเป็นชีวิตที่ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่มีคุณภาพ และสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโดยที่บางครั้งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

ประเทศไทยได้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 แต่ไม่ครอบคลุมไปถึงกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นเด็กต้องการใช้สิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตแต่อย่างใด

จากการศึกษาและวิเคราะห์แล้วพบว่าราชอาณาจักรเบลเยียม และราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับกรณีการให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับเด็ก ซึ่งสมควรนำมาเป็นต้นแบบในการบัญญัติกฎหมายรับรองการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่เป็นเด็ก

ดังนั้น ผู้เขียนจึงเสนอแนะ โดยนำหลักเกณฑ์การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนา การกำหนดเงื่อนไขที่แพทย์ต้องดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับผู้ใช้อำนาจ

ปกครองของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก การกำหนดคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ เพื่อควบคุม
การทำงานของแพทย์ในการปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการ
ที่ชัดเจนขึ้น และไม่เป็นปัญหาแก่ผู้มีหน้าที่ต้องปฏิบัติ



Thesis Title	Legal Measurable of Being Juvenile Patient on the Peace of the Death
Author	Pawinee Hatumwong
Advisor	Assistant Professor Dr. Thanee Vorapat
Department	Law
Academic Year	2019

ABSTRACT

Nowadays, medical technology has advanced rapidly, allowing modern technology to help save lives and prolong human life more efficiently. Although such progress has helped to prolong human life, but the extended life is a life without human dignity, lacking quality and suffering for patients who cannot be healed. There is also a problem with the cost of caring for patients that is sometimes unprofitable.

Thailand has enacted a law stating the intention to reject the last treatment of life in the National Health Act 2007, section 12 and Ministerial Regulations prescribing rules and procedures for implementing a letter of intent not to receive public health services that are intended only to prolong death at the end of life or to end suffering from illness 2010. However, it still does not cover cases in which the young patient wishes to exercise their right to refuse treatment at the end of their lives in any way.

From the study and analysis, it is found that the Kingdom of Belgium and the Netherlands have provisions regarding the case of giving the patient the intention to reject the treatment in the last period of life for the child, which should be used as a model in the law for certify that the intention is not to receive public health services that are possible only to extend the dead at the end of life or to end the torture The illness of the patients are children.

Therefore, the author suggests the minimum age determination criteria for children who may have expressed their intent. Defining conditions that require doctors to take legal action together with the parental power of a child patient. The formulation of the National Control and

Evaluation Committee. All of this is to control the work of the doctor in accordance with the intent of the patient and to be a clear guideline for determining measures and not a problem for those who are obliged to act.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ไม่อาจสำเร็จลงได้หากปราศจากบุคคลผู้ให้ความช่วยเหลือ และความอนุเคราะห์แก่ข้าพเจ้ามาเสมอ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ได้ให้ชีวิต และโอกาสอันเป็นผลให้การศึกษาระดับมหาวิทยาลัยของผู้ศึกษาสำเร็จลุล่วงในที่สุด

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความเมตตาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี วรรณภักดิ์ ผู้เขียนกราบขอบพระคุณท่านที่ได้กรุณา รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการเรียบเรียงจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ไพศิษฐ์ พิพัฒน์กุล ที่กรุณา รับเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย ที่กรุณา รับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ โดยได้เสียสละเวลาให้ความรู้ ให้ข้อคิดเห็น ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์แก่ผู้เขียน ตลอดจนชี้แนะแนวทางในการแก้ไขเพิ่มเติมวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ คุณยายใบ บิดา มารดา น้องสาวของผู้เขียน ผู้ที่ให้กำเนิดอบรมเลี้ยงดู คอยเป็นกำลังใจให้ผู้เขียนเสมอมา และคุณวุฒิพงษ์ สุภพิชน์ ที่ให้กำลังใจ เสียสละเวลา และสนับสนุนผู้เขียนในการทำวิทยานิพนธ์จนเสร็จสมบูรณ์

ท้ายที่สุดนี้ผู้เขียนขอขอบคุณ นางสาวสุพัตรา ภูบ้านหม้อ ที่มีส่วนช่วยเหลือ เป็นกำลังใจ เสียสละเวลาให้การสนับสนุนผู้เขียนเป็นอย่างดีทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้เขียนรู้สึกซาบซึ้งในความหวังดีเป็นอย่างยิ่ง

หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ก่อให้เกิดประโยชน์อยู่บ้าง คุณความดีทั้งหลาย ผู้เขียนขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทั้งหลายข้างต้น แต่หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

ภาวิณี หะธรรมวงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	๗
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	๖
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญตาราง	๘
บทที่	
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 สมมติฐานของการศึกษา	5
1.4 ขอบเขตของการศึกษา	5
1.5 วิธีการดำเนินการศึกษา	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิต	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ	7
2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย	8
2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิที่จะตาย	19
2.4 แนวความคิดว่าด้วยเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย	42
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความตายและการตายในพุทธศาสนา	46
2.6 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต	57
2.7 แนวความคิดเกี่ยวกับเด็ก	58
2.8 ทฤษฎีพัฒนาการของเด็ก	84
3. มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระ สุดท้ายของชีวิต	86
3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของ ประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System)	86

บทที่	หน้า
3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System)	95
3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทย	110
3.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยและในต่างประเทศ	112
4. วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต	119
4.1 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต	120
4.2 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดเงื่อนไขที่ให้แพทย์ต้องดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แล้วแต่กรณี	125
4.3 ปัญหาเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การใช้ดุลพินิจของแพทย์ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต	128
4.4 การกำหนดคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ เพื่อควบคุมการทำงานของแพทย์	129
4.5 หลักสุจริตสำหรับแพทย์ในการปฏิเสธการทำ euthanasia	134
5. บทสรุปและข้อเสนอแนะ	139
5.1 บทสรุป	139
5.2 ข้อเสนอแนะ	142
บรรณานุกรม	149
ประวัติผู้เขียน	153

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.8 ทฤษฎีพัฒนาการของเปียเจต์ เปียเจต์ (Piaget’s theory of cognitive Development)	84
3.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยและในต่างประเทศ	112



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นอกจากสิทธิที่จะเกิดในกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งจะมีความสำคัญในยุคปัจจุบันเพื่อการลงไว้ซึ่งสิทธิของสตรีที่เป็นเจ้าของร่างกายและเพื่อการควบคุมประชากรของรัฐ ยังมีสิทธิอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้ง ได้แก่ การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (Euthanasia หรือ Mercy Killing) หรือ “สิทธิที่จะตาย”

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึงการรักษาหรือการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายถึงแก่ความตายอย่างสงบ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รักษาไม่สามารถรักษาให้หาย และไม่ต้องถูกพันธนาการไว้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยแต่ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้หายได้ทำได้เพียงยื้อชีวิตของผู้ป่วยไว้ทำให้ผู้ป่วยต้องทนกับชีวิตที่ทุกข์ทรมาน ไร้คุณภาพ และไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ปัจจุบันการให้สิทธิผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตมีความสำคัญมากขึ้นเนื่องจากวิวัฒนาการทางด้านเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ในทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้สามารถนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามามีส่วนช่วยชีวิตและยืดชีวิตมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นแม้ความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวมีส่วนช่วยยืดชีวิตมนุษย์ได้ แต่ก็ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปนั้นเป็นชีวิตที่ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่มีคุณภาพ และสร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโดยที่บางครั้งไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

สำหรับประเทศไทยก็มีการบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากรกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งมีข้อกำหนดทั้งหมดรวม 7 ข้อ แต่ไม่ปรากฏว่ามีการบัญญัติเกี่ยวกับกรณีของเด็กและวิธีการสำหรับเด็กที่ต้องอาศัยบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการใช้สิทธิแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแต่อย่างใด

เนื่องจากทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับการปฏิบัติต่อเด็ก โดยยึดหลักให้ความสำคัญคุ้มครองสวัสดิภาพ ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก อันเป็นอนุสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ที่ได้รับความเห็นชอบมากที่สุด โดยประเทศไทยให้สัตยาบันอนุสัญญานี้เมื่อ ปี ค.ศ. 1992 อนุสัญญานี้ไม่เพียงแต่ตระหนักถึงการละเมิดสิทธิเด็กและเด็กที่ต้องตกอยู่ในสภาวะที่ยากลำบากเท่านั้น แต่ยังมุ่งให้การคุ้มครองสิทธิเด็กโดยทั่วไป เด็กแต่ละคนจะได้รับการประกันสิทธิต่าง ๆ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดเห็นทางการเมือง หรือความเชื่อ และหลักการที่สำคัญอีกประการ คือ “ผลประโยชน์สูงสุดของเด็ก” โดยได้ปรากฏในตราสารระหว่างประเทศครั้งแรก ตามหลักการ ข้อที่ 2 แห่งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็ก ค.ศ. 1959 และปรากฏในตราสารอีกหลายฉบับ มีผู้อธิบายว่าการที่คณะกรรมการร่างฯ ไม่ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “ผลประโยชน์สูงสุดของเด็ก” ไว้เนื่องจากคณะกรรมการร่างฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อจะให้มีการ

พิจารณาผลประโยชน์สูงสุดของเด็กนั้น ควรที่จะได้รับการตัดสินใจเป็นการทั่วไป หรือให้สัมพันธ์กับสถานะแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง เพื่อผลประโยชน์สูงสุดของเด็กอย่างแท้จริงนั่นเอง สำหรับประเทศไทย นายวัชรินทร์ บัจเจกวิญญูสกุล ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าผลประโยชน์สูงสุดของเด็กว่า หมายถึง สิทธิประโยชน์ของเด็กที่พึงมีพึงได้ในฐานะที่เกิดมาและมีชีวิตรอด และอยู่ภายใต้กรอบอนุสัญญาฯ ให้การรับรอง หรือโดยสามัญสำนึกของวิญญูชนทั่วไปย่อมเห็นได้ว่าเป็นสิทธิประโยชน์ของเด็ก

ในหลายประเทศได้ริเริ่มและพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต (Euthanasia หรือ Mercy Killing) หรือ “สิทธิที่จะตาย” ขึ้น เพื่อรองรับหรือกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการรักษาของแพทย์ เช่น ราชอาณาจักรเบลเยียม ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับกรณีการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับเด็ก อันรวมไปถึงวิธีการและเงื่อนไขที่มีความเฉพาะแตกต่างจากผู้ใหญ่ ซึ่งผู้ศึกษาได้นำเสนอประเทศที่สำคัญ ดังนี้

1) ราชอาณาจักรเบลเยียมได้ตราพระราชบัญญัติ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 ถือเป็นกรณขยายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอ เพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด

2) ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้ตราพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide โดยมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002 ถือเป็นประเทศแรกที่อนุญาตให้การทำ euthanasia และการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์เป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมีการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้อย่างชัดเจน และเคร่งครัด

3) รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา ได้มีการออกรัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California Natural Death Act) ในปี ค.ศ. 1976 เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วย

ในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ยืดความตายออกไป ต่อมา ปี ค.ศ. 2016 ได้มีการออกกฎหมายที่ว่าการสิ้นสุดของชีวิตของรัฐแคลิฟอร์เนีย (End of Life Option Act : EOLA) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน ค.ศ. 2016

ตามหลักสากลเด็กควรได้รับสิทธิต่าง ๆ ของเด็กที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่เด็กทั้งจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสถานะทางสังคม อันก่อให้เกิดความผาสุกแก่เด็กในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข นอกจากนี้ ต้องพิจารณาควบคู่กับผลประโยชน์ของบุคคลกลุ่มอื่น ผลประโยชน์ของเด็กจะต้องได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรกเสมอ แม้ว่าแต่ละประเทศจะมีการกำหนดอายุของผู้ป่วยเด็กที่แตกต่างกันออกไปก็ตามแต่ก็เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ แต่โดยกฎหมายนั้น ๆ ก็บัญญัติขึ้นมาเพื่อจุดประสงค์หรือเจตนารมณ์เป็นอย่างเดียวกัน คือ เพื่อต้องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยเด็กเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้หลักประกันเบื้องต้นแก่เด็กว่าให้มีสิทธิเสรีภาพในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ผู้เขียนจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวที่กฎหมายมิได้บัญญัติ ถึงสิทธิเสรีภาพในการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็กอันเป็นส่วนสำคัญในการให้สิทธิและเสรีภาพแก่ผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าจะมีการถกเถียงในเรื่องสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วยเด็กทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย

ผู้เขียนได้ศึกษาและรวบรวมแนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพดังกล่าวของผู้ป่วยเด็กทั้งในต่างประเทศ รวมทั้งกฎหมายเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. เพื่อศึกษามาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทย

3. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

4. เพื่อเสนอแนะแนวทางแก้ไขและผลของกฎหมายการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายมากขึ้น

1.3 สมมุติฐานของการศึกษา

เนื่องจากการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ยังไม่มีการบัญญัติเรื่องบุคคลที่กฎหมายคุ้มครองสิทธิในส่วนของคำนิยาม “เด็ก” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ที่คุ้มครองเฉพาะบุคคลที่บรรลุนิติภาวะหรือมีความเป็นผู้ใหญ่เท่านั้น การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต การกำหนดเงื่อนไขที่ให้แพทย์ต้องดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แล้วแต่กรณี และการกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ดุลพินิจของแพทย์ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงควรมีการแก้ไขปัญหาทางกฎหมายให้มีการหลักเกณฑ์ในตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้มีความสอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบันอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

1.4 ขอบเขตของการศึกษา

วิทยานิพนธ์เล่มนี้ มุ่งศึกษาถึงแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการเข้าสิทธิถึงของผู้ป่วยที่เป็นเด็กในกรณีเป็นบุคคลที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายของต่างประเทศเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ได้แก่ ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ราชอาณาจักรเบลเยียม รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกาในการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

1.5 วิธีดำเนินการ

ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ด้วยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ และความเห็นทางวิชาการของนักกฎหมาย โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบ หาข้อสรุปและเสนอแนะ

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
2. ทำให้ทราบมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศบางประเทศและในประเทศไทย
3. ทำให้ทราบปัญหาและผลวิเคราะห์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต
4. ทำให้ทราบข้อเสนอนแนะ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางแก้ไขและผลของกฎหมายตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตมากขึ้น

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิต

เนื่องจากสิทธิและเสรีภาพเป็นบ่อเกิดของกฎหมายว่าด้วยการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเสนอแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายดังกล่าว ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ

ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ หมายถึง คุณค่าอันมีลักษณะเฉพาะและเป็นคุณค่าที่ผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์ ซึ่งบุคคลในฐานะที่เป็นมนุษย์ทุกคนได้รับการคุ้มครองดังกล่าวโดยไม่ต้องคำนึงถึงเพศเชื้อชาติ ศาสนา วัย หรือคุณสมบัติอื่นใดของบุคคล เพื่อให้มนุษย์มีอิสระในการพัฒนาบุคลิกภาพส่วนตัวของบุคคลนั้นภายใต้ความรับผิดชอบของตน

สารัตถะอันเป็นรากฐานของศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ มีสาระสำคัญสองประการคือ

1. สิทธิในชีวิตร่างกาย
2. สิทธิในความเสมอภาค เพราะมนุษย์ไม่อาจดำรงอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีเท่าเทียมกันได้ถ้าถูกเลือกปฏิบัติ

ปฏิบัติ

ดังนั้น จึงมีคำเปรียบเทียบว่า เพราะมนุษย์มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิทั้งหลาย ทั้งปวงจึงเปรียบเหมือนน้ำพุที่พุ่งออกมาจากศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ที่มนุษย์มีสิทธิต่าง ๆ ก็เพราะมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ซึ่งมีรากฐานมาจากสิทธิในชีวิตร่างกาย เพราะเมื่อมีชีวิตร่างกาย

แล้วจึงจะมีสิทธิที่จะคิด เลือกลง หรือประกอบอาชีพ ฯลฯ ได้ ดังนั้นสิทธิทั้งหลายจึงมีฐานมาจากสิทธิในชีวิตร่างกาย แต่ถ้าไม่มีความเสมอภาคก็ไม่อาจดำรงอย่างมีศักดิ์ศรีได้ เพราะถูกเลือกปฏิบัติ

ประเภทของสิทธิเสรีภาพ

1. สิทธิมนุษยชน เป็นสิทธิที่ตกได้แก่มนุษย์ทุกคนโดยไม่จำเป็นต้องจำแนกแยกแยะถึงเชื้อชาติ ศาสนา ภาษา เพราะไม่ใช่สิทธิที่รัฐให้กับมนุษย์แต่เป็นสิทธิที่ได้มาและติดตัวมาตั้งแต่เกิด จึงเป็นสิทธิที่ปราศจากพรมแดนของรัฐ เช่น สิทธิในชีวิตร่างกาย

2. สิทธิพลเมือง หมายถึง สิทธิที่รัฐให้แก่พลเมืองของรัฐนั้น ๆ บ่อเกิดแห่งสิทธิจึงขึ้นอยู่กับกฎหมาย เช่น รัฐธรรมนูญ ที่จะกำหนดว่าจะให้สิทธิอะไรแก่ใครบ้าง เช่น สิทธิในทางการเมือง ซึ่งโดยทั่วไปจะให้แก่เฉพาะพลเมืองของรัฐนั้น ๆ เท่านั้น หรือในยุโรป อาจมีการแบ่งแยกสิทธิทางการเมืองเป็นสองระดับ กล่าวคือ ในระดับชาติ สิทธิทางการเมืองจะเป็นของพลเมืองของรัฐนั้น ๆ ส่วนในระดับท้องถิ่น จะให้สิทธิทางการเมืองกับทุกคนที่อยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ

2.2 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย

2.2.1 ความหมายของสิทธิด้านสุขภาพอนามัย

องค์การอนามัยโลกมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิด้านสุขภาพว่า “การมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน”

สิทธิด้านสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงบริการ ด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพด้วย เช่น การมีน้ำดื่มที่สะอาด การมีบ้าน และการสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังหมายถึง ความอิสระ และการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความอิสระ หมายถึง การมีสิทธิที่จะไม่รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น ในการทดลองและการวิจัย สิทธิที่จะไม่รับการรักษาที่ทารุณก่อให้เกิดความทรมาน หรือทำให้เกิดความอับอาย ส่วนสิทธิประโยชน์ได้แก่ สิทธิด้านการ

ป้องกันโรค และการรักษาสิทธิด้านการควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง¹

2.2.2 ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในแต่ละประเทศที่จะกำหนดไว้ซึ่งอาจแตกต่างกันออกไป แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิของผู้ป่วยตามกฎหมายจะแตกต่างกันแต่สิทธิผู้ป่วยด้านจริยธรรมควรมีแนวทางที่คล้ายคลึงกัน ทั้งนี้เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยมีแนวความคิดมาจากสิทธิมนุษยชน (Human rights) ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ติดตัวมาตามธรรมชาติโดยไม่มีใครกำหนดและไม่สามารถโอนสิทธิดังกล่าวไปยังบุคคลอื่นได้

สิทธิผู้ป่วยมีความเป็นมายาวนาน ซึ่งมีวิวัฒนาการควบคู่กับกฎหมาย และจริยธรรมทางการแพทย์² ในยุคอารยธรรมกรีก ซึ่งถือกันว่าเป็นต้นกำเนิดของวิชาการสมัยใหม่หลายสาขา ได้มีครูแพทย์ผู้หนึ่งนามว่า ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ปัจจุบันได้รับการยอมรับว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล โรงเรียนแพทย์ของเขาได้กำหนดคำสาบานให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้สาบานตัวก่อนออกไปเป็นแพทย์ คำสาบานนั้นจึงมีชื่อเรียกว่า “คำสาบานของฮิปโปเครติส” (Hippocrates Oath) เนื้อหาของคำสาบานนี้นับเป็นจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด และเป็นรากฐานของจรรยาแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ และแพทย์สมาคมโลกได้ประมวลหลักสำคัญมากำหนดเป็นคำประกาศกรุงเจนีวา เมื่อปี ค.ศ. 1947 (The Geneva Declaration 1947)

คำสาบานของฮิปโปเครติส ได้แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิของผู้ป่วย อันเป็นรากฐานของกฎหมายควบคุมวิชาชีพทางการแพทย์ที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน คำสาบานของฮิปโปเครติสที่แสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วยโดยตรง มีอยู่ 2 ข้อ คือ

I will carry out that regimen, which according to my power and discernment, shall be for the benefit of the sick and will keep them and wrong.

¹ มยุรี ศิวสุวรรณ และคณะ, “CBR Guidelines,” องค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย, (2556).

² วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, สิทธิผู้ป่วย, (กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2537), น. 9.

ข้าฯ จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าฯ ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าฯ และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

I will keep silence regarding that which, with in or without my practice, I shall see or hear in the lives of men help in the list for men with which should not be made public; holding such things unfit to be spoken.

ข้าฯ จะไม่แพร่งพรายสิ่งที่ข้าฯ ได้เห็น หรือ ได้ยินเกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิตคน ซึ่งไม่ควรจะเปิดเผยในการปฏิบัติ หรือนอกการปฏิบัติวิชาชีพของข้าฯ และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ³

การไม่ก่ออันตรายให้ผู้ป่วยแสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย การรักษาความลับแสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยที่เรื่องราวส่วนตัวของเขาจะไม่ถูกเปิดเผยไปสู่ผู้อื่น

จากแนวคิดที่ว่าแพทย์จะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จริยธรรมของฮิปโปเครติสดังกล่าว นำมาซึ่งแนวคิดทางกฎหมายในปัจจุบันของนักกฎหมายในหลายประเทศ ที่ว่าการกระทำของแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้วการกระทำของแพทย์นั้นถือว่าเป็นการทำร้ายร่างกาย

สำหรับการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยนั้น ต่อมาได้นำมาเป็นบทบัญญัติในกฎหมายอาญาของประเทศต่างๆ และกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ของไทย จึงเห็นได้ว่าการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในกฎหมายอาญาดังกล่าว มีที่มาจากจริยธรรมของแพทย์ในดั้งเดิมนั้นเอง⁴

สมัยก่อนอำนาจการตัดสินใจรักษาหรือไม่ และจะรักษาโดยวิธีการใด เป็นอำนาจของแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจ หรือความยินยอมของผู้ป่วย แพทย์จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย และรักษาผู้ป่วยเหมือนดูแลลูกของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัว ต่อมาเมื่อมีกฎหมายออกมารองรับทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) กฎหมายในเรื่องนี้คือเรื่องหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว

³ เพิ่งอ้าง.

⁴ เพิ่งอ้าง.

(informed consent) ซึ่งเป็นหลักกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ อีกหลายประเทศ เป็นการยอมรับรู้สิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย คือ แพทย์ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยเข้าใจ ในกระบวนการรักษา เหตุผล หรือข้อบ่งชี้ในการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดการรักษาหรือไม่รักษา เป็นต้น นอกจากนี้แพทย์ต้องให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาได้อย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ รวมไปถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต

ต่อมาได้มีการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน เมื่อ ค.ศ. 1948 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) อันเป็นการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การเกิดเสรีภาพและความเสมอภาคของมนุษย์ นอกจากนี้ในหลักการที่ถือปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ก็ให้ความสนใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ หรือ (The Right to Health Care) อันถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับรวมถึงสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา (The Right to Information) เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The right to refuse treatment) และมีสิทธิส่วนบุคคล (Privacy Right) ในการที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย

ในต่างประเทศประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลาย และให้ความสำคัญในสิทธิดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากสิทธิผู้ป่วยซึ่งถูกตั้งเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The National League of Nursing) และต่อมาเมื่อ ค.ศ. 1975 สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางสุขภาพที่ดี สร้างความพึงพอใจ เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้น ทั้งในรูปแบบกฎหมายและคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในองค์กรระหว่างประเทศ เช่น การกำหนดสิทธิของความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Rights and Responsibilities of Patient) โดยองค์การควบคุมมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ (The Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization, J.C.A.H) ของสหรัฐอเมริกา คำประกาศของแพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย (The World

Medical Association's Declaration on the Right of the Patient) กฎบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วย ในโรงพยาบาลในปี ค.ศ. 1979 (European Charter on Right of Patient in Hospitals) ซึ่งประกาศโดย คณะกรรมการว่าด้วยโรงพยาบาลของกลุ่มประเทศตลาดร่วมยุโรป (The Hospitals Committee: EEC)

ปัจจุบันประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น การดูแลรักษา ผู้ป่วยจึงมีเรื่องของธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีการเรียกร้องสิทธิของตนเองมากขึ้น เนื่องจากบางครั้งถูกบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขละเมิดหรืองดเว้นการกระทำต่อสิทธิ อันพึงมีพึงได้ของตน ต่อมาองค์กรวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทยสภา สภากาชาด ทันตแพทยสภา สภากาชาดธรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการที่ จะต้องมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันออกประกาศเพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้น เป็นคำประกาศ สิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ. 2541 เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ กับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับร่วมกัน

2.2.3 สิทธิผู้ป่วยในสังคมไทย

การแพทย์ของไทยตั้งแต่สมัยอดีต ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งผู้ป่วยมักเป็น ผู้มีความรู้ทางด้านไสยศาสตร์ที่ผู้ป่วยยอมรับนับถือ โดยผู้ให้การรักษาสมัยนั้นจะไม่ยอมรับรู้ในเรื่อง สิทธิของผู้ป่วย ต่อมาเมื่อการแพทย์ตะวันตกได้แพร่หลายเข้ามาสู่ประเทศไทยโดยผู้สอนศาสนาหรือที่ เรียกว่า “มิชชันนารี” ทำให้เกิดการแพทย์สมัยใหม่ขึ้น ประกอบกับระบบกฎหมายของประเทศไทย ได้รับอิทธิพลจากตะวันตกเช่นกัน ได้เริ่มมีการปรับปรุงกฎหมายในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีแนวคิดเรื่อง การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในลักษณะสากล เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วยที่ได้นำมาบัญญัติไว้ใน

กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ซึ่งปัจจุบันอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323⁵ มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระทำโดยประมาทตามมาตรา 43 วรรคสาม ซึ่งบัญญัติว่า⁶

“ที่ว่ากระทำโดยประมาทนั้น ท่านอธิบายว่าบุคคลกระทำโดยมิได้ตั้งใจ แต่กระทำโดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1) ผู้หาเลี้ยงชีพด้วยศิลปศาสตร์ ในกิจการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น เปนหมอ หรือ เปนช่าง เปนต้น ละเลยการอันควรต้องทำให้ดีในทางศิลปศาสตร์ นั้นเสียก็ดี

2) ฯ”

ปัจจุบันบัญญัติไว้ในมาตรา 59 วรรค 4 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ. 2466 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะฉบับแรกที่ได้แสดงถึงแนวคิดเรื่องสิทธิของผู้ป่วยไว้โดยเห็นได้จากคำปรารภที่ว่า “มีพระบรมราชโองการในพระบาทสมเด็จพระรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราวุธฯ พระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ดำรัสเหนือเกล้าว่า โดยที่การประกอบโรคศิลปะย่อมมีสิทธิผลอันสำเร็จแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ กาลบัดนี้ ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตรายอันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้น ไปจึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติไว้ ดังต่อไปนี้...”

เห็นได้ว่าในอดีตสังคมไทยไม่ได้พิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการรักษาให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยเท่านั้น ต่อมาจึงมีการรับรองสิทธิผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยมีกฎหมายอาญาบัญญัติว่าเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ รวมทั้งแนวคิดในการลงโทษผู้กระทำโดยประมาทซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในทางวิชาชีพการแพทย์ ต่อมาจึงมีกฎหมายทางวิชาชีพฉบับแรกซึ่งเป็น

⁵ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323.

⁶ ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์, “ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ : ศึกษากรณีการณษฆาต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี, 2549), น.22.

ต้นกำเนิดของกฎหมายวิชาชีพของไทยต่อ ๆ มาที่แสดงให้เห็นว่าสิทธิของผู้ป่วยได้รับการรับรองและคุ้มครอง โดยกฎหมายโดยมีเจตนารมณ์ในอันที่จะคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ ด้วยการควบคุมโดยกฎหมายวิชาชีพ

2.2.4 สิทธิผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน ซึ่งหมายความรวมถึงสิทธิอันจำเป็นที่มนุษย์พึงมี เพื่อให้มนุษย์มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ซึ่งการที่มนุษย์จะมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี หากได้มีความหมายเพียงแก่การมีชีวิต หรือการดำรงชีวิตอยู่เท่านั้นแต่มนุษย์ต้องมีสิทธิที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีด้วย สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิประเภทหนึ่ง อันเป็นสิทธิที่ไม่อาจโอนให้แก่กันได้ และไม่อาจถูกทำลายล้างโดยอำนาจใด ๆ⁷

ดังนั้น การเคารพสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความเป็นมนุษย์และการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข⁸ สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ อันสืบเนื่องมาจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกันและสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะรู้หรือสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อการมีส่วนร่วมต่อกระบวนการตัดสินใจรักษา และการใช้ข้อมูลที่ได้รับประกอบการตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเองที่จะยอมรับการรักษา หรือปฏิเสธการรักษาโดยแพทย์ต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจไปในทางใดก็ตาม

⁷ ศูนย์ศึกษาพัฒนา สันติวิธีมหาวิทาลัยมหิดล, “รายงานการศึกษาสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐาน ตามกรอบรัฐธรรมนูญ ในบริบทของสังคมไทย และมาตรฐานสากลระหว่างประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชน,” สืบค้นเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2562, จาก <http://www.peace.mahidol.ac.th/th/document/Reliability/2.pdf>

⁸ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ, “บทวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ และเชื่อมโยงเพื่อวางทิศทาง แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561),” สืบค้นเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2562, จาก http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/2556/thaigov_Plan3/2plan3.pdf

2.2.5 บริการสาธารณสุขตามหลักสากล

อาจจำแนกบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากลได้ 4 ประการ คือ⁹

ประการแรก หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ ให้แก่ประชาชนนั้นจะต้องยึดหลักความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องของรายได้ หรือถิ่นที่อยู่ และรัฐต้องขยายการบริการสาธารณสุขให้เพียงพอและทั่วถึงทั้งประเทศ

ประการที่สอง หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐ จะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชน โดยความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีความแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (Felt needs) ประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากัน จะต้องได้รับการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน

ประการที่สาม หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของแต่ละบุคคลซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน นั้นย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

ประการสุดท้าย หลักประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการบริหารที่ดีที่สุด โดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด

⁹ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, “สิทธิในการรักษาพยาบาล,” วารสารวุฒิสภา, (กรุงเทพมหานคร: กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2545), น. 1.

2.2.6 รูปแบบระบบบริการสาธารณสุขตามหลักสากล

ระบบบริการสาธารณสุขของสังคมประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก อาจแบ่งได้เป็น 4 รูปแบบ คือ¹⁰

รูปแบบที่ 1 การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล เอกชนและคลินิกการบริการ โดยมุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขดังกล่าวค่าบริการสุขภาพจะมีราคาแพง ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งมีการใช้เทคโนโลยีระดับสูง ระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ

รูปแบบที่ 2 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่า และแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากร หรือกองทุนด้านสุขภาพอื่น ๆ และสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้ ประชาชนจะมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะมีน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม

รูปแบบที่ 3 การจัดระบบบริการสาธารณสุข แบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central planning System) ในระบบนี้รัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม ในทางทฤษฎีแล้วอุปทานของบริการสุขภาพ (Supply of Health Care) จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชนซึ่งบริการทุกอย่างจะถูกกำหนด หรือวางแผนมาจากส่วนกลางรัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่า

¹⁰ สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, “สิทธิในการรักษาพยาบาล,” กองบรรณาธิการ, วารสารมูลนิธิ, ฉบับที่ 8, เล่มที่ 3, ลิขสิทธิ์, น. 1 (2545),

ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ระบบนี้โดยหลักการแล้วค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ และในทางปฏิบัติผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุขคือเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ส่งผลทำให้ระบบนี้ค่อนข้างมีประสิทธิภาพต่ำ โดยระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการ ทุกคนมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันหมด

รูปแบบที่ 4 การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health Care) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชน โดยการจัดบริการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และครอบคลุมบริการทุกชนิด รัฐจะเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข

2.2.7 ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 มีบทบัญญัติเรื่องสิทธิในการรับบริการทางด้านสาธารณสุขและสวัสดิการต่อรัฐโดยมาตรา 47¹¹ บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” จึงเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองและคุ้มครองเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานจากรัฐ

สำหรับประเทศไทยนั้นกล่าวได้ว่าในช่วงระยะเวลาก่อนปี พ.ศ. 2544 มีแนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคม เป็นแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยม ที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี แต่ภายหลังนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ได้พยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (UC) ตามพระราชบัญญัติหลักประกัน

¹¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, มาตรา 47.

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แก่ประชาชนชาวไทยเพิ่มเติมจากเดิม ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” (CSMBS) และ “ระบบประกันสังคม” ส่งผลให้ประชาชนที่มีใช้ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามโครงการ พระราชบัญญัตินี้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และมุ่งเน้น ให้บริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และมุ่งเน้น ให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยการกันเงินส่วนหนึ่งไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขด้วย ต่อมาได้มีประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อวางระบบดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางปัญญา และทางสังคม ไม่ได้มุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ขณะเดียวกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง และมีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันและ มีส่วนร่วมมีระบบเสริมสร้างสุขภาพและเฝ้าระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการเสริมสร้างสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง¹²

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิการกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพ

¹² เติ้งฮ้าง.

ครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

2.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิที่จะตาย¹³

“สิทธิ” หรือ “สิทธิ์” นั้น พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2525 อธิบายว่า “อำนาจอันชอบธรรม ความสำเร็จ”¹⁴ และมีผู้ขยายความออกไปอีกว่า

“สิทธิ” (Right) ได้แก่ อำนาจและ/หรือประโยชน์ ซึ่งได้รับการรับรอง และ/หรือได้รับการคุ้มครอง ทั้งนี้ ก็เพื่อให้ครอบคลุม ถึงสิทธิทางจริยธรรมและสิทธิทางกฎหมายเข้าไว้ด้วย

สิทธิทางจริยธรรม (Moral right) หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม ที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน “ค่านท์” นักปรัชญาชาวเยอรมันในช่วงศตวรรษที่ 18 เชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียม การด้านคุณค่าของความเป็นมนุษย์ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นมากำหนดไว้ มนุษย์จึงมีอำนาจอันชอบธรรมด้านสิทธิทางจริยธรรมที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาค และเป็นอิสระ และทุกคนพึงมีหน้าที่จะปฏิบัติต่อกันในลักษณะดังกล่าว หลักความเสมอภาคเป็นรากฐานสำคัญของความยุติธรรม

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

สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะแตกต่างจากสิทธิทางกฎหมาย อย่างน้อย 4 ประการ คือ

- 1) เป็นสิทธิทางสากลทุกคนในโลกมีสิทธิโดยไม่มีข้อยกเว้น
- 2) ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันและเสมอภาคกัน
- 3) เป็นสิทธิที่เปลี่ยนมือไม่ได้

¹³ วิทยุ อึ้งประพันธ์, “สิทธิที่จะตาย,” คุณพาส, น. 90-93. (ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

¹⁴ “พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน,” ราชบัณฑิตยสถาน, น. 808 (2525).

4) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ กล่าวคือ มนุษย์ไม่ได้กำหนด

สำหรับประเด็นการคุ้มครองสิทธิทางจริยธรรมนั้น มีผู้มองว่าอาจเกิดจากจารีตประเพณี หรือศีลธรรมก็ได้ และบางท่านเห็นว่า สิทธิทางจริยธรรมจะเป็นที่รับรองได้ก็ต่อเมื่อสิทธินั้นสามารถตั้งเป็นสากลขึ้นมาได้ มิฉะนั้น สิทธิทางจริยธรรมเป็นเพียงสิทธิเรียกร้องว่าควรจะได้รับสิทธินั้น ๆ เท่านั้น¹⁵

ตามที่กล่าวมาแล้ว สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิทางธรรมชาติ (Natural rights) หรือสิทธิของมนุษย์ (Right of Man) ต่อมาก็กลายมาเป็นสิทธิมนุษยชน (Human rights) ขึ้น โดย จอน ลอค อธิบายว่า มนุษย์มีสิทธิ 3 ประการ คือ ชีวิต เสรีภาพ และทรัพย์สินสมบัติ (Life Liberty Property) คำประกาศว่าด้วยสิทธิของมนุษย์ ที่นักร่างรัฐธรรมนูญชาวอเมริกา และฝรั่งเศสเขียนให้เมื่อปลายคริสต์ศตวรรษที่ 18 ยืนยันคำของจอน ลอค และเสริมว่า มนุษย์มีสิทธิแสวงหาความสุขด้วย (to pursue happiness) นอกจากนี้ บางทีคำประกาศดังกล่าวยังยืนยันถึงรายละเอียดด้วย เช่น จำเลยมีสิทธิที่จะได้รับคำพิพากษาโดยไม่ชักช้า และโดยปราศจากอคติ และนั่นเป็นที่มาของปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในเวลาต่อมา

สำหรับปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ ได้มีการประกาศใน พ.ศ. 2591 และสมัชชาสหประชาชาติรับรอง เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2491 โดยที่ก่อนหน้านี้ในกฎบัตรสหประชาชาติที่ลงนามกันไว้เมื่อ 26 มิถุนายน 2488 ได้มีการอ้างอิงถึงสิทธิมนุษยชนอยู่แล้วในข้อ 1 วรรค 3 มีข้อความดังนี้

“เพื่อให้รวมถึงการร่วมมือระหว่างประเทศ ในอันที่จะแก้ปัญหาระหว่างประเทศทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมหรือมนุษยธรรม และในการส่งเสริม และสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชน และต่ออิสรภาพมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ เพศ ภาษา หรือศาสนา”

และในข้อ 55 มีข้อความว่า สหประชาชาติจะส่งเสริม “การเคารพโดยสากล การปฏิบัติตาม

¹⁵ ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2555), น. 15.

สิทธิมนุษยชนและอิสรภาพอันเป็นมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ เพศ หรือศาสนา¹⁶

ปรัชญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของสหประชาชาตินี้มีเนื้อหา 30 ข้อ และได้รับรองสิทธิต่าง ๆ มากมายหลายประเภท แต่ก็ไม่ปรากฏสิทธิที่จะตายในปรัชญาดังกล่าว

ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนอันเนื่องมาจากวิวัฒนาการทางชีววิทยาและการแพทย์ มีตอนที่กล่าวถึงสิทธิที่จะตายไว้ ดังนี้¹⁷

เป็นปัญหาเกิดขึ้นเสมอ เมื่อผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดหรือจากการเป็นคนไร้ความสามารถซึ่งเขามีความปรารถนาแน่วแน่ที่ต้องการจะตายในสถานการณ์เช่นนั้น เป็นที่ยอมรับกันว่า แม้แพทย์จะไม่มีเจตนาทำลายชีวิตผู้ใด แพทย์ก็ควรจะทำตามหน้าที่ที่จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ ว่าเขาจะตายโดยไม่เจ็บปวด และมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ ทั้งที่แพทย์รู้อยู่แล้วว่าวิธีการช่วยผู้ป่วยเช่นนั้น อาจเป็นการเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

สิทธิที่จะตาย แสดงให้เห็นได้บ่อย ๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมะเร็งแพร่กระจายทั่วทั้งตัวแล้วพยายามจะฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับแพทย์ว่า แพทย์จะพยายามประคับประคองชีวิตของผู้ป่วยไว้ทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงค่าใช้จ่ายใดๆ และขัดกับความประสงค์ของผู้ป่วย หรือควรปล่อยให้เหตุการณ์ดำเนินไปตามวิถีทางทางของธรรมชาติ

จากที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการกล่าวอ้างเรื่องสิทธิที่จะตายในปัจจุบันนี้ สืบเนื่องมาจากวิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่มีเครื่องมือและกระบวนการช่วยยืดชีวิตผู้ป่วย (Life sustaining procedure) อย่างมีประสิทธิภาพ จนบางคราวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา

¹⁶ นพนิธิ สุริยะ, สิทธิมนุษยชน, (ม.ป.ท: ม.ป.ป.พ, 2537), น. 55-77. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข, “สิทธิที่จะตาย,” คุณพาห, ฉบับที่ 43, เล่มที่ 4, น. 92(ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

¹⁷ World Health Organization, Health aspects of human right with special reference to development in biology and medicine, p. 10. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข, “สิทธิที่จะตาย,” คุณพาห, ฉบับที่ 43, เล่มที่ 4, น. 92(ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

เช่นนั้นตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้ ตายก็ไม่ลง” กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องอาศัยเครื่องช่วยหายใจ เพื่อจะได้รับออกซิเจนอยู่ตลอดเวลา ขณะที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความรู้สึกตัวหรือมีเพียงเล็กน้อย ไม่มีโอกาสที่จะฟื้นกลับมาเป็นปกติได้ กระบวนการช่วยชีวิตดังกล่าว มีผู้เห็นว่าเป็นการทำให้ ความเป็นมนุษย์ลดลง ดังนั้น จึงมีการเรียกร้องว่า ผู้ป่วยหรือคนทั่วไปควรมีสิทธิที่จะตายโดยปฏิเสธ การรักษาดังกล่าวได้ เพื่อให้กระบวนการตายมีสภาพความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง (Rehumanization of the dying process) สิทธิที่จะตายจึงเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนด้วย¹⁸

2.3.1 สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางธรรมชาติ¹⁹

กฎเกณฑ์ของธรรมชาติได้กำหนดให้สัตว์ และมนุษย์มีสัญชาตญาณในการดำรงไว้ซึ่ง เผ่าพันธุ์ สัญชาตญาณทำให้สัตว์ตัวเมียยอมตายเพื่อที่จะปกป้องลูกน้อยให้พ้นภัย เช่น แม่ลิงจะคุ้มกันลูก ของมัน โดยกอดลูกของมันติดข้างลำตัวเมื่อมีภัยจะไม่ยอมปล่อยให้ลูกตายแม้กระทั่งตัวอาจจะได้รับอันตราย จนตายพฤติกรรมเหล่านี้เป็นสัญชาตญาณตามธรรมชาติที่สัตว์จะยอมตายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์ ของมัน

สำหรับพฤติกรรมของมนุษย์ในการที่จะสละชีวิตของตนเองด้วยเหตุผลต่าง ๆ นั้น มีความ สลับซับซ้อนมากกว่าสัญชาตญาณของสัตว์เป็นอย่างมาก มนุษย์เป็นสัตว์ที่เหนือกว่าสัตว์อื่นเนื่องจาก ความมีเหตุผลและสติปัญญา ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาของสมองที่ล้ำหน้ากว่าสัตว์อื่นเป็นอันมาก มนุษย์นอกจากจะมีการยอมสละชีวิตเพื่อเหตุใดเหตุหนึ่งแล้ว มนุษย์ยังมีพฤติกรรมที่ทำลายชีวิตตนเอง อีกด้วย ที่เรียกว่าการฆ่าตัวตายและตั้งแต่สมัยกรีก โรมัน เป็นต้นมา ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ของมนุษย์นั้นมีทั้งคำหยาบคายและยกย่องนักปรัชญาบางคนยอมรับว่า การฆ่าตัวตายเป็นวิธีที่สมบูรณ์ ที่จะหนีพ้นไปจากความทุกข์ทรมาน เดวิด ฮูม (David Hume) ได้กล่าวไว้ในบทความของเขาในเรื่อง

¹⁸ ภูมิภัทร ศาสตร์ศรี, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2555), น. 17.

¹⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข, “สิทธิที่จะตาย,” *คุณพาน*, 43, 4. น. 93-96(ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

การฆ่าตัวตายว่า “เป็นสิทธิของมนุษย์ที่จะยอมสละชีวิตของตนเอง ทั้งยังไม่มีกล่าวไว้ในคัมภีร์เล่มใดเลยที่ห้ามการฆ่าตัวตาย”²⁰

การยอมตาย ของมนุษย์ในบางกรณี ไม่เพียงแต่สังคมจะให้การยอมรับเท่านั้น แต่กลับได้รับการยกย่องสรรเสริญจากสังคมอีกด้วย เช่น กรณีการสละชีวิตเพื่อคุ้มครองช่วยเหลือผู้อื่น หรือเพื่อปกป้องประโยชน์ของสาธารณชน การเสียสละชีวิตเพื่อชาติในการสงครามจะได้รับการยกย่องว่าเป็นความกล้าหาญและการเสียสละที่ยิ่งใหญ่จนได้รับการเรียกขานเป็นกรณีพิเศษว่า “วีรกรรม” ซึ่งมีตัวอย่างมากมายในสังคมของทุกภูมิภาค วีรกรรมของพระยาพิชัยดาบหักในประวัติศาสตร์เป็นหนึ่งตัวอย่างที่จารึกไว้ในประวัติศาสตร์²¹

การสละชีวิตอีกแบบที่สังคมยกย่องก็คือการเสียสละชีวิตเพื่อรักษาอุดมการณ์บางอย่างไว้ หนึ่งตัวอย่างเรื่องราวของพันท้ายนรสิงห์ ที่ยอมสละชีวิตโดยปฏิเสธการอภัยโทษประหารจากพระเจ้าแผ่นดิน เพื่อรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมายและราชประเพณีในสมัยนั้น การยอมตายในลักษณะนี้สังคมยอมรับและถือว่าเป็นความชอบธรรมอย่างหนึ่ง ดังคำพังเพยที่ว่า “เสียชีพอย่าเสียสัตย์” นั้นเป็นการปลุกฝังให้มนุษย์รักษาความสัตย์หรือความซื่อตรงไว้ยิ่งกว่าชีวิตของตน ทำนองเดียวกันกับพุทธภาษิตบทหนึ่งที่ว่า

“พึงสละทรัพย์เพื่อรักษาอวัยวะ
 พึงสละอวัยวะเพื่อรักษาชีวิต
 แต่พึงสละทั้งทรัพย์และอวัยวะและแม้ชีวิต
 เพื่อรักษาธรรมะ”

²⁰ Stengel E, *Suicide & attempted suicide*, pp. 65-73. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข, “สิทธิที่จะตาย,” *คุณพาส*, ฉบับที่ 43, เล่มที่ 4, น. 94 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

²¹ ภูมิภัทร ศาสตร์ศรี, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2555), น. 18.

