

แนวทางการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการการุณยฆาต



การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกกฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม
สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

Guidelines for Amending the Euthanasia Law



Miss. BUDSAYA HEMTHANON

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Laws in Criminal Law and Criminal Justice
School of Law Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ	แนวทางการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการการุณยฆาต
ชื่อและนามสกุล	นางสาวบุษยา เหมทานนท์
แขนงวิชา / วิชาเอก	กลุ่มวิชากฎหมายอาญาและกระบวนการยุติธรรม
สาขาวิชา	นิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	ศาสตราจารย์วิกรณ์ รักษ์ปวงชน

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ



ประธานกรรมการ

(ศาสตราจารย์วิกรณ์ รักษ์ปวงชน)

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิมาน กฤตพลวิมาน)

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติพงษ์ เกียรติวัชรชัย)

รักษาการแทนรองอธิการบดีฝ่ายการเงินและทรัพย์สิน
รักษาการแทนประธานกรรมการประจำสาขาวิชานิติศาสตร์

ชื่อการศึกษา ค้นคว้าอิสระ แนวทางการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการการุณยฆาต

ผู้ศึกษา นางสาวบุษยา เหมทานนท์ รหัสนักศึกษา 2654001953

ปริญญา นิติศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์วิกรณ์ รัชชปวงชน ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการทำการุณยฆาต (2) ศึกษาหลักกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของประเทศไทยและราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ (3) วิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการทำการุณยฆาต (4) เสนอแนะแนวทางการกำหนดกฎหมายเกี่ยวกับการุณยฆาตของไทยต่อไป

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิจัยทางเอกสารโดยการรวบรวมข้อมูล จากตัวบทกฎหมาย หนังสือ บทความทางวิชาการ ผลงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ คำพิพากษาศาลฎีกา ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทำการสัมภาษณ์นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประกอบการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการุณยฆาต

ผลการศึกษาพบว่า (1) วิวัฒนาการของการทำการุณยฆาตมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ในสมัยกรีกโบราณ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการุณยฆาต สำหรับชาวโรมันการอัตวินิบาตกรรมเป็นสิ่งที่กฎหมายอนุญาตโดยส่วนใหญ่ จนกระทั่งในปัจจุบันมีหลายประเทศทั่วโลกออกกฎหมายให้ทำการุณยฆาตสามารถทำได้ภายใต้การกำกับดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และผ่านกระบวนการทางกฎหมายอย่างรัดกุม แนวคิดเกี่ยวกับความตายตามสำนักประโยชน์นิยมมีทัศนะว่าควรเลือกกระทำการที่มีประโยชน์มากกว่าโทษ ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญาที่ต้องพิจารณาการกระทำประกอบกับเจตนาภายในจิตใจของผู้กระทำด้วย (2) กฎหมายเกี่ยวกับการุณยฆาตของประเทศไทยนั้น มีเฉพาะการทำการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น แตกต่างกับกฎหมายของราชอาณาจักรเนเธอร์แลนด์ ที่มีทั้งการทำการุณยฆาตเชิงรุก เชิงรับ และเชิงสงบ (3) ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการุณยฆาตคือกฎหมายไทยยังไม่รองรับให้มีการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ (4) ควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 วรรคหนึ่งตอนท้าย ให้เปิดช่องทางการทำการุณยฆาตได้ทั้งเชิงรุก เชิงรับ และเชิงสงบ โดยสามารถลงมือกระทำได้ทั้งผู้ป่วยเอง หรือ แพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพิ่มเติมมาตรา 12/1 - 12/2 เรื่องขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายการุณยฆาต โดยระบุโรคและอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้อย่างละเอียด แก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 12/3 - 12/5 เรื่องความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง และเพิ่มเติมมาตรา 12/6 ให้การุณยฆาตไม่ถือว่าเป็นการอัตวินิบาตกรรม เพื่อให้บริษัทประกันไม่อาจปิดความรับผิดชอบในประกันชีวิตที่คุ้มครองโรคเรื้อรังเฉพาะได้

คำสำคัญ การุณยฆาต การุณยฆาตเชิงรุก การุณยฆาตเชิงรับ การุณยฆาตเชิงสงบ

Independent Study title: “Guidelines for Amending the Euthanasia Law”

Author: “Miss. BUDSAYA HEMTHANON”; ID: “2654001953”;

Degree: Master of Laws

Independent Study Advisor: Vikorn Rakpuangchon, Professor; Academic year: 2023

Abstract

The objectives of this independent study are to: 1) study the evolution, concepts, and theories regarding euthanasia; 2) study various legal principles related to euthanasia in Thailand and the Netherlands; 3) analyze problems related to euthanasia; and 4) suggest guidelines for further formulating the euthanasia law in Thailand.

This independent study is qualitative research and documentary research. Data were collected from legal texts, books, academic articles, research work, theses, Supreme Court judgments, related information, and interviews qualified doctors to analyze problems related to euthanasia.

The results of the study are as follows. (1) The evolution of euthanasia has been going on since ancient times. In ancient Greece, euthanasia was practiced. For Romans, suicide was in most cases permissible by law. Until now, many countries around the world have enacted laws that allow euthanasia to be performed under the supervision of a medical professional and through a strict legal process. The concept of death according to the utilitarian school is that one should choose actions that are more beneficial than harmful. The theory of criminal responsibility must consider the act together with the intent within the mind of the perpetrator. (2) The euthanasia law in Thailand includes only passive euthanasia, which is different from those in the Netherlands that include active, passive and peaceful euthanasia. (3) A legal problem regarding euthanasia in Thailand is that Thai laws still do not support proactive and peaceful euthanasia. (4) The National Health Act of 2007, Section 12, paragraph one at the end, should be amended. Channels for proactive, reactive, and peaceful euthanasia should be opened. Both the patient and the doctor involved should be able to commit euthanasia. Sections 12/1 - 12/2 regarding the scope of enforcement of the euthanasia law should be added so the disease and age of those eligible for euthanasia are specified in detail. Sections 12/3 - 12/5 regarding the liability of doctors and related persons should be added. Section 12/6 providing that euthanasia is not considered suicide should be added so that insurance companies cannot waive liability for life insurance that covers specific chronic diseases.

Keywords : Euthanasia, active euthanasia, passive euthanasia, peaceful euthanasia

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้ ดำเนินการจนสามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจากความเมตตา และกรุณาของท่านศาสตราจารย์วิกรม รักรัษปวงชน อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งท่านได้ให้ความกรุณาและ ให้คำแนะนำแนวความคิด รวมทั้งการปรับแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ มาโดยตลอด จนการศึกษา ค้นคว้าอิสระฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้ศึกษาจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ของผู้ศึกษาที่ให้กำเนิด เลี้ยงดู ตลอดจนให้การศึกษาดังแต่เยาว์วัยจนเติบโตใหญ่ ซึ่งท่านทั้งสองได้อบรมสั่งสอนผู้ศึกษาให้เห็นความสำคัญของการศึกษาเล่าเรียนวิชาความรู้เพื่อเป็นเครื่องชี้้นำในการประกอบอาชีพและช่วยเหลือสังคม

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์นवल หาญสมุทรร แพทย์ประจำบ้านสาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี, นายแพทย์พงศ์ปวีร์ เอกอุดมสุพรรณ แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรกรรมประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี และ นายแพทย์ปกรณ์ เอกรัตน์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลกรุงเทพพญาไทซึ่งได้ให้เกียรติมาเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทรงคุณวุฒิในการบ่งชี้ถึงสภาพปัญหาในทางปฏิบัติ และร่วมเสวนาหาแนวทางการแก้ไข เกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง เพื่อให้รู้และเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในปัจจุบัน อันควรค่าแก่การแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับความถูกต้องชอบธรรมต่อไป

ตลอดจนเจ้าหน้าที่ประจำสาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่คอยช่วยเหลือประสานงาน และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี สุดท้ายผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในทุกสาขาวิชา และขอขอบคุณเพื่อนๆ ทุกคนที่ได้ให้ความช่วยเหลือด้วยดีมาโดยตลอด

นางสาวบุษยา เหมทานนท์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
3. ขอบเขตของการศึกษา	4
4. ระเบียบวิธีวิจัย	5
5. คำนียามศัพท์เฉพาะ	5
6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
บทที่ 2 วิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต	6
1. วิวัฒนาการของการทำการุณยฆาต	6
2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย	9
2.1 แนวคิดความตายทางจิตวิทยา	9
2.2 แนวคิดความตายทางพระพุทธศาสนา	12
3. ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์ของสำนักประโยชน์นิยม	17
4. ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา	20
5. หลักการในกฎหมายอาญาไทยกับกรณีการกระทำการุณยฆาตโดยสมัครใจ	22
5.1 โครงสร้างความรับผิดชอบทางอาญา	22
5.2 ฐานความผิดอาญาที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาต	23
5.3 การุณยฆาตกับเหตุสุดโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมายอาญา	25
6. หลักกฎหมายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต	26
6.1 หลักความยินยอม	26
6.2 หลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน	29
6.3 ความยินยอมของผู้ป่วยกับการทำการุณยฆาต ในมิติของหลักความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
7. หลักการจำแนกประเภทของการุณยฆาต	31
8. หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)	33
9. สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชน	34
9.1 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายระหว่างประเทศ	34
9.2 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายไทย	35
9.3 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์	35
10. การยอมรับการุณยฆาตในประเทศต่างๆ	37
10.1 การยอมรับการุณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์	37
10.2 การยอมรับการุณยฆาตในประเทศสวิตเซอร์แลนด์	40
10.3 การยอมรับการุณยฆาตในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี	41
บทที่ 3 กฎหมายที่เกี่ยวกับการทำการุณยฆาตของไทยและเนเธอร์แลนด์	43
1. หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการุณยฆาตตามกฎหมายไทย	43
1.1 ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศไทย	43
1.2 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตในประเทศไทย	47
1.3 การบังคับใช้กฎหมายกับอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตในประเทศไทย	48
1.4 ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย	48
2. หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์	50
2.1 ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศไทย	50
2.2 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ของประเทศเนเธอร์แลนด์	51
2.3 การบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ของประเทศเนเธอร์แลนด์	51
2.4 ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย	54
3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต ของกฎหมายไทยกับประเทศไทย	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการทำการุณยฆาต	59
1. ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตในประเทศไทย	59
2. ปัญหาการไม่จำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตได้	62
3. ปัญหาการไม่ระบุอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต	62
4. ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง	64
บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	67
1. บทสรุป	67
2. ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	86
ประวัติผู้ศึกษา	91



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3.1	
เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกรรม ของกฎหมายไทยกับประเทศเนเธอร์แลนด์	58



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความตายเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แม้ในปัจจุบันเทคโนโลยียุคดิจิทัล ปัญญาประดิษฐ์ และการแพทย์เฉพาะทางต่างๆ จะสามารถช่วยให้มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้นจนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ แต่มนุษย์ก็ยังคงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเจ็บปวดทรมาน จากอุบัติเหตุ ร้ายแรงและโรคร้ายไข้เจ็บในระยะสุดท้ายที่ยารักษาไม่อาจเยียวยาได้ แต่ด้วยความรู้ ประสบการณ์ และการศึกษาค้นคว้าพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งของบุคลากรทางการแพทย์ ก็ได้คิดค้นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านความทุกข์ทรมานนี้ภายในระยะเวลาอันสั้นที่สุด และพร้อมที่จะจากโลกนี้ไปอย่างสงบได้ เพราะมนุษย์มีสิทธิในการตัดสินใจดำรงชีวิตของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี โดยใช้พินัยกรรมชีวิตหรือ Living will เป็นเครื่องมือในการแสดงเจตจำนงเลือกรับบริการสาธารณสุขเฉพาะวิธีที่รับได้ หรือบ่งชี้ให้แพทย์ ทำการุณยฆาตแก่ตนในยามที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติอันไม่อาจสื่อสารด้วยตนเองได้นั้นเอง การการุณยฆาตจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติอย่างสมเกียรติ บนพื้นฐานที่สอดคล้องกับจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ บริบทของสังคม และมีกฎหมายรับรองให้ทำได้ ตลอดจนคุ้มครอง ผู้ที่เกี่ยวข้องด้วย

การเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนชาวไทยเกี่ยวกับกระบวนการทางการแพทย์ ขึ้นพื้นฐานที่ต้องใช้ยามที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤติ รวมถึงกฎหมายที่รองรับสิทธิในการเลือกรับบริการสาธารณสุข เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องทำอย่างเร่งด่วน จริงจัง ภายใต้ระบบการจัดการที่มีคุณภาพ

ปัจจุบันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่มีบทบัญญัติในเรื่องของการทำ การุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ มีเพียงการอนุญาตให้ทำพินัยกรรมชีวิต และทำการุณยฆาตเชิงรับได้ เท่านั้น อีกทั้งพระราชบัญญัตินี้ไม่มีการจำกัดขอบเขตการใช้บังคับกฎหมายการุณยฆาตไว้ ทั้งยังมี ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในกรณีการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ

นอกจากนี้ยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ คือ ชาวไทยส่วนใหญ่ยังไม่รู้จักพินัยกรรมชีวิต (Living will) ทั้งที่มีการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวในประเทศไทยมากกว่า 15 ปีแล้ว แต่แทบไม่ปรากฏ ผู้ที่มีพินัยกรรมชีวิตเป็นของตนเองเลย

เมื่อสถานการณ์ฉุกเฉินเกิดขึ้น กรณีคนไข้มาโรงพยาบาลในภาวะไม่รู้สีกตัว เนื่องด้วยเส้นเลือดในสมองแตก, เส้นเลือดหัวใจตีบ หรืออุบัติเหตุร้ายแรงต่างๆ ไม่ว่าจะ เป็นอุบัติเหตุรถยนต์ ไฟฟ้าช็อต จมน้ำ หรือฟ้าผ่า แพทย์ต้องรอให้ญาติคนไข้ปรึกษากันและลงความเห็นว่าจะดำเนินการรักษาต่อไปอย่างไร ซึ่งหลายครั้งก็กินเวลาไปมาก เนื่องจากญาติหลายคน จึงมักมีการโต้เถียงกันด้วย ทำให้ระยะเวลาการรักษาที่ควรทำอย่างฉับไว ต้องยืดออกไปอีก ซึ่งถือเป็นช่วงเวลากำหนดที่ชีวิตของคนไข้ที่มีค่ามาก

ทางการแพทย์แนะนำว่า โรคที่ควรทำพินัยกรรมชีวิตอย่างยิ่ง ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รักษาไม่หาย เช่น หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดในสมองตีบ ตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง โดยความคิดเห็นของนายแพทย์นवल แนะนำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เลือกว่าจะทำการุณยฆาตเชิงรุก เนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทรมานสาหัส และสามารถพยากรณ์โรคได้ง่าย กล่าวคือ เวลาที่จะมีชีวิตอยู่น้อยมาก อีกทั้ง เมื่ออาการทรุดแล้วก็จะไม่สามารถประคับประคองให้กลับมาคุณภาพชีวิตที่ดีดังเดิมได้ ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ ควรทำการุณยฆาตเชิงรับ ก่อนในระยะแรก เนื่องจากมีความเจ็บปวดทรมานน้อยกว่า และ อาจมีชีวิตได้อีก 1 – 2 ปี หรือมากกว่านั้น และเมื่ออาการทรุดตัวลงจนถึงขั้นเจ็บปวดทรมานจนรับไม่ไหว จึงอาจทำการุณยฆาตเชิงรุก¹

ส่วนในกรณีของผู้ป่วยที่เป็น “เจ้าชายนิทรา” หรือทางการแพทย์เรียกว่าสภาพผัก (Vegetative state) คือ ภาวะที่สมองส่วนใหญ่ของผู้ป่วยได้รับความเสียหายอย่างรุนแรง ส่งผลให้สูญเสียการรับรู้และเข้าใจ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องได้รับการดูแลจากผู้อื่นนั้น มาตรา 12 ให้สิทธิบุคคลเหล่านี้ทำได้เพียงการุณยฆาตเชิงรับ กล่าวคือให้อำนาจหน้าที่แก่แพทย์ในการตัดการรักษาเท่านั้น ซึ่งการขาดยา หรือขาดอากาศหายใจจากกระทำดังกล่าว ยังถือเป็นการตายที่ทรมาน และไม่สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่อยู่ในยุคดิจิทัล มีเทคโนโลยีก้าวล้ำทำให้การตายแทบจะไม่ทรมานใดๆ ได้แล้ว ปัญหาจึงอยู่ที่ผู้คนยังคงความเชื่อเดิมๆ ไม่ได้ศึกษาเรื่องนี้ ซึ่งถือเป็นเรื่องใกล้ตัวให้เพียงพอ และไม่ได้ประสบพบเจอกับสถานการณ์จริงว่าการไม่ได้เตรียมการเหล่านั้นนั้น จะต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทรมานเพียงใด ประกอบกับกฎหมายที่ยังไม่ได้หยิบยกขึ้นมาวินิจฉัย พัฒนาให้เท่าทันกับเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ประชาชนชาวไทยจึงยังไม่มีโอกาสได้ทำในสิ่งที่ถือเป็นทางเลือกการตายที่ดีที่สุดนี้ได้

¹ นवल หาญสมุทร. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี.

แม้ปัจจุบันประเทศไทยมีมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่ยังมีปัญหาข้อกฎหมายเรื่องการทำการุณยฆาตอยู่มาก ได้แก่

(1) ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต กฎหมายไทยยังไม่ครอบคลุมไปถึงการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้สิทธิเฉพาะการทำการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น ซึ่งยังเป็นการตายที่เจ็บปวดทรมาน อีกทั้งการตายคือสิทธิส่วนบุคคลที่กฎหมายควรเอื้ออำนวยทางเลือกอันสามารถทำได้ตามยุคสมัย ภายใต้เงื่อนไขที่วางไว้อย่างรัดกุมเพื่อเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของชีวิต

(2) ปัญหาจากการไม่ได้จำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตได้ อาจเนื่องจากมีเพียงการทำการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น จึงไม่ได้วางเงื่อนไขในเรื่องนี้ไว้อย่างรัดกุมอย่างประเทศเนเธอร์แลนด์ แต่ถ้าในอนาคตมีการพัฒนาตัวบทกฎหมายรับรองให้สามารถทำการุณยฆาตเชิงสงบ และเชิงรุก ทั้งกระทำโดยแพทย์และโดยผู้ป่วยเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางมาตรการเหล่านี้อย่างรัดกุม เนื่องจากการทำการุณยฆาตควรเป็นสิทธิของผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย และเพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการใช้การุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์แปรปรวนอื่นๆ ตลอดจนป้องกันการใช้การุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆาตกรรม เพื่อความมุ่งหมายที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนด้วย

(3) ปัญหาการไม่ระบุอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต อาจทำให้ผู้เยาว์ ถูกจำกัดสิทธิในการทำการุณยฆาตโดยผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองได้ แม้ผู้เยาว์จะมีความสามารถจำกัด แต่ในทางการแพทย์มีการประเมินการใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลของมนุษย์ที่สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมไว้ ดังนั้นถ้าในอนาคตมีการพัฒนาตัวบทกฎหมายรับรองให้สามารถทำการุณยฆาตเชิงรับ เชิงสงบ และ เชิงรุก ทั้งกระทำโดยแพทย์และโดยผู้ป่วยเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางมาตรการเหล่านี้เพื่อให้สิทธิแก่ผู้เยาว์อย่างเต็มรูปแบบ

(4) ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันการทำการุณยฆาตเชิงรุก และเชิงสงบในประเทศไทยยังมีความผิดทั้งทางแพ่ง อาญา และจรรยาบรรณวิชาชีพอยู่ จึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ลงมือถอดเครื่องมือนอกแพทย์เอง แต่เบี่ยงเบนความเสี่ยงที่จะต้องรับโทษทางกฎหมายไปที่ญาติผู้ป่วยให้เป็นคนถอดสายเครื่องพุงซีฟ เนื่องจากกฎหมายไทยยังให้ความสำคัญคุ้มครองผู้ลงมือไม่เพียงพอ หากมีกฎหมายใหม่ออกมาชัดเจนแล้ว จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์กล้าทำหน้าที่ของตนได้อย่างมั่นใจ ไม่ต้องกังวลเรื่องการฟ้องร้องจากญาติผู้ป่วยในภายหลัง

จากปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายในเรื่องของประเภทของโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายกับอายุหรือความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต และ ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องทำการศึกษาค้นคว้าอิสระครั้งนี้

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 2.1 เพื่อศึกษาวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาต
- 2.2 เพื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาตของไทยและเนเธอร์แลนด์
- 2.3 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการทำการรณฆาต
- 2.4 เพื่อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการรณฆาต โดยแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

3. ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการรณฆาตในประเทศไทย ปัญหาจากการไม่ได้จำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการรณฆาตได้ ปัญหาการไม่ระบุอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการรณฆาต ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกฎหมายไทยกับประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยผู้ศึกษาจะเจาะลึกไปที่การรณฆาตเชิงรุกและเชิงสงบเป็นพิเศษ เนื่องจากกฎหมายไทยยังครอบคลุมไปไม่ถึง และเห็นควรให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายในส่วนนี้เพื่อประโยชน์ต่อประชาชนชาวไทยอย่างแท้จริง ซึ่งการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายการรณฆาตเชิงรุกในครั้งนี้ควรบัญญัติให้สามารถทำได้ครบทั้ง 3 ประเภท เพื่อให้ประชาชนมีสิทธิเลือกวิธีการตายของตนได้มากที่สุด ทั้งยังเปิดโอกาสให้แพทย์เจ้าของไข้ จิตแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้วินิจฉัยและให้คำแนะนำการตายที่เหมาะสมกับคนไข้รายนั้นมากที่สุดด้วย โดยจะศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทยและกฎหมายเนเธอร์แลนด์ ได้แก่ มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นหลัก และเสนอให้เพิ่มเติมกฎหมายการรณฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ, ศึกษาประมวลกฎหมายอาญาของไทย มาตรา 288, 289, 293 โดยพิจารณายกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาต, ศึกษาหลักกฎหมายทั่วไปที่นำมาใช้กับเรื่องการรณฆาต ได้แก่ หลักความยินยอม และหลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน, พิจารณาข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยจรรยาบรรณแพทย์ในการรักษาคนไข้อย่างสุดความสามารถ ให้มีข้อยกเว้นในส่วนของการทำการรณฆาตโดยชอบ โดยเทียบเคียงกับกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่ได้ตรากฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide หรือเรียกเป็นภาษาไทยว่า พระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย ที่ได้ผ่านการเสนอร่างในปีพ.ศ. 2544 และมีผลบังคับใช้ใน พ.ศ. 2545 ในมาตรา 12 ประกอบกับประมวลกฎหมายอาญาของเนเธอร์แลนด์มาตรา 293 และ 294 ตลอดจนพระราชบัญญัติการฉกฉวยเงินสงเคราะห์ มาตรา 7 ซึ่งกฎหมายเหล่านี้ได้ให้อิสระในการตัดสินใจแก่คนไข้อย่างเต็มที่

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการศึกษา ค้นคว้าวิจัยเอกสาร (Documentary Research) เป็นสำคัญ โดยวิเคราะห์จากตำราทางวิชาการ ตำบทยุทธศาสตร์ไทย ตำบทยุทธศาสตร์เนเธอร์แลนด์ หนังสือ บทความทางวิชาการ งานวิจัย สารนิพนธ์ วิทยานิพนธ์ คำพิพากษาศาลฎีกา รวมถึงข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนได้ทำการสัมภาษณ์ แพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องหลายสาขา ร่วมเสวนาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง

5. คำนิยามศัพท์เฉพาะ

คำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาต มีดังนี้²

5.1 การรณฆาต (Euthanasia) มีที่มาจากภาษากรีก จากคำว่า Eu หมายถึง Good และ Thanatos หมายถึง Death แปลโดยรวมว่า การทำให้เสียชีวิตอย่างสงบโดยมีมนุษยธรรม

5.2 การรณฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือ การยุติการรักษาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการรักษาได้ดำเนินมาถึงขีดสุด และแพทย์หรือผู้ได้รับอนุญาต จึงเลือกวิธีนี้เพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และหลุดพ้นจากความเจ็บปวดของการรักษา เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และถูกกฎหมายในหลายประเทศ

5.3 การรณฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) คือการรณฆาตโดยการยุติ การให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย เป็นวิธีเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

5.4 การรณฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือ การรณฆาตโดยการให้สารหรือวัตถุ เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ทราบวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาต

6.2 ทราบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณฆาตของไทยและเนเธอร์แลนด์

6.3 ทราบปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการทำการรณฆาต

6.4 ได้แนวทางการแก้ไขปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการรณฆาต โดยแก้ไขพระราชบัญญัติ

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

² Thai PBS. “การรณฆาต” คำขอร้องในวาระสุดท้าย. 3 พฤศจิกายน 2565

สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278172>.

บทที่ 2

วิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี และหลักการ ที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต

ผู้ศึกษาได้จำแนกวิวัฒนาการ แนวคิด ทฤษฎี และหลักการที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตที่น่าสนใจไว้ 10 ประการ ได้แก่ วิวัฒนาการของการทำการุณยฆาต แนวคิดเกี่ยวกับความตาย ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์ของสำนักประโยชน์นิยม ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา กฎหมายอาญาไทยกับการทำการุณยฆาตโดยสมัครใจ หลักกฎหมายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาต หลักการจำแนกประเภทของการุณยฆาต หลักการของผลลัพธ์สองด้าน สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชน และการยอมรับการุณยฆาตในประเทศต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. วิวัฒนาการของการทำการุณยฆาต

การกระทำการุณยฆาตนั้นมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่น ในประเทศจีนและประเทศอินเดีย ยุคโบราณจะมีการฆ่าทารกเพศหญิงที่เพิ่งเกิด เพราะเห็นว่าการเกิดเป็นหญิงมีแต่จะสร้างความลำบากให้กับตนเองและครอบครัว โดยจะต้องคอยรับใช้ผู้อื่นไปตลอดชีวิตและจะทำให้ครอบครัวต้องยากจนลง การทำการุณยฆาตจึงไม่ถือว่าเป็นการกระทำความผิดในสังคมนั้นๆ³ ในสมัยกรีกโบราณก็มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการุณยฆาตอยู่บ้าง กฎหมายของชาวสปาร์ตาริยยอมให้ฆ่าทารกที่เกิดมาแล้วดูอ่อนแอไม่แข็งแรง ในสังคมโบราณบางแห่งมีการให้ผู้สูงอายุสมัครใจที่จะตาย⁴ นักปรัชญากรีกในยุควิทยายุคโบราณส่วนมากจะมีแนวความคิดที่เห็นด้วยและสนับสนุนให้มีการกระทำการุณยฆาต โดยเห็นว่าการกระทำการุณยฆาตเป็นเรื่องธรรมดา มิใช่เป็นเรื่องที่ผิดแต่เป็นสิ่งที่พึงกระทำได้ เนื่องจากคนในสังคมสมัยกรีกโบราณเห็นว่าความตายเป็นเพียงปรากฏการณ์ตามธรรมชาติอย่างหนึ่งของชีวิต จึงไม่มีแนวความคิดต่อต้านความตาย

³ ผดุงกิจ อรรถกิจไพบูลย์. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยศรีปทุม, กรุงเทพมหานคร. 2555. หน้า 29. อ้างใน อารยา เนื่องจำนงค์. ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต (งานนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. 2560. หน้า 5.

⁴ จงกล กุศลัน. การคุ้มครองสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, กรุงเทพมหานคร. 2548. หน้า 45.

นักปรัชญากรีกที่มีชื่อเสียงที่เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต อาทิ โสกราตีส (Socrates) มีความเห็นในเรื่องของเด็กที่เกิดมาพิการในทางร่างกายหรือจิตใจ กับเด็กที่ป่วยด้วยโรคร้ายที่ไม่อาจรักษาได้ว่าจะทำให้เด็กนั้นๆ ตายไปเสีย ไม่ควรจะให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เพลโต (Plato) มีความเห็นเช่นเดียวกับ “โสกราตีส” อริสโตเติล (Aristotle) มีความเห็นว่ารัฐในอุดมคตินั้น ไม่ควรที่จะปล่อยให้เด็กที่มีความบกพร่องทางร่างกายหรือพิการอยู่ต่อไป⁵ เมื่อพิจารณามุมมองเกี่ยวกับการทำการุณยฆาตของนักปรัชญากรีกทั้งสามท่าน ทั้งโสกราตีส เพลโต และ อริสโตเติล ล้วนเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ไม่ต่อต้านแต่เห็นถึงความจำเป็นในการทำการุณยฆาตในบางกรณี ทั้งนี้ เพื่อความสมบูรณ์แบบของสังคม

สำหรับชาวโรมันโบราณแล้ว อัตวินิบาตกรรมเป็นสิ่งที่กฎหมายอนุญาตโดยส่วนใหญ่ ยกเว้นพวกทาส อาชญากร และทหาร โดยมองว่าเป็นชัยชนะเหนือโชคชะตา นักปราชญ์ชาวโรมันย้าว่าความสามารถในการทำอัตวินิบาตกรรมคือ “ความได้เปรียบที่ยิ่งใหญ่ที่สุด” ที่เทพเจ้าประทานแก่มนุษย์ชาติ⁶ การยกเว้นไม่ให้ทาส อาชญากร และทหารทำการุณยฆาตได้นั้น แสดงให้เห็นถึงการไม่มีสิทธิในชีวิตอย่างเต็มที่ของคนเหล่านั้น เนื่องจากถูกปกครองโดยผู้มีอำนาจบังคับบัญชาที่ถือว่าเป็นเจ้าของชีวิต ในขณะที่บุคคลทั่วไปย่อมมีสิทธิในชีวิตร่างกายของตนอย่างสมบูรณ์ ไม่ตกอยู่ภายใต้อำนาจของผู้ใด จึงมีสิทธิที่จะตัดสินใจทำการุณยฆาตได้อย่างอิสระ

การอุบัติขึ้นของศาสนาคริสต์ในศตวรรษที่หนึ่ง คือปัจจัยสำคัญที่มีส่วนในการเปลี่ยนแปลงไปในประวัติศาสตร์ของการุณยฆาตอีกอย่างหนึ่ง เพราะค่านิยมพื้นฐานของชาวคริสต์เกี่ยวกับความตายคล้ายกับหลักของศาสนายิว แม้จะไม่มี การประณามอัตวินิบาตกรรมอย่างเปิดเผยแต่ในช่วงศตวรรษหลังๆ ที่บาทหลวงประจำโบสถ์อ้อนูมานจากหลักคำสอนของพระเยซูว่า อัตวินิบาตกรรมขัดกันกับกฎของพระเจ้า⁷ ข้อสังเกตจากข้อมูลทางประวัติศาสตร์คือ การยุติชีวิตก่อนอายุขัยเปลี่ยนแปลงจากการอิงอยู่บนความต้องการพื้นฐานของชีวิต มาเป็นความเชื่อและศรัทธา โดยเฉพาะในทางเทววิทยา และศาสนา จะเห็นได้ว่า

⁵ ผดุงกิจ อรรถกิจไพบูลย์. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศีลธรรมการุณยฆาต. หน้า 29.

⁶ E. J. Larson and E. W. Amundsen, A Different Death: Euthanasia and Christian Tradition (Illinois: Intervarsity Press, 1998), 31, quote in I. Dowbiggin, A concise History of Euthanasia Life, Death, God, and Medicine, อังโน อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. (ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุชนิพนธ์บัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2564. หน้า 93.

⁷ อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. (ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุชนิพนธ์บัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2564. หน้า 96.