การฆ่าตัวตายนั้น ทศนคติของสังคมต่อการกระทำดังกล่าวแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ท้องถิ่นและขึ้นอยู่กับมูลเหตุจูงใจในการฆ่าตัวตาย และบางครั้งขึ้นอยู่กับวิธีการฆ่าตัวตายอีกด้วย

มีผู้สำรวจชุมชนดั้งเดิมในทวีปแอฟริกาหลายเผ่า พบว่าหลายเผ่าถือว่าการฆ่าตัวตาย เป็นความชั่วร้าย หากญาติของผู้ที่ฆ่าตัวตายไปจะต้องตัวศพหรือไปทั่วบริเวณที่ผู้นั้นฆ่าตัวตาย จะได้รับภัยพิบัติ ดังนั้น จึงมีวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้ญาติของผู้ตายถูกต้องตัวศพ หรือไปบริเวณที่ผู้นั้น ฆ่าตัวตาย เช่น ให้คนที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ตายเป็นผู้ช่วยเคลื่อนย้ายศพออกไปโดยเร็วโดยใช้วัวลาก เป็นต้น บางเผ่าเชื่อว่าการฆ่าตัวตายเป็นอำนาจแวมด และสถานที่ที่คนฆ่าตัวตายเป็นสิ่งสถิตของ วิญญาณร้าย ในบางสังคมเห็นว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากการลงโทษตัวเอง เกิดจากความแค้น ในบางสังคม ขอมรับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเหตุจูงใจบางชนิด เช่น การฆ่าตัวตายของหญิงม่ายชาวอินเดียที่ฆ่าตัวตาย ตามสามีที่เรียกว่า สตี (Suttee) เพราะสถานภาพของหญิงม่ายในสังคมเหล่านั้นต่ำต้อยมาก ในปัจจุบัน มีกฎหมายห้ามการฆ่าตัวตายดังกล่าวแล้ว ในประเทศญี่ปุ่นการฆ่าตัวตายเพื่อศักดิ์ศรีสำหรับผู้แพ้ โดยวิธีใช้ดาบคว้านท้องที่ เรียกว่า ฮาราคีรี (Hara-kiri) นั้นเป็นที่ยกย่องในสังคมญี่ปุ่นมานาน แต่ปัจจุบันได้เสื่อมความนิยมไปแล้ว

จะเห็นได้ว่าสิทธิที่จะตายเป็นสิทธิตามธรรมชาติที่มนุษย์มีอำนาจที่จะเป็นเจ้าของชีวิต ของตนโดยสมบูรณ์ เพื่อที่จะได้ใช้สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ (The right to live) ที่จะตาย (The right to die) ได้ตามความประสงค์ของมนุษย์แต่ละคน สิทธิที่จะตายหรือสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่จึงเป็นสิทธิมนุษยชนเท่า เทียมกัน นั่นคือการยอมรับสิทธิในการเป็นเจ้าของร่างกายของตนเองของมนุษย์รวมทั้งความมีอิสระ ในการตัดสินใจ โชคชะตาของตนเอง (The right to self-determine) หรืออาจเรียกว่าเป็นความอิสระเสรี ของมนุษย์ (Human autonomy)²²

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า สิทธิที่จะตายนั่น แฝงเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นอิสระเสรี ของมนุษย์ นั้นเอง

²² เติ้งฮ้าง.

2.3.2 สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางกฎหมาย

ตามที่กล่าวมาแล้วว่า สิทธิที่จะตายเป็นสิทธิทางธรรมชาติ แต่ปัจจุบันหลายประเทศได้พัฒนามาเป็นสิทธิทางกฎหมาย กล่าวคือ มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย และในหลายประเทศก็มีกระแสผลักดันให้มีกฎหมายรับรองสิทธิที่จะตาย

วิวัฒนาการของสิทธิที่จะตายจากสิทธิทางธรรมชาติมาเป็นสิทธิทางกฎหมาย เนื่องจากการที่รัฐเข้ามาก้าวท้าวสิทธิทางธรรมชาติของมนุษย์ โดยการตรากฎหมายจำกัดสิทธิที่จะตาย กล่าวคือการออกกฎหมายห้ามการฆ่าตัวตาย โดยถือว่าประชาชนเป็นทรัพย์สินของรัฐ การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายทรัพย์สินของรัฐจึงต้องห้ามและผู้ฝ่าฝืนถือเป็นความผิดอาญามีโทษ อิทธิพลของคริสต์ศาสนาต่อรัฐต่าง ๆ ในยุโรปทำให้หลายประเทศมีกฎหมายห้ามฆ่าตัวตาย ในประเทศอังกฤษการฆ่าตัวฆ่าตัวตายเป็นความผิดเทียบเท่ากับการฆาตกรรม (Murder) การพยายามฆ่าตัวตายเป็นความผิดร้ายแรง (Misdemeanour) ประเทศฝรั่งเศสเป็นประเทศแรกที่ยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตาย ในปี ค.ศ. 1790 อีก 6 ปีต่อมา ประเทศปรัสเซีย (Prussia) ก็ได้ยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตาย ต่อมาในปี ค.ศ. 1890 ประเทศออสเตรียก็ยกเลิกกฎหมายดังกล่าว ในประเทศอังกฤษได้ออกกฎหมายใหม่คือ The Suicide Act 1961 ซึ่งไม่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิด แต่ยังถือว่าผู้สนับสนุน ผู้ยุยงส่งเสริมหรือจัดการให้มีการฆ่าตัวตายเป็นความผิดอาญาอยู่ ในปัจจุบันมีหลายประเทศยังถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดอาญา²³

สำหรับประเทศที่รับรองสิทธิที่จะตายให้เป็นสิทธิทางกฎหมายนั้น อาจมีการรับรองในรูปแบบของการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (assisted suicide) โดยการแนะนำ เตรียมสารและอุปกรณ์ไว้และปล่อยให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อจากนั้นเอง เช่นที่ปรากฏในกฎหมายของราชอาณาจักรเบลเยียม ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ในรัฐออริกอน แคลิฟอร์เนีย และมอนทานา

²³ Stengel E, *Suicide & attempted suicide*, pp. 65-73. อ้างถึงใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ข, “สิทธิที่จะตาย,” *คุณพาน*, 43, 4. น. 108 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539).

สหรัฐอเมริกาหรือรับรองให้มีการทำ (active euthanasia) โดยชอบด้วยกฎหมายได้ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่ต่างกันไปในแต่ละประเทศ

โดยสรุปจึงอาจกล่าวได้ว่า มนุษย์นั้นมีสิทธิที่จะตาย โดยถือเป็นสิทธิตามธรรมชาติ ดังนั้นหากบุคคลใดประสงค์ที่จะตายก็ย่อมทำได้ด้วยตนเอง แต่จะให้แพทย์หรือบุคคลอื่นเป็นผู้ลงมือมิได้ เพราะการที่บุคคลหนึ่งมีสิทธิที่จะตาย ไม่ได้หมายความว่าอีกบุคคลหนึ่งจะมีสิทธิที่จะฆ่าตามไปด้วย เว้นแต่สิทธิที่จะตายนั้น ได้พัฒนาเป็นสิทธิทางกฎหมาย ซึ่งก็อยู่กับกฎหมายของแต่ละประเทศนั้น ๆ ว่ามีการรับรองคุ้มครองและบังคับตามสิทธิได้หรือไม่ และภายใต้เงื่อนไขใด นั่นเอง

2.3.3 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

ในทางสากลนั้น สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ปรากฏอยู่ในข้อที่ 3 ของปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากการที่ประชุมสมัชชาแพทยโลกครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายนถึงตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และค.ศ. 2005 ตามลำดับซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

ข้อ 3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง²⁴

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง โดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนชัดแจ้งเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจ ทดสอบ หรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

²⁴ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “ปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก,”

สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561, จาก <http://www.doctor.or.th/node/7166>

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย หรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

จากปฏิกิริยาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นอยู่ในข้อ 3 ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะให้ หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตนก็ได้ โดยมีข้อแม้ว่า ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์และจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทดสอบ หรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับรวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ความยินยอม

2.3.4 บ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

สำหรับบ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้น ตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้อธิบายไว้ ดังนี้

บ่อเกิดแรก “สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีบ่อเกิดมาจากสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองและสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเองซึ่งสะท้อนข้อความคิดที่ว่า บุคคลมีสิทธิที่จะเป็นอิสระจากการถูกรุกรานทางร่างกายของตนเอง ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ การแต่ต้องโดยไม่ได้รับอนุญาต ถือเป็นละเมิดหลักความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันสิทธิของบุคคลในทางร่างกาย หลักความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว กำหนดให้ผู้ป่วยต้องสามารถเข้าใจเหตุผลและตัดสินใจด้วยตนเองได้ และผู้ป่วยต้องเข้าใจอย่างชัดเจนถึงลักษณะอาการของโรค ความเสี่ยง และประโยชน์ของการรักษานั้นๆ ศาลสหรัฐหลายศาลวางพื้นฐานของสิทธิในการปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตจากสิทธิตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ในเรื่องการให้ความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

บ่อเกิดที่สองของสิทธิในการปฏิเสธการรักษา คือ สิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญแม้รัฐธรรมนูญจะมีได้ระบุถึงสิทธิส่วนบุคคลไว้อย่างชัดเจนแจ้ง แต่ศาลก็ยอมรับถึงสิทธิดังกล่าวในบางสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ศาลอุทธรณ์มลรัฐแคลิฟอร์เนียในคดี Bouvia v. Superior Court ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลของผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถสมบูรณ์ในการที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการรักษานั้นจะสามารถยื้อชีวิตไว้ได้ ศาลหลายแห่งยอมรับสิทธิในการปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิต โดยมีพื้นฐาน

มาจากสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตาม สิทธิในทางปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้น มิใช่สิทธิเด็ดขาดและต้องนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของรัฐ (public interest) ด้วย²⁵

โดยทั่วไปศาลจะระบุดังประโยชน์ของรัฐ 4 ประการ ที่จะนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับสิทธิของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา ซึ่งได้แก่

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

ผลประโยชน์ของรัฐที่สำคัญที่สุด คือ การสงวนรักษาชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยหลัก 2 ประการ คือ การรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิตโดยทั่วไปและการสงวนรักษาชีวิตของปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะเจาะจง หน้าที่ของรัฐในการยื้อชีวิตจะต้องนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับเสรีภาพของบุคคล ในการปฏิเสธการล่วงล้ำทางร่างกายและสิทธิส่วนบุคคล ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ชี้แจงในคดี in re Quinlan ว่าผลประโยชน์ของรัฐ ในการสงวนรักษาชีวิตมีค่าน้อยกว่าสิทธิส่วนบุคคล เมื่อโอกาสในการฟื้นคืนเสื่อมลง ในขณะที่ระดับในการรุกรานทางร่างกายเพิ่มขึ้น

ผลประโยชน์ของรัฐในการสงวนรักษาชีวิตก่อให้เกิดความสำคัญในการป้องกันบุคคลจากการทำลายตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตไม่จำเป็นจะต้องถือเป็นการฆ่าตัวตายเสมอไป การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคลที่จะจบชีวิตในลักษณะที่ตนต้องการ การปฏิเสธการรักษาไม่ใช่การร้องขอความตายเสมอไปแต่เป็นความต้องการที่จะเป็นอิสระจากการรักษาที่ตนไม่ต้องการ

ผลประโยชน์ของรัฐประการที่สาม คือ รักษาคุณธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แพทย์มีหน้าที่อย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วย หน้าที่ดังกล่าวรวมไปถึงการให้น้ำและอาหารเพื่อประทังชีวิตผู้ป่วยในยามจำเป็น ด้วยความสัมพันธ์

²⁵ เติ้งฮ้าง.

ของแพทย์และผู้ป่วยยังคงอยู่ และผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ รัฐจะไม่ตัดสินคนที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ตามอำเภอใจ อย่างไรก็ตาม จริยธรรมทางการแพทย์ก็มีได้ให้อำนาจแก่การแทรกแซงทางการแพทย์ เพื่อรักษาชีวิตไว้ในทุกกรณี ดังที่ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ บันทึกไว้ในคดี in re Conroy ในบางสถานการณ์ หน้าที่ที่เหมาะสมที่สุดของแพทย์ควรจะเป็นการทำให้กระบวนการตายนั้นง่ายขึ้น มิใช่ยื้อความตายที่ทุกข์ทรมานออกไป

รัฐอาจยังมีหน้าที่ในการป้องกันบุคคลที่สาม จากผลกระทบที่จะเป็นผลร้ายจากการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา เมื่อสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลที่สาม ผู้บริสุทธิ์อาจเป็นอันตราย โดยทั่วไปศาลจะให้น้ำหนักแก่สิทธิในการตัดสินใจของบุคคลน้อยลง รัฐอาจต้องการให้บุคคลทนต่อการรักษาเพื่อป้องกันสุขภาพของรัฐสาธารณชน ตัวอย่างเช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคระบาด เป็นต้น

สิทธิในการตัดสินใจโดยทั่วไปแล้วจะมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่จะได้กล่าวไปข้างต้นในสถานการณ์ที่บุคคลยังมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้ แต่ในกรณีของบุคคลที่ไร้ความสามารถ สถานการณ์จะยากขึ้นมาก เพราะบุคคลนั้นจะไม่สามารถใช้สิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้²⁶

โดยทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์มักมีสาเหตุมาจาก

- 1) ความเชื่อทางด้านลัทธิ ศาสนา
- 2) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเนื่องจากอับอาย และวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดหวัง หรือความล้มเหลวต่าง ๆ ไม่ว่าจะป็นในชีวิตส่วนตัวหรือการทำงาน
- 3) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเพราะไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอีกต่อไป

²⁶ Julie A. DiCamillo, "A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RIGHT TO DIE IN THE NETHERLANDS AND THE UNITED STATES CRUZAN : REASSESSING THE RIGHT OF SELF-DETERMINATION." American University Journal of International Law and Policy, Vol. 7:807. pp.821-825.

4) เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงถึงการต่อต้านนโยบายของรัฐหรือหน่วยงานใด ๆ ของรัฐหรือเอกชน²⁷

นอกจากสาเหตุ 4 ประการข้างต้นนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีเหตุผลอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ ซึ่งเหตุผลเหล่านั้นจะต้องถูกนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของรัฐ ซึ่งหากรัฐเห็นว่าผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญ หรือมีน้ำหนักมากกว่าเหตุผลในการปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้น ๆ รัฐอาจเข้าแทรกแซงการตัดสินใจดังกล่าวของบุคคลนั้น ๆ ได้

2.3.3 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

ในทางสากลนั้น สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ปรากฏอยู่ในข้อที่ 3 ของปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากการที่ประชุมสมัชชาแพทยโลกครั้งที่ 34 ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายนถึงตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ. 1995 และค.ศ. 2005 ตามลำดับซึ่งมีเนื้อหา ดังนี้

ข้อ 3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง²⁸

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจ ทดสอบ หรือการบำบัดรักษาผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัย หรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

²⁷ ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. (2529). การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร. หน้า 99.

²⁸ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “ปฏิญญาว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก,” สืบค้นเมื่อวันที่ 10

จากปฏิกฤษณ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นอยู่ในข้อ 3 ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะให้ หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตนก็ได้ โดยมีข้อแม้ว่า ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์และจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทดสอบ หรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับรวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ความยินยอม

2.3.4 บ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษา

สำหรับบ่อเกิดของสิทธิในการปฏิเสธการรักษานั้น ตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้อธิบายไว้ ดังนี้

บ่อเกิดแรก “สิทธิในการปฏิเสธการรักษามีบ่อเกิดมาจากสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง และสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ สิทธิการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง ซึ่งสะท้อนข้อความคิดที่ว่า บุคคลมีสิทธิที่จะเป็นอิสระจากการถูกรุกรานทางร่างกายของตนเอง ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ การแต่ต้องโดยไม่ได้รับอนุญาต ถือเป็นละเมิดหลักความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันสิทธิของบุคคลในทางร่างกาย หลักความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว กำหนดให้ผู้ป่วยต้องสามารถเข้าใจเหตุผลและตัดสินใจด้วยตนเองได้ และผู้ป่วยต้องเข้าใจอย่างชัดเจนถึงลักษณะอาการของโรค ความเสี่ยง และประโยชน์ของการรักษานั้น ๆ ศาลมลรัฐหลายศาลวางพื้นฐานของสิทธิในการปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตจากสิทธิตามระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ในเรื่องการให้ความยินยอม โดยได้รับการบอกกล่าว

บ่อเกิดที่สองของสิทธิในการปฏิเสธการรักษาคือ สิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญแม้รัฐธรรมนูญจะมีได้ระบุถึงสิทธิส่วนบุคคลไว้อย่างชัดเจนแจ้ง แต่ศาลก็ยอมรับถึงสิทธิดังกล่าวในบางสถานการณ์ ตัวอย่างเช่น ศาลอุทธรณ์มลรัฐแคลิฟอร์เนียในคดี Bouvia v. Superior Court ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลของผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถสมบูรณ์ในการที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการรักษานั้นจะสามารถยื้อชีวิตไว้ได้ ศาลหลายแห่งยอมรับสิทธิในการปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตโดยมีพื้นฐานมาจากสิทธิส่วนบุคคล

บุคคลตามรัฐธรรมนูญอย่างไรก็ดี สิทธิในทางปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้นมีใช้สิทธิเด็ดขาดและต้องนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของรัฐ (public interest) ด้วย²⁹

โดยทั่วไปศาลจะระบุถึงประโยชน์ของรัฐ 4 ประการ ที่จะนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับสิทธิของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา ซึ่งได้แก่

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

ผลประโยชน์ของรัฐที่สำคัญที่สุด คือ การสงวนรักษาชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยหลัก 2 ประการ คือ การรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิต โดยทั่วไปและการสงวนรักษาชีวิตของปัจเจกบุคคลโดยเฉพาะเจาะจง หน้าที่ของรัฐในการขี้อชีวิตจะต้องนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับเสรีภาพของบุคคลในการปฏิเสธการล่วงล้ำทางร่างกายและสิทธิส่วนบุคคล ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้ชี้แจงในคดี in re Quinlan ว่าผลประโยชน์ของรัฐ ในการสงวนรักษาชีวิตมีค่าน้อยกว่าสิทธิส่วนบุคคล เมื่อโอกาสในการฟื้นคืนเสื่อมลง ในขณะที่ระดับในการรุกรานทางร่างกายเพิ่มขึ้น

ผลประโยชน์ของรัฐในการสงวนรักษาชีวิตก่อให้เกิดความสำคัญในการป้องกันบุคคลจากการทำลายตนเอง เช่น การฆ่าตัวตาย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจปฏิเสธเครื่องช่วยชีวิตไม่จำเป็นจะต้องถือเป็นการฆ่าตัวตายเสมอไป การใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาเป็นการแสดงออกถึงความต้องการของบุคคลที่จะจบชีวิตในลักษณะที่ตนต้องการ การปฏิเสธการรักษาไม่ใช่การร้องขอความตายเสมอไปแต่เป็นความต้องการที่จะเป็นอิสระจากการรักษาที่ตนไม่ต้องการ

ผลประโยชน์ของรัฐประการที่สาม คือ รักษาคุณธรรมของวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งแสวงหาการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา แพทย์มีหน้าที่อย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยหน้าที่ดังกล่าวรวมไปถึงการให้น้ำและอาหารเพื่อประทังชีวิตผู้ป่วยในยามจำเป็น ด้วยความสัมพันธ์

²⁹ เท็งฮ้าง.

ของแพทย์และผู้ป่วยยังคงอยู่ และผู้ป่วยต้องพึ่งพาแพทย์ รัฐจะไม่ตัดสินคนที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ตามอำเภอใจ อย่างไรก็ตาม จริยธรรมทางการแพทย์ก็มีได้ให้อำนาจแก่การแทรกแซงทางการแพทย์ เพื่อรักษาชีวิตไว้ในทุกกรณี ดังที่ศาลสูงมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ บันทึกไว้ในคดี in re Conroy ในบางสถานการณ์ หน้าที่ที่เหมาะสมที่สุดของแพทย์ควรจะเป็นการทำให้กระบวนการตายนั้นง่ายขึ้น มิใช่ยื้อความตายที่ทุกข์ทรมานออกไป

รัฐอาจยังมีหน้าที่ในการป้องกันบุคคลที่สาม จากผลกระทบที่จะเป็นผลร้ายจากการตัดสินใจของบุคคลในการปฏิเสธการรักษา เมื่อสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลที่สาม ผู้บริสุทธิ์อาจเป็นอันตราย โดยทั่วไปศาลจะให้น้ำหนักแก่สิทธิในการตัดสินใจของบุคคลน้อยลง รัฐอาจต้องการให้บุคคลทนต่อการรักษาเพื่อป้องกันสุขภาพของรัฐสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคระบาด เป็นต้น

สิทธิในการตัดสินใจโดยทั่วไปแล้วจะมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่จะได้กล่าวไปข้างต้นในสถานการณ์ที่บุคคลยังมีความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองได้แต่ในกรณีของบุคคลที่ไร้ความสามารถ สถานการณ์จะยากขึ้นมาก เพราะบุคคลนั้นจะไม่สามารถใช้สิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาด้วยตนเองได้³⁰

โดยทั่วไป กรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์มักมีสาเหตุมาจาก

- 1) ความเชื่อทางด้านลัทธิ ศาสนา
- 2) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเนื่องจากอับอาย และวิตกกังวลเกี่ยวกับความผิดหวัง หรือความล้มเหลวต่าง ๆ ไม่ว่าจะป็นในชีวิตส่วนตัวหรือการทำงาน
- 3) ผู้ป่วยต้องการที่จะตายเพราะไม่ต้องการทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยอีกต่อไป

³⁰ Julie A. DiCamillo, "A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RIGHT TO DIE IN THE NETHERLANDS AND THE UNITED STATES CRUZAN : REASSESSING THE RIGHT OF SELF-DETERMINATION." American University Journal of International Law and Policy, Vol. 7:807. pp.821-825.

4) เพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงถึงการต่อต้านนโยบายของรัฐหรือหน่วยงานใด ๆ ของรัฐหรือเอกชน³¹

นอกจากสาเหตุ 4 ประการข้างต้นนี้ ผู้ป่วยยังอาจมีเหตุผลอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการปฏิเสธการรักษาจากแพทย์ ซึ่งเหตุผลเหล่านั้นจะต้องถูกนำมาชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ของรัฐซึ่งหากรัฐเห็นว่าผลประโยชน์ของรัฐมีความสำคัญ หรือมีน้ำหนักมากกว่าเหตุผลในการปฏิเสธการรักษาของบุคคลนั้น ๆ รัฐอาจเข้าแทรกแซงการตัดสินใจดังกล่าวของบุคคลนั้น ๆ ได้

2.3.5 การปฏิเสธการรักษาโดยชอบ

จากหลักการต่าง ๆ ดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า การปฏิเสธการรักษาโดยชอบนั้น ต้องมีลักษณะต่าง ๆ ดังนี้³²

1. ผู้ปฏิเสธการรักษาจะต้องได้รับทราบข้อมูลอย่างเต็มที่ ในการปฏิเสธการรักษาผู้ที่ให้คำปฏิเสธการรักษาจะต้องได้รับข้อมูลเพียงพอที่จะตัดสินใจโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) หน้าที่ในการแจ้งข้อมูล เนื่องจากแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเป็นพิเศษ จึงมีหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องแจ้งข้อมูลให้คำแนะนำและอธิบายถึงความเสี่ยงในการรักษา

2) ขอบเขตของข้อมูลที่จำเป็นต้องแจ้ง แพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งผู้ป่วย ดังนี้

ก. ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษาและความหวังที่จะหายจากโรค

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

³¹ ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, “การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร,” (วิทยานิพนธ์ คณะนิติศาสตร์, 2529), น. 99.

³² วลัย วิเศษสุวรรณ, “การกระทำโดยชอบ: ศึกษากรณีความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์ในการปฏิบัติตามคำปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย,” (วิทยานิพนธ์ คณะนิติศาสตร์, 2549), น. 108-129.

(2) วิธีการรักษาพอสมควรแก่ความเข้าใจในสาระสำคัญ โดยมีหลักการอยู่ว่า หากการรักษาเป็นการรักษาที่เป็นเรื่องใหญ่ มีความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดใหญ่ จะต้องมี การแจ้งข้อมูลให้ทราบที่มากกว่าการรักษาธรรมดา แต่การรักษาในสถานการณ์ฉุกเฉิน หรือจำเป็นรีบด่วน แพทย์อาจให้ข้อมูลน้อยกว่าการรักษาในสถานการณ์ทั่วไปได้

(3) วิธีการรักษาที่แพทย์แนะนำและทางเลือกในการรักษาโดยวิธีอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยที่เป็น โรคนิวโมเนียในท่อนไต แพทย์จะต้องอธิบายถึงทางเลือกในการรักษา กล่าวคือ รักษาด้วยการผ่าตัด หรือยิงเลเซอร์ โดยแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายถึงข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ตลอดจนแนะนำวิธีใดที่เหมาะสมและเพราะเหตุใด

(4) ความหวังในผลสำเร็จของการรักษาและความหวังที่จะหายจากโรคแพทย์จะต้องแจ้งว่าการรักษามีความหวังที่จะสำเร็จมากน้อยเพียงใด และหลังจากการรักษา ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายขาดจากโรคแค่ไหน

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นหากมีการรักษา ก่อนจะมีการปฏิเสธการรักษา แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลร้ายหากมีการรักษาด้วยหากการรักษาอาจก่อผลร้าย ย่อมเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะเลือกรับหรือปฏิเสธการรักษา ผลร้ายหากมีการรักษาเกิดขึ้นอันเป็นข้อมูลที่แพทย์ต้องแจ้งแก่ผู้ป่วย ได้แก่

(1) การพยากรณ์โรค (prognosis) คือ ภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่อาจมีขึ้นหลังการรักษา เช่น โอกาสในการกลับมาเป็นโรคเดิมอีก หรือผู้ป่วยต้องใช้ยาบางตัวตลอดไป หรือถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการตรวจรักษาตามวิธีการของแพทย์ที่จะบอกกล่าวไว้ ต่อไปภาวะของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรของใคร

(2) อันตรายที่อาจเกิดจากการรักษา หากการรักษาอาจก่ออันตรายแก่ผู้ป่วยแพทย์มีหน้าที่ต้องแจ้งถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความตาย อัมพาต อัมพฤกษ์ ตาบอด โรคแทรกซ้อนร้ายแรง อีกทั้ง แพทย์ยังมีหน้าที่ต้องพูดคุยกับผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะเกิดผลร้าย แต่แพทย์ไม่ต้องแจ้งโอกาสที่จะเกิดผลร้ายที่มีอยู่เองตามสภาพของการรักษา เช่น โอกาสในการติดเชื้อจากการผ่าตัด โอกาสในการช้ำหลังการผ่าตัด เพราะเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยอาจคาดคะเนได้เอง

ในกรณีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ แพทย์ไม่ต้องแจ้งข้อมูลอันเป็นผลร้ายแก่การรักษาแก่ผู้ป่วยให้ทราบ

(ก) ผู้ป่วยไม่ประสงค์จะให้แพทย์แจ้งผลร้ายจากการรักษา

(ข) ความเสี่ยงนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปควรจะทราบกันดี หรือเป็นตัวร้ายที่ผู้ป่วยทราบคืออยู่แล้วจากการรักษาครั้งก่อน

(ค) ความเสี่ยงนั้นเป็นความเสี่ยงในการรักษาที่ไกลเกินกว่าที่จะเกิดขึ้นได้ เมื่อการรักษานั้นเป็นการรักษาธรรมดา ๆ

(ง) ผลร้ายนั้นเป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยทราบแล้วจะไม่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย เช่น การแจ้งผลร้ายอาจมีผลต่อจิตใจผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยท้อแท้เสียกำลังใจ ข้อมูลนี้แพทย์ไม่ต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบแต่ควรบอกแก่ญาติของผู้ป่วย

ค. ข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายหากผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการรักษา นอกจากแพทย์จะแจ้งผลร้ายอันเกิดจากการรักษาแล้ว แพทย์ยังต้องแจ้งผลร้ายอันอาจเกิดจากการไม่รับการรักษาด้วย โดยมีหลักการและมาตรฐานเกี่ยวกับการแจ้งผลร้ายอันอาจเกิดจากการรักษาที่แตกต่างออกไป คือ การแจ้งผลร้ายจากการไม่รักษา ไม่ว่าจะเป็กรณีที่การแจ้งผลร้ายอาจกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย หรือผู้ป่วยไม่ประสงค์จะทราบข้อมูลอันเป็นรายละเอียด แพทย์ก็ต้องแจ้งถึงผลไมที่จะเกิดขึ้นจากการไม่รักษาให้ผู้ป่วยทราบว่ามียู่อย่างไร แต่ไม่ต้องลงลึกในรายละเอียด นอกจากที่กล่าวมานี้ ข้อยกเว้นที่แพทย์ไม่ต้องแจ้งถึงผลร้ายในการไม่รักษา เช่น ผลร้ายนั้นเป็นความเสี่ยงที่ไม่ได้ว่าจะเกิดขึ้น ย่อมเป็นอย่างเดียวกับข้อยกเว้นของการแจ้งผลร้ายในการรักษา

ง. สิ่งที่ต้องแจ้งเพิ่มเติมในการทดลองรักษา สิ่งที่ต้องแจ้งเพิ่มเติมในการทดลองรักษา คือ มาตรการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองรักษา และในการอธิบายนั้นต้องอธิบายจนผู้ป่วยหมดความเคลือบแคลงสงสัย

3) ผลของการไม่แจ้งข้อมูล เมื่อแพทย์ไม่แจ้งข้อมูลต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผลของการไม่แจ้งข้อมูลนั้น มีดังนี้

(ก) คำปฏิเสธการรักษาที่เสียไป แต่ทั้งนี้ ข้อมูลที่แพทย์มิได้แจ้งนั้นจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญด้วย ข้อมูลอันเป็นสาระสำคัญนั้น คือ ข้อมูลที่เกี่ยวกับธรรมชาติพื้นฐาน และลักษณะของโรคและการรักษา ตลอดจนผลร้ายหรือความเสี่ยงที่จะต้องเกิดขึ้นแน่นอนจากการรักษา และการไม่รักษา

(ข) การกระทำของแพทย์เป็นการประมาทเลินเล่อ หากแพทย์ไม่แจ้งข้อมูลที่เป็นส่วนประกอบคำปฏิเสธการรักษาที่เสียไป แต่แพทย์อาจต้องรับผิดชอบในฐานะประมาทเลินเล่อโดยข้อมูลอันเป็นส่วนประกอบ คือ ความเสี่ยงที่แฝงมากับการรักษา ซึ่งความเสี่ยงดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเสี่ยงที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอนจากการรักษา นอกจากนั้นจะต้องมิใช่กรณีที่แพทย์จงใจไม่แจ้งข้อมูลโดยทุจริต เพราะหากเป็นการจงใจโดยทุจริต การตัดสินใจนั้นจะถึงขั้นเสียไป เนื่องจากเป็นการให้ความยินยอมในการไม่รักษาอันเกิดจากการฉ้อฉล

2. การปฏิเสธการรักษามีได้เกิดจากภาวะอารมณ์อันแปรปรวนแปร แต่ต้องเกิดจากการใคร่ครวญด้วยเหตุผล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) การตัดสินใจของผู้ป่วยจะต้องไม่ถูกรอบงำโดยปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความสับสน ความไร้สติสัมปชัญญะ ความสะเทือนใจอย่างกะทันหัน ความท้อแท้ของผู้ป่วย

(2) ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเพราะถูกอารมณ์ครอบงำ ต้องถูกรบกวนถึงขั้นที่ไม่อาจเปรียบเทียบและจดจำข้อมูลประกอบการตัดสินใจว่าจะรับการรักษาหรือไม่ จนไม่อาจที่จะใช้ข้อมูลและชั่งน้ำหนักระหว่างผลได้ผลเสียในการยอมรับหรือปฏิเสธการรักษา

(3) แพทย์จะเป็นผู้กระทำอย่างมีเหตุผลในการประเมินสติปัญญาและอารมณ์ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาด้วยความหุนหันพลันแล่น และแพทย์ได้ประเมินและว่าเป็นการตัดสินใจด้วยความวุ่น การปฏิเสธการรักษาที่ถือว่าไม่มีผล

(4) เมื่อผู้ป่วยต้องการข้อมูลเพิ่มเติม แพทย์ต้องให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลตามสมควรที่จะใช้ประกอบการพิจารณาในการตัดสินใจจะยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาแพทย์ไม่ต้องให้ข้อมูลเพิ่มเติมการปฏิเสธการรักษาก็สมบูรณ์แล้ว อย่างไรก็ตามแพทย์ต้องให้ข้อมูลพื้นฐานไปตาม

สมควรแล้วหากแพทย์ยังไม่ได้ให้ข้อมูลใด ๆ เลย โดยการปฏิเสธการรักษา นั่นถือว่าการปฏิเสธการรักษาที่ไม่ได้ใคร่ครวญด้วยเหตุผล

(5) ในการปฏิเสธการรักษาเพราะเหตุผลด้านความเชื่อทางศาสนา จะถือว่าผู้ป่วยได้ใคร่ครวญด้วยเหตุผล ต่อเมื่อผู้ป่วยเป็นผู้นับถือศาสนานั้นเอง หากผู้ป่วยไม่นับถือศาสนานั้น แต่ตัดสินใจไปเพราะอิทธิพลจากคนที่นับถือศาสนานั้น การปฏิเสธการรักษานั้นเป็นอันไร้ผล

3. การปฏิเสธการรักษาจะต้องมีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐ

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

2.3.6 สิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยนั้นสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาพยาบาลนั้นปรากฏอยู่ในมาตรา 52 แห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งบัญญัติว่า³³

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายและต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ

ต่อมาเมื่อประเทศไทย ได้ใช้รัฐธรรมนูญฉบับพุทธศักราช 2560 สิทธิดังกล่าวได้ปรากฏอยู่ในมาตรา 47 ซึ่งบัญญัติว่า

³³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540, มาตรา 52.

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย³⁴ ซึ่งสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยอย่างปรากฏอยู่ใน “คำประกาศสิทธิของผู้ป่วย” โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข 5 องค์กรได้ร่วมลงนามโดยนายกของสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 องค์กร และประธานคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะในวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งมีเนื้อหาสาระ ดังต่อไปนี้

เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับกันและกัน แพทยสภา สภากาชาด และสภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิของผู้ป่วยไว้ต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วน หรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

³⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, มาตรา 47.

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ
แก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัว
จากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏ
ในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น

10. บิดา มารดา หรือผู้แทน โดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกิน
สิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้³⁵

จะเห็นได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยนั้นปรากฏอยู่ในข้อที่ 3 ของคำประกาศ
สิทธิของผู้ป่วย ซึ่งมีข้อพิจารณาดังนี้

กรณีรับค้อนหรือจำเป็นนั้นต้องแยกออกเป็นสองกรณี คือ กรณีรับค้อนหรือกรณีจำเป็น
เพราะใช้คำว่า “หรือ” ซึ่งทั้งสองกรณี ต้องดูที่สภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก คือ รับค้อนสำหรับผู้ป่วย
และจำเป็นสำหรับผู้ป่วย (ไม่ใช่รับค้อนหรือจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพ)

ทั้งกรณีรับค้อนและกรณีจำเป็น หมายถึง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์
เห็นว่ารับค้อน หรือจำเป็นจะต้องให้การรักษาหรือดำเนินการทางแพทย์อย่างหนึ่งอย่างใด แต่ผู้ป่วย
ไม่ให้ความยินยอม หรือการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพอแล้ว อาจไม่ทันการณ์ หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพ
ที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ แพทย์ก็จำต้องรีบดำเนินการทางการแพทย์ไปได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้

³⁵ แพทยสภา, “คำประกาศสิทธิผู้ป่วย,” สืบค้นเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2561, จาก https://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=834.

ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น กรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ขา (femoral vessels) นึกขาดอย่างมาก และไม่อาจที่จะหยุดเลือดได้ อีกทั้งยังพบว่าขาอยู่ในสภาพที่ไม่อาจมีเลือดมาเลี้ยงได้อีกต่อไปแล้วจำเป็นต้องตัดขาผู้ป่วย เช่นนี้ก็ต้องรีบดำเนินการเป็นการด่วน เพราะถ้าช้าไปอาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้³⁶

จึงกล่าวได้ว่าสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้ไม่ใช่สิทธิเด็ดขาด โดยมีข้อยกเว้นในกรณีรีบด่วนและจำเป็นที่แพทย์อาจฝ่าฝืนสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยได้ ซึ่งข้อ 4. คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้ ได้บัญญัติขึ้นเพื่อสอดคล้องกับข้อ 3. โดยได้ต่อยอดถึงสิทธิของแพทย์ในการฝ่าฝืนสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยโดยจะสังเกตได้จากคำว่า “...โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่”

ดังนั้น สิทธิปฏิเสธการรักษาที่ปรากฏอยู่ในคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยนี้จึงมีขอบเขตแคบกว่าสิทธิปฏิเสธการรักษาตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา เพราะในกรณีที่ถึงแก่ชีวิต แพทย์อาจฝ่าฝืนได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงความยินยอมของผู้ป่วยได้เสมอ ในขณะที่สิทธิปฏิเสธการรักษาตามแนวความคิดของประเทศสหรัฐอเมริกา หากว่าครบเงื่อนไขแล้ว ไม่ว่าจะรัฐหรือแพทย์ย่อมไม่อาจฝ่าฝืนสิทธิดังกล่าวของผู้ป่วยได้

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยในปัจจุบัน มีสิทธิการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย ได้รับการรับรองมากขึ้น โดยในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติว่า

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

³⁶ วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์, “สิทธิผู้ป่วย,” สืบค้นเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/8376>.

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ซึ่งกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้กำหนดให้ผู้ที่จะใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษา ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นี้ได้ ต้องเป็นผู้ที่วาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึง หรือได้รับความทรมานจากการเจ็บป่วยโดยนิยามคำว่าวาระสุดท้ายของชีวิต หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจากการเจ็บบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากการตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น และนิยามคำว่า “การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ นอกจากนั้นต้องมีได้อยู่ในระหว่างการตั้งครุภ³⁷

2.4 แนวความคิดว่าด้วยเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย³⁸

ความตาย เป็นหน้าที่ของสังขาร สังขาร คือ สิ่งปรุงแต่งจากเหตุปัจจัย เมื่อเหตุปัจจัยบางส่วน หยุดปรุงแต่ง ความตายบางส่วนก็ปรากฏออกมาสำหรับสังขารส่วนนั้น จึงถือว่าการตายเป็นหน้าที่

³⁷ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย, พ.ศ. 2553, ข้อ 2.

³⁸ คานตารวจรัตนพงศ์ ก้องดา, “การเตรียมตัวตายอย่างสงบตามหลักพุทธธรรม,” (หลักสูตรศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 2548), น. 10-11.

ของสังขาร หรือสังขารทำหน้าที่ที่จะต้องตาย³⁹ ความตายยังหมายถึง ความเสื่อมไป ความแตก ความสลาย ความไม่เที่ยง ความหายไปแห่งธรรมเหล่านั้น เรียกว่า มรณะ⁴⁰ ปัจจุบันมีวิชาที่เรียกว่า มรณวิทยา หรือมฤตยวิทยา (Thanatology) ซึ่งเป็นวิชาที่ศึกษาถึงกระบวนการเกี่ยวกับปฏิกิริยาต่อความตายทั้งผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายและผู้ที่กำลัง โศกเศร้าอาลัยจากการสูญเสียสิ่งที่รัก นอกจากนี้ยังรวมถึงปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในผู้ดูแล (Caretakers) ของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายด้วย

1. ปฏิกิริยาต่อการตายที่จะมาถึง (Reaction to Impending Death)

Elisabeth Kubler Ross เป็นนักจิตแพทย์และเป็นนักมรณวิทยาได้อธิบายถึงปฏิกิริยาต่อการตายที่กำลังจะมาถึงไว้เป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การช็อกและการปฏิเสธ ปฏิกิริยาแรกของผู้ป่วยหลังจากทราบว่าตนเองจะต้องเสียชีวิต คือ ช็อก ช่วงแรกผู้ป่วยอาจมีอาการง ๆ แล้วตามด้วยการปฏิเสธการวินิจฉัยโรคหรือเชื่อว่า มีบางสิ่งบางอย่างผิดพลาด ผู้ที่ไม่สามารถผ่านระยะนี้อาจเปลี่ยนผู้รักษาไปเรื่อย ๆ โดยหวังว่าจะพบกับผู้ที่สนับสนุนความคิดของตน การปรับตัวในระยะนี้จะมีผลต่อการยอมรับการรักษา สิ่งที่ผู้รักษาควรทำในระยะนี้ คือการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยอย่างให้เกิดริและตรงไปตรงมา รวมทั้งให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค (Prognosis) และทางเลือกในการรักษา

ระยะที่ 2 การโกรธแค้นผู้ป่วยรู้สึกคับข้องใจ (Frustrated) หงุดหงิด (irritable) และโกรธแค้นที่ตนต้องตาย โดยการตอบสนองที่พบบ่อย คือ ความรู้สึกที่ว่า “ทำไมต้องเป็นเรา” โกรธแค้นที่ต้องพบเจอกับวิบากกรรม ในระยะนี้ความโกรธแค้นอาจเคลื่อนย้ายไปสู่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล และผู้รักษา การตอบสนองทนต่อผู้ป่วยในลักษณะของการมีอารมณ์ร่วมรู้สึกโดยไม่ใช้กลไกการป้องกัน (Empathic nondefensive response) สามารถลดความโกรธของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยหันไปสนใจกับความรู้สึกเล็ก ๆ (เช่น ความ โศกเศร้า อาลัย กลัว ว่าเหว) ของคนที่ปกปิดไว้ด้วยความโกรธแค้น นอกจากนี้

³⁹ พุทธทาสภิกขุ, ตายก่อนตาย, (กรุงเทพมหานคร : ธรรมสภา, 2536), น. 22.

⁴⁰ มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวิช, “การตายและภาวะใกล้ตาย,” อ่างใน ตำราจิตเวชศาสตร์. มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวิช บรรณาธิการ, (เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์, 2542), น. 422-432.

การแสดงความรู้สึกโกรธแค้นของผู้ป่วยยังเป็นการแสดงออกถึงความต้องการดูแลที่จะให้ผู้รักษาช่วยควบคุมสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้

ระยะที่ 3 การต่อรอง ผู้ป่วยอาจพยายามเจรจากับผู้รักษา เพื่อน หรือแม่แต่อ่อนนวยพรพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อให้ตนเองหายจากโรค โดยให้สัญญาบางอย่าง เช่น การบริจาคเงินเพื่อการกุศล การอุทิศตนเพื่อการศาสนา อีกลักษณะหนึ่งของการต่อรอง คือการที่ผู้ป่วยเชื่อว่า หากตนเองทำตัวดี (เช่น การให้ความร่วมมือ การไม่ตั้งข้อสงสัย การร่าเริง) ผู้รักษาอาจทำให้ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตได้ การปฏิบัติตัวของผู้รักษาในระยะนี้ต้องชัดเจนว่าผู้รักษาจะดูแลผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ และผู้รักษาควรทำทุกสิ่งที่สามารถทำได้ไม่ว่าผู้ป่วยจะแสดงออกหรือมีพฤติกรรมอย่างไร นอกจากนี้พยายามชักชวนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างดีที่สุด

ระยะที่ 4 อาการซึมเศร้า ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการแสดงออกอาการซึมเศร้า เช่น ถอยหนีจากสังคม เคลื่อนไหวช้า การนอนแปรปรวน ความรู้สึกหมดหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย การซึมเศร้า อาจเกิดจากการเจ็บป่วยทางจิตใจ (เช่น ตกงาน ความขัดสนด้านการเงิน ความรู้สึกที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความรู้สึกหมดหวังการต้องแยกจากเพื่อนและครอบครัว) หรืออาจเกิดจากการคาดหมายในทางร้ายก็ได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่าย ไม่สนใจ ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ (Vegetative signs) และมีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) ซึ่งเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสำหรับ Major Depressive Disorder ผู้รักษาควรให้การรักษาด้วยยารักษาซึมเศร้า (Antidepressants) หรือการทำให้ชักด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ทั้งนี้⁴¹ เนื่องจากผู้ป่วยที่ซึมเศร้ามากจะรู้สึกหมดหวังและรู้สึกหมดกำลังใจที่จะดำรงชีวิตต่อไป อย่างไรก็ตาม หากการซึมเศร้านั้น เป็นเพียงปฏิกิริยาตามปกติก็ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาทางชีวภาพ (Biological treatment)

⁴¹ คาบตำรวจ รัตนพงศ์ ก่องตา, “การเตรียมตัวตายอย่างสงบตามหลักพุทธธรรม,” (หลักสูตรศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหามงกุฎราชวิทยาลัย, 2548), น. 11-13.

ระยะที่ 5 การยอมรับ ผู้ป่วยรู้ว่าความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น อารมณ์ของผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติ สามารถพูดคุยเรื่องการตายของตนกับทุก ๆ คน และมีความเชื่อในปรัชญาและคำสอนของศาสนาที่นำมาซึ่งความสุข

นอกจากนั้นคนที่อยู่ในภาวะใกล้ตายยังมีปฏิกริยาต่อภาวะดังกล่าวในรูปแบบอื่น ๆ ได้แก่ ความกลัวเกี่ยวกับความความตาย ถ้าทราบว่าเรากำลังจะตาย มนุษย์ส่วนมากยากที่จะทำใจในเรื่องเกี่ยวกับความตายได้ เมื่อคนอยู่ในภาวะใกล้ตายแล้วความรู้สึกกลัวตายมักเกิดขึ้นกับผู้ที่กำลัง โศกเศร้า และอาลัยจากการสูญเสียคนที่รัก รวมทั้งผู้ดูแลผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายด้วยความกลัวเช่นนี้มักเกิดจากความขัดแย้ง ระหว่างกรตายอย่างมีศักดิ์ศรีกับการตายเพื่อต่อสู้อชีวิต การดิ้นรนภายในจิตใจเช่นนี้จะก่อให้เกิดความกลัวและความดิ่งเครียด ความกลัวตายแบ่งออกเป็น 5 อย่าง⁴² ได้แก่

1) ความตายเป็นสิ่งเจ็บปวด (Painful) ความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิตนั้นมักทำให้เกิดอาการเจ็บปวด โดยอาการเหล่านี้มักก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจ

2) ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ไร้ศักดิ์ศรี (Undignified) ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เหล่านี้อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกละอายใจและอึดอัดใจที่จะเผชิญกับความตายว่าตนเองนั้นท้อแท้และสิ้นหวังที่ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว แม้กระทั่งการช่วยเหลือตัวเองในการจับถ่าย ต้องให้แพทย์ พยาบาลมาช่วยดูแล จนทำให้รู้สึกว่าคุณนั้นอยู่แบบไร้ค่าไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) การตายเป็นภาระต่อคนอื่น (Burden to others) บางคนกังวลว่าความเจ็บป่วย และความตายที่ใกล้จะมาถึงของตนนั้นจะเป็นภาระให้แก่คนอื่นที่ต้องมาดูแลซึ่งมีทั้งคนที่เต็มใจ และไม่เต็มใจ จะดูแล ผู้ดูแลบางคนอาจรู้สึกเบื่อหน่ายจนไม่ยอมรับผิดชอบต่อไปอีก ทำให้สูญเสียเวลาและทรัพย์สินในการดูแลรักษาจนอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว หรือญาติพี่น้องที่ต้องดูแล

⁴² จำลอง ดิษขวนิช, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Psychosocial support in palliative care), (กรุงเทพมหานคร : โอ เอส พริ้นติ้งเฮ้าส์, 2547), น. 63-67.

4) ความตายเป็นการสูญเสียชีวิต (Loss of life) ผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายนั้น มีความรู้สึกที่ตัวเองยังไม่พร้อมที่จะตายในช่วงเวลานี้ มีความปรารถนาที่จะยืดเวลาออกไปอีก เช่น อยากให้ลูกหลานเป็นตัวแทนสืบต่อวงศ์ตระกูล อยากให้ลูกหลานได้รับปริญญาหรือแต่งงานก่อน อยากเห็นความสำเร็จของลูกหลานบางคนอาจรู้สึกโกรธหรือซึมเศร้าที่ไม่มีโอกาสทำงานให้สำเร็จตามที่คาดหมายไว้ และการสูญเสียชีวิตยังหมายถึงการพลัดพรากจากบุคคลที่รักและสิ่งที่ตนรักอย่างถาวร

5) การไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นหลังความตาย (What happens after death) การตาย หมายถึง การสลายของร่างกาย แต่คนส่วนมากมีความเชื่อว่ายังมีอีกส่วนหนึ่งที่หลงเหลืออยู่ นั่นก็คือ “จิต” “วิญญาณ” หรือ “เจตภูต” ที่บางครั้งเรียกว่า “Soul” หรือ “Self” ความเชื่อในสิ่งเหล่านี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละศาสนาขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมประเพณี บางคนเชื่อว่าตายแล้วสูญสลาย เหลือแต่ซากหรือถูกเผาให้เป็นเถ้าถ่านไปไม่มีความรู้สึกสุข ทุกข์ ในทางพระพุทธศาสนามีความเชื่อในเรื่องของสังสารวัฏ คือ การเวียนว่ายตายเกิดไปตามเหตุปัจจัยที่มีปรุงแต่ง ตราบใดที่คนเรายังมีกิเลส กรรม และวิบากกรรมเหลืออยู่ก็ต้องไปเกิดในภพภูมิหน้าส่วนศาสนาที่มีศรัทธาในพระเจ้าเป็นเจ้า (God) แนวความคิดกับภาวะหลังความตายก็เป็นอีกเรื่องหนึ่ง พระพุทธศาสนามีแนวคิดที่เชื่อว่าสัตว์ทั้งหลายที่ยังไม่สำเร็จพระอรหันต์ถ้าตายแล้วจะต้องไปเกิดใหม่อย่างแน่นอน และยังคงกล่าวถึงเรื่องกรรมหรือการกระทำที่ประกอบด้วยกุศลและอกุศลมีบทบาทสำคัญต่อการตายและการไปเกิดใหม่

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความตายและการตายในพุทธศาสนา

สังคมไทยเป็นสังคมพุทธอันมีความหมายว่าพระพุทธศาสนาได้กลายเป็นแบบแผน ความเชื่อและวิถีการปฏิบัติหลักของผู้คนในสังคมเป็นแบบแผนหลัก โดยดินแดนในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับเอาความเชื่อพุทธศาสนาและศาสนาฮินดูมาจากประเทศอินเดียเมื่อราวสองพันปีก่อน แต่อย่างไรก็ดี อิทธิพลความเชื่อที่เข้ามาใหม่มิได้ทำให้ความเชื่อดั้งเดิมของประชาชนพื้นเมืองที่นับถือผีเสื่อมคลายลง แต่เป็นการนับถือควบคู่กันไปกับความเชื่อดั้งเดิม เป็นการผสมผสานของความเชื่อทั้งการนับถือผี การนับถือเทพเจ้าของศาสนาฮินดู และความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรม

และวิถีสงสารของศาสนาพุทธ โดยการผสมผสานและปรับใช้ความเชื่อในสังคมไทย จะเป็นไปในรูปแบบที่มีการให้คำอธิบายในความเชื่อหรือวิธีคิดแบบใหม่ที่เป็นศาสนาที่มีคำอธิบาย และตีความใช้แทนคำอธิบายเดิม คือความเชื่อเรื่องผีและธรรมชาติที่มีอยู่มาช้านานใช้ในการอธิบายระบบจักรวาลวิทยา ดังเช่น การเอาผีอารักษ์ ผีธรรมชาติในท้องถิ่นมาเป็นเทวดาตามคำอธิบายของความเชื่อแบบฮินดูพุทธ เป็นต้น แต่ในการปฏิบัติในชีวิตประจำวันความเชื่อทั้งสามประการปะปนกัน จนยากจะแยกออกได้อย่างชัดเจน

ในการศึกษาเรื่องพระพุทธศาสนากับความสัมพันธ์ทางสังคมหรือพุทธศาสนาที่ยึดถือและปฏิบัติกันอยู่จริงในสังคมนั้น มักจะแบ่งพุทธศาสนาในฐานะเป็นความเชื่อของคนในสังคมออกเป็น 2 ระดับด้วยกันคือ ระดับแรก คือพุทธศาสนาเถรวาทแบบปรีชญา (Orthodox Theravada Buddhism) ซึ่งมักจะเรียกว่าเป็นแก่นหรือหลักคำสอนที่ถูกต้องแท้จริงตามพระคัมภีร์ ส่วนระดับที่สองคือ พุทธศาสนาระดับชาวบ้าน คือศาสนาที่เชื่อและปฏิบัติกันอยู่จริงในชีวิตประจำวัน จึงมีลักษณะของทางโลก โดยได้ผสมผสานเอาความเชื่ออื่น ๆ เช่น ความเชื่อเรื่องผี พราหมณ์ ความเชื่อเรื่องธรรมชาติ อิทธิปาฏิหาริย์ เวทมนต์คาถา เป็นต้น เข้ามาเจือปน และปฏิบัติกันอยู่เพื่อแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่จริงเป็นประการสำคัญ ซึ่งในสังคมไทยพุทธศาสนาแบบชาวบ้านนี้เองที่ผู้คนนับถือและปฏิบัติกันส่วนมาก การผสมผสานความเชื่อดังกล่าวได้ทำให้เกิดแบบแผนทางความเชื่อและการปฏิบัติขึ้นในด้านต่าง ๆ และรวมทั้งได้นำไปสู่การบูรณาการแนวคิดและแบบแผนพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความตายในสังคมไทยในระยะต่อมา

คติความเชื่อหลักหรือวิธีคิดของคนไทยนั้น นักวิชาการมักจะเห็นร่วมกันว่าตั้งอยู่บนจักรวาลวิทยา (cosmology) ของพระพุทธศาสนานิกายเถรวาทที่เชื่อการอธิบายโลก และชีวิตผ่านความเชื่อเรื่อง “ไตรภูมิ” ที่มีหลักการว่า โลกภูมิในความคิดของพุทธศาสนาเถรวาท สามารถแบ่งเป็นสามภูมิใหญ่ คือ

- 1) กามาวจรภูมิ เป็นที่ตั้งของทั้งสวรรค์ นรก และ โลก
- 2) รูปาวจรภูมิ เป็นที่อยู่ของผู้ที่ได้บำเพ็ญเพียรปฏิบัติสมาธิจนกลายเป็นรูปพรหม 16 ชั้น เรียงตามลำดับไป

3) อรูปาวจรภูมิ เป็นที่อยู่ของอรูปพรหมที่เป็นพรหมชั้นสูง ไม่มีรูปร่าง โดยสิ่งมีชีวิตจะไปเกิดอยู่ในภพภูมิตามผลบุญที่สัตว์ต่าง ๆ ได้สั่งสมมา อย่างเช่น กามาวจรภูมิจะแบ่งตามลำดับของการทำกรรมดีก็จะอยู่บนภูมิที่สูง เกิดเป็นเทวดา เช่น พระอินทร์จะอยู่บนสวรรค์สูงสุดถือเป็นภูมิที่สูงสุดมนุษย์จะอยู่รองลงมา และสัตว์จะอยู่รองลงมาจากมนุษย์ ส่วนชั้นต่ำสุดเป็นที่อยู่ของพวก ผีเปรต หรือวิญญาณของผู้ที่ตายไปแล้ว แต่ละภูมิยังมีการแบ่งละเอียดลงไปอีก เช่น ในโลกมนุษย์นั้นถือว่าพระสงฆ์จะมีสถานภาพสูงสุด ชาวพุทธเชื่อว่า ความแตกต่างตามพื้นฐานของคนจะแบ่งแยกให้คนเกิดในชั้นต่าง ๆ กัน มนุษย์ทุกคนจึงมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมักเป็นโครงสร้างของความกลมกลืนกัน และการมีลำดับชั้นในไตรภูมิได้กลายมาเป็นความเชื่อพื้นฐานในการกำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรม และจริยธรรมของคนในสังคม เช่น คนทำดีทำชั่วจะได้รับผลเช่นไร จะได้ไปเกิดในภพภูมิไหนจึงต้องดำเนินชีวิตไปตามนั้น เป็นต้น

ในคติความเชื่อหลักทั้งพราหมณ์ ฮินดู และศาสนาพุทธต่างก็เชื่อในเรื่องกรรม หรือผลของการกระทำและการเวียนว่ายตายเกิดหรือสังสารวัฏว่าคนเราไม่ได้มีชีวิตอยู่ในชาตินี้เท่านั้นคติความเชื่อเรื่องกฎแห่งกรรมที่เชื่อว่า การกระทำใด ๆ ก็ตามย่อมมีผลในเรื่องบุญบาป บุคคลทุกคนเป็นผลิตผลของการกระทำมา ความเชื่อในสังสารวัฏ หรือการเกิดใหม่เชื่อว่าชีวิตของคนฐานะของคนในชาตินี้ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงผลบุญที่ทำมาในชาติก่อน ถ้าเคยทำบุญในชาติก่อนมามากสถานะในชาตินี้ก็จะดี และถึงที่สุดแล้วผู้ที่มีผลบุญมากที่สุดก็จะพ้นจากการเวียนว่ายตายเกิดคือเข้าถึงพระนิพพาน ความเข้าใจเรื่องกรรมที่แยกชีวิตให้เป็นแค่ภาวะปัจจุบันที่ต้องสะสมกรรมไปให้เป็นพลังของ จิตที่ไปเกิดอีกหลายชาติภพให้ทำกรรมดีสะสมเอาไว้โดยมีเป้าหมายที่การหลุดพ้นคือการไม่กลับมาเวียนว่ายตายเกิดอีก จึงเป็นอุดมคติที่ชาวพุทธทุกคนต้องการบำเพ็ญให้สำเร็จ

การเวียนว่ายตายเกิดในทางพุทธศาสนานั้น หมายถึงการเกิดดับในปรากฏการณ์ของกระแสจิต เนื่องจากอุปาทานที่หลงยึดว่าเป็นตัวเรา (อหังการ) เป็นของ ๆ เรา (มมังการ) เมื่อมีการยึดมั่นในอุปาทานชั้น ๆ ว่ามีตัวเราของเราก็อ้อมเป็นเหตุให้เกิดอารมณ์สุขทุกชั่ววันเวียนเป็นสังสารวัฏอยู่ตลอดเวลาไป

พุทธศาสนามีความเชื่อที่แตกต่างจากปรัชญาฮินดูเกี่ยวกับวิญญาณ และการเวียนว่ายตายเกิดที่เชื่อว่าวิญญาณเป็นอัตตาที่มีความเที่ยงแท้เป็นอมตะ ไม่สลาย ดำรงอยู่ชั่ววันรันดร์ เป็นเอกภาพ อันเดียวกับพรหม แต่เนื่องจากวิญญาณของมนุษย์โดยทั่วไปนั้นยังมีวิชาครอบงำทำให้หลงคิดผิดว่าตนเป็นสิ่งเดียวกับร่างกายจึงประกอบกรรมดีกรรมชั่ว และเสวยผลกรรมสุขบ้างทุกข์บ้าง เมื่อร่างกายดับสลายลง วิญญาณจะเคลื่อนออกจากร่างเก่าไปอาศัยร่างใหม่พร้อมกับผลแน่ ทำไว้ เมื่อไปอาศัยร่างใหม่ผลกรรมจะติดไปด้วยทำกรรมเช่นไรก็จะไปเกิดในร่างที่ควรแก่กรรมนั้น ๆ ผู้ที่ทำกรรมดีก็จะได้รับผลของกรรมดี ผู้ที่ทำชั่วก็จะไปเกิดในร่างเสวยผลของกรรมชั่ว

ในความรู้และความเข้าใจทางพุทธธรรมมองเห็นสิ่งทั้งหลายในรูปของส่วนประกอบต่าง ๆ ที่มาประชุมกันเข้าตัวตนแท้ ๆ ของสิ่งทั้งหลายจึงไม่มี เมื่อแยกส่วนต่าง ๆ ที่มาประกอบกันเข้านั้นออกไปให้หมดก็จะไม่พบตัวตนของสิ่งนั้นเหลืออยู่ โดยพุทธธรรมได้แยกแยะชีวิตพร้อมทั้งองค์ภาพพทั้งหมดที่บัญญัติเรียกว่า “สัตว์” หรือ “บุคคล” หรือเรียกรวม ๆ ว่า “สัตว์บุคคล” เป็นส่วนประกอบต่าง ๆ 5 หมวดเรียกทางธรรมว่าเบญจขันธ์ หรือขันธ์ 5 ซึ่งประกอบด้วย

- 1) รูป ได้แก่ ส่วนประกอบฝ่ายรูปธรรมทั้งหมด ทั้งสสาร และพลังงานทั้งร่างกาย และพฤติกรรมต่าง ๆ
- 2) เวทนา ได้แก่ความรู้สึกลึกซึ้ง ทุกข์ หรือ เหนื่อย ๆ ซึ่งเกิดจากผัสสะทางประสาททั้ง 5 และทางใจ
- 3) สัญญา ได้แก่ความกำหนดได้หมายรู้อันเป็น เหตุให้จำอารมณ์นั้น ๆ ได้
- 4) สังขาร ได้แก่องค์ประกอบหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ของจิตมีเจตนาเป็นตัวนำซึ่งปรุงแต่งจิตให้ดีหรือชั่วหรือเป็นกลาง ๆ หรือเรียกว่าเป็นเครื่องปรุงแต่งของจิต ความคิด และกรรม นั้นเอง
- 5) วิญญาณ ได้แก่ ความรู้แจ้งอารมณ์ทางประสาททั้ง 5 และทางใจ คือ การเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส การรู้สัมผัสทางกาย และการรู้อารมณ์ทางใจ

หลักคำสอนสำคัญของศาสนาพุทธที่ใช้เป็นเครื่องมือทำความเข้าใจโลก และชีวิตที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ เรื่องไตรลักษณ์หรือสามัญลักษณ์ะแปลว่าลักษณะที่ทั่วไปหรือเสมอเหมือนกันแก่สิ่งทั้งปวงซึ่งชีวิตของมนุษย์ก็ต้องตกอยู่ในกฎนี้ด้วยเช่นกัน ประกอบด้วย กฎ หรือตัวสภาวะ 3 ลักษณะคือ

อนิจจตา คือความไม่เที่ยง ความไม่คงที่ ความไม่ยั่งยืน ภาวะที่เกิดขึ้นแล้วเสื่อมและสลายไป
ทุกขตา หรือทุกข์ในความหมายที่กว้างและครอบคลุมที่สุดตามไตรลักษณ์ ก็คือ ภาวะที่ไม่คงตัว คงอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ ทนไม่ได้ เพราะมีความบีบคั้นกดดันขัดแย้งที่เกิดจากความเกิดขึ้นและความเสื่อมสลายซึ่งเป็นลักษณะของสังขารทั้งหลายทั้งปวง และความสุขก็ไม่ใช่ว่าการปลดปล่อยจากทุกข์หรือหายทุกข์แต่เป็นเพียงสถานะหนึ่งของความทุกข์ที่มีความบีบคั้นกดดันน้อยเท่านั้น

ในกรณีของสัตว์บุคคล ให้แยกว่าสัตว์บุคคลนั้นประกอบด้วยชั้น 5 เท่านั้น ไม่มีสิ่งใดอื่นอีก นอกเหนือจากชั้น 5 เป็นอันตัตปัญหาเรื่องที่จะมีตัวตนเป็นอิสระอยู่ต่างหาก จากนั้นหันมาแยกชั้น 5 ออกพิจารณาแต่ละอย่าง ๆ ก็จะเห็นว่า ชั้น 5 ทุกชั้นไม่เที่ยง เมื่อไม่เที่ยงก็เป็นทุกข์ เป็นสภาพบีบคั้นกดดันแก่ผู้ที่เข้าไปยึด เมื่อเป็นทุกข์ก็ไม่ใช่ตัวตนก็เพราะแต่ละอย่าง ๆ ล้วนเกิดจากเหตุปัจจัย ไม่มีตัวตนของมันเองอย่างหนึ่ง เพราะไม่อยู่ในอำนาจไม่เป็นของของสัตว์บุคคลนั้นแท้จริง (ถ้าสัตว์บุคคลนั้น เป็นเจ้าของชั้น 5 แท้จริง ก็ย่อมต้องบังคับเอาเองให้เป็นไปตามความต้องการได้ และไม่ให้เปลี่ยนแปลงไปจากสภาพที่ต้องการได้ เช่น ไม่ให้แก่ ไม่ให้เจ็บป่วย เป็นต้น) อย่างหนึ่ง

การเข้าใจถึงชีวิตจึงต้องเข้าใจเรื่องเบญจขันธ์อันเป็นที่พื้นฐานของชีวิตและไตรลักษณ์อันเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญ และความตายก็เป็นเพียงสภาวะหรือเหตุการณ์เปลี่ยนผ่านหนึ่งที่เป็นไปตามธรรมดาเท่านั้น

ในการศึกษาเรื่องความตายและการดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายตามแนวทางพุทธศาสนานั้น แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรมีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดเรื่องกรรม วิภวสังสาร (การเวียนว่ายตายเกิด) และการตายดี เป็นเบื้องต้น เนื่องจากแนวคิดดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความเข้าใจที่เกี่ยวกับความเชื่อและพิธีกรรมที่เกี่ยวกับความตาย

1. แนวคิดเรื่องกรรม

กรรม ตามความหมายของพุทธศาสนา หมายถึง การกระทำโดยเจตนาด้วย กาย วาจา ใจ เรียกว่า กายกรรม วาจากรรม และมโนกรรม โดยมีมโนกรรมเป็นประธานที่คอยควบคุมกายกรรม และวาจากรรม ผู้ใดทำกรรมดีย่อมได้รับผลดี ผู้ใดทำกรรมชั่วย่อมได้รับผลชั่ว กรรมทั้งหลายเมื่อบุคคล กระทำลงไปไม่ว่าจะเป็นกรรมดีหรือกรรมชั่วย่อมตอบสนองให้ผลอยู่เสมอ แม้ว่าผลของกรรม (วิบาก) อาจให้ผลเร็วช้าแตกต่างกันในปรัชญาพุทธเถรวาทมีทัศนะเกี่ยวกับกฎแห่งกรรมที่แตกต่างจากความเชื่อในศาสนา พราหมณ์ในความหมายของคำว่า กรรมดีและกรรมชั่ว ปรัชญาในศาสนาฮินดู เชื่อว่ากรรมดี คือ การประกอบพิธีกรรมเช่น ไหว้บูชา สวดมนต์ อ้อนวอน สรรเสริญพระเป็นเจ้าด้วย ศรัทธาต่อพระองค์ บำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม บำเพ็ญเพียรกำจัดอวิชชา เพื่อความหลุดพ้น เข้าสู่สภาวะที่เป็นหนึ่งเดียวกับพรหม ศาสนาฮินดูเชื่อว่าการที่มนุษย์และสัตว์ต่างทุกข์และสุขมากบ้าง น้อยบ้างอยู่ในชาตินี้ เป็นเพราะผลกรรมที่ทำไว้ในชาติก่อน คนที่ประกอบกรรมดีจึงจะได้เกิดในตระกูล ที่ดีที่มีฐานะร่ำรวย รูปร่างหน้าตาสวยงาม ผู้ที่ประกอบกรรมชั่วจะไปเกิดในตระกูลต่ำที่มีฐานะยากจน ได้รับความลำบาก มนุษย์จึงควรปฏิบัติแต่กรรมดีเพื่อหวังผลในชาติหน้า

กรรม เป็นเรื่องของความเป็นเหตุเป็นผลแห่งกรรมเป็นเพียงหนึ่งของกฎธรรมชาติ ดังนั้น การพิจารณาผลที่เกิดไม่จำเป็นต้องมาจากเหตุที่เกิดจากกรรมหรือการกระทำโดยตรงเสมอไป แต่อาจเกิดจากเหตุปัจจัยที่โยงเข้าไปในเรื่องไตรวิภังค คือ กิเลส กรรม วิบาก ตามหลักปฏิจจสมุปบาท และกฎแห่งกรรมในปรัชญาพุทธมีความหมายที่แตกต่างจากความหมายเดิมที่สอน และเชื่อกันมาในปรัชญาฮินดูที่อ้างว่าเป็นเพราะพรหมลิขิต กุศลกรรมและอกุศลกรรมเป็นผลที่เกิดจากกรรมดี (บุญ) และกรรมชั่ว (บาป) ซึ่งประเมินจากจิตใจ มิใช่วัดกันด้วยวัตถุ

หลักแห่งกรรมในปรัชญาพุทธนี้เป็นการยากหากที่ผู้ทำกรรมชั่วจะรักษาจิตให้เป็นปกติ เมื่อถึงจิตสุดท้ายอาจเป็นไปได้แต่ยาก ประการที่ 1 ช่วงใกล้ตายจะมีสิ่งที่เรียกว่า กรรมนิมิต ประสบการณ์หรือความชั่วที่ได้ทำมาในอดีตจะเข้ามาปรุงแต่งจิตให้เห็นภาพที่ไม่ดีไม่งาม หรือน่ากลัวในช่วงจิตสุดท้าย หรือช่วงก่อนตาย จึงยากที่จะรักษาให้จิตปกติได้เพราะว่ามีแต่เรื่องอกุศล

ประการที่ 2 คตินิมิต คือ ภาพที่คนชั่วจะไปเกิดใหม่ ได้แก่ ทุกคติภพ มีนรก เป็นต้น จะรักษาจิตให้เป็นปกติก็ยาก แต่เป็นไปได้ถ้ามีกัลยาณมิตรช่วย แต่จะอยู่ได้ไม่นานเพราะขาดสิ่งหนุนส่งพระพุทธเจ้า ทรงเปรียบเทียบ จิตสุดท้ายเหมือนวัวตัวแรกที่ออกจากคอก วัวตัวที่อยู่ใกล้คอกที่สุดก็จะออกเป็นตัวแรก แต่ถ้าว่าวัวตัวนั้นไม่มีกำลังวัวตัวอื่นจะแซงไปหมด หมายความว่า คนที่ทำความชั่วแล้วในช่วงใกล้ตายตั้งจิตสุดท้ายไว้ แม้จะไปเกิดในสุคติภพ แต่ไม่นานก็ตึจะตกลงมาสู่นรก ภาพดังกล่าวจะปรากฏเป็นภาพในจิตใจในสภาวะเช่นนั้น

2. แนวคิดเรื่องการตายดี

ตายดี หมายถึง การตายด้วยจิตที่รับรู้ความตาย ความตายด้วยสติปัญญา มีสติสัมปชัญญะ เต็มที่ตายด้วยจิตที่อยู่เหนือความตาย คือ ปราศจากความรู้สึกกระวนกระวาย กระเสือกกระสน ขลาดกลัวต่อความตาย ห่วงกังวลต่าง ๆ หรือด้วยความอยากจะตายเร็ว ๆ เพื่อที่จะได้ไปเสียดจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จากการหมดเปลืองค่ารักษาอันเป็นภาระแก่ลูกหลาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติ เพื่อเข้าถึงการตายดีในขณะแห่งความตายหรือใกล้จะตาย ดังนี้

ประการแรก สิ่งที่ควรทำขณะที่เผชิญกับความตาย คือ การวางจิตให้ปกติปราศจากอารมณ์ใด ๆ อันเป็นกิจสำคัญที่สุดที่ต้องทำขณะนี้

ประการที่สอง พยายามคิดว่าแม้เรามีดีไปสว่างได้ เพราะไม่ว่าเราได้เคยทำความชั่วอะไรไว้ แต่ถ้าขณะนี้จิตใจไม่ยึดมั่นถือมั่น สิ่งนั้นก็ไร้ความหมาย ดังนั้นเวลามีคนใกล้จะตายมักจะมี การเตือนกันว่า ให้คิดถึงพระพุทธ พระธรรม พระสงฆ์ หรือสิ่งที่ดี ๆ ที่ได้กระทำความ เพื่อเตือนให้ปล่อยนิมิต จากความคิดที่คิดถึงเรื่องการทำชั่ว ทำบาปกรรม และจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ดีเพื่อจะทำให้จิตปกติและจากไปอย่างสงบ เพราะจิตแต่ละขณะรับรู้ได้อย่างเดียว

ประการสุดท้าย ร่างกายนี้เป็นธรรมชาติ มิใช่ตัวเราของเรา พยายามคิดว่าร่างกายเป็นธรรมชาติจึงต้องเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไปตามกฎของธรรมชาติ ดังนั้นความตายจึงเป็นเพียงอาการ

เปลี่ยนแปลงของสังขารร่างกาย เมื่อไม่ยึดถือผู้ใดตายก็จะไม่ทุกข์ด้วยอำนาจของความเกิด แก่ เจ็บ ตาย

การตายดีจึงเป็นการตายโดยไม่เจ็บปวด ไม่ทรมานทรมาย ไม่น่าเกลียด ไม่มีใครมาทำให้ตาย หรือตายเพราะอุบัติเหตุ ความตายที่พึงปรารถนา ยังรวมถึงความตายท่ามกลางคนรักญาติมิตรอยู่พร้อมหน้าไม่จากไปอย่างโดดเดี่ยวอ้างว้างในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย และไม่สร้างความเดือดร้อนแก่คนที่ยังอยู่ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือตายในสภาวะทางกายและทางสังคมที่เกื้อกูลในสภาวะจิตที่สงบโปร่งเบาเพราะได้ปล่อยวางทุกสิ่งไม่มีอะไรเป็นภาระให้ต้องห่วงกังวล น้อมรับทุกอย่างในวาระสุดท้ายโดยไม่ปฏิเสธ ผลักไส และไม่หวาดกลัวต่อความตาย

มุมมองทางการแพทย์โดยส่วนใหญ่ในปัจจุบัน มักมองความตายเป็นเพียงความเสื่อมสลายทางร่างกาย และกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักดำเนินไปตามแบบแผนพื้นฐานเดียวกันภายใต้วิธีคิดแบบการแพทย์แบบชีวกลไก ซึ่งมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการทางกายภาพของผู้ป่วยโดยใช้ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์เข้ามาจัดการกับอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเพื่อยับยั้งความตาย นอกจากนี้จะลดทอนความตายให้เหลือเพียงมิติทางกายภาพแล้ว ยังมีความพยายามที่จะลดทอนความตายให้กลายเป็นเรื่องของความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนอีก

ทัศนคติดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาอีกหลายอย่าง เช่น ความนิยมที่นำคนป่วยหรือคนที่ใกล้สิ้นใจไปรักษาที่โรงพยาบาลและฝากชีวิตไว้ในมือแพทย์ เพื่อให้แพทย์ได้ใช้ความรู้และเทคโนโลยีเข้ามาควบคุมจัดการต่อสู้กับความตาย และทำทุกวิธีตามกระบวนการทางการแพทย์ที่จะยึดลมหายใจคนไข้ให้นานที่สุด แม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากก็ตาม นอกจากนี้ยังส่งผลให้การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลขาดความละเอียดอ่อน เพราะมุ่งเน้นมิติทางกายแต่เพียงด้านเดียว

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขควรแสวงหาความรู้และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเผชิญกับความตายได้อย่างสงบไม่ตื่นตระหนก และทรมาน ทุราย การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดังนี้

1. การให้ความรัก เนื่องจากความทุกข์ที่รบกวนจิตใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมาก ได้แก่ ความกลัว เช่น กลัวตาย กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวที่จะตายไปอย่างโดดเดี่ยว ตลอดจนกลัวความเจ็บปวดที่รุมเร้าในยามนี้ความรักหรือเมตตาจิตของญาติมิตร แพทย์ และพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวน้อยลง จิตใจเข้มแข็งมั่นคงขึ้น ในสภาวะที่จิตเปราะบางอ่อนแออย่างยิ่งผู้ป่วยต้องการใครสักคนที่เขาจะพึ่งพาได้ คนที่จะอยู่กับเขาในยามวิกฤตถ้ามีใครสักคนที่พร้อมจะให้ความรักแก่เขาได้อย่างเต็มเปี่ยมหรือไม่มีเงื่อนไขเขาจะยังมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความทุกข์ภัยนานาประการที่เข้ามาจะว่าไปแล้วความรัก อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุด มากกว่ายารักษาโรคด้วยซ้ำ

2. การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายที่จะมาถึงผู้ป่วยจำนวนมากนี้ไม่ถึงว่าตนเองกำลังเป็นโรคที่ร้ายแรง และอาการได้พัฒนามาถึงระยะสุดท้ายชนิดที่มีโอกาสรักษาให้หายได้น้อยมาก ผู้ป่วยเหล่านี้ยากที่จะยอมรับว่าตนเองกำลังจะตายจึงพยายามปฏิเสธที่จะรับรู้เรื่องนี้ การปฏิเสธความตายดังกล่าวยอมทำให้ผู้ป่วยทรมานทุกข์ ดิ้นรนขัดขืน ดังนั้นจึงทำให้ยากที่จะเผชิญความตายด้วยใจสงบได้ ญาติมิตร แพทย์ และพยาบาล สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยดังกล่าวได้ด้วยการพูดคุยให้เขายอมรับความจริงในที่สุด อาจต้องอาศัยความอดทนและพร้อมที่จะฟังความในใจจากผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับความตายที่จะมาถึงอาจเป็นเพราะมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังค้างค้ำ เพื่อจะได้บรรเทาและเยียวยา

ในการนี้แพทย์ พยาบาล และญาติมิตร ไม่ควรเริ่มต้นด้วยการเทศนาสั่งสอน แต่ควรเป็นฝ่ายซักถาม และรับฟังเขาด้วยใจเปิดกว้างให้มากที่สุด หากเขามั่นใจว่ามีคนที่พร้อมจะเข้าใจเขา เขาจะรู้สึกปลอดภัยที่จะเผยความในใจออกมา ขณะเดียวกันการซักถามที่เหมาะสมอาจช่วยให้เขาระลึกได้ว่า อะไรคือสิ่งที่ทำให้เขามีอาจยอมรับความตายได้ หรือทำให้เขาได้คิดขึ้นมาว่าความตายเป็นสิ่งที่มิอาจ

หลีกเลี่ยงได้ และไม่จำเป็นต้องลงเอยอย่างเลวร้ายอย่างที่เขากลัวการช่วยให้คลายความกังวลเกี่ยวกับลูกหลานหรือคนที่เขารัก อาจช่วยให้เขาทำใจรับความตายได้มากขึ้น

3. การช่วยให้จิตใจจดจ่อกับสิ่งดีงาม การนึกถึงสิ่งดีงามช่วยให้จิตใจเป็นกุศลและบังเกิดความสงบ ทำให้ความกลัวคุกคามจิตใจได้น้อยลง และสามารถเผชิญกับความเจ็บปวดได้ดีขึ้น เราสามารถน้อมนำให้ผู้ป่วยนึกถึงสิ่งดีงามได้หลายวิธี เช่น นำเอาพระพุทธรูปหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยเคารพนับถือมาตั้งไว้ในห้องเพื่อเป็นเครื่องระลึกถึง หรือชักชวนผู้ป่วยทำวัตรสวดมนต์ร่วมกับการเปิดเพลงธรรมะ หรือพระสวดมนต์เป็นอีกวิธีหนึ่งในการน้อมจิตของผู้ป่วยให้บังเกิดความสงบ นอกจากนี้เรายังสามารถน้อมใจผู้ป่วยให้เกิดกุศลด้วยการชักชวนให้ทำบุญถวายสังฆทาน หรือชวนให้ผู้ป่วยระลึกถึงความดีที่ตนเองได้บำเพ็ญในอดีตซึ่งไม่จำเป็นต้องหมายถึงการทำบุญกับพระหรือศาสนาเท่านั้น แม้แต่การเลี้ยงดูลูก ๆ ให้เป็นคนดี เสียสละ ดูแลพ่อแม่ด้วยความรัก หรือสอนศิษย์อย่างไม่เห็นแก่ความเหน็ดเหนื่อยเหล่านี้ล้วนเป็นบุญกุศลหรือความดีที่ช่วยให้เกิดความปีติปลาบปลื้มแก่ผู้ป่วย และบังเกิดความมั่นใจว่าตนจะได้ไปสู่สุคติ ความมั่นใจดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยในยามที่ตระหนักชัดว่าทรัพย์สินเงินทองต่าง ๆ ที่สะสมมานั้น คนไม่สามารถจะเอาไปได้ มีแต่บุญกุศลเท่านั้นที่จะพึ่งพาได้ในภพหน้า คนทุกคนไม่ว่ายากดีมีจน หรือทำตัวผิดพลาดมาอย่างไรย่อมเคยทำความดีที่น่าระลึกถึงไม่ มากก็น้อย

4. การช่วยปลดปล่อยสิ่งค้างคาใจ เมื่อผู้ป่วยรู้ว่าวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้มาแล้ว สิ่งหนึ่งซึ่งจะทำความทุกข์แก่จิตใจ และทำให้ไม่อาจตายอย่างสงบ (หรือ “นอนตายตาหลับ”) ได้ ก็คือ ความรู้สึกค้างคาใจในบางสิ่งบางอย่าง สิ่งนี้อาจได้แก่ภารกิจการงานที่ยังค้างค้าง ทรัพย์สินที่ยังแบ่งสรรไม่แล้วเสร็จ ความโกรธแค้นใครบางคน หรือความรู้สึกผิดบางอย่างที่เกาะกุมจิตใจมานาน ความปรารถนาที่จะขอโทษกรรม ความห่วงกังวล หรือความรู้สึกไม่ดีที่ค้างคาใจเป็นสิ่งสมควรได้รับการปลดปล่อยอย่างเร่งด่วน หากไม่แล้วจะทำให้ผู้ป่วยทรมานทรมาย พยายามปฏิเสธผลึกไสความตาย และตายอย่างไม่สงบ ซึ่งนอกจากจะหมายถึงความทุกข์อย่างมากแล้ว ในทางพุทธศาสนาเชื่อว่าจะส่งผลให้ผู้ตายไปสู่ทุคติด้วยแทนที่จะเป็นสุคติ ญาติมิตร ตลอดจนคนแพทย์ และพยาบาลควรเปิดใจและรับไว้

กับเรื่องดังกล่าว บางครั้งผู้ป่วยไม่พูดตรง ๆ ผู้ที่อยู่รอบข้างควรมีความละเอียดอ่อนและสอบถามด้วยความใส่ใจและมีเมตตา ไม่รู้สึกรำคาญ ในกรณีที่เป็นการกิจที่ยังค้างค้ำ ควรหาทางช่วยเหลือให้ภารกิจนั้นเสร็จสิ้น หากเขาปรารถนา พบใครควรรีบตามหาเขามาพบ หากฝั่งใจโกรธแค้นใครบางคน ควรแนะนำให้เขาให้อภัยไม่ถือโทษ โกรธเคืองอีกต่อไป ในกรณีที่เป็นความรู้สึกผิดที่ค้างคาใจ เนื่องจากทำสิ่งที่ไม่สมควร ในยามนี้ไม่ใช่เวลาที่จะประณามหรือตัดสินเขา หากควรช่วยให้เขาปลดปล่อยความรู้สึกผิดออกไป อาทิเช่น ช่วยให้เห็นใจและรู้สึกปลดปล่อยที่จะขอโทษหรือขออโหสิกรรมกับใครบางคน ขณะเดียวกันการแนะนำให้ ฝ่ายหลังยอมรับคำขอโทษและให้อภัยผู้ป่วย ก็เป็นสิ่งสำคัญที่คนรอบข้างสามารถช่วยได้

5. การช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางสิ่งต่าง ๆ การปฏิเสธความตาย หรือชัดเจนไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย และเหตุที่เขาชัดเจนขึ้นนั้นก็เพราะยังติดกับบางสิ่งบางอย่างไม่สามารถพรากจากสิ่งนั้นได้ อาจจะได้แก่ ลูกหลาน คนรัก พ่อแม่ ทรัพย์สิน งานการ หรือโลกทั้งโลกที่ตนคุ้นเคย ความรู้สึกติดยึดอย่างแน่นหนานี้สามารถเกิดขึ้นได้แก่กับคนที่มิได้ มีความรู้สึกผิดค้างคาใจเมื่อเกิดขึ้นแล้วย่อมทำให้เกิดความกังวล ควบคุมกับความกลัวที่จะต้องพลัดพรากสิ่งอันเป็นที่รักเหล่านั้น ญาติมิตรตลอดจนแพทย์และพยาบาลควรช่วยให้เขาปล่อยวางให้มากที่สุด เช่น ให้ความมั่นใจแก่เขาว่าลูกหลานสามารถดูแลตนเองได้ หรือพ่อแม่ของเขาจะได้รับการดูแลด้วยดี หรือเตือนสติแก่เขาว่าทรัพย์สินมรดกนั้นเป็นของเราเพียงชั่วคราวเมื่อถึงเวลาที่ต้องให้คนอื่นดูแลต่อไป

6. การสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อความสงบใจ ความสงบใจและความปล่อยวางสิ่งค้างคาติดยึดในใจผู้ป่วยนั้นจะเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีบรรยากาศรอบตัวเอื้ออำนวยด้วยในห้องที่พลุกพล่านด้วยผู้คนเข้าออกมีเสียงพูดคุยตลอดเวลาหรือมีเสียงเปิดปิดประตูทั้งวัน ผู้ป่วยย่อมยากที่จะประคองจิตให้เป็นกุศล และเกิดความสงบได้ กล่าวในแง่จิตใจของผู้ป่วยแล้ว สิ่งที่ญาติมิตร รวมทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถช่วยได้เป็นอย่างดีน้อยก็คือ ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความสงบ งดเว้นการพูดคุยที่รบกวนผู้ป่วย งดการถกเถียงในหมู่ญาติพี่น้อง หรือร้องไห้ร่ำไห้ ซึ่งมีแต่จะเพิ่มความวิตก

กังวลและความขุ่นเคืองใจแก่ผู้ป่วยเพียงแก่ญาติมิตรพยายามรักษาจิตใจของตนให้ดี ไม่เศร้าหมอง สลดหดหู่ ก็สามารถช่วยผู้ป่วยได้มาก เพราะสภาวะจิตใจของคนรอบตัวนั้นสามารถส่งผลกระทบต่อบรรยากาศและต่อจิตใจของผู้ป่วยได้ จิตของคนเรานั้นละเอียดอ่อน สามารถรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นได้แม้จะไม่พูดออกมาก็ตาม ความละเอียดอ่อนดังกล่าวมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในยามปกติหรือยามรู้ตัวเท่านั้น แม้กระทั่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะโคม่าก็อาจสัมผัสกับกระแสจิตของผู้คนรอบข้างได้

2.6 การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

2.6.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือ passive euthanasia

การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือการที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยผู้ป่วยนั้นถึงแก่ความตายอย่างสงบปราศจากการถูกพันธุนาการด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้เพื่อยื้อชีวิตของผู้ป่วยดังกล่าวออกไป

2.6.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือ active euthanasia

การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือการที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยมีเจตนาให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย เพื่อยุติความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หรือเพื่อให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนใช้ชีวิตอย่างไร้คุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.6.3. การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง หรือ physician-assisted suicide

การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเอง คือ การที่แพทย์เตรียมยา หรืออุปกรณ์อย่างอื่นให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกระทำการยุติชีวิตด้วยตนเอง การทำ physician-assisted suicide นั้น ไม่อยู่ในความหมาย

หรือจัดอยู่ในประเภทใดของการทำ euthanasia เป็นเพียงอีกวิธีการที่แพทย์อาจนำมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ด้วยตนเอง⁴³

2.7 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิเด็ก

2.7.1 แนวความคิดในการคุ้มครองและปฏิบัติต่อเด็ก

แนวคิดในการคุ้มครองและปฏิบัติต่อเด็กที่มีอยู่นั้น มีผู้ใช้หลักเกณฑ์หลายอย่างประกอบกับการพิจารณา เช่น การมองในแง่เศรษฐกิจ จริยศาสตร์ เป็นต้น ถือว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมมีความเกี่ยวข้องกันในเชิงสิทธิอำนาจที่บุคคลอย่างน้อยสองคนมีต่อกัน คือ บิดา มารดา เด็ก และสังคมแล้ว ยังมีความเกี่ยวข้องต่อกันในเชิงสิทธิอำนาจ สามารถแบ่งแนวคิดต่อเด็กแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้คือ⁴⁴

(1) แนวความคิดที่ถือว่าเด็กเป็นสมบัติของบิดาและมารดา เกิดจากความคิดที่ว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่สำคัญที่สุดที่จะดำรงสังคมส่วนรวมเอาไว้ เพราะสังคมในสมัยก่อนนั้นยังไม่เข้มแข็งเหมือนสังคมปัจจุบัน แนวความคิดนี้จึงเป็นกระแสหลักในสังคมทุกแห่งพบมากที่สุด และยังฝังลึกอยู่อย่างลึกซึ้งในสังคมปัจจุบัน แนวความคิดดังกล่าวนี้ถือว่าเด็กเป็นสมบัติส่วนตัวของบิดา มารดาสังคมภายนอกหรือรัฐไม่สามารถแทรกแซงได้ บิดา และมารดามีอำนาจและสิทธิเหนือลูกอย่างเด็ดขาดจะปฏิบัติต่อเด็กดีเลศเพียงใดก็ได้ หรือจะลงโทษ หรือขนาดสังหารชีวิตเด็กก็สามารถกระทำได้

แนวความคิดนี้เริ่มก่อตัวตั้งแต่สมัยสุเมเรียน และบาบิโลน⁴⁵ รวมทั้งอีกหลายวัฒนธรรมในอดีต ในสมัยโรมันโบราณ บุคคลมีเสรีภาพที่จะขาย ละทิ้ง หรือฆ่าเด็กของเขาก็ได้ บิดาของเด็กได้รับ

⁴³ ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2555), น 8-9.

⁴⁴ สำนักงานอัยการสูงสุด, “โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง : บทบาทและผลการดำเนินงานของพนักงานอัยการในการคุ้มครองเด็กในคดีอาญา : ศึกษากรณีสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข (ในเขตกรุงเทพมหานคร),” สำนักงานอัยการสูงสุด, น.23 (255).

⁴⁵ ประธาน วัฒนวาณิชย์, กระบวนการยุติธรรมสำหรับเด็กและเยาวชน และกฎหมายเกี่ยวกับ

อำนาจที่จะเป็นเจ้าของชีวิต และความตายเหนือเด็กของเขา เมื่อได้รับประกาศโดยบิดาของเด็กเท่านั้น เด็กจึงเป็นที่ยอมรับในบ้านและในชุมชน

ในสังคมโบราณของไทย บิดาหรือสามีมีอำนาจเหนือบุตร ภรรยา คล้ายกรรมสิทธิ์ในทรัพย์สิน โดยมีอำนาจเด็ดขาดในการปกครองบุตรและภรรยา สามารถปฏิบัติต่อเด็กเหมือนทรัพย์สินเช่น การทำโทษหรือแม้กระทั่งการนำเด็กที่เป็นบุตรของตนไปจำหน่ายได้ แนวคิดเช่นนี้ยังคงมีอิทธิพลต่อสังคมในปัจจุบัน ซึ่งอาจจะมียากหรือน้อยตามแต่วัฒนธรรมของสังคม แม้จะมีได้บัญญัติไว้เป็นตัวบทกฎหมายอย่างชัดเจนก็ตาม หากแต่สามารถสังเกตได้จากขนบธรรมเนียมประเพณี และแนวปฏิบัติของสังคมนั้นๆ ในสังคมไทยก็เช่นกัน ยังคงมีอิทธิพลของแนวความคิดนี้อยู่อย่างลึกซึ้ง ซึ่งคงเห็นได้จากค่านิยมในการเลี้ยงดูของไทยของเด็กของไทยที่บิดา มารดาจะถือสิทธิในการอบรม สั่งสอนเด็กรวมทั้งสิทธิในการลงโทษ เช่น การดูว่ากล่าว หรือการเขียนตีว่าเป็นอำนาจสิทธิขาดของบิดา มารดาบุคคลอื่นไม่สามารถเข้าไปก้าวก่ายได้ เป็นต้น

(2) แนวความคิดที่ถือว่าเด็กเป็นสมบัติของสังคม แนวความคิดนี้เกิดจากการเห็นความสำคัญของ “ส่วนใหญ่” ว่ามีความสำคัญกว่า “ส่วนย่อย” ดังนั้น รัฐเป็นหน่วยใหญ่ปัจเจกชนเป็นหน่วยย่อยที่ดำรงอยู่ในรัฐ รัฐมีความสำคัญกว่าปัจเจกชน

แนวความคิดนี้ถือว่าเด็กเป็นสมบัติของสังคมหรือรัฐ บิดา มารดามีสิทธิอำนาจน้อยกว่าสังคม (รัฐ) หรือไม่มีสิทธิอำนาจเหนือเด็กเลย เป็นหน้าที่ของสังคมที่ต้องอบรมดูแลเด็กให้เป็นพลเมือง อันพึงประสงค์ของสังคมนั้น ในบางวัฒนธรรมเด็กจะไม่ถือว่าเป็นบุคคลคนหนึ่งจนกว่าสังคมจะขนานนามเด็กนั้นอย่างเป็นทางการ (Baptize) ในสังคมคริสเตียนหลายแห่งแม้ในปัจจุบันเด็กจะไม่เป็นที่ยอมรับจนกว่าเขาจะได้รับการประกาศว่าเป็นคริสเตียน (Christined) แล้ว⁴⁶

ความคิดของเด็ก, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และปกเจริญผล, 2530), น. 13-14.

⁴⁶ จาก รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, “โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง: บทบาทและผลการดำเนินงานของพนักงานอัยการในการคุ้มครองเด็กในคดีอาญา: ศึกษากรณีสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข (ในเขตกรุงเทพมหานคร), 2553,” สำนักงานอัยการสูงสุด, (น. 24). เพิ่งอ้าง.