กฎเกณฑ์และกติกาทางสังคมถูกตีกรอบไว้ด้วยหลักการทางศาสนาทั้งสิ้น การไม่ปฏิบัติตามกรอบความคิดเหล่านี้นอกจากจะมีความผิดทางจารีตปฏิบัติแล้วยังมีโทษตามกฎหมายบ้านเมืองอีกด้วยพลังของเทววิทยาและศาสนาสามารถค้ำจุนให้การยุติชีวิตบางรูปแบบสามารถเป็นสิ่งที่ทำได้ดังจะเห็นได้จากการที่ศาสนิกชนจำนวนมากทำอัตวินิบาตกรรมโดยยกเหตุผลแห่งการรักษาศรัทธาในศาสนาขึ้นมากระทำได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ในยุคกลางนี้การยุติชีวิตก่อนสิ้นอายุขัยทั้งการทำอัตวินิบาตกรรมหรือการทำการุณยฆาตต่างอยู่ภายใต้กรอบความรู้ทางเทววิทยาและศาสนาซึ่งมีวาทกรรมทางศาสนาในรูปแบบต่างๆ คอยกำกับให้สังคมยุคกลางคิดและประพฤติปฏิบัติได้เท่าที่ไม่ขัดกับจารีตทางศาสนา แม้พระคัมภีร์จะไม่ได้มีการกล่าวถึงโดยตรง แต่สถาบันที่มีความชอบธรรมในการกำหนดวาทกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นนักบวช นักบุญ ผู้นำทางศาสนาในศาสนจักร กวีหรือนักประพันธ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบตามกฎหมายบ้านเมือง หรือแม้แต่แพทย์ ต่างยอมรับประเด็นดังกล่าวนี้ไปในทิศทางเดียวกันทำให้กำหนดวิธีคิดของสังคมยุโรปในช่วงเวลานั้นอย่างมีประสิทธิภาพ⁸ รูปแบบความคิดนี้ไม่เพียงเกิดขึ้นกับศาสนาคริสต์เท่านั้นแต่ในทางพุทธศาสนาก็มีโครงสร้างที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การฆ่าตัวตายหรือการทำการุณยฆาตเพื่อความต้องการโดยธรรมชาติของตนนั้นผิดบาป แต่จะไม่บาปหากทำเพื่อความเชื่อและความศรัทธาต่อศาสนา ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญคือหลักคิดเหล่านี้ไม่ได้ปรากฏอยู่ในพระคัมภีร์หรือพระไตรปิฎกแต่เป็นการสร้างวาทกรรมขึ้นจากนักบวชที่เป็นผู้นำทางศาสนาไปตามนิกายต่างๆ ซึ่งจะเป็นการบิดเบือนคำสอนหรือไม่ จะได้ทำการศึกษาในส่วนของพุทธศาสนาในลำดับถัดไป

ช่วงระหว่างศตวรรษที่ 15 ไปจนถึงการสิ้นสุดของสงครามศาสนาในศตวรรษที่ 17 ทั่วโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งทวีปยุโรปได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เมื่อรัฐราชาธิปไตยที่ปฏิเสธอำนาจศาสนจักร (secular state) อย่าง สเปน ฝรั่งเศส และอังกฤษผงาดขึ้นมาเป็นพลังทางการเมืองที่มีพลานุภาพในขณะเดียวกันอำนาจในการกำกับเรื่องราวทางโลกของพระสันตปาปาเริ่มถดถอย การสำรวจโลกนวัตกรรมทางเทคโนโลยี ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และแนวคิดบุกเบิกอาณานิคมเริ่มเฟื่องฟู การโต้แย้งเรื่องการุณยฆาตคือสิ่งหนึ่งที่ปรากฏอยู่ท่ามกลางความปั่นป่วนทางวัฒนธรรมแห่งยุคสมัยใหม่นี้⁹ ในทางวิทยาศาสตร์แนวคิดแบบยุคกลางและยุคโบราณก็ถูกแทนที่ด้วยกระบวนทัศน์แบบนิวตัน (Newtonian paradigm) ซึ่งระบุว่าจักรวาลที่มีดวงอาทิตย์เป็นศูนย์กลางถูกควบคุมโดยกฎคณิตศาสตร์ที่เป็นสากลเรื่องแรงโน้มถ่วง ในแง่นี้จึงอาจนับว่าเป็นส่วนหนึ่งของจุดเริ่มต้นในการตั้งคำถาม ตั้งข้อสงสัยต่อแนวคิดความเชื่อแบบเทววิทยาและศาสนาในยุคกลาง ด้วยเหตุนี้เองที่นักปฏิรูปในวงการวิทยาศาสตร์ ไม่เห็นด้วยกับการยึดหลักความเชื่อเก่าแก่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์

⁸ “เรื่องเดียวกัน”. หน้า 100-101.

⁹ “เรื่องเดียวกัน”. หน้า 101.

ที่ควบคุมโลกที่ถูกสร้างขึ้นของพระเจ้าซึ่งพิสุจน์แล้วว่าเป็นสิ่งที่ผิดมาโดยตลอด ดังนั้นในประเด็นของศีลธรรมก็ถูกตั้งคำถามว่าแท้ที่จริงแล้วกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมทั้งหมดที่เคยมีมาในยุคกลางซึ่งมีแกนกลางของการเผยแพร่โดยศาสนจักรนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและสมบูรณ์สูงสุดจริงหรือไม่ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานี้จึงพบเห็นได้ว่าสำหรับเรื่องศีลธรรมเกี่ยวกับมโนทัศน์เรื่องชีวิตมนุษย์นั้น ถ้าเป็นเรื่องการตั้งคำถามว่าควรใช้หลักปฏิบัติใดนำทางชีวิตของชาวคริสต์ในกรณีของการยุติชีวิตก่อนสิ้นอายุขัยหรือการทำอวัยวะบริจาคกรรมกรณียภาพ ผู้นำการปฏิวัติวิทยาศาสตร์ในยุคสมัยหลังจากยุคกลางก็เลือกที่จะนิ่งเฉยกับการกระทำดังกล่าวมากกว่าการประนามอย่างชัดเจน¹⁰ เนื่องจากในยุคเรื่องปัญญาหรือยุครู้แจ้ง (enlightenment era) ตลอดจนการเข้าสู่ยุคสมัยใหม่นี้ ความเชื่อในค่านิยมทางศาสนาที่เคยเป็นที่ยอมรับเกี่ยวกับการต่อต้านอวัยวะบริจาคกรรมกรณียภาพเริ่มหมดสิ้นลงอย่างรวดเร็ว นักคิดร่วมสมัยในยุคนี้มั่นใจว่ากฎหมายที่แฝงนัยทางศาสนาเพื่อควบคุมเรื่องอวัยวะบริจาคกรรมกรณียภาพนั้นไม่ยุติธรรม ผลก็คือช่วงต้นทศวรรษที่ 17 ผู้พิพากษาเริ่มตัดสินเหตุผลเบื้องหลังการทำอวัยวะบริจาคกรรมกรณียภาพที่ที่อ่อนลง¹¹ จนกระทั่งในปัจจุบันมีหลายประเทศทั่วโลกออกกฎหมายให้การทำกรณียภาพสามารถทำได้ภายใต้การกำกับดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีเครื่องมือที่ทันสมัย และผ่านกระบวนการทางกฎหมายอย่างรัดกุม

2. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

พิจารณาในแง่ของแนวคิดความตายทางจิตวิทยา และ แนวคิดความตายทางพระพุทธศาสนา
ดังนี้

2.1 แนวคิดความตายทางจิตวิทยา

แนวคิดเกี่ยวกับความตายทางจิตวิทยานั้น มีนักคิดได้วิเคราะห์ถึงเรื่องนี้ไว้อย่างน่าสนใจ ได้แก่ แนวคิดความตายทางจิตวิทยาของซิกมันด์ ฟรอยด์ และ พัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาขั้นสุดท้ายของแอริค ฮอเมอร์เกอร์ แอริคสัน ดังนี้

¹⁰ I. Dowbiggin, A concise History of Euthanasia Life, Death, God, and Medicine, 21. อ้างใน อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. (ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุชนิพนธ์จิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2564. หน้า 102.

¹¹ Ibid. 32 อ้างใน อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา (ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุชนิพนธ์จิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2564. หน้า 105.

2.1.1 แนวคิดความตายทางจิตวิทยาของซิกมันด์ ฟรอยด์

ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud 1856-1939) จิตแพทย์ชาวออสเตรีย ตรรกะหรือเหตุผลพื้นฐานของเขาก็คือ สิ่งหนึ่งเราไม่สามารถจะจินตนาการได้ว่ามันคืออะไร เมื่อเราไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งนั้น ฟรอยด์เชื่อว่า ในจิตใต้สำนึกของเรา พวกเราเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับความเป็นอมตะของตัวเอง ดังนั้นเป็นการยากที่เราจะเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับการตาย¹² ซิกมันด์ ฟรอยด์ได้อธิบายความต้องการที่จะตายของมนุษย์ไว้ว่า แรงจูงใจของมนุษย์ขึ้นอยู่กับพลังจิตที่เกิดจากความต้องการของร่างกาย และพลังงานดังกล่าวจะได้รับการใช้ในกระบวนการทางจิต เพื่อลดความเครียด หรือความตื่นตัวที่เกิดจากความต้องการของร่างกาย ในแนวคิดของฟรอยด์ กระบวนการทางจิตดังกล่าวอยู่ในรูปของสัญชาตญาณ และสัญชาตญาณจะเป็นตัวก่อให้เกิดการทํากิจกรรมต่างๆ โดยฟรอยด์ได้แบ่งสัญชาตญาณออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) สัญชาตญาณการมีชีวิตอยู่ (life instincts) หรือ Eros เป็นสัญชาตญาณแห่งการมีชีวิตรอด และการดำรงเผ่าพันธุ์ โดยมีสัญชาตญาณทางเพศ (sexual instincts) ทำหน้าที่สำคัญในการจัดระบบพลังงานจิต และพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล และ 2) สัญชาตญาณแห่งความตาย (death instincts) หรือ Thanatos เป็นสัญชาตญาณที่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์เช่นเดียวกับสัญชาตญาณการมีชีวิตอยู่ จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำลายล้าง ความก้าวร้าว ความทารุณโหดร้าย การฆ่าตัวตาย การฆาตกรรม และเป็นแรงขับให้มนุษย์แสวงหาความตาย ฟรอยด์กล่าวว่า เป้าหมายสุดท้ายของทุกชีวิตคือความตาย และภายในจิตไร้สำนึกของมนุษย์มีความปรารถนาที่จะตาย แต่จากกฎของ Entropy ที่เน้นว่าระบบพลังงานทั้งหลายจะแสวงหาสภาวะแห่งความสมดุลเสมอ ฟรอยด์ได้อธิบายกระบวนการทำงานถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่าเกิดปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง 2 ระบบพลังงาน คือ 1) Cathexis ทำหน้าที่ในการใช้พลังจิตไปยังวัตถุเป้าหมาย เพื่อให้สัญชาตญาณได้รับความพึงพอใจ และ 2) Anticathexis ทำหน้าที่ในการขัดขวางไม่ให้สัญชาตญาณได้รับความพึงพอใจ การทำงานร่วมกันของทั้งสองระบบพลังงานก่อให้เกิดกระบวนการซึ่งทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์¹³

¹² Public Anthropology. ความรู้ความคิดและมุมมองทางมานุษยวิทยาเพื่อคนที่สนใจ. 1 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก http://nattawutsingh.blogspot.com/2013/09/blog-post_2037.html.

¹³ ประภัสสร รัตนพันธ์. ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรณขมาผู้ป่วยที่ลี้หนีหวังในการรักษา (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร. 2565. หน้า 27-28.

2.1.2 พัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาขั้นสุดท้ายของเอริก ฮอมเบอร์เกอร์ แอริคสัน

สิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ (Physical) ทางสังคม (Social) ทางวัฒนธรรม (Cultural) และทางความคิด (Ideational) เข้ามามีอิทธิพลกับพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ตั้งแต่แรกเกิดจนชรา ซึ่งส่งผลต่อความคิดริเริ่ม ความสามารถในการปรับตัว บุคลิกภาพและพฤติกรรมต่างๆ แอริก ฮอมเบอร์เกอร์ แอริคสัน (Erik Homburger Erikson) เป็นนักจิตวิทยาคลินิกชาวเยอรมนี เขาพบว่าพัฒนาการทางจิตวิทยาของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงเหมือนกับโครงสร้างทางกายภาพ ร่างกาย มุมมองของแอริคสันจึงเน้นพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมร่วมกัน นั่นคือการเจริญเติบโตทางร่างกาย และสิ่งแวดล้อมจะมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการทางจิตใจ และบุคลิกภาพ ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ ทฤษฎีของแอริคสันนี้มีพื้นฐานสืบเนื่องมาจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ จุดเด่นของแอริคสันคือมุมมองพัฒนาการมนุษย์ตลอดช่วงอายุขัย ซึ่งแอริคสันมองพัฒนาการของบุคคลคนหนึ่งในลักษณะองค์รวม (Wholeness/Holistic) ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งสิ้นอายุขัย ซึ่งโมเดลนี้แบ่งพัฒนาการของบุคคลไว้ 8 ขั้น¹⁴ ซึ่งแนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับกรณีศึกษารูณขมาตคือขั้นที่ 8 ในส่วนพัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาขั้นสุดท้าย ได้แก่ ความมั่นคงทางจิตใจ กับความสิ้นหวัง (Integrity vs Despair) มนุษย์ในช่วงอายุ 65 ปี ถึง บั้นปลายชีวิต เป็นระยะที่หันเหความสนใจจากอนาคตไปสู่อดีต คิดถึงความสำเร็จในชีวิต และเกิดความภูมิใจ หากรู้สึกประสบความสำเร็จในชีวิต ช่วงนี้จะเป็นช่วงที่ทำงานลดลง เพื่อค้นหาชีวิตวัยเกษียณ ในทางกลับกัน ถ้ามองว่าชีวิตที่ผ่านมาไม่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกผิดเกี่ยวกับอดีตที่ไม่อาจกลับไปแก้ไขเรื่องราวต่างๆ ได้ และไม่พอใจกับชีวิต อาจสร้างความสิ้นหวังซึ่งส่งผลต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หรือรู้สึกล้มเหลว มีความหวาดระแวง กลัวการถูกทอดทิ้ง จนนำไปสู่การกลัวความตายในที่สุด อย่างไรก็ตามหากประสบความสำเร็จในชีวิตจะนำไปสู่ลักษณะคือ ปัญญา เพื่อให้มองย้อนหลังถึงชีวิตด้วยความรู้สึกสมบูรณ์ และยอมรับความตายโดยปราศจากความกลัว โดยผู้ที่ฉลาดจะมีทั้งความมั่นคงและความสิ้นหวังอย่างสมดุลกัน¹⁵

ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาขั้นสุดท้ายของเอริกสันสะท้อนให้เห็นว่า อายุและการประสบความสำเร็จในชีวิตของบุคคล มีผลต่อมุมมองเรื่องความตาย และการทำการุณขมาตนั่นเอง

¹⁴ ห้องสมุดบ้านจอมยุทธ. จิตวิทยาพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น. 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565

สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/TuzVo>.

¹⁵ The YouDee Project. ทฤษฎีจิตสังคมของ Erik Erikson. 1 ธันวาคม พ.ศ. 2565

สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/6R1Vz>.

2.2 แนวคิดความตายทางพระพุทธศาสนา

ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยเป็นพุทธศาสนิกชน จึงกล่าวถึงแนวคิดตามพระพุทธศาสนาเป็นหลัก โดยจำแนกความตายที่เกิดจากการฆ่าโดยบุคคลอื่น และความตายที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย ดังนี้

2.2.1 การฆ่าในพุทธศาสนา

พุทธศาสนามีศีลเบื้องต้น 5 ข้อ ในศีลข้อแรกซึ่งว่าด้วยการงดเว้นการฆ่าสัตว์หรือการพรากชีวิตอื่นนั้นเป็นสิกขาบทที่พุทธศาสนิกชนทั้งหลายมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดี แม้เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า คนทั่วไปซึ่งดำรงชีวิตตามปกติจะอยู่ห่างไกลจากการละเมิดศีลในข้อนี้ แต่เมื่อพิเคราะห์ดูอย่างถี่ถ้วนแล้วหลักการของศีลข้อนี้ที่ว่าด้วยการงดเว้นปาณาติบาตกรรมนั้น ไม่ได้เป็นศีลซึ่งมีเนื้อหาที่มีความตื่นเขินและเข้าใจได้ง่ายอย่างที่เข้าใจกัน ในทางตรงกันข้ามศีลซึ่งว่าด้วยการงดเว้นปาณาติบาตกรรมนี้ก็กลับมีเงื่อนไขที่มีความสลับซับซ้อนและแง่มุมในทางปรัชญาแฝงอยู่ในนั้นไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็นหลักวิธีการวินิจฉัยการละเมิดปาณาติบาตกรรม ระดับของโทษหรือบาปเคราะห์ที่ได้รับ รวมไปถึงปรัชญาในเชิงจริยศาสตร์ที่วางอยู่เบื้องหลังการเกิดขึ้นของศีลในข้อนี้¹⁶ การวินิจฉัยว่าการกระทำใดเป็นปาณาติบาตกรรมหรือไม่นั้นต้องวินิจฉัยโดยพิจารณาองค์ประกอบ ของการทำปาณาติบาตว่าเกิดขึ้นครบถ้วนหรือไม่ หากเกิดขึ้นครบถ้วนแล้วจึงจะถือว่าเป็นปาณาติบาตกรรมแล้ว โดยองค์ประกอบเช่นว่านั้นได้แก่¹⁷ ประการที่หนึ่ง ปาโณ หมายถึงสัตว์นั้นมีชีวิต ประการที่สอง ปาณสญฺฐิตา หมายถึงรู้ว่าสัตว์นั้นมีชีวิต ประการที่สาม วรกเจตนา หมายถึงมีเจตนาจะฆ่า ประการที่สี่ วรกปโยโค หมายถึง มีความพยายามที่จะฆ่า และประการสุดท้าย เตน มรณฺ หมายถึงสัตว์ นั้นตายด้วยเจตนาที่คิดจะฆ่าดังกล่าวมานั้น ในแง่นี้ทำให้เห็นว่าการพิจารณาว่าการกระทำใดปาณาติบาตกรรมหรือไม่นั้นไม่อาจที่จะพิจารณาเพียงผลลัพธ์คือความตายที่เกิดขึ้นเท่านั้นแต่ยังมีปัจจัยที่สำคัญไม่แพ้กันคือเจตนาและการรับรู้ถึงข้อเท็จจริงในการกระทำของผู้กระทำร่วมด้วย¹⁸ หากผู้กระทำมีเจตนาที่จะช่วยให้ผู้อื่นพ้นจากความเจ็บปวดทรมานแต่การช่วยนั้นต้องอาศัยการฆ่า เช่นนี้การวินิจฉัยว่าการกระทำนั้นมีระดับของโทษหรือบาปเคราะห์เทียบเท่ากับการฆ่าด้วยความโกรธแค้นเกลียดชังก็คงไม่สมเหตุสมผลและไม่เป็นธรรม

¹⁶ อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วมการแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. หน้า 194.

¹⁷ มงคลทีปนี, มงคลตถทีปนี ปฐโม ภาค. กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, 2522, หน้า 201.

¹⁸ อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วมการแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. หน้า 196.

2.2.2 อัตตวิวินิจฉัยกำหนดวาระความตายในพระพุทธศาสนา

การฆ่าตัวตายในพระพุทธศาสนานั้นปรากฏให้เห็นอยู่หลายสถานการณ์ด้วยกัน ยกตัวอย่างเหตุการณ์สำคัญ 2 เหตุการณ์ ได้แก่ การเสด็จดับขันธปรินิพพานของพระพุทธเจ้า และการฆ่าตัวตายของหมู่พระภิกษุในครั้งพระพุทธกาล ดังนี้

1) การเสด็จดับขันธปรินิพพานของพระพุทธเจ้า มหาปรินิพพานสูตร ในพระไตรปิฎกเล่มที่ 10 เป็นหลักฐานทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญที่สุด ที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์นับตั้งแต่สามถึงสี่เดือนก่อนวันสุดท้ายของพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เหตุการณ์ที่สำคัญระหว่างพรรษา คือ การประชวรด้วยอาการปวดอย่างรุนแรงจนเกือบสิ้นพระชนม์ แต่ทรงเอาชนะความเจ็บปวดด้วยความอดทน และระลึกว่ายังไม่ได้ตรัสอภิสภาวพุทธบริษัททั้งหลาย แต่ทรงปลงอายุสังขารที่จะเสด็จปรินิพพานตามคำเชิญของพญามารว่า “มารผู้มีบาป ท่านจงอย่ากังวลเลย อีกไม่นาน การปรินิพพานของตถาคตจะมีจากนี้ไป อีก 3 เดือน” จนเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ ต่อมาพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ทรงรับอาหารบิณฑบาตที่บ้านนายจุนทะ กัมมาบุตร ผู้ตั้งใจถวายอาหารจานพิเศษ มีชื่อว่า “เนื้อหมูอ่อน” (สุกรมัททวะ) ซึ่งภายหลังที่รับประทานไปแล้ว ดำริกับนายจุนทะว่า ไม่ทรงเห็นผู้ใดเลยในโลกนี้ที่จะสามารถย่อยอาหารนี้ได้ นอกจากพระองค์เอง จึงสั่งให้นายจุนทะนำอาหารทั้งหมดที่เหลือไปฝังดินทิ้งเสีย หลังจากที่ดินอาหารนั้นแล้วทรงประชวรถ่ายออกมาเป็นเลือด (โลหิตปักขันทิกา) ซึ่งจากคำศัพท์หมายถึงการพรั่งพรูของเลือดออกมาจากทางทวารหนัก ต่อจากนั้นเป็นเรื่องราวปาฏิหาริย์ของการถวายผ้าสังคิรณ อันเป็นผ้าสีเหมือนทองของนายกองเกวียนสองคน เมื่อทรงห่มผ้านี้แล้ว พระฉวีวรรณเกิดผุดผ่องขึ้นเอง ซึ่งทรงอธิบายว่า เป็นธรรมดาของพระพุทธเจ้าที่จะมีผิวพรรณสว่างไสวหลังจากตรัสรู้ใหม่ และก่อนที่จะเสด็จเข้ามหาปรินิพพาน นักวิชาการและนักประวัติศาสตร์ส่วนใหญ่ มักมุ่งไปที่อาหารมื้อสุดท้ายของพระพุทธเจ้า ว่าเป็นอาหารที่ทำมาจากเห็ดชนิดหนึ่งที่เป็นพิษ การที่มีสมมติฐานว่า “สุกรมัททวะ” เป็นเห็ดชนิดหนึ่ง ก็เนื่องจากรากศัพท์ว่า “สุกรได้แก่หมู” และ “มัททวะแปลว่าอ่อนหรือนิ่ม” เมื่อนำมาสมาสกันทำให้ได้อีกความว่า “นิ่มสำหรับหมู” คือเป็นอาหารชนิดหนึ่งที่หมูชอบ เพราะความนิ่มของมัน¹⁹ ในทางการแพทย์เห็นว่าข้อเท็จจริงที่ปรากฏในพระไตรปิฎกมีความเป็นไปได้อย่างสอดคล้องกัน เนื่องจากการรับประทานเห็ดพิษจะส่งผลให้เกิดภาวะตับวายเฉียบพลัน ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะลดลง อวัยวะต่างๆ ไม่ทำงาน และปรินิพพานในที่สุด การที่พุทธสาวกเข้าใจว่าพระพุทธเจ้ามีผิวพรรณสว่างไสวก่อนที่จะเสด็จเข้ามหาปรินิพพาน ก็คืออาการตัวเหลืองของภาวะตับวายเฉียบพลันจากการรับประทานเห็ดพิษนั่นเอง²⁰

¹⁹ ศิลปวัฒนธรรม. พระพุทธเจ้าปรินิพพานด้วยโรคอะไร?. 27 พฤษภาคม 2567

สืบค้นจาก https://www.silpa-mag.com/history/article_10377.

²⁰ นवल หาญสมุทร. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. 27 พฤษภาคม 2567

สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี.

จากข้อมูลที่ปรากฏในพระไตรปิฎก เห็นได้ว่าพระพุทธเจ้ามีความสามารถที่จะดำรงชีพอยู่ต่อไปหรือไม่ก็ได้ แต่พระองค์เลือกที่จะไม่ดำรงชีพต่อไป แต่กลับเลือกที่จะฉันทัน “สุกรมัททวะ” ทั้งที่รู้ว่าอาหารจานนี้เป็นพิษถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ กระบวนการเช่นนี้หากพิจารณาในแง่ของการทำการุณยฆาต ถือเป็นทำการุณยฆาตเชิงรุก คือใช้เห็ดซึ่งมีสารพิษแรงให้ตาย ทั้งนี้การุณยฆาตเชิงรุกรุนั้น สามารถจำแนกออกได้เป็นสองประเภทย่อย ประเภทแรก คือการให้ผู้อื่นทำให้ตายโดยใช้สารพิษ กับประเภทที่สอง คือการที่ผู้ป่วยหยิบยาพิษกินเอง ซึ่งการเสด็จเข้ามาหาปรีณิพพานของพระพุทธเจ้า คือการทำการุณยฆาตเชิงรุกประเภทที่สอง ดังนี้ หากพุทธศาสนิกชนที่มีภาวะเจ็บป่วย การทำการุณยฆาตจึงไม่เป็นการกระทำที่ขัดกับหลักคำสอนในพระพุทธศาสนา เนื่องจากพระพุทธเจ้าผู้ซึ่งเป็นพระศาสดาของศาสนาพุทธได้ทำการุณยฆาตมาก่อน จึงถือว่าการทำการุณยฆาตเป็นสิ่งที่ชอบตามหลักพระพุทธศาสนาแล้ว

2) การอรรถวินิบาตกรรมของพระภิกษุในครั้งพุทธกาล การอรรถวินิบาตกรรมของพระภิกษุในสมัยพุทธกาลได้มีปรากฏในพระไตรปิฎกอยู่หลายกรณี นอกจากฆ่าตัวเองแล้วยังมีการให้ผู้อื่นปลิดชีวิตตนด้วย ปรากฏในพระไตรปิฎกเล่มที่ 1 สรุปความว่า ภิกษุทั้งหลายพากันประกอบความเพียรในการเจริญอสุภกัมมฐาน กระทั่งเกิดความรู้สึกรังเกี้ยว รังเกียจร่างกายของตน จึงฆ่าตัวตายเองบ้าง ใช้กันและกันให้ฆ่าบ้าง ภิกษุบางกลุ่มพากันเข้าไปหาตณณมคคลิณทิกกะ บอกว่า “ขอโอกาสหน่อยเถิด ท่านช่วยฆ่าพวกอาตมาที่เกิด บาตรและจีวรนี้จักเป็นของท่าน” ... ครั้นตณณมคคลิณทิกกะได้ทราบว่าเป็นลาภเป็นโชคของเรา เราได้สั่งสมบุญไว้มากที่ได้ช่วยส่งคนที่ยังไม่พ้นทุกข์ให้ข้ามพ้นทุกข์ได้ จึงถือดาบคมกริบเข้าไปบริเวณวิหารกล่าวว่า “ใครที่ยังไม่พ้นทุกข์ ข้าพเจ้าจะช่วยให้ใครพ้นทุกข์ได้บ้าง” ในภิกษุเหล่านั้น พวกภิกษุผู้ยังมีราคะ เกิดความหวาดกลัวจนพองสยองเกล้า ส่วนพวกภิกษุผู้ไม่มีราคะ ย่อมไม่หวาดกลัว ไม่พองสยองเกล้า เวลานั้น เขาฆ่าภิกษุวันละ 1 รูปบ้าง 2 รูปบ้าง 3 รูปบ้าง 4 รูปบ้าง 5 รูปบ้าง 6 รูปบ้าง 7 รูปบ้าง 8 รูปบ้าง 9 รูปบ้าง 10 รูปบ้าง 20 รูปบ้าง 30 รูปบ้าง 40 รูปบ้าง 50 รูปบ้าง 60 รูปบ้าง²¹

ทั้งนี้จากการได้ศึกษาค้นคว้าไปถึงที่มาในการเสนอร่างกฎหมายเรื่องการุณยฆาตของไทย พบว่าต้นเหตุของปัญหานี้คือความเชื่อทางศาสนา ที่สอนว่าการฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าผู้อื่นเป็นบาป เพราะผิดศีลข้อ 1 จึงพยายามเลี่ยงให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้เพียงเท่าที่ไม่ขัดกับหลักธรรมคำสอนดังกล่าว ซึ่งจุดเริ่มต้นที่สำคัญคือท่านอาจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส หนึ่งในคณะกรรมการร่างมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ท่านเป็นศิษย์ของท่านพุทธทาสภิกขุ ซึ่งมีความเป็นมาที่เกี่ยวข้องกัน ดังนี้

²¹ พระไตรปิฎกออนไลน์ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 45 เล่ม. พระไตรปิฎกเล่ม 1 พระวินัยปิฎก มหาวีถังค์ ปาราชิกศึกษา บทที่ 3 ข้อที่ 162,163 ปฐมบัญญัตินิทาน ว่าด้วยการพรากกายมนุษย์. 29 พฤษภาคม 2567 สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/w4KCA>.

จากพินัยกรรมท่านพุทธทาสภิกขุ ถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) แม้จะมีการจัดทำพินัยกรรมการจัดการศพไว้เป็นที่เรียบร้อย แต่หลังการอาพาธหนักครั้งสุดท้าย เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ. 2536 กลับทำให้เกิดความขัดแย้งในหมู่ผู้ศรัทธาเกี่ยวกับการดูแลรักษาท่านพุทธทาสภิกขุในระยะท้ายของชีวิต ซึ่งในอีกด้านหนึ่งกลับกลายเป็นแรงบันดาลใจให้ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส อดีตอาจารย์ประจำคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หันมาสนใจในการขับเคลื่อนกฎหมายที่ว่าด้วยการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will) และการส่งเสริมกระบวนการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ดังปรากฏเป็นผลสำเร็จใน มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่ง ศาสตราจารย์แสวง ได้เล่าถึงแรงบันดาลใจที่ได้รับจากกรณีของท่านพุทธทาสภิกขุว่า ในปี พ.ศ. 2545 มีการริเริ่มร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550 ขึ้นมา มีการเขียนเรื่องการแสดงเจตนาในระยะท้ายของชีวิต (Living Will) ศาสตราจารย์แสวงได้เข้าไปเป็นกรรมการร่างกฎหมายมาตรา 12 โดยมีแรงบันดาลใจจากกรณีท่านพุทธทาสภิกขุ ซึ่งเป็นพระอาจารย์ของตน โดยท่านพุทธทาสได้เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ในเรื่องของการจัดงานศพ แต่สิ่งหนึ่งที่ท่านพูดด้วยวาจาคือเรื่องเจ็บป่วย ว่า ไม่ต้องยื้อ ไม่ต้องยืด เรื่องนี้ท่านไม่ได้เขียนไว้ ทำให้ศาสตราจารย์แสวงคิดว่า ถ้าท่านเขียนไว้จะไม่มีปัญหา จึงนำแนวคิดนี้มาเขียนเป็นกฎหมายว่า ถ้าถึงระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว จะปฏิเสธเครื่องมือแพทย์ จะไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะไม่เจาะคอ ไม่ปั๊มหัวใจ ควรเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผลักดันให้ออกกฎหมายที่ว่าด้วยการแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตและการส่งเสริมกระบวนการรักษาแบบประคับประคองที่มีอาจปฏิเสธแรงบันดาลใจที่ได้รับมาจากท่านพุทธทาสภิกขุ จากกรณีของท่านพุทธทาสภิกขุ การไม่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้ท่านถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และส่งต่อไปโรงพยาบาลศิริราช รวมระยะเวลาที่พยายามรักษาอย่างไม่เป็นไปตามความประสงค์กว่า 40 วัน และในท้ายที่สุด บรรดาลูกศิษย์ต้องยอมรับว่าหากทำการรักษาต่อไปก็ไม่เกิดประโยชน์ที่จะทำให้ท่านกลับมามีชีวิตที่ดีดังเดิมได้ จึงตัดสินใจนำตัวท่านกลับสวนโมกข์ โดยหลังจากเดินทางถึงสวนโมกข์ เพียงไม่กี่นาที ท่านก็ได้มรณภาพลง สร้างความเสียใจให้ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส ที่ไม่สามารถกระทำตามเจตนาของท่านพุทธทาสภิกขุผู้เป็นพระอาจารย์ได้²²

²² จากพินัยกรรมพุทธทาสภิกขุ ถึงเรื่องเล่า Palliative Care พุทธทาสภิกขุ ในความทรงจำ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส โครงการจัดทำประวัติศาสตร์บอกเล่า กลุ่มงานจดหมายเหตุ หอจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญโญบทความและภาพ โดย อัครวิทย์ ชูเกียรติศิริชัย สัมภาษณ์ 18 ตุลาคม 2563. https://www.bia.or.th/html_th/index.php/site-content/65-archives/1081-20201025-1081 (สืบค้นวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565)

เมื่อได้ทราบความเป็นมาของมาตรา 12 ผู้ศึกษาจึงเห็นว่า ผู้ยกร่างกฎหมาย มีความเคร่งครัดในหลักธรรมคำสอนทางศาสนา จึงไม่อาจปฏิเสธได้ว่า ศิล 5 ข้อ คือพื้นฐานของพุทธศาสนิกชนที่ดี ซึ่งการจะตรากฎหมายให้ทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ อาจผิดศีลข้อ 1 ที่เขายึดถือปฏิบัติมานานเอง

2.2.3 สิทธิการตายทางกฎหมาย

ประชาชนไทยมีสิทธิที่จะตายดี กล่าวคือ กฎหมายไทยรับรองสิทธิการตายดี หรือสิทธิการตายตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นการไม่ยื้อชีวิตในวาระสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ ไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ระบุให้คนไทยมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้กฎหมายไทยยังไม่รับรองให้ผู้ป่วยตายโดยความช่วยเหลือทางการแพทย์ได้²³ สิทธิที่จะตาย เป็นเจตจำนงของผู้ป่วยโดยตรง เป็นสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to refuse medical treatment) ในแง่นี้ การตายภายใต้เครื่องมือแพทย์ ถือเป็นการตายโดยปราศจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จึงได้มีการเรียกร้องให้ผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาให้แพทย์ถอดเครื่องมือเหล่านี้ออกจากตัวผู้ป่วยได้ตามสมควร โดยที่การแสดงเจตนาหรือความประสงค์ของตนเพื่อเอาไว้สำหรับเหตุการณ์อันไม่แน่นอนในอนาคตนั้นอาจทำได้ด้วยการเขียนหนังสือแสดงเจตจำนงเอาไว้ เรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will) เช่น อาจแสดงเจตจำนงไว้ว่าจะไม่ยอมให้มีการยื้อชีวิตตนเองในเวลาที่เจ็บหนักใกล้ตาย เช่น การเจาะคอ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีสิทธิแสดงความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน หรือขอรับการเยียวยาทางจิตใจ การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ฯลฯ โดยหนังสือนี้ต้องทำต่อหน้าพยานและญาติใกล้ชิด โดยญาติและแพทย์ต้องปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ไม่สามารถยกเลิกได้ เนื่องจากมีผลผูกพันทางกฎหมายที่รับรองสิทธิและการแสดงเจตจำนงของผู้ป่วยที่จะไม่ต้องประสบกับภาวะทุกข์ทรมานก่อนเสียชีวิต²⁴

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน “การตายที่ดี” มีการพัฒนาเทคโนโลยีก้าวหน้ากว่าการตายในรูปแบบเดิม ที่เป็นเพียงปฏิเสธการรักษา แต่เป็นการใช้กระบวนการทางการแพทย์ทำให้ประชาชนมีสิทธิตายได้อย่างไร้ความทรมานใดๆ ในเวลาเพียงไม่กี่นาที ซึ่งต้องทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไป

²³ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. *คนไทยมีสิทธิการตายดี*. 17 มิถุนายน 2567.

สืบค้นจาก https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/info7-Dec_Page_1_0.pdf

²⁴ ชำนาญ จันทรเรือง. *เครือข่ายกฎหมายมหาชนไทย. สิทธิที่จะตาย (Right to Die)*. 17 มิถุนายน 2567

สืบค้นจาก Public-Law.Net: สิทธิที่จะตาย (Right to Die).

3. ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์ของสำนักประโยชน์นิยม

โดยทั่วไปการตัดสินใจเลือกความประพฤติ หรือการกระทำที่ถูกต้องเหมาะสมของมนุษย์ มักใช้ศาสนา กฎหมาย ค่านิยมในสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสถาบัน เป็นมาตรการตัดสินความผิดชอบชั่วดี ซึ่งนักจริยศาสตร์เห็นว่าปัจจัยดังกล่าว ไม่อาจนำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และบางครั้งก็ทำให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในสังคม นักจริยศาสตร์จึงได้เสนอทฤษฎีเพื่อใช้เป็นมาตรการตัดสินความประพฤติและการกระทำของมนุษย์ขึ้น ซึ่งมีหลายทฤษฎี²⁵ โดยทฤษฎีที่น่าสนใจคือ ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม ดังนี้

ทฤษฎีแบบประโยชน์นิยมเกิดขึ้นในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 18-19 โดยมีนักปรัชญาคนสำคัญ คือ เจอโรมี่ เบนแธม (Jeremy Bentham, ค.ศ. 1748-1832) และ จอห์น สจิวต์ มิลล์ (John Stuart Mill, ค.ศ. 1806-1873) พจนานุกรมศัพท์ปรัชญาอังกฤษ-ไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน ได้ให้นิยามแนวคิดประโยชน์นิยม (utilitarianism) ว่า คือทัศนคติทางจริยศาสตร์ที่ถือเอาประโยชน์สุข เป็นเกณฑ์ตัดสินความผิด ถูก ชั่ว ดี กล่าวคือ การกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สุขมากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด ถือว่าเป็นการกระทำที่ดี จากนิยามดังกล่าวอธิบายได้ว่าประโยชน์นิยมเป็นหนึ่งในแนวคิดทางจริยศาสตร์ที่พิจารณาว่าอะไรคือเกณฑ์พื้นฐานที่ใช้ตัดสินการกระทำว่าควรหรือไม่ควร โดยสำนักประโยชน์นิยมเสนอว่า เกณฑ์ที่ใช้ตัดสินนั้น คือปริมาณความสุขที่เป็นผลจากการกระทำ ดังที่มิลล์กล่าวว่า “ความถูกต้องของการกระทำขึ้นอยู่กับแนวโน้มที่การกระทำนั้นจะก่อให้เกิดความสุข ความผิดขึ้นอยู่กับแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความทุกข์”²⁶ ซึ่งเหตุผลของประโยชน์นิยมในการสนับสนุนการใช้ปริมาณความสุขเป็นเกณฑ์ตัดสินการกระทำ คือ ความเห็นว่า มนุษย์นั้นมีธรรมชาติที่รักสุขเกลียดทุกข์ มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะเป็นใครก็ตาม เมื่อทำอะไรย่อมมุ่งหาความสุข หลบเลี่ยงความทุกข์ ดังนั้นประโยชน์นิยมจึงสรุปว่าความสุขเป็นสิ่งเดียวที่มีค่าสำหรับมนุษย์ ด้วยเหตุนี้จึงเสนอว่า เมื่อเราต้องเลือกระหว่างการกระทำสองอย่าง วิธีเลือกก็คือ พิจารณาว่าการกระทำแต่ละอย่างจะนำไปสู่ผลอะไรบ้าง จะก่อให้เกิดความสุขเท่าไร ความทุกข์เท่าไร เมื่อหักลบกันแล้ว การกระทำใดก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดเราควรเลือกการกระทำนั้น โดยความสุขนี้ต้องไม่ใช่แค่ความสุขของตนเองเท่านั้น แต่ต้องกระจายไปสู่คนจำนวนมากที่สุด หรือนัยหนึ่งเป็นความสุขโดยรวมของมนุษย์ทุกคนที่ได้รับจากผลของการกระทำ โดยพิจารณาอย่างเป็นกลาง ไม่ถือว่าความสุขของผู้กระทำสำคัญเหนือกว่าความสุขของคนอื่น ไม่ว่าจะเป็ความสุขของใครล้วนมีความสำคัญเท่ากัน แล้วพิจารณานำความสุข

²⁵ นันทวัฒน์ ลาวิไล และคณะ. 1 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก

<https://sites.google.com/site/websitpheuxkarreinyru234/hlak-crythrrm>.

²⁶ ห้องสมุดบ้านจอมยุทธ. การใช้เหตุผลแนวประโยชน์นิยม. 1 ธันวาคม 2565

สืบค้นจาก <https://shorturl.asia/eUiOL>.

ของทุกคนที่ได้รับจากการกระทำมารวมกัน ดังที่มิลล์เขียนไว้ว่า “ความสุขซึ่งใช้เป็นมาตรฐานของประโยชน์นิยมที่จะตัดสินว่าการกระทำใดถูก มิใช่ความสุขส่วนตัวของผู้กระทำ แต่ของคนทุกคนที่เกี่ยวข้องระหว่างความสุขของผู้กระทำกับของผู้อื่น ประโยชน์นิยมเรียกร้องให้ผู้กระทำวางตัวเป็นกลางอย่างเข้มงวด โดยทำตัวเป็นเหมือนผู้ดูไม่เข้าข้างใด” ความสุขจึงมีลักษณะเป็นปริมาณ ความสุขที่มีปริมาณมากย่อมมีค่ามากกว่าความสุขที่มีปริมาณน้อย ดังนั้นการกระทำที่ถูกต้องหรือที่ควรทำคือการกระทำที่ทำให้เกิดปริมาณความสุขสูงสุด นั่นก็คือ เราควรเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขจำนวนมากว่าการกระทำอื่นๆ หรือในกรณีที่เรายูในสถานการณ์ที่ไม่ว่าจะเลือกอะไรก็นำไปสู่ความทุกข์ทั้งสิ้น เราก็ควรเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดความทุกข์น้อยที่สุด²⁷ โดยคำนึงถึงความต้องการตามธรรมชาติของมนุษย์อันเป็นตัวแปรหลักในการนำมาซึ่งความสุข

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีประโยชน์นิยม 3 ประการ มีดังนี้²⁸

1) พิจารณาผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำ การกระทำที่ถูกต้องคือการกระทำที่มีแนวโน้มไปเพิ่มความสุขปริมาณมากที่สุดให้กับคนที่เกี่ยวข้องจำนวนมากที่สุด เรียกการกระทำนี้ตาม “หลักมสุข”

2) พิจารณาแบบองค์รวม หมายความว่า บุคคลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการกระทำนั้นๆ จะถูกนำมาพิจารณา และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับองค์รวมนี้อาจถูกนำเสนอให้เอาไปปฏิบัติ ทฤษฎีนี้เน้นความเสมอภาค กล่าวคือ คนทุกคนมีค่าเท่ากับหนึ่งและไม่มีใครมีค่ามากกว่าหนึ่ง คนทุกคนมีสิทธิในความสุขเท่าๆ กัน

3) พิจารณาความรู้สึกทางกายสัมผัส ให้ความหมายของความสุขว่าเป็นความยินดีหรือความพอใจที่เกิดจากการได้รับประโยชน์ที่ต้องการ

หากพิจารณาตามองค์ประกอบข้างต้น การทำการุณยฆาตมีลักษณะสำคัญของทฤษฎีประโยชน์นิยมครบทั้งสามประการ

เกณฑ์การตัดสินใจเชิงจริยธรรมตามทฤษฎีประโยชน์นิยม มีดังนี้²⁹

1) คุณค่าทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่บุคคลกำหนดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมกาลเวลา และสามารถเปลี่ยนแปลงได้

2) เกณฑ์ตัดสินจริยธรรมมีได้หลายเกณฑ์

3) ผลประโยชน์ย่อมอยู่เหนือหลักการ

4) ผลของการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่คนจำนวนมาก เป็นเกณฑ์ในการตัดสินการกระทำของมนุษย์

²⁷ “เรื่องเดียวกัน”.

²⁸ รณชัย คนบุญ. บทที่ 6 ทฤษฎีจริยศาสตร์. 1 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก <https://www.shorturl.asia/uo5JF>.

²⁹ “เรื่องเดียวกัน”.

การทำ หรือ ไม่ทำ การรณยฆาต ล้วนเป็นสิ่งที่บุคคลกำหนดขึ้น จึงเป็นสิ่งที่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม กาลเวลา และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผลประโยชน์ของกลุ่มบุคคลในขณะนั้นย่อมอยู่เหนือหลักการเดิม เนื่องจากสามารถก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่คนจำนวนมาก

ตัวอย่างการพยาบาลทฤษฎีประโยชน์นิยม เช่น³⁰

- 1) ญาติไม่บอกผู้ป่วยว่าเป็นมะเร็งเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจ
- 2) ผู้ป่วยทำแท้งเพราะบุตรในครรภ์พิการ เพื่อไม่ให้เป็นการระงับของครอบครัวเมื่อเด็กเกิดมา
- 3) แพทย์ไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะไม่ต้องการทุกข์ทรมาน

สำนักประโยชน์นิยม มีทัศนะว่าในสังคมทุกสังคม ดูเหมือนจะมีกฎเกณฑ์บางอย่างเป็นที่ยอมรับกัน ทั่วไปว่าผู้ที่อยู่ในสังคมต้องปฏิบัติตาม เช่น การทำลายชีวิตมนุษย์เป็นข้อห้าม ทั้งจารีตประเพณี และศาสนา แต่การกระทำบางอย่าง เช่น การร่วมประเวณีของชายหญิงก่อนแต่งงาน กฎหมายไม่ถือว่าผิด แต่ประเพณีและศาสนาถือว่าไม่ดี ข้อห้ามต่างๆ เหล่านี้ ได้สั่งสมเป็นประสบการณ์ของคนในสังคมและเห็นว่ามีประโยชน์ คือ นำความสุขมาให้แก่คนทั่วไป ประโยชน์นิยมจึงเห็นว่าการปฏิบัติต่างๆ เหล่านี้ เราควรปฏิบัติตาม เพราะส่วนใหญ่ทำแล้วจะเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ คือให้ความสุขมากกว่าความทุกข์³¹ ประโยชน์นิยมไม่ถือว่าจารีตประเพณีเป็นตัวชี้ขาดกำหนดความถูกต้องผิด ของการกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่าประเพณีทุกอย่างเป็นเรื่องไร้สาระ จารีตอย่างหนึ่งจะดีหรือเลว ถูกหรือผิด ต้องได้รับการทดสอบเสียก่อน ในสภาพปัจจุบันจารีตประเพณีใดก่อให้เกิดความสุขที่มีปริมาณมากที่สุด แก่คนจำนวนมากที่สุด ประเพณีนั้นก็ใช้ได้ ถ้าศาสนาสอนว่าคำสอนอันเป็นบัพพัญญุตินิยามของศาสนานั้นเป็นสิ่งเด็ดขาด จะละเมิดมิได้ไม่ว่ากรณีใดๆ เช่น สอนว่าจงอย่าทำลายชีวิตไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เพราะการทำลายชีวิตเป็นสิ่งผิด และผิดโดยไม่มีข้อแม้ ถ้าสอนอย่างนี้สำนักประโยชน์นิยมจะไม่เห็นด้วย สำหรับชาวประโยชน์นิยม การยุติชีวิตไม่ผิดไม่ถูกในตัวมันเอง แต่อยู่ที่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ประโยชน์นิยมอาจยอมว่าโดยทั่วไป จงอย่าฆ่า แต่ในบางกรณีถ้าการฆ่านั้นจะได้ประโยชน์มากกว่าโทษ ก็จำเป็นต้องทำ เช่น การประหารชีวิต อาชญากรในคดีอุกฉกรรจ์ เพราะเชื่อว่าจะเกิดความสงบสุขแก่คนทั่วไปมากกว่า³² การชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และโทษ ความสุขกับความทุกข์ จึงเป็นตัวชี้วัดความถูกต้อง ความผิด ของการกระทำ

³⁰ “เรื่องเดียวกัน”.

³¹ “เรื่องเดียวกัน”.

³² นภัส คำนวน. ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, กรุงเทพมหานคร. 2558. หน้า 49.

ดังนั้น หากพิจารณาตามหลักทฤษฎีทางจริยศาสตร์ซึ่งเป็นมาตรการในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลแล้ว ในมิติของทฤษฎีสำนึกประโยชน์นิยมจึงสรุปได้ว่า การทำการุณยฆาตเชิงรุก ถือเป็นกระทำที่มีประโยชน์มากกว่าโทษ เนื่องจากเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำ เพื่อบรรเทาความทรมานของมวลมนุษยชาติ นับล้านที่กำลังป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายให้เหลือความทุกข์น้อยที่สุดนั่นเอง

4. ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา

ความผิดอาญาเกิดจากทฤษฎีสัญญาประชาคมที่ประชาชนมอบอำนาจให้รัฐออกกฎหมายเพื่อควบคุมและป้องกันสังคมให้พ้นจากการกระทำที่เป็น “ภัยอันตรายต่อผู้อื่น” (harm to others) โดยการออกกฎหมายเพื่อควบคุมความประพฤติของบุคคลในสังคม และมีการกำหนดข้อห้ามมิให้ปฏิบัติ หากผู้ใดฝ่าฝืนจะถูกลงโทษทางอาญา³³ การพิจารณาว่าการกระทำใดควรจะเป็นความผิดอาญาหรือไม่ ศาสตราจารย์ เฮอเบิร์ต แอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer) เป็นนักกฎหมายที่ยึดหลักแนวความคิดเสรีนิยมที่เน้นว่าเสรีภาพของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญ การใช้อำนาจตามกฎหมายของรัฐต้องคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ดังนั้น เฮอเบิร์ตแอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer) จึงมีความเห็นว่า มาตรการทางอาญาเป็นมาตรการที่มีราคาแพงที่สุด เพราะกระบวนการยุติธรรมทางอาญารัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินกระบวนการยุติธรรมทางกฎหมายทั้งสิ้น มาตรการทางอาญาจึงควรนำมาบังคับใช้ต่อเมื่อเป็นผู้กระทำผิดอย่างชั่วร้ายและเป็นไปเพื่อป้องกันอาชญากรรม เนื่องจากรัฐต้องเคารพเจตจำนงอิสระของประชาชนในรัฐการควบคุมพฤติกรรมหรือการกระทำของประชาชนควรทำอย่างจำกัดเฉพาะการควบคุมการกระทำโดยไม่ไปก้าวล่วงควบคุมลักษณะหรือสถานะของบุคคลแต่ละบุคคล หลักการนี้สำคัญยิ่งในแง่ของกฎหมายอาญาเนื่องจากกฎหมายอาญามีลักษณะบังคับบุคคลโดยสภาพ จึงจำเป็นต้องหาจุดที่เหมาะสมในการบังคับ นอกจากนี้ เฮอเบิร์ตแอลแพ็กเกอร์ (Herbert L.Packer) ยังมีความเห็นว่าแม้จะปรากฏแนวคิดว่า การจะพิจารณากำหนดความผิดทางอาญานั้น ควรกำหนดจากการกระทำของผู้กระทำเป็นสำคัญโดยไม่ต้องพิจารณาเจตนาภายในจิตใจของผู้กระทำซึ่งเป็นไปเพื่อจัดระเบียบสังคมให้ได้มากที่สุดและเพื่อประโยชน์สูงสุดของสังคมก็ตาม อย่างไรก็ตาม เฮอเบิร์ตแอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer) เห็นว่าการพิจารณา

³³ ธีรรัฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. แนวการศึกษาชุดวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง, หน่วยที่ 2 ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. (พิมพ์ครั้งที่ 3). สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2564. หน้าที่ 7-8

จากการกระทำอย่างเดียวนั้นไม่สมเหตุสมผล สมควรต้องพิจารณาจากเจตนาภายในจิตใจของผู้กระทำด้วย³⁴ ซึ่งสอดคล้องกับการวินิจฉัยความรับผิดชอบทางอาญาของไทย ที่ต้องพิจารณาทั้งองค์ประกอบภายนอก และองค์ประกอบภายใน

การกำหนดความผิดทางอาญาของ เฮอร์เบิร์ตแอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer) ที่ได้อธิบายไว้ในหนังสือชื่อ The Limits of Criminal Sanction (1968) ถึงหลักเกณฑ์การพิจารณาไว้ว่า การกระทำใดควรเป็นความผิดอาญาไว้ทั้งหมด 6 ประการ ดังต่อไปนี้³⁵

- 1) การกระทำนั้นเป็นที่เห็นได้ชัดในคนหมู่มากว่ากระทบกระเทือนต่อสังคมและคนหมู่มาก ไม่ให้อภัยการกระทำเช่นนั้น
- 2) ถ้าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดอาญาแล้วจะไม่ขัดแย้งกับวัตถุประสงค์ของการลงโทษ กล่าวคือ ทำให้การกระทำผิดลดลง
- 3) ถ้าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดอาญาแล้ว จะไม่มีผลทำให้สังคมลดความเห็นว่าการกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง
- 4) หากเป็นความผิดอาญาแล้ว จะมีการใช้กฎหมายอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม
- 5) การใช้กระบวนยุติธรรมทางอาญาจะไม่ก่อการระแวกการดำเนินการจนเกินขีดความสามารถทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ
- 6) ไม่มีมาตรการควบคุมอย่างอื่นที่สมเหตุสมผลแล้ว นอกจากการใช้กฎหมายอาญากับกรณีที่เกิดขึ้น

หากนำหลักเกณฑ์ที่สำคัญทั้ง 6 ประการตามแนวคิดของ เฮอร์เบิร์ตแอล แพ็กเกอร์ (Herbert L. Packer) มาพิจารณาจะพบว่า การกระทำที่ผิดศีลธรรมแท้ๆ (Moral Offenses) เช่น การทำซุ้มร่วมเพศติดถาวร รักร่วมเพศ โสเภณี การพนันนั้น อาจพิจารณาไม่ผ่านหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการ³⁶

³⁴ นุสรรา แก้วกัลยา. การกำหนดให้การไม่จ่ายค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตรเป็นความผิดอาญา. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารนิติศาสตร์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร. 2561. หน้า 35. อ้างใน ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม. หลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษทางอาญา. ภายใต้โครงการสนับสนุนสารสนเทศเพื่อการทำงานของสมาชิกวุฒิสภา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า. 2564. หน้า 22.

³⁵ Herbert L. Packer. The Limits of the Criminal Sanction. California: Stanford University Press. 1968. p. 296.

³⁶ เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. กฎหมายอาญา ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป. หน้า 5. อ้างใน ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม หลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษทางอาญา. ภายใต้โครงการสนับสนุนสารสนเทศเพื่อการทำงานของสมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพมหานคร: สถาบันพระปกเกล้า. 2564. หน้า 23.

ดังนั้นต้องพิจารณาหลักเกณฑ์อื่นๆ ประกอบด้วย เนื่องจากหลักเกณฑ์ทั้ง 6 ประการดังกล่าวมีลักษณะค่อนข้างกว้าง ในระบบประมวลกฎหมายอาญาจึงสามารถกำหนดความร้ายแรงของการกระทำผิดหรือสิ่งที่กฎหมายอาญามุ่งคุ้มครองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การทำการุณยฆาตก็ควรได้รับการพิจารณาเจตนาภายในจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ประกอบกับการกระทำด้วย จึงจะส่งผลให้การกำหนดความรับผิดทางอาญามีความเหมาะสมมากที่สุด

5. หลักการในกฎหมายอาญาไทยกับการกระทำการุณยฆาตโดยสมัครใจ

ในส่วนของกฎหมายอาญาไทยกับการทำการุณยฆาตโดยสมัครใจนั้น ผู้ศึกษาได้พิจารณาความเชื่อมโยงไว้ 3 ประการ ได้แก่ โครงสร้างความรับผิดทางอาญาฐานความผิดอาญาที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาต และการุณยฆาตกับเหตุสุดโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมายอาญา ดังนี้

5.1 โครงสร้างความรับผิดทางอาญา

บุคคลจะต้องรับผิดในทางอาญาต่อเมื่อการกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ การกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นความผิด และการกระทำไม่มีกฎหมายยกเว้นโทษ

การกระทำครบองค์ประกอบที่กฎหมายบัญญัติ แยกได้เป็นข้อๆ ดังนี้

- 1) มีการกระทำ
- 2) การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายนอกของความผิดในเรื่องนั้นๆ
- 3) การกระทำนั้นครบองค์ประกอบภายในของความผิดในเรื่องนั้นๆ
- 4) ผลของการกระทำสัมพันธ์กับการกระทำ

หลักเกณฑ์ประการแรกคือ การกระทำ หากบุคคลไม่มีการกระทำเขาก็ไม่ต้องรับผิดในทางอาญา ทั้งนี้ตามมาตรา 59 การกระทำ หมายถึงความถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก กล่าวคืออยู่ภายใต้บังคับของจิตใจ โดยหลักแล้ว การกระทำคือการเคลื่อนไหวร่างกาย ส่วนการกระทำโดยการไม่เคลื่อนไหวร่างกายนั้น ถือเป็นข้อยกเว้น แยกออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้ คือ 1. การกระทำโดยงดเว้น 2. การกระทำโดยละเว้น³⁷ ในกรณีการุณยฆาตเชิงรุก คือ การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา และผู้กระทำได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยโดยตรง เช่น การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ ผลของการกระทำนั้นเป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แพทย์มีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก จึงถือว่ามี การกระทำแล้ว ส่วนการุณยฆาตเชิงรับ

³⁷ เกียรติขจร วัจนสวัสดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป. พลสยาม พรินต์ติ้ง. 2551. หน้า 96. อ้างใน อารยา เนื่องจำนงค์. ความยินยอมกับความรับผิดทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต. สาขาวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยา คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. 2560. หน้า 40-41.

คือการยุติการรักษา และการรณฆาตเชิงสงบ คือการตัดปัจจัยในการดำรงชีพ ผลของการกระทำนั้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แพทย์ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยรู้สำนึก จึงถือเป็นการฆ่าโดยงดเว้น เนื่องจากแพทย์มีหน้าที่นั้นโดยตรง

5.2 ฐานความผิดอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรณฆาต

การให้บริการในการรักษาพยาบาลหรือการทำกรณฆาตโดยผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ เป็นการกระทำโดยตรงต่อชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย ถ้าเป็นการกระทำที่เข้าองค์ประกอบความผิด ตามบทบัญญัติกฎหมาย แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมก็ต้องมีความผิดตามกฎหมายนั้น โดยหากเป็นความผิดต่อชีวิต ก็จะมีบทบัญญัติประมวลกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ มาตรา 288 วางหลักว่า ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าถึงยี่สิบปี โดยคำว่า “ฆ่า” หมายรวมถึง การกระทำด้วยประการใดๆ แก่คนที่มีชีวิตอยู่ให้ตายโดยไม่จำกัด วิธีการกระทำ สุดแต่ทำให้เกิดผลคือความตาย จึงจะเป็นความผิดสำเร็จ ถ้ามีการกระทำแต่ไม่เกิดผล อาจเป็นเพียงฐานพยายาม แต่ถ้าการกระทำแก่คนที่สิ้นชีวิตแล้วโดยคิดว่ายังมีชีวิตอยู่ ผู้กระทำ ไม่มีความผิดฐานฆ่าหรือพยายามฆ่าผู้อื่น เพราะไม่มีตัวคนที่จะฆ่า ส่วนคำว่า “ผู้อื่น” หมายรวมถึง คนอื่นนอกจากตัวผู้กระทำนั้นเอง ทั้งนี้ ไม่จำกัดวัย เพศ ฐานะ สัญชาติ สุขภาพ ภาวะแห่งจิต หรือสิ่งอื่นทั้งปวงของผู้ถูกระทำ และต้องเป็นคนหรือบุคคลธรรมดาที่เรียกว่ามนุษย์เท่านั้น ส่วนนิติบุคคลแม้จะมีสิทธิและหน้าที่เหมือนบุคคลธรรมดา แต่ก็ไม่มีชีวิต เพราะเป็นเพียงแต่บุคคล สมมติโดยอาศัยอำนาจของกฎหมายเท่านั้น และนิติบุคคลมิได้ตาย เป็นแต่เลิกไปสิ้นสุดไปตามที่ กฎหมายบัญญัติกรณีต่างๆ ไว้ สภาพนิติบุคคลมิใช่สิ้นสุดลงเมื่อตายดังบุคคลธรรมดาตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 15 ซึ่งบัญญัติว่า สภาพบุคคล (ธรรมดา) ย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้ว อยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย ฯลฯ และคำว่า “เจตนา” หมายรวมถึง เจตนาตามมาตรา 59 ประมวลกฎหมายอาญา คือการกระทำโดยรู้สำนึกในการที่กระทำ และในขณะเดียวกัน ผู้กระทำ ประสงค์ต่อผลหรือยอมเสี่ยงเห็นผลของการกระทำนั้นได้ว่าผู้ถูกระทำย่อมจะต้องตาย³⁸ หากการกระทำ กรณฆาตครบองค์ประกอบความผิดข้างต้นแล้ว แพทย์จึงมีความผิดอาญาตามมาตรา 288

³⁸ พัลลภ พิสิษฐ์สังฆการ. ฆ่าเพราะสงสาร. *ดุสิต*, 20(6), หน้า 44, 45. อ่างโน อรรถมภา ไวยมุกข์, อธิรญา ภู่งศร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจันงค์. การรณฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3). หน้า 37-70.

ทั้งนี้การทำการุณยฆาตอาจทำให้แพทย์ผู้กระทำได้ต้องรับผิดชอบตามมาตรา 289 ได้ ซึ่งวางหลักว่า ผู้ใด (1) ฆ่าบุพการี... และ (4) ฆ่าโดย ไตร่ตรองไว้ก่อน... ต้องระวางโทษประหารชีวิต³⁹ ส่วนคำว่า “ไตร่ตรอง” หมายความว่า การฆ่าในครั้งนั้นผู้กระทำ มีโอกาสคิดทบทวนแล้วจึงตกลงใจ กระทำการฆ่า ดังนั้น การใช้เวลาในการคิดนานเพียงใด ไม่น่าจะเป็นข้อสำคัญ สำคัญอยู่ตรงที่ว่าได้มีการทบทวนแล้ว จึงตัดสินใจหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การทบทวนต้องมีระยะเวลา เป็นข้อประกอบการพิจารณา อยู่ในตัว⁴⁰ ซึ่งการทำการุณยฆาตส่วนใหญ่เป็นการกระทำที่ต้องไตร่ตรองมาก่อน มีการตระเตรียมเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ในการลงมือ จึงเป็นความผิดมาตรา 289 มากกว่ามาตรา 288 ที่อาจเกิดขึ้น ในกรณีอุบัติเหตุถูกเงินและคนไข้ได้ทำพิณยกรรมชีวิตปฏิเสธรักษาพยาบาลมาก่อน แพทย์จึงทำการุณยฆาตเชิงรับตามความประสงค์ของคนไข้ตนเอง

ดังนั้น ในกรณี “การุณยฆาตเชิงรุก” (Active Euthanasia) ซึ่งหมายความว่า การทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ชีวิตโดยเจตนา คือ เจตนาฆ่า โดยประสงค์หรือเล็งเห็นผล เช่น แพทย์ลงมือฉีดยาให้ยาเกินขนาด เพื่อต้องการให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบด้วยความสงสาร กรณีเช่นนี้ถือเป็นเจตนา ประสงค์ต่อผล หรือกรณีที่แพทย์ดำเนินการใดๆ ที่รู้อยู่แล้วแต่ต้นว่าการดำเนินการดังกล่าว เป็นการเสี่ยง ทำให้ผู้ป่วยอาจถึงแก่ความตายได้ตั้งแต่ต้น แต่ก็ยังกระทำ จนในที่สุดผู้ป่วยถึงแก่ความตาย กรณีนี้ ถือเป็นเจตนา ย่อมเล็งเห็นผล และผู้กระทำได้กระทำการอย่างหนึ่งอย่างใดต่อเนื้อตัว ร่างกายของผู้ป่วย โดยตรง เช่น การฉีดยา ซึ่งโดยผลของการกระทำนั้น เป็นผลโดยตรงให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ซึ่งหากพิจารณา ตามประมวลกฎหมายอาญาแล้ว เห็นได้ว่า การที่แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลทั่วไป ช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ การทำ “การุณยฆาตเชิงรุก” ดังกล่าว ย่อมเป็นความผิด ฐานฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ทั้งนี้ หากการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำต่อบุพการี หรือไตร่ตรองไว้ก่อน มีระวางโทษที่หนักขึ้น ตามมาตรา 289 (1), (4) แห่งประมวลกฎหมายอาญา แล้วแต่กรณี⁴¹ กรณีการทำการุณยฆาตเชิงสงบโดยการงดปัจจัยในการดำรงชีพนั้นก็ต้องใช้เวลา ในการดำเนินการยาวนานกว่าคนไข้จะถึงแก่ความตายเพราะขาดน้ำและอาหาร ย่อมถือเป็นการฆ่า โดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 (1) แห่งประมวลกฎหมายอาญา

³⁹ ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-366. (พิมพ์ครั้งที่ 5). 2552. หน้า 31.