แนวความคิดนี้สามารถเห็นได้ตั้งแต่ยุคอดีต ในสมัยกรีกโบราณ รัฐสภาด้มีความต้องการให้เด็กของตนเติบโตเป็นนักรบที่เข้มแข็ง ดังนั้น เขาจึงต้องเข้ามาอบรมเลี้ยงดูให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของตน เด็กที่อ่อนแอก็จะถูกและกำจัดทิ้งไป จนกระทั่งในปัจจุบันแนวความคิดดังกล่าว ก็สามารถเห็นได้จากแนวความคิดของประเทศสังคมนิยม หรือพวกลัทธิคอมมิวนิสต์ที่รัฐจะเข้ามาควบคุมการเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่เล็กๆ โดยการปลูกเร้าจิตใจ และความเชื่อของเด็กให้ต้องเรียนและทำงานหนักเพื่อสังคมส่วนรวม ซึ่งก็คือรัฐนั่นเอง

(3) แนวความคิดที่ว่าเด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน รากฐานของแนวความคิดนี้ คือแนวความคิดปัจเจกนิยม (Individualism) ซึ่งให้ความสำคัญแก่บุคคลแต่ละคนว่าเป็นบุคคล หรือสิ่งซึ่งมีอยู่ได้ด้วยตนเอง ซึ่งแนวความคิดปัจเจกชนเกิดจากแนวคิดมนุษยนิยม (Humanism) ซึ่งเป็นทัศนะที่ถือว่ามนุษย์มีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองโดยอาศัยเหตุผลและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ไม่ต้องอาศัยอำนาจเหนือธรรมชาติแต่อย่างใด ทั้งแนวความคิดปัจเจกนิยม และมนุษยนิยมเกิดขึ้นสมัยฟื้นฟูศิลปวิทยาการ (Renaissance) เป็นความคิดที่แยกตัวออกจากความคิดของคริสตจักรที่ครอบงำความคิดของผู้คนตลอดสมัยยุคกลางในยุโรป⁴⁷

แนวความคิดที่ถือว่าเด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน เป็นการมองเด็กอย่างมีสิทธิอำนาจ และคุณค่าความเป็นมนุษย์เท่าเทียม บุคคลทั่วไป ดังนั้นแม้เด็กจะอยู่ในครอบครัวอยู่ในความดูแลของบิดามารดา เด็กก็มีเสรีภาพ และสิทธิส่วนบุคคลในตัวเองด้วย สังคมและรัฐจึงมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของเด็กเช่นเดียวกับบิดา มารดา และทั้งเด็กและบิดา มารดาก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั้งสิ้น บิดามารดามีสิทธิเป็นเจ้าของเด็กในฐานะผู้ให้กำเนิด ครอบงำที่เด็กได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ไม่เป็นที่เสื่อมเสียสวัสดิภาพทุกประการ และไม่ขัดขวางต่อพัฒนาการของเด็ก แต่เมื่อใดก็ตามที่บิดา มารดาบกพร่อง หรือมีเหตุผลอันใดที่จะกระทำหน้าที่นั้นไม่ได้ รัฐหรือชุมชนหรือองค์กรเอกชนต้องเข้ามาเป็นธุระ

⁴⁷ นาถวดี พักกง, “มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), น. 23.

ช่วยเหลือแก้ไข โดยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพและสิทธิความเป็นปัจเจกชนของเด็กเอาไว้

แนวคิด “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” ได้รับการยอมรับและเติบโตขึ้นอย่างเต็มที่ในสมัยปัจจุบัน คือ ศตวรรษที่ 20 เพราะแนวความคิดมนุษยนิยมได้รับการยอมรับกันมากในยุคปัจจุบัน จนสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” ซึ่งแนวความคิดมนุษยนิยมนี้เป็นรากฐานของความคิด “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” ต่อมาปี พ.ศ. 2502 สหประชาชาติได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กและเยาวชน และในปี พ.ศ. 2532 องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้ประกาศใช้ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก” ทั้งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กและเยาวชน และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้แสดงออกถึงความคิด “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” ที่เป็นความคิดที่ได้รับการยอมรับและรับรองกันมากที่สุดในปัจจุบัน⁴⁸

สำหรับสังคมไทยนั้นตั้งแต่เดิมสมัยสุโขทัยที่มีการปกครองที่เรียกว่า พ่อปกครองลูก กล่าวคือ พระมหากษัตริย์ทรงปฏิบัติพระองค์เสมือนหนึ่งว่าเป็นพ่อของประชาชน กล่าวคือ ทรงปกครองดูแลประชาชนอย่างใกล้ชิดเหมือนพ่อดูแลลูก และขณะเดียวกันก็ทรงมีอำนาจสิทธิขาดเหนือชีวิตลูก การที่กษัตริย์ทรงมีสิทธิเด็ดขาดเหนือชีวิตประชาชนเสมือนเหนือชีวิตลูกเช่นนี้ อาจกล่าวได้ว่าแบบแผนความสัมพันธ์ในครอบครัว พ่อก็อาจมีสิทธิเหนือชีวิตลูกเช่นกัน คำกล่าวนี้ยืนยันได้จากหลักศิลาจารึกในสมัยสุโขทัย ซึ่งมีข้อความว่า “ถือว่าบุคคลที่เป็นเมียและลูกมีสภาพเป็นทรัพย์สินสมบัติของพ่อหรือสามี พ่อแม่จะยกลูกให้เป็นมรดกตกทอดแก่ผู้อื่นก็ได้” ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากการปฏิบัติต่อเด็กในสังคมไทยสมัยสุโขทัยแล้วจะเห็นได้ว่าแนวความคิดในการปฏิบัติต่อเด็ก คือ แนวคิดที่ถือว่า “เด็กเป็นสมบัติของพ่อแม่”

ต่อมาในสมัยอยุธยาการปกครองเปลี่ยนแปลงมาเป็นแบบทวารวดี คือ พระมหากษัตริย์เป็นเทพเจ้าลงมาจุติ แต่ภายในครอบครัวยังถือว่าพ่อมีสิทธิเหนือชีวิตลูก และกฎหมายอยุธยาที่กำหนดให้

⁴⁸ “มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), น. 24. เพิ่งอ้าง.

สามีและบิดา มารดานำภรรยาหรือบุตร ไปขายเป็นทาสได้ แต่มิให้ภรรยาหรือบุตรนำสามี และบิดา มารดาไปขายเพราะถือว่าภรรยาและบุตรอยู่ภายใต้การปกครองของสามีและบิดามารดา⁴⁹

ในสมัยรัตนโกสินทร์ การที่พระมหากษัตริย์ทรงลาจากฐานะสมมุติเทพมาเป็นธรรมราชา ที่ต้องมีทศพิธราชธรรมนั้นทำให้เริ่มมีการผ่อนคลายเป็นเรื่องอำนาจของเพศชาย ในสังคมที่มีต่อหญิง และเด็ก นอกจากนั้นการเปิดรับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้ค่านิยมและแนวคิดในการปฏิบัติต่อเด็ก เปลี่ยนแปลงไป

ในสมัยรัชกาลที่ 4 ได้มีการประกาศพระราชบัญญัติซื้อขายเมีย จ.ศ. 1229 (พ.ศ. 2410) มีสาระสำคัญ ตอนหนึ่งกำหนดไว้ว่า “ถ้าลูกชายก็ดี ลูกหญิงก็ดีอายุ 15 ปี ขึ้นไปแล้ว ถ้าพ่อแม่มันจะเอามาขายต่อ มันลงแกงไคยินยอม มีผู้รู้เห็นด้วยจึงเป็นอันขาย” จะเห็นได้ว่ากฎหมายได้ให้การรับรองคุ้มครองสิทธิเด็ก คือพ่อแม่จะนำบุตรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีไปขายโดยไม่ได้รับความยินยอมของบุตรไม่ได้ นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวความคิดที่ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิเด็กในสังคมไทย โดยเริ่มมีแนวความคิดว่า “รัฐควรเข้ามาปกป้องและแทรกแซงอำนาจของสถาบันครอบครัวที่มีเหนือเด็ก” นอกจากนี้ก็มีประกาศคำปรึกษาตัดสินเรื่องจำนำเด็ก จ.ศ. 1244 (พ.ศ. 2425) ที่ประกาศห้ามไม่ให้ใคร กระทำผิดฐานพรากเด็กไปจำนำ และในระยะต่อมาเมื่อมีการประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญา ได้มีการ กำหนดบทลงโทษต่อผู้กระทำละเมิดสิทธิเด็กไว้เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่ว่าเด็กเป็นสมบัติของพ่อแม่ก็ยังคงเป็นแนวคิดหลักของสังคมสมัยนั้นอยู่

ต่อมาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย เมื่อ พ.ศ. 2475 แนวคิด ที่ถือว่า “เด็กเป็นสมบัติของรัฐหรือสังคม” ได้เริ่มมีบทบาทขึ้น โดยรัฐได้เข้ามามีบทบาทและขยายความ รับผิดชอบในงานสวัสดิการสังคมแก่ประชาชน⁵⁰ มีการบัญญัติพระราชบัญญัติประถมศึกษาภาคบังคับ

⁴⁹ จาก มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว, (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ม.ป.ป.), น. 24. *เพ็ญอ้าง.*

⁵⁰ อภิญา เวชชัย, “การศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติงานในการให้บริการครอบครัวอุปการะ,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527), น. 50.

ให้เด็ก เพื่อที่รัฐจะสามารถวางรูปแบบการศึกษาปลูกฝังแนวคิดและอุดมการณ์ของรัฐให้เด็กรับทราบในรูปแบบเดียวกันได้

ส่วนแนวความคิดที่ว่า “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” นั้น เพิ่งเกิดขึ้นในสังคมไทยพร้อมกับการยอมรับของแนวความคิดนี้ในโลกตะวันตก โดยสหประชาชาติได้ประกาศ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน”, “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กและเยาวชน” และ “อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก” ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่อยู่ร่วมในประชาคมโลกและได้เป็นสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ การเข้าเป็นภาคีอนุสัญญาสิทธิเด็กของประเทศไทย รวมทั้งการเรียกร้องจากองค์กร และหน่วยงานต่างๆ ในระดับระหว่างประเทศ และภายในประเทศให้รัฐมีนโยบายในการรับรองและคุ้มครองสิทธิเด็ก ในฐานะปัจเจกชนตามมาตรฐานสากล ทำให้ประเทศไทยมีการยอมรับแนวความคิดที่ว่า “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” มากขึ้น⁵¹

อย่างไรก็ตามสำหรับสังคมไทยแล้ว⁵² แนวความคิดในการปฏิบัติต่อเด็กก็ยังคงเป็นแนวความคิดที่ว่า “เด็กเป็นสมบัติของพ่อแม่” อยู่นั่นเอง เรื่องแนวความคิดที่ว่านี้ได้ฝังรากลึกในสังคมไทย มีการถ่ายทอดผ่านจารีตประเพณี อันเป็นแนวปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคมไทยมายาวนาน และแม้ว่าจะมีแนวความคิด “เด็กเป็นสมบัติของรัฐและสังคม” เข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติต่อเด็กบ้างก็ตาม แต่ก็มิได้มีอิทธิพลเต็มที่เหมือนในยุคโบราณของชาติตะวันตกบางชาติ และแม้กระทั่งจนถึงปัจจุบันแนวความคิดที่ว่า “เด็กมีสิทธิในฐานะปัจเจกชน” จะได้รับการยอมรับมากขึ้นก็ตามแต่สังคมไทยก็ยังคงมองว่า บิดา มารดา ยังคงมีอำนาจเหนือบุตรอยู่ นั่นเอง เพียงแต่ไม่มีสิทธิเด็ดขาดอย่างสิ้นเชิงเหมือนกับสมัยก่อนเท่านั้นเอง⁵³

⁵¹ นาถวดี พักคง, “มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536), น. 24.

⁵² นิยะดา อภิปรัชญาพงศ์, “บทบาทของพนักงานอัยการในการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายที่เป็นเด็กในชั้นสอบสวน,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2558), น. 40.

⁵³ มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว, น. 24. เพิ่งอ้าง.

2.7.2 แนวความคิดกฎหมายในการคุ้มครองเด็ก

เนื่องจากมนุษย์แต่ละคนมีความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการอยู่ร่วมกันในสังคมอาจเกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างบุคคล หรือกลุ่มบุคคล อันเนื่องมาจากการขัดกันซึ่งผลประโยชน์ ทำให้เกิดการละเมิดสิทธิในชีวิตและทรัพย์สินของบุคคลในสังคมได้เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ด้อยกว่าทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเช่น เด็ก เป็นต้น ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์เช่นนี้แล้วจึงมีความจำเป็นต้องมีกฎระเบียบ ที่มีลักษณะบังคับให้สมาชิกของสังคมนั้น ๆ ต้องปฏิบัติตาม โดยรัฐซึ่งมีหน้าที่หลักในการรักษาความสงบเรียบร้อยและดูแลสวัสดิภาพของประชาชนทุกคน จะดำเนินการบัญญัติกฎหมาย เพื่อให้เกิดหลักประกันที่ว่า บุคคลทุกคนไม่ว่าจะเด็กหรือผู้ใหญ่จะได้รับการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและทรัพย์สินของตน และบุคคลที่ละเมิดสิทธิของผู้อื่นจะต้องถูกลงโทษตามกฎหมายเกณฑ์ของสังคมโดยยุติธรรม เพื่อประโยชน์และความสงบเรียบร้อยของสังคม

โดยปกติแล้วหน้าที่ในการดูแลสวัสดิภาพของเด็กจะเป็นหน้าที่ของสถาบันครอบครัวคือบิดา มารดา โดยรัฐมีส่วนที่จะต้องให้การรับรองและคุ้มครองความเป็นอิสระของสถาบันครอบครัว เพื่อที่จะให้สิทธิแก่บิดา มารดาในการเลี้ยงดูบุตรตามวิถีทางที่เหมาะสม โดยปราศจากการแทรกแซงจากรัฐ และรัฐจะต้องให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิเด็ก เพราะเด็กมีความสำคัญต่อรัฐในฐานะพลเมืองที่จะเติบโตเป็นอนาคตของชาติต่อไป โดยเด็กมีสิทธิและฐานะปัจเจกชนมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์อย่างสมบูรณ์ไม่ต่างจากผู้ใหญ่⁵⁴

ดังนั้น แม้เด็กจะอยู่ในครอบครัวและอยู่ในความดูแลของบิดา มารดา เด็กก็ยังมีสิทธิและเสรีภาพส่วนบุคคลอยู่ในตัวด้วย สังคมหรือรัฐก็มีส่วนร่วมเป็นผู้รับผิดชอบเด็ก เช่นเดียวกับบิดา มารดาและทั้งเด็กและบิดา มารดาก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคมทั้งสิ้น บิดา มารดามีสิทธิเป็นเจ้าของเด็กในฐานะที่เป็นผู้ให้กำเนิด ครอบงำที่เด็ก ได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกวิธีไม่เป็นที่เสื่อมเสียสวัสดิภาพ

⁵⁴ สำนักงานอัยการสูงสุด, “โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง : บทบาทและผลการดำเนินงานของพนักงานอัยการในการคุ้มครองเด็กในคดีอาญา : ศึกษากรณีสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข (ในเขตกรุงเทพมหานคร),” สำนักงานอัยการสูงสุด,” น. 25(2553).

ทุกประการ และไม่ขัดขวางต่อการพัฒนาการของเด็ก แต่เมื่อใดที่บิดา มารดาบกพร่อง หรือมีเหตุที่จะกระทำหน้าที่นั้นต่อไปไม่ได้ รัฐต้องเข้าเป็นธุระช่วยเหลือแก้ไข โดยวิธีการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก⁵⁵ ซึ่งการที่รัฐเข้าไปใช้อำนาจในการคุ้มครองดูแล และปกป้องสวัสดิภาพของเด็กและเยาวชนในสังคมนั้นมีแนวความคิดทางกฎหมายที่เป็นหลัก ให้อำนาจรัฐในการแทรกแซงใช้อำนาจรัฐอยู่ 2 แนวความคิด คือ แนวความคิด police power และแนวความคิด parens patriae

1) แนวความคิด police power

แนวความคิด police power เป็นแนวความคิดในกฎหมายมหาชน (Public law) ถือว่ารัฐมีอำนาจชนิดหนึ่ง เรียกว่า police power หรืออำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยภายในรัฐ ซึ่งเดิมอำนาจนี้เป็นส่วนหนึ่งของอำนาจอพระมหากษัตริย์ ศาลสูงสหรัฐเคยให้คำจำกัดความอำนาจรัฐเช่นนี้ว่า หมายถึง อำนาจในทางสาธารณสุข จัดให้ราษฎรมีสวัสดิภาพ มีศีลธรรม มีสวัสดิการ หรือความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ซึ่งกล่าวโดยสรุปก็คือ อำนาจปกครองราษฎรให้มีความสุขนั่นเอง⁵⁶

การใช้อำนาจมาเช่นว่านี้ ในทางนิติบัญญัติแสดงออกโดยผ่านทางตรากฎหมาย เช่น กฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตลอดจนพระราชบัญญัติอื่นๆ ในส่วนของการใช้อำนาจรัฐฝ่ายบริหาร และรัฐจะต้องรัฐต้องจัดให้มีเจ้าหน้าที่ควบคุมสอดส่องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย นอกจากนี้ในส่วนที่เกี่ยวกับอำนาจรัฐฝ่ายตุลาการก็จัดให้มีองค์กร คือ ศาล เพื่อพิจารณาพิพากษาคดี กำหนดบทลงโทษในกรณีที่มีการนำตัวผู้ฝ่าฝืนกฎหมายเข้าสู่กระบวนการพิจารณาเพื่อรับโทษ เพื่อให้กฎหมายมีความศักดิ์สิทธิ์

⁵⁵ รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์, “โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง: บทบาทและผลการดำเนินงานของพนักงานอัยการในการคุ้มครองเด็กในคดีอาญา: ศึกษากรณีสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข (ในเขตกรุงเทพมหานคร), 2553, สำนักงานอัยการสูงสุด, น. 25, *เพ็ญอ้อ*.

⁵⁶ “การคุ้มครองเด็กและเยาวชนในกรณีที่ถูกเป็นผู้เสียหายในความผิดอาญา: ศึกษาอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานอัยการภายใต้ พ.ร.บ.จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวฯ,” น. 44, *เพ็ญอ้อ*.

แนวความคิด police power ถือว่ารัฐมีอำนาจเต็มบริบูรณ์ที่จะปกป้องพลเมืองของรัฐให้พ้นภัยอันตรายจากบุคคล ซึ่งกระทำความผิด หรือเป็นภัยต่อสังคม ดังนั้นรัฐจึงถือความชอบธรรมที่จะเข้าไปแทรกแซงสถาบันครอบครัว เพื่อให้ความคุ้มครองแก่เด็ก ซึ่งเป็นพลเมืองของตนเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยแก่สังคม หากสถาบันครอบครัวซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการปกป้องดูแลเด็กทำหน้าที่บกพร่อง

2. แนวความคิด parens patriae

แนวความคิด parens patriae เริ่มจากกฎหมายอังกฤษ (Common law) ซึ่งถือว่ากษัตริย์เป็นบิดาของประเทศ (The king as “Father of the country”) โดยกษัตริย์จะให้อำนาจ Chancellor ในการคุ้มครองเด็กทั้งหมดในอาณาจักรของพระองค์ ซึ่งอำนาจดังกล่าวถูกจำกัดเฉพาะในสภาพความเป็นอยู่ที่ดีของเด็กในปัจจุบัน หรืออนาคตที่ถูกคุกคามความปลอดภัย ซึ่งเหตุผลของการใช้อำนาจรัฐดังกล่าว นั้น เนื่องจากผู้ปกครองรัฐต้องการช่วยเหลือพลเมือง ซึ่งไม่สามารถจะดูแลรักษาตนเอง เนื่องจากอายุหรือความสามารถด้านจิตใจ ในปัจจุบันความมุ่งหมายของแนวความคิด parens patriae ก็เป็นเช่นเดียวกับในอดีต คือ ถือว่ารัฐมีอำนาจพิเศษในฐานะที่เป็นบิดา มารดาของประเทศชาติที่จะปกป้องคุ้มครองผู้เยาว์ให้พ้นจากภัยอันตราย หรือความเสียหายอย่างใดและจะช่วยเหลือให้เติบโตเป็นพลเมืองที่ดีที่มีความรับผิดชอบ⁵⁷

ดังนั้น หน้าที่ของรัฐในฐานะที่เป็นบิดา มารดาของประเทศชาติเป็นการแสดงแนวความคิดที่ว่ารัฐสามารถเข้าแทรกแซงสถาบันครอบครัว เมื่อบิดา มารดาปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบที่มีต่อเด็กและสังคมบกพร่อง หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ซึ่งการที่รัฐจะเข้าแทรกแซงเพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามแนวความคิด parens patriae นี้จะต้องมีข้อสมมุติฐาน 2 ประการคือ⁵⁸

⁵⁷ “การคุ้มครองเด็กและเยาวชนในกรณีที่เกิดเป็นผู้เสียหายในความผิดอาญา: ศึกษาอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานอัยการภายใต้ พ.ร.บ.จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวฯ,” น. 45, *เพ็งอ้วง*.

⁵⁸ *เพ็งอ้วง*, น. 46.

ก. สมมติฐานที่ว่าเด็กขาดความสามารถทั้งทางร่างกายและจิตใจ และไม่สามารถควบคุมสติ ตรีกรีตรองโดยรอบคอบเช่นผู้ใหญ่ได้

ข. รัฐจะดำเนินการเพื่อประโยชน์ที่ดีที่สุดของเด็ก และก่อนที่รัฐจะเข้ามาใช้อำนาจแทรกแซง รัฐต้องแสดงให้เห็นปรากฏว่าบิดา มารดาไม่มีความสามารถ ไม่มีความเหมาะสม หรือบกพร่องในหน้าที่ให้การดูแลเอาใจใส่เด็ก

2.7.3 การให้ความคุ้มครองสิทธิเด็ก

เนื่องจากสิทธิของเด็กเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ซึ่งมีอยู่ตามธรรมชาติตั้งแต่คลอด แล้วอยู่รอดเป็นทารก ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันว่าการให้ความเคารพสิทธิมนุษยชนนั้น จะเริ่มต้นจากการที่สังคมให้การดูแลเด็กๆ ในสังคม โดยเฉพาะสังคมที่เอาใจใส่ต่อเด็กจะต้องให้เสรีภาพ และยอมรับถึงศักดิ์ศรีของเด็ก รวมทั้งจะต้องสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ ขึ้น เพื่อเปิดโอกาสให้เด็กเหล่านี้สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มที่ และมีโอกาสเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์ และมีคุณภาพ ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในบางประเด็น ได้รับการกำหนดขึ้นมาเพื่อเน้นย้ำเรื่องของเด็ก โดยเฉพาะอันสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการของเด็กที่จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษ โดยข้อเท็จจริงเหล่านี้ก็ได้รับการยอมรับและรับรองโดยปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิของเด็ก (Declaration of the Rights of the Child) ที่ได้ประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2502 รวมถึงอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) อันเป็นอนุสัญญาที่มีผลบังคับทางกฎหมาย⁵⁹ ซึ่งได้มีการประกาศใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2533 และประเทศไทยได้ลงนามในภาคยานุวัติ รับรองอนุสัญญานี้ เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2535 อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กมีทั้งสิ้น 54 ข้อซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับสิทธิขั้นพื้นฐานของเด็ก 4 ประการ คือ สิทธิที่จะมีชีวิต สิทธิที่จะได้รับการปกป้อง สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา และสิทธิที่จะมีส่วนร่วม

⁵⁹ เขมจุงา สุวรรณจินดา, “กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการคุ้มครองสิทธิเด็กผู้เสียหายในความผิดทางเพศ,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540), น. 14-15.

2.7.4 หลักสากลในการคุ้มครองและรับรองสิทธิเด็ก

แนวความคิดในการรับรองสิทธิเด็กได้เริ่มต้นขึ้นโดยนักกฎหมายสำนักกฎหมายธรรมชาติ (Natural Law School) ได้เล็งเห็นว่า “สิทธิเด็กเป็นสิทธิสากล” (Universal Right) และเป็น “สิทธิเด็ดขาด” (Absolute Right) จะต้องได้รับการรับรอง และคุ้มครองโดยเด็ดขาด⁶⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กคือ ทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคม เพราะเด็กเป็นผู้สืบทอดศิลปะความรู้ และคุณค่าต่างๆของสังคมตลอดจนช่วยธำรงไว้ซึ่งความคงอยู่ และสถาพรของสังคมนั้นต่อไป นอกจากนี้ในแง่ของ ความรู้สึกทางจิตใจ เด็กย่อมเป็นศูนย์รวมแห่งความรัก ความอบอุ่น และความมุ่งหวังของครอบครัว ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ระหว่างประเทศจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญและปัญหาการละเมิดสิทธิเด็ก และปัญหาการทารุณกรรมเด็กมากยิ่งขึ้น ในประเทศต่างๆ ที่สนใจปัญหาสิทธิเด็กได้ร่วมการแสวงหามาตรการระหว่างประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาการละเมิดสิทธิในประเทศต่างๆ ดังนี้

1. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948

โดยแรกเริ่มได้มีการให้ความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของเด็กในฐานะที่เป็นประชากรของโลก โดยจะเห็นได้จากปฏิญญาสากล ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948) ที่องค์การสหประชาชาติได้ให้การยอมรับเป็นมติที่ประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติ เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 1948 และจุดประสงค์สำคัญของปฏิญญาฉบับนี้ คือการขยายเจตนารมณ์ของสหประชาชาติในเรื่องสิทธิมนุษยชนได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยการจำแนกประเภทของสิทธิมนุษยชนออกเป็น 2 ประเภท คือ⁶¹

(1) สิทธิทางการเมืองและสิทธิพลเรือน เช่น สิทธิในความเป็นอิสระและความเท่าเทียมกันในเกียรติภูมิ ความเสมอภาคโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติใดๆ สิทธิในการดำรงชีวิต เสรีภาพ

⁶⁰ วิชามหาคุณ, กฎหมายและสนธิสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับเด็ก : รายงานพิธีเปิดปีครอบครัวสากลและการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว, (กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2538), น. 97.

⁶¹ “กฎหมายและสนธิสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับเด็ก: รายงานพิธีเปิดปีครอบครัวสากลและการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว,” น. 97, เพิ่งอ้าง.

และความมั่นคง สิทธิที่จะไม่อาจถูกทรมานลงโทษอย่างโหดร้าย ปราศจากความปราศจากมนุษยธรรม เป็นต้น

(2) สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งเป็นสิทธิขั้นมูลฐานของมนุษย์ทุกคน เช่น ผู้มีสิทธิในความมั่นคงทางสังคม และทางเศรษฐกิจสังคม และวัฒนธรรม สิทธิที่จะได้มาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีกินดีของตน และครอบครัว เป็นต้น

สิทธิทั้งหลายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็ก เพราะสมมติฐานของมนุษย์ คือ มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิและเสรีภาพตั้งแต่เกิด ดังนั้นเด็กที่เกิดมาทุกคนย่อมมีสิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเพื่อสิทธิต่าง ๆ เช่นกัน นอกจากนี้ ปริญญาสากล่าวด้วยสิทธิมนุษยชนอย่างได้บัญญัติสิทธิเฉพาะสำหรับเด็กในข้อที่ 25 ว่า “...มารดาและเด็กชอบที่จะได้รับการดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษ เด็กทั้งหลายไม่ว่าจะเป็นบุตรในสมรสหรือบุตรนอกสมรส ย่อมได้รับความคุ้มครองทางสังคมเช่นเดียวกัน” ความในข้อ 25 นี้ชี้ให้เห็นว่าเด็กนั้นพึงได้รับความคุ้มครองสิทธิ และได้รับการดูแลช่วยเหลือเป็นพิเศษทุกคน⁶²

เนื่องจากเด็กเป็นผู้ที่มีสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่ด้อยกว่าผู้ใหญ่ จึงจะต้องได้รับการพิทักษ์ดูแลเอาใจใส่มากกว่าบุคคลทั่วไป ดังนั้นการคุ้มครองสิทธิเด็กในฐานะบุคคลทั่วไปจึงไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงการละเมิดต่อสิทธิเด็กที่ยังมีอยู่ในสังคมระหว่างประเทศได้อย่างจริงจังด้วยเหตุนี้เอง สหประชาชาติจึงสร้างปริญญาสากล่าวด้วยสิทธิเด็กขึ้น เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน ค.ศ. 1959 เพื่อเป็นข้อเสนอแนะ และมีการเรียกร้องให้รัฐต่างๆ สร้างระเบียบกฎหมายในการคุ้มครองเด็ก โดยเฉพาะสถานะทางกฎหมายระหว่างประเทศของปริญญาสากล่าวด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ (U.N. Declaration Rights of the Child) เป็นคำแนะนำที่ได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติในฐานะมติของสมัชชาสหประชาชาติโดยได้มีการบัญญัติไว้ทั้งสิ้น 10 ข้อ โดยเน้นถึงสิทธิทางแพ่งและสิทธิทางการเมือง สิทธิทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม เพื่อเป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับเด็กทุกคนและเป็นหลักประกันสวัสดิภาพของเด็กมิให้ตกเป็นเหยื่อหรือเสียเปรียบต่อการกระทำ

⁶² “การคุ้มครองเด็กและเยาวชนในกรณีที่เกิดเป็นผู้เสียหายในความผิดอาญา: ศึกษาอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานอัยการภายใต้ พ.ร.บ.จัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวฯ,” น. 46, เพิ่งอ้าง.

ของบุคคลที่มุ่งจะเอาโรคเอาเปรียบ โดยเฉพาะข้อ 2 ที่ว่า “เด็กและเยาวชนพึงได้รับความพิทักษ์ และคุ้มครองเป็นพิเศษ อันจะช่วยให้เด็กสามารถพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย สมอง และจิตใจ เพื่อให้อยู่ในสังคมอย่างปกติชน” และข้อที่ 9 ที่ว่า “เด็กและเยาวชนพึงได้รับการปกป้องจากการถูกทอดทิ้ง พ้นจากความโหดร้ายทารุณ และการถูกข่มเหงรังแกทุกชนิด” เด็กจะต้องไม่กลายเป็นสินค้าไม่ว่ารูปแบบใด จะไม่มีการรับเด็กทำงานก่อนวัยอันสมควร ไม่มีการกระทำใดๆ อันจะเป็นการชักจูง หรืออนุญาตเด็กให้จำต้องรับจ้างทำงาน ซึ่งอาจจะเป็นผลร้ายต่อสุขภาพของเด็ก หรือเป็นเหตุให้พัฒนาการทางด้านร่างกาย ทางสมอง และทางจิตใจของเด็กต้องเสื่อมถอยลง⁶³

2. กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights) หรือ ICCPR ซึ่งเป็นสนธิสัญญาพหุภาคี โดยสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้ให้การรับรองไว้ เมื่อวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2509 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2519 สนธิสัญญานี้ให้คำมั่นสัญญาว่าภาคีจะเคารพสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองของบุคคล ซึ่งรวมถึง สิทธิในชีวิต เสรีภาพในศาสนา เสรีภาพในการพูด เสรีภาพในการรวมตัว สิทธิเลือกตั้ง และสิทธิในการได้รับการพิจารณาความอย่างยุติธรรม ซึ่งประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีของสนธิสัญญานี้ โดยการภาคยานุวัติ เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2539 และมีผลบังคับใช้กับประเทศไทยเมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2540

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองเป็นสิทธิตามธรรมชาติ ที่ได้รับการยอมรับโดยรัฐต้องให้ความเคารพในสิทธิดังกล่าวของบุคคล โดยถือเป็นสิทธิในทางลบ กล่าวคือ จำกัดอำนาจรัฐมิให้กระทำการใดๆ แก่พลเมืองตามอำเภอใจ⁶⁴

⁶³ ไชยยศ เหมะรัชตะ, คู่มือกฎหมายเด็ก, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์สมาคมสวัสดิการในประเทศไทย, 2530), น. 3-4.

⁶⁴ กุลพล พลวัน, “วันสิทธิมนุษยชน,” เนติบัณฑิตยสภา, น. 620 (2518).

3. ทัศนคติว่าด้วยสิทธิเด็กและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก

สหประชาชาติได้เชิญชวนในประเทศสมาชิกยอมรับนับถือสิทธิเด็กตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กตลอดมา ทั้งนี้ เพื่อให้การคุ้มครองสิทธิเด็กเป็นไปอย่างกว้างขวางทั้งถึงทุกประเทศในโลก แต่อย่างไรก็ตาม โดยหลักกฎหมายระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็กฉบับดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดพันธะทางกฎหมาย แก่บรรดารัฐทั้งหลายที่ร่วมกันลงมติรับรองให้มีการประกาศใช้คงเป็นเพียงความผูกพันทางด้านจริยธรรมในทางการเมืองระหว่างประเทศ คือไม่มีผลบังคับในแง่กฎหมาย แต่เป็นเพียงข้อเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกสหประชาชาติปฏิบัติตาม และที่สำคัญปฏิญญาดังกล่าวมิได้สร้างกลไกในทางปฏิบัติให้แก่รัฐที่ร่วมลงมติรับรอง ดังนั้น ในการให้สิทธิเสรีภาพและความคุ้มครองแก่เด็กจึงเป็นไปโดยไม่มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ ทั้งในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิเด็กในประเทศใดประเทศหนึ่ง ก็หาได้มีวิธีการแก้ไขหรือบังคับการให้เป็นไปตามปฏิญญาแต่อย่างใด เพราะประเทศสมาชิกสหประชาชาติมีสิทธิที่จะไม่ปฏิบัติตามปฏิญญา หรือแม้แต่จะปฏิบัติตามก็สามารถที่จะปฏิบัติตามเพียงบางส่วนของตนเห็นสมควรก็ได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น สหประชาชาติโดยเฉพาะองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF: United Nations Children's Fund) ได้เพียรพยายามร่างอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) ขึ้นเพื่อให้มีผลบังคับใช้แก่รัฐที่ให้การรับรองอย่างจริงจัง อนุสัญญาฉบับดังกล่าวได้สร้างเสร็จในปี ค.ศ. 1989 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 2 กันยายน ค.ศ. 1990⁶⁵ เพื่อขจัดปัญหาเกี่ยวกับการขาดสภาพบังคับทางกฎหมายของสิทธิ เสรีภาพ และการคุ้มครองเด็กที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ทั้งนี้ เนื่องจากอนุสัญญาสิทธิเด็กมีสถานะเป็นสนธิสัญญาซึ่งมีผลทางกฎหมายผูกพันประเทศที่เป็นภาคีทุกประเทศ และนอกจากนี้ในกรณีที่ประเทศต่าง ๆ แม้ว่าจะไม่ได้เป็นภาคีของอนุสัญญาฉบับนี้ แต่หากถือปฏิบัติตามบทบัญญัติของอนุสัญญาฉบับนี้ โดยการออกกฎหมายภายในของตนให้สอดคล้องหรือโดยประการอื่นใด อนุสัญญาฉบับนี้ก็อาจจะมี

⁶⁵ “กฎหมายและสนธิสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับเด็ก: รายงานพิธีเปิดปีครอบครัวสากลและการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว,” น. 98, *เพ็ญอ้าง*.

ความสำคัญเพิ่มขึ้นในฐานะที่เป็นแม่บทของสิทธิเด็ก และต้นกำเนิดของกฎหมายระหว่างประเทศ ตลอดจนจารีตประเพณีที่เกี่ยวกับสิทธิ และเสรีภาพและความคุ้มครองเด็กต่อไป⁶⁶

บทบัญญัติของอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กประกอบด้วยมาตราต่าง ๆ 54 มาตรา ซึ่งอาจแบ่งเป็น 2 ส่วนที่สำคัญ คือ

ส่วนที่ 1 เป็นลักษณะของกฎหมายสารบัญญัติ คือ หลักการต่าง ๆ ในการคุ้มครองเด็ก เริ่มจากมาตรา 1 ถึงมาตรา 41

ส่วนที่ 2 เป็นลักษณะของกฎหมายวิธีสบัญญัติ คือ เป็นหลักเกณฑ์ และวิธีแบบพิธี ในการบังคับใช้ ซึ่งเริ่มจากมาตรา 42 ถึงมาตรา 54

เนื่องจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เป็นอนุสัญญาที่บังคับให้รัฐภาคีต้องให้การคุ้มครองสิทธิเด็ก และในบทบัญญัติกำหนดให้รัฐภาคีต้องเคารพในความรับผิดชอบสิทธิ หน้าที่ของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ซึ่งจากบทบัญญัติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อำนาจในการคุ้มครองสิทธิเด็ก เป็นของบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย รัฐภาคีจะเข้าแทรกแซงการดำเนินการคุ้มครองสิทธิเด็กก็ต่อเมื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย ไม่สามารถคุ้มครองเด็กได้⁶⁷ ดังนั้นจึงสามารถแยกหลักการคุ้มครองสิทธิเด็กทางด้านครอบครัวตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก บัญญัติไว้ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ คือ

(1) สิทธิในการอยู่รอดหรือสิทธิในการดำรงชีวิต (Survival Rights)

เนื่องจากเด็กเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กได้กำหนดให้เด็กมีสิทธิที่จะได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา มารดาของตน ทั้งบิดา มารดามีความรับผิดชอบร่วมกันในการเลี้ยงดู โดยยึดถือประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ เพื่อให้เด็กมีชีวิตอยู่รอด และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการดูแลเอาใจใส่ การให้ที่อยู่อาศัย ให้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

⁶⁶ วิมลศิริ ชำนาญเวช, “การเปรียบเทียบอนุสนธิสัญญาสิทธิเด็กกับกฎหมายไทย: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องร่างอนุสัญญาสิทธิเด็ก,” คณะทำงานเพื่อเด็ก, น. 21-26 (2530).

⁶⁷ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 5.

และให้การรักษาพยาบาลเมื่อเด็กเจ็บป่วย ในกรณีที่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองไม่สามารถคุ้มครองสิทธิของเด็กดังกล่าว รัฐมีหน้าที่ต้องเข้าแทรกแซงให้ความช่วยเหลือ ให้เด็กได้รับอาหาร ตามมาตรฐานสาธารณสุขที่ดี เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของทารกและเด็ก⁶⁸

(2) สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา (Development Rights)

นอกจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย หน้าที่ในการเลี้ยงดูให้เด็กมีชีวิตอยู่รอด โดยมีรัฐเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดังกล่าวในข้อ (1) การพัฒนายังเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เด็กสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพยิ่งขึ้น บิดา มารดาหรือผู้ปกครอง จึงมีหน้าที่ต้องพัฒนาเด็ก ไม่ว่าจะเป็นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสติปัญญา โดยการให้การอบรมศึกษา การออกกำลังกาย และการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม แต่การให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองสามารถปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจึงต้องมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือให้เด็กได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง โดยการพัฒนาสถาบัน และสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ให้เด็กทุกคนได้รับการศึกษา สร้างสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ⁶⁹

(3) สิทธิในการได้รับการปกป้องคุ้มครอง (Protection Rights)

เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่อ่อนแอจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากบิดา มารดา หรือจากรัฐ เพื่อมิให้มีการละเมิดสิทธิเด็ก ซึ่งอาจจะเกิดจากบิดา มารดา ผู้ปกครอง บุคคลภายในครอบครัว หรือบุคคลอื่น โดยเด็กอาจถูกพรากจากบิดา มารดา ถูกทรมาน ถูกลงโทษในลักษณะโหดร้ายทารุณ ถูกเอารัดเอาเปรียบทางเพศ หรือถูกทำร้ายร่างกายจากทางเพศ จากการถูกเอารัดเอาเปรียบทางเศรษฐกิจ หรือการทำงาน ใดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือการพัฒนาร่างกาย สมอง จิตใจ ศิลธรรม และสังคมของเด็กถูกใช้อย่างเอารัดเอาเปรียบไม่ว่าในลักษณะใด ดังนั้น รัฐจึงต้องเข้าแทรกแซงเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิเด็ก⁷⁰

⁶⁸ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 6,7,18,24.

⁶⁹ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 6,17,18,24,28,29,31.

⁷⁰ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 9,32,34,35,36,37.

(4) สิทธิในการมีส่วนร่วมต่างๆ (Participation Rights)

เนื่องจากโดยธรรมชาติมนุษย์จำเป็นต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ซึ่งเด็กจะเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต่อไปในอนาคต บิดา มารดา จึงไม่หน้าที่ที่ต้องเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ในทางครอบครัวด้วยตนเอง เช่น มีส่วนร่วมในการเลือกการศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรม สันทนาการ การเข้าร่วมพิธีกรรมทางด้านศาสนา เป็นต้น โดยให้เด็กมีสิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง โดยบิดา มารดาเป็นเพียงที่ปรึกษาไม่ใช่ตัดสินใจแทนเด็ก รัฐจึงมีหน้าที่เข้ามาส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในเรื่องต่างๆ ได้อย่างเต็มที่⁷¹

หลักการคุ้มครองสิทธิเด็กทางด้านครอบครัวทั้ง 4 ประการ ดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า บิดา มารดา มีหน้าที่คุ้มครองสิทธิเด็กทางด้านครอบครัวในเบื้องต้น และเป็นหน้าที่ของรัฐในการช่วยเหลือ ส่งเสริม และสนับสนุน ให้บิดา มารดา สามารถให้การคุ้มครองสิทธิเด็กทางด้านครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็ก แต่หากปรากฏว่าบิดา มารดา ไม่สามารถคุ้มครองสิทธิเด็ก ได้รัฐก็จะใช้อำนาจเข้าดำเนินการคุ้มครองสิทธิแทน โดยเฉพาะในกรณีที่เด็กตกเป็นผู้เสียหายจากการ ละเมิดสิทธิเหนือร่างกาย ชีวิตและเสรีภาพ ซึ่งในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กจะมีบทบัญญัติในการ คุ้มครองชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ สวัสดิภาพของเด็ก เพื่อคุ้มครองมิให้เด็กถูกข่มเหงรังแก หรือถูกละเมิด สิทธิเหนือร่างกาย ชีวิต และเสรีภาพ รวมทั้งสวัสดิภาพไม่ว่าจะทำร้าย ฆ่า ล่วงเกินทางเพศ ขูดรีดหา กำไรทางเพศ หรือค้ากำไรทางเศรษฐกิจ หรือปฏิบัติต่อเด็กไม่เหมาะสมจนเป็นผลเสียต่อสวัสดิภาพ ของเด็ก รวมทั้งคุ้มครองให้มีการเยียวยาฟื้นฟูเด็กที่ถูกกระทำละเมิดดังกล่าว ให้กลับคืนสู่สภาพปกติ ต่อไป จึงนับว่าเป็นบทบัญญัติที่ให้การคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่ดียิ่งขึ้น⁷²

⁷¹ อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 31.

⁷² อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พ.ศ. 2532 ข้อ 19,32,33,34,35,36,39.

ความหมายของคำว่า “เด็ก”

การพิจารณาความหมายของเด็กในเรื่องของอายุนั้น พบว่ามีกฎหมายหลายฉบับที่ได้กำหนดเกี่ยวกับเรื่องนี้ และคำว่า “เด็ก” ได้มีการให้คำนิยามที่แตกต่างกันไป ซึ่งมีความหมายตามแหล่งที่มาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542⁷³ หมายถึง คนที่มีอายุยังน้อย ผู้เยาว์ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ซึ่งอายุไม่ครบ 18 ปีบริบูรณ์ และยังไม่บรรลุนิติภาวะ ด้วยการสมรส บุคคลอายุเกิน 7 ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่เกิน 14 ปีบริบูรณ์ บุคคลที่มีอายุ 15 ปีลงมา บุคคลผู้มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ยังเล็ก อ่อนวัยกว่าในคำว่าเด็กกว่า

ความหมายตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 หมายความว่า เฉพาะบุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงบุคคลที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรสแล้ว

ความหมายตามพระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 หมายความว่าบุคคลอายุยังไม่เกิน 15 ปีบริบูรณ์⁷⁴

ความหมายตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (UN: Convention on the Rights of the Child) ข้อ 1 ได้ให้คำจำกัดความว่า “เด็ก” หมายถึง มนุษย์ทุกคนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่จะบรรลุนิติภาวะก่อนหน้านั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับแก่เด็กนั้น

จากความหมายของเด็กนั้นมีความหลากหลายตามวัตถุประสงค์แต่ละเรื่องดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งพิเคราะห์แล้วเห็นว่า ความหมายของ “เด็ก” หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ยกเว้นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะ โดยการสมรสตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

กฎหมายสิทธิเด็ก มีที่มาจากอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่ได้กำหนดสิทธิพื้นฐานของเด็กไว้ 4 ประการ คือ

⁷³ ราชบัณฑิตยสถาน, (2542).

⁷⁴ พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว, 2553, ราชกิจจานุเบกษา 127 (72) ก.

1. สิทธิที่จะมีชีวิตรอด เป็นสิทธิที่จะได้รับการเลี้ยงดูทั้งทางร่างกาย จิตใจ ตลอดจนที่อยู่อาศัยให้เกิดความปลอดภัย และต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากบริการทางการแพทย์

2. สิทธิที่จะได้รับการพัฒนา เด็กทุกคนต้องได้รับสิทธิรับการศึกษาที่ดี ได้รับโภชนาการที่เหมาะสม

3. สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครอง เป็นสิทธิที่เด็กทุกคนจะได้รับความคุ้มครองให้รอดพ้นจากการทารุณทุกรูปแบบ เช่น การทำร้าย การนำไปขาย ใช้แรงงานเด็ก หรือแสวงหาประโยชน์มิชอบจากเด็ก

4. สิทธิที่ในการมีส่วนร่วม มีสิทธิที่จะแสดงออกและแสดงความคิดเห็นต่อสังคมในเรื่องที่มีผลกระทบต่อเด็ก กฎหมายสิทธิเด็กดังกล่าวปัจจุบันหลายประเทศได้ยอมรับและนำมาอนุวัติบัญญัติเป็นกฎหมายภายใน ของแต่ละประเทศสมาชิกเป็นจำนวนมาก และประเทศไทยก็รับหลักการดังกล่าวมาบัญญัติเป็นกฎหมาย ภายในชื่อว่า พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้บัญญัติ หลักเกณฑ์ในการสงเคราะห์คุ้มครองสวัสดิภาพและป้องกันการละเมิดสิทธิเด็กไว้หลายประการ ครอบคลุม สิทธิเด็กตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ข้างต้น

2.7.5 เกณฑ์อายุของเด็กที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายไทย

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กฯ ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิแก่เด็ก ซึ่งตามมาตรา 1 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กฯ ให้คำจำกัดความของเด็กว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยถือเป็นมาตรฐานที่รัฐภาคีแห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กฯ ถือเป็นพันธกรณีที่ต้องปฏิบัติตามซึ่งประเทศไทยในฐานะเป็นรัฐภาคี มีการกำหนดเกณฑ์อายุที่แตกต่างกันอันเนื่องมาจากปัจจัย 2 ประการ คือ สภาพการณ์ทางสังคมในช่วงเวลาที่ประกาศใช้กฎหมาย และความมุ่งหมาย (ที่แตกต่างกันตามประเภท) ของกฎหมาย⁷⁵ โดยตามบทบัญญัติกฎหมายของไทยได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็ก

⁷⁵ คณะอนุกรรมการ เรื่อง “สิทธิเด็ก” คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ, “รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทย ตามอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (ฉบับที่ 2) เสนอต่อคณะกรรมการสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ,” น. 43.

ที่ได้รับความคุ้มครองแตกต่างกันไป ขอยกตัวอย่างกฎหมายภายในของไทยที่ได้มีการกล่าวถึงเกณฑ์อายุของเด็กที่ได้รับการรับรองสิทธิตามกฎหมายนั้น ๆ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาถึงเกณฑ์อายุของเด็กที่ได้รับการรับรองสิทธิตามกฎหมายนั้น ๆ เพื่อประโยชน์ในการศึกษาถึงเกณฑ์อายุเด็กที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายของไทย ดังนี้

2.7.6 ประมวลกฎหมายอาญา

ตามประมวลกฎหมายอาญาได้กำหนดเกณฑ์อายุขั้นต่ำสำหรับความรับผิดชอบทางอาญาของเด็กที่ต้องรับผิดชอบอาญาไว้ ดังนี้

1) ตามมาตรา 73⁷⁶ กำหนดให้บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี ไม่ต้องรับโทษ ซึ่งเด็กที่มีอายุไม่เกินสิบปีนี้ โดยกฎหมายปล่อยให้บิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กมีหน้าที่ที่จะอบรมสั่งสอนเด็กโดยกระบวนการยุติธรรมไม่เข้าไปดำเนินการใด ๆ กับเด็กวัยนี้⁷⁷

2) ตามมาตรา 74⁷⁸ กฎหมายกำหนดมาตรการสำหรับเด็กที่มีอายุกว่า 10 ปีแต่ยังไม่เกินกว่า 15 ปีไว้เฉพาะ กล่าวคือ ศาลอาจใช้ดุลพินิจในการว่ากล่าวตักเตือน การวางข้อกำหนดแก่บิดา มารดา การคุมประพฤติเด็ก และการส่งตัวเด็กไปยังโรงเรียน หรือสถานฝึกและอบรมเด็ก

⁷⁶ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 73 บัญญัติว่า

“เด็กอายุยังไม่เกินสิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดเด็กนั้น ไม่ต้องรับโทษ

ให้พนักงานสอบสวนส่งตัวเด็กตามวรรคหนึ่งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก เพื่อดำเนินการคุ้มครองสวัสดิภาพตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น”

⁷⁷ คณิศ ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2547), น. 226.

⁷⁸ เด็กอายุกว่าสิบปีแต่ยังไม่เกินสิบห้าปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เด็กนั้น ไม่ต้องรับโทษ แต่ให้ศาลมีอำนาจดำเนินการ ดังต่อไปนี้

(1) ว่ากล่าวตักเตือนเด็กนั้นแล้วปล่อยตัวไป และถ้าศาลเห็นสมควรจะเรียกบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่มาดักเตือนด้วยก็ได้

(2) ถ้าศาลเห็นว่า บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง โดยวางข้อกำหนดให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองระวางเด็กนั้นไม่ให้ก่อเหตุร้ายตลอดเวลาที่ศาลกำหนดซึ่งต้องไม่เกินสามปีและกำหนดกว่า 15 ปีไว้โดยเฉพาะ กล่าวคือ ศาลอาจใช้ดุลพินิจในการว่ากล่าวตักเตือน การวางข้อกำหนดแก่บิดามารดา การคุมประพฤติเด็ก และการส่งตัวเด็กไปยัง

3) ตามมาตรา 75⁷⁹ กำหนดมาตรการสำหรับเด็กหรือเยาวชนที่มีอายุกว่า 15 ปี แต่ยังไม่เกินกว่า 18 ปี โดยกฎหมายให้พิจารณาถึงความรู้สึกผิดชอบ และสิ่งอื่นที่พึงเกี่ยวกับเยาวชน⁸⁰ ผู้นั้น หากเยาวชนผู้ใดที่กระทำการอันเป็นกฎหมายบัญญัติเป็นความผิดสามารถแยกแยะความผิดถูก

โรงเรียน หรือสถานฝึกและอบรมเด็ก จำนวนเงินตามที่เห็นสมควรซึ่งบิดามารดา หรือผู้ปกครองจะต้องชำระต่อศาล ไม่เกินครึ่งละหนักหมื่นบาท ในเมื่อเด็กก่อเหตุร้ายขึ้น

ถ้าเด็กนั้นอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นนอกจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และศาลเห็นว่าไม่สมควรจะเรียกบิดา มารดา หรือผู้ปกครองมาวางข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้น ศาลจะเรียกตัวบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่มาสอบถามว่า จะยอมรับข้อกำหนดที่บัญญัติไว้สำหรับบิดา มารดา หรือผู้ปกครองที่กล่าวมาข้างต้นหรือไม่ก็ได้ ถ้าบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่ยอมรับข้อกำหนดเช่นนั้น ก็ให้ศาลมีคำสั่งมอบตัวเด็กให้แก่บุคคลนั้นไปโดยวางข้อกำหนดดังกล่าว

(3) ในกรณีศาลมอบตัวเด็กให้แก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง หรือบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่ตาม (2) ศาลจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติเด็กนั้นเช่นเดียวกับที่บัญญัติไว้ในมาตรา 56 ด้วยก็ได้ ในกรณีเช่นนี้ ให้ศาลแต่งตั้งพนักงานคุมประพฤติหรือพนักงานอื่นใดเพื่อคุมความประพฤติเด็กนั้น

(4) ถ้าเด็กนั้นไม่มีบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง หรือมีแต่ศาลเห็นว่าไม่สามารถดูแลเด็กนั้นได้ หรือถ้าอาศัยกับบุคคลอื่นนอกจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และบุคคลนั้นไม่ยอมรับข้อกำหนดดังกล่าวใน (2) ศาลจะมีคำสั่งให้มอบเด็กนั้นให้อยู่กับบุคคล หรือองค์การที่ศาลเห็นสมควรเพื่อดูแลอบรม และสั่งสอนตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดก็ได้ ในเมื่อบุคคล หรือองค์การนั้นยินยอม ในกรณีเช่นนี้ให้บุคคล หรือองค์การนั้นมีอำนาจเช่นผู้ปกครองเฉพาะเพื่อดูแลอบรม และสั่งสอน รวมตลอดถึงการกำหนดที่อยู่และการจัดให้เด็กมีงานทำตามสมควร หรือให้ดำเนินการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นก็ได้ หรือ

(5) ส่งตัวเด็กนั้นไปยังโรงเรียน หรือสถานฝึกและอบรม หรือสถานที่ซึ่งจัดตั้งขึ้น เพื่อฝึกและอบรมเด็กตลอดระยะเวลาที่ศาลกำหนด แต่อย่าให้เกินกว่าที่เด็กนั้นจะมีอายุครบสิบแปดปี คำสั่งของศาลดังกล่าวใน (2) (3) (4) และ (5) นั้น ถ้าในขณะใดภายในระยะเวลาที่ศาลกำหนดไว้ความปรากฏแก่ศาลโดยศาลรู้เอง หรือตามคำเสนอของผู้มีส่วนได้เสีย พนักงานอัยการ หรือบุคคล หรือองค์การที่ศาลมอบตัวเด็กเพื่อดูแล อบรมและสั่งสอน หรือเจ้าพนักงานเห็นว่าพฤติการณ์เกี่ยวกับคำสั่งนั้นได้เปลี่ยนแปลงไป ก็ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขคำสั่งนั้น หรือมีคำสั่งใหม่ตามอำนาจในมาตรานี้

⁷⁹ มาตรา 75 บัญญัติว่า “ผู้ใดอายุกว่าสิบห้าปีแต่ต่ำกว่าสิบแปดปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ให้ศาลพิจารณาถึงความรู้สึกผิดชอบและสิ่งอื่นที่พึงเกี่ยวกับผู้นั้น ในอันที่จะควรวินิจฉัยว่าสมควรพิพากษาลงโทษผู้นั้นหรือไม่ ถ้าศาลเห็นว่าไม่สมควรพิพากษาลงโทษก็ให้จัดการตามมาตรา 74 หรือถ้าศาลเห็นว่าสมควรพิพากษาลงโทษ ก็ให้ลดมาตราส่วนโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดลงครึ่งหนึ่ง”

⁸⁰ “เยาวชน” ในที่นี้หมายถึง บุคคลอายุกว่าสิบห้าปีแต่ยังไม่เกินสิบแปดปี

ของการกระทำของตนเองได้ หรือเป็นผู้ที่มีความสามารถในการทำชั่วแล้วเยาวชนผู้นั้นก็ต้องมีความรับผิดชอบทางอาญา⁸¹

นอกจากเกณฑ์อายุของเด็กที่กระทำความผิดอาญาแล้ว ประมวลกฎหมายอาญายังให้ความสำคัญคุ้มครองเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำความผิดอาญา หรือเป็นกรรมของการกระทำ โดยบทบัญญัติกฎหมายอาญาให้ความสำคัญคุ้มครองเด็กโดยทั่วไปและมีการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการกระทำความผิดอาญา หรือเป็นกรรมของการกระทำไว้ในกรณีเฉพาะ เช่น ตามมาตรา 278⁸² ซึ่งกำหนดให้ผู้ที่ทำอนาจารบุคคลอายุกว่าสิบห้าปีต้องระวางโทษ เป็นต้น นอกจากนี้กฎหมายอาญายังให้ความสำคัญคุ้มครองทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาด้วย กล่าวคือ ในทางกฎหมายอาญาเห็นกันโดยทั่วไปว่า “ลูกในครรภ์” ยังไม่เป็นมนุษย์ซึ่งเป็น “กรรมของการกระทำ” ที่ได้รับความคุ้มครองที่แตกต่างหากจากหญิงที่มีครรภ์⁸³ การให้ความสำคัญคุ้มครอง “ชีวิตในครรภ์มารดา” จึงเป็นการให้ความสำคัญคุ้มครองตั้งแต่การปฏิสนธิไปจนถึงการคลอด⁸⁴ ดังเห็นได้จากความผิดฐานทำแท้งลูก ตั้งแต่มาตรา 301-305

มาตรา 731 เด็กอายุยังไม่เกินสิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ

ให้พนักงานสอบสวนส่งตัวเด็กตามวรรคหนึ่งให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองเด็ก เพื่อดำเนินการคุ้มครองสวัสดิภาพตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา 74 เด็กอายุกว่าสิบปีแต่ยังไม่เกินสิบห้าปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ แต่ให้ศาลมีอำนาจที่จะดำเนินการ ดังต่อไปนี้

⁸¹ คณิต ฒ นคร, *เพ็งอ้าง*, น. 228.

⁸² มาตรา 278 บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำอนาจารแก่บุคคลอายุกว่าสิบห้าปีโดยขู่เชิญด้วยประการใด ๆ โดยใช้กำลังประทุษร้าย โดยบุคคลนั้นอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถขัดขืนได้ หรือโดยทำให้บุคคลนั้นเข้าใจผิดว่าตนเป็นบุคคลอื่น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบปี หรือปรับไม่เกินสองแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

⁸³ คณิต ฒ นคร, *เพ็งอ้าง*, น. 173.

⁸⁴ *เพ็งอ้าง*.

(1) ว่ากล่าวตักเตือนเด็กนั้นแล้วปล่อยตัวไป และถ้าศาลเห็นสมควรจะเรียกบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่มาตักเตือนด้วยก็ได้

(2) ถ้าศาลเห็นว่า บิดา มารดา หรือผู้ปกครองสามารถดูแลเด็กนั้นได้ ศาลจะมีคำสั่งให้มอบตัวเด็กนั้นให้แก่บิดา มารดา หรือผู้ปกครองไป โดยวางข้อกำหนดให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครองระวังเด็กนั้นไม่ให้ก่อเหตุร้ายตลอดเวลาที่ศาลกำหนดซึ่งต้องไม่เกินสามปีและกำหนดจำนวนเงินตามที่เห็นสมควรซึ่งบิดา มารดา หรือผู้ปกครองจะต้องชำระต่อศาลไม่เกินครั้งละหนึ่งหมื่นบาท ในเมื่อเด็กนั้นก่อเหตุร้ายขึ้น

ถ้าเด็กนั้นอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น นอกจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และศาลเห็นว่าไม่สมควรจะเรียกบิดา มารดา หรือผู้ปกครองมาวางข้อกำหนดดังกล่าวข้างต้น ศาลจะเรียกตัวบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่มาสอบถามว่า จะยอมรับข้อกำหนดที่บัญญัติไว้สำหรับบิดา มารดา หรือผู้ปกครองดังกล่าวมาข้างต้นหรือไม่ก็ได้ ถ้าบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่ยอมรับข้อกำหนดเช่นนั้น ก็ให้ศาลมีคำสั่งมอบตัวเด็กให้แก่บุคคลนั้นไปโดยวางข้อกำหนดดังกล่าว

(3) ในกรณีที่ศาลมอบตัวเด็กให้แก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือบุคคลที่เด็กนั้นอาศัยอยู่ตาม (2) ศาลจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองประพฤติดังกล่าวเช่นเดียวกับที่บัญญัติไว้ในมาตรา 56 ด้วยก็ได้ ในกรณีเช่นว่านี้ ให้ศาลแต่งตั้งพนักงานคุมประพฤติหรือพนักงานอื่นใดเพื่อคุ้มครองประพฤติดังกล่าว

(4) ถ้าเด็กนั้นไม่มีบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง หรือมีแต่ศาลเห็นว่าไม่สามารถดูแลเด็กนั้นได้หรือถ้าเด็กอาศัยอยู่กับบุคคลอื่นนอกจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง และบุคคลนั้นไม่ยอมรับข้อกำหนดดังกล่าวใน (2) ศาลจะมีคำสั่งให้มอบตัวเด็กนั้นให้อยู่กับบุคคลหรือองค์การที่ศาลเห็นสมควรเพื่อดูแล อบรม และสั่งสอนตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดก็ได้ในเมื่อบุคคลหรือองค์การนั้นยินยอม ในกรณีเช่นว่านี้ ให้บุคคลหรือองค์การนั้นมีอำนาจเช่นผู้ปกครองเฉพาะเพื่อดูแล อบรม และสั่งสอน รวมตลอดถึงการกำหนดที่อยู่และการจัดให้เด็กมีงานทำตามสมควร หรือให้ดำเนินการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นก็ได้ หรือ

(5) ส่งตัวเด็กนั้น ไปยังโรงเรียน หรือสถานฝึกและอบรม หรือสถานที่ซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อฝึกและอบรมเด็กตลอดระยะเวลาที่ศาลกำหนด แต่อย่าให้เกินกว่าที่เด็กนั้นจะมีอายุครบสิบแปดปี

คำสั่งของศาลดังกล่าวใน (2) (3) (4) และ (5) นั้น ถ้าในขณะที่ใดภายในระยะเวลาที่ศาลกำหนดไว้ ความปรากฏแก่ศาลโดยศาลรู้เอง หรือตามคำเสนอของผู้มีส่วนได้เสีย พนักงานอัยการ หรือบุคคลหรือองค์การที่ศาลมอบตัวเด็กเพื่อดูแล อบรมและสั่งสอน หรือเจ้าพนักงานว่า พฤติการณ์เกี่ยวกับคำสั่งนั้น ได้เปลี่ยนแปลงไป ก็ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขคำสั่งนั้น หรือมีคำสั่งใหม่ตามอำนาจในมาตรานี้

มาตรา 753 ผู้ใดอายุกว่าสิบห้าปีแต่ต่ำกว่าสิบแปดปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ให้ศาลพิจารณาถึงความรู้ผิดชอบและสิ่งอื่นที่เกี่ยวพันกับผู้นั้น ในอันที่จะควรวินิจฉัยว่าสมควรพิพากษาลงโทษผู้นั้นหรือไม่ ถ้าศาลเห็นว่าไม่สมควรพิพากษาลงโทษก็ให้จัดการตามมาตรา 74 หรือถ้าศาลเห็นว่าสมควรพิพากษาลงโทษ ก็ให้ลดมาตราส่วนโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดลงกึ่งหนึ่ง

มาตรา 764 ผู้ใดอายุตั้งแต่สิบแปดปีแต่ยังไม่เกินยี่สิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ถ้าศาลเห็นสมควรจะลดมาตราส่วนโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นลงหนึ่งในสามหรือกึ่งหนึ่งก็ได้

2.7.7 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

พิจารณาตามมาตรา 19 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อมพ้นจากภาวะผู้เยาว์ และบรรลุนิติภาวะเมื่อมีอายุยี่สิบปีบริบูรณ์” แล้วพบว่าตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ “ผู้เยาว์” หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ อย่างไรก็ตามผู้เยาว์อาจจะบรรลุนิติภาวะก่อนที่จะอายุครบยี่สิบปีบริบูรณ์ได้ โดยการสมรสตามนัยมาตรา 20⁸⁵ อันเป็นการอาศัยอำนาจของกฎหมาย ทั้งนี้ข้อสันนิษฐานของกฎหมาย

⁸⁵ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 20 บัญญัติว่า “ผู้เยาว์ย่อมบรรลุนิติภาวะเมื่อทำการสมรส หากการสมรสนั้นได้ทำตามบทบัญญัติมาตรา 1448”

ที่ถือว่าผู้ที่มีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้เยาว์ที่กฎหมายต้องคุ้มครองนี้เป็นข้อสันนิษฐานเด็ดขาด⁸⁶ ถึงแม้ว่าผู้เยาว์นั้นมีความรู้และประสบการณ์ที่จะสามารถใช้สิทธิในการทำนิติกรรมได้โดยไม่ต้องมีผู้แทนโดยชอบธรรมก็ตาม

เกณฑ์อายุขั้นต่ำของเด็กที่กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ได้ให้การรับรองและคุ้มครองนั้น เมื่อพิจารณาตามบทบัญญัติตามมาตรา 15⁸⁷ พบว่าเด็กจะได้รับความคุ้มครองสิทธิก็ต่อเมื่อคลอดออกมาแล้วอยู่รอดเป็นทารก คือ การคลอดสมบูรณ์ตามหลักวิชาแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการคลอดโดยธรรมชาติหรือคลอดโดยวิธีการทำคลอดด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ หรือโดยการผ่าหน้าท้องมารดา⁸⁸ โดยถือหลักการเดียวกันว่า การคลอดนั้นย่อมสำเร็จเมื่อทารกมีความเป็นอยู่แยกจากครรภ์มารดาแล้ว แม้จะยังไม่ได้ถูกตัดรกแยกจากรกมารดา หรือยังไม่ได้ตัดสายสะดือก็ตาม⁸⁹ สำหรับทารกในครรภ์มารดาซึ่งยังไม่คลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกนั้น ก็อาจจะมีสิทธิตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์กำหนดไว้โดยเฉพาะเท่านั้น เช่น สิทธิในการรับมรดก ตามมาตรา 1604 วรรคสอง กำหนดให้สิทธิแก่ทารกที่ได้ปฏิสนธิแล้ว และเป็นทารกในครรภ์มารดาในเวลาที่เข้ามรดกถึงแก่ความตาย⁹⁰ อาจจะมีสิทธิที่จะได้รับมรดกของเจ้ามรดกได้ เป็นต้น

⁸⁶ กำชัย จงจักรพันธ์, กฎหมายแพ่งที่เกี่ยวกับเด็กและเยาวชนความรู้กฎหมายเยาวชนเพื่อเยาวชน, (กรุงเทพมหานคร : มปส, 2538), น. 22.

⁸⁷ มาตรา 15 “สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอด แล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย ทารกในครรภ์มารดาที่สามารถมีสิทธิต่าง ๆ ได้ หากว่าภายหลังคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก”

⁸⁸ กิตติศักดิ์ ปรกติ, คำอธิบายวิชากฎหมายแพ่ง, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2550), น.8.

⁸⁹ อนุเมติ ใจสมุทร, คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 ว่าด้วยบุคคล, (กรุงเทพมหานคร : สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2515), น. 6-7.

⁹⁰ กิตติศักดิ์ ปรกติ, เพ็งอ้วง, น. 12.

2.7.8 พระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2550

ได้มีการให้คำนิยามของคำว่า “เด็กและเยาวชน” ไว้ในมาตรา 4 คือ “เด็ก” หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์ และ “เยาวชน” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่สิบแปดปีบริบูรณ์ถึงยี่สิบห้าปีบริบูรณ์

2.7.9 พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534

พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัว และวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 ตามมาตรา 4 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “เด็กและเยาวชน” ไว้คือ “เด็ก” หมายความว่า บุคคลอายุเกินเจ็ดปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่เกินสิบสี่ปีบริบูรณ์ และ “เยาวชน” หมายความว่า บุคคลอายุเกินสิบสี่ปีบริบูรณ์ แต่ยังไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์

2.7.10 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2551 ไม่ได้กำหนดคำนิยามคำว่าเด็กเอาไว้ แต่มีการกำหนดเกณฑ์อายุของแรงงานเด็ก และเกณฑ์อายุของแรงงานเด็กแต่ละประเภทงานไว้ โดยเกณฑ์อายุของแรงงานเด็กนั้นมีการกำหนดเกณฑ์อายุขั้นต่ำและเกณฑ์อายุขั้นสูงไว้ กล่าวคือ ห้ามมิให้นายจ้างจ้างเด็กที่มีอายุต่ำกว่าสิบห้าปีเป็นลูกจ้าง สำหรับเกณฑ์อายุของเด็กขั้นสูงนั้นปรากฏตามมาตราที่เกี่ยวข้องกับการใช้แรงงานเด็ก ซึ่งกำหนดเกณฑ์อายุของแรงงานเด็กจะต้องมีอายุต่ำกว่าสิบแปดปี เช่น ตามมาตรา 48⁹¹ ซึ่งกำหนดห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้างซึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่าสิบแปดปีทำงานล่วงเวลา หรือทำงานในวันหยุด เป็นต้น

⁹¹ มาตรา 48 บัญญัติว่า “ห้ามมิให้นายจ้างให้ลูกจ้างซึ่งเป็นเด็กอายุต่ำกว่าสิบแปดปีทำงานล่วงเวลา หรือทำงานในวันหยุด”

2.7.11 พระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับ พ.ศ. 2545

ตามพระราชบัญญัติการศึกษาภาคบังคับให้คำจำกัดความของเด็กไว้ในมาตรา 4 กล่าวคือ “เด็ก” หมายความว่า เด็กซึ่งมีอายุย่างเข้าปีที่เจ็ดจนถึงอายุเข้าปีที่สิบหก เว้นแต่เด็กที่สอบได้ชั้นปีที่เก้า ของการศึกษาภาคบังคับแล้ว

2.7.12 พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546

โดยมาตรา 4 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “เด็ก” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่า สิบแปดปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงผู้ที่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส

ผู้เขียนเห็นว่า จากการให้คำจำกัดความคำว่า “เด็ก” ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายภายใน ฉบับต่าง ๆ ของประเทศไทย จะเห็นได้ว่าการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็กนั้นจะมีความแตกต่างกัน ออกไปในแต่ละฉบับอันเนื่องมาจากปัจจัยด้านสภาพการณ์ทางสังคมในช่วงเวลาที่ประกาศใช้กฎหมาย และความมุ่งหมายที่แตกต่างกันตามประเภทของกฎหมาย

2.8 ทฤษฎีพัฒนาการของเด็ก

ทฤษฎีพัฒนาการของเปียเจต์ เปียเจต์ (Piaget's theory of cognitive Development) ได้แบ่ง พัฒนาการด้านความคิด หรือสติปัญญาออกเป็น 4 ระยะ คือ

ตารางที่ 2.8 ทฤษฎีพัฒนาการของเปียเจต์ เปียเจต์ (Piaget's theory of cognitive Development)

ระยะ	พัฒนาการ
1. ระยะของการใช้ร่างกายและประสาทสัมผัส (Sensory motor period) อายุ 0-2 ปี	ในระยะนี้พฤติกรรมของเด็กอยู่กับการ เคลื่อนไหวเป็นส่วนใหญ่ เช่นการดูด การมอง การไขว่คว้า พฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็น ลักษณะปฏิกริยาสะท้อน ยังไม่สามารถเข้าใจ แยกแยะตนเองออกจากสิ่งแวดล้อม หรือจาก มารดาของตนเองได้ จนกระทั่งอายุ 7 เดือนเด็ก จะเริ่มกลัวคนแปลกหน้า (Separate anxiety)

ระยะ	พัฒนาการ
2. ระยะของการเริ่มมีความคิดและเข้าใจ (Pre-Operational period) อายุ 2-7 ปี แบ่งออกเป็น 2 ระยะย่อย ๆ คือ	2.1 ขั้นก่อนเกิดสัจกัป์ (Pre-conceptual thought) อายุ 2-4 ปี ในระยะนี้เด็กจะพัฒนาเรื่องของการใช้ภาษา รู้จักความสัมพันธ์ของสิ่งของมีความคิดรวบยอดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆแต่ยังไม่สมบูรณ์ และยังไม่มืเหตุผล
	2.2 ขั้นการคิดแบบสหัสญาณ (Intuitive thought) อายุ 4-7 ปี เด็กจะมีเหตุผลมากขึ้น แต่การคิดยังออกมาในรูปของการรับรู้มากกว่า เด็กจะพัฒนาการรับรู้อย่างรวดเร็ว เด็กจะมีลักษณะ

ตารางที่ 2.8 (ต่อ)

ระยะ	พัฒนาการ
	พิเศษอย่างหนึ่งคือ เชื่อตัวเองโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิดและเชื่อในเรื่องของการทรงภาวะเดิมของวัตถุ
3. ขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม (Concrete Operational period) อายุ 7-11 ปี	เด็กเริ่มคิดอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ไม่เคยเข้าใจมาก่อน และเริ่มเข้าใจลักษณะมวลสารที่เท่ากันและการเปลี่ยนรูปร่าง สามารถนำความรู้หรือเหตุการณ์ในอดีตมาแก้ปัญหาในเหตุการณ์ใหม่ๆ
4. ขั้นของการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงนามธรรม (Formal Operational period) 11-15 ปี	เป็นขั้นสูงสุดของพัฒนาการของความเข้าใจ เด็กสามารถคิดและเข้าใจเหตุผลในเชิงนามธรรม สามารถแก้ปัญหาและเริ่มทำงานแบบผู้ใหญ่ได้

บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้าย ของชีวิตของต่างประเทศเปรียบเทียบกับกฎหมายไทย

โดยที่มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่ตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยนั้น มิได้คำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของเด็กในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อขอตายอย่างสงบ ที่เป็นการรับรองสิทธิการตายโดยรัฐ ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วมีการรับรองและคุ้มครองสิทธิของเด็กดังกล่าวแตกต่างกันออกไป จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงมาตรการในทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ใช้กันอยู่ในต่างประเทศ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการปรับใช้กับกฎหมายของประเทศไทยที่บังคับใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ภายใต้อขอบเขตหรือเงื่อนไขเช่นไร โดยศึกษาจากประเทศ ดังต่อไปนี้

3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (Civil Law System)

3.1.1 ราชอาณาจักรเบลเยียม

รัฐบาลเบลเยียมประกาศใช้กฎหมาย The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม ปี ค.ศ. 2002 มีผลบังคับใช้วันที่ 23 กันยายน ปี ค.ศ. 2002¹ โดยได้นิยามคำว่า “euthanasia” หมายความว่า “การจงใจยุติการใช้ชีวิตโดยบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลที่เกี่ยวข้องตามคำร้องขอ” พระราชบัญญัติดังกล่าวถือเป็นการขยายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอเพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก โดยผู้ป่วยเด็กจะต้องอยู่ในสภาพไร้ประโยชน์ในทาง

¹ Therichest, “10 Countries Where Euthanasia and Assisted Suicide Are Legal,” (25 October 2014).

การแพทย์ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งกายและใจอันไม่สามารถทนทานได้ ซึ่งไม่สามารถบรรเทาได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติร้ายแรงและไม่สามารถรักษาได้ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ² (section 3§1) โดยแพทย์ที่ได้กระทำการดังกล่าวย่อมไม่มีความผิดทางอาญา เมื่อได้กระทำการถูกต้องตามกฎหมาย ภายใต้หลักเกณฑ์ดังนี้ คือ

1. แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์อาการของโรค ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ ผลการรักษาที่สามารถเป็นไปได้ ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ และอธิบายให้ทราบถึงทางเลือกอื่นๆ เช่น การดูแลแบบประคับประคอง

2. แพทย์ต้องมั่นใจว่าไม่มีทางเลือกอื่นใดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นอกจากการทำ euthanasia และแพทย์ต้องมั่นใจในคำร้องขอดังกล่าวของผู้ป่วยเด็ก

3. ผู้ป่วยได้มีการปรึกษาแพทย์รายใหม่เพื่อทบทวนเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของโรค และลักษณะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แพทย์ที่ปรึกษาจะต้องเป็นอิสระจากผู้ป่วยเช่นเดียวกับแพทย์ที่ทำการรักษา และต้องมีความสามารถในการให้ความเห็นในการขอรับคำปรึกษาของผู้ป่วย

4. ต้องมีทีมพยาบาลประจำเพื่อติดต่อกับผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย

5. ความต้องการของผู้ป่วยเด็กจะต้องได้รับการพูดคุย ปรึกษากับญาติ ๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ป่วยเด็ก

6. แพทย์ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้มีโอกาสปรึกษาหารือกับบุคคลใด ๆ ที่ผู้ป่วยเลือกโดยจะต้องมีหลักฐานว่าข้อตกลงนี้ยังคงเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยและญาติๆ ของผู้ป่วย³

นอกจากหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นแล้วการตัดสินใจจะต้องไม่เป็นผลมาจากความกดดันภายนอก หากแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยเป็นที่ชัดเจนว่ายังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ต้องให้โอกาสผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์รายที่สอง โดยแพทย์รายที่สองที่ทำการตรวจซ้ำต้องแจ้งรายงานผลการตรวจดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ โดยให้เวลาผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งเดือนได้เขียนคำร้องขอตามกฎหมาย

คำร้องขอของผู้ป่วยในการทำ euthanasia จะต้องทำเป็นหนังสือ ระบุวันที่ทำหนังสือ และลงนาม หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดทำหนังสือดังกล่าวได้ ให้บุคคลที่ผู้ป่วยเลือกมีหน้าที่จัดทำหนังสือดังกล่าวแทนผู้ป่วย ซึ่งบุคคลดังกล่าวต้องบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย และจะต้องไม่มีส่วนได้เสียใด ๆ

² The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter II: Conditions and procedure, section 3§1.

³ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter II: Conditions and procedure, section 3§2.

ในความตายของผู้ป่วย โดยจัดทำหนังสือดังกล่าวต่อหน้าผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถยกเลิกคำร้องขอดังกล่าวได้ตลอดเวลา เอกสารจะถูกลบออกจากเวชระเบียนและผู้ป่วยสามารถกลับไปเป็นผู้ป่วยปกติเช่นเดิม⁴ คำร้องขอทั้งหมดที่กำหนดโดยผู้ป่วย ตลอดจนการดำเนินการใดๆ ของแพทย์ที่ทำการรักษา และผลของการรักษา รวมถึงรายงานของแพทย์ต้องถูกบันทึกไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ⁵

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงความจำนงได้ บุคคลที่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย หรือในกรณีที่ผู้เยาว์ที่มีอายุและวุฒิภาวะในระดับพอสมควรที่อาจให้ความยินยอมในการรักษาได้ด้วยตนเอง (emancipated minor) โดยที่แพทย์ยินยอมให้แสดงเจตจำนงล่วงหน้าได้ ต้องแน่ใจว่า 1. ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคร้ายแรง และไม่สามารถรักษาให้หายได้ อันเกิดจากความเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ 2. ผู้ป่วยไม่มีสติสัมปชัญญะ 3. ในปัจจุบันไม่มีวิธีการแพทย์ใดรักษาให้หายได้

การแสดงความจำนงล่วงหน้าในการทำ euthanasia ผู้ป่วยจะทำขึ้นที่ใดก็ได้ แต่การแสดง ความจำนงล่วงหน้าดังกล่าวต้องทำเป็นหนังสือ มีพยานลงชื่อในหนังสืออย่างน้อยสองคน และพยานทั้งสองคนจะต้องไม่มีส่วนได้เสียในการตายของผู้ป่วย ลงวันที่ และผู้ป่วยลงนามในหนังสือดังกล่าวต้องแนบใบรับรองแพทย์พร้อมกับหนังสือแสดงจำนงล่วงหน้าดังกล่าวเพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงจำนงล่วงหน้าจะต้องได้รับการยืนยันไม่เกินห้าปีก่อนที่ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถ และผู้ป่วยสามารถแก้ไขหรือเพิกถอนหนังสือแสดงจำนงล่วงหน้าดังกล่าวได้ตลอดเวลา⁶

คณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ (The Federal Control and Evaluation Commission) ได้มีการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัตินี้ โดยคณะกรรมการทั้งหมด 16 คน ประกอบไปด้วยแพทย์จำนวน 8 คน โดยคณะกรรมการดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งจากพื้นฐานของความรู้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ มีหน้าที่เป็นผู้ทำการตรวจสอบกรณีที่มีการรายงานทั้งหมดเกี่ยวกับการทำ euthanasia เพื่อยืนยันว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมาย คณะกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งสี่ปีนับแต่วันที่ได้รับการ

⁴ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter II: Conditions and procedure, section 3 §4.

⁵ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter II: Conditions and procedure, section 3 §5.

⁶ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter III: The advance directive, section 4 §1.

แต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่ไม่เกินสองวาระ โดยมีมติของที่ประชุมจะมีผลใช้บังคับก็ต่อเมื่อ มีองค์ประชุมจำนวนสองในสามของคณะกรรมการทั้งหมดที่เข้าร่วมประชุม⁷

แต่อย่างไรก็ดีกฎหมายยังบัญญัติให้แพทย์มีสิทธิที่จะปฏิเสธการทำ euthanasia ด้วยเหตุปฏิบัติ ตามจริยธรรมหรือศาสนาโดยสุจริต ในทำนองเดียวกันโรงพยาบาลจะไม่อนุญาตให้ทำการ euthanasia ในสถานที่ของตนก็ได้⁸

ตัวอย่างกรณีของ Amelie Van Esbeen หญิงชราวัย 93 ปี เกิดที่ Flanders เมื่อปี ค.ศ. 1916 Van Esbeen ได้ร้องขอให้แพทย์ทำการ euthanasia ให้แก่เธอ แต่แพทย์ได้ปฏิเสธ เนื่องจาก Van Esbeen ไม่ได้มีคุณสมบัติในการขอทำ euthanasia ตามกฎหมายที่อนุญาตให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายต้องมี เงื่อนไขดังนี้คือ ต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ร้ายแรง หรือความเจ็บป่วยจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ แต่การขอทำ euthanasia ของ Van Esbeen มิได้เกิดจากสาเหตุของความเจ็บป่วย หากแต่เพราะต้องการที่จะตายเนื่องจากคุณภาพชีวิตของเธอไม่เพียงพอที่จะรับประกันว่า เธอจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนานแค่ไหนอันเนื่องมาจากความชรา โดย Van Esbeen ได้มีความพยายามที่จะฆ่าตัวตาย

กรณีการขอทำ euthanasia ของ Van Esbeen เป็นที่ถกเถียงว่าควรได้รับการพิจารณาอนุญาต ด้วยเหตุที่ว่าผู้สูงอายุจะประสบปัญหาในเรื่องสายตาสั้น การได้ยินที่ไม่ดี ทักษะการพูดที่ไม่ดี และการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา การรวมกันนี้อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถทนมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในชีวิตจึงมีการเรียกร้องให้ผู้สูงอายุดังกล่าวสามารถใช้สิทธิขอทำ euthanasia นอกจากเหตุของการได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่ร้ายแรง หรือความเจ็บป่วยจนไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้

จากการศึกษาพบว่าราชอาณาจักรเบลเยียมได้ตราพระราชบัญญัติ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 ถือเป็นกฎหมายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอ เพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้ป่วยเด็กต้องเข้าใจผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจของเขาเอง ซึ่งได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา ผู้ป่วยเด็กต้องอยู่ในสภาพ

⁷ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter V: The Federal Control and Evaluation Commission, section 6 §2.

⁸ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002, Chapter VI: Special Provisions, section 14.

ที่ไร้ประโยชน์ทางการแพทย์ ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวด ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้นได้โดยวิธีทางการแพทย์ใด ๆ และไม่ส่งผลให้เกิดความตายในระยะสั้น

แม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะไม่จำกัดอายุ แต่กระนั้นก็ยังระบุว่าเด็กที่ต้องตัดสินใจในการใช้สิทธิทำ (euthanasia) นั้น ต้องมีความสามารถในการแยกแยะ ตระหนักในขณะที่ทำการร้องขอเข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเลือกได้เป็นอย่างดี และต้องอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวในขณะที่ตัดสินใจ นอกจากนี้การตัดสินใจของเด็กต้องได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลตามกฎหมายที่มีสิทธิยับยั้ง และได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์

3.1.2 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

ในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ได้นิยามคำว่า “euthanasia” ไว้ในปี ค.ศ. 1985 หมายความว่า “การให้ยา โดยมีจุดประสงค์เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” โดยมีสาเหตุมาจากคดีแรกที่เกิดขึ้นในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์อันเป็นคดีเกี่ยวกับการทำ euthanasia ที่เรียกกันว่าคดี “Postma case” จำเลยในคดีดังกล่าวเป็นแพทย์ซึ่งได้ทำ euthanasia แก่มารดาของทารกที่กำลังจะตาย โดยมารดาของทารกได้ร้องขอให้แพทย์กระทำการดังกล่าวให้แก่เขาหลายครั้ง โดยได้ร้องขออย่างจริงจัง ศาลในคดีนี้ได้ตัดสินให้แพทย์ถูกจำคุกในเวลาสั้น ๆ และยังได้รับการรอลงอาญา จากคดีดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อกฎเกณฑ์ของสังคมในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ที่ยึดมั่นในประเพณีของชาวคริสเตียน และยังได้ส่งผลกระทบต่อผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในเรื่องของความระมัดระวังในการรักษา และการใช้สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองของผู้ป่วย ตลอดจนขอบเขตหรือเงื่อนไขในการรักษา

ในปี ค.ศ. 1982 การถกเถียงเกี่ยวกับการทำ euthanasia ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยคณะกรรมการด้านสุขภาพแนะนำว่ารัฐควรแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อให้คำจำกัดความของคำว่า euthanasia รวมทั้งหลักเกณฑ์เพื่อให้ทราบขอบเขตที่แพทย์สามารถกระทำได้ ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้จัดทำรายงานเสร็จสิ้นในปี ค.ศ. 1985 โดยได้ให้คำจำกัดความของ คำว่า “euthanasia” ไว้ว่า “การให้ยา โดยมีจุดประสงค์เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” ซึ่งคำจำกัดความดังกล่าวก็ถูกนำมาใช้นับแต่นั้นเรื่อยมา⁹ ในระหว่างที่คณะกรรมการยังจัดทำรายงานไม่แล้วเสร็จ ศาลฎีกาได้มีคำ

⁹ ภูมิภัทร ศาสตรศรี, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2555), น. 60-63.

ตัดสินในคดี Schoonheim case ในปี ค.ศ. 1984 เป็นคดีแรกที่ได้รับการตัดสินโดยศาลฎีกาของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ซึ่งในคดีดังกล่าวแพทย์ได้ทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยวัย 95 ปี ตามที่ผู้ป่วยร้องขอ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากความเสื่อมสภาพในการมองเห็น การฟังและการพูด อีกทั้งยังมีอาการป่วย ต้องทนทุกข์ทรมานอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรี ศาลได้ตัดสินว่าจำเลยซึ่งเป็นแพทย์ได้กระทำการดังกล่าวไปด้วยความจำเป็น โดยแพทย์ต้องเผชิญระหว่างหน้าที่ และการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งศาลได้ตัดสินยกฟ้องแพทย์ซึ่งเป็นจำเลยในคดีนี้¹⁰

ต่อมาในปี ค.ศ. 2002 ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้ตราพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide โดยมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002¹¹ โดยมีหลักเกณฑ์และสาระสำคัญดังนี้

มาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า

1. ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดเจนของผู้ตาย ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวดห้า

2. การกระทำตามวรรคแรกจะไม่เป็นความผิด หากได้กระทำโดยแพทย์ซึ่งได้ปฏิบัติตามครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide และได้แจ้งพยาธิแพทย์ของรัฐ (municipal pathologist) ถึงการกระทำดังกล่าวตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 7 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติ The Burial and Cremation¹²

มาตรา 294 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า

¹⁰ Judith A. C. Rietjens, Paul J. van der Maas, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, J.M. Van Delden and Agnes van der Heide, “Two Decades of Research on Euthanasia from the the Netherlands. What Have We Learnt and What Questions Remain?.,” (2009), Retrieve 1 August 2011, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/>

¹¹ Therichest, “10 Countries Where Euthanasia and Assisted Suicide Are Legal,” (25 October 2014), Retrieved 11 May 2018, from <https://www.therichest.com/most-influential/10-countries-where-euthanasia-and-assisted-suicide-are-legal/>

¹² Wetboek van Strafrecht, section 293.

1. ผู้ใดขอร้องให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตาย หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับตามหมวดสี่

2. ผู้ใดสนับสนุนให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตาย หรือจัดเตรียมวิธีการให้กับการกระทำความผิดดังกล่าว หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับตามหมวดสี่ และให้นำมาตรา 293 วรรคสอง มาใช้โดยอนุโลม¹³

มาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide บัญญัติว่า

1. มาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมดังที่อ้างถึงในมาตรา 293 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายอาญา หมายความว่า แพทย์:

a. มีความมั่นใจว่าคำร้องขอของผู้ป่วยนั้น มาจากความยินยอมอย่างแท้จริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างดีแล้ว

b. มีความเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเป็นไปโดยสมัครใจ และมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถจะทนได้

c. ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และความหวังของผู้ป่วยในอนาคต

d. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าไม่มีทางออกใดที่เหมาะสม สำหรับสถานการณ์ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

e. ได้ปรึกษากับแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนซึ่งได้เคยพบผู้ป่วยมาแล้ว และได้ให้ความเห็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวัง ข้อ a. ถึง ข้อ d. และ

f. ได้ยุติชีวิตของผู้ป่วยหรือสนับสนุนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังอย่างเหมาะสม

2. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการแสดงเจตนาดังกล่าว และได้แสดงเจตนาเป็นลายลักษณ์อักษร อักษร โดยที่แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ และให้นำมาตรฐานความระมัดระวังตามวรรคหนึ่งของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม

3. ถ้าผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 16 ปี ถึง 18 ปี ขึ้นไป ได้ถูกลงความเห็นว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยนั้นมีเหตุผลที่สามารถรับฟังได้ แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอยุติ

¹³ Wetboek van Strafrecht, section 294.

หรือสนับสนุนการฆ่าตัวตายนี้ได้ ภายหลังจากที่ผู้ใช้อำนาจปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าวแล้ว

4. ถ้าผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์มีอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 16 ปี ซึ่งได้ถูกลงความเห็นว่าเป็นว่า ความต้องการของผู้ป่วยนั้นมีเหตุผลที่สามารถรับฟังได้ แพทย์ไม่สามารถปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ และ/หรือผู้ปกครอง ในการยุติหรือการสนับสนุนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และให้นำบทบัญญัติในวรรคสองของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม¹⁴

มาตรา 14 สมาชิกและรองสมาชิกของคณะกรรมการมีหน้าที่เก็บรักษาความลับของข้อมูลใด ๆ ที่ได้มาจากการปฏิบัติหน้าที่ ยกเว้นในกรณีที่ถูกกฎหมายใด ๆ บังคับให้ต้องเปิดเผยข้อมูลนี้ หรือในกรณีที่ต้องเปิดเผยข้อมูลตามหน้าที่

มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติ The Burial and Cremation บัญญัติว่า

บุคคลซึ่งทำการชันสูตรศพอาจเป็นผู้ออกใบมรณบัตร หากมั่นใจว่าความตายนั้นได้เกิดขึ้นจากสาเหตุตามธรรมชาติ

หากความตายเป็นผลอันเกิดจากการร้องขอให้ยุติชีวิตหรือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตของตนเองตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 293 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายอาญา แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาจะต้องไม่เป็นผู้ออกใบมรณบัตร และต้องแจ้งแก่แพทย์ของรัฐคนใดคนหนึ่งโดยทันทีถึงสาเหตุการตาย เพื่อให้ผู้ทำเอกสารดังกล่าว โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบจะต้องเพิ่มเติมเอกสารนี้ตาม มาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide¹⁵

หลักการที่สำคัญอีกประการหนึ่งของพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide คือ จะต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ นักกฎหมาย และนักจริยศาสตร์ อย่างน้อยฝ่ายละ 1 คน คอยตรวจสอบรายงานแต่ละกรณีภายหลังจากที่ดำเนินการไปแล้วว่าแพทย์ที่ได้ทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide นั้นว่าได้กระทำโดยชอบด้วยกฎหมายหรือไม่ หากเห็นว่าการดำเนินการผิดจากที่กฎหมายกำหนดให้คณะกรรมการส่งรายงานนี้ไปยังอัยการ ภาระการพิสูจน์เรื่องดังกล่าวเป็นของรัฐ คือ อัยการ มีหน้าที่พิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าแพทย์ที่ได้ทำ

¹⁴ Chapter II, Requirements of Due Care, Article 2. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

¹⁵ The Burial and Cremation Act, section 7.

euthanasia หรือ physician-assisted suicide นั้นไม่ได้ดำเนินการตามข้อกำหนด (มิใช่กรณีแพทย์ถูกฟ้องไปก่อน แล้วมีหน้าที่พิสูจน์ว่าตนบริสุทธิ์)¹⁶

การยอมรับให้มีการทำ euthanasia ได้โดยชอบด้วยกฎหมายนั้น โดยทั่วไปพิจารณาว่าเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของสังคม ดังนี้

- 1) ผู้คนมีความเป็นอัตลักษณ์สูงขึ้น
- 2) ข้อห้ามในเรื่องของการตายนั้นลดลง
- 3) การยอมรับมากยิ่งขึ้นว่าการใช้ชีวิตนั้นมีใช่การรักษาที่เหมาะสมเสมอไปสำหรับผู้ป่วย

แม้ในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่จะได้คำนึงถึงสิ่งที่กล่าวมานี้ แต่มีไม่กี่ประเทศที่ยอมรับการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมาย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะองค์ประกอบอื่น ๆ ในวัฒนธรรมประเพณี หรือระบบสาธารณสุขของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ โดยให้ความสำคัญกับความเปิดเผย ตรงไปตรงมา เมื่อมีแนวความคิดหรือมุมมองใหม่ๆ จะไม่ถูกปิดกั้น รวมถึงวัฒนธรรมทางการเมืองที่ยอมรับกันว่าการพัฒนาย่อมดีกว่าการหยุดยั้ง และราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ยังมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมกัน และการกระจายภาระค่าใช้จ่าย โดยประชากรทุกคนจะต้องมีประกันสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชาชนทุกระดับสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยเหตุนี้ที่ส่งผลให้เรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายที่มักจะถูกขึ้นเป็นประเด็นในการต่อต้านการทำ euthanasia ไม่มีน้ำหนักในราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์¹⁷

สำหรับยาที่ใช้ในการทำ euthanasia นั้น ทางการของเนเธอร์แลนด์ (The Royal Dutch Association for the advancement of Pharmacy) แนะนำให้ใช้ยานอนหลับ ตามด้วยยาคลายกล้ามเนื้อ แต่ก็ยังมีแพทย์จำนวนหนึ่งที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว โดยใช้ยานิโคตินในการทำ euthanasia ยานำมาใช้ คือ ยาแก้ปวด (Opioid) โดยการทำให้ euthanasia ซึ่งจะพบมากที่สุดเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง

จากการศึกษาพบว่า ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้ตราพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide ถือเป็นประเทศแรกที่ยกเว้นให้การทำ euthanasia และการฆ่าตัวตาย

¹⁶ นพ.มาโนช โชคแจ่มใส, สืบค้นเมื่อวันที่ 18 มกราคม 2562, จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/downloads/?p=4800>.

¹⁷ ภูมิภัทร ศาสตรศรี, “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2555), น. 63.

ภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์เป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมีการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้อย่างชัดเจน และเคร่งครัด โดยกำหนดอายุของผู้เยาว์ซึ่งมีอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 16 ปี เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาจจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน อีกทั้งยังจะต้องมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน (Full Consciousness) ขณะตัดสินใจ โดยบิดา มารดา หรือญาติให้คำยินยอมให้สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายนี้

อีกทั้ง กฎหมายฉบับนี้มิได้กำหนดว่า ผู้ที่จะกระทำ euthanasia ต้องมีสัญชาติเนเธอร์แลนด์เท่านั้น ดังนั้น บุคคลสัญชาติใดก็สามารถเข้าสู่กระบวนการทำ euthanasia ได้

3.2 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี (Common Law System)

3.2.1 รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา

รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา ได้มีการออกรัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California Natural Death Act) ในปี ค.ศ. 1976¹⁸ เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต (หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ยืดความตายออกไป)

ต่อมา ปี ค.ศ. 2016 ได้มีการออกรัฐบัญญัติว่าด้วยการสิ้นสุดของชีวิตของรัฐแคลิฟอร์เนีย End of Life Option Act : EOLA มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2016¹⁹ โดยถูกเพิ่มเข้าไปในหมวด 1 ประมวลกฎหมายสุขภาพและความปลอดภัย (of the Health and Safety Code) PART 1.85 End of Life Option Act โดยบัญญัติไว้ในมาตรา 443²⁰ มีหลักเกณฑ์และสาระสำคัญดังนี้

มาตรา 443.1 ในส่วนนี้ ให้ใช้คำนิยามต่อไปนี้

¹⁸ Wikipedia. "(n.d.). Euthanasia," Retrieved 18 October 2018, from https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_euthanasia

¹⁹ New Health Guide, "Legality of Euthanasia in Different Countries and States," (7 February 2017), Retrieved 22 May 2018, from <https://www.newhealthguide.org/Where-Is-Euthanasia-Legal.html>

²⁰ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443. End of Life Option Act.

- (a) “ผู้ใหญ่” หมายถึง บุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไป
- (b) “อายุดีชีวิต”²¹ หมายถึง ยาที่กำหนดโดยแพทย์ และกำหนดไว้สำหรับบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ซึ่งบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมสามารถเลือกที่จะดูแลตนเองเพื่อทำให้เสียชีวิตได้ เนื่องจากโรคร้ายแรงนั้น
- (c) “แพทย์ที่เข้ารับการรักษา” หมายถึง แพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และการรักษาโรคประจำตัวของผู้ป่วย
- (d) “การเข้าร่วมรายการตรวจสอบและแบบฟอร์มการปฏิบัติตามแพทย์” หมายถึง แบบฟอร์มตามที่อธิบายไว้ในมาตรา 443.22 ระบุความต้องการทุกข้อที่แพทย์ต้องปฏิบัติตามโดยสุจริต ในส่วนนี้หากแพทย์ที่เลือกเข้าร่วม
- (e) “ความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์” หมายความว่า ความเห็นของแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมของแต่ละบุคคลปรึกษาแพทย์จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาตามมาตรา 4609 ประมวลกฎหมายพินัยกรรม บุคคลธรรมดาที่มีความสามารถเข้าใจลักษณะ และผลกระทบของการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพความสามารถในการเข้าใจถึงผลประโยชน์ความเสี่ยง และทางเลือกที่สำคัญ รวมทั้งความสามารถในการสร้าง และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการตัดสินใจที่ถูกต้องแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ
- (f) “แพทย์ให้คำปรึกษา” หมายถึง แพทย์ที่เป็นอิสระจากแพทย์ที่ให้การรักษา และมีคุณสมบัติตามที่ได้รับการรับรองว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ หรือมีประสบการณ์ในการวินิจฉัยโรค และวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย²²
- (g) “กรม” หมายความว่า กระทรวงสาธารณสุข
- (h) “ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ” หรือ “ผู้ให้การดูแลสุขภาพ” หมายถึง บุคคลที่ได้รับอนุญาต หรือได้รับการรับรองตามหมวด 2 (เริ่มต้นด้วยมาตรา 500) ของประมวลกฎหมายธุรกิจและวิชาชีพ (The Business and Professions Code) บุคคลใดก็ตามที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายแห่งพระราชบัญญัติการรักษาโรคกระดูกพรุน (The Osteopathic Initiative Act) หรือ พระราชบัญญัติการรักษาโรคไคโรแพรคติก (The Chiropractic Initiative Act) บุคคลที่ได้รับการรับรองตามหมวด 2.5 (เริ่มจากมาตรา

²¹ “อายุดีชีวิต” หมายถึง ยาที่กำหนดโดยแพทย์ และกำหนดไว้สำหรับบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

²² Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.1. End of Life Option Act.

1797) ของประมวลกฎหมายนี้และคลินิกบริการสุขภาพหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตตามหมวด 2 (เริ่มต้นด้วยมาตรา 1200) ของรหัสนี้

(i) “การตัดสินใจ” หมายถึงการตัดสินใจของบุคคลที่มีโรคประจำตัว เพื่อขอ และรับใบสั่งยาที่บุคคลสามารถจัดการด้วยตนเอง เพื่อยุติชีวิตของบุคคลซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจ และการรับทราบถึงความเกี่ยวข้อง ข้อเท็จจริง และที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้รับแจ้งอย่างเต็มที่จากแพทย์ที่เข้าร่วมการประชุมทั้งหมดต่อไปนี้ :

- (1) การวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยากรณ์โรคของบุคคล
- (2) มีความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา
- (3) ผลที่เป็นไปได้ในการรับประทานยาตามที่กำหนด
- (4) ความเป็นไปได้ที่บุคคลอาจเลือกที่จะไม่ได้รับยา หรืออาจได้รับยาแล้วแต่อาจตัดสินใจที่จะไม่กินยานั้น

(5) ทางเลือกที่เป็นไปได้ หรือโอกาสในการรักษาเพิ่มเติม การดูแลแบบประคับประคอง และการควบคุมอาการเจ็บปวด

(j) “ยืนยันทางการแพทย์” หมายถึง การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการพยากรณ์โรคของแพทย์ที่เข้ารับการรักษารับการยืนยัน โดยแพทย์ที่ปรึกษาซึ่งได้ตรวจสอบเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นแล้ว

(k) “การประเมินผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต” หมายถึง การปรึกษาหารือระหว่างบุคคลกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อระบุว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ และ ไม่ได้รับความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากความผิดปกติทางจิต

(i) “ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต” หมายถึง จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาที่ได้รับอนุญาต

(m) “แพทย์” หมายถึง แพทย์เวชภัณฑ์ หรือกระดูกที่ได้รับใบอนุญาตในปัจจุบันที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพแพทย์ในรัฐนี้

(n) “สถานที่สาธารณะ” หมายถึง ถนน ซอย สวนสาธารณะ อาคารสถานที่ประกอบธุรกิจ หรือชุมนุมสาธารณะใด ๆ ที่เปิดหรือออกไปสู่ที่สาธารณะ และสถานที่อื่นใดที่เปิดให้สาธารณชนดูหรือสาธารณชนมีทางเข้าไป

(o) “บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม” หมายถึง ผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์เป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และมีคุณสมบัติตามข้อกำหนดของส่วนนี้เพื่อที่จะได้รับใบสั่งยาให้สั้นชีวิต

(p) “การดูแลตนเอง” หมายถึง การกระทำที่มีคุณธรรม มีสติ ร่างกายในการบริหาร และการกินยาชีวิต เพื่อทำให้เกิดการเสียชีวิตของตัวเอง

(q) “โรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย” หมายความว่า โรคที่รักษาไม่หาย และไม่สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งได้รับการยืนยันทางการแพทย์แล้ว และภายในการรักษาทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผลจะทำให้เสียชีวิตภายในหกเดือน

443.2 (a) บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ และเป็นโรคที่พบได้อาจขอรับใบสั่งยาที่ให้ความช่วยเหลือ ในกรณีที่มีเงื่อนไขต่อไปนี้:²³

- (1) แพทย์ที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยได้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว
- (2) ผู้ป่วยได้แสดงเจตจำนงที่ประสงค์จะได้รับใบสั่งยาชีวิต
- (3) ผู้ป่วยเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย และสามารถสร้างถิ่นที่อยู่ได้ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

- (a) มีใบอนุญาตขับขี่ในแคลิฟอร์เนีย หรือบัตรประจำตัวอื่น ๆ ที่ออกโดยรัฐแคลิฟอร์เนีย
- (b) ลงทะเบียนเพื่อลงคะแนนเสียงในรัฐแคลิฟอร์เนีย
- (c) หลักฐานที่แสดงว่าบุคคลนั้นเป็นเจ้าของ หรือเช่าทรัพย์สินในรัฐแคลิฟอร์เนีย
- (d) การยื่นแบบแสดงรายการภาษีประจำปีของแคลิฟอร์เนียสำหรับปีภาษีล่าสุด
- (4) เอกสารแต่ละฉบับร้องขอตามข้อกำหนดที่กำหนดไว้ในมาตรา 443.3
- (5) บุคคลมีความสามารถทางร่างกาย และจิตใจในการดูแลตนเองด้วยยาที่ช่วยในการตาย
- (b) บุคคลจะไม่ถือว่าเป็น “บุคคลที่ผ่านการรับรอง” ภายใต้บทบัญญัติของส่วนนี้ เนื่องจากอายุหรือความพิการเท่านั้น

(c) การขอใบสั่งยาสำหรับยาที่ให้ความช่วยเหลือในส่วนนี้จะต้องทำโดยลำพัง และโดยตรงต่อผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่อยู่ในระยะสุดท้าย แต่ไม่จำกัดเฉพาะโดยผ่านหนังสือมอบ

²³ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.2(a). End of Life Option Act.

อำนาจคำสั่งการดูแลสุขภาพล่วงหน้า ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้ตัดสินใจในด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย

443.3 (a) บุคคลที่ขอรับใบสั่งยาที่ช่วยให้ตายตามข้อนี้จะต้องยื่นคำร้องขอสองครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 15 วัน และขอเป็นลายลักษณ์อักษรต่อแพทย์ที่เข้าร่วมด้วย แพทย์ที่เข้ารับการรักษาก็จะต้องได้รับคำขอทั้งสามฉบับตามข้อนี้โดยตรง และไม่ใช่ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง²⁴

(b) การร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างถูกต้องสำหรับรับยายุติชีวิต ในข้อ (a) ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้ทั้งหมด :

- (1) คำขอต้องอยู่ในรูปแบบที่อธิบายไว้ในมาตรา 443.11
- (2) คำขอจะต้องลงนาม และลงวันที่ โดยมีพยานสองคนลงชื่อรับรองผู้ป่วยที่ขอรับยายุติชีวิต
- (3) คำขอจะต้องมีพยานอย่างน้อยสองคน โดยต้องเป็นบุคคลที่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมายแล้ว เข้าร่วมลงนามเป็นพยานรับรอง โดยต้องมีความสามารถและเข้าใจในการแสดงเจตนาของผู้ป่วยในการร้องขอดังกล่าวเป็นอย่างดี ได้แก่

- (A) เป็นบุคคลที่พยานรู้จัก หรือมีหลักฐานยืนยันตัวตนชัดเจน
- (B) ผู้ป่วยลงนามในคำขอนี้โดยสมัครใจ
- (C) ผู้ป่วยมีความสามารถในการเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ขณะเดียวกันไม่อยู่ภายใต้การบังคับขู่เข็ญ หลอกลวง หรือใช้อิทธิพลบีบบังคับอันไม่ชอบด้วยกฎหมาย
- (D) พยานรับรองต้องมีใช้บุคคลที่เป็นแพทย์ที่เข้าร่วมแพทย์ให้คำปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

(c) กรณีที่พยานมีการลงนามในการรับรองคำร้องที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพียงคนเดียว อาจจะ :

- (1) มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางสายเลือด การแต่งงาน การจดทะเบียนหุ้นส่วนในประเทศ หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม หรือมีสิทธิได้รับส่วนหนึ่งส่วนใดในทรัพย์สินของผู้ป่วยเมื่อตาย

²⁴ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.3(a). End of Life Option Act.

(2) เป็นเจ้าของกิจการ หรือลูกจ้างทำงานที่สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางการแพทย์หรืออาศัยอยู่

(d) แพทย์ที่เข้าร่วมปรึกษาแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลต้องไม่เป็นพยานคนใดคนหนึ่งตามข้อกำหนด (3) ส่วนย่อย (b)

443.4 (a) บุคคลอาจเพิกถอน หรือระงับการร้องขออายุตติชีวิตในเวลาใดๆ ได้ตลอดเวลาหรือตัดสินใจว่าจะไม่ใส่ยาที่ให้ความช่วยเหลือโดยไม่คำนึงถึงสภาวะทางจิตใจของแต่ละบุคคล²⁵

(b) ใบสั่งยาที่ให้ความช่วยเหลือในการตายที่ให้ไว้ในส่วนนี้จะต้องไม่ถูกเขียนโดยปราศจากการมีแพทย์เข้าร่วม และผู้ที่ได้รับแต่งตั้ง โดยต้องให้ออกาสผู้ป่วยที่จะถอนตัวหรือยกเลิกคำขอได้

443.5 (a) ก่อนที่จะสั่งอายุตติชีวิตที่รับการรักษา แพทย์ที่เข้าร่วมรักษาจะต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

(1) ต้องทำการประเมินเบื้องต้นทั้งหมดต่อไปนี้ :

(A) (i) ผู้ใหญ่ที่ร้องขอมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์หรือไม่

(ii) หากมีข้อบ่งชี้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตแพทย์จะต้องแนะนำผู้ป่วยเข้ารับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

(iii) หากมีการแนะนำการแนะนำผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินด้านสุขภาพจิต จะไม่มีการกำหนดอายุตติชีวิตใด ๆ จนกว่าผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะกำหนดว่าผู้ป่วยนั้นมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ และไม่ได้ถูกระงับหรือขัดขวางจากการตัดสินใจที่มีความบกพร่องเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต

(B) เป็นผู้ใหญ่ที่บรรลุนิติภาวะแล้วอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือไม่

(C) ต้องเป็นผู้ใหญ่ที่ได้ร้องขอความช่วยเหลืออายุตติชีวิต ตามความสมัครใจ ตามมาตรา 443.2 และ 443.3 หรือไม่

(D) ผู้ใหญ่ที่ร้องขอเป็นบุคคลที่ผ่านการรับรองตามหมวด (o) ในส่วน 443.1 หรือไม่

(2) ยืนยันว่าบุคคลกำลังตัดสินใจอย่างถูกต้องโดยการพูดคุยกับผู้ป่วย ทั้งหมดต่อไปนี้ :

(A) การวินิจฉัยทางการแพทย์และการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย

²⁵ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.4(a). End of Life Option Act.

- (B) ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยาชุดชีวิตที่ร้องขอ
- (C) ผลที่เป็นไปได้จากการกินยาชุดชีวิต
- (D) ความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะได้รับยาชุดชีวิต แต่อาจไม่ใช้นั้นได้
- (E) ทางเลือกที่เป็นไปได้ หรือตัวเลือกในการรักษาเพิ่มเติม ซึ่งรวมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง และการควบคุมอาการเจ็บปวดจากโรคของผู้ป่วย

(3) แนะนำบุคคลที่ผู้ป่วยควรปรึกษาแพทย์เพื่อให้ทำการวินิจฉัยโรค และการพยากรณ์โรค เพื่อยืนยันว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ และสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนด ในส่วนนี้

(4) ยืนยันว่าคำร้องขอของผู้ป่วยที่ได้รับการรับรองไม่เกิดขึ้นจากการถูกบังคับข่มขู่ หรือใช้อิทธิพลบีบบังคับจากบุคคลอื่น ตัดสินว่าบุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ และได้ปฏิบัติตามบทบัญญัติในส่วนนี้

(5) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเกี่ยวกับการขอรับยา ทั้งหมดต่อไปนี้ :

- (A) มีผู้ที่ช่วยเหลืออยู่ด้วย เมื่อเขากินยาชุดชีวิตตามที่กำหนดไว้ในส่วนนี้
- (B) ไม่กินยาชุดชีวิตในสถานที่สาธารณะ
- (C) แจ้งญาติสนิทของผู้ป่วยที่ขอยาชุดชีวิต บุคคลนั้นที่มีคุณสมบัติเหมาะสม หรือหากไม่สามารถแจ้งต่อญาติสนิทได้จะไม่ได้รับการปฏิเสธจากเหตุผลดังกล่าว
- (D) มีส่วนร่วมเกี่ยวกับบ้านพักรับรอง
- (E) เก็บรักษายาชุดชีวิตในสถานที่ที่ปลอดภัยจนกว่าจะถึงเวลาที่ผู้ป่วยที่ผ่านการรับรองแล้ว จะทานยานั้น

(6) แจ้งให้บุคคลอื่นทราบว่าจะอาจเพิกถอน หรือยกเลิกคำขอยาชุดชีวิตในเวลาใด ๆ ก็ได้

(7) เสนอให้บุคคลที่สามารถเพิกถอน หรือยกเลิกคำขอยาชุดชีวิตก่อนที่จะสั่งยาที่ทำให้ ความช่วยเหลือ

(8) ยืนยันทันทีก่อนที่จะเขียนใบสั่งยาสำหรับยาชุดชีวิต โดยที่บุคคลที่ผ่านการรับรอง ได้ตัดสินใจอย่างถูกต้องแล้ว

(9) ยืนยันว่าข้อกำหนดทั้งหมดได้รับการปฏิบัติ และดำเนินการตามขั้นตอนที่เหมาะสม ทั้งหมดตามส่วนนี้ ก่อนที่จะเขียนใบสั่งยาชุดชีวิต

(10) ปฏิบัติตามเอกสารบันทึกที่กำหนดไว้ในส่วน 443.8 และ 443.19

(11) กรอกแบบฟอร์มรายการตรวจสอบและแบบฟอร์มการปฏิบัติตามกฎของแพทย์ที่เข้าร่วมตามที่อธิบายไว้ในมาตรา 443.22 รวมทั้งแบบฟอร์มการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ของแพทย์ในแบบบันทึกทางการแพทย์ของแต่ละบุคคลและส่งแบบฟอร์มทั้งสองฉบับไปยังกระทรวงสาธารณสุขของรัฐ

(12) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ให้การรับรองสุดท้ายพร้อมกับคำแนะนำว่าแบบฟอร์มจะกรอกข้อมูลและดำเนินการ โดยบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมภายใน 48 ชั่วโมงก่อนที่บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเลือกที่จะจัดการยาคีชีวิตด้วยตัวเอง

(b) ถ้าเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในอนุวรรค (a) เป็นที่พอใจแพทย์ที่เข้ารับการรักษาอาจส่งยาคีชีวิตด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ :

(1) การจ่ายยาคีชีวิตโดยตรงแก่ผู้ป่วย รวมทั้งยาที่ลดความรู้สึกไม่สบายของผู้ป่วยที่ผ่านการรับรอง หากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ต่อไปนี้ทั้งหมด:

(A) ได้รับอนุญาตให้จำหน่ายยาตามกฎหมายแคลิฟอร์เนีย

(B) มีใบรับรองของ United States Drug Enforcement Administration (USDEA) ในปัจจุบัน

(C) สอดคล้องกับกฎระเบียบ หรือหลักเกณฑ์ด้านการบริหารที่บังคับใช้

(2) เมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมแล้วให้ติดต่อเภสัชกร เพื่อแจ้งเภสัชกรเกี่ยวกับใบสั่งยาและส่งใบสั่งยาดังกล่าวไปรษณีย์ หรือทางอิเล็กทรอนิกส์ ให้เภสัชกรซึ่งมีหน้าที่จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม แพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ หรือบุคคลที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจนจากผู้ป่วย โดยผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติและพร้อมกับการกำหนดส่งมอบให้เภสัชกรเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจา

(c) การส่งมอบยาที่แจกจ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม แพทย์ที่เข้าร่วมประชุมหรือบุคคลที่ได้รับการกำหนด โดยบุคคลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยชัดเจนอาจจัดส่งได้โดยบุคคลหรือโดยมีลายเซ็นที่ต้องจัดส่ง โดย United Parcel Service, United States Postal Service, Federal Express หรือ messenger service

443.6 ก่อนที่ผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วนจะได้รับยาที่ช่วยในการตายจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาศูนย์แพทย์ที่ปรึกษาจะต้องปฏิบัติตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้:²⁶

- (a) ตรวจสอบบุคคลและเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย
- (b) ยืนยันในการวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของแพทย์ที่เข้ารับการรักษาศูนย์
- (c) กำหนดว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์ กระทำโดยสมัครใจ และได้รับการชี้แจง
- (d) หากมีข้อบ่งชี้ถึงความผิดปกติทางจิตให้ปรึกษาบุคคล เพื่อประเมินผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต
- (e) ปฏิบัติตามเอกสารบันทึกที่กำหนดไว้ในส่วนนี้

(f) ส่งแบบฟอร์มการยินยอมให้กับแพทย์ที่เข้ารับการรักษาศูนย์

443.7 เมื่อได้รับการแนะนำจากแพทย์ที่เข้าร่วม หรือให้คำปรึกษาตามส่วนนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะต้อง²⁷ :

- (a) ตรวจสอบบุคคลที่ผ่านการรับรอง และเวชระเบียนที่เกี่ยวข้อง
- (b) กำหนดว่าบุคคลมีความสามารถทางจิตในการตัดสินใจทางการแพทย์กระทำโดยสมัครใจ และตัดสินใจโดยทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ
- (c) ตรวจสอบว่าบุคคลไม่ได้รับความบกพร่องทางอารมณ์ เนื่องจากมีความผิดปกติทางจิต
- (d) ปฏิบัติตามข้อกำหนดของเอกสารฉบับนี้

443.8 ข้อมูลต่อไปนี้ต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียนของบุคคล

- (a) คำร้องขออายุตชิชีวิตทั้งปวง
- (b) คำขอที่เป็นลายลักษณ์อักษรทั้งหมดสำหรับอายุตชิชีวิต

²⁶ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.6. End of Life Option Act.

²⁷ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.7. End of Life Option Act.

(c) การวินิจฉัยโรคและการพยากรณ์โรคของแพทย์ที่เข้ารับการรักษ และการตัดสินใจว่าบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์กระทำโดยสมัครใจ และได้ตัดสินใจอย่างถูกต้อง หรือแพทย์ที่เข้าร่วมได้ระบุว่าบุคคลนั้นไม่ได้รับการรับรอง

การวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของแพทย์ที่ปรึกษา และการตรวจสอบว่าบุคคลที่ผ่านการรับรองมีความสามารถในการตัดสินใจทางการแพทย์กระทำโดยสมัครใจ และได้ตัดสินใจอย่างมีข้อมูล หรือว่าแพทย์ที่ปรึกษาได้กำหนดว่าบุคคลนั้นไม่ใช่บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

(e) รายงานผลการตรวจและการตัดสินใจที่เพิ่มขึ้นในระหว่างการประเมินของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หากดำเนินการ

(f) ข้อเสนอของแพทย์ที่เข้าร่วมประชุมให้บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม เพิกถอน หรือยกเลิกคำขอของตนในขณะที่ได้รับคำขอครั้งที่สองของผู้ป่วย

(g) บันทึกโดยแพทย์ที่เข้ารับการรักษซึ่งระบุว่าข้อกำหนดทั้งหมดตามมาตรา 443.5 และ 443.6 ได้รับการปฏิบัติตาม และระบุขั้นตอนที่ดำเนินการเพื่อดำเนินการตามคำขอรวมถึงบันทึกย่อของอายุตชีวิตตามที่กำหนดด้วย

443.9 (a) ภายใน 30 วันตามปฏิทินเมื่อเขียนใบสั่งยาอายุตชีวิต ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษจะต้องส่งสำเนาของคำขอเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสม รายการตรวจสอบของแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ และแบบฟอร์มการปฏิบัติตามข้อกำหนด และแบบฟอร์มการให้คำปรึกษาแพทย์²⁸

(b) ภายใน 30 วันตามปฏิทินหลังจากการตายของบุคคลที่ผ่านการรับรองจากการกินยาอายุตชีวิต หรือสาเหตุอื่นแพทย์ที่เข้ารับการรักษต้องส่งแบบฟอร์มติดตามผลของแพทย์ไปให้กระทรวงสาธารณสุขของรัฐ

443.10 บุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสมอาจไม่ได้รับใบสั่งยาสำหรับยาที่ให้ความช่วยเหลือตามข้อนี้ เว้นแต่จะได้แจ้งให้ทราบทันทีก่อนที่จะเขียนใบสั่งยาอายุตชีวิต ภายใต้ส่วนนี้แพทย์ที่เข้าร่วมจะต้องตรวจสอบว่าบุคคลกำลังตัดสินใจอย่างมีข้อมูล²⁹

²⁸ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.9(a). End of Life Option Act.

²⁹ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.10. End of Life Option Act.

443.11 (a) คำร้องขอให้ยุติชีวิตตามที่ได้รับอนุญาตจากส่วนนี้ต้องอยู่ในรูปแบบ ดังต่อไปนี้
 ขอยาที่ช่วยเหลือให้จบชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและมีศักดิ์ศรี ฉัน,
 เป็นคนที่มีสติสัมปชัญญะ และมีถิ่นที่อยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย³⁰

ฉันทุกข์ทรมานจาก ซึ่งแพทย์ที่เข้ารับการรักษาของฉัน ได้พิจารณาว่าอยู่ในระยะ
 สุดท้าย และได้รับการยืนยันทางการแพทย์แล้ว

ลักษณะของยาที่ช่วยในการตายจะต้องได้รับการกำหนด และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
 ผลที่คาดหวัง และทางเลือกที่เป็นไปได้ หรือทางเลือกในการรักษาเพิ่มเติม รวมทั้งการดูแลความ
 สะดวกสบายที่บ้านพักเพื่อบรรเทาทุกข์ การดูแลและการควบคุมความเจ็บปวด

ฉันขอให้แพทย์ที่เข้าร่วมของฉันกำหนดยาช่วยในการตายที่จะยุติชีวิตของฉันอย่างมี
 มนุษยธรรมและสง่างาม หากฉันเลือกที่จะรับยาและฉันอนุญาตให้แพทย์ที่เข้าร่วมติดต่อกับเภสัชกรคน
 ใดเกี่ยวกับคำขอของฉัน

เบื้องฉัน :

..... ฉันได้แจ้งสมาชิกในครอบครัวของฉันอย่างน้อยหนึ่งคนและได้พิจารณาความ
 กิดเห็นของพวกเขาแล้ว

..... ฉันตัดสินใจไม่แจ้งครอบครัวของฉันเกี่ยวกับการตัดสินใจของฉัน

..... ฉันไม่มีครอบครัวที่จะแจ้งการตัดสินใจของฉัน

ฉันเข้าใจว่าฉันมีสิทธิที่จะเพิกถอน หรือยกเลิกคำขอนี้ได้ตลอดเวลา

ฉันเข้าใจคำขอนี้ และฉันทราบว่าตายถ้าฉันใช้ยาช่วยในการตายที่จะกำหนด แพทย์ที่เข้า
 รับการรักษาของฉัน ได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ว่าการเสียชีวิตของฉันอาจไม่ได้รับทันที
 เมื่อมีการทานยา

ฉันทำคำขอนี้โดยสมัครใจโดยไม่ต้องสำรองที่นั่ง และไม่ถูกบังคับ

ลงชื่อ :

ลงวันที่ :

³⁰ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.11. End of Life Option

คำรับรองของพยาน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลที่ลงชื่อในคำขอนี้ :

(a) เป็นที่รู้จักของข้าพเจ้า หรือมีหลักฐานแสดงตัวตน

(b) สมัครใจคำขอนี้โดยสมัครใจ

(c) เป็นบุคคลที่เราเชื่อว่ามีสติสัมปชัญญะ และไม่อยู่ภายใต้การบังคับข่มขู่ หลอกลวง หรือ ภายใต้อิทธิพลของบุคคลใด และ

(d) ข้าพเจ้ามิได้เป็นแพทย์ที่เข้าร่วมปรึกษาแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

..... พยาน 1 / วันที่

..... พยาน 2 / วันที่

หมายเหตุ: พยานทั้งสองคนอาจเป็นญาติสนิท (โดยทางสายเลือด การจดทะเบียนสมรสในประเทศ หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรม) ของบุคคลที่ลงชื่อในคำขอนี้หรือได้รับสิทธิเป็นส่วนหนึ่งของทรัพย์สินของบุคคลนั้นเมื่อตาย พยานหนึ่งในสองอาจเป็นเจ้าของ หรือลูกจ้างในสถานที่ดูแลสุขภาพที่บุคคลนั้นเป็นผู้ป่วยอยู่ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

(b) (1) ภาษาเขียนของคำขอจะต้องเขียนเป็นภาษาที่แปลเหมือนกันกับบทสนทนาคำปรึกษา หรือตีความบทสนทนา หรือการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่เข้าร่วมหรือปรึกษาแพทย์

(2) แม้จะมีวรรค (1) คำร้องขอเป็นลายลักษณ์อักษรอาจจัดทำเป็นภาษาอังกฤษได้แม้จะมีบทสนทนา หรือคำปรึกษา หรือตีความบทสนทนา หรือการปรึกษาหารือในภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ถ้าแบบฟอร์มภาษาอังกฤษมีคำรับรองของผู้แปลตามที่ระบุไว้ภายใต้ บทลงโทษของการเบิกความเท็จ คำประกาศของล่ามต้องระบุว่า:

ฉัน (แทรกชื่อของผู้แปล) มีความชำนาญในภาษาอังกฤษและ (INSERT TARGET LANGUAGE) (ระบุวันที่) เมื่อเวลาประมาณ(ระบุเวลา) ฉันอ่าน “ขอยาที่ช่วยในการตายที่จะยุติชีวิตของฉัน” เพื่อ (ใส่ชื่อของบุคคล/ผู้ป่วย) ใน (ใส่ภาษาเป้าหมายในการแปล)

นาย/นาง/นางสาว (ใส่ชื่อของผู้ป่วย/บุคคลที่ผ่านการรับรอง) ยืนยันว่าเข้าใจเนื้อหาในแบบฟอร์มนี้ และยืนยันความประสงค์ของตนในการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ด้วยตัวเอง และเป็นผู้มีอำนาจในการร้องขอให้ลงนามในแบบฟอร์มตามคำปรึกษากับแพทย์ที่เข้าร่วม และให้คำปรึกษา

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้าพเจ้าสามารถพูดภาษาอังกฤษได้อย่างคล่องแคล่ว (ใส่ภาษาเป้าหมายในการแปล) และรับรองภายใต้บทลงโทษว่าด้วยความเท็จว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริงและถูกต้อง

..... ลายมือชื่อของล่าม

..... ชื่อของล่าม

..... ที่อยู่ของล่าม

(3) ล่ามซึ่งมีการให้บริการตามวรรคสองจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม โดยกรณีมีสายเลือดเดียวกัน การแต่งงาน การจดทะเบียนหุ้นส่วนในประเทศ หรือการรับบุตรบุญธรรม หรือมีสิทธิได้รับทรัพย์สินของบุคคลนั้นเมื่อตาย ล่ามที่มีการให้บริการตามวรรค (2) ต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่รับรองโดยสมาคมการตีความด้านการดูแลสุขภาพแห่งรัฐแคลิฟอร์เนีย (The California Healthcare Interpreting Association) หรือสภาแห่งชาติเกี่ยวกับการตีความด้านการดูแลสุขภาพ (The National Council on Interpreting in Health Care) หรือมาตรฐานอื่น ๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขยอมรับได้สำหรับผู้ดูแลสุขภาพในแคลิฟอร์เนีย³¹

(c) แบบฟอร์มการรับรองจากแพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษาให้กับบุคคลที่ผ่านการรับรอง ในขณะที่แพทย์ที่เข้ารับการรักษาเขียนใบสั่งยาจะต้องปรากฏในแบบฟอร์มดังต่อไปนี้ :

การตรวจสอบสุดท้ายสำหรับอายุตติชีวิตในลักษณะที่มีมนุษยธรรมและมีศักดิ์ศรีนั้น.....

..... เป็นคนที่มีสติสัมปชัญญะ และมีถิ่นที่อยู่ในรัฐแคลิฟอร์เนีย

นั้นทุกขั้ทรมาณจาก ซึ่งแพทย์ที่เข้ารับการรักษาของฉันทันได้พิจารณาแล้วว่า อยู่ในระยะสุดท้าย และได้รับการยืนยันทางการแพทย์แล้ว

ลักษณะของอายุตติชีวิตจะต้องได้รับการกำหนด และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผลที่คาดหวัง และทางเลือกที่เป็นไปได้ หรือทางเลือกในการรักษาเพิ่มเติม รวมทั้งการดูแลความสะดวกสบาย ที่บ้านพักเพื่อบรรเทาทุกข์ การดูแลและการควบคุมความเจ็บปวด

ฉันทันได้รับอายุตติชีวิต และฉันทันตระหนักดีว่าอายุตติชีวิตนี้จะทำให้ชีวิตของฉันทันยุติลงอย่าง มนุษยธรรมและมีศักดิ์ศรี

³¹ Of the Health and Safety Code, Part 1.85 End of Life Option Act, Article 443.11. End of Life Option Act.

เบื้องต้น :

..... ฉันได้แจ้งสมาชิกในครอบครัวของฉันอย่างน้อยหนึ่งคน และนำความคิดเห็น
ของพวกเขามาพิจารณา

..... ฉันตัดสินใจไม่แจ้งครอบครัวของฉันเกี่ยวกับการตัดสินใจของฉัน

..... ฉันไม่มีครอบครัวที่จะแจ้งการตัดสินใจของฉัน

แพทย์ที่เข้ารับการรักษาของฉันได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ว่าการเสียชีวิต
ของฉันอาจไม่ได้รับทันที เมื่อมีการบริโภคนยา

ฉันตัดสินใจที่จะกินยายุติชีวิต เพื่อจบชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและสง่างาม ฉันเข้าใจว่าฉันยังคง
เลือกที่จะไม่กินยา และโดยการลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มนี้ฉันไม่มีภาระผูกพันที่จะต้องรับประทานยา
ฉันเข้าใจว่าฉันสามารถยกเลิกคำขอนี้ได้ตลอดเวลา

ลงชื่อ :

ลงวันที่ :

เวลา :

(1) ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนที่ยาแต่ละตัว จะทานยาด้วยตนเอง โดยจะต้องกรอกแบบฟอร์ม
การรับรองสุดท้าย ถ้ายายุติชีวิตไม่ได้ถูกส่งคืน หรือถูกทิ้ง เมื่อตายจากผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ใน
มาตรา 443.20 แบบฟอร์มฉบับสมบูรณ์จะต้องจัดส่งโดยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ หรือผู้แทนคนอื่น ๆ
ให้แก่แพทย์ที่เข้าร่วมการศึกษา เพื่อนำมารวมไว้ในบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วย

(2) เมื่อได้รับการรับรองเป็นครั้งสุดท้ายแพทย์ที่เข้ารับการรักษาจะต้องเพิ่มแบบฟอร์มนี้ลงใน
ในเวชระเบียนของผู้ทรงคุณวุฒิ³²

กรณีของศาลอุทธรณ์มลรัฐแคลิฟอร์เนียในคดี Bouvia v. โดย Elizabeth Bouvia (โจทก์)
ได้รับความเดือดร้อนจากอัมพาตสมองและโรคไขข้อ เธอค่อยๆ สูญเสียการใช้ร่างกายของเธอจนทำให้
เธอไม่สามารถใช้แขนขาได้อีกต่อไป เธอต้องพึ่งพามุทกคนอื่นเพื่อดำเนินกิจกรรมทุกอย่าง
ในชีวิตประจำวัน เธออาศัยอยู่กับความช่วยเหลือจากรัฐบาลใน โรงพยาบาลของรัฐ บุคลากร
ทางการแพทย์ตอบสนองด้วยการให้อาหารและให้น้ำดื่มแก่เธอผ่านจมูกของเธอ เธอปรารถนาจะตาย

³² California End of Life Option Act 2017, Retrieved May 21, 2018, from <https://www.cdph.ca.gov>.

และปฏิเสธอาหาร โดยให้เอาท่อทางจุกออก และหยุดมาตรการทางการแพทย์ทั้งหมดที่ไม่ได้รับความยินยอม ศาลพิจารณาคดีพบว่าเธอสามารถมีชีวิตอยู่เรื่อย ๆ ในรัฐของเธอไม่ได้ป่วยหนักและปฏิเสธคำสั่งห้าม เธอยื่นอุทธรณ์คำร้อง ศาลอุทธรณ์ยอมรับว่าผู้ใหญ่ที่มีอำนาจมีสิทธิในการควบคุมร่างกายของตนเองเพื่อพิจารณาว่าจะให้การรักษาพยาบาลเป็นไปได้อย่างไร และในกรณีใด ผู้ป่วยที่มีความสามารถยังมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการปฏิเสธการรักษา แม้ว่าอาจช่วยหรือยืดชีวิตต่อไปได้ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลต่อสู้ว่าผลประโยชน์ของรัฐควรมีมากกว่าสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา การรักษามาตรฐานทางจริยธรรมของวิชาชีพแพทย์ รวมถึงสนับสนุนสิทธิของแพทย์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม ศาลตัดสินว่าผลประโยชน์ของรัฐเหล่านี้ แม้ว่าจะมีความสำคัญแต่ไม่เพียงพอที่จะเอาชนะสิทธิของ Bouvia ได้ ศาลระบุว่าคุณภาพของชีวิตของเธอได้ลดลงไปถึงจุดสิ้นหวัง ไร้ประโยชน์ ไร้ความปราณี และความคับข้องใจ เธอเป็นคนไข้นอนที่นอนอยู่บนเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ อาจพิจารณาการดำรงอยู่ของเธอที่ไม่มีความหมาย ความสนใจ และความปรารถนาของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการตัดสินใจ ศาลอุทธรณ์ได้กลับคำพิพากษาของศาลและถือว่า Bouvia มีสิทธิที่จะปฏิเสธการใส่ท่อทางจุก ด้วยเหตุนี้ มีสิทธิขั้นพื้นฐานในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล สิทธิของตนแทนที่ผลประโยชน์ของรัฐ คุณภาพชีวิตเป็นข้อพิจารณาที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ และการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา³³

จากการศึกษาพบว่า รัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California Natural Death Act) ค.ศ. 1976 นั้น เห็นได้ว่าเป็นรัฐบัญญัติที่ได้ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลของผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถสมบูรณ์ ในการที่จะปฏิเสธการรักษาแม้ว่าการรักษานั้นจะสามารถยืดชีวิตไว้ได้ โดยผู้ป่วยต้องปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วย และแพทย์รายที่สองที่เข้าร่วมกับแพทย์รายแรกในการให้คำปรึกษา เพื่อยืนยันอาการของผู้ป่วย และต้องได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจในทางการแพทย์ และไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากความผิดปกติทางจิต

³³ AMA Journal of Ethics, “Bouvia v. Superior Court: Quality of Life Matters,” (February 2005).

3.3 กฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทย

คำว่า Euthanasia มีรากศัพท์มาจากคำในภาษากรีก 2 คำ คือ eu ซึ่งแปลว่า ดี (good) และ thanatos แปลว่า ความตาย (death) เหตุนี้คำว่า euthanasia จึงแปลว่า ความตายที่ดี (good death) แพทยสมาคมโลก (World Medical Association) ได้จัดทำแนวปฏิบัติในเรื่องการุณยฆาต เรียกว่า “ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการุณยฆาต” (World Medical Association Declaration on Euthanasia) ความตอนหนึ่งว่า การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำให้ตายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติสนิทก็ตามถือว่าผิดหลักจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ

3.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560³⁴ บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย มีสิทธิ และเสรีภาพ และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล ไม่ว่าด้วยเหตุความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ มาตรการที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิ หรือเสรีภาพ ได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น หรือเพื่อคุ้มครองหรืออำนวยความสะดวกให้แก่บุคคล ย่อมไม่ถือว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม ซึ่งเด็กมีสิทธิได้รับการดูแล พัฒนาก่อนเข้ารับการศึกษา เพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย และได้รับความช่วยเหลือ ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม³⁵ ดังนั้น เด็กย่อมมีสิทธิได้รับการรับรอง และคุ้มครองตามกฎหมายอย่างเท่าเทียม และเหมาะสม

3.3.2 ประมวลกฎหมายอาญา

ประมวลกฎหมายอาญาของไทยได้แบ่งบุคคลออกเป็น 3 ประเภทด้วยกัน คือ³⁶

³⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, มาตรา 27.

³⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560, มาตรา 54, 71.

³⁶ คณิศ ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2547),

1. บุคคลที่ขาดหรือไม่มี “ความสามารถในการกระทำชั่ว” เลย คือ เด็กอายุยังไม่เกินสิบห้าปี ในขณะที่กระทำความผิด และบุคคลที่มีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ในขณะที่กระทำความผิด³⁷

2. บุคคลที่อาจมี “ความสามารถในการกระทำชั่ว” คือ บุคคลอายุกว่าสิบห้าปี แต่ต่ำกว่าสิบแปดปี ในขณะที่กระทำความผิด

3. บุคคลที่มี “ความสามารถในการกระทำชั่ว” ที่สมบูรณ์ คือ บุคคลที่มีอายุกว่าสิบแปดปี ในการกระทำความผิด

โดยบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิเด็กที่ถูกดำเนินคดีอาญา ดังนี้

1. เด็กอายุยังไม่เกินสิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ ให้พนักงานสอบสวนส่งตัวเด็กให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย³⁸

2. เด็กอายุกว่าสิบปีแต่ยังไม่เกินสิบห้าปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด เด็กนั้นไม่ต้องรับโทษ แต่ให้ศาลมีอำนาจดำเนินการวางข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ประกอบด้วยความเห็นตามสมควร³⁹

3. บุคคลอายุกว่าสิบห้าปีแต่ต่ำกว่าสิบแปดปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ให้ศาลพิจารณาถึงความรู้ผิดชอบ และสิ่งอื่นที่ปวงเกี่ยวกับผู้นั้น ในอันที่จะควรวินิจฉัยว่าสมควรพิพากษาลงโทษผู้นั้นหรือไม่ ถ้าศาลเห็นว่าไม่สมควรพิพากษาลงโทษก็ให้จัดการ ตามมาตรา 74 หรือถ้าศาลเห็นว่าสมควรพิพากษาลงโทษ ก็ให้ลดมาตราส่วนโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดลงกึ่งหนึ่ง⁴⁰

4. บุคคลอายุตั้งแต่สิบแปดปีแต่ยังไม่เกินยี่สิบปี กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด ถ้าศาลเห็นสมควรจะลดมาตราส่วนโทษที่กำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นลงหนึ่งในสามหรือกึ่งหนึ่งก็ได้⁴¹

น. 280-281.

³⁷ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65.

³⁸ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 73.

³⁹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 74.

⁴⁰ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 75.

⁴¹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 76.

3.3.3 พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553

พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 โดยนิยามคำว่า “เด็ก” หมายความว่า บุคคลอายุยังไม่เกินสิบห้าปีบริบูรณ์⁴²

3.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยและในต่างประเทศ

ตาราง 3.4 วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยและในต่างประเทศ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา
1. กฎหมายที่จะยุติการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	กฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 และกฎกระทรวง เพื่อดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระ	The Belgian Act on Euthanasia of May 28 th 2002 มีผลบังคับใช้วันที่ 23 กันยายน ค.ศ. 2002	Termination of Life on Request and Assisted Suicide มีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002	End of Life Option Act มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2016

⁴² พระราชบัญญัติศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาวชนและครอบครัว พ.ศ. 2553 มาตรา 4.