อ้างใน อรรถิมา ไวยมุกข์, อธิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจำนงค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3). หน้า 37-70.

⁴⁰ ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-366. (พิมพ์ครั้งที่ 5). 2552. หน้า 35.

อ้างใน อรรถิมา ไวยมุกข์, อธิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจำนงค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3). หน้า 37-70.

⁴¹ อารยา เนื่องจำนงค์. ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. 2560. หน้า 46-47.

5.3 การรณยฆาตกับเหตุลตโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมายอาญา

การทำกรณยฆาตเชิงรุกจะสามารถอ้างเหตุลตโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมายอาญาได้หรือไม่นั้น ต้องพิจารณาถึงมูลเหตุจูงใจในการทำกรณยฆาตและการกระทำความผิดอาญาด้วยความจำเป็นกับการรณยฆาต ดังนี้

5.3.1 มูลเหตุจูงใจในการทำกรณยฆาต

สำหรับมูลเหตุจูงใจ (Motive) ในการทำกรณยฆาต แม้จะมีมูลเหตุจูงใจที่ดีที่น่าสรรเสริญ ก็ไม่อาจทำให้หลุดพ้นจากความผิดอาญาไปได้ หากสิ่งที่กระทำลงโดยเจตนาเป็นความผิดกฎหมายอยู่ในตัว เช่น การฆ่าคนด้วยความสงสาร (Mercy Killing) เป็นต้น กฎหมายอาญาของไทยมิได้คำนึงถึงมูลเหตุจูงใจ (Motive) ในการกระทำความผิด มูลเหตุจูงใจมีใช้องค์ประกอบความผิดตามกฎหมายอาญาไทย และไม่อาจอ้างมูลเหตุจูงใจในการช่วยเหลือผู้ตายมาเป็นข้อแก้ตัวให้พ้นผิดได้ แต่เป็นเพียงสิ่งที่ศาลนำมาใช้ประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดโทษเท่านั้น ดังนั้น ศาลอาจถือเอาความสงสารซึ่งเป็นเหตุจูงใจเข้ามาประกอบการใช้ดุลพินิจกำหนดโทษให้น้อยลง หรือไม่ก็ได้⁴² ดังนั้นการทำกรณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบก็ยังคงเป็นความผิดทางอาญามาตรา 288 หรือ มาตรา 289 เช่นเดียวกัน เนื่องจากกฎหมายไทยไม่ได้แยกความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ ต่างหากไปจากการทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายโดยเจตนา

5.3.2 การกระทำความผิดอาญาด้วยความจำเป็นกับการรณยฆาต

ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67 (2) ผู้ใดกระทำความผิดด้วยความจำเป็น เพราะเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภยันตรายที่ใกล้จะถึง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงให้พ้นโดยวิธีอื่นใดได้ เมื่อภยันตรายนั้นตนมิได้ก่อให้เกิดขึ้นเพราะความผิดของตน ถ้าการกระทำนั้นไม่เป็นการเกินสมควรแก่เหตุแล้ว ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ “การกระทำความผิดโดยจำเป็น” ดังกล่าว จะต้องเป็นไปเพื่อมิให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนหรือของผู้อื่น แต่การที่แพทย์กระทำกรณยฆาตต่อผู้ป่วยนี้ ไม่ใช่เป็นการป้องกันชีวิตของผู้ป่วย แต่เป็นการทำลายชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้น การกระทำดังกล่าวจึงไม่อาจละเว้นความรับผิดได้ตามกฎหมายอาญาไทยในปัจจุบัน⁴³ เนื่องด้วยความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องการช่วยให้ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดจากอาการของโรค ไม่ตรงกับความเป็นไปในทางกฎหมายที่กระทำเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภยันตรายที่ใกล้จะถึงนั่นเอง

⁴² นันทน อินทนนท์. ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ. *บทบัณฑิตย*, 57(4). หน้า 129-157. อ้างใน อรรถมภา ไวยมุกข์, อธิรญา ภูพงศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจางงค์. การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิด ทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3). หน้า 37-70.

⁴³ สิทธิพล เครือรติกาล. *แนวคิดเรื่องสิทธิที่จะตาย (the right to die) และกรณยฆาต (euthanasia) ในสังคมไทย*. 2551. อ้างใน อรรถมภา ไวยมุกข์, อธิรญา ภูพงศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจางงค์. การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิด ทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3). หน้า 37-70.

เมื่อพิจารณาถึงโครงสร้างความรับผิดชอบทางอาญา ฐานความผิดอาญาที่เกี่ยวข้องกับการรุกราน และการรุกรานกับเหตุลดโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมายอาญาแล้วจะเห็นว่าแพทย์ผู้ทำการรุกรานยังต้องรับผิดชอบทางอาญาอย่างไม่มีทางเลือกเลยได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงกฎหมายในส่วนนี้ต่อไป

6. หลักกฎหมายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการทำการรุกราน

หลักกฎหมายทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการทำการรุกราน ได้แก่ หลักความยินยอม และหลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน โดยผู้ศึกษาได้นำหลักความยินยอมของผู้ป่วยกับการทำการรุกรานมาพิจารณาในมิติของหลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน

6.1 หลักความยินยอม

ประเทศไทยได้นำหลักความยินยอมมาปรับใช้กับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นในสังคมมากมายหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือการให้ความยินยอมทางการแพทย์และการรับบริการสาธารณสุข ตัวอย่างที่น่าสนใจอย่างยิ่งคือเรื่องการทำนัยกรรมชีวิต ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการที่บุคคลได้แสดงเจตนากรณีในการรักษาพยาบาลของตนไว้ล่วงหน้า ยามที่เขายู่ในภาวะวิกฤติ หมดสติ หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เมื่อถึงเวลาที่แพทย์ต้องตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาอย่างฉับไว จะทำให้ทีมแพทย์สามารถปฏิบัติตามความยินยอมที่ได้ให้ไว้ อย่างไม่มีข้อเคลือบแคลงสงสัย ทำให้แก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้ทันท่วงที และเมื่อได้แสดงเจตนายินยอมให้รักษาอย่างเต็มรูปแบบ หรือ ไม่ให้รักษาอย่างมีเงื่อนไข หรือให้ยุติการรักษาไว้ในนัยกรรมชีวิตแล้ว แพทย์ย่อมไม่ถูกร้องเรียนไปยังแพทยสภา หรือ ถูกฟ้องร้องเป็นคดีความทั้งทางแพ่งและทางอาญา เพราะเขาได้ทำหน้าที่ตามความยินยอมของคนไข้แล้วนั่นเองโดยมีนัยกรรมชีวิตเป็นเครื่องมือสำคัญในการแสดงเจตนาให้ความยินยอมเพื่อทำการรุกรานแก่ตน

หลักความยินยอมในบริบทนี้จำแนกเป็น แนวคิด ความหมาย ลักษณะทางกฎหมาย และบทบาทของหลักความยินยอมในการยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ทำการรุกราน ดังนี้

6.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับหลักความยินยอม

หลักความยินยอม (volenti non fit injuria) หมายความว่า เมื่อให้ความยินยอมแล้วย่อมไม่ถือว่ามีความเสียหายหรือความยินยอมของผู้เสียหายทำให้ไม่เป็นละเมิด เนื่องจากการละเมิดเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและเกิดความเสียหายแก่บุคคลอื่น เมื่อถือว่าไม่มีความเสียหายการกระทำนั้นจึงไม่เป็นละเมิด ผู้เสียหายจึงไม่มีสิทธิเรียกค่าเสียหายอันเกิดจากการกระทำ

ที่ตนให้ความยินยอมอย่างไรก็ตามการจะนำหลักดังกล่าวมาใช้ยกเว้นให้การกระทำที่ผิดกฎหมายเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายนั้นจะต้องพิจารณาด้วยว่าจะนำมาใช้ยกเว้นกฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสิ่งใด หากกฎหมายมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองเฉพาะตัวผู้เสียหายแล้ว ผู้เสียหายย่อมให้ความยินยอมต่อการกระทำนั้นได้ แต่ถ้าวัตถุประสงค์ที่กฎหมายมุ่งคุ้มครองคือสังคมหรือประชาชนด้วยแล้ว ย่อมไม่สามารถนำความยินยอมของผู้เสียหายเพียงคนเดียวมาทำให้การกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมายนั้นชอบด้วยกฎหมายขึ้นมาได้ จึงไม่อาจใช้หลักความยินยอมกับการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน⁴⁴

6.1.2 ความหมายของหลักความยินยอม

หลักความยินยอม มาจากสุภาษิตโรมันที่ว่า *volenti non fit injuria* หมายความว่า เมื่อให้ความยินยอมแล้ว ย่อมไม่ถือว่ามีความเสียหาย ความยินยอมนำมาใช้ทั้งทางแพ่งและทางอาญา ซึ่งต่างก็มีความคล้ายกัน คือ การนำความยินยอมของผู้เสียหายมาอ้าง เพื่อปฏิเสธความรับผิดที่ผู้กระทำก่อขึ้น⁴⁵

6.1.3 ลักษณะทางกฎหมายของหลักความยินยอม มีดังต่อไปนี้⁴⁶

1) รูปแบบการแสดงความยินยอม กฎหมายไม่ได้กำหนดรูปแบบไว้แน่นอน จึงอาจเป็นการแสดงออกชัดเจนโดยตรง ในรูปแบบเป็นลายลักษณ์อักษร หรือแสดงออกโดยปริยาย ในรูปแบบลักษณะอาการกริยาท่าทาง หรือการนิ่งเฉยแสดงการให้ความยินยอม ความยินยอมอาจเกิดในรูปสัญญาก็ได้ เช่น คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1403/2508 ประชุมใหญ่ การกระทำตามนิติกรรมสัญญาที่ผู้ถูกกระทำยินยอมให้กระทำย่อมไม่เป็นละเมิด

2) ความยินยอมนั้นต้องให้ก่อนหรือขณะกระทำ

3) ตัวบุคคลผู้ให้ความยินยอม ฐานะของบุคคลทางกฎหมายในเรื่องให้ความยินยอมนี้ ไม่คำนึงถึงเรื่องความสามารถที่จะต้องบรรลุนิติภาวะ เพราะการแสดงความยินยอมไม่ใช่เรื่องทำนิติกรรม แต่ต้องมีสติสัมปชัญญะพอเพียงต่อการรับรู้และเข้าใจในเรื่องที่ให้ความยินยอมนั้น การให้ความยินยอมย่อมเป็นการให้แก่ผู้กระทำ

⁴⁴ พิชัยศักดิ์ ทรยางกูร และอาจารย์นริศรา แดงไผ่. *แนวทางการศึกษาชุดวิชากฎหมายแพ่งลักษณะสัญญา ลักษณะละเมิดและลักษณะหุ้นส่วนบริษัทขั้นสูง*. หน่วยที่ 3. หน้า 3. (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2564.

⁴⁵ MKC Legal. *ความยินยอมในทางอาญา*. 21 มิถุนายน 2567 สืบค้นจาก <https://www.mkclegal.com/%E0%B8%A2%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%8D%E0%B8%B2/>

⁴⁶ เตชา ธรรมชาตาวีวัฒน์. *ความยินยอมในการรักษาผลทางกฎหมายต่อความรับผิดทางละเมิดและทางอาญาของทันตแพทย์*. *วารสารวิทยาศาสตร์ทันตแพทยศาสตร์*, 5(1), หน้า 39-55.

4) การแสดงเจตนาให้ความยินยอมต้องเป็นไปโดยไม่ถูกข่มขู่ สำคัญผิด และไม่ถูกบังคับขู่เข็ญ การแสดงเจตนาให้ความยินยอม กฎหมายต้องการให้เป็นไปโดยสมัครใจ ซึ่งจะต้องประกอบด้วยความรู้พื้นฐานของตัวผู้ถูกระทำ

ความยินยอมของผู้ป่วยต่อการกระทำของแพทย์ในการทำการรณฆาตก็มีลักษณะทางกฎหมายทั้งสี่ประการข้างต้นเช่นเดียวกัน ประเทศที่ใช้ประมวลกฎหมายเช่นประเทศไทย การพิจารณาความผิดอาญาไม่ได้นำเอาหลักเจตนาร้ายมาใช้อย่างประเทศที่ไม่ใช้ประมวลกฎหมาย ดังนั้นการกระทำของแพทย์ในกรณีที่จะต้องทำร้ายร่างกายของมนุษย์ เช่น การฉีดยา การผ่าตัด หรือการทำการรณฆาตเชิงรับด้วยการยุติการรักษา ย่อมเป็นการกระทำที่ครบองค์ประกอบภายนอก และองค์ประกอบภายในของโครงสร้างความผิดอาญา แต่การกระทำของแพทย์จะมีเหตุที่สามารถกระทำได้หรือไม่นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาถึงความยินยอมของผู้ป่วย เพราะในทางทฤษฎีแล้ว การที่ผู้ป่วยให้ความยินยอม ย่อมถือว่าเป็นการสละคุณธรรมทางกฎหมาย⁴⁷ ที่เป็นการสละคุณธรรมทางกฎหมายเฉพาะตน มิใช่คุณธรรมทางกฎหมายส่วนรวมของคนในสังคมด้วย

6.1.4 บทบาทของหลักความยินยอมในการยกเว้นความผิดอาญาของผู้ทำการรณฆาต มีดังต่อไปนี้

ความยินยอมของผู้เสียหายในคดีอาญา คือ หลักความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหาย เป็นเหตุยกเว้นความผิดอาญาหรือไม่นั้น ศาลฎีกาได้วางหลักในลักษณะเป็นการยอมรับหลักที่ว่าความยินยอมของผู้เสียหายเป็นเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ โดยมีหลักเกณฑ์ 3 ประการ คือ 1) ความยินยอมนั้นต้องมีอยู่อย่างน้อยในขณะที่กระทำการอันกฎหมายบัญญัติเป็นความผิด 2) ความยินยอมนั้นต้องเป็นความยินยอมอันบริสุทธิ์ 3) ความยินยอมนั้นต้องไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี ศาลฎีกาไทยนำหลักความยินยอมตามความหมายสากลมาระบุไว้ในคำพิพากษา ศาลฎีกาที่ 1403/2508 ว่า “ความยินยอมอันบริสุทธิ์ของผู้เสียหายให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติเป็นความผิดถ้าความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดีและมีอยู่ในขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดแล้วความยินยอมนั้นเป็นข้อยกเว้นมิให้การกระทำเป็นความผิดได้” ความยินยอมที่ไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี มีหลักเกณฑ์ใดในการพิจารณาและความผิดฐานใดบ้างที่ผู้กระทำสามารถอ้างความยินยอมของผู้เสียหายได้นั้น มีหลักเกณฑ์พอสรุปได้ว่า ความยินยอมของผู้เสียหายเป็นเหตุให้ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้หรือไม่ พิจารณาดังนี้⁴⁸

⁴⁷ กมลชัย รัตนสากาวรงค์. *ความยินยอมในกฎหมายอาญา*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร. 2523. หน้า 114.

⁴⁸ พิชัยศักดิ์ ทรายงกูร และนริศรา แดงไผ่. *แนวทางการศึกษาชุดวิชากฎหมายแห่งลักษณะสัญญา ลักษณะละเมิด และลักษณะหุ้นส่วนบริษัทชั้นสูง*. หน่วยที่ 3. หน้า 17. (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2564.

1) ความผิดที่ยินยอมให้กระทำนั้นมีสิ่งทีกฎหมายมุ่งจะคุ้มครองที่เรียกว่า คุณธรรมทางกฎหมาย (Rechtsgut) หรือไม่ กล่าวคือ เป็นคุณธรรมทางกฎหมายซึ่งเป็นความคุ้มครอง ในส่วนตนเช่น เจ้าของทรัพย์สินยินยอมให้ผู้อื่นทำลายทรัพย์สินได้ไม่เป็นการผิดตามมาตรา 358 และคุณธรรมทางกฎหมายซึ่งเป็นความคุ้มครองในส่วนรวม เช่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ ตามมาตรา 277 ถึงแม้ผู้เสียหายยินยอมสละคุณธรรมทางกฎหมายก็เป็นการสละในส่วนตนเท่านั้น ผู้เสียหายไม่มีอำนาจ สละคุณธรรมในส่วนรวมที่มุ่งคุ้มครองศีลธรรมในทางเพศของคนในสังคมได้

2) การขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดี พิจารณาจากผลประโยชน์ ของสังคม มติมหาชนและศีลธรรม

3) ความยินยอมของผู้เสียหายไม่เป็นเหตุที่ผู้กระทำมีอำนาจกระทำได้ เนื่องจากความผิดตามกฎหมายอาญาไม่ได้มีเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของเอกชนคนใดคนหนึ่ง แต่มีเพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ประกอบกับการจะอ้างความยินยอมได้หรือไม่ ต้องพิจารณา จากคุณธรรมทางกฎหมาย ว่าเป็นความคุ้มครองในส่วนตนหรือส่วนรวม ซึ่งจะต้องพิจารณาจากข้อเท็จจริง ทางภาวะวิสัย (objective) อันเป็นเหตุเนื่องจากการกระทำ (causeobjective) นั้นเอง

6.2 หลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

คำว่า “ความสงบเรียบร้อยของประชาชน” (public policy หรือ public order) และคำว่า “ศีลธรรมอันดีของประชาชน” (good moral) เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางมาก และเปลี่ยนแปลงได้ตามนโยบายของรัฐ สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งทัศนคติของมหาชนที่เปลี่ยนแปลง ตามยุคสมัย จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้คำจำกัดความได้ หรือกำหนดได้ว่ากรณีใดบ้างที่เป็นเรื่อง ความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน⁴⁹

ศาสตราจารย์ ม.ร.ว. เสนีย์ ปราโมช ให้ความเห็นอธิบายไว้ว่า การใดๆ ที่เกี่ยวข้อง กับความพลอดภัยของประชาชนทั้งภายในและภายนอกประเทศ รวมตลอดถึงความเจริญความผาสุก ของประชาชน ด้วยประการทั้งปวง วัตถุประสงค์ใดขัดต่อหลักความพลอดภัยสันติสุขของสังคม ประเทศชาติ วัตถุประสงค์นั้นรัฐบังคับบัญชาให้ไม่ได้⁵⁰

⁴⁹ ธัญรตี พุกกลิ่น, ภูมิ โชคเหมาะ. การใช้หลักความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนของศาลปกครอง เพื่อเพิกถอนคำสั่งขาดของอนุญาโตตุลาการในคดีเกี่ยวกับสัญญาทางปกครอง ศึกษากรณีการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ. <https://grad.dpu.ac.th/upload/content/files/%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%207%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%201/7-39.pdf>

⁵⁰ เสนีย์ ปราโมช. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรมและหนี้ เล่ม1 (ภาค1 -2) พุทธศักราช 2478 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2505. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณการ. 2527.

การขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชนเปรียบเสมือนวาทกรรมในการสร้างอำนาจของรัฐ
เนื่องจาก⁵¹

1) รัฐที่มีมุมมองในการตีความเรื่องของศีลธรรมอันดีของประชาชนที่ไม่ได้มีทิศทาง
หรือแบบแผนที่ชัดเจน ย่อมสะท้อนให้เห็นว่าเป็นเพียงข้ออ้างเพื่อจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชน
เท่านั้น

2) “ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน” เป็นถ้อยคำที่กว้างเกินไป
และอาจทำให้เกิดการตีความส่วนบุคคลได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจะทำให้เกิดปัญหาต่อการบังคับใช้
กฎหมายตามมาในภายหลัง

3) การพิจารณาว่าการกระทำใดขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่นั้น
ย่อมต้องตระหนักถึงยุคสมัย สภาพสังคม เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและประเพณีที่เปลี่ยนแปลงไป
รวมถึงความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีประกอบกัน

6.3 ความยินยอมของผู้ป่วยกับการทำการุณยฆาต ในมิติของหลักความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีของประชาชน ตามบริบทของสังคมไทยในปัจจุบัน

จากหลักความยินยอมประกอบกับหลักความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดี
ของประชาชนข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบด้วยความสมัครใจ (Voluntary
Active Euthanasia) โดยสภาพแล้ว เกิดขึ้นโดยความยินยอมร้องขอของผู้ป่วยเอง ความยินยอมดังกล่าว
มีผลต่อความรับผิดชอบทางอาญาหรือไม่ ประมวลกฎหมายอาญาของไทยไม่ได้มีการบัญญัติเรื่องหลัก
ความยินยอมไว้โดยตรง อย่างไรก็ตาม ในส่วนของความยินยอมให้เช่นนั้น ในปัจจุบันนี้กฎหมายไทย
ยังไม่ได้รับรองสิทธิของบุคคลที่จะตาย (Right to Die) ความยินยอมดังกล่าวยังคงขัดต่อความสงบ
เรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน ทั้งนี้ กฎหมายอาญามีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุม ความสงบ
เรียบร้อยในสังคมให้คนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข ฉะนั้น การใดที่ฝ่าฝืนวัตถุประสงค์กฎหมายอาญา
ย่อมไม่อาจยอมรับให้มีขึ้นได้ ในปัจจุบันนี้แม้ผู้ป่วยจะยินยอมด้วยความสมัครใจให้แพทย์ทำการุณยฆาต
ก็ไม่อาจใช้หลักความยินยอมกับการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน
มาเป็นข้อยกเว้นให้การกระทำที่ผิดกฎหมายกลับกลายเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมายขึ้นมาได้⁵²

⁵¹ The momentum. ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน: วาทกรรมในการสร้างอำนาจของรัฐ.

2 ธันวาคม 2565 สืบค้นจาก <https://themomentum.co/ruleoflaw-public-morality/>

⁵² อารยา เนื่องจางันต์. ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศีกษากรณีการุณยฆาต.

สาขาวิชากฎหมายอาญาและอาชญาวิทยา คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560. หน้า72.

ดังนั้น การแสดงเจตนาถึงแม้จะเป็นลายลักษณ์อักษรให้แพทย์กระทำการการุณยฆาตเชิงรุก หรือเชิงสงบแก่ตน แม้ปรากฏใน “พินัยกรรมชีวิต” ในลักษณะเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive) ดังกล่าว ยังไม่มีผลตามด้วยกฎหมายที่จะปลดปล่อยความรับผิดชอบของแพทย์ได้⁵³ โดยผู้ศึกษาเห็นว่าด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมีบทบัญญัติของกฎหมายที่เกี่ยวกับการทำการุณยฆาต มารองรับโดยเฉพาะ ซึ่งจะได้ทำการศึกษาต่อไป

7. หลักการจำแนกประเภทของการุณยฆาต

การุณยฆาต (Euthanasia) มีที่มาจากภาษากรีก จากคำว่า Eu หมายถึง Good และ Thanatos หมายถึง Death แปลโดยรวมว่า การทำให้เสียชีวิตอย่างสงบโดยมีมนุษยธรรม ซึ่งการุณยฆาต (Euthanasia) หรือ Mercy Killing คือ การยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือตามคำร้องขอของผู้แทนโดยชอบธรรม โดยมีแพทย์เป็นผู้ดำเนินการยุติความเจ็บป่วย หรือเป็นผู้ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยดี โดยการการุณยฆาตนั้นมีการแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้⁵⁴

7.1 การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) คือ การยุติการรักษาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ในกรณีที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการรักษาได้ดำเนินมาถึงขีดสุด และแพทย์หรือผู้ได้รับอนุญาต จึงเลือกวิธีนี้เพื่อปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และหลุดพ้นจากความเจ็บปวดของการรักษา เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด และถูกกฎหมายในหลายประเทศ

7.2 การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) คือการุณยฆาตโดยการยุติ การให้ปัจจัยดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย เป็นวิธีเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

7.3 การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) คือ การุณยฆาตโดยการให้สารหรือวัตถุ เร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

⁵³ อรรธมา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจำนงค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ กับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.

⁵⁴ สำนักข่าวไทยพีบีเอส. “การุณยฆาต” คำขอร้องในวาระสุดท้าย. 3 พฤศจิกายน 2565 สืบค้นจาก <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278172>

จากข้อมูลในพจนานุกรมกฎหมายของ เฮนรี แคมป์เบลแบล็ก (Henry Campbell Black's Law Dictionary) ยังได้จำแนกการการุณยฆาตเชิงรุกออกเป็น 3 ประเภทย่อย ได้แก่⁵⁵

1) การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วย เลือกว่าจะปลงชีวิตตนเอง อาทิ ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข จัดยาในปริมาณที่เกินขนาด จนทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิต หรือวางยาที่เป็นพิษไว้มากๆ ตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยิบกินเอง

2) การุณยฆาตโดยเจตจำนงและโดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจเอาไว้ล่วงหน้าแล้วว่า หากหมดหนทางทางการแพทย์ ก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขกระทำการการุณยฆาตแก่ตน โดยอาจจะแสดงความจำนงเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรมชีวิต (Living will) เอาไว้ก็ได้

3) การุณยฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ให้เพราะความสงสาร

กฎหมายในประเทศไทยนั้นมีการรับรองเพียงแต่การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หรือการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น โดยปรากฏอยู่ใน มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดที่ 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ บัญญัติว่า บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

การบัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย หรือที่เรียกว่า “Living Will” แต่ยังไม่รับรองไปจนถึงการทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) ซึ่งยังมีปัญหาที่ถกเถียงกันในเรื่องของความชอบด้วยกฎหมาย ถูกมองว่าขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ แม้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยจะรับรองสิทธิให้ปฏิเสธการรักษาได้ แต่การทำการุณยฆาตเชิงรุกยังมีปัญหาว่าจะยังคงเป็นความผิดต่อกฎหมายอาญฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 หรือ 289 แล้วแต่กรณี โดยแพทย์ผู้ทำไม่สามารถอ้างหลักความยินยอมเพื่อยกเว้นความรับผิดได้ จึงยังต้องรับผิดตามกฎหมายอยู่

⁵⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. 4 พฤศจิกายน 2565 สืบค้นจาก <https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/2559>

ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่ในสถานะที่ไม่สามารถใช้ชีวิตเป็นปกติได้ จะยังคงต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยความทรมานจนกว่าจะถึงแก่ความตาย

กฎหมายในส่วนนี้ไม่ยุติธรรมสำหรับแพทย์ ที่ได้ปฏิบัติตามหน้าที่ด้วยความสุจริต และมีเจตนาที่บริสุทธิ์ ทั้งยังทำตามความประสงค์ของคนไข้ ซึ่งต่างจากเจตนาฆ่าทั่วไปโดยสิ้นเชิง ที่ผู้ลงมือทำโดยผู้ตายไม่ได้ประสงค์ให้ทำเช่นนั้น ดังนี้หากจะรองรับการทำการุณยฆาตอย่างแท้จริง ควรเป็นกรณีที่มีกฎหมายเฉพาะเจาะจงคุ้มครองความรับผิดชอบของแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ให้ต้องมีความผิดใดๆ เลย หากได้กระทำอย่างถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์อย่างครบถ้วนบริบูรณ์⁵⁶ ทั้งนี้จำเป็นต้องพิจารณาถึงเจตนาที่ผู้กระทำความมุ่งประสงค์ให้ถี่ถ้วนมากกว่าเจตนาฆ่าโดยทั่วไปด้วย

8. หลักการของผลลัพธ์สองด้าน (The Doctrine of Double Effect)

การกระทำที่มีเจตนาดี แม้จะตามมาด้วยผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาก็ตาม โดยมีองค์ประกอบครบ 4 ประการ ดังนี้⁵⁷

- 1) การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดีในตัวเองหรือเป็นกลาง
- 2) การกระทำนั้นเป็นไปด้วยเจตนาให้เกิดผลดี ไม่มีเจตนาให้เกิดผลร้าย
- 3) ผลลัพธ์ที่ดีไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำที่ไม่ดี
- 4) ผลดีมีน้ำหนักมากกว่าผลร้ายที่อาจเกิดขึ้น

หลักการของผลลัพธ์สองด้านนี้ เป็นหลักการจริยธรรมที่มีพื้นฐานมาจากหลักคริสต์ศาสนานิกายคาทอลิก ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง หลักการนี้ยอมรับการนำทารกออกจากครรภ์มารดาเพื่อรักษาชีวิตมารดา ดังนั้นหัตถการจึงทำไปเพื่อเจตนา รักษาชีวิตแม่มิใช่ทำลายชีวิตเด็ก ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การลดระดับความรู้สึกในระยะเวลาท้ายของชีวิต (Palliative Sedation) หรือการการยับยั้งเครื่องพยุงชีพ/การถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (Withholding/Withdrawal of Life-Sustaining Treatment) ด้วยเจตนาให้เพื่อลดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จึงเป็นสิ่งที่ถูกจริยธรรม

⁵⁶ ชนุตภรณ์ พิลาวรรณ. ปัญหาการทำการุณยฆาตโดยชอบด้วยกฎหมาย. (การศึกษาอิสระปริญญาโทบริหารธุรกิจ). คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร. 2564.

⁵⁷ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261ง. หน้า 17 ข้อที่ 44.

แม้จะได้ผลลัพธ์ที่ไม่เจตนาทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกตัวก็ตาม⁵⁸ รวมตลอดถึงการทำการุณยฆาตประเภทต่างๆ ด้วย เนื่องจากแพทย์กระทำไปด้วยเจตนาให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ไม่มีเจตนาให้เกิดผลร้ายตั้งแต่ต้น ทั้งยังให้ผลดีมากกว่าผลร้ายที่เกิดขึ้นเพราะเป็นความประสงค์โดยตรงของผู้ป่วยเองที่ไม่ต้องการความเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป

9. สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชน

ผู้ศึกษาได้จำแนกสิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายระหว่างประเทศตามกฎหมายไทย และกฎหมายเนเธอร์แลนด์ ดังต่อไปนี้

9.1 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายระหว่างประเทศ

สิทธิการตายถือเป็นสิทธิมนุษยชนตามรัฐธรรมนูญ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติระหว่างประเทศ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ และหลักกฎหมายสากลอื่นๆ ที่มนุษยชาติทุกคนควรมีเพื่อคงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิทธิการตายโดยการทำการุณยฆาตอยู่ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights) หรือเรียกสั้นๆ ว่า ICCPR โดยประเทศไทยเข้าเป็นภาคีด้วยการภาคยานุวัติ เมื่อวันที่ 29 ตุลาคม 2539 และมีผลใช้บังคับกับไทยเมื่อวันที่ 29 มกราคม 2540

กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมืองหรือICCPR กล่าวถึงสิทธิในการกำหนดเจตจำนงตนเอง โดยประเทศไทยมีคำแถลงตีความโดยตั้งข้อสงวนไว้ 2 ประเด็น คือ⁵⁹

1) การใช้สิทธิการกำหนดเจตจำนงตนเอง ซึ่งไทยมิให้ตีความว่า อนุญาตหรือสนับสนุนการกระทำใดๆ ที่จะเป็นการแบ่งแยกดินแดน และ

2) เรื่องการห้ามโฆษณาชวนเชื่อเพื่อสงคราม นั้นไทยถือว่าไม่รวมถึงสงครามเพื่อป้องกันตนเอง ในกรณีไทยจำเป็นต้องประชาสัมพันธ์และชักชวนให้ประชาชนรักชาติในกรณีที่ต้องทำสงครามเพื่อป้องกันการรุกรานจากประเทศอื่น

⁵⁸ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261ง. หน้า 17.

⁵⁹ สนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชน. ICCPR กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ส่วนที่ 1 (ข้อ 1) สืบค้นจาก <https://humanrights.mfa.go.th/th/humanrights/obligation/international-human-rights-mechanism/ICCPR.php>

จึงสรุปได้ว่าสิทธิในการตายด้วยการทำการุณยฆาตทั้งเชิงรับ เชิงรุก และเชิงสงบ ไม่ได้อยู่ในข้อสงวนข้างต้น ในปัจจุบันจึงมีข้อควรพิจารณาถึงสิทธิในการทำการุณยฆาตทุกรูปแบบ เพื่อให้สอดคล้องกับสิทธิการกำหนดเจตจำนงตนเอง ตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมือง และสิทธิทางการเมือง (ICCPR) ที่เราได้ลงนามไว้ข้างต้น

9.2 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายไทย

ในส่วนของสิทธิในการตายกับหลักการสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายไทยนั้น พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ พ.ศ. 2560 ได้ให้ความหมายของสิทธิมนุษยชน ในมาตรา 4 พระราชบัญญัติประกอบรัฐธรรมนูญนี้ไว้ว่า “สิทธิมนุษยชน” หมายถึง ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพและความเสมอภาคของบุคคล บรรดาที่ได้รับการรับรองหรือคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ ตามกฎหมาย หรือตามหนังสือสัญญาที่ประเทศไทยเป็นภาคีและมีพันธกรณีที่จะต้องปฏิบัติตาม

จากข้อมูลดังกล่าว ถือว่าประเทศไทยให้การรับรองสิทธิมนุษยชนอย่างสมบูรณ์ในแง่กฎหมาย เคารพในหลักสิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย⁶⁰ สิทธิการตายจึงเป็นหนึ่งในสิทธิที่ประชาชนไทยมีเสรีภาพที่จะเลือกวิธีการตายได้อย่างอิสระ ได้รับบริการทางการแพทย์ในการทำการุณยฆาตอย่างเสมอภาค เพื่ออาร์งค์ไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั่นเอง

9.3 สิทธิการตายกับหลักสิทธิมนุษยชนตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์

สิทธิมนุษยชนในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้นมีการประมวลผลไว้ในรัฐธรรมนูญดัตช์ เนเธอร์แลนด์ได้รับการยกย่องว่ามีประวัติด้านสิทธิมนุษยชนที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ได้เป็นผู้ลงนามในเรื่องสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศมากมาย เช่น อนุสัญญาด้านสิทธิมนุษยชนยุโรป, ธรรมนูญกรุงโรม (สำหรับศาลอาญาระหว่างประเทศ) และปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ, อนุสัญญาทรมานยุโรป อนุสัญญาคู่ครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน และกฎบัตรทางสังคมยุโรป⁶¹ รัฐธรรมนูญเป็นเอกสารของรัฐที่สำคัญที่สุดและเป็นกฎหมายสูงสุดในประเทศ เนเธอร์แลนด์ มีขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2357 รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 รวมกฎที่ควบคุมระบบการปกครองของเนเธอร์แลนด์และสิทธิขั้นพื้นฐานไว้ในหมวดที่ 1 ดังนี้

⁶⁰ ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ. การุณยฆาต : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. *วารสารพัฒนศาสตร์*, 3(2), หน้า 143-176.

⁶¹ Hmong. *สิทธิมนุษยชนในเนเธอร์แลนด์*. 24 พฤษภาคม 2566 https://hmong.in.th/wiki/Human_rights_in_the_Netherlands

หมวดที่ 1 ของรัฐธรรมนูญกำหนดสิทธิของทุกคนในเนเธอร์แลนด์ “สิทธิพื้นฐาน” เหล่านี้คือสิทธิมนุษยชนและสิทธิในระบอบประชาธิปไตยเป็นหลัก ซึ่งรวมถึงเสรีภาพจากการเลือกปฏิบัติ เสรีภาพในการนับถือศาสนาและการแสดงออก และสิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิทางสังคม เช่น สิทธิในที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพ อันถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ⁶² นอกจากนี้ในมาตรา 11 ได้วางหลักถึงความสมบูรณ์ของสิทธิส่วนบุคคลไว้โดยตรง โดยให้บุคคลทุกคนมีสิทธิในตัวเอง แต่ต้องไม่กระทบกระเทือนต่อข้อยกเว้นตามกฎหมาย⁶³ และยังมีการส่งเสริมสิทธิด้านสุขภาพและที่พักไว้ ตามมาตรา 22 โดยจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่⁶⁴

- 1) เจ้าหน้าที่ต้องดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชากร
- 2) ให้เจ้าหน้าที่จัดหาที่พักให้เพียงพอ
- 3) ทางการต้องส่งเสริมการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรมและกิจกรรมสันทนาการ

การดูแลสุขภาพ จึงถือเป็นสิทธิมนุษยชนรูปแบบหนึ่ง ที่มนุษย์ทุกคนพึงได้รับ และไม่ให้อื่นเข้ามาละเมิดได้ โดยสามารถอธิบายได้จากมนุษย์ย่อมมีสิทธิในร่างกายของตนเอง ดังนั้น จึงมีสิทธิอย่างสมบูรณ์ที่จะสามารถตัดสินใจการดำเนินชีวิตของตนเองได้เสมอในทุกกรณี ไม่ว่าจะผลจะเป็นไปในทิศทางบวกหรือลบก็ตาม สิทธิดังกล่าวที่ว่ามานี้ก็คือ “สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่” และ “สิทธิในการเลือกที่จะตาย” ดังนั้นสิ่งแรกที่พึงกระทำคือการปรับวิถีคิดใหม่เกี่ยวกับมนุษย์ก่อนเป็นลำดับแรก ว่าทุกคนย่อมมีสิทธิในตนเอง สามารถคิดและตัดสินใจที่พึงกระทำในร่างกายของตนเองได้ และเชื่อมั่นในการตัดสินใจของมนุษย์ ว่ามนุษย์ย่อมรู้ตนเองดี ว่าอะไรดี อะไรชั่ว อะไรถูก อะไรผิด ขึ้นอยู่กับมาตรฐานเดียวในการตัดสินใจการกระทำก็คือ เจตนาของผู้กระทำ ซึ่งก็คือเจ้าของร่างกายนั้น แน่แน่นอนว่าหากบุคคลนั้นไม่ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างถึงที่สุดแล้ว คงไม่เรียกร้องความตายให้แก่ตนเอง⁶⁵ กฎหมายจึงต้องคุ้มครองสิทธิในการตายของบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม

⁶² Fundamental rights Chapter 1 of the Constitution lays down the rights of all persons in the Netherlands. These ‘fundamental rights’ are principally human rights and democratic rights. They include freedom from discrimination, freedom of religion and expression and the right to privacy. Social rights, such as the right to housing and health care, are also laid down in the Constitution.

⁶³ Fundamental rights Article 11 Personal integrity Everyone shall have the right to inviolability of his person, without prejudice to restrictions laid down by or pursuant to Act of Parliament.

⁶⁴ Article 22 Health and accommodation

- 1) The authorities shall take steps to promote the health of the population.
- 2) It shall be the concern of the authorities to provide sufficient living accommodation.
- 3) The authorities shall promote social and cultural development and leisure activities.

⁶⁵ ธพิพัฒน์ วรพิพัฒนการกิจ. การดูแลสุขภาพ : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์.

10. การยอมรับการรณุญาตในประเทศต่างๆ

ประเทศที่มีกฎหมายให้สิทธิการทำการรณุญาตเชิงรุกได้ คือ แคนาดา โคลอมเบีย เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม และลักเซมเบิร์ก ขณะที่การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือทางการแพทย์ ถูกกฎหมายในญี่ปุ่น เยอรมนี สวิตเซอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา การรณุญาตเชิงรับทำได้ในประเทศเกาหลีใต้ โปรตุเกส ฝรั่งเศส สเปน สวีเดน สหราชอาณาจักร อาร์เจนตินา อิตาลี อินเดีย อิสราเอล และไอร์แลนด์ ส่วนสหรัฐอเมริกาและออสเตรเลีย ก็มีกฎหมายเกี่ยวกับการรณุญาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือทางการแพทย์เช่นกัน แต่มีความแตกต่างกันไปแต่ละท้องถิ่น⁶⁶ อาทิ ประเทศที่มีกฎหมายน่าสนใจ 3 ประเทศ ได้แก่ เนเธอร์แลนด์ สวิตเซอร์แลนด์ และ เยอรมนี ดังนี้

10.1 การยอมรับการรณุญาตในประเทศเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่ออกกฎหมายมารับรองความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำการรณุญาตโดยตรงเดิมเนเธอร์แลนด์อนุญาตให้มีการกระทำการรณุญาตได้ แต่ไม่มีกฎหมายเฉพาะมารองรับ เป็นแต่เพียงแนวคำพิพากษาบรรทัดฐานที่วางเงื่อนไขในกรณีที่สามารถทำการรณุญาตได้เท่านั้น จนกระทั่งค.ศ. 2000 ก็เริ่มมีการถกเถียงกันว่าสมควรมีกฎหมาย เฉพาะมากำหนดหลักเกณฑ์ให้ชัดเจน ในที่สุดวันที่ 10 เมษายน ค.ศ. 2001 วุฒิสภาของเนเธอร์แลนด์ ก็เห็นชอบด้วยคะแนนเสียง 40 ต่อ 28 หลังจากก่อนหน้านี้ในวันที่ 28 พฤศจิกายน ค.ศ. 2000 สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรได้เห็นชอบมาแล้วด้วยคะแนนเสียง 104 ต่อ 40 กฎหมายดังกล่าวได้วางเงื่อนไขไว้ ดังนี้⁶⁷

- 1) คำร้องขอของผู้ป่วยต้องเกิดจากความสมัครใจผ่านการไตร่ตรองและได้รับการยืนยันซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานสาหัสและหมดหนทางเยียวยารักษา
- 3) มีการแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยให้ทราบถึงอาการของตนในปัจจุบันและการวินิจฉัยอาการของโรค
- 4) ได้ข้อสรุปตรงกันว่าไม่มีวิธีการอื่นใดอีกแล้ว
- 5) ผู้ป่วยได้ปรึกษาหารือกับแพทย์อิสระอื่น
- 6) กระบวนการจบชีวิตต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ทางการแพทย์

⁶⁶ Sanook. การรณุญาต คืออะไร ประเทศที่รองรับ ไม่ผิดกฎหมาย มีประเทศอะไรบ้าง. 25 มีนาคม 2567 สืบค้นจาก <https://www.sanook.com/news/7702206/>

⁶⁷ ผดุงกิจ อรรถกิจไพบุลย์. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการรณุญาต. 2555. หน้า 47. อ่างโน อรัณภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งงศกร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจำนงค์. การรณุญาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติการการุณยฆาตนี้ต้องแจ้งแก่ตำรวจในท้องที่เพื่อตั้งคณะกรรมการตรวจสอบซึ่งประกอบไปด้วยกรรมการ 5 คนที่เป็นแพทย์ นักกฎหมาย ผู้เชี่ยวชาญทางศีลธรรม เพื่อ ตรวจสอบว่าการกระทำการุณยฆาตนั้นเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ ในกรณีที่ตรวจสอบพบว่าไม่ถูกต้องตามเงื่อนไข คณะกรรมการต้องยื่นเรื่องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมต่อไป แพทย์ที่กระทำการุณยฆาตโดยฝ่าฝืนเงื่อนไขดังกล่าวมีโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี นอกจากนี้ยังมีการรับรองในรูปแบบของการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย⁶⁸ โดยการแนะนำเตรียมสารและอุปกรณ์ไว้และปล่อยให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อจากนั้นเอง⁶⁹ อีกทั้งเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายชื่อว่า Medical Treatment Contract Act 1995 Dutch Euthanasia Act 2002 ซึ่งยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will หรือ Advance directives) อีกด้วย ในปัจจุบันกฎหมายของเนเธอร์แลนด์นั้นระบุว่าอนุญาตให้ทำการุณยฆาตได้ในเด็กอายุมากกว่า 12 ปีที่มีอาการป่วยซึ่งไม่สามารถรักษาได้ หากว่าเด็กร้องขอเพื่อยุติความเจ็บปวด โดยเด็กคนนั้นต้อง “มีสติสัมปชัญญะรับรู้” และ “มีความสามารถในการตัดสินใจที่ดี”⁷⁰ แพทย์จะต้องแน่ใจว่าความทุกข์ทรมานนั้นไม่สามารถทำให้บรรเทาลงได้และหลังจากแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสถานการณ์แล้วได้ข้อสรุปร่วมกันว่า ไม่มีหนทางอื่นใดที่ดีกว่าการตัดสินใจเช่นนี้ โดยมั่นใจว่าได้พิจารณาถี่ถ้วนแล้ว ต่อมาได้ปรึกษาแพทย์อย่างน้อยอีก 1 คนซึ่งมีความเห็นเช่นเดียวกับแพทย์คนแรก ในเรื่องของเกณฑ์อายุบุคคลอายุ 18 ปีขึ้นไปสามารถตัดสินใจได้แล้วถ้าอายุ 16-18 ปี แพทย์ต้องให้ผู้ปกครองรับทราบในเหตุการณ์ด้วย และถ้าอายุ 12-16 ปีจะต้องให้ผู้ปกครองอนุญาตก่อน บุคคล อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป สามารถจัดทำเอกสารเพื่อแสดงเจตนาเกี่ยวข้องกับ Euthanasia ไว้ก่อนได้⁷¹ ทั้งนี้บทบัญญัติของกฎหมายอาญาเนเธอร์แลนด์คล้ายกับของกฎหมายอาญาเยอรมัน กล่าวคือ บทบัญญัติของประมวลกฎหมายอาญาเนเธอร์แลนด์ที่เกี่ยวกับสิทธิที่จะตายหรือการุณยฆาตได้แก่ มาตรา 293 คือความผิดฐานทำให้คนตายตามที่ถูกขอร้อง เหมือนกับกฎหมายอาญาเยอรมัน

⁶⁸ ผดุงกิจ อรรถกถาไพบูลย์. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต 2555. หน้า 47. อ้างใน อรรถกถา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางงค์ การุณยฆาตเชิงรุก โดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

⁶⁹ ภูมิภัทร ศาสตรศรี. ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการุณยฆาต 2555. หน้า 21. อ้างใน อรรถกถา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางงค์ การุณยฆาตเชิงรุก โดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

⁷⁰ โครงการสัมมนาพินัยกรรมชีวิต: สิทธิในการตาย (Living will). 2557. หน้า 14-15. อ้างใน อรรถกถา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางงค์ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

⁷¹ ไมโนช โชคแจ่มใส, Euthanasia. ม.ป.ป. หน้า 25. อ้างใน อรรถกถา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางงค์ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

มาตรา 216 ซึ่งมีโทษจำคุกสูงสุด 12 ปี ในขณะที่โทษฐานฆาตกรรมนั้นมีโทษจำคุกสูงสุดตลอดชีวิต⁷² โดยมาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญาประเทศเนเธอร์แลนด์วางหลักให้ผู้ที่ทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังของผู้ตาย ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวดห้า แต่การกระทำนั้นจะไม่ใช่เป็นความผิด หากได้กระทำโดยแพทย์ซึ่งได้ปฏิบัติตามครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสม ที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of life on request and assisted suicide (Review procedures) และได้แจ้งพยาธิแพทย์ของรัฐ (Municipal pathologist) ถึงการกระทำดังกล่าวตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 7 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติ Theburial and cremation⁷³ ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายรับรองการทำการุณยฆาตโดยตรง และมีกฎหมายรับรองการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด⁷⁴ และยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living Will หรือ Advance directives)

⁷² วิฑูรย์ อั้งประพันธ์. สิทธิที่จะตาย: มุมมองทางปรัชญาและพระพุทธศาสนา. *คูลพาท*, 59 (ตุลาคม-ธันวาคม). 2539. หน้า 120 อ้างใน อรรถมา ไวยมุกข์, อธิรญา ภูพงศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางค์ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.

⁷³ ภูมิภัทร ศาสตร์ศติ. *อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ ปรีดี พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. 2555. หน้า 61 อ้างใน อรรถมา ไวยมุกข์, อธิรญา ภูพงศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางค์ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.

⁷⁴ Euthanasia, though reported to be regularly practiced, was a criminal act in the Netherlands until 1973 when, in the Postma Case, Geertruida Postma, a doctor, was convicted for giving her terminally ill mother a lethal injection. The court decided to sentence Dr. Postma to a one-week suspended sentence and one-week probation instead of the 12 years maximum sentence. Because of the Postma Case and others, the courts established a set of conditions under which euthanasia and physician-assisted suicide would not be punished. Euthanasia and physician-assisted suicide were legalized on Apr. 1, 2002 by the *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* for Dutch citizens over 12 years old. The Act states that physicians who perform the procedures will be exempt from criminal liability and set forth criteria for physicians to follow to legally euthanize or assist in the suicide of a patient.

Under the law, newborns may be euthanized if they are born with unbearable suffering, there is no alternate solution, and the parents, physician, and an independent physician agree to the procedure. Called the Groningen Protocol, the criteria under which infants may be euthanized was written by Eduard Verhagen, MD, JD, in Sep. 2004. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay.

10.2 การยอมรับการุณยฆาตในประเทศสวิตเซอร์แลนด์

สิทธิขอตายอย่างสงบได้รับการยอมรับในวงกว้าง การฆ่าตัวตายโดยได้รับการช่วยเหลือ (Assisted suicide) เป็นเรื่องถูกกฎหมายนับจากคริสต์ทศวรรษที่ 1940 แต่การทำการุณยฆาตเป็นเรื่องต้องห้ามกฎหมายอนุญาตให้ช่วยเหลือฆ่าตัวตาย (Assisted suicide) ได้ด้วยการจัดหาวิธีการและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้จบชีวิตตนเอง กฎหมายเปิดช่องให้พิจารณาได้ว่าแพทย์สามารถระทำการุณยฆาตได้โดยไม่ผิดกฎหมาย ตราบใดที่มีหลักฐานพิสูจน์ได้ว่าไม่มีมูลเหตุที่ “จงใจทำให้ผู้อื่นตาย” ในสวิตเซอร์แลนด์บุคคลสามารถรับความช่วยเหลือทางอ้อมให้ฆ่าตัวตายได้ เช่น การจัดหาสารพิษให้โดยมีข้อจำกัดว่าต้องไม่เกิดจากความเห็นแก่ตัว หรือทำไปเพื่อผลประโยชน์ อย่างไรก็ตาม การช่วยเหลือทางตรง เช่น ช่วยป้อนสารพิษหรือฉีดสารพิษให้ ไม่สามารถกระทำได้ที่สวิตเซอร์แลนด์มีองค์กรชื่อดิกันทาส (Dignitas) ก่อตั้งในปีพ.ศ. 2541 ให้ความช่วยเหลือจบชีวิตแก่ผู้ร้องขอจากทั่วโลก (จนมีผู้เรียกกันว่า การท่องเที่ยวเพื่อฆ่าตัวตาย) ขณะที่ยังคงมี “เอ็กซิต” (Exit) ช่วยเหลือแค่ชาวสวิสหรือผู้พำนักในประเทศไม่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติ องค์กรดิกันทาส (Dignitas) ในเมืองซูริกถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงตลอดทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากเปิดโอกาสให้ชาวต่างชาติสามารถฆ่าตัวตายตามที่กฎหมายสวิตเซอร์แลนด์อนุญาต ลุดวิกมิเนลลีผู้ก่อตั้งองค์กรกล่าวอ้างองค์กรแห่งนี้เคยทำการุณยฆาตให้แก่ชาวต่างชาติมาแล้วไม่ต่ำกว่า 1,000 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย จนถึงสิ้นปีค.ศ. 2010 องค์กรดิกันทาสเคยช่วยเหลือชาวต่างชาติให้ฆ่าตัวตายมาแล้ว 1,138 คน โดยจำนวนนี้รวมถึงชาวเยอรมันไม่น้อยกว่า 592 คน, ชาวฝรั่งเศส 102 คน, ชาวสวิส 118 คน, ชาวอิตาลี 19 คน, ชาวอเมริกัน 19 คน และชาวสเปน 16 คน ดังนั้นจึงมีความพยายามที่จะออกกฎหมายมาควบคุมเรื่องการุณยฆาต ร่างกฎหมายนี้กำหนดให้ผู้ป่วยที่ต้องการทำการุณยฆาตต้องได้รับการยืนยันทางการแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังและจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน⁷⁵ อีกทั้งสวิตเซอร์แลนด์มีกฎหมายชื่อว่า Law on the protection of adults 2003 ซึ่งยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living Will หรือ Advance directives) อีกด้วย

วันที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2564 สำนักข่าวสวิสอินโฟ รายงานว่า รัฐบาลสวิตเซอร์แลนด์ได้อนุมัติให้ใช้ “แคปซูลการุณยฆาต” ต่อผู้ประสงค์จากไปอย่างสงบ และไร้ความทรมาน ถือเป็นเทคโนโลยีใหม่ที่กระตุ้นการพัฒนาเรื่องการุณยฆาตไปทั่วโลก แคปซูลการุณยฆาตที่ว่าชื่อ ซาร์โก (Sarco Suicide Pods) คิดค้นโดย ด็อกเตอร์ ฟิลิป นิตซ์เชค (Philip Nitschke) มีองค์กร Exit International ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรได้ผลิตตัวเครื่องรูปทรงวงรีขนาดใหญ่ใส่คนได้หนึ่งคน ถูกออกแบบให้มีดีไซน์ทันสมัย เคยสร้างเสียงฮือฮาจากการเปิดตัวโมเดลต้นแบบเมื่อปี 2017 ก่อนทางผู้ผลิตจะนำเครื่องซาร์โก

⁷⁵ โครงการสัมมนา พินัยกรรมชีวิต: สิทธิในการตาย (Living Will). 2557. หน้า 15-16 อ้างใน อรรถมฤคา ไวยมุกข์, อชิรญา ภูพงศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจางค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

ไปจัดแสดงตามประเทศต่างๆ หลายครั้ง⁷⁶ กระบวนการทำงานของแคปซูล Sarco เริ่มต้นขึ้นหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่แคปซูล ภายในแคปซูลจะเริ่มปล่อยไนโตรเจนเข้าไปในตัวแคปซูลทำให้ระดับออกซิเจนลดลงจนเหลือเพียง 1% และทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหมดสติอย่างช้าๆ ภายในระยะเวลา 30 วินาที ผู้พัฒนายืนยันว่าวิธีการดังกล่าวผู้ป่วยจะไม่ได้รับความตื่นตระหนกหรือทรมาน กระบวนการทำงานทั้งหมดอยู่ภายในการดูแลของเจ้าหน้าที่และทีมแพทย์บุคคลภายนอกไม่สามารถเข้าใช้แคปซูล Sarco โดยไม่ได้รับอนุญาต⁷⁷ Sarco แคปซูลการุณยฆาตเตรียมถูกนำมาใช้งานทดแทนวิธีการทำการุณยฆาตแบบเดิมในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งใช้วิธีการให้ผู้ป่วยรับประทานไซเดียมเพนโทบาร์บิทอลเหลว และผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายในเวลา 5 นาที ในช่วงปีที่ผ่านมาผู้ป่วยเข้ารับการทำกรุณยฆาตด้วยวิธีการดังกล่าวกว่า 1,300 คน⁷⁸ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีกฎหมายกำหนดให้การฆ่าตัวตายโดยได้รับการช่วยเหลือ (Assisted suicide) เป็นเรื่องถูกกฎหมายสามารถกระทำได้⁷⁹ ส่วนการทำกรุณยฆาตกฎหมายเปิดช่องให้แพทย์สามารถกระทำได้โดยไม่ผิดกฎหมายตราบิตที่มีหลักฐานพิสูจน์ได้ว่าไม่มีมูลเหตุที่ “จงใจทำให้ผู้อื่นตาย” และยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will หรือ Advance directives)

10.3 การยอมรับการุณยฆาตในประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี

ประเทศเยอรมันไม่มีกฎหมายรับรองการทำกรุณยฆาต การุณยฆาตถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอยู่ แต่ประเทศเยอรมันมีบทบัญญัติเกี่ยวกับความยินยอมของผู้เสียหายในความผิดต่อชีวิตเป็นอีกฐานความผิดหนึ่งโดยเฉพาะต่างหากจากความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนา ฉะนั้นการทำกรุณยฆาตโดยสมัครใจ (Voluntary euthanasia) จะมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญารฐานทำให้ผู้อื่นตายตามความต้องการของผู้ตาย (Toetung auf veriangen) ตามมาตรา 216

⁷⁶ Themomentum. สวิตเซอร์แลนด์อนุมัติให้ใช้ ‘แคปซูลการุณยฆาต’ ต่อผู้ประสงค์จากไปอย่างสงบ และไร้ความทรมาน. 3 พฤศจิกายน 2565 สืบค้นจาก <https://themomentum.co/sarco-suicide-pods/>

⁷⁷ สำนักข่าวบีบีซี เวิลด์นิวส์. Maker of suicide pod plans to launch in Switzerland. 3 พฤศจิกายน 2565 สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/news/technology-595771623>

⁷⁸ สำนักข่าวไทยพีบีเอส. (2565, 3 พฤศจิกายน). แคปซูลการุณยฆาต Sarco แบบถูกกฎหมายในสวิตเซอร์แลนด์. 3 พฤศจิกายน 2565 <https://www.thaipbs.or.th/news/content/310637>

⁷⁹ Assisted suicide is allowable if the person aiding the suicide has good intentions and does not actually commit the act that leads to death (such as injecting medication). "Accompanied suicides" are frequently performed at the Dignitas Clinic in Forch, Switzerland with barbituates. The suicide of Peter Smedley, who suffered from motor neuron disease, at the Dignitas Clinic was broadcast on the BBC in June 2011 as part of the "Choosing to Die" documentary series. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay.

ของประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันซึ่งโทษน้อยกว่าฆาตกรรม⁸⁰ แต่ทั้งนี้ประเทศเยอรมันมีกฎหมายชื่อ Amendment of the guardianship law (2009) ยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living Will หรือ Advance directives) ประเทศเยอรมันไม่เห็นด้วยกับการทำการุณยฆาตทั้งโดยทางตรง (Active euthanasia) และทางอ้อม (Passive euthanasia) ส่วนการฆ่าตัวตาย โดยได้รับการช่วยเหลือ (Assisted suicide) เป็นเรื่องที่สามารถกระทำได้⁸¹ และยอมรับการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษา (Living will หรือ Advance directives)⁸² อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตาย โดยได้รับการช่วยเหลือก็ถือเป็นการทำการุณยฆาตเชิงรุกประเภทแรกตามที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

ในปัจจุบันมีหลายประเทศทั่วโลกที่มีกฎหมายรองรับให้มีการทำการุณยฆาตได้ เมื่อพิจารณาทั้งสามประเทศตามตัวอย่างข้างต้นจะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศมีการกำหนดมาตรการและเงื่อนไขในการทำการุณยฆาตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทสังคมและปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ของประเทศนั้น อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศยังมีการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการทำการุณยฆาต เพื่อให้คุ้มครองประโยชน์สูงสุดของคนในชาติ เช่นเดียวกับประเทศไทยที่ต้องปรับปรุงกฎหมายในส่วนนี้ให้ทันยุคสมัยและเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่นกัน

⁸⁰ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. สิทธิที่จะตาย: มุมมองทางปรัชญาและพระพุทศศาสนา. ดุลพาห 59 (ตุลาคม-ธันวาคม). 2539. หน้า 119. อ้างใน อรรถมภา ไวยมุข, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูท, อารยา เนื่องจำนงค์ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมันวารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

⁸¹ On Nov. 6, 2015, Germany legalized physician-assisted suicide that is performed on an "individual basis out of altruistic motives." "[C]ommercial euthanasia" or "suicide business" is illegal. Prior to the 2015 law, doctors were allowed to provide high doses of pain medication to accelerate death. Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay.

⁸² อารยา เนื่องจำนงค์. ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560. หน้า 21-23, 25-26, 28-29.

บทที่ 3

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของไทยและเนเธอร์แลนด์

ในประเทศที่มีการทำการุณยฆาตล้วนมีหลักเกณฑ์ตามกฎหมายที่แตกต่างกันออกไป ทั้งด้วยพัฒนาการในด้านกฎหมาย บริบททางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ที่สามารถสะท้อนความคิดของคนในสังคมผ่านกฎหมายลายลักษณ์อักษร การศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายผู้ศึกษาเลือกเปรียบเทียบกฎหมายไทยกับประเทศเนเธอร์แลนด์ เนื่องจากเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกๆที่ริเริ่มการทำการุณยฆาตจึงทำให้กฎหมายมีพัฒนาการมายาวนานที่สุดและค่อนข้างสมบูรณ์ในปัจจุบัน

1. หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตตามกฎหมายไทย

ประเด็นสำคัญตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของไทยมีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศไทย, ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายกับประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต, การจำกัดอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต และความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย ซึ่งมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

1.1 ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศไทย

ประเทศไทยมีข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต โดยมีการรับรองเพียงการุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หรือการรักษาแบบประคับประคองเท่านั้น มีการทำพิธีกรรมชีวิตแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย กล่าวคือ ยินยอมให้แพทย์ยุติการรักษา โดยหยุดการให้ยา งดบีบหัวใจ งดเชื่อมต่อไฟฟ้า งดเจาะคอ และถอดท่อช่วยหายใจ เป็นต้น แต่ยังไม่รับรองให้ทำการุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) ได้ โดยมีรายละเอียดบัญญัติไว้ในกฎหมาย 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ดังนี้

1.1.1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติวางหลักให้บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ โดยการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา นั้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง และหากผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง⁸³ โดยกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ได้อธิบายรายละเอียดไว้ดังต่อไปนี้⁸⁴

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์ จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตายหรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ เจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา อันเกิดจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษา ได้วินิจฉัยจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า ภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยง ไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึงและให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร ของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาดความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกาย หรือทางจิตใจ ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

⁸³ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12

⁸⁴ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 65ก. หน้า 18-19.

“ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพ ตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานพยาบาล

“ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามกฎหมาย ว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยนั้น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยกฎกระทรวงได้วางแนวทางการทำพินัยกรรมชีวิตไว้ ดังต่อไปนี้⁸⁵

1.1.2 หลักเกณฑ์ในการทำพินัยกรรมชีวิต

หนังสือแสดงเจตนาต้องมีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ ของผู้ทำหนังสือดังกล่าวได้ โดยมีข้อมูลเป็นแนวทางในการทำหนังสือ ดังต่อไปนี้

- 1) รายการที่แสดงข้อมูลของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาโดยระบุชื่อ นามสกุล อายุ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน และที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
- 2) วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือแสดงเจตนา
- 3) ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของพยาน และความเกี่ยวข้องกับ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
- 4) ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการจะได้รับ
- 5) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาให้ผู้อื่นเขียนหรือพิมพ์หนังสือแสดงเจตนา ให้ระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย

หนังสือแสดงเจตนาต้องลงลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือของผู้ทำหนังสือ แสดงเจตนา พยาน และผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย โดยผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุชื่อบุคคล เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริง ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่ระบุไว้ไม่ชัดเจน บุคคลผู้ถูกระบุ ชื่อดังกล่าวต้องลงลายมือชื่อ หรือลายพิมพ์นิ้วมือ และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนไว้ในหนังสือ แสดงเจตนาด้วย ซึ่งหนังสือแสดงเจตนาอาจระบุรายละเอียดอื่นๆ เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต ณ สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อ ทางศาสนา และให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร สำหรับสถานที่หนังสือ แสดงเจตนาจะทำ ณ สถานที่ใดก็ได้ ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะทำหนังสือแสดงเจตนา ณ สถานบริการสาธารณสุขให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวก

⁸⁵ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไป เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ข้อที่ 3 ถึงข้อที่ 5 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 65ก หน้า 19-20.