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	สุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการ ทรมานจากการ เจ็บป่วย พ.ศ. 2553			
2. หลักเกณฑ์ หรือเงื่อนไข ของผู้ป่วยที่จะ ใช้สิทธิปฏิเสธ การรักษาใน วาระสุดท้าย	ต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ใน วาระสุดท้าย ของชีวิตได้รับความ ทุกข์ทรมาน จากการเจ็บป่วยที่ ไม่สามารถรักษา	ผู้ป่วยต้องอยู่ใน สภาพไร้ประโยชน์ ในทางการแพทย์ ได้รับความทุกข์ ทรมานทั้งกายและ ใจอันไม่สามารถ	เป็นผู้ป่วยที่มี ชีวิตอยู่ได้อีกไม่ นาน และจะต้อง มีสติสัมปชัญญะ ครบถ้วน(Full Consciousness)	ผู้ป่วยที่อยู่ใน วาระสุดท้ายของ ชีวิต โดยไม่ สามารถกลับมา ใช้ชีวิตได้ ตามปกติ มีสิทธิ

ตาราง 3.4 (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
ของชีวิต	ให้หายจากการ เจ็บป่วยได้โดย แสดงเจตนา ล่วงหน้าไว้ตาม กฎหมาย	ทนทานได้ ซึ่งไม่ สามารถบรรเทา ได้ซึ่งเป็นผลมา จากความผิดปกติ ร้ายแรง และไม่ สามารถรักษาได้ ซึ่งเกิดจากความ เจ็บป่วยหรือ อุบัติเหตุ	ขณะตัดสินใจ	ที่จะปฏิเสธการ รักษา แม้ว่าการ รักษานั้นจะ สามารถยืดชีวิต ไว้ได้ก็ตาม
3. ความรับผิดชอบ ของแพทย์	เมื่อแพทย์ได้ปฏิบัติ ตามความประสงค์ ของผู้ป่วยตาม	แพทย์ย่อมไม่มี ความผิดทางอาญา เมื่อได้กระทำการ	แพทย์ไม่มี ความผิดทาง อาญา เมื่อได้	เมื่อแพทย์ได้ ปฏิบัติตามความ ประสงค์ของ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา
	หนังสือแสดงเจตนาแล้วแพทย์ผู้กระทำการดังกล่าวย่อมได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12 มิให้ถือว่าการปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาเป็นความผิดอาญา	ถูกต้องตามกฎหมาย	ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังที่ระบุไว้ในมาตรา 2	ผู้ป่วยแพทย์ย่อมไม่มีความทางอาญา

ตาราง 3.4 (ต่อ)

ประเด็นเปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา
4. การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ตามกฎหมายจะต้องมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	ผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ตามกฎหมายจะต้องมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	ไม่มีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่จะขอใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต	อายุ 12 ปี ถึง 18 ปี	บุคคลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
5. เงื่อนไขที่แพทย์ต้อง	กรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มี	หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดทำ	- ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์มีอายุ	ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือมอบ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
ดำเนินการ ทางกฎหมาย ร่วมกับบุคคล อื่นที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วย	สติสัมปชัญญะดี พอที่จะสื่อสารได้ ตามปกติ หากมี บุคคลที่ผู้ป่วย มอบหมายให้ทำ หน้าที่อธิบายความ ประสงค์ที่แท้จริง หรือญาติของผู้ทำ หนังสือแสดง เจตนา ให้ผู้ประกอบ วิชาชีพ เวชกรรม	หนังสือดังกล่าวได้ ให้บุคคลที่ผู้ป่วย เลือกมีหน้าที่จัดทำ หนังสือดังกล่าว แทนผู้ป่วย ซึ่ง บุคคลดังกล่าวต้อง บรรลุนิติภาวะตาม กฎหมาย และ จะต้องไม่มีส่วนได้ เสียใด ๆ ในความ ตายของผู้ป่วย โดย จัดทำหนังสือ ดังกล่าวต่อหน้า	ระหว่าง 12 ปี ถึง 16 ปี โดยต้อง ได้รับความ เห็นชอบจากผู้ใช้อ อำนาจปกครอง ผู้เยาว์ และ/หรือ ผู้ปกครอง - ผู้ป่วยซึ่งเป็น ผู้เยาว์ซึ่งมีอายุ ตั้งแต่ 16 ปี ถึง 18 ปี ขึ้นไป ต้อง ได้รับความ ยินยอมจากผู้ใช้อ	อำนาจ หรือคำสั่ง การดูแลสุขภาพ ล่วงหน้าแก่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้ตัดสินใจ ในด้านการดูแล สุขภาพที่ได้รับ การยอมรับตาม กฎหมาย

ตาราง 3.4 (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	รับผิดชอบการ รักษาอธิบายถึง ภาวะและความ เป็นไปของโรคให้ บุคคลดังกล่าว ทราบ และแจ้ง รายละเอียด เกี่ยวกับการ	ผู้ป่วย	อำนาจปกครอง ผู้เยาว์ และ/หรือ ผู้ปกครอง - ผู้ป่วยซึ่งเป็น ผู้เยาว์ซึ่งมีอายุ ตั้งแต่ 16 ปี ถึง 18 อำนาจปกครอง ได้เข้ามามีส่วน ร่วมในระบวน	

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	ดำเนินการตาม หนังสือแสดง เจตนาดังกล่าว		การตัดสินใจ ดังกล่าวแล้ว	
6. การยืนยัน ทางการแพทย์ ในการใช้สิทธิ ปฏิเสธการ รักษาในวาระ สุดท้ายของชีวิต	ผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม รับผิดชอบการ รักษาอธิบายให้ ผู้ทำหนังสือแสดง เจตนาทราบถึง ภาวะ และความเป็นไป ของโรคใน ขณะนั้นเพื่อขอ คำยืนยันหรือ	นอกจากผู้ป่วยได้ ปรึกษากับแพทย์ที่ ทำการรักษาอาการ เจ็บป่วยของตน แล้ว ผู้ป่วยยังต้อง ได้รับคำปรึกษา จากแพทย์ราย ที่สอง เพื่อทำการ ทบทวนเกี่ยวกับ อาการความรุนแรง และการรักษาให้	ผู้ป่วยต้องปรึกษา แพทย์อย่างน้อย หนึ่งคน ซึ่ง แพทย์นั้นจะต้อง เคยพบกับผู้ป่วย มาแล้ว และ แพทย์ได้ให้ ความเห็นไว้เป็น ลายลักษณ์อักษร	ผู้ป่วยต้องปรึกษา แพทย์ที่ทำการ รักษาอาการ เจ็บป่วย และ แพทย์รายที่สอง ที่เข้าร่วมกับ แพทย์รายแรกใน การให้คำปรึกษา เพื่อยืนยันอาการ ของผู้ป่วย และ ต้องได้รับการ

ตาราง 3.4 (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	ปฏิเสธก่อนที่จะ ปฏิบัติตามหนังสือ แสดงเจตนา ดังกล่าว	หาย เพื่อความ มั่นใจว่าไม่มี ทางเลือกใดที่จะมี ชีวิตอยู่ต่อไปได้ นอกจากการใช้ สิทธิปฏิเสธการ รักษาในวาระ		ประเมินจาก ผู้เชี่ยวชาญด้าน สุขภาพจิตอย่าง น้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันว่า ผู้ป่วยมี ความสามารถใน

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
		สุดท้าย แพทย์ราย ที่สองต้องแจ้งให้ ผู้ป่วยทราบ โดย ให้เวลาผู้ป่วยอย่าง น้อยหนึ่งเดือนได้ เขียนคำร้องตาม กฎหมาย		การตัดสินใจ ในทางการแพทย์ และไม่มีควม บกพร่องทาง สติปัญญา เนื่องจากความ ผิดพลาดทางจิต
7. ความ สมบูรณ์และ การมีผลบังคับ ใช้ตามกฎหมาย	ทำเป็นหนังสือ แสดงเจตนาไว้ ล่วงหน้าว่าไม่ ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อ ยืดการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติ	- คำร้องของผู้ป่วย จะต้องทำเป็น หนังสือ ระบุวัน เดือน ปี ที่ทำ หนังสือ และผู้ป่วย ลงนาม ต้องแนบ ใบรับรองแพทย์ พร้อมกับหนังสือ แสดงเจตนา	- ผู้ป่วยต้องแสดง เจตนาเป็นลาย ลักษณ์อักษร โดยผู้ป่วยมีความ เข้าใจในการ แสดงเจตนา ดังกล่าว	- ผู้ป่วยที่ขอรับ ใบสั่งยาที่ช่วยให้ ตายต้องยื่นคำ ร้องขอจำนวน สองครั้งครั้งละ อย่างน้อยสิบห้า วัน โดยทำเป็น หนังสือยื่นต่อ แพทย์ที่เข้าร่วม

ตาราง 3.4 (ต่อ)

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	การทรมานจากการ เจ็บป่วย หนังสือ ต้อง มีความชัดเจน เพียงพอ ระบุชื่อ นามสกุล อายุ	ล่วงหน้าดังกล่าว เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วย มีความสามารถในการ จัดทำหนังสือ ดังกล่าว หนังสือ		รักษา - ต้องมีพยานสอง คนลงชื่อรับรอง โดยพยานจะต้อง บรรลุนิติภาวะ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ประเทศไทย	ประเทศเบลเยียม	ราชอาณาจักร เนเธอร์แลนด์	รัฐแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกา
	<p>หมายเลขบัตร ประจำตัว ประชาชน และที่ อยู่หรือหมายเลข โทรศัพท์ที่ติดต่อ ได้ ลงชื่อและวัน เดือน ปี ในหนังสือ - พยานต้องระบุชื่อ นามสกุล หมายเลข บัตรประจำตัว ประชาชน และ ความเกี่ยวข้องกับผู้ ทำหนังสือแสดง เจตนา โดยต้องลง ลายมือชื่อหรือลาย พิมพ์นิ้วมือ</p>	<p>แสดงงาน ล่วงหน้าจะต้อง ได้รับการยืนยัน ไม่เกินห้าปีก่อนที่ ผู้ป่วยจะสูญเสีย ความสามารถ และ ผู้ป่วยสามารถ แก้ไขหรือเพิกถอน หนังสือแสดงงาน ล่วงหน้าดังกล่าว ได้ตลอดเวลา - มีพยานอย่างน้อย สองคน ลงชื่อใน หนังสือ โดยพยาน ทั้งสองคนจะต้อง ไม่มีส่วนได้เสียใน การตายของผู้ป่วย</p>		<p>ตามกฎหมาย และมี ความสามารถและ เข้าใจในการ แสดงเจตนาของ ผู้ป่วยได้เป็น อย่างดี พยานต้อง ไม่ใช่แพทย์ที่ รักษาหรือเข้าร่วม ให้คำปรึกษา หรือผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต</p>

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบ ในวาระสุดท้ายของชีวิต

มนุษย์ทุกคนเกิดมาล้วนกลัวความตาย ยิ่งรู้ว่าความตายกำลังจะมาถึง จิตใจจะยิ่งว้าวุ่น
แห่งจิตในขณะนั้นเป็นสถานะที่ไม่เป็นผลดีเลย มีคำสอนทางพุทธศาสนาว่า “จิตเต อสงกิติฐฐะ สุขติ
ปาฎิกงขา แปลว่า เมื่อจิตไม่เศร้าหมองมีหวังไปเกิดในสุคติ” เมื่อถึงคราวที่ชีวิตต้องดับลง ความเข้าใจ
ในกฎของธรรมชาติจะทำให้ยอมรับความตายที่จะมาถึงได้ จะช่วยให้ทุกอย่างดำเนินไปด้วยความ
ถูกต้องพอดี วิทยาศาสตร์ที่ขาดความเข้าใจในเรื่องธรรมชาติจะทำให้ขาดความเข้าใจในกฎของธรรมชาติ
ที่แท้จริง¹

จากการศึกษาในประเทศไทยตามกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 12 และกฎกระทรวงเพื่อดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553
ได้กำหนดหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาในการปฏิเสธการรักษาในวาระ
สุดท้ายของชีวิตโดยต้องเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้รับความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย
ที่ไม่สามารถรักษาให้หายจากการเจ็บป่วยได้ ซึ่งผู้ป่วยได้แสดงเจตนาล่วงหน้าไว้ตามกฎหมายแล้ว
เท่านั้นอันข้อจำกัดที่สำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

การรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีการใช้เครื่องมือต่าง ๆ จากเทคโนโลยีสมัยใหม่เป็นอันมาก
เครื่องมือเหล่านี้ได้เข้ามามีส่วนช่วยในการวินิจฉัย และรักษาโรค แม้เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์
ก็ใช้เครื่องมือเหล่านี้ช่วยหนึ่งวัน หรือยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป จนบางครั้งกลายเป็นปัญหาที่โต้แย้งกันว่า
สมควรจะใช้หรือไม่ หรือจะใช้ในขอบเขตเพียงใดจึงจะเหมาะสม การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระ

¹ แสวง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล,
(กรุงเทพมหานคร: วิทยุชน, 2556), น. 122.

สุดท้ายของชีวิตมีการกล่าวถึงมากในระยะหลัง จึงจำเป็นต้องศึกษาและทำความเข้าใจในทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

4.1 ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

เนื่องจากหลักสิทธิมนุษยชนของเด็กในปัจจุบันมุ่งคุ้มครองเด็กให้เจริญเติบโตอย่างเหมาะสมในทุกด้าน และต้องการการปกป้องพิทักษ์สิทธิในด้านต่าง ๆ มิให้บุคคลใดมาเอาเปรียบหรือกระทำรุนแรงการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็ก ในกรณีที่เกิดจำเป็นต้องใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากในประเทศไทยมิได้ระบุเกณฑ์อายุของเด็กที่ใช้การขอใช้สิทธิดังกล่าวไว้ จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็ก เพื่อให้เกิดความชัดเจน เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ ในประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการคุ้มครองเด็กในทางแพ่งและทางอาญา เช่น ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่คุ้มครองการทำนิติกรรมของเด็กการสมรส การหมั้น หรือสิ่งอื่นใดที่กระทบต่อความเป็นอยู่ของเด็กต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง หรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเด็กนั้นเสียก่อน และมีการแยกระดับการคุ้มครองเป็นโมฆะกับโมฆียะ โดยในกรณีโมฆียะนั้นผู้ใช้อำนาจปกครองของเด็กไม่สามารถที่จะให้สัตยาบันได้ ในขณะที่สัลยกรรมนั้นผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเด็กยังสามารถให้สัตยาบัน หรือบอกล้างการกระทำนั้นได้อยู่ จึงเห็นได้ว่าเด็กไม่มีอำนาจตัดสินใจอย่างแท้จริงเกี่ยวกับตนเองจนกว่าจะถึงอายุที่กฎหมายกำหนดไว้ในแต่ละเรื่องหรือจนกว่าจะบรรลุนิติภาวะ ทั้งนี้เนื่องจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ประสงค์ให้การกระทำของเด็กนั้นไม่ผูกพันตัวเด็กหรือคนในครอบครัวของเด็ก ในประมวลกฎหมายอาญาของประเทศไทยให้ความสำคัญกับการคุ้มครองเด็กเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากประมวลกฎหมายอาญาเป็นกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์โดยกำหนดให้การกระทำความผิดอาญาที่เกี่ยวกับเด็กจะต้องมีการกำหนดช่วงอายุของเด็กให้แตกต่างจากกฎหมายอื่น ๆ และมีการกำหนดอัตราโทษสำหรับการกระทำความผิดอาญาต่อเด็กไว้แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายที่เกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกาย ได้แก่ การกระทำความผิดว่าด้วยการชำเราไม่ว่าเด็กจะได้มีความสมัครใจหรือไม่ผู้กระทำความผิดไม่อาจอ้างได้ เนื่องจากกฎหมายให้ความคุ้มครองแล้วว่าหากบุคคลใดชำเราเด็กแล้วต้องมี

ความผิดตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าในประมวลกฎหมายอาญานั้นความยินยอมหรือความสมัครใจที่เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและชีวิตของเด็กนั้นเด็กไม่สามารถตัดสินใจเองได้

ผู้ศึกษาพบว่ากฎหมายที่เกี่ยวกับเด็กไม่ว่าจะเป็นกฎหมายทางแพ่งนิติกรรมสัญญาหรือกฎหมายอาญามีสภาพบังคับค่อนข้างเคร่งครัด เพื่อคุ้มครองเด็กโดยไม่อาศัยความยินยอมหรือความสมัครใจของเด็กเป็นปัจจัยในการตัดสินใจ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสังเกตเห็นปัญหาในกฎหมายที่เกี่ยวกับเด็กในมิติที่เด็กอาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือกฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงจำเป็นต้องศึกษาว่ากฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้นเมื่อมีการกำหนดกฎหมายในพระราชบัญญัติขึ้นมาแล้วหากมีช่องว่างของกฎหมายสามารถนำบทกฎหมายใกล้เคียงมาปรับใช้ได้หรือไม่ เช่น เมื่อเด็กลงนามในหนังสือยินยอมให้แพทย์ทำหัตถการนั้นสามารถกระทำได้หรือไม่หรือสามารถลงนามในหนังสือเพื่อนำข้อมูลด้านสุขภาพของตนนั้นไปใช้ในการศึกษาวิจัยได้หรือไม่ ซึ่งกรณีตามตัวอย่างแม่เด็กให้ความยินยอมไปแล้วก็ไม่กระทบต่อความเป็นอยู่ของเด็ก แม้ผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครองมาให้สัตยาบันในภายหลังก็ไม่กระทบถึงการมีชีวิตอยู่ของเด็กต่อการมีชีวิตอยู่ของเด็กแต่อย่างใด เป็นต้น ผู้ศึกษาได้พิจารณาถึงกรณีของการให้สิทธิ์แก่ผู้ป่วยเด็กสามารถปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต หมายถึง เด็กสามารถยินยอมให้แพทย์ หรือพยาบาลทำให้ตนเองเสียชีวิตซึ่งเปรียบเสมือนการฆ่าตัวตายอย่างหนึ่งได้หรือไม่ ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรกสติสัมปชัญญะของเด็กแต่ละวัยที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงและไม่เป็นโรค หรือไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้า และประการที่สองกรณีสติสัมปชัญญะของเด็กที่ป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้และเด็กต้องทุกข์ทรมานกับโรคนั้นมาเป็นเวลานานแล้วสภาพของจิตใจเด็กทั้งสองประการนี้ไม่ว่าจะเป็นประการแรก หรือประการที่สองสมควรแล้วหรือที่กฎหมายจะไม่กำหนดอายุขั้นต่ำ และวิธีการสำหรับเด็กแล้วให้เด็กใช้วิธีการตัดสินใจและอนุญาตให้เด็กตัดสินใจไม่ต่างจากผู้ใหญ่หรือไม่ต่างจากการซื้อขนม หรือซื้ออาหารประทังชีวิต

มนุษย์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และสังคมอย่างเป็นลำดับขั้นอาจแตกต่างกันในแต่ละคน แต่ละช่วงอายุ ช่วงวัยเด็กเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตอย่างมากทั้งในด้านกายภาพ (Physical growth) และพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ (Development) ซึ่งมีนักทฤษฎีศึกษาสรุปได้ดังนี้ คือ ทฤษฎีพัฒนาการของเปียเจต์ เน้นถึงความสำคัญของความเป็นมนุษย์ มนุษย์มีความสามารถในการสร้างความรู้ผ่านการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ซึ่งปรากฏอยู่

ในตัวเด็กตั้งแต่แรกเกิด ความสามารถนี้คือ การปรับตัว (Adaptation) เป็นกระบวนการที่เด็กสร้างโครงสร้างตามความคิด (Scheme) โดยการมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับสิ่งแวดล้อม 2 ลักษณะ คือ เด็กพยายามปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม โดยซึมซับประสบการณ์ (Assimilation) และการปรับโครงสร้างสติปัญญา (Accommodation) ตามสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสมดุลใน โครงสร้างความคิด ความเข้าใจ (Equilibration)

จากทฤษฎีดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ระยะ 11-15 ปี มีพัฒนาการของความเข้าใจ โดยเด็กสามารถคิดและเข้าใจเหตุผลในเชิงนามธรรม สามารถแก้ปัญหาและเริ่มทำงานแบบผู้ใหญ่ได้

ซึ่งมีหลายประเทศที่เห็นด้วยกับการให้สิทธิเด็กในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เช่น ประเทศเบลเยียม สำหรับพระราชบัญญัติ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 ถือเป็นกรขยายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอ เพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้ป่วยเด็กต้องเข้าใจผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจของเขาเอง ซึ่งได้รับการยืนยัน และรับรองโดยจิตแพทย์ เด็กต้องอยู่ในสภาพที่ไร้ประโยชน์ทางการแพทย์ ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวด ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้นได้โดยวิธีทางการแพทย์ใด ๆ และไม่ส่งผลให้เกิดความตายในระยะสั้น แม้จะไม่มีการจำกัดอายุของผู้ป่วยเด็กแต่ผู้ป่วยเด็กต้องมีความสามารถในการแยกแยะ และตระหนักในขณะที่ทำการร้องขอ นอกจากนี้การตัดสินใจของเด็กต้องได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลตามกฎหมายที่มีสิทธิยับยั้ง การป้องกันตามกฎหมายเหล่านี้มีความเข้มงวดและจะจำกัดเด็กที่มีสิทธิได้บนพื้นฐานนี้คาดว่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในกฎหมายจะถูกจำกัด แม้ว่าจะเป็นเรื่องที่จำเป็นมากแต่อย่างไรก็ตามกฎหมายยังบัญญัติให้แพทย์มีสิทธิที่จะปฏิเสธการทำ euthanasia ด้วยเหตุปฏิบัติตามจริยธรรมหรือศาสนาโดยสุจริต ในทำนองเดียวกัน โรงพยาบาลจะไม่อนุญาตให้ทำการ euthanasia ในสถานที่ของตนก็ได้ โดยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการช่วยเหลือการตาย (Commission on Assisted Dying 2012a) โดยแนวความคิดการขยายสิทธิที่จะตายสู่เด็กนั้นมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ระบุว่าเด็กจะต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่การรักษาทางการแพทย์ไม่อาจช่วยชีวิตได้แล้ว และสภาพของผู้ป่วยไม่สามารถทนทรมานจากการเจ็บป่วยได้และจะต้องเป็นการป่วยหนักที่อาจต้องจบชีวิตลงในเวลาอันสั้น นอกจากนี้ การได้รับอนุญาตของบิดามารดาจากผู้ป่วยเด็ก

เป็นสิ่งจำเป็น และรวมไปถึงนักจิตวิทยาต้องตรวจ เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กมีความสามารถในการตัดสินใจเรื่องนี้ได้

อย่างไรก็ดี กฎหมายฉบับนี้จะไม่จำกัดอายุ แต่กระนั้นก็ยังระบุว่าเด็กที่ต้องตัดสินใจในการใช้สิทธิการุณยฆาต (euthanasia) นั้น ต้องสามารถเข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเลือกได้เป็นอย่างดี และต้องอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวในขณะที่ตัดสินใจ

แต่ก็มีกลุ่มที่ต่อต้านการให้สิทธิการุณยฆาต (euthanasia) ในเด็กโดยระบุว่า “ไม่มีระบบที่แน่นอนที่จะพิสูจน์ได้ว่า เด็กที่ป่วยหนัก และกำลังตัดสินใจใช้วิธีการุณยฆาตนั้น มีความสามารถเพียงพอในการเข้าใจสิ่งที่ตนเองเลือกได้อย่างแท้จริง” และนอกจากนี้ กลุ่มต่อต้านยังกล่าวอีกว่าการแพทย์สมัยใหม่นั้นสามารถช่วยเหลือคนไข้ป่วยหนักที่ทรมาณจากการอาการเจ็บป่วย หรือความรู้สึกกระวนกระวายใจ เนื่องจากอาการขึ้นวิกฤต และการอนุญาตการุณยฆาตในเด็กจะส่งผลความเครียดอย่างมากไปสู่ผู้ดูแลที่แต่เดิมก็มีความเครียดเป็นทุนอยู่แล้วที่ต้องดูแลเด็กเล็กที่ป่วยหนัก

อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก ได้ให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิแก่เด็ก ซึ่งตามมาตรา 1 แห่งอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กฯ ให้คำจำกัดความของเด็กว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยถือว่าเป็นที่รัฐภาคีแห่งอนุสัญญาฯ ถือเป็นพันธกิจที่ต้องปฏิบัติ ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่ต้องปฏิบัติตาม ซึ่งประเทศไทยในฐานะที่เป็น รัฐภาคีมีการกำหนดเกณฑ์อายุที่แตกต่างกัน อันเนื่องจากปัจจัย 2 ประการ คือ สภาพการณ์ทางสังคมในช่วงเวลาที่ประกาศใช้กฎหมายและความมุ่งหมาย (ที่แตกต่างกันตามประเภท) ของกฎหมาย โดยบทบัญญัติของกฎหมายไทยได้มีการกำหนดเกณฑ์อายุของเด็กที่ได้รับความคุ้มครองแตกต่างกันกับมาตรฐานของรัฐธรรมนูญและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก รวมถึงการปกป้องคุ้มครองเด็กและการแก้ไขปัญหาเด็กตามกลไกการทบทวนสิทธิมนุษยชนของคณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติอีกทางหนึ่งด้วย อีกทั้งจะเป็นการสงเคราะห์ คุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพของเด็ก โดยคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นสำคัญ ดังนั้น ประกอบกับผลการศึกษาทางการแพทย์พบว่า เด็กที่มีอายุระหว่างเจ็ดปีถึงสิบสองปีมีพัฒนาการด้านความคิดสติปัญญาและจริยธรรมยังไม่สมบูรณ์ขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี และไม่สามารถคาดการณ์ผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนได้ จึงได้มีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายในประเด็นการกำหนดอายุขั้นต่ำในการรับโทษทางอาญาของเด็กจากสิบปีไปเป็นสิบสองปีให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ประเทศเบลเยียมได้ตราพระราชบัญญัติ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 ถือเป็นกรขยายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอเพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้ป่วยเด็กต้องเข้าใจผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยาผู้ป่วยเด็กต้องอยู่ในสภาพที่ไร้ประโยชน์ทางการแพทย์ ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวด ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้นได้โดยวิธีการทางการแพทย์ใด ๆ และไม่ส่งผลให้เกิดความตายในระยะสั้น

กฎหมายฉบับนี้จะไม่จำกัดอายุ แต่กระนั้นก็ยังระบุไว้ว่าเด็กที่ต้องตัดสินใจในการใช้สิทธิการุณยฆาต (euthanasia) นั้น ต้องมีความสามารถในการแยกแยะ ตระหนักในขณะทำการร้องขอ เข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเลือกได้เป็นอย่างดี และต้องอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวในขณะที่ตัดสินใจ นอกจากนี้ การตัดสินใจของเด็กต้องได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลตามกฎหมายที่มีสิทธิยับยั้ง และได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์เด็ก

ข้อเสียของการกำหนดอายุของผู้ป่วยของผู้ป่วยเด็กอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตของประเทศไทยคือการจำกัดสิทธิและเสรีภาพหรือการบังคับเกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ซึ่งเป็นร่างกายและชีวิตของตัวเองประการที่ 2 คือทำให้เด็กทุกคนไม่สามารถเข้าถึงสิทธิดังกล่าวได้เนื่องจากถูกจำกัดอายุและต้องทุกข์ทรมานต่อไป

ข้อดีของการกำหนดอายุผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่ขอปฏิเสธการรักษาและตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต คือเป็นการคุ้มครองเด็กที่อายุทางการแพทย์ยังน้อยเกินไปสำหรับการตัดสินใจผิดชีวิตตัวเอง แม้ว่าเด็กนั้นจะไม่มีทางเลือกและต้องทุกข์ทรมานกับลูกนั้นมานานานก็ตามเด็กก็ยังคงต้องทนกับสภาวะความเจ็บปวดนั้นต่อไปเนื่องจากคำขอของเด็กที่อายุน้อยเด็กอาจไม่ได้พูดตามความประสงค์ของตนเองหรืออาจจะขอให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นหมอหรือพยาบาลช่วยให้ตนหายจากความเจ็บปวดเท่านั้นแต่ยังไม่ถึงกับประสงค์ที่จะตาย แต่ข้อดีของการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่เป็นเด็กก็ยังมีประโยชน์สำหรับเด็กที่มีการตัดสินใจที่คล้ายกับผู้ใหญ่ตัดสินใจหรือเด็กที่มีอายุใกล้บรรลุนิติภาวะที่ป่วยไม่สามารถรักษาหายได้และต้องทรมานมาพอสมควรโดยกฎหมายกำหนดอายุทำให้เกิดการคุ้มครองเด็กทั้งในทางวิทยาศาสตร์จริยธรรมทางการแพทย์และทางกฎหมายอย่างสมบูรณ์

การอนุญาตให้เด็กสามารถยื่นคำขอเพื่อยุติการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา แล้วตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตนั้น ควรมีการกำหนดอายุ เพื่อให้มีความชัดเจนสำหรับผู้นำไปปฏิบัติ ในที่นี้ คือแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด เนื่องจาก เป็นหนึ่งในการทำหัตถการทางการแพทย์ ซึ่งต้องขอความยินยอม จากผู้เป็นเจ้าของร่างกายหรือผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครอง ประกอบกับ อายุของเด็ก เงื่อนไขและดุลพินิจของแพทย์

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

ประเทศไทย ผู้ป่วยที่จะใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตที่ได้แสดงเจตนา ล่วงหน้าไว้ตามกฎหมายจะต้องมีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ราชอาณาจักรเบลเยียม ไม่มีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่จะขอใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้ายของชีวิต

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ อายุ 12 ปี ถึง 18 ปี

รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา บุคคลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

ดังนั้น หากมีการอนุญาตแต่ไม่ได้กำหนดอายุของเด็ก จะทำให้เกิดปัญหาตามมาว่าสามารถ นำประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาปรับใช้ได้หรือไม่ การที่เด็กขอยุติชีวิตตัวเอง มีความแตกต่าง จากการที่เด็กไปทำนิติกรรมสัญญา เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการทำนิติกรรมสัญญาอาจมีผลให้เด็กต้อง ปฏิบัติตาม ในขณะที่การขออนุญาตยุติชีวิตตนเองทำให้เด็กเสียชีวิต อีกทั้ง ผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจ ปกครองสามารถใช้สัตยาบันในเรื่องดังกล่าวได้หรือไม่ เป็นประเด็นที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการ ตรากฎหมายนี้เพื่อคุ้มครองประโยชน์ของผู้ป่วยที่เป็นเด็ก

4.2 การกำหนดเงื่อนไขที่ให้แพทย์ต้องดำเนินการตามกฎหมายร่วมกับผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจ ปกครองของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แล้วแต่กรณี

ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แพทย์ เท่านั้นที่มีหน้าที่สื่อสารกับผู้ป่วยเด็ก หรือญาติของผู้ป่วยเด็กโดยตรง โดยพยาบาลหรือทีมพยาบาล มีหน้าที่เพียงเป็นผู้ติดต่อไม่มีหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กหรือญาติของผู้ป่วยเด็ก แพทย์ต้องได้รับความ

คุ้มครองตามหลักสากลในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กแพทย์ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เพียงลำพัง โดยแพทย์จะต้องอธิบายให้บิดามารดา ผู้ปกครองเข้าใจโดยละเอียด และบิดามารดาต้องให้ความยินยอม

โดยแพทย์ที่ได้กระทำการดังกล่าวยอมไม่มีความผิดทางอาญา เมื่อได้กระทำการถูกต้องตามกฎหมาย ภายใต้หลักเกณฑ์ดังนี้ คือ

1. แพทย์ต้องมั่นใจว่าคำร้องขอของผู้ป่วยเด็กนั้น มาจากความยินยอมอย่างแท้จริงของผู้ป่วย และผู้ป่วยเด็กได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างดีแล้ว

2. มีความเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเด็กเป็นไปโดยสมัครใจ และมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และไม่สามารถจะทนได้

3. แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับการพยากรณ์อาการของโรค อาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ระยะเวลาที่ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ ผลการรักษาที่สามารถเป็นไปได้ ตลอดจนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้ และอธิบายให้ทราบถึงทางเลือกอื่น ๆ เช่น การดูแลแบบประคับประคอง

4. แพทย์ต้องมั่นใจว่าไม่มีทางเลือกอื่นใดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นอกจากการทำ euthanasia และแพทย์ต้องมั่นใจในคำร้องขอดังกล่าวของผู้ป่วยเด็ก

5. ผู้ป่วยได้มีการปรึกษาแพทย์รายใหม่เพื่อทบทวนเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรงของโรค และลักษณะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แพทย์ที่ปรึกษาจะต้องเป็นอิสระจากผู้ป่วยเช่นเดียวกับแพทย์ที่ทำการรักษา และต้องมีความสามารถในการให้ความเห็นในการขอรับคำปรึกษาของผู้ป่วย

6. ต้องมีทีมพยาบาลประจำเพื่อติดต่อกับผู้ป่วย หรือญาติของผู้ป่วย

7. ความต้องการของผู้ป่วยเด็กจะต้องได้รับการพูดคุย ปรึกษากับญาติ ๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้ป่วยเด็ก

8. แพทย์ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสปรึกษาหารือกับบุคคลใด ๆ ที่ผู้ป่วยเด็กเลือก โดยจะต้องมีหลักฐานว่าข้อตกลงนี้ยังคงเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยและญาติๆ ของผู้ป่วย

9. ได้ปรึกษากับแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนซึ่งได้เคยพบผู้ป่วยมาแล้ว และได้ให้ความเห็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวัง

นอกจากหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นแล้วการตัดสินใจจะต้องไม่เป็นผลมาจากความกดดัน ภายนอก หากแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยเป็นที่ชัดเจนว่ายังสามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ต้องให้โอกาสผู้ป่วยได้

ปรึกษากับแพทย์รายที่สอง โดยแพทย์รายที่สองที่ทำการตรวจซ้ำต้องแจ้งรายงานผลการตรวจดังกล่าวให้ผู้ป่วยทราบ โดยใช้เวลาผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งเดือนได้เขียนคำร้องขอตามกฎหมาย

เด็กที่ต้องตัดสินใจในการใช้สิทธิการุณฆาต (euthanasia) นั้น ต้องมีความสามารถในการแยกแยะ ตระหนักในขณะที่ทำการร้องขอ เข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเลือกได้เป็นอย่างดี และต้องอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวในขณะที่ตัดสินใจ นอกจากนี้การตัดสินใจของเด็กต้องได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลตามกฎหมายที่มีสิทธิยับยั้ง และได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเงื่อนไขที่ให้แพทย์ต้องดำเนินการทางกฎหมายร่วมกับบุคคลอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ดังนี้

ประเทศไทย

กรณีที่ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติหากมีบุคคลที่ผู้ป่วยมอบหมายให้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงหรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบและแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ดังกล่าว

ราชอาณาจักรเบลเยียม

หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดทำหนังสือดังกล่าวได้ ให้บุคคลที่ผู้ป่วยเลือกมีหน้าที่จัดทำหนังสือดังกล่าวแทนผู้ป่วย ซึ่งบุคคลดังกล่าวต้องบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย และจะต้องไม่มีส่วนได้เสียใด ๆ ในความตายของผู้ป่วย โดยจัดทำหนังสือดังกล่าวต่อหน้าผู้ป่วย

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

กรณี ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์มีอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 16 ปี โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ใช้อำนาจปกครองผู้เยาว์ และ/หรือผู้ปกครอง

กรณี ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 16 ปี ถึง 18 ปี ขึ้นไป ต้องได้รับความเห็นจากผู้ใช้อำนาจปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจดังกล่าวแล้ว

รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา

ผู้ป่วยสามารถทำหนังสือมอบอำนาจ หรือคำสั่งการดูแลสุขภาพล่วงหน้า แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแล หรือผู้ตัดสินใจในด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการยอมรับตามกฎหมาย

ดังนั้น จึงเกิดปัญหาว่า สำหรับประเทศไทยแล้วควรมีการกำหนดหน้าที่ผู้มีส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กอย่างไร เพื่อที่จะคุ้มครองเด็กให้ได้มากที่สุด

4.3 ปัญหาทางกฎหมายในการยืนยันทางการแพทย์ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

การยืนยันทางการแพทย์ หมายถึง การวินิจฉัยทางการแพทย์ และการพยากรณ์โรคของแพทย์ที่เข้ารับการรักษารับการยืนยันโดยแพทย์ที่ปรึกษาซึ่งได้ตรวจสอบเอกสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นแล้ว

แพทย์ผู้รับผิดชอบในการรักษามีหน้าที่อธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์อย่างน้อยสองราย เพื่อทำการทบทวนเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง และโอกาสในการรักษาให้หายเพื่อความมั่นใจว่าไม่มีทางเลือกใดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นอกจากการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย และต้องได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตหรือจิตแพทย์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจในทางการแพทย์และไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากความผิดปกติทางจิต โดยต้องใช้เวลาผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งเดือนได้เขียนคำร้องตามกฎหมายเพื่อทบทวนการแสดงเจตนาดังกล่าว

ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการยืนยันทางการแพทย์ในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

ประเทศไทย

ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

ราชอาณาจักรเบลเยียม

นอกจากผู้ป่วยได้ปรึกษากับแพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วยของตนแล้ว ผู้ป่วยยังต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รายที่สอง เพื่อทำการทบทวนเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง และการรักษา

ให้หาย เพื่อความมั่นใจว่าไม่มีทางเลือกใดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นอกจากการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้าย แพทย์รายที่สองต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบ โดยใช้เวลาผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งเดือนได้เขียน คำร้องตามกฎหมาย

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์

ผู้ป่วยต้องปรึกษาแพทย์อย่างน้อยหนึ่งคน ซึ่งแพทย์นั้นจะต้องเคยพบกับผู้ป่วยมาแล้ว และแพทย์ได้ให้ความเห็นไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา

ผู้ป่วยต้องปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วย และแพทย์รายที่สองที่เข้าร่วมกับ แพทย์รายแรกในการให้คำปรึกษา เพื่อยืนยันอาการของผู้ป่วย และต้องได้รับการประเมินจาก ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจในทาง การแพทย์ และไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากความผิดปกติทางจิต

4.4 การกำหนดคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ เพื่อควบคุมการทำงานของแพทย์

เนื่องจากการกระบวนการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็ก มีเพียงแพทย์ที่ทำหน้าที่หรือผู้รับผิดชอบเท่านั้น แต่ไม่มีการกำหนดรูปแบบคณะกรรมการใด ๆ ขึ้นมา เพื่อตรวจสอบรายงาน หรือวางแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์ และเป็นตามแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ

ผู้ศึกษาได้ศึกษาเกี่ยวกับระบบคณะกรรมการในกฎหมาย ดังนี้

ความหมายและหน้าที่ในการใช้อำนาจรัฐของคณะกรรมการ คณะกรรมการ หมายถึง คณะบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย ประธาน อาจมีรองประธานก็ได้ กรรมการ (กรรมการโดยตำแหน่ง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ) เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ ซึ่งจะต้องปฏิบัติหน้าที่ในรูปของ การประชุม โดยฝ่ายเลขานุการจะประสานงานกับประธานคณะกรรมการเพื่อเรียกประชุม โดยมีวาระ การประชุม ทั้งนี้อาจแบ่งแยกคณะกรรมการโดยพิจารณาจากอำนาจที่ที่มีอำนาจในการออกคำสั่ง ทางปกครอง และออกกฎ และที่ไม่มีอำนาจในการทำคำสั่งทางปกครองหรือการออกกฎ

คณะกรรมการอาจเป็นเจ้าหน้าที่ชั้นต้นในการทำคำสั่งทางปกครอง หรือเป็นองค์กรผู้พิจารณา อุทธรณ์และทำคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ส่วนจะมีขั้นตอนการอุทธรณ์ภายในฝ่ายปกครองหรือไม่อย่างไร จะต้องพิจารณาเป็นรายกรณีไป

กฎหมายปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับคณะกรรมการ มีดังนี้

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ไม่ได้บัญญัติเกี่ยวกับคณะกรรมการไว้ แต่บัญญัติให้นายกรัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการได้ และออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีโดยแต่งตั้ง คณะกรรมการตามระเบียบดังกล่าว คณะกรรมการอาจปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง (standing committee) หรือ คณะกรรมการเฉพาะกิจ (ad hoc committee) ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 มาตรา 11 (6) และ (8)

พระราชบัญญัติเฉพาะเรื่องที่ตั้งคณะกรรมการ ซึ่งเป็นคณะกรรมการตามกฎหมาย จะกำหนดอำนาจหน้าที่ องค์ประชุม มติที่ประชุม และรายละเอียดเกี่ยวกับคณะกรรมการไว้

พระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539 ซึ่งเป็นกฎหมายกลางเกี่ยวกับการพิจารณาและการทำคำสั่งทางปกครองจะมีหมวดว่าด้วยคณะกรรมการที่มีอำนาจในการออกคำสั่งทางปกครองตามหมวด 5 มาตรา 75 ถึงมาตรา 84 (การแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ เหตุแห่งการพ้นจากตำแหน่งการแต่งตั้งกรรมการให้ดำรงตำแหน่งแทนตำแหน่งที่ว่าง ข้อห้ามมิให้กรรมการวินิจฉัยข้อพิพาทพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ องค์ประชุมของคณะกรรมการและการจัดการประชุม อำนาจหน้าที่ของ ประธานกรรมการ การลงมติของที่ประชุม รายงานการประชุม และการทำคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ วินิจฉัยข้อพิพาทตลอดจนการทำความเห็นแย้ง)

“รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ในหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 77 วรรคสาม บัญญัติให้ รัฐพึงใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมายเฉพาะกรณีที่เป็น”²

การใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมายโดยไม่จำเป็นอาจจะทำให้มีคณะกรรมการมากเกินไป ส่งผลให้การปฏิบัติราชการตามกฎหมายเกิดความล่าช้า ไม่คล่องตัวและเป็นภาระแก่งบประมาณ

² ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.กมลชัย รัตนสกววงศ์, “ปัญหาของระบบคณะกรรมการตามกฎหมาย โครงการสัมมนาเรื่อง “หลักเกณฑ์การใช้ระบบคณะกรรมการในกฎหมาย,” ณ โรงแรม เดอะ เบอร์เคลีย์ ประตูน้ำ วันพุธที่ 20 กันยายน 2560.

แผ่นดิน นอกจากนี้ การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการก่อให้เกิดปัญหาอันจะส่งผลในทางกฎหมายมากกว่าการที่บังคับใช้กฎหมายโดยกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่

การที่อาจเกิดข้อโต้แย้งว่าการคัดเลือก และการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการประชุมของคณะกรรมการ การปฏิบัติหน้าที่ของกรรมการแต่ละคน และมติของคณะกรรมการที่ไม่ได้ดำเนินการตามกฎหมายในการออกกฎ การทำคำสั่งทางปกครอง และ การให้ความเห็นชอบตามที่กฎหมายกำหนดไว้ จะมีผลบังคับในทางกฎหมายหรือไม่อย่างไร และมีกระบวนการเยียวยาแก้ไขต่อการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายดังกล่าวเพื่อป้องกันมิให้ กระทบกระเทือนต่อการบริหารราชการแผ่นดิน

เนื้อหาสาระเป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่งเกี่ยวกับระบบของคณะกรรมการ และส่วนที่สองเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ระบบคณะกรรมการในการบริหารราชการแผ่นดิน

หน้าที่ในการใช้อำนาจรัฐของคณะกรรมการ มีดังนี้

(1) หน้าที่ในส่วนของอำนาจนิติบัญญัติ รัฐสภาจะตั้งคณะกรรมการที่เรียกชื่อว่า คณะกรรมาธิการ เพื่อศึกษาและเสนอแนะความเห็นต่างๆ ต่อสภาผู้แทนราษฎร หรือ วุฒิสภา แล้วแต่กรณี ในส่วนของการบริหารงานบุคคลก็จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการข้าราชการฝ่ายรัฐสภา (ก.ร.) เพื่อปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าว

(2) หน้าที่ในส่วนของอำนาจบริหาร

ในทางการเมือง นายกรัฐมนตรีมีอำนาจตั้งคณะกรรมการเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามที่ ได้รับมอบหมาย

ในทางปกครอง พระราชบัญญัติต่าง ๆ จะจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อบังคับใช้กฎหมายให้ เป็นไปตามเจตนารมณ์

ในทางบริหารงานบุคคลของข้าราชการตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) คณะกรรมการข้าราชการครูและบุคลากรทางการศึกษา (ก.ค.ศ.) คณะกรรมการข้าราชการตำรวจ (ก.ตร.) เป็นต้น

ในทางกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพต่าง ๆ เช่น คณะกรรมการสภาพนายความ คณะกรรมการสภาวิศวกร คณะกรรมการสภาสถาปนิก ฯลฯ

(3) หน้าที่ส่วนของอำนาจตุลาการ ในการพิจารณาพิพากษาอรรถคดีจะกระทำในรูปขององค์คณะซึ่งการปฏิบัติหน้าที่จะแตกต่างไปจากคณะกรรมการ ส่วนในการบริหารราชการแผ่นดินอื่นที่ไม่เกี่ยวกับการพิจารณาพิพากษาอรรถคดี กฎหมายว่าด้วยข้าราชการฝ่ายตุลาการก็จะจัดตั้งคณะกรรมการขึ้น เพื่อบริหารองค์กรและบริหารงานบุคคล เช่น คณะกรรมการข้าราชการฝ่ายตุลาการ (ก.ต.) คณะกรรมการ บริหารศาลยุติธรรม (ก.บ.ศ.) คณะกรรมการตุลาการศาลปกครอง (ก.ศป.) คณะกรรมการบริหารศาล ปกครอง (ก.บ.ศป.) เป็นต้น

(4) หน้าที่ในส่วนขององค์กรอิสระตามรัฐธรรมนูญและองค์กรอิสระอื่น เช่น คณะกรรมการเลือกตั้ง (ก.ก.ต.) คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ (ป.ป.ช.) คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน (ค.ต.ง.)

3. ความจำเป็นที่จะต้องจัดตั้งคณะกรรมการ เหตุผลและความจำเป็นในการจัดตั้งคณะกรรมการมีหลากหลาย ดังต่อไปนี้

1) เพื่อระดมความรู้ความสามารถและแนวความคิดในวาระที่จะพิจารณาเพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือข้อยุติ ที่ดีที่สุดและเป็นที่ยอมรับ

2) เพื่อให้มีกรรมการมาจากตัวแทนของหลายภาคส่วนในสังคม โดยประสานความคิดเห็นต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เช่น คณะกรรมการภาพยนตร์

3) เพื่อบังคับใช้กฎหมายให้เป็นภาวะวิสัยมากที่สุด เช่น คณะกรรมการพิจารณาความผิดทางวินัย

4) เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ที่มีความเป็นอิสระปราศจากการแทรกแซงทางการเมืองและการสั่งการของ ผู้บังคับบัญชา เช่น องค์กรอิสระ หรือ องค์กรบริหารงานบุคคล

5) เพื่อเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และถกเถียงประเด็นปัญหาอย่าง กว้างขวางเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สมบูรณ์ที่สุด

6) เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบระดับสูงในการสืบหาข้อเท็จจริง เสนอความเห็นอันเป็นการแบ่ง เบาภาระการทำงานและปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างรวดเร็ว

4. การปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ คณะกรรมการจะปฏิบัติหน้าที่ด้วยการประชุมซึ่งจะมีขั้นตอนอันเป็น สาระสำคัญ ดังนี้

- 1) องค์ประกอบของคณะกรรมการ และการเรียกประชุม
 - 2) องค์ประชุม และการเรียกประชุมใหม่ในกรณีที่องค์ประชุมไม่ครบ ถึ้องค์ประชุมไม่น้อยกว่า หนึ่งในสาม โดยต้องหมายเหตุให้ทราบว่าเป็นการเรียกประชุมครั้งที่สองไว้ด้วย ตามมาตรา 79 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539
 - 3) วาระการประชุม การมอบหมายให้บุคคลอื่นเข้าประชุมแทน (กรรมการ โดยตำแหน่ง และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ) และประเด็นในการลงมติ
 - 4) คะแนนเสียงในการลงมติ (เสียงข้างมากธรรมดา เสียงข้างมากพิเศษ เสียงข้างมากที่เป็นเอกฉันท์ ของจำนวนกรรมการที่มาประชุมทั้งหมด หรือของจำนวนกรรมการทั้งหมด / มติเวียน จะกระทำได้ หรือไม่ อย่างไร)
 - 5) การทำคำวินิจฉัยยัติของคณะกรรมการ การทำรายงานการประชุมและการรับรองรายงานการประชุม การตั้งคณะอนุกรรมการ คำตอบแทน และเบี้ยประชุมคณะกรรมการ
5. ความรับผิดชอบของคณะกรรมการและกรรมการ
- 1) ความรับผิดชอบในทางแพ่ง ตามพระราชบัญญัติความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 ความรับผิดชอบของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและกรรมการ โดยตำแหน่งซึ่งแต่งตั้งมาจากหน่วยงานอื่น
 - 2) ความรับผิดชอบทางอาญา ในการปฏิบัติหน้าที่ กรรมการทุกคนเจ้าพนักงานของประมวลกฎหมาย อาญา ตามบทนิยาม “เจ้าพนักงาน” ตามมาตรา 1 (16) แห่งประมวลกฎหมายอาญา หมายความว่า “บุคคลซึ่ง กฎหมายบัญญัติว่าเป็นเจ้าพนักงานหรือได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ราชการไม่ว่าเป็นประจำ หรือครั้งคราว และไม่ว่าจะได้รับคำตอบแทนหรือไม่”
 - 3) ความรับผิดชอบในทางปกครอง คณะกรรมการที่มีอำนาจทำคำสั่งทางปกครองอาจถูกตรวจสอบการกระทำโดยองค์กรภายในฝ่ายปกครองและองค์กรภายนอกฝ่ายปกครองรวมถึงองค์กรตุลาการในความชอบด้วยกฎหมายในการทำคำสั่งทางปกครอง
- การประชุมที่นำไปสู่การทำคำสั่งทางปกครองอันมีผลกระทบสิทธิของผู้รับคำสั่งทางปกครอง ซึ่งกรรมการในคณะกรรมการแต่ละคนอาจมีความรับผิดชอบทางแพ่ง ทางอาญา หรือทางปกครอง กรรมการที่ไม่เห็นด้วยกับมติของคณะกรรมการย่อมมีสิทธิที่จะทำความเห็นแย้ง

เพื่อรวมไว้ในรายงานการประชุมหรือคำวินิจฉัย ทั้งนี้ ตามมาตรา 83 และ มาตรา 84 แห่งพระราชบัญญัติวิธีปฏิบัติราชการทางปกครอง พ.ศ. 2539

อย่างไรก็ตาม กระบวนการใช้สิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็กมีเพียงแพทย์ที่ทำหน้าที่หรือผู้รับผิดชอบเท่านั้น แต่ไม่มีการกำหนดรูปแบบคณะกรรมการใด ๆ ขึ้นมาเพื่อตรวจสอบรายงาน กำหนดแนวทาง หรือวางหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติตามเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มีความเหมาะสม ทันต่อเหตุการณ์ และเป็นตามแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ

4.5 หลักจรรยาบรรณสำหรับแพทย์ในการปฏิเสธการทำ euthanasia

แม้กฎหมายไทยได้บัญญัติแนวทางในการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดความพร้อม และความเข้าใจในเจตนารมณ์ของกฎหมายกับการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่เป็นเด็กในการใช้สิทธิดังกล่าว จึงควรมีการกำหนดให้แพทย์มีสิทธิใช้ดุลพินิจอย่างหนึ่งอย่างใดเพื่อประกอบการพิจารณาคำร้อง ทั้งในทางที่เป็นไปตามคาดหวังของผู้ยื่นคำร้องที่เป็นผู้ป่วยเด็ก และในทางที่ไม่เป็นไปตามคาดหวังของผู้ยื่นคำร้องที่เป็นผู้ป่วยเด็ก

ผู้เขียนจึงศึกษาเหตุผลเกี่ยวกับการปฏิเสธที่น่าจะมีน้ำหนักพอ ดังนี้

จารีต³ เป็นบรรทัดฐานที่กำหนดให้คนในสังคมประพฤติปฏิบัติอย่างเข้มงวด มีการควบคุมที่รุนแรงเพื่อป้องกันการฝ่าฝืน โดยคนในสังคมนั้นถือว่าแบบแผนการปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งดีสิ่งงาม ผู้ละเมิดเป็นคนผิดคนชั่ว เป็นต้น จารีตประเพณีจึงมีลักษณะเป็นข้อห้าม (อังกฤษ: taboo) เช่น การห้ามสมรสกันระหว่างญาติสืบสายโลหิต และขอให้ปฏิบัติ เช่น ต้องช่วยเหลือผู้อื่น เป็นต้น อันใดจะเป็นจารีตประเพณีได้ ต้องเป็นแนวประพฤติปฏิบัติที่ดำเนินสืบ ๆ ต่อกันมาเป็นเวลาช้านานโดยผู้ปฏิบัตินั้นรู้สึกร่วมกันว่าจะต้องปฏิบัติตาม เป็นกฎเกณฑ์ควบคุมความประพฤติเช่นเดียวกับกฎหมาย

จารีตประเพณีนั้นวิวัฒนามาจากศีลธรรม (Morality) ซึ่งเกิดแต่ความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์แต่ละคนว่าการกระทำอย่างไรชอบ อย่างไรไม่ชอบ เกิดจากมโนสำนึกและมโนธรรมของแต่ละคนมีขึ้น

³ มานิตย์ จุมปา, “สังคมและความประพฤติ” ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกฎหมาย บรรณาธิการ, พิมพ์ครั้งที่ 6 (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548), น. 17.