ตามสมควร และเมื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเข้ารับการรักษาตัวในสถานบริการสาธารณสุข ให้นำหนังสือแสดงเจตนายื่นต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขของสถานบริการสาธารณสุขนั้น โดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอาจยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงหนังสือแสดงเจตนาได้ในกรณีที่มีการแสดงหนังสือแสดงเจตนาหลายฉบับ ให้ถือฉบับที่ทำหลังสุดที่ได้ยื่นให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้รับผิดชอบการรักษาเป็นฉบับที่มีผลบังคับ⁸⁶ ซึ่งในข้อนี้มีหลักเช่นเดียวกับพินัยกรรมนั่นเอง

สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ขาดสติสัมปชัญญะหรือไร้ความสามารถในการตัดสินใจ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่อง นิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ได้วางหลักการไว้ ดังต่อไปนี้

1.1.3 ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) หรือบุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการ ของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว ส่วนในกรณีที่ไม่มีกรมอบหมายไว้ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด และทีมสหสาขาวิชาจะร่วมกันพิจารณาอย่างรอบคอบ⁸⁷ สำหรับหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจทางสุขภาพ (Lasting/Durable Power of Attorney) เป็นเอกสารทางกฎหมายหรือวิธีการอื่นที่ได้รับการยอมรับโดยกฎหมายที่มอบอำนาจให้บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจแทน (Surrogate Decision Maker) เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต และหมดความสามารถในการตัดสินใจ ซึ่งอาจระบุไว้ในหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขก็ได้⁸⁸ นอกจากนี้กฎกระทรวงยังกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ดังกล่าวยังได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการไว้สำหรับให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ปฏิบัติตาม ซึ่งวางหลักไว้ ดังต่อไปนี้

⁸⁶ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ข้อที่ 3 ถึงข้อที่ 5 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 127 ตอนที่ 65ก หน้า 19-20.

⁸⁷ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261ง หน้า 10 ส่วนที่ 2 ข้อที่ 11

⁸⁸ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261ง หน้า 11 ส่วนที่ 2 ข้อที่ 12

หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาเมื่อวาระสุดท้ายของชีวิตใกล้จะมาถึงหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้⁸⁹

(1) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนามีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาทราบถึงภาวะและความเป็นไปของโรคในขณะนั้นเพื่อขอคำยืนยันหรือปฏิเสธก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(2) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่มีสติสัมปชัญญะดีพอที่จะสื่อสารได้ตามปกติ หากมีผู้ตัดสินใจแทน หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาอธิบายถึงภาวะและความเป็นไปของโรคให้บุคคลดังกล่าวทราบ และแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา ก่อนที่จะปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว

(3) ในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาปรึกษากับผู้ตัดสินใจแทน หรือญาติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา นั้น โดยคำนึงถึงเจตนาของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

(4) ในกรณีที่ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์ ให้ดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาได้เมื่อผู้นั้นพ้นจากสภาพการตั้งครรภ์

จากการศึกษาหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้ง 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนา ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 และ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเรื่องนิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563 เห็นถึงพัฒนาการของกฎหมายว่าด้วยการรณรงค์เชิงรับของไทยมาเป็นลำดับ ที่พยายามวางหลักเกณฑ์ต่างๆ ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามกฎหมายในเรื่องนี้ยังสามารถพัฒนาได้มากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

1.2 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตในประเทศไทย

สำหรับประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต กฎหมายไทยไม่ได้ระบุหรือจำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตไว้ ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีกฎหมายควบคุมอย่างเคร่งครัดเนื่องจากการทำการุณยฆาตอาจเป็นทางเลือกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ซึ่งการตัดสินใจทำการุณยฆาต

⁸⁹ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 127 ตอนที่ 65ก. ข้อที่ 6 หน้า 20-21

ควรเกิดขึ้นจากผู้ที่เป็โรคเรื้อรังไม่อาจรักษาให้หายได้แต่ยังมีความพร้อมทางด้านจิตใจ ใช้ข้อเท็จจริงพิจารณาด้วยหลักการและเหตุผลอย่างเต็มความสามารถ หากใช้การตัดสินใจด้วยอารมณ์ไม่

1.3 การบังคับใช้กฎหมายกับอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตในประเทศไทย

กฎหมายไทยไม่ได้จำกัดอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้ ในส่วนนี้จำเป็นต้องมีกฎหมายจำแนกช่วงอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตอย่างชัดเจน เนื่องจากเงื่อนไขของแต่ละช่วงวัยมีมาตรการดำเนินการทำการุณยฆาตที่แตกต่างกันตามกระบวนการคิดและความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ ซึ่งทางการแพทย์มีการจำแนกความสามารถของมนุษย์แต่ละช่วงวัยไว้ จึงเป็นประโยชน์ในการนำมาออกกฎหมายให้สอดคล้องกัน

1.4 ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย

การที่มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เปิดช่องให้คนไทยทำการุณยฆาตเชิงรับได้ตามวรรคหนึ่งนั้น ในวรรคสองก็ได้บัญญัติสอดคล้องกัน โดยมีการยกเว้นความรับผิดชอบให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามความยินยอมของคนไข้ มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดชอบทั้งปวง ซึ่งครอบคลุมทั้งความรับผิดชอบทางอาญากรณีเจตนาฆ่าโดยเจตนา ความรับผิดชอบทางแพ่งลักษณะละเมิดในชีวิตร่างกาย ตลอดจนมิให้กระทบเรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์อีกด้วย

อย่างไรก็ดี หากทำการุณยฆาตเชิงรุก และเชิงสงบ ยังคงเป็นความผิดต่อกฎหมายทั้งทางอาญา ทางแพ่งโดยไม่มีเงื่อนไขอยู่ ซึ่งจะต้องรับผิดชอบดังต่อไปนี้

1.4.1 ความรับผิดชอบทางอาญา

ความรับผิดชอบทางอาญาไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบในปัจจุบันคือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288, ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289 และความผิดฐานยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293 ซึ่งวางหลักไว้ดังต่อไปนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ดังนี้
มาตรา 288 ผู้ใดฆ่าผู้อื่นต้องระวางโทษประหารชีวิต จำคุกตลอดชีวิต หรือจำคุกตั้งแต่สิบห้าถึงยี่สิบปี

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน หากแพทย์ทำการุณยฆาตเชิงรุกแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีเร่งให้ตายด้วยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ ยังถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 รวมถึงกรณีแพทย์ทำการุณยฆาตเชิงสงบด้วยวิธีตัดปัจจัยการดำรงชีพ ด้วยการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือถอดเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด หรือเอ็กซ์โม (ECMO) หรือการยุติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีพของผู้ป่วย อันถือเป็นการทำการุณยฆาตเชิงสงบ ซึ่งเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 เช่นเดียวกัน

2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยดเว้น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยดเว้น การที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในการดูแลของแพทย์แล้ว แพทย์ย่อมมีหน้าที่ ในการป้องกันผล นั้นคือความตายของผู้ป่วย ดังนั้นการที่แพทย์งดเว้นการกระทำด้วยการตัดน้ำ ตัดอาหาร จึงถือว่าเป็นการทำการุณยฆาตเชิงสงบที่ยังคงต้องรับผิดชอบเท่ากับการทำการุณยฆาตเชิงรุก นั้นเอง

3) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289 ดังนี้

มาตรา 289 ผู้ใด (4) ฆ่าโดย ไตร่ตรองไว้ก่อน... ต้องระวางโทษประหารชีวิต จากความรับผิดทางอาญาฐานฆ่าผู้อื่นที่ได้อธิบายไปแล้วในข้อ 1) หากปรากฏว่า แพทย์มีการไตร่ตรองไว้ก่อน โดยวินิจฉัยแล้วตระเตรียมการ เช่น เตรียมสารที่เร่งให้ตาย ตลอดจน เครื่องมือแพทย์ต่างๆ ในการลงมือฆ่า ก็จะทำให้แพทย์ต้องรับโทษหนักขึ้นด้วย

4) ความผิดฐานยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293 ดังนี้

ผู้ใดช่วยหรือยุยงเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปี หรือผู้ซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่า การกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเอง ถ้าการฆ่าตนเองนั้นได้เกิดขึ้นหรือได้มีการพยายามฆ่าตนเอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

การที่แพทย์ช่วยเหลือด้วยการวางยาพิษไว้ให้ผู้ป่วยหยิบกินเอง หรือยุยง ผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปี หรือผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพ หรือสาระสำคัญอย่างไร อาจเป็นเพราะภาวะเจ็บป่วยที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือไม่สามารถบังคับ การกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเอง โดยแพทย์อาจยุยงแล้วตระเตรียมอุปกรณ์ในการฆ่าตนเองให้ ถ้าการฆ่าตนเองนั้นได้เกิดขึ้นหรือได้มีการพยายามฆ่าตนเอง แพทย์จึงยังต้องระวางโทษตามกฎหมาย ในมาตรานี้นั้นเอง

1.4.2 ความรับผิดทางแพ่ง

มีประเด็นการทำละเมิดแก่ชีวิต ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ ซึ่งวางหลักว่า

ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหาย ถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้น ทำละเมิดจำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

การทำการุณยฆาตผู้ป่วยโดยแพทย์ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ยังถือว่าแพทย์จงใจกระทำต่อผู้ป่วยโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต แพทย์จึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการกระทำนั้น

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยสามารถทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อทำการุณยฆาตเชิงรับได้ ในขณะที่การทำการุณยฆาตเชิงรุก และเชิงสงบ ยังคงมีความผิดตามกฎหมาย ทั้งทางอาญาและทางแพ่งตามรายละเอียดดังกล่าวมาแล้ว

2. หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์

ผู้ศึกษาได้เปรียบเทียบประเด็นสำคัญตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์ลือตามประเด็นสำคัญตามกฎหมายไทยข้างต้น ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์, ขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายกับประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต, การจำกัดอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต และ ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมีหลักการตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์อยู่ด้วยกัน 3 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ พ.ศ. 2545, ประมวลกฎหมายอาญาของประเทศเนเธอร์แลนด์ และ พระราชบัญญัติการฆาตกรรมกึ่งสังเคราะห์ ซึ่งได้มีการวางหลักไว้อย่างครบถ้วน ดังนี้

2.1 ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์ไร้ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต กล่าวคือ ประชากรในประเทศสามารถทำการุณยฆาตได้ทั้ง 3 วิธี ได้แก่ การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) ปราบกฎหมายหลักกฎหมายในพระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ พ.ศ. 2545 ในมาตรา 2 วรรคหนึ่งตอนท้าย (ฉ)⁹⁰ ซึ่งมีข้อกำหนดของการดูแลตามสมควรให้แพทย์ทำการยุติชีวิตหรือช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวัง

⁹⁰ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 f. Article 2 The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician: f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

จากพระราชบัญญัติดังกล่าว จะเห็นว่ากฎหมายในประเทศเนเธอร์แลนด์มีการรับรองให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกที่จะแสดงเจตนาให้ความยินยอมแก่แพทย์ของตนในการทำการุณยฆาตได้ทั้ง 3 วิธี ได้แก่การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือ การุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia) เช่นนี้ จึงถือได้ว่า กฎหมายว่าด้วยเรื่องการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์นั้น ไร้ข้อจำกัดในเรื่องของวิธีทำการุณยฆาตนั่นเอง ทั้งนี้ ในส่วนของการทำการุณยฆาตเชิงรุก ประเทศเนเธอร์แลนด์ยังไม่จำกัดผู้ที่ลงมือยุติชีวิตอีกด้วย กล่าวคือ สามารถกระทำโดยแพทย์ หรือกระทำโดยผู้ป่วยเองโดยมีแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลืออยู่ใกล้ๆ ก็ได้ ซึ่งจะต่างกับประเทศสวิตเซอร์แลนด์ที่จำกัดให้ทำการุณยฆาตเชิงรุกต้องลงมือโดยตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น

2.2 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์

ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่แพทย์ต้องพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับความทรมานทางกายหรือทางใจอย่างที่ไม่อาจทนได้ และไม่มีโอกาสที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกแล้ว อีกทั้ง ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่นใดอีก⁹¹ กล่าวโดยสรุปคือต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง แต่ไม่จำเป็นต้องระยะสุดท้ายนั่นเอง

2.3 การบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์กำหนดให้การุณยฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์กระทำได้กับผู้ป่วยที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์เท่านั้น ทั้งที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) และผู้เยาว์ (อายุ 12-18 ปี) โดยในกรณีผู้เยาว์ สามารถจำแนกพิจารณาตามเงื่อนไขได้ดังต่อไปนี้

1) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป แต่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อีกแล้ว (ภาวะไม่รู้สึกรู้ตัว) แต่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ ให้ถือว่ามีความเข้าใจตามสมควรในผลประโยชน์ของตน แต่แพทย์อาจไม่อนุญาตตามคำขอนี้ได้ โดยให้นำข้อกำหนดการดูแลตามสมควรที่อ้างอิงในวรรคหนึ่งมาใช้บังคับโดยอนุโลม กล่าวคือ ถ้าเข้าเงื่อนไขตามวรรคหนึ่ง แพทย์ก็สามารถทำตามคำขอยุติชีวิตได้โดยอนุโลม⁹²

⁹¹ สำนักข่าวไทยรัฐ. ถอดบทเรียนการ 'การุณยฆาต' จาก 'เนเธอร์แลนด์-แคนาดา' และการถกเถียงในสังคมไทยควรเป็นอย่างไร.

18 พฤศจิกายน 2565 สืบค้นจาก <https://plus.thairath.co.th/topic/spark/102004>

⁹² Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Second paragraph: If the patient aged sixteen years or older is no longer capable of expressing his will, but prior to reaching this condition was deemed to have a reasonable understanding of his interests and has made a written statement containing a request for termination of life, the physician may cant' out this request. The requirements of due care, referred to in the first paragraph, apply mutatis mutandis.

2) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 16 ถึง 18 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ หลังจากที่ถูกปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยผู้ปกครองจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ แล้วแต่กรณี ดังนี้ จะเห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้⁹³

3) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอของผู้ป่วยได้ โดยมีเงื่อนไขเสมอว่า ผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเขาต้องเห็นด้วยกับการยุติชีวิตหรือการช่วยฆ่าตัวตายเท่านั้น แพทย์จึงจะทำการอนุญาตได้ ดังนี้ จะเห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเด็กหรือผู้เยาว์นั่นเอง⁹⁴

ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่าแพทย์ที่กระทำการดังกล่าวต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 วรรคหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ตั้งแต่ ก.-จ. อย่างครบถ้วนบริบูรณ์ ตามหลักกฎหมายดังต่อไปนี้

กฎหมายเนเธอร์แลนด์ว่าด้วยการยุติชีวิตตามคำขอและการช่วยฆ่าตัวตาย (ฉบับสมบูรณ์) พระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 หมวดที่สอง ได้กำหนดการดูแลที่เหมาะสมไว้ใน มาตรา 2 ข้อกำหนดของการดูแลตามสมควร ซึ่งอ้างถึงในมาตรา 293 วรรคสอง ประมวลกฎหมายอาญา มีสาระสำคัญว่า⁹⁵

⁹³ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Third paragraph: If the minor patient has attained an age between sixteen and eighteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request for termination of life or assisted suicide, after the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian have been involved in the decision process.

⁹⁴ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Fourth paragraph: If the minor patient is aged between twelve and sixteen years and may be deemed to have a reasonable understanding of his interests, the physician may cant' out the patient's request, provided always that the parent or the parents exercising parental authority and/or his guardian agree with the termination of life or the assisted suicide. The second paragraph applies mutatis mutandis.

⁹⁵ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician:

ก. แพทย์มีความเชื่อมั่นว่าคำขอของผู้ป่วยเป็นไปโดยสมัครใจและได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้ว

ข. ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่แพทย์ต้องพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับความทรมานทางกายหรือทางใจอย่างไม่อาจทนได้ และไม่มีโอกาสที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกแล้ว

ค. แพทย์ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เขาเป็นอยู่ ตลอดจนโอกาสหรือทางเลือกของ เขา

ง. ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าไม่มีทางออกอื่นที่สมเหตุสมผลสำหรับสถานการณ์ที่เขาเป็นอยู่

จ. ได้มีการปรึกษาแพทย์อิสระอื่นๆ อย่างน้อยหนึ่งคนที่ได้ตรวจผู้ป่วยและได้ให้ความเห็นเป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับข้อกำหนดของการดูแลที่เหมาะสมโดยอ้างถึงเงื่อนไขในส่วน ก-ง และ

ฉ. ได้ทำการยุติชีวิตหรือช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวัง⁹⁶

หากผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป แต่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อีกแล้ว (ภาวะไม่รู้สีกตัว) แต่ก่อนที่จะเป็นเช่นนี้ ให้ถือว่ามีความเข้าใจตามสมควรในผลประโยชน์ของตน และได้ทำคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรประกอบคำขอยุติชีวิต (พินัยกรรมชีวิต) แพทย์อาจไม่สามารถออกคำขอนี้ได้ โดยให้นำข้อกำหนดการดูแลตามสมควรที่อ้างถึงในวรรคหนึ่งมาใช้บังคับโดยอนุโลม

หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 16 ถึง 18 ปี และอาจถือว่ามีความเข้าใจอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับความประสงค์ของเขา แพทย์อาจปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ป่วย หลังจากที่ถูกปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี และอาจถือว่ามีความเข้าใจอย่างสมเหตุสมผลเกี่ยวกับความประสงค์ของเขา แพทย์อาจปฏิเสธคำขอของผู้ป่วยได้ โดยมีเงื่อนไขเสมอว่าผู้ปกครองหรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองของเขาเห็นด้วยกับการยุติชีวิตหรือการช่วยฆ่าตัวตายตามวรรคสองมาใช้บังคับโดยอนุโลม

⁹⁶ a. holds the conviction that the request by the patient was voluntary and well-considered,
 b. holds the conviction that the patient's suffering was lasting and unbearable,
 c. has informed the patient about the situation he was in and about his prospects,
 d. and the patient hold the conviction that there was no other reasonable solution for the situation he was in,
 e. has consulted at least one other, independent physician who has seen the patient and has given his written opinion on the requirements of due care, referred to in parts a – d, and
 f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

กล่าวโดยสรุป หากผู้ป่วยมีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วนตามเงื่อนไขในขอบเขตของมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำขอและการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ พ.ศ. 2545 แล้ว ย่อมสามารถใช้สิทธิในการทำการุณยฆาตได้ตามกฎหมายเนเธอร์แลนด์นั่นเอง

2.4 ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้บัญญัติความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 293 และ มาตรา 294 ซึ่งวางหลักว่า

หากผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ตามคำขอร้องอย่างชัดแจ้งและจริงจังของบุคคลนั้น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสิบสองปี หรือปรับตามหมวดห้า อย่างไรก็ตาม การกระทำนั้น จะไม่เป็นความผิดหากเป็นการกระทำโดยแพทย์ ที่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลที่สมควร ที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติการยุติชีวิตด้วยการร้องขอและการช่วยฆ่าตัวตาย และหากแพทย์เจ้าของไข้ได้แจ้งให้อายุรแพทย์ประจำท้องถื่นทราบถึงการกระทำนี้ ตามบทบัญญัติของมาตรา 7 วรรคสองของพระราชบัญญัติการฝังศพและการฃาปนกิจ⁹⁷ โดยมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติการฃาปนกิจสงเคราะห์ ซึ่งได้วางหลักว่า



⁹⁷ The Criminal Code Article 293

(1) Any person who terminates another person's life at that person's express and earnest request shall be liable to a term of imprisonment not exceeding twelve years or a fifth-category fine.

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

บุคคลที่ทำการชันสูตรพลิกศพจะต้องออกใบมรณบัตร ถ้าเขามั่นใจว่าการตายเกิดขึ้นจากสาเหตุตามธรรมชาติ และถ้าการตายเป็นผลของการขอยุติชีวิตตามคำขอ หรือการฆ่าตัวตายตามมาตรา 293 วรรคสอง หรือมาตรา 294 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายอาญา ต้องแจ้งใบมรณบัตรให้ผู้ชันสูตรพลิกศพของเทศบาลนั้นทราบ หรือแจ้งผู้ชันสูตรพลิกศพของเทศบาลคนใดคนหนึ่งให้ทราบโดยทันที โดยกรอกแบบฟอร์ม ทั้งนี้แพทย์จะต้องกรอกแบบฟอร์มนี้ ด้วยการรายงานที่มีเหตุผลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามข้อกำหนดของการดูแลตามสมควรตามมาตรา 2 ของพระราชบัญญัติการยุติชีวิตตามคำร้องขอและการช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ หากแพทย์ที่ดูแลในกรณีอื่นนอกเหนือจากที่อ้างถึงในวรรคสอง เชื่อว่าเขาไม่สามารถออกใบมรณบัตรได้ เขาจะต้องแจ้งให้ผู้ชันสูตรพลิกศพของเทศบาล หรือผู้ชันสูตรพลิกศพของเทศบาลคนใดคนหนึ่งทราบในทันที โดยกรอกลงในแบบฟอร์มดังกล่าวด้วย⁹⁸ และนอกจากนี้ หากผู้ใดเจตนาช่วยผู้อื่นฆ่าตัวตาย ถ้าเขาฆ่าตัวตายตามที่ได้ขอร้องหรือจัดหาวิธีการให้ ถ้าเขาฆ่าตัวตายตามที่ได้ขอร้อง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับตามหมวดสี่ หรือกรณีผู้ใดเจตนาช่วยผู้อื่นให้ฆ่าตัวตาย

ทั้งนี้ ให้นำมาตรา 293 วรรคสอง มาใช้บังคับโดยอนุโลม⁹⁹

⁹⁸ The Burial and Cremation Act Article 7

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

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

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

⁹⁹ The Criminal Code Article 294

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

(2) Any person who intentionally assist another to commit suicide or provides him with the means to do shall, if suicide follows, be liable to a term of imprisonment not exceeding three years or a fourth-category fine.

เมื่อได้ทำการศึกษาประมวลกฎหมายอาญามาตรา 293 ประกอบมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติการฉ้อโกงและ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 294 ของประเทศ เนเธอร์แลนด์อย่างครบถ้วนแล้ว ทำให้เล็งเห็นถึงเจตนารมณ์ของกฎหมายอย่างชัดเจนว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์มีความประสงค์ที่จะรวบรวมเหตุผลสำหรับการยกเว้นจากความรับผิดชอบ สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายอย่างแท้จริง ทั้งยังเปิดช่องให้ประชาชน เนเธอร์แลนด์มีทางเลือกในการทำการุณยฆาตได้อย่างอิสระทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เยิงรุก เยิงรับ และเยิงสงบ คัมครองทั้งการกระทำที่ลงมือโดยแพทย์หรือตัวผู้ป่วยเอง ตาม (ฉ) ในมาตรา 2 ของพระราชบัญญัติ การยุติชีวิตตามคำขอและการฆ่าตัวตายที่ได้รับการช่วยเหลือ พ.ศ. 2545 ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามความยินยอมของคนไข้ มิถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้น จากความรับผิดชอบทั้งปวง ซึ่งครอบคลุมทั้งความรับผิดชอบทางอาญากรณีเจตนาฆ่าโดยเจตนาหรือโดยดเว้น ความรับผิดชอบทางแพ่งลักษณะละเมิดในชีวิตร่างกาย ตลอดจนมิให้กระทบเรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์ อีกด้วย

หากพิจารณากฎหมายเรื่องการทำการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์จะเห็นว่า มีระเบียบแบบแผนที่ครอบคลุมรอบด้าน ถือว่ามีความสมบูรณ์แบบในระดับหนึ่ง ซึ่งความสำเร็จสูงสุด ของกฎหมาย คือการที่ประชาชนได้นำกฎหมายไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง ในปี 2022 มีผู้เข้ารับการตายด้วยวิธีทางการแพทย์นี้ไม่ต่ำกว่า 8,700 คน อ้างอิงจากรายงานประจำปี ของคณะกรรมการประเมินการการุณยฆาตระดับภูมิภาคเนเธอร์แลนด์ (Regional Euthanasia Review Committees) ทั้งยังมีบุคคลสำคัญของชาติเข้ารับการทำการุณยฆาตอีกด้วย ได้แก่ อดีตนายกรัฐมนตรีเนเธอร์แลนด์ ดริส ฟัน อักต์ (Dries van Agt) ซึ่งดำรงตำแหน่งระหว่างปี 1977-1982 แม้เขาเป็นชาวคาทอลิก แต่ทว่ามักเลือกใช้ชีวิตในหนทางของตัวเอง ความเชื่อทางศาสนาจึงไม่เป็นอุปสรรค ในการตัดสินใจครั้งนี้ เขาได้จบชีวิตลงด้วยวิธีการุณยฆาตพร้อมภรรยา ยูจีนี ฟาน อักต์-เครเกิลแบร์ก (Eugenie van Agt-Krekelberg) ในวันจันทร์ที่ 5 ก.พ. ปี 2024 ด้วยวัย 93 ปี เนื่องจากทั้งคู่ป่วยหนัก แต่ยังคงไม่สามารถจากไปได้โดยที่ไม่มีอีกคนไปด้วย ฟัน อักต์ไม่เคยหายเป็นปกติจากโรคเลือดออกในสมอง (brain haemorrhage) โดยการทำการุณยฆาตในครั้งนี้ทั้งคู่ต่างกุมมือซึ่งกันและกันเอาไว้ตลอด กระบวนการ การเสียชีวิตในลักษณะ “การุณยฆาตร่วมกับคนรัก” (Duo euthanasia) กลายเป็นส่วนหนึ่ง ของกระแสนิยมในเนเธอร์แลนด์ที่มีแนวโน้มมีความนิยมสูงขึ้น ในปี 2020 พบว่ารัฐบาลดัตช์อนุญาต ให้ทำการุณยฆาตคู่ทั้งหมด 26 คู่ สามารถจบชีวิตคู่มือกันพร้อมกับคู่รักของตัวเองได้ด้วยวิธีนี้¹⁰⁰

¹⁰⁰ Mgronline. รักนี้สุดอมตะ! อดีตนายฯ ดัตช์วัย 93 ปี กุมมือภรรยาทำ “การุณยฆาตคู่” ในประเทศที่ให้เฟ้อชีวิต อย่างสมัครงกว่า “8 พันราย”. 26 มิถุนายน 2567 สืบค้นจาก <https://mgronline.com/around/detail/9670000013832>.

3. เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตของกฎหมายไทย กับประเทศเนเธอร์แลนด์

เมื่อได้ศึกษาเปรียบเทียบถึงหลักเกณฑ์ในการทำการุณยฆาตตามกฎหมายไทยและเนเธอร์แลนด์แล้ว ปรากฏว่ามีทั้งจุดที่เหมือนและต่างกัน ในส่วนที่เหมือนกันคือ ทั้งสองประเทศเปิดโอกาสให้ประชากรของตนสามารถทำการุณยฆาตเชิงรับได้ ดังนั้น ในประเด็นความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง กรณีการทำการุณยฆาตเชิงรับจึงมีผลเหมือนกัน คือยกเว้นความรับผิดแก่แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

สำหรับความแตกต่างมี 4 ประเด็น ได้แก่ ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต, การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต, การบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต และ ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในกรณีการทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ดังนี้

3.1 ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาต กฎหมายไทยทำได้เพียงการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น ในขณะที่กฎหมายเนเธอร์แลนด์สามารถทำได้ทั้งการุณยฆาตเชิงรับ เชิงสงบ และเชิงรุก โดยในเชิงรุกสามารถทำได้ทั้งลงมือโดยแพทย์ และลงมือโดยผู้ป่วยเอง ทั้งนี้มีแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือตลอดกระบวนการ

3.2 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต กฎหมายไทยไม่มีข้อจำกัดเรื่องประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ในขณะที่กฎหมายเนเธอร์แลนด์มีการจำกัดประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ว่าต้องเป็นโรคเรื้อรัง แต่ไม่จำเป็นต้องระยะสุดท้าย

3.3 การบังคับใช้กฎหมายกับโรคและอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต
กฎหมายไทยไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ในขณะที่กฎหมายเนเธอร์แลนด์มีการจำกัดอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป

3.4 ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องในกรณีการทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ กฎหมายไทยหากเป็นกรณีการทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ยังคงเป็นความผิดต่อกฎหมายทั้งทางอาญา ทางแพ่ง และจรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ ในขณะที่กฎหมายเนเธอร์แลนด์ยกเว้นความรับผิดให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ปฏิบัติตามกฎหมายและความยินยอมของคนไข้ ทั้งการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ผู้ศึกษาได้สรุปสาระสำคัญไว้ในตารางที่ 3.1 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบหลักเกณฑ์ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำการรณยฆาตของกฎหมายไทย กับประเทศเนเธอร์แลนด์

หลักเกณฑ์	กฎหมายไทย	กฎหมายประเทศเนเธอร์แลนด์
1. ประเด็นกฎหมายที่ใช้บังคับ	กฎหมายไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะ เรื่องการรณยฆาต แต่ใช้บังคับตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	กฎหมายเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายเฉพาะ ใช้บังคับตามพระราชบัญญัติการยุติชีวิต ตามคำขอและการช่วยเหลือการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2545
2. ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำ การรณยฆาต	ทำได้เพียงการรณยฆาตเชิงรับเท่านั้น	ทำได้ทั้งการรณยฆาตเชิงรับ เชิงสงบ และเชิงรุก โดยในเชิงรุก สามารถทำได้ ทั้งลงมือโดยแพทย์ และลงมือโดยผู้ป่วย เอง ทั้งนี้มีแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือตลอด กระบวนการ
3. การบังคับใช้กฎหมายกับโรค ของผู้ที่มีสิทธิทำการรณยฆาต	ไม่มีข้อจำกัดเรื่องประเภทของโรค ที่มีสิทธิทำการรณยฆาต	จำกัดประเภทของโรคที่มีสิทธิ ทำการรณยฆาต ว่าต้องเป็นโรคเรื้อรัง แต่ไม่จำเป็นต้องระยะสุดท้าย
4. การบังคับใช้กฎหมายกับอายุ และความสามารถของผู้ที่มีสิทธิ ทำการรณยฆาต	ไม่มีข้อจำกัดเรื่องอายุและความสามารถ ของผู้ที่มีสิทธิทำการรณยฆาต	จำกัดอายุและความสามารถของผู้ที่มี สิทธิทำการรณยฆาตไว้ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป
5. ความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง	กรณีทำการรณยฆาตเชิงรับ : ยกเว้น ความรับผิดชอบแก่แพทย์มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้ พ้นจากความรับผิดทั้งปวงกรณีทำ การรณยฆาตเชิงรุก/เชิงสงบ : ยังคง เป็นความผิดต่อกฎหมาย ทั้งทาง อาญา ทางแพ่ง และจรรยาบรรณ วิชาชีพแพทย์	ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่ได้ ปฏิบัติตามกฎหมายและความยินยอม ของคนไข้ มิถือว่าการกระทำนั้นเป็น ความผิดและให้พ้นจากความรับผิด ทั้งปวง

บทที่ 4

วิเคราะห์ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการทำการุณยฆาต

ปัญหาเรื่องการทำการุณยฆาต มีอยู่ 4 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตในประเทศไทย, ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต และปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ศึกษาได้วิเคราะห์ถึงต้นเหตุของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากปัญหาดังกล่าวไว้ ดังนี้

1. ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตในประเทศไทย

ปัจจุบันประชากรไทยทำได้เพียงการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น ยังไม่สามารถทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ การที่มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ให้สิทธิประชาชนชาวไทยทำพินัยกรรมชีวิตแสดงเจตนายินยอมให้ทำได้เพียงการุณยฆาตเชิงรับ กล่าวคือ ให้อำนาจหน้าที่แก่แพทย์ในการตัดการรักษาเท่านั้น ซึ่งจุดนี้ผู้ศึกษาได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิถึงสภาวะทางกายและการตอบสนองของคนไข้ที่เลือกวิธีการดังกล่าว โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า การทำการุณยฆาตเชิงรับนั้นยังถือเป็นการตายที่เจ็บปวด ทรมาน และไม่สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ซึ่งอยู่ในยุคดิจิทัลที่มีเทคโนโลยีก้าวล้ำสามารถทำให้การตายแทบจะไม่ทรมานใดๆ ได้แล้ว¹⁰¹

ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้คนไทยต้องเดินทางไปทำการุณยฆาตถึงประเทศสวิตเซอร์แลนด์ จำนวนไม่น้อย เท่าที่ปรากฏหลักฐานคือ “จันทราโพ” นักเขียนไทยซึ่งเป็นที่รู้จักในฐานะผู้แต่งเนื้อเพลง “เดือนเพ็ญ” เขาเลือกการุณยฆาตที่สวิตเซอร์แลนด์ ในต้นเดือนพฤษภาคม 2565 หรือกรณีหนุ่มไทยผู้ใช้เฟซบุ๊กชื่อ Vis Arshanakh ซึ่งเคยเขียนบันทึกบอกเล่าอาการป่วยด้วยโรคเนื้องอกผ่านทางเฟซบุ๊กส่วนตัว โดยเขาต้องผ่าตัดซ้ำหลายครั้งจนเผชิญความทุกข์ทรมานนานกว่า 10 ปี จึงตัดสินใจจบชีวิตตัวเองด้วยวิธีการุณยฆาต ซึ่งเป็นการยุติชีวิตตัวเองอย่างถูกกฎหมายที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เช่นเดียวกัน¹⁰² จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าเกิดความไม่เท่าเทียมขึ้นในสังคมไทย กล่าวคือ

¹⁰¹ นวพล หาญสมุทร. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. 3 พฤศจิกายน 2565 สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี.

¹⁰² BrandThink. รู้จัก "สิทธิที่จะตาย" Right to die. 3 พฤศจิกายน 2565 <https://web.facebook.com/brandthink.me/photos/a.1767934240198787/3336842536641275>

มีแต่คนรวยเท่านั้นถึงจะมีสิทธิทำการอุทธรณ์ขาด ในขณะที่คนจนผู้ไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอสำหรับค่าเดินทางไปยุโรปต้องทนทรมานกับความเจ็บปวดอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อยู่เช่นเดิม

นอกจากนี้ เรื่องจารีตประเพณีของสังคมไทยที่ยังรากลึกเรื่องการต่อต้านการฆ่าตัวตายมาอย่างยาวนาน โดยเชื่อกันว่าหากฆ่าตัวตายชาตินี้ จะต้องเกิดมาฆ่าตัวตายอีกห้าร้อยชาติ ฯลฯ ซึ่งในจุดนี้ก็ต้องใช้วิจารณ์ญาณด้วยว่า คนที่พูดเป็นใคร มีเหตุผลและความน่าเชื่อถือมากพอที่จะยอมให้ความเจ็บปวดทรมานเหล่านี้คงอยู่คู่สังคมไทยต่อไปหรือไม่ เพราะจากการศึกษาพระไตรปิฎกในบทที่ 2 ไม่ปรากฏว่าพระพุทธเจ้าได้ตรัสไว้เช่นนั้น แต่ล้วนเป็นคำพูดจากคนอื่น ๆ ในภายหลัง ซึ่งถือว่าเป็นการบิดเบือนพุทธศาสนาให้ผิดแผกไปจากความเป็นจริง ประกอบกับประชาชนบางส่วนเชื่อโดยไม่ได้ศึกษาข้อมูลในเชิงลึก ทั้งอาจไม่ได้ประสบพบเจอกับสถานการณ์ที่ต้องป่วยหนักถึงขั้นมีผลต่อชีวิต ว่าการไม่ได้เตรียมการทำพิธีกรรมชีวิต และศึกษาการทำกรณียขาดไว้ล่วงหน้านั้นตนจะต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ทรมานเพียงใด ญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ต้องตัดสินใจแทน ซึ่งผลอาจไม่ตรงกับเจตนาของตน ในส่วนของกฎหมายที่มี ก็ยังไม่ได้หยิบยกขึ้นมาวินิจฉัย พัฒนาให้เท่าทันกับเทคโนโลยีที่มีคุณภาพ ประชาชนชาวไทยจึงยังไม่มีโอกาสได้ทำการอุทธรณ์ขาดเชิงรุก ซึ่งถือเป็นทางเลือกการตายที่ดีที่สุด หรือเชิงสงบ ที่สามารถกระทำได้โดยแพทย์ ไม่จำเป็นต้องยื่นความเสียหายการเป็นฆาตกรให้ญาติเป็นผู้ลงมือถอดเครื่องมือแพทย์เองอย่างที่ป็นอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลไทยปัจจุบัน

ในแง่ของหลักความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนนั้น เมื่อพิจารณาในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการกำหนดความผิดอาญา แม้ว่ารัฐมีอำนาจในการกำหนดกฎหมายที่จะใช้เพื่อความปลอดภัยสังคม ภัยอันตรายต่างๆ เพื่อให้สังคมมีความสงบเรียบร้อย แต่ก็มิใช่ว่ารัฐจะสามารถกำหนดกฎหมาย โดยเฉพาะกฎหมายอาญาได้ตามใจชอบ การที่รัฐจะกำหนดว่าการกระทำอย่างใดเป็นความผิดอาญา มีความเกี่ยวข้องกับหลักศีลธรรม จารีตประเพณี และความคิดเห็นของสังคมโดยรวม ที่นำเสนอผ่านทางตัวแทนของประชาชนที่ไปทำหน้าที่ออกกฎหมาย และแม้ว่าจะอาศัยหลักศีลธรรมและจารีตประเพณีมาเป็นแนวทางในการกำหนดกฎหมาย แต่การกระทำบางอย่างที่ถึงแม้ว่าจะผิดศีลธรรมหรือจารีตประเพณีมากมายเพียงใด แต่ไม่จำเป็นที่จะต้องผิดกฎหมายอาญาเสมอไป¹⁰³ ส่วนประเด็นว่ากรณียขาดเชิงรุกหรือเชิงสงบขัดกับหลักศาสนา หรือขัดต่อภูมิหลังของสังคมไทยหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาแยกส่วน และจัดลำดับความสำคัญของหลักการข้างต้น ดังต่อไปนี้

¹⁰³ ญรัฎฐวัฒน์ สุทธิโยธิน. ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. ใน *แนวการศึกษาชุดวิชา กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาขั้นสูง*, หน่วยที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2564.

หลักศาสนา คือศีลธรรม ภูมิหลังทางสังคม คือจารีตประเพณี ซึ่งทั้งศีลธรรมและจารีตประเพณีนั้น ไม่อาจขัดต่อหลัก “มนุษยธรรม” ที่เป็นหลักสากลของโลกได้ กล่าวคือ หลักศีลธรรมเล็กกว่าหลักมนุษยธรรมนั่นเอง ดังนั้น การุณยฆาตจะผิดศีลข้อ 1 หรือไม่ จึงไม่ใช่ประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องวินิจฉัยยิ่งไปกว่าการคุ้มครองความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตามหลักมนุษยธรรม ซึ่งเป็นหลักสากลของมวลมนุษยชาติ

โดยในลำดับชั้นของกฎหมายทั่วไปนั้น หลักสากลของโลกจะมีอำนาจเหนือกว่าหลักกฎหมายทั่วไปของท้องถิ่น ในทางกลับกัน หากเป็นกรณีกฎหมายลายลักษณ์อักษร กฎหมายของแต่ละรัฐจะมีผลบังคับใช้มากกว่าปณิญาสากล หรืออนุสัญญาาระหว่างประเทศต่างๆ เนื่องจากกฎหมายภายในมีบทลงโทษและกระบวนการบังคับใช้อย่างชัดเจนและรุนแรงตามลักษณะของความผิด ในขณะที่กฎหมายระหว่างประเทศ โดยรวมแล้ว ยังคงทำได้เพียงการคว่ำบาตรด้วยการงดค้าขายส่งออกหรือนำเข้าสินค้า ซึ่งจะมีผลในทางเศรษฐกิจเท่านั้น

ในส่วนของภูมิหลังทางสังคมไทยนั้น ต้องแก้ปัญหาโดยการให้ความรู้ทั้ง หลักศาสนา ที่ถูกต้องตามพระไตรปิฎก ตัวบทกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และความรู้เบื้องต้นทางการแพทย์ในส่วนนี้แก่ประชาชน เมื่อคนส่วนใหญ่ของประเทศได้รับรู้ถึงข้อเท็จจริงแล้ว ผู้ศึกษาคาดเห็นว่าความรู้ที่แท้จริงจะลบล้างความน่าเชื่อถือของความเชื่อต่างๆ ที่มีแหล่งที่มาไม่ชัดเจนได้ในที่สุด

ในบรรดาประเด็นปัญหาของสังคมไทยข้างต้นนั้น กลับไม่มีในประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศเนเธอร์แลนด์ไร้ข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำกรุณยฆาต ประชากรในประเทศสามารถทำกรุณยฆาตได้ทั้ง 3 วิธี ได้แก่การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการุณยฆาตเชิงสงบ (Non-aggressive Euthanasia)¹⁰⁴ เนื่องจากแรงต้านทานต่อการุณยฆาตในสังคมมีน้อยมาก และการกระทำการุณยฆาตก็มีอยู่อย่างยาวนานตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายรองรับการออกกฎหมายการุณยฆาต จึงเป็นเสมือนการทำให้กิจกรรมที่ไม่ถูกกฎหมายแต่สังคมยอมรับได้เข้าสู่ระบบของกฎหมาย เพื่อให้มีการเฝ้าระวังและควบคุมอย่างเป็นทางการเท่านั้น ไม่ใช่การอนุญาตให้สังคมได้มีโอกาสในการกระทำให้สิ่งแปลกใหม่แต่อย่างใด¹⁰⁵ ด้วยบริบททางสังคมที่แตกต่างกัน มุมมองของสังคมต่อการทำกรุณยฆาตจึงแตกต่างกันไปด้วย

¹⁰⁴ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 f. Article 2 The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician: f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

¹⁰⁵ สำนักข่าวไทยรัฐ. ถอดบทเรียนการ 'การุณยฆาต' จาก 'เนเธอร์แลนด์-แคนาดา' และการถกเถียงในสังคมไทย ควรเป็นอย่างไร. 18 พฤศจิกายน 2565 <https://plus.thairath.co.th/topic/spark/102004>

2. ปัญหาการไม่จำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตได้

จากบทบัญญัติที่ได้กล่าวอ้างไปแล้วในข้างต้น จะเห็นว่า การที่กฎหมายไทยไม่ได้จำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตได้ไว้ อาจเนื่องมาจากมีเพียงการทำการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น จึงไม่ได้วางเงื่อนไขในเรื่องนี้ไว้อย่างรัดกุมอย่างประเทศเนเธอร์แลนด์ ปัญหาจากการไม่ระบุหรือจำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการุณยฆาตได้ อาจทำให้มีการใช้การุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์แปรปรวนด้วยอาการทางจิตอื่นๆ เนื่องจากถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะการตัดสินใจไม่สมบูรณ์ เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช จึงไม่อาจตัดสินใจทำการุณยฆาตขณะยังมีอาการทางจิตได้ ตลอดจนการใช้การุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆาตกรรมเพื่อความมุ่งหมายที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนได้ ซึ่งขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งประสงค์จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บปวดทรมานในระยะสุดท้ายของโรค และไม่มีทางรักษาให้กลับมาหายดังเดิมได้เท่านั้น

สำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้มีการระบุประเภทของโรคไว้อย่างชัดเจน คือ ต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ แต่ไม่จำเป็นต้องระยะสุดท้าย เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์คินสัน เป็นต้น โดยแพทย์ต้องพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยที่ยื่นคำขอต้องได้รับความทรมานทางกายหรือทางใจอย่างที่ไม่อาจทนได้ และไม่มีโอกาสที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกแล้ว อีกทั้ง ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่นใดอีก¹⁰⁶

3. ปัญหาการไม่ระบุอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต

การที่ประเทศไทยไม่ได้จำกัดอายุหรือความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้ อาจทำให้ผู้เยาว์ หรือผู้ไร้ความสามารถอื่นๆ ถูกจำกัดสิทธิในการทำการุณยฆาตโดยผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองได้ ดังนั้นถ้าในอนาคตมีการพัฒนาตัวบทกฎหมายรับรองให้สามารถทำการุณยฆาตเชิงรับเชิงสงบ และเชิงรุก ทั้งกระทำโดยแพทย์และโดยผู้ป่วยเอง จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวางมาตรการเหล่านี้ อย่างรัดกุม

¹⁰⁶ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)

ส่วนประเทศเนเธอร์แลนด์กำหนดให้การรณฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์กระทำได้กับผู้ป่วยที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์เท่านั้น ทั้งที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) และผู้เยาว์ (อายุ 12-18 ปี) โดยในกรณีผู้เยาว์จำแนกพิจารณาตามเงื่อนไขเป็น 3 กรณี ได้แก่

1) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป แต่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อีกแล้ว (ภาวะไม่รู้สีกตัว) แต่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ ให้ถือว่ามีความเข้าใจตามสมควรในผลประโยชน์ของตน แต่แพทย์อาจไม่อนุญาตตามคำขอนี้ได้¹⁰⁷

2) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 16 ถึง 18 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ หลังจากที่ถูกปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยผู้ปกครองจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ แล้วแต่กรณี ดังนี้ จะเห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้¹⁰⁸

3) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอของผู้ป่วยได้ โดยมีเงื่อนไขเสมอว่า ผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเขาต้องเห็นด้วยกับการยุติชีวิตหรือการช่วยฆ่าตัวตายเท่านั้น แพทย์จึงจะทำการรณฆาตได้ ดังนี้ จะเห็นว่าอำนาจการตัดสินใจอยู่ที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเด็กหรือผู้เยาว์นั่นเอง¹⁰⁹

ทั้งนี้ต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขว่าแพทย์ที่กระทำการดังกล่าวต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 วรรคหนึ่ง ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ตั้งแต่ ก.-จ. อย่างครบถ้วนบริบูรณ์ด้วย¹¹⁰

¹⁰⁷ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Second paragraph.

¹⁰⁸ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Third paragraph.

¹⁰⁹ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Fourth

¹¹⁰ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician: a-f.

4. ปัญหาความรับผิดของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

แม้กฎหมายไทยจะรับรองสิทธิให้ทำการุณยฆาตเชิงรับได้ แต่การทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ ยังคงมีปัญหาว่าเป็นความผิดต่อกฎหมาย ทั้งทางอาญา และทางแพ่ง โดยผู้ที่อาจต้องรับผิดชอบนี้ไม่เพียงแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่อาจรวมถึงญาติคนไข้ด้วย ดังนี้

4.1 ความรับผิดทางอาญา

ความรับผิดทางอาญาไทยที่เกี่ยวข้องกับการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบในปัจจุบันคือ ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288, ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 และความผิดฐานยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ตามมาตรา 293 ซึ่งมีประเด็นปัญหาดังต่อไปนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288

หากแพทย์ลงมือทำการุณยฆาตเชิงรุกแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีเร่งให้ตายด้วยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 ซึ่งรวมถึงกรณีการถอดเครื่องช่วยหายใจหรือถอดเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด หรือเอ็กซ์โม (ECMO) หรือการยุติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีพของผู้ป่วย อันถือเป็นการทำการุณยฆาตเชิงสงบหาใช่การุณยฆาตเชิงรับที่หมายความถึงการยุติการรักษาโรคแต่อย่างใด¹¹¹ ซึ่งเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นที่เกิดจากการลงมือกระทำความผิดตามมาตรา 288 เช่นเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม ในส่วนของปัญหาการตัดปัจจัยการดำรงชีพหรือการุณยฆาตเชิงสงบนี้ ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบตามมาตรา 288 มากกว่าบุคลากรทางการแพทย์กลับเป็นญาติคนไข้ เนื่องจากในทางปฏิบัติ¹¹²ของโรงพยาบาลไทยในปัจจุบัน แพทย์จะไม่ถอดสายต่างๆ อันเป็นการยุติปัจจัยการดำรงชีพของคนไข้ด้วยตนเอง แต่จะให้ญาติคนไข้เป็นผู้ลงมือถอด ซึ่งในจุดนี้ญาติผู้ลงมืออาจมีความเสี่ยงที่จะถูกญาติคนอื่นๆ ที่ไม่เห็นด้วย หรือไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจฟ้องร้องเป็นคดีฆาตกรรมในภายหลังได้นั่นเอง

2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยงดเว้น ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย

หากแพทย์หรือผู้ดูแล หรือญาติคนไข้ทำการุณยฆาตเชิงสงบด้วยวิธีตัดปัจจัยการดำรงชีพ เช่น งดน้ำ งดอาหาร ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยงดเว้น ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย ซึ่งวางหลักว่า การกระทำ ให้หมายความรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้นโดยงดเว้นการที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย เมื่อผู้ป่วยเข้ามาอยู่ในการดูแลของแพทย์

¹¹¹ ให้ข้อมูลโดย นวพล หาญสมุทร แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี.

¹¹² ให้ข้อมูลโดย นวพล หาญสมุทร แพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี.

หรือผู้ดูแล หรือญาติคนไข้แล้ว ผู้นั้นย่อมมีหน้าที่ในการป้องกันผล นั่นคือความตายของผู้ป่วย ดังนั้นบุคคลดังกล่าวย่อมมีหน้าที่ในการให้น้ำ และอาหารอันเป็นปัจจัยในการดำรงชีพแก่ผู้ป่วย การที่เขางดเว้นกระทำการซึ่งตนมีหน้าที่ต้องกระทำโดยการงดน้ำ งดอาหาร จึงต้องรับผิดชอบฆ่าผู้อื่น ตามมาตรา 288 เทียบเท่ากับการทำการรุกรานฆาตเชิงรุกที่เป็นความผิดจากการลงมือกระทำการนั่นเอง

3) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 289 ดังนี้

จากความรับผิดทางอาญาฐานฆ่าผู้อื่นที่ได้อธิบายไปแล้วในข้อ 1) และ 2) หากปรากฏว่าแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการไตร่ตรองไว้ก่อน โดยวินิจฉัยแล้วเตรียมการ เช่น เตรียมสารที่เร่งให้ตาย ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ในการลงมือฆ่า ก็จะทำให้แพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องนั้นต้องรับโทษหนักขึ้นด้วย

4) ความผิดฐานยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293

การที่แพทย์ช่วยเหลือด้วยการวางยาพิษไว้ให้ผู้ป่วยหยิบกินเอง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล ญาติคนไข้ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กระทำการยุยงผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปี หรือผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร อาจเป็นเพราะภาวะเจ็บป่วยที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเอง โดยผู้นั้นอาจยุยงแล้วเตรียมอุปกรณ์ในการฆ่าตนเองให้ ถ้าการฆ่าตนเองนั้นได้เกิดขึ้นหรือได้มีการพยายามฆ่าตนเอง ผู้กระทำจึงยังต้องระวางโทษตามกฎหมายในมาตรานี้นั่นเอง

4.2 ความรับผิดทางแพ่ง

ในเรื่องของการทำละเมิดแก่ชีวิต ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การทำการรุกรานฆาตผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทำการรุกรานฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ยังถือว่าผู้กระทำจงใจกระทำต่อผู้ป่วยโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต ผู้นั้นจึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการกระทำนั้น

สำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายให้อำนาจหน้าที่แก่บุคลากรทางการแพทย์สามารถทำการรุกรานฆาตได้อย่างชัดเจน จึงไม่มีปัญหาเรื่องความรับผิดทางอาญาทั้ง 4 ประเด็นข้างต้น และไม่มีปัญหาความรับผิดทางแพ่งในเรื่องของการทำละเมิดแก่ชีวิตอีกด้วย

จากการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาพบว่า ประเทศไทยสามารถทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อทำการรุกรานฆาตเชิงรับได้ ในขณะที่ทำการรุกรานฆาตเชิงรุก และเชิงสงบ ยังคงมีความผิดตามกฎหมายทั้งทางอาญาและทางแพ่ง ตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น โดยแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องไม่สามารถอ้างหลักความยินยอมเพื่อยกเว้นความรับผิดได้ จึงยังต้องรับผิดตามกฎหมายอยู่ ทั้งยังอาจมีข้อครหาเรื่องการผิดจรรยาบรรณวิชาชีพแพทย์ ที่ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ความว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษามาตรฐาน

ของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะ วิสัย และพฤติการณ์ ที่มีอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ”¹¹³ และ “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึง ความปลอดภัยของผู้ป่วย”¹¹⁴ กล่าวคือ ต้องรักษาอย่างถึงที่สุดโดยไม่มีเงื่อนไขเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยนั่นเอง ซึ่งการประพฤติฝ่าฝืนหลักจริยธรรมวิชาชีพอาจมีผลกระทบถึงขั้นทำให้แพทย์ ต้องถูกถอดใบประกอบโรคศิลป์ได้ ดังนั้นเมื่อแพทย์ไม่สามารถทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ให้ผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถ ใช้ชีวิตเป็นปกติได้ ยังคงต้องมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยความทรมานจนกว่าจะถึงแก่ความตายในที่สุด

ในขณะที่กฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ มีมาตรการยกเว้นจากความรับผิดชอบ สำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมายไว้ครอบคลุมทั้ง 3 วิธี ได้แก่ เชิงรุก เชิงรับ และเชิงสงบ คุ้มครองทั้งการกระทำที่ลงมือโดยแพทย์หรือตัวผู้ป่วยเอง ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ที่ได้ปฏิบัติตามความยินยอมของคนไข้ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งคุ้มครองทั้งความรับผิดชอบทางอาญากรณีเจตนาฆ่า โดยเจตนาหรือโดยดเว้น ความรับผิดชอบทางแพ่งลักษณะละเมิดในชีวิตร่างกาย ตลอดจนมิให้กระทบ เรื่องจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพแพทย์อีกด้วย



¹¹³ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ข้อ 15.

¹¹⁴ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 ข้อ 22.

บทที่ 5

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

1. บทสรุป

การทำการรณยฆาตมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน เป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์ ทั้งความต้องการส่วนตัวของผู้ป่วยเอง และการลดภาระของสังคมส่วนรวม กฎหมายเกี่ยวกับการรณยฆาตของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เนื่องจากบริบททางสังคมที่มีความเชื่อทางศาสนาและแนวคิดเกี่ยวกับความตายที่ต่างกัน บางประเทศจึงให้อิสระแก่ประชาชนในการทำการรณยฆาตทุกรูปแบบ ถือเป็นการใช้กฎหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของปัจเจกชนอย่างอิสระ และไม่มีปัญหาเรื่องความรับผิดชอบของผู้ที่ลงมือทำการรณยฆาต ในทางกลับกันบางประเทศมีข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำ และเงื่อนไขเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้มีสิทธิทำการรณยฆาต ปัญหาความรับผิดชอบของผู้ที่ลงมือทำการรณยฆาต จึงต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม การวิวัฒนาการของการรณยฆาตไม่เคยหยุดนิ่ง การพัฒนากฎหมายของแต่ละประเทศจำเป็นต้องพิจารณาถึงหลักการของผลลัพธ์สองด้าน ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่างผลดีและผลร้ายที่เกิดขึ้นจากการกระทำการรณยฆาตว่าอย่างไร เหนือกว่ากัน ประกอบกับการให้ความสำคัญกับหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิการตายถือเป็นสิทธิมนุษยชนรูปแบบหนึ่งหรือไม่ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องพิจารณาให้ถี่ถ้วน สำหรับประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่ควรพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการทำการรณยฆาตให้มีความสมบูรณ์ ซึ่งหากสามารถแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายเรื่องการรณยฆาตตามข้อเสนอแนะได้สำเร็จจุลวง และประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาแล้ว ผู้ศึกษาคาดหวังเป็นอย่างยิ่งว่าประชาชนไทยจะได้เรียนรู้และเข้าใจถึงสิทธิการเลือกตายของตน โดยมีกลไกสำคัญ คือ การประชาสัมพันธ์ที่แผ่กว้างโดยสื่อมวลชน สำนักข่าวต่างๆ ทั้งทางโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ ตลอดจนการกระจายข่าวในสื่อโซเชียลแพลตฟอร์มต่างๆ ทั้ง ยูทูบ เฟสบุ๊ก อินสตาแกรม ทวิตเตอร์ จนกระทั่งประชาชนสามารถทำพินัยกรรมชีวิตได้อย่างแพร่หลาย ในขณะที่หน่วยงานของรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องตื่นตัว ระดมกำลังกันเพื่อนำกฎหมายที่ดีต่อคุณภาพชีวิตคนไทยมาใช้ อย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อให้การดำเนินงานด้านการกู้ชีพสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลต่างๆ ต้องรองรับการจัดการเรื่องพินัยกรรมชีวิตอย่างเป็นระบบ โดยมีการบันทึกไว้ในระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ ประกอบกับการออกบัตรประจำตัวที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้อย่างครบถ้วนและให้ทุกคนพกติดตัวไว้ เช่นเดียวกับบัตรประวัติการแพทย์ เพื่อให้การดำเนินงานด้านการกู้ชีพสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และรวดเร็วยิ่งขึ้น คนไข้จะได้รับการรักษาทันทีโดยไม่ต้องรอการตัดสินใจจากญาติ ลดระยะเวลาการโต้เถียง หรือแสวงหาประโยชน์จากความเจ็บป่วยหรือความตายของคนไข้ในรายที่ญาติหวังทรัพย์มรดกหรือเงินประกันชีวิตแล้วลงความเห็นให้ยุติการรักษา ซึ่งไม่ใช่เจตนาที่แท้จริงของคนไข้ สำหรับกลุ่มคนที่ไม่ต้องการรับการรักษา ก็ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานตามความประสงค์ของเขา และไม่เปลืองงบประมาณไปโดยเปล่าประโยชน์ ทำให้กฎหมายว่าด้วยการรณุญาตของไทยสมบูรณ์แบบโดยให้สิทธิ เสรีภาพในการเลือกตายอย่างอิสระแก่คนไข้แต่ละประเภทให้เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของตนมากที่สุด มีระบบระเบียบและขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายอย่างรัดกุม ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์จะได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบ ไม่ถูกร้องเรียนไปยังแพทยสภา หรือถูกฟ้องร้องให้รกรงศาลต่อไป เพราะพวกเขาได้ทำตามกฎหมายที่ไม่ขัดต่อจรรยาบรรณวิชาชีพ รวมถึงได้ปฏิบัติตามความประสงค์ส่วนบุคคลหรือตามความยินยอมของคนไข้ ผู้เป็นเจ้าของชีวิตและเนื้อตัวร่างกายของตนเองอย่างถูกต้องบริบูรณ์แล้ว

สรุปประเด็นปัญหาเรื่องการทำการรณุญาตในประเทศไทย มี 4 ประเด็น ได้แก่ ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการรณุญาตในประเทศไทย, ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการรณุญาต, ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการรณุญาต และปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 ปัญหาข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการรณุญาตในประเทศไทย

ปัจจุบันประชากรไทยทำได้เพียงการรณุญาตเชิงรับเท่านั้น ยังไม่สามารถทำการรณุญาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ ซึ่งการทำการรณุญาตเชิงรับนั้นยังถือเป็นการตายที่เจ็บปวด ทรมาน และไม่สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จากการศึกษาพบว่าต้นเหตุของปัญหานี้คือ

1.1.1 ความเชื่อทางศาสนาของผู้ยกร่างมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

1.1.2 จารีตประเพณีของสังคมไทยที่ยังรากลึกเรื่องการต่อต้านการฆ่าตัวตายมาอย่างยาวนาน

1.1.3 ขัดกับหลักความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ซึ่งการผิดศีลธรรมหรือจารีตประเพณีมากมายเพียงใด แต่ไม่จำเป็นว่าจะต้องผิดกฎหมายอาญาเสมอไป

1.2 ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการรณุญาต

กฎหมายไทยไม่ได้ระบุหรือจำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการรณุญาตไว้แต่อย่างใด ซึ่งปัญหาจากการไม่ระบุหรือจำแนกประเภทของโรคที่สามารถทำการรณุญาตได้ อาจทำให้มีการใช้การรณุญาตเป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์แปรปรวนอื่นๆ ซึ่งขัดต่อเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งประสงค์จะช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บปวดทรมานในระยะสุดท้ายของโรคเท่านั้น

1.3 ปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิ ทำการุณยฆาต

กฎหมายไทยไม่ได้จำกัดอายุหรือความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้ ซึ่งปัญหาจากการไม่ได้จำกัดอายุหรือความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตไว้ อาจทำให้ผู้เยาว์ หรือผู้ไร้ความสามารถอื่นๆ ถูกจำกัดสิทธิในการทำการุณยฆาตโดยผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองได้

1.4 ปัญหาความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

การทำการุณยฆาตเชิงรุก และเชิงสงบ ยังคงมีปัญหาว่าเป็นความผิดต่อกฎหมาย ทั้งทางอาญา และทางแพ่ง โดยผู้ที่อาจต้องรับผิดชอบนี้ ไม่เพียงแต่บุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่อาจรวมถึงญาติคนไข้ด้วย ดังนี้

1.4.1 ความรับผิดทางอาญา

ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288, ความผิดฐาน ฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อนตามมาตรา 289 และความผิดฐานยุยงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ตามมาตรา 293 ซึ่งมีประเด็นปัญหาดังต่อไปนี้

1) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288

หากแพทย์ลงมือทำการุณยฆาตเชิงรุกแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีเร่งให้ตายด้วยการฉีดยา เข้าเส้นเลือดดำ ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 ซึ่งรวมถึงกรณีที่แพทย์ หรือผู้ดูแล หรือญาติคนไข้ถอดเครื่องช่วยหายใจ หรือถอดเครื่องพยุงการทำงานของหัวใจและปอด หรือเอ็กซ์โม (ECMO) หรือการยุติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อื่นๆ ที่เป็นปัจจัยในการดำรงชีพของผู้ป่วย อันถือเป็นการทำการุณยฆาตเชิงสงบ ซึ่งเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นที่เกิดจากการลงมือกระทำความผิด ตามมาตรา 288 เช่นเดียวกัน

2) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยงดเว้น ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย

หากบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ดูแล หรือญาติคนไข้ทำการุณยฆาตเชิงสงบ ด้วยวิธีตัดปัจจัยการดำรงชีพ เช่น งดน้ำ งดอาหาร ถือเป็นความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยงดเว้น ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย เทียบเท่ากับการทำการุณยฆาตเชิงรุกที่เป็นความผิดจากการลงมือกระทำการ

3) ความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยไตร่ตรองไว้ก่อน ตามประมวลกฎหมายอาญา

มาตรา 289

หากปรากฏว่าแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการไตร่ตรองไว้ก่อน โดยวินิจฉัย แล้วตระเตรียมการ เช่น เตรียมสารที่เร่งให้ตาย ตลอดจนเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ในการลงมือฆ่า ก็จะทำให้แพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องนั้นต้องรับโทษหนักขึ้นด้วย

4) ความผิดฐานยุงให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293

การที่แพทย์ช่วยเหลือด้วยการวางยาพิษไว้ให้ผู้ป่วยหยิบกินเอง หรือบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล ญาติคนไข้ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ กระทำการยุงผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปี หรือผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร อาจเป็นเพราะภาวะเจ็บป่วยที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเองโดยผู้นั้นอายุขัยแล้วเตรียมอุปกรณ์ในการฆ่าตนเองให้ ถ้าการฆ่าตนเองนั้นได้เกิดขึ้นหรือได้มีการพยายามฆ่าตนเอง ผู้กระทำจึงยังต้องระวางโทษตามกฎหมายในมาตรานี้

1.4.2 ความรับผิดทางแพ่ง

มีประเด็นการทำละเมิดแก่ชีวิต ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ การทำการุณยฆาตผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทำการุณยฆาตเชิงรุกหรือเชิงสงบ ยังถือว่าผู้กระทำจงใจกระทำต่อผู้ป่วยโดยผิดกฎหมายให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิต ผู้นั้นจึงต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการกระทำนั้น

กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยสามารถทำพินัยกรรมชีวิตเพื่อทำการุณยฆาตเชิงรับได้ แต่ยังไม่มีการกำหนดขอบเขตของโรค อายุ และความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต ในขณะที่การทำการุณยฆาตเชิงรุก และเชิงสงบ ยังคงมีความผิดตามกฎหมาย ทั้งทางอาญาและทางแพ่งตามรายละเอียดที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น

2. ข้อเสนอแนะ

การทำการุณยฆาตในประเทศไทยนั้นมีปัญหาอันควรแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้สอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน โดยอาศัยพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562 ดังต่อไปนี้

2.1 การแก้ไขปัญหาคือข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการุณยฆาตในประเทศไทย

ปัจจุบันกฎหมายไทยได้ให้สิทธิเฉพาะการทำการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมไปถึงการทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบ ผู้ศึกษาเห็นว่า การตายคือสิทธิส่วนบุคคล ที่กฎหมายควรให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยตามยุคสมัย หากกฎหมายเปิดโอกาสให้สามารถทำการุณยฆาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ ภายใต้เงื่อนไขที่วางไว้อย่างรัดกุม จะทำให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของตนอย่างแท้จริง ไม่ต้องทนเจ็บปวดทรมานเป็นระยะเวลานานในช่วงท้ายของการเป็นโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ อีกทั้งยังมีเสรีภาพทางความคิด ไม่ถูกครอบงำด้วยความเชื่อ และมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

อย่างภาคภูมิใจในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงเห็นควรให้แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้สามารถทำการรณุญาตเชิงรุกและเชิงสงบได้ โดยผู้ศึกษาเห็นว่าการเติมถ้อยคำในมาตรา 12 วรคหนึ่งว่า “แสดงเจตนาให้แพทย์ทำการยุติชีวิต หรือช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวังตามเงื่อนไขในกฎหมายนี้ได้” จะเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถแสดงเจตนาผ่านพินัยกรรมชีวิตในการทำการรณุญาตเชิงรับ เชิงสงบ และเชิงรุกได้ ซึ่งรวมทั้งการลงมือโดยแพทย์ และวิธีการให้ผู้ป่วยลงมือเองโดยมีแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับกฎหมายเกี่ยวกับการทำการรณุญาตของประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกวิธีการทำการรณุญาตให้เหมาะสมกับตนเองได้ทุกรูปแบบ¹¹⁵ ทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดสิทธิการตายและหลักสิทธิมนุษยชนดังกล่าวมาแล้วในบทที่ 2 อีกด้วย

โดยแก้ไขเพิ่มเติมในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 จากความเดิมว่า

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

โดยผู้ศึกษาเสนอให้แก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ใหม่ดังนี้

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือแสดงเจตนาให้แพทย์ทำการยุติชีวิต หรือช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายด้วยความระมัดระวังตามเงื่อนไขในกฎหมายนี้ได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

¹¹⁵ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text) Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 f. Article 2 The requirements of due care, referred to in Article 293 second paragraph Penal Code mean that the physician: f. has terminated a life or assisted in a suicide with due care.