ได้เพราะแต่ละคนมีสติปัญญาจะหยั่งรู้ว่าเมื่อตนกระทำอย่างไรไปแล้ว อีกฝ่ายจะรู้สึกนึกคิดอย่างไร และจะมีปฏิกิริยาอย่างไร

ศีลธรรมนั้นมีอยู่ในทุกสังคมมาแต่โบราณกาล และเป็นกฎเกณฑ์ควบคุมความประพฤติ อย่างเดียวกับกฎหมายเช่นกัน แต่ก็มี ความแตกต่างกับกฎหมายในหลาย ๆ ด้าน เช่น ศีลธรรม มีวัตถุประสงค์มุ่งเอาความสมบูรณ์ของจิตใจ เน้นมโนสำนึกเป็นหลัก ส่วนกฎหมายนั้นเน้นรักษาความสงบของส่วนรวมเป็นหลัก ซึ่งบางทีก็ไม่เกี่ยวกับมโนสำนึก เช่น การคิดปองร้ายผู้อื่นอยู่ในใจกฎหมาย ไม่ถือว่าผิดแต่ทางศีลธรรมว่าเป็นผิดเป็นชั่ว อย่างไรก็ตาม ไรก็ดี ศีลธรรมกับกฎหมายนั้นมีความสัมพันธ์กัน ในฐานะที่เป็นวิวัฒนาการแห่งกัน เป็นต้นว่า มีกฎหมายหลายบท หลายมาตราที่กำหนดว่าการกระทำ ที่ขัดต่อ “ศีลธรรมอันดีของประชาชน” เป็นสิ่งที่กฎหมายไม่รับรู้ แต่กรณีนี้ต้องเป็นศีลธรรมที่คนหมู่มากยึดถือร่วมกัน ไม่ใช่ของใครคนใดคนหนึ่งและต้องเป็นศีลธรรมอันดีด้วย

อันศีลธรรมนั้น หากเป็นของที่คนหมู่ซึ่งประกอบอาชีพลักษณะเดียวกันถือร่วมกัน ศีลธรรมของวิชาชีพนั้นจะเรียก จริยธรรม (ethics) เช่น จริยธรรมของแพทย์ จริยธรรมของนักกฎหมาย เมื่อศีลธรรมนั้นได้รับการประพฤติปฏิบัติมานานเข้า ๆ และเกิดความรู้สึกร่วมกันว่าจะต้องปฏิบัติเช่นนั้น ก็กลายเป็นกฎเกณฑ์ควบคุมความประพฤติที่เรียกว่า จารีตประเพณี ดังกล่าวมาแล้ว จารีตประเพณีนี้มีสภาพบังคับ สำหรับกรณีที่มีการฝ่าฝืน คือ สมาชิกในสังคมนั้นจะร่วมกันประณามหรือเกิดความรู้สึก เป็นผิดเป็นชั่วสำหรับผู้ฝ่าฝืนจารีตประเพณี ซึ่งสภาพบังคับเช่นนี้บางทีก็ไม่ชัดเจน กระนั้น จารีตประเพณีเป็นเรื่องอันครอบคลุมทุกมิติของสังคมมากกว่ากฎหมาย กฎหมายจึงใช้จารีตประเพณีอุดช่องว่างของกฎหมาย เช่น ที่กำหนดในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่า ในกรณีที่กฎหมายไม่ครอบคลุม ก็ให้เอาจารีตประเพณีมาใช้

ศาสนา (Religion) หมายถึง ลัทธิความเชื่อของมนุษย์ เกี่ยวกับการกำเนิดและสิ้นสุดของโลก หลักศีลธรรม ตลอดจนลัทธิพิธีที่กระทำตามความเชื่อนั้น ๆ หลายศาสนามีการบรรยาย สัญลักษณ์ และประวัติศาสตร์ศักดิ์สิทธิ์ซึ่งเจตนาอธิบายความหมายของชีวิต หรืออธิบายกำเนิดชีวิตหรือเอกภพ จากความเชื่อของศาสนาเกี่ยวกับจักรวาลและธรรมชาติมนุษย์ คนได้รับศีลธรรม จริยศาสตร์ กฎหมาย

ศาสนาหรือวิถีชีวิตลำดับก่อน บางการประมาณว่า มีศาสนาราว 4,200 ศาสนาในโลก⁴ นอกจากนี้ยังมีผู้ไม่นับถือศาสนาใด ๆ ซึ่งเรียกว่า ผู้ที่ไม่มีศาสนา

สำหรับศาสนาประจำประเทศไทย คือ พระพุทธศาสนา ได้กล่าวถึงการตายไว้ 4 ประการ คือ⁵

1) ตายเพราะสิ้นอายุ คือแก่ตายเป็นธรรมดาของสิ่งมีชีวิตเมื่อเกิดแล้วก็ต้องตายมนุษย์ก็เหมือนกันเมื่อเกิดมาแล้วร่างกายเจริญเติบโตแล้วย่างเข้าวัยชรา และก็ตายในที่สุดจึงเรียกว่า แก่ตาย

2) ตายเพราะสิ้นกรรม กรรมเป็นสิ่งที่ต้องชดใช้เสมอจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับอำนาจของกรรมที่ตกแต่งให้เกิดขึ้น ทำกรรมดีก็ย่อมได้รับผลดีตอบสนองในเชิงบวก ทำกรรมชั่วก็ย่อมได้รับผลชั่วตอบสนองในเชิงลบ เมื่อถึงสภาวะบิบบัณกรรมนั้นก็จะปรากฏ

3) ตายเพราะสิ้นอายุและสิ้นกรรม เป็นการตายด้วยโรคราบาง โรคอื่น ๆ ที่เบียดเบียนบ้าง ทั้งสองอย่างอาจมาประจวบเหมาะกัน ความตายประเภทนี้เกิดขึ้นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่

4) ตายเพราะกรรมเข้าไปตัดรอน คือการตายก่อนหมดอายุโดยมีกรรมชั่วในอดีตชาติมาตอบสนองในชาติปัจจุบัน แม้ว่าปัจจุบันจะทำกรรมดี มากเพียงไรก็ตาม ก็จะมีกรรมที่ทำหน้าที่ตัดรอนมาทำลายกรรมดีนี้เสีย เมื่อมีกรรมตัดรอน มาแทรกจะเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย ได้แก่ การตาย เนื่องจากอัตวินิบาตกรรม เช่น ต้มยาพิษ แขนวนก กระโดดน้ำ กระโดดหน้าผา ใช้อาวุธฆ่าตัวเอง ตายเพราะอุบัติเหตุ เช่น รถชน ตกต้นไม้ สัตว์ทำร้าย ถูกคนทำร้าย ตายเพราะภัยธรรมชาติ เช่น ดินถล่ม ลมพายุฟ้าผ่า น้ำท่วม ไฟไหม้ เป็นต้น

ผู้ที่จะต้องตายด้วยเหตุ 4 ประการดังกล่าวนี้ เมื่อเวลาใกล้ตาย กุศลกรรมหรือ อกศลกรรม ซึ่งให้เกิดปฏิสนธิในภพหน้า ที่เป็นไปเหมือนกับการแสดงภาพให้เด่นชัดตรงหน้ามา ผู้ที่จะต้องตายด้วยเหตุ 4 ประการดังกล่าวนี้ เมื่อเวลาใกล้ตาย กุศลกรรมหรืออกุศลกรรมซึ่งให้เกิดปฏิสนธิในภพหน้าที่เป็นไปเหมือนกับการแสดงภาพให้เด่นชัดตรงหน้ามาปรากฏเหมือนอยู่ที่เฉพะหน้าก็กรรมนิมิต คือ อารมณ์ของกรรม เป็นต้น เช่น เคยไปได้ยิน ได้เห็นสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการกระทำของตน ในขณะที่กระทำกรรมนั้นก็ คตินิมิตเป็นอารมณ์จึงจะได้รับและจะได้เสวยสุขหรือทุกข์ในชาติที่จะเกิด

⁴ ราชบัณฑิตยสถาน, พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว, (กรุงเทพมหานคร : ราชบัณฑิตยสถาน, 2556), หน้า 1142

⁵ ดาบตำรวจ รัตนพงศ์ ก้องตา, “การเตรียมตัวตายอย่างสงบตามหลักพุทธธรรม,” หลักสูตรศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต, (มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย, 2548), น. 18-20.

ข้างหน้าที่คือยอมปรากฏในทวารใดทวารหนึ่งในบรรดาทวารทั้ง 6 ด้วยอำนาจกรรมตามสมควรแก่อารมณ์ หรือด้วยอำนาจกรรมตามสมควรแก่สัตว์ที่จะไปสู่สุคติภูมิและทุกคติภูมิ

ความเป็นไปแห่งกระแสนจิตเมื่อใกล้จะตายนั้นเมื่ออารมณ์มี กรรม กรรมนิमित คตินิมิต เหล่านั้นมาปรากฏแล้วอาศัยอารมณ์ที่มาปรากฏตามอาการนั้น ๆ เกิดกระแสนจิตอันบริสุทธิ์ หรือเศร้าหมอง แล้วแต่กรรมที่จะส่งผล และมีอาการเป็นไปคล้ายกับว่าน้อมไปในภพชาติที่จะพึงเกิดขึ้น แล้วแต่ภพชาติที่จะได้ไปเกิด หรืออีกนัยหนึ่งกุศลกรรม อกุศลกรรมที่ทำให้เกิดปฏิสนธิ์นั้นเองยอมปรากฏในทางใจ ด้วยอำนาจที่ทำให้ตนเหมือนกับเกิดขึ้นใหม่ ๆ มรณาสันนวิถี คือ จุติจิตที่เป็นจิตสุดท้ายก่อนตาย ย่อมเกิดขึ้นแก่บุคคลที่จะตายในระยะใกล้ที่สุดในสุดท้ายแห่งวิถีจิต หรือในเมื่อภวังคจิตสิ้นสุดลงแล้วก็ดับไปด้วยอำนาจหน้าที่จิตที่ย้ายจากภพเก่าสู่ภพใหม่

การตายมีที่มาหลายสาเหตุ แนวคิดทางพระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงการตายว่า แม้ไม่ขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา ถือว่าเป็นการปฏิสนธิ์ของวิญญาณแล้ว การกระทำการใด ๆ เช่น การทำแท้งก็ถือได้ว่าเป็นการฆ่าชีวิตหนึ่งทำให้ชีวิตหนึ่งตกลงไป แต่ปัจจุบันชาวพุทธส่วนใหญ่ในความสนใจแนวคิดทางตะวันตกอยู่มาก เช่น ตายแล้วสูญ ตายแล้วไม่เกิดอีก ทำให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติในเรื่องสร้างกรรมดี ทำให้คนบางกลุ่มหาประโยชน์สุขใส่ตนเอง ประมาทในการดำเนินชีวิต หากไม่นำหลักธรรมของพุทธศาสนาเข้าไปบำบัดจิตใจของชาวพุทธแล้ว จะเกิดปัญหารุนแรงในอนาคต ชาวพุทธจะขาดศีลธรรมมากขึ้นจะไม่มีสิ่งหยุดยั้งความโลภ ความโกรธ ความหลง เช่น เวลาที่เกิดการทะเลาะจะฆ่าหรือทำร้ายกันมักจะพูดว่า “เกิดมาครั้งเดียว ตายครั้งเดียว”

แนวคิดการตายดีถูกพูดถึงในสังคมไทยมาช้านาน แต่เนื่องจากกระแสสังคมที่มุ่งเน้นการใช้ความรู้ทางเทคโนโลยีและเครื่องมือที่ทันสมัยในโรงพยาบาล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์และคนโดยส่วนใหญ่คิดว่าการตายดี คือการตายในโรงพยาบาลมีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ทันสมัยซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้ทำให้เกิดปัญหาขึ้นมากมายในสังคมปัจจุบัน ทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นในขณะที่ผู้ป่วยยังต้องตายอย่างทรมานท่ามกลางบรรยากาศที่ไม่สงบ หรือปัญหาความขัดแย้งระหว่างแพทย์ คนไข้ และญาติ ที่ต่างก็มีความคิดและความต้องการในเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรปฏิเสธโดยอยู่บนหลักความสุจริตด้วย

คำว่า “สุจริต” พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 ได้ให้ความหมายว่า ประพฤติชอบตามคลองธรรม หมายถึง ประพฤติด้วยความตั้งใจดี ประพฤติซื่อตรงพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2435 ให้ความหมายว่า หมายถึง ความประพฤติชอบ, จริง, ซื่อตรง

คำว่า “สุจริต” เป็นคำแปลมาจากภาษาละตินว่า *bona fides* ตรงกับภาษาอังกฤษว่า *good faith* ตรงกับภาษาเยอรมันว่า *Treu und Glauben* แปลว่า ความซื่อสัตย์ แปลเป็นไทยได้ความหมายโดยรวมว่า ความซื่อสัตย์ และความไว้วางใจ การที่กฎหมายวางหลักสุจริตไว้ในฐานะเป็นหลักทั่วไปของประมวลกฎหมายก็ด้วยมุ่งจะให้เป็นหลักพื้นฐานของระบบกฎหมายโดยกำหนดหน้าที่แก่บุคคลทุกคนที่จะใช้สิทธิหรือปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ต้องกระทำไปภายใต้มาตรฐานทางคุณค่าเดียวกัน คือด้วยความสุจริตอันเป็นมาตรฐานทางคุณค่าทางสังคมตามเกณฑ์ที่ยอมรับกันว่าสอดคล้องกับความคาดหมายโดยชอบของบุคคลที่รู้ผิดชอบชั่วดี และรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือตามมาตรฐานของวิญญูชนที่เกี่ยวข้องนั่นเอง

หลักสุจริตนี้อาจเรียกว่าเป็นหลักแห่งความชอบธรรม ดังที่เรียกกันในภาษาละตินว่า “*bona fides*” หรือที่แปลเป็นภาษาอังกฤษว่า “*good faith*” ซึ่งหมายถึงหลักแห่งมาตรฐานความซื่อสัตย์หรือความเชื่อมั่นศรัทธา อันบุคคลพึงมีแก่กัน โดยชอบ หน้าที่ใช้สิทธิหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความสุจริตนี้ด้านหนึ่งเป็นหลักที่กำหนดกรอบพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นไปในทางที่ชอบ ในขณะที่เดียวกันก็เสริมให้ต้องมีหน้าที่ช่วยผดุงความยุติธรรมและความเอื้อเฟื้อในการที่คู่กรณีจะปฏิบัติต่อกันและกันในทางที่ควรจากหลักสุจริต คือ หลักความซื่อสัตย์และความไว้วางใจ ทั้งในการที่บุคคลจะใช้สิทธิของตนและในการชำระหนี้หรือปฏิบัติหน้าที่แห่งตน กล่าวอีกอย่างหนึ่งได้ว่าบทกฎหมายทั้งปวงที่วางเกณฑ์ในการใช้

ดังนั้น ปัญหาเกี่ยวกับการให้ดุลพินิจแพทย์ที่ตัดสินใจโดยสุจริต ควรได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายที่สามารถจะปฏิเสธคำร้องได้ไม่น้อยเพียงใด

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

มนุษย์ทุกคนเกิดมาล้วนต้องกลัวความตาย เมื่อรู้ว่าความตายนั้นใกล้เข้ามาถึงจิตใจก็จะยิ่งว่าวุ่น การยอมรับความตายที่ใกล้เข้ามาถึงด้วยความเข้าใจ อันเป็นมรรณานุสติอันจะทำให้เกิดความสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งความเข้าใจดังกล่าวนี้ต้องไม่ใช่การยินดีในความตายของบุคคลอื่น แต่คือการทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของธรรมชาติ ซึ่งทุกสิ่งต้องมีเปลี่ยนแปลงและสลายไป เช่นนั้น แม้ถึงคราวที่ชีวิตจะต้องดับลง ความตายที่เกิดขึ้นจึงเป็นเรื่องธรรมดาของมนุษย์ เมื่อเข้าใจธรรมชาติก็สามารถทำใจยอมรับกับความตายที่จะมาถึงได้ โดยหวังให้ชีวิตได้จากไปอย่างสงบ มุ่งหน้าสู่ความตายอย่างมีศักดิ์ศรี (dying with dignity)¹ ไม่ทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ซึ่งมีใช้การยืดชีวิตด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะฝักถาวร ถูกพันธนาการไว้ด้วยเครื่องมือทางการแพทย์อันเป็นการฝืนหลักความจริงตามธรรมชาติ

ดังนั้น หลักวิทยาศาสตร์กับหลักธรรมจึงเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาควบคู่กันไป หลักวิทยาศาสตร์ที่ขาดความเข้าใจและขาดความตระหนักในกฎของความจริงตามธรรมชาติแล้ว แต่มุ่งมองเพียงหลักวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียวแล้วยอมทำให้ขาดความสมดุลทางธรรมชาติ ขาดความพอดี ถ้าพิจารณาควบคู่กันไปยอมทำให้เห็นความเป็นจริงได้อย่างถูกต้อง

ในหลายประเทศได้ริเริ่มและพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตขึ้น เพื่อรองรับหรือกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต

¹ แสวง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายและข้อควรระวังของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาล, พิมพ์ครั้งที่ 6 (กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด, 2556), น. 123.

เพื่อเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ราชอาณาจักรเบลเยียม ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามมีเพียงไม่กี่ประเทศที่ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับกรณีการให้ผู้ป่วยอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับเด็ก อันรวมไปถึงวิธีการและเงื่อนไขที่มีความเฉพาะแตกต่างจากผู้ใหญ่ กล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

ราชอาณาจักรเบลเยียมได้ตราพระราชบัญญัติ The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002 ถือเป็นกรขยายทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยเด็กทุกวัยในการร้องขอ เพื่อกระทำ euthanasia โดยไม่มีการจำกัดอายุของเด็ก ภายใต้เงื่อนไขที่ผู้ป่วยเด็กต้องเข้าใจผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจของตนเอง ซึ่งได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา ผู้ป่วยเด็กต้องอยู่ในสภาพที่ไร้ประโยชน์ทางการแพทย์ได้รับความทุกข์ทรมานทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวด ไม่สามารถบรรเทาอาการเจ็บป่วยนั้นได้โดยวิธีทางการแพทย์ใดๆ และไม่ส่งผลให้เกิดความตายในระยะสั้น แม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะไม่จำกัดอายุ แต่กระนั้นก็ยังระบุว่าเด็กที่ต้องตัดสินใจในการใช้สิทธิทำ (euthanasia) นั้น ต้องมีความสามารถในการแยกแยะ ตระหนักในขณะทำการร้องขอ เข้าใจถึงสิ่งที่ตนเองกำลังเลือกได้เป็นอย่างดี และต้องอยู่ในภาวะที่รู้สึกตัวในขณะที่ตัดสินใจ นอกจากนี้การตัดสินใจของเด็กต้องได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา หรือผู้ดูแลตามกฎหมายที่มีสิทธิยับยั้ง และได้รับการยืนยันและรับรองโดยจิตแพทย์

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ถือเป็นประเทศแรกที่ยกเว้นให้การทำ euthanasia และการฆ่าตัวตายภายใต้การช่วยเหลือทางด้านการแพทย์เป็นสิ่งที่ชอบด้วยกฎหมาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 ซึ่งมีการกำหนดอายุของผู้ป่วยที่สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาไว้อย่างชัดเจน และเคร่งครัด โดยกำหนดอายุของผู้เยาว์ ซึ่งมีอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 16 ปี เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาจจะยังมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน อีกทั้งยังจะต้องมีสติสัมปชัญญะครบถ้วน (Full Consciousness) ขณะตัดสินใจ โดยบิดา มารดา หรือญาติให้คำยินยอมให้สามารถใช้สิทธิตามกฎหมายนี้ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มิได้กำหนดว่าผู้ที่จะกระทำ euthanasia ต้องมีสัญชาติเนเธอร์แลนด์เท่านั้น ดังนั้น บุคคลสัญชาติใดก็สามารถเข้าสู่กระบวนการทำ euthanasia ได้

รัฐแคลิฟอร์เนียในสหรัฐอเมริกา ได้มีการออกรัฐบัญญัติว่าด้วยการตายโดยธรรมชาติแห่งแคลิฟอร์เนีย (The California Natural Death Act) ในปี ค.ศ. 1976 เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการ

ยอมรับหรือปฏิเสธกระบวนการทางการแพทย์ที่เป็นไปเพื่อยืดชีวิต หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ยืดความตายออกไป ต่อมา ปี ค.ศ. 2016 ได้มีการออกรัฐบัญญัติว่าด้วยการสิ้นสุดของชีวิตของรัฐแคลิฟอร์เนีย (End of Life Option Act : EOLA) มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2016 เห็นได้ว่าเป็นรัฐบัญญัติที่ได้ยอมรับสิทธิส่วนบุคคลของผู้บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถสมบูรณ์ ในการที่จะปฏิเสธการรักษา แม้ว่าการรักษานั้นจะสามารถยืดชีวิตไว้ได้ โดยผู้ป่วยต้องปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษาอาการเจ็บป่วย และแพทย์รายที่สองที่เข้าร่วมกับแพทย์รายแรกในการให้คำปรึกษา เพื่อยืนยันอาการของผู้ป่วย และต้องได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการตัดสินใจในทางการแพทย์ และไม่มี ความบกพร่องทางสติปัญญาเนื่องจากความผิดปกติทางจิต

ตามหลักสากลเด็กควรได้รับสิทธิต่าง ๆ ของเด็กที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่เด็กทั้งจิตใจ ร่างกาย อารมณ์ และสถานะทางสังคม อันก่อให้เกิดความผาสุกแก่เด็กในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข นอกจากนี้ ต้องพิจารณาควกับผลประโยชน์ของบุคคลกลุ่มอื่น ผลประโยชน์ของเด็กจะต้องได้รับการพิจารณาเป็นอันดับแรกเสมอ แม้ว่าแต่ละประเทศจะมีการกำหนดอายุของผู้ป่วยเด็กที่แตกต่างกันออกไปก็ตามแต่ก็เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ แต่โดยกฎหมายนั้น ๆ²

อย่างไรก็ตามหากพิจารณาตามกฎหมายไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายในต่างประเทศแล้วพบว่าไม่ว่าจะเป็นราชอาณาจักรเบลเยียม ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ล้วนเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับสิทธิผู้ป่วยเด็ก โดยการกำหนดบทบาทให้ผู้ป่วยเด็กเป็นผู้มีสิทธิในการขอปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนด แม้ว่าจะมีการกำหนดอายุของเด็กในการใช้สิทธิดังกล่าวที่แตกต่างกันออกไปก็ตามแต่ก็เป็นไปตามความเหมาะสมของแต่ละประเทศ แต่โดยกฎหมายนั้น ๆ ก็ได้บัญญัติขึ้นมาเพื่อจุดประสงค์เดียวกันคือ เพื่อต้องการการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เป็นเด็กเป็นสำคัญ รวมถึงการกำหนดให้มีกระบวนการพิเศษ เพื่อให้บุคคลที่เกี่ยวข้อง

² อโนทัย ศรีดาวเรือง, “การคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพของเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดอาญา : ศึกษากรณีอำนาจศาลเยาวชนและครอบครัวในการโอนคดี ตามมาตรา 97 วรรคสอง,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2557), น.30.

ได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยเด็กให้ครบทุกด้าน เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติที่ผิดพลาด อันเป็นหลักประกันเบื้องต้นแก่เด็กว่าตนมีสิทธิเสรีภาพในการแสดงเจตนาของตนได้อย่างเต็มที่ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้บรรลุตามความประสงค์ของผู้ป่วยเด็ก

สำหรับประเทศไทยแม้ว่าได้ออกกฎหมายรับรองสิทธิให้สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12³ โดยให้เป็นตามกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ซึ่งมีข้อกำหนดทั้งหมดรวม 7 ข้อ เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการดังกล่าว แต่ไม่ปรากฏว่ามีการบัญญัติเกี่ยวกับกรณีของเด็กและวิธีการสำหรับเด็กที่ต้องอาศัยบทบัญญัติเฉพาะสำหรับการใช้สิทธิแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยแต่อย่างใด

แม้ว่ากฎหมายไทยจะมีแนวทางดังกล่าว แต่ยังคงขาดความพร้อมและความเข้าใจในเจตนารมณ์ของกฎหมายกับการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยที่เป็นเด็กในการใช้สิทธิดังกล่าว และจากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้นจึงเห็นควรมีข้อเสนอแนะดังที่จะกล่าวต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

ในประเทศไทยแม้จะไม่มีคดีเกี่ยวกับการทำ euthanasia ขึ้นสู่ศาล แต่เมื่อพิจารณาถึงกรณี “การตาย” ของท่านอาจารย์พุทธทาสภิกขุ (อินทปัญญาโญ) ทำให้สังคมได้ขบคิดว่าการยืดยุดนุเคราะห์ผู้ป่วยไปรับการรักษาทั้งที่ผู้ป่วยได้ยืนยันไว้อย่างชัดเจนหลายครั้งว่าไม่ปรารถนาเช่นนั้นถูกต้องหรือไม่ ถูกกฎหมายหรือไม่ การกระทำเพื่อยืดการตาย (หรือที่ชอบเรียกกันว่า ยืดชีวิต) ของ “ผู้ป่วยที่หมดหวัง” ซึ่งทำให้ผู้ป่วย ญาติ และสังคมต้องได้รับความทุกข์ทรมานมากขึ้นและนานขึ้นนั้น สมควรหรือไม่ หรือการตายในโรงพยาบาลเป็นการตายที่ดีที่สุดหรือ การตายที่ต้องผ่านกระบวนการทางการแพทย์

³ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

มากมายนั้นเป็นการตายที่น่าปรารถนาหรืออันที่จริง “การตายในโรงพยาบาล” เกือบทั้งหมดเป็นการตายที่ผิดธรรมชาติ ผิดธรรมชาติ เพราะเป็นการตายที่ต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ โดยน้ำมือของผู้อื่น เหตุใดคนไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะคนร่ำรวยหรือมีอำนาจวาสนา จึงชอบตายในโรงพยาบาล จนวัฒนธรรมแห่ง “การตายในโรงพยาบาล” ได้แผ่ไปครอบงำคนไทยทุกชั้นวรรณะ รู้สึกยินดีที่ญาติของตนได้รับการรักษาดีที่สุดและได้ตายดีที่สุดแล้ว “การตาย” ของท่านพุทธทาสจึงได้กระตุ้นผู้คนให้ตื่นขึ้น และเริ่มพินิจพิจารณาถึง “แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง” ให้มีทางเลือกอื่น นอกเหนือจากการมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หรือถูกพันนาการด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ที่เป็นเพียงการยืดชีวิตมนุษย์ออกไปอย่างไร้ศักดิ์ศรีเท่านั้น

การให้สิทธิผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตได้มีสิทธิเลือกที่จะตายอย่างมีศักดิ์ศรี สงบ และมีสติ ล้อมรอบด้วยคนรอบข้างที่เข้าใจและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกจากไปอย่างสงบ ไม่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ โดยปราศจากการยืดชีวิตไว้ด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ไม่ต้องทนอยู่กับสภาวะที่ฟื้นไม่ได้ ตายไม่ลง ซึ่งถือเป็นทางออกตามกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติความทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 มิได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่เป็นเด็กใช้สิทธิแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้เขียนเห็นว่าจำเป็นที่ต้องมีการปรับปรุงแก้ไขให้มีความชัดเจนให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคม และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เปลี่ยนไป ผู้เขียนจึงมีข้อเสนอแนะในแต่ละกรณี ดังนี้

1) ปัญหาเกี่ยวกับการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

การกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตจะทำให้เกิดการคุ้มครองเด็กทั้งในทางจริยธรรมทางการแพทย์และทางกฎหมาย จากทฤษฎี

พัฒนาการของเป็ยเจต์จะเห็นได้ว่าพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาในช่วงอายุ 11-15 ปี ถือเป็นขั้นสูงสุดของพัฒนาการของความเข้าใจ โดยเด็กสามารถคิดและเข้าใจเหตุผลในเชิงนามธรรมสามารถแก้ปัญหาและเริ่มทำงานแบบผู้ใหญ่ได้ เพื่อให้เกิดความชัดเจนสำหรับแพทย์และผู้ปฏิบัติควรมีการกำหนดอายุขั้นต่ำของผู้ป่วยเด็กโดยใช้เกณฑ์อายุ 15 ปี เป็นเกณฑ์ที่มีความเหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก โดยผู้ป่วยเด็กต้องมีความสามารถในการแยกแยะ ตระหนักในขณะที่ตนทำการร้องขอ มีความเข้าใจในสิ่งที่ตนเลือกได้เป็นอย่างดีและผู้ป่วยเด็กต้องอยู่ในสภาวะที่รู้สึกตัวในขณะตัดสินใจ ซึ่งผู้ป่วยเด็กสามารถให้ความยินยอมในการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ตามกฎหมาย และเพื่อให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน ควรให้ผู้ป่วยเด็กได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตน โดยไม่ถูกจำกัดสิทธิและเสรีภาพในชีวิต และร่างกายของตน

2) การกำหนดเงื่อนไขที่ให้แพทย์ต้องดำเนินการตามกฎหมายร่วมกับผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แล้วแต่กรณี

แม้ว่าจะมีการกำหนดช่วงอายุของผู้ป่วยเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตามเกณฑ์ที่เหมาะสมแล้วก็ตาม แต่อย่างไรก็ดีการแสดงเจตนาดังกล่าวไม่ใช่แค่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กเพียงเท่านั้น แต่ยังส่งผลถึงบิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ใช้อำนาจปกครอง เนื่องจากเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายอันเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งถือเป็นเรื่องที่มีความสำคัญซึ่งผู้ป่วยเด็กไม่ควรตัดสินใจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตดังกล่าวเพียงลำพัง

ดังนั้น การใช้ดุลพินิจตามกฎหมายของแพทย์จึงต้องดำเนินการร่วมกับผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ผู้ใช้อำนาจปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการคุ้มครองผลประโยชน์สูงสุดให้แก่ผู้ป่วยเด็ก โดยแพทย์ต้องมั่นใจว่าการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาดังกล่าวนั้นมาจากความยินยอมอย่างแท้จริงของผู้ป่วยเด็ก ไม่เป็นผลมาจากความกดดันของบุคคลอื่น ซึ่งผู้ป่วยเด็กได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างดีแล้ว โดยความยินยอมนั้นยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและผู้ป่วยไม่สามารถทนทานต่อความทุกข์ทรมานนั้นได้ นอกจากผู้ป่วยเด็กต้องได้รับความยินยอมจากผู้ใช้อำนาจปกครองแล้ว

ผู้ใช้อำนาจปกครองตามกฎหมายยังมีสิทธิยับยั้งการแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาเมื่อเห็นว่าการแสดงเจตนาการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็กนั้น ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจ

3) ปัญหาทางกฎหมายในการยืนยันทางการแพทย์ในกรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กที่อาจแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

เมื่อการแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนและใช้ชีวิตเป็นปกติได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยชอบด้วยกฎหมาย แพทย์ย่อมต้องเคารพสิทธิดังกล่าว และทำการยุติการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้ผู้เขียนเห็นว่าแพทย์ควรยึดหลักการยืนยันทางการแพทย์ เพื่อลดความเสี่ยงในการสูญเสียและความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

ดังนั้นเพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ควรมีแนวทางในการยืนยันทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยต้องปรึกษาแพทย์อย่างน้อยสองราย ซึ่งนอกจากแพทย์รายแรกที่ทำการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับคำปรึกษาจากแพทย์รายที่สองที่มีความเชี่ยวชาญ โรคหรืออาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อทำการทบทวนเกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง โอกาสในการรักษาให้หายจากโรค ทางเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปนอกจากการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต และต้องได้รับการประเมินสุขภาพจิตจากจิตแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอย่างน้อยสองครั้ง เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเด็กมีความสามารถในการตัดสินใจ มีสติสัมปชัญญะ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และต้องให้เวลาผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งเดือนเพื่อทบทวนการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตดังกล่าว ผู้เขียนเห็นว่าการยืนยันทางการแพทย์ส่งผลให้แพทย์ได้พิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันการตัดสินใจที่ผิดพลาด ซึ่งผลจากความผิดพลาดนั้นอาจเป็นความตายของผู้ป่วยเด็ก

4) การกำหนดคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ เพื่อควบคุมการทำงานของแพทย์

จะเห็นได้ว่า ในประเทศเบลเยียม ได้มีมาตรการที่รัดกุมเกี่ยวกับการทำ euthanasia โดยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ (The Federal Control and Evaluation Commission) ได้มีการจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยคณะกรรมการทั้งหมด 16 คน ประกอบไปด้วยแพทย์

จำนวน 8 คน โดยคณะกรรมการดังกล่าวได้รับการแต่งตั้งจากพื้นฐานของความรู้ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์มีหน้าที่เป็นผู้ทำการตรวจสอบกรณีที่มีการรายงานทั้งหมดเกี่ยวกับการทำ euthanasia เพื่อยืนยันว่าได้ปฏิบัติตามกฎหมาย คณะกรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งสี่ปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่ไม่เกินสองวาระ โดยมติของที่ประชุมจะมีผลใช้บังคับก็ต่อเมื่อมีองค์ประชุมจำนวนสองในสามของคณะกรรมการทั้งหมดที่เข้าร่วมประชุม

สำหรับประเทศไทยจึงควรเล็งเห็นถึงความสำคัญของการใช้สิทธิในการปฏิเสธการรักษา ในวาระสุดท้ายของผู้ป่วยเด็ก ควรให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการควบคุม และประเมินผลแห่งชาติ” ขึ้น คณะกรรมการควบคุมและประเมินผลแห่งชาติ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย ประธานกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน จำนวน 1 คน กรรมการ ซึ่งมาจากผู้แทนวิชาชีพด้านสาธารณสุข ผู้แทนองค์กรเอกชน ผู้แทนหน่วยงานท้องถิ่น หรือผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 33 คน ประกอบด้วย อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้แทนเนติบัณฑิตยสภา ผู้แทนสภาพนายความ ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน ผู้แทนผู้ประกอบการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรม ผู้แทนผู้ประกอบการเภสัชกรรม ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะ (สาขากายภาพบำบัด) ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาเทคนิคการแพทย์ ผู้แทนผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขารังสีเทคนิค ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านเด็กหรือเยาวชน) ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านสตรี) ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านผู้สูงอายุ) ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านโรคเรื้อรัง) ผู้แทนองค์กรเอกชน (งานด้านชนกลุ่มน้อย) ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันวิทยาศาสตร์ครอบครัว ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันจิตเวช ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันการแพทย์แผนไทย ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันอื่น ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันอื่น และที่ปรึกษา จำนวน 2 คน

โดยคณะกรรมการดังกล่าวมีหน้าที่ควบคุมคุณภาพ กำหนดมาตรฐานในการดำเนินงาน เกี่ยวกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนทำหน้าที่ในการ ตรวจสอบการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิดังกล่าวว่าได้ปฏิบัติตาม หลักวิชาชีพ จริยธรรม และกฎหมายโดยสุจริต มีหน้าที่ตรวจสอบรายงานประจำปี ให้คำแนะนำ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข คุณสมบัติ หรือลักษณะต้องห้ามของผู้ป่วยเด็ก ที่ขอใช้สิทธิดังกล่าวตามกฎหมาย กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ขอใช้สิทธิ หรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติตามสิทธิดังกล่าวเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐาน จัดทำ รายงานเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อรายงานต่อคณะรัฐมนตรี สภาผู้แทนราษฎร และวุฒิสภา กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการกำหนดโทษ จัดประชุมเพื่อให้คณะกรรมการรับฟัง ความคิดเห็นโดยทั่วไปเป็นประจำทุกปี

ผู้เขียนจึงเห็นว่าประเทศไทยควรมีคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อตรวจสอบรายงาน กำหนด แนวทาง หรือวางหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติตามเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มี ความเหมาะสมทันต่อเหตุการณ์และเป็นตามแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ

5) หลักสุจริตสำหรับแพทย์ในการปฏิเสธการทำ euthanasia

ประเทศไทยได้ออกกฎหมายรับรองสิทธิให้สามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระ สุดท้ายของชีวิต ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 เพื่อเปิดโอกาสให้บุคคล สามารถทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ซึ่งกฎหมายดังกล่าวมีเจตนารมณ์ เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจและกำหนดทางเลือกสุดท้ายเพื่อให้ตนเองได้ตายอย่างสงบ และมีศักดิ์ศรี ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยจากโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้

ซึ่งสิทธิดังกล่าวข้างต้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของ “หลักสุจริต” อันเป็นหลักแห่งความชอบ ธรรมซึ่งหมายถึง หลักแห่งมาตรฐานความซื่อสัตย์ หรือความเชื่อมั่นศรัทธา อันบุคคลพึงมีแก่กัน โดยชอบ หน้าที่ใช้สิทธิหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความสุจริตนี้ด้านหนึ่งเป็นหลักที่กำหนดกรอบพฤติกรรม ของบุคคลให้เป็นไปในทางที่ชอบ ในขณะที่เดียวกันก็เสริมให้ต้องมีหน้าที่ช่วยคลุคลความยุติธรรม

และความเอื้อเฟื้อในการที่จะปฏิบัติต่อกันและกันในทางที่ควร ทั้งในการที่บุคคลจะใช้สิทธิของตน และในการชำระหนี้หรือปฏิบัติหน้าที่แห่งตน

การที่กฎหมายวาง “หลักสุจริต” ไว้ในฐานะเป็นหลักทั่วไปของประมวลกฎหมาย ก็ด้วยมุ่งจะให้เป็นหลักพื้นฐานของระบบกฎหมาย โดยกำหนดหน้าที่แก่บุคคลทุกคนที่จะใช้สิทธิหรือปฏิบัติหน้าที่ของตนให้ต้องกระทำไปภายใต้มาตรฐานทางคุณค่าเดียวกัน คือ ด้วยความสุจริต อันเป็นมาตรฐานทางคุณค่าทางสังคมตามเกณฑ์ที่ยอมรับกันว่าสอดคล้องกับความคาดหมายโดยชอบของบุคคลที่รู้ผิดชอบชั่วดี และรู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา หรือตามมาตรฐานของวิญญูชนที่เกี่ยวข้องนั่นเอง

ราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ได้คำนึงถึง “หลักสุจริต” โดยบัญญัติให้แพทย์มีสิทธิที่จะปฏิเสธการทำ euthanasia ด้วยเหตุปฏิบัติตามจริยธรรม หรือศาสนา แต่ต้องตั้งอยู่บนหลักสุจริต

ในประเทศไทยการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยเด็ก เมื่อแพทย์หรือผู้ที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าวได้กระทำภายใต้มาตรฐานของหลักสุจริต ซึ่งเป็นหลักที่กำหนดกรอบพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นไปในทางที่ชอบในขณะที่เดียวกันก็เสริมให้ต้องมีหน้าที่ช่วยผดุงความยุติธรรมและความเอื้อเฟื้อในการที่คู่กรณีจะปฏิบัติต่อกันและกันในทางที่ควรอันเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ ดังนั้นแพทย์หรือผู้ที่มีหน้าที่ต้องปฏิบัติย่อมต้องได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหมายของผู้ป่วยเด็กเป็นสำคัญ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว จึงควรมีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบันโดยทำให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กำชัย จงจักรพันธ์. กฎหมายแพ่งที่เกี่ยวกับเด็กและเยาวชนความรู้กฎหมายเยาวชนเพื่อเยาวชน.
กรุงเทพมหานคร : มปส, 2538.
- กิตติศักดิ์ ปรกติ. คำอธิบายวิชากฎหมายแพ่ง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน, 2550.
- กุลพล พลวัน. “วันสิทธิมนุษยชน.” เนติบัณฑิตยสภา. น. 620 (2518).
- กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ. “บทวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ และเชื่อมโยงเพื่อวางทิศทางแผน
สิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2557-2561).”
http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/images/rlpd_1/2556/thaigov_Plan3/2plan3.pdf,
17 มีนาคม 2562.
- เข็มจุกา สุวรรณจินดา. “กระบวนการยุติธรรมทางอาญากับการคุ้มครองสิทธิเด็กผู้เสียหายในความผิด
ทางเพศ.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.
- คณิต ณ นคร. กฎหมายอาญาภาคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน, 2547.
- ไชยยศ เหมะรัชตะ. คู่มือกฎหมายเด็ก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมาคมสวัสดิการในประเทศไทย,
2530.
- นาถวดี พักคง. “มาตรการคุ้มครองเด็กที่ถูกทำร้ายโดยบุคคลในครอบครัว.”
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- นิยะดา อภิปรัชญาพงศ์. “บทบาทของพนักงานอัยการในการคุ้มครองสิทธิผู้เสียหายที่เป็นเด็กในชั้น
สอบสวน.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต,
2558.
- ประธาน วัฒนวานิชย์. กระบวนการยุติธรรมสำหรับเด็กและเยาวชน และกฎหมายเกี่ยวกับความผิด
ของเด็ก. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และปกเจริญผล, 2530.
- ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. “การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร.”
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.

- ผดุงพล อรรถกิจไพบูลย์. “ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการณขมาต.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตชลบุรี, 2549.
- ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ. “อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2555.
- มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. “CBR Guidelines.” องค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย. (2556).
- วิชา มหาคุณ. กฎหมายและสนธิสัญญาระหว่างประเทศเกี่ยวกับเด็ก : รายงานพิธีเปิดปีครอบครัวสากล และการประชุมสมัชชาแห่งชาติด้านครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง, 2538.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิผู้ป่วย. กรุงเทพมหานคร : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2537.
- วารสารจุลนิติ. “สิทธิในการรักษาพยาบาล.” กรุงเทพมหานคร : กองบรรณาธิการ สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา, 2545.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. “สิทธิที่จะตาย.” ศาลพาหน. น. 90-93(ตุลาคม-ธันวาคม 2539).
- วิมลศิริ ชำนาญเวช. “การเปรียบเทียบอนุสนธิสัญญาสิทธิเด็กกับกฎหมายไทย: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องร่างอนุสัญญาสิทธิเด็ก.” คณะทำงานเพื่อเด็ก. น. 21-26. (2530).
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. “ปฏิญญาว่าด้วย‘สิทธิผู้ป่วย’ของแพทย์สมาคมโลก.”
<http://www.doctor.or.th/node/7166>, 10 สิงหาคม 2561.
- วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. “สิทธิผู้ป่วย.”
<https://www.doctor.or.th/clinic/detail/8376>, 11 สิงหาคม 2561.
- วัลภ์ วิเศษสุวรรณ. “การกระทำโดยดเว้น: ศึกษากรณีความรับผิดชอบทางอาญาของแพทย์ในการปฏิบัติตามคำปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย.” วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.
- สำนักงานอัยการสูงสุด. “โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง: บทบาทและผลการดำเนินงานของพนักงานอัยการในการคุ้มครองเด็กในคดีอาญา: ศึกษากรณีสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไข (ในเขตกรุงเทพมหานคร).” สำนักงานอัยการสูงสุด. น.23 (2553).
- อนุเมติ ใจสมุทร. คำอธิบายประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ บรรพ 1 ว่าด้วยบุคคล. กรุงเทพมหานคร : สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2515.

- อโนทัย ศรีดาวเรือง. “การคุ้มครองสิทธิและสวัสดิภาพของเด็กและเยาวชนที่กระทำความผิดอาญา : ศึกษากรณี อำนวยการศาลเยาวชนและครอบครัวในการโอนคดีตามมาตรา 97 วรรคสอง.” วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2557.
- อภิญา เวชชัย. “การศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติงานในการให้บริการครอบครัวอุปการะ.” วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัย คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

ภาษาต่างประเทศ

- AMA Journal of Ethics. “Bouvia v. Superior Court: Quality of Life Matters. Retrieved.”
<https://journalofethics.ama-assn.org/article/bouvia-v-superior-court-quality-life-matters/2005-02>, 7 September 2018.
- “California End of Life Option Act 2017.” <https://www.cdph.ca.gov>, 21 May 2018.
- Julie A. DiCamillo. “A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RIGHT TO DIE IN THE NETHERLANDS AND THE UNITED STATES CRUZAN: REASSESSING THE RIGHT OF SELF-DETERMINATION.” American University Journal of International Law and Policy, 821-825.
- New Health Guide. “Legality of Euthanasia in Different Countries and States.”
<https://www.newhealthguide.org/Where-Is-Euthanasia-Legal.html>, 22 May 2018.
- Therichest. “10 Countries Where Euthanasia and Assisted Suicide Are Legal.”
<https://www.therichest.com/most-influential/10-countries-where-euthanasia-and-assisted-suicide-are-legal/>, 11 May 2018.
- Wikipedia. “(n.d.). Euthanasia.”
https://en.wikipedia.org/wiki/Legality_of_euthanasia, 18 October 2018.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล
ประวัติการศึกษา

ภาวิณี หะธรรมวงศ์
พ.ศ. 2555 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2557 ประกาศนียบัตรวิชาว่าความ สำนักฝึกอบรม
วิชาว่าความแห่งสหภาพนายความ รุ่นที่ 40