2.2 การแก้ไขปัญหาระเบิดการบังคับใช้กฎหมายกับโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาต

สำหรับประเภทของโรคที่มีสิทธิทำการุณยฆาต รวมถึงเงื่อนไขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนั้น หากประเทศไทยจะรองรับให้แพทย์สามารถทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบด้วยการทำการุณยฆาตเชิงรับ เชิงรุก และเชิงสงบได้ ต้องมีการออกกฎหมายกำหนดถึงขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายกับประเภทของโรคของผู้ที่มีสิทธิทำการุณยฆาตอย่างเคร่งครัด โดยระบุให้ชัดเจนอย่างประเทศเนเธอร์แลนด์ คือ ให้ทำได้เฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ไม่อาจรักษาให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีดังเดิมได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเรื้อรังดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย หากผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทรมาน ประกอบกับแพทย์ได้ประเมินแล้วว่าไม่อาจรักษาให้หายขาดได้ ก็สามารถทำการุณยฆาตตามวิธีการที่เหมาะสมกับตนได้ตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกันการใช้อำนาจการุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์แปรปรวนด้วยอาการทางจิตอื่นๆ เนื่องจากถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะการตัดสินใจไม่สมบูรณ์ เป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษาทางจิตเวช จึงไม่อาจตัดสินใจทำการุณยฆาตขณะยังมีอาการทางจิตได้¹¹⁶ หรือการใช้อำนาจการุณยฆาตเป็นเครื่องมือในการฆาตกรรมเพื่อความมุ่งหมายที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชนแล้ว ยังเป็นการวางแนวทางให้ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มีหลักเกณฑ์ในการเลือกวิธีที่จะใช้ทำการุณยฆาตให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยแต่ละคนอย่างมีมาตรฐานใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ต้องพิจารณาประกอบการวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้ที่อาจให้คำแนะนำแตกต่างออกไปตามอาการและพฤติการณ์แวดล้อมอื่นๆ เฉพาะผู้ป่วยบางรายเป็นกรณีพิเศษได้ เพื่อให้การตัดสินใจครั้งสุดท้ายของชีวิตถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนมากที่สุด

ตามแนวความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ¹¹⁷ ได้แนะนำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 ประเภท เลือกวิธีการการุณยฆาตที่เหมาะสมกับโรคและระยะเวลาการดำเนินไปของโรค¹¹⁸ โดยโรคที่ควรทำ พินัยกรรมชีวิตอย่างยิ่ง ได้แก่ มะเร็งระยะสุดท้าย รวมถึงโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รักษาไม่หาย เช่น หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดหัวใจตีบ ตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง และถุงลมโป่งพอง โดยความคิดเห็นของนายแพทย์นवल แนะนำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เลือกที่จะทำการุณยฆาตเชิงรุก เนื่องจากต้องเผชิญกับความเจ็บปวดทรมานสาหัส และสามารถพยากรณ์โรคได้ง่าย กล่าวคือ เวลาที่จะมีชีวิตอยู่น้อยมาก อีกทั้ง เมื่ออาการทรุดแล้วก็จะไม่สามารถประคับประคองให้กลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีดังเดิมได้ ส่วนโรคเรื้อรังอื่นๆ

¹¹⁶ จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ นवल หาญสมุทร (โปรดดูความเห็นเพิ่มเติมในภาคผนวก).

¹¹⁷ นवल หาญสมุทร. แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี.

สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี. 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565. (โปรดดูความเห็นเพิ่มเติมในภาคผนวก).

¹¹⁸ โปรดอ่านประกอบกับกราฟแสดงการเปรียบเทียบการพยากรณ์โรค กรณีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และโรคเรื้อรังอื่นๆ ในภาคผนวก.

ทั้งในกราฟ ข และ ค ควรทำการรณยฆาตเชิงรับก่อนในระยะแรก เนื่องจากมีความเจ็บปวดทรมานน้อยกว่า และ อาจมีชีวิตได้อีก 1 – 2 ปี หรือมากกว่านั้น และเมื่ออาการทรุดตัวลงจนถึงขั้นเจ็บปวดทรมานจนรับไม่ไหว จึงค่อยทำการรณยฆาตเชิงรุกนั่นเอง

โดยขอเสนอให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มเติม มาตรา 12/1 ดังนี้
มาตรา 12/1 ผู้ป่วยอาจทำการรณยฆาตตามมาตรา 12 ได้ ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอทำการรณยฆาตต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย ต้องไม่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือผู้ที่อยู่ในภาวะอารมณ์แปรปรวนด้วยอาการทางจิตอื่นๆ แต่ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยแพทย์ต้องพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับความทรมานทางกายหรือทางใจอย่างไม่อาจทนได้ ไม่มีโอกาสที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกแล้ว และ ไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่นใดอีก

(2) ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในวิธีการยุติชีวิตให้เหมาะสมกับประเภทของโรคและอาการป่วยของตนอย่างครบถ้วนจากแพทย์

(3) คำขอในการกระทำการรณยฆาตต้องได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจากแพทย์ผู้กระทำการดังกล่าวและต้องผ่านการปรึกษาและกลั่นกรองโดยจิตแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอีกหนึ่งชั้นด้วย

(4) แพทย์ต้องอยู่กับผู้ป่วยตลอดกระบวนการ และกระบวนการดังกล่าวต้องเป็นไปตามหลักการของความเหมาะสมทางการแพทย์

หากปรากฏเหตุอันควรสงสัยว่ามีความเสี่ยงที่การทำการรณยฆาตจะเป็นการฆาตกรรมจากผู้ไม่ประสงค์ดี หรือมีส่วนได้เสียในความตายของผู้ป่วยทั้งในด้านทรัพย์สินหรือด้านอื่นๆ ให้บุคลากรทางการแพทย์หยุดกระบวนการทำการรณยฆาตทันที และส่งเรื่องให้พนักงานอัยการร้องขอคำสั่งวินิจฉัยชี้ขาดจากศาล ทั้งนี้ ให้คำสั่งของศาลเป็นที่สุด

กรณีทำการรณยฆาตเสร็จสมบูรณ์แล้ว ปรากฏข้อสงสัยว่าเป็นการกระทำที่ไม่ครบเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนดไว้ หรือ สงสัยว่าเป็นการฆาตกรรม ให้ผู้คัดค้านเสนอเรื่องต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และให้สาธารณสุขจังหวัดทำการชันสูตรพลิกศพในทันที หากผลชันสูตรพลิกศพมีประเด็นตามที่อ้างดังกล่าว ให้สาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูลส่งเรื่องให้พนักงานอัยการ ดำเนินคดีตามกฎหมายกับผู้ก่อเหตุต่อไป

2.3 การแก้ไขปัญหาเรื่องการบังคับใช้กฎหมายกับอายุและความสามารถของผู้ที่มีสิทธิทำการรณยฆาต

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งในเด็ก และโรคร้ายแรงอื่นๆ ที่เกิดขึ้นกับเด็กมากขึ้น โรคเหล่านี้เกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกช่วงวัยไม่จำกัดอายุ ผู้ศึกษาจึงเห็นว่าไม่ควรออกกฎหมายไปจำกัดอายุของผู้ที่มีสิทธิทำการรณยฆาต เพราะถือเป็นการตีกรอบวิธีทางสุขภาพ แต่ควรทำให้เป็นทางเลือก

ที่กว้างที่สุด เพื่อให้แพทย์สามารถแนะนำวิธีที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายคนไข้รายบุคคล โดยอาจพิจารณาจากระดับความเจ็บปวดทรมาน ประเภทของโรค และระยะเวลาการดำเนินไปของโรค ให้ตรงกับความรู้สึกของคนที่มากที่สุด เพราะมนุษย์ทุกคนเมื่อได้คลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารก เขาล้วนมีสิทธิในเนื้อตัวร่างกายของตน มีศักดิ์ความเป็นมนุษย์ที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ดังนั้นการจำกัดสิทธิในการทำ การุณยฆาตในเด็กย่อมเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ

สำหรับกรณีเด็กที่ไม่อาจรับรู้ หรือเข้าใจเหตุการณ์อย่างถ่องแท้ แต่ผู้ปกครองลงความเห็นร่วมกับแพทย์ให้ทำได้ จะขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนหรือไม่นั้น ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะดังนี้

หากเด็กโตพอที่จะพูด หรือเข้าใจเรื่องราวได้ นอกจากผู้ปกครองแพทย์เจ้าของไข้ จิตแพทย์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะอธิบายรายละเอียดให้ฟังแล้ว ควรให้เด็กได้คุยกับนักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ก่อนการตัดสินใจอีกชั้นหนึ่งด้วย (เทียบเคียงวิธีพิจารณาความในคดีเด็กและเยาวชน) และหากเด็กไม่ยอมทำการุณยฆาต แม้จะปฏิเสธด้วยความไร้เดียงสา หรือไร้เหตุผล ตัวผู้ป่วยคือผู้กุมอำนาจตัดสินใจสูงสุดเสมอ โดยแพทย์ต้องฟังเด็กเป็นลำดับต้น ให้ความเห็นของแพทย์และผู้ปกครองเป็นความคิดเห็นลำดับรองเท่านั้น และหากขัดกับความต้องการของเด็ก ความคิดเห็นลำดับรองนั้นย่อมตกไป

ส่วนกรณีทารกหรือเด็กเล็กที่ยังพูดไม่ได้ ไม่อาจรู้เรื่องราวหรืออธิบายให้เข้าใจได้นั้น ให้เป็นการตัดสินใจร่วมกันของแพทย์และผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครอง เพราะผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครอง ย่อมมีอำนาจปกครอง ซึ่งรวมถึงอำนาจจัดการแทนผู้เยาว์ในการทำการุณยฆาตด้วย โดยต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้ปกครองและสภาพทางการเงินของครอบครัวในการรักษา เนื่องจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ แน่ชัดว่าไม่อาจรักษาให้หายและกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดีดังเดิมได้

ผู้ศึกษาเห็นถึงความจำเป็นของการกำหนดเกณฑ์อายุและเงื่อนไขต่างๆ ให้ชัดเจนตามแนวกฎหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานของผู้มีสิทธิร้องขอทำการุณยฆาตแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ กล่าวคือ กรณีผู้เยาว์จำแนกพิจารณาตามเงื่อนไขเป็น 3 กรณี ได้แก่

1) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป แต่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อีกแล้ว ให้ถือว่ามีความเข้าใจตามสมควร แต่แพทย์อาจไม่อนุญาตตามคำขอนี้¹¹⁹

¹¹⁹ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)

Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Second paragraph.

2) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 16 ถึง 18 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ หลังจากที่ผู้ปกครอง หรือผู้ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยผู้ปกครองจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้¹²⁰

3) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอของผู้ป่วยได้ โดยมีเงื่อนไขเสมอว่า ผู้ปกครองหรือผู้ใช้อำนาจปกครองของเขาต้องเห็นด้วยกับการยุติชีวิตหรือการช่วยฆ่าตัวตายเท่านั้น¹²¹

สำหรับประเทศไทยผู้ศึกษาเห็นว่าควรกำหนดเกณฑ์อายุที่ 12 ปี เพื่อจำแนกกระบวนการและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจทำการุณยฆาต เนื่องจากพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของมนุษย์ในช่วงอายุ 12 ปี จะพัฒนาสูงขึ้น จนมีความคิดเป็นแบบรูปธรรม สามารถเรียนรู้ เข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ได้ลึกซึ้ง มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้นตามลำดับ จนเมื่อพ้นวัยรุ่นแล้วจะมีความสามารถทางสติปัญญาได้เหมือนผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าในช่วงระหว่างวัยรุ่นนี้ยังอาจขาดความยั้งคิด มีความหุนหันพลันแล่น ขาดการไตร่ตรองให้รอบคอบ¹²² อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาก็ได้วางมาตรการให้ผู้เยาว์ได้พูดคุยกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ ก่อนการตัดสินใจทำการุณยฆาต เพื่อให้มีการพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบและสามารถยืนยันเจตจำนงที่แท้จริงของตนได้

โดยขอเสนอให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มเติม มาตรา 12/2 ดังนี้

มาตรา12/2 กรณีผู้เยาว์ที่มีความประสงค์จะทำการุณยฆาต สามารถจำแนกพิจารณาตามเงื่อนไขได้ดังต่อไปนี้

(1) กรณีผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป แต่ไม่สามารถแสดงเจตจำนงได้อีกแล้ว (ภาวะไม่รู้สีกตัว) แต่ได้ทำพินัยกรรมชีวิตไว้ ให้ถือว่ามีความเข้าใจตามสมควรในผลประโยชน์ของตน แต่แพทย์อาจไม่อนุญาตตามคำขอนี้ได้

¹²⁰ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)

Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Third paragraph.

¹²¹ Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)

Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care Article 2 Fourth paragraph.

¹²² คลินิกจิต-ประสาท. “พัฒนาการวัยรุ่น” บทความโดยนายแพทย์พนม เกตุมาน. 10 มิถุนายน 2567 สืบค้นจาก https://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm.

(2) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปี ถึงก่อนที่จะบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย แพทย์อาจปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้ หลังจากที่ถูกปกครอง หรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยผู้ปกครองจะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยก็ได้ แล้วแต่กรณี ทั้งนี้ ผู้เยาว์ต้องพูดคุยกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ก่อนการตัดสินใจทำการรณุญาต เพื่อยืนยันถึงเจตจำนงที่แท้จริง

(3) กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 12 ปี แพทย์อาจปฏิเสธคำขอของผู้ป่วย หรือผู้ปกครองได้ โดยมีเงื่อนไขเสมอว่า ผู้ปกครองหรือผู้ที่ใช้อำนาจปกครองของเขาต้องเห็นด้วยกับการยุติชีวิตหรือการช่วยฆ่าตัวตายเท่านั้น แพทย์จึงจะทำการรณุญาตได้ ทั้งนี้ ผู้เยาว์ต้องพูดคุยกับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ก่อนการตัดสินใจทำการรณุญาต เพื่อยืนยันถึงเจตจำนงที่แท้จริง ในกรณีที่ผู้เยาว์ปฏิเสธการทำการรณุญาต แม้จะปฏิเสธด้วยความไร้เดียงสา หรือไร้เหตุผล แพทย์ต้องปฏิเสธคำขอยุติชีวิตหรือช่วยฆ่าตัวตายของผู้ปกครองเด็กเท่านั้น

2.4 การแก้ไขปัญหาคำขอความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 ยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญา

หากการทำการรณุญาตตามความประสงค์ของคนไข้ในรูปแบบต่างๆ สามารถทำได้อย่างถูกต้องภายใต้เงื่อนไขทั้งทางการแพทย์และกฎหมายวางไว้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์แล้ว จำเป็นต้องคุ้มครองแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ให้เกิดต้องรับผิดจากการกระทำดังกล่าว ด้วยการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้การทำการรณุญาตโดยแพทย์ ได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบฐานฆ่าผู้อื่นทั้งโดยเจตนา การฆ่าโดยดเว้น การฆ่าโดยไตร่ตรองไว้ก่อน และการยุยงส่งเสริมให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย โดยต้องระบุยกเว้นความรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับประเทศเนเธอร์แลนด์ เนื่องจากจะทำให้แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องปฏิบัติหน้าที่อย่างไร้กังวลว่าจะไม่ถูกดำเนินคดีในอนาคต ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณสุขในการทำการรณุญาตอย่างมีประสิทธิภาพ

โดยขอเสนอให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มเติมมาตรา 12/3 และ 12/4 ดังนี้

มาตรา 12/3 ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ตามมาตรา 288, มาตรา 288 ประกอบมาตรา 59 วรรคท้าย หรือมาตรา 289 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หากได้กระทำโดยแพทย์ ตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงใจของผู้ตาย ครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่กำหนดไว้ในมาตรา 12 และ มาตรา 12/1 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การกระทำนั้นไม่เป็นความผิด

มาตรา 12/4 ผู้ใดกระทำความผิดตามมาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ด้วยการช่วยหรือยุยงเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปีหรือผู้ซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ ให้ฆ่าตนเอง หากการกระทำนั้น

ได้กระทำโดยแพทย์ตามคำร้องขอที่ชัดเจนและจริงจังของผู้ป่วย ครบถ้วนตามมาตรฐาน ความระมัดระวังที่กำหนดไว้ใน มาตรา 12 และ มาตรา 12/1 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การกระทำนั้นไม่เป็นความผิด

2.4.2 ยกเว้นความรับผิดในทางแพ่ง

หากการทำการุณยฆาตทั้งเชิงรุก เชิงรับ เชิงสงบ ได้รับยกเว้นความผิด ในทางอาญาแล้ว ก็ต้องปรับแก้ไขกฎหมายแพ่งลักษณะละเมิดให้สอดคล้องกัน เพื่อความชัดเจน ที่ไม่เป็นภาระแก่ประชาชนและผู้บังคับใช้กฎหมายจะต้องมาพิจารณาตีความกันภายหลัง ดังนั้น ในประเด็นการทำละเมิดแก่ชีวิต ตามมาตรา 420 ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งวางหลักว่า ผู้ใดจงใจหรือประมาทเลินเล่อ ทำต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย ให้เขาเสียหายถึงแก่ชีวิตก็ดี แก่ร่างกายก็ดี อนามัยก็ดี เสรีภาพก็ดี ทรัพย์สินหรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใดก็ดี ท่านว่าผู้นั้นทำละเมิด จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

ผู้ศึกษาเสนอให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มเติม มาตรา 12/5 ดังนี้

มาตรา 12/5 การทำการุณยฆาตโดยแพทย์ตามคำร้องขอที่ชัดเจน และจริงจังของผู้ป่วย ครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่กำหนดไว้ใน มาตรา 12 และมาตรา 12/1 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การกระทำนั้นไม่ถือว่าเป็นการละเมิดตามประมวล กฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 420 แพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องไม่จำต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนเพื่อการนั้น

ทั้งยังมีปัญหาเกี่ยวข้องกับเรื่องการประกันชีวิตของผู้ทำการุณยฆาต ผู้ศึกษา เห็นว่าควรบัญญัติให้การุณยฆาตไม่ถือว่าเป็นการอหิวาตกรรม เพื่อให้บริษัทประกันไม่อาจปิดความรับผิด ในประกันชีวิตที่คุ้มครองโรคเรื้อรังเฉพาะ เช่นประกันมะเร็งโดยเฉพาะเจาะจง ว่าเป็นการตายโดยตั้งใจได้ เนื่องจากการทำการุณยฆาตที่ขอบด้วยกฎหมาย ผู้กระทำต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไข ที่กฎหมายบัญญัติ อันไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตายโดยทั่วไปแต่อย่างใด

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเสนอให้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพิ่มเติม มาตรา 12/6 ดังนี้

มาตรา 12/6 การตายจากการกระทำโดยแพทย์ตามคำร้องขอที่ชัดเจนและจริงจัง ของผู้ตาย ครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่กำหนดไว้ใน มาตรา 12 และ มาตรา 12/1 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ไม่ให้ถือเป็นการกระทำอหิวาตกรรม



บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บรรณานุกรม

- กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. (2553, 22 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 127 ตอนที่ 65ก. หน้า 18-22.
- กมลชัย รัตนสากววงศ์. (2523). *ความยินยอมในกฎหมายอาญา* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. (2551). *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป*. พลสยาม พรินต์ติ้ง. หน้า 5. อ้างใน ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม “หลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษทางอาญา” *ภายใต้โครงการสนับสนุนสารสนเทศเพื่อการทำงานของสมาชิกรัฐสภา*. สถาบันพระปกเกล้า. 2564. หน้า 23.
- _____. (2551). *คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาค 1 บทบัญญัติทั่วไป*. พลสยาม พรินต์ติ้ง. หน้า 96. อ้างใน อารยา เนื่องจำนงค์. *ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษารณีการุณยฆาต*. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560. หน้า 40-41.
- ไกรฤกษ์ เกษมสันต์. (2552). *คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288-366*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). สำนักอบรมการศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา. หน้า 31. อ้างใน อรรถภา ไวยมุข, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจำนงค์. *การุณยฆาตเชิงรุก โดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย, 9(3), 37-70*.
- คลินิกจิต-ประสาท. (2567, 10 มิถุนายน). “พัฒนาการวัยรุ่น” บทความโดยนายแพทย์พนม เกตุมาน. https://www.psyclin.co.th/new_page_56.htm.
- จنگล กุดั่น. (2548). *การคุ้มครองสิทธิที่จะตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวัง*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. หน้า 45. อ้างใน อารยา เนื่องจำนงค์. *ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษารณีการุณยฆาต*. [งานนิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560. หน้า 5.
- ชนุตภรณ์ พิลาวรรณ. (2564). *ปัญหาการทำกรุณยฆาตโดยชอบด้วยกฎหมาย* [การศึกษาอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ชำนาญ จันทร์เรือง. (2552). *สิทธิที่จะตาย (Right to Die)*. เครือข่ายกฎหมายมหาชนไทย.

- ณัฐวิวัฒน์ สุทธิโยธิน. (2564). ทฤษฎีความรับผิดชอบทางอาญา. ใน *แนวการศึกษาชุดวิชากฎหมายอาญา และอาชญาวิทยาชั้นสูง*, หน่วยที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เดชา ธรรมธาดาวิวัฒน์. (2551). ความยินยอมในการรักษาผลทางกฎหมายต่อความรับผิดชอบทางละเมิด และทางอาญาของทันตแพทย์. *วารสารวิทยาลัยทันตแพทยศาสตร์*, 5(1), หน้า 39-55.
- ธพิพัฒน์ วรพิพัฒน์การกิจ. (2563). การอุทธรณ์ : สิทธิมนุษยชนที่ควรมีเพื่อ คงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์. *วารสารพัฒนศาสตร์*, 3(2), หน้า 143-176.
- ธัญรัตน์ พุกกลิ่น และภูมิ โชคเหมาะ. (2565). การใช้หลักความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนของศาลปกครอง เพื่อเพิกถอนคำสั่งของอนุญาตตุลาการในคดีเกี่ยวกับสัญญาทางปกครอง ศึกษากรณีการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ. <https://grad.dpu.ac.th/upload/content/files/%E0%B8%9B%E0%B8%B5%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%207%20%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%201/7-39.pdf>
- นภัส คำนวน. (2558). ปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ เมื่อผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้าย. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.
- นवल ชาญสมุทร. (2565, 3 พฤศจิกายน). แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี.
- _____. (2567, 27 พฤษภาคม). แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี. สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี.
- นันทน อินทนนท์. (2544). ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ. *บทบัญญัติ*, 57(4), หน้า 129-157. อ้างใน อรรธมา ไวยมุกข์, อธิรญา ภูงศกร, ประลอง ศิริกุล, อารยา เนื่องจำนงค์. การอุทธรณ์คดีเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- นุสรรา แก้วกล้า. (2561). การกำหนดให้การไม่จ่ายค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตรเป็นความผิดอาญา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 35
อ้างใน ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม “หลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษทางอาญา” ภายใต้อำนาจการสนับสนุนสารสนเทศเพื่อการทำงานของสมาชิกรัฐสภา. สถาบันพระปกเกล้า. 2564. หน้า 22.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2563. (2563, 6 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 261ง. หน้า 3.

- ประภัสสร รัตนพันธ์. (2565). *ความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการรณมฆาตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปราโมทย์ เสริมศีลธรรม. (2564). *หลักเกณฑ์ในการกำหนดโทษทางอาญา ภายใต้โครงการสนับสนุนสารสนเทศเพื่อการทำงานของสมาชิกวุฒิสภา*. สถาบันพระปกเกล้า.
- ผดุงกิจ อรรถกิจไพฑูริย์. (2555). *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการรณมฆาต* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีปทุม. หน้า 29. อ้างใน อารยา เนื่องจำนงค์. *ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษากรณีการรณมฆาต* [งานนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2560. หน้า 5.
- พระไตรปิฎกออนไลน์ ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 45 เล่ม. (2567, 29 พฤษภาคม). *พระไตรปิฎกเล่ม1 พระวินัยปิฎก มหาวิภังค์ ปาราชิกสิกขาบทที่ 3 ข้อที่. 162,163 ปฐมบัญญัตินิทาน ว่าด้วยการพรากกายมนุษย์*. <https://shorturl.asia/w4KCA>.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12.
- พัลลภ พิสิทธิ์สังขการ. (2516). *ฆ่าเพราะสงสาร*. *คสุพาท*, 20(6), 43-46. หน้า 44. อ้างใน อรรธมา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจำนงค์. *การรณมฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมันวารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- พิชัยศักดิ์ ทรายางกูร และนริศรา แดงไผ่. (2564). *แนวการศึกษาชุดวิชากฎหมายแพ่งลักษณะสัญญา ลักษณะละเมิดและลักษณะหุ้นส่วนบริษัทชั้นสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- แพทยสภา. (2565, 18 พฤศจิกายน). *ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549*. https://tmc.or.th/service_law02_17.php
- ภูมิภัทร ศาสตร์ศศิ. (2555). *อำนาจกระทำของแพทย์ในการให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิต* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์. หน้า 21. อ้างใน อรรธมา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจำนงค์. *การรณมฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย.วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- มงคลทีปนี. (2522). *มงคลตถทีปนี ปฐม ภาค*. มหามกุฏราชวิทยาลัย. หน้า 201. อ้างใน อภิโชค เกิดผล. *การประกอบสร้างความหมายของการรณมฆาต ในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วมการแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา*. [ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564. หน้า 196.

- มาโนช โชคแจ่มใส. (ม.ป.ป.). *Euthanasia*. <http://www.med.cmu.ac.th/secret/meded/Mede7/%B5%E9%B9%A9%BA%D1%BA/MEDE07PDF/Chapter04%20MEDE07.pdf>. หน้า 25 อ้างใน อรรัมภา ไวยมุข, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจำนงค์. การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- รณชัย คนบุญ. (2565, 1 ธันวาคม). *บทที่ 6 ทฤษฎีจริยศาสตร์*. <https://www.shorturl.asia/uo5JF>.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2539). สิทธิที่จะตาย: มุมมองทางปรัชญาและพระพุทธศาสนา. *ดุสิตพาห*, 4(43), 90-125. หน้า 120. อ้างใน อรรัมภา ไวยมุข, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจำนงค์. การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- ศิลปวัฒนธรรม. (2567, 27 พฤษภาคม). *พระพุทธเจ้าปรินิพพานด้วยโรคอะไร?*. https://www.silpa-mag.com/history/article_10377.
- ศูนย์สิทธิมนุษยชน. (2557). *โครงการสัมมนาพินัยกรรมชีวิต: สิทธิในการตาย (Living Will)*. <http://www.humanrightscenter.go.th>. หน้า 14-15. อ้างใน อรรัมภา ไวยมุข, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูล, อารยา เนื่องจำนงค์. การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย – เยอรมัน. *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- สนธิสัญญาหลักด้านสิทธิมนุษยชน. (2565, 2 ธันวาคม). *ICCPR กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง*. <https://humanrights.mfa.go.th/th/humanrights/obligation/international-human-rights-mechanism/ICCPR.php>
- สำนักข่าวไทยพีบีเอส. (2565, 3 พฤศจิกายน). *“การรณยฆาต” คำขอร้องในวาระสุดท้าย*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278172>
- _____. (2565, 3 พฤศจิกายน). *แคปซูลการรณยฆาต Sarco แบบถูกกฎหมายในสวิตเซอร์แลนด์*. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/310637>
- สำนักข่าวไทยรัฐ. (2565, 18 พฤศจิกายน). *ถอดบทเรียนการ 'การรณยฆาต' จาก 'เนเธอร์แลนด์-แคนาดา' และการถกเถียงในสังคมไทยควรเป็นอย่างไร*. <https://plus.thairath.co.th/topic/spark/102004>
- สำนักข่าวบีบีซี เวิลด์นิวส์. (2565, 3 พฤศจิกายน). *Maker of suicide pod plans to launch in Switzerland*. <https://www.bbc.com/news/technology-59577162>

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565, 4 พฤศจิกายน). *กฎกระทรวงตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550*.
<https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/2559>
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2567, 17 มิถุนายน). *คนไทยมีสิทธิการตายดี*.
https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/info7-Dec_Page_1_0.pdf
- สิทธิพล เครือรัตติกาล. (2551). *แนวคิดเรื่องสิทธิที่จะตาย (the right to die) และการุณยฆาต (euthanasia) ในสังคมไทย*. <http://kositthiphon.blogspot.com/2008/12/right-to-die-euthanasia.html> อ้างใน อรรธมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งงศกร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจำนงค์. การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- เสนีย์ ปราโมช. (2527). *ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าด้วยนิติกรรมและหนี้ เล่ม 1 (ภาค 1-2) พุทธศักราช 2478 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2505*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นิติบรรณาการ.
- ห้องสมุดบ้านจอมยุทธ. (2565, 1 ธันวาคม). *การใช้เหตุผลแนวประโยชน์นิยม*.
<https://shorturl.asia/eUiOl>.
- _____. (2565, 1 ธันวาคม). *จิตวิทยาพัฒนาการเด็กและวัยรุ่น*. <https://shorturl.asia/TuzVo>.
- หอดจดหมายเหตุพุทธทาส อินทปัญญา. (2563). *พินัยกรรมพุทธทาสภิกขุ ถึงเรื่องเล่า Palliative Care พุทธทาสภิกขุ ในความทรงจำ ศ.แสวง บุญเฉลิมวิภาส. โครงการจัดทำประวัติศาสตร์บอกเล่า กลุ่มงานจดหมายเหตุ*.
- อภิโชค เกิดผล. (2564). *การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา*. [ดุษฎีนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรรธมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งงศกร, ประลอง ศิริภูณ, อารยา เนื่องจำนงค์. (2560). การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย - เยอรมัน *วารสารการเมือง การบริหาร และกฎหมาย*, 9(3), 37-70.
- อารยา เนื่องจำนงค์. (2560). *ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา: ศึกษากรณีการุณยฆาต*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- BrandThink. (2565, 3 พฤศจิกายน). *รู้จัก “สิทธิที่จะตาย” Right to die*.
<https://web.facebook.com/brandthink.me/photos/a.1767934240198787/3336842536641275>

Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text)

Termination of Life on Request and Assisted Suicide Act This Act entered into force on April 1, 2002 Chapter II. Requirements of Due Care

E. J. Larson and E. W. Amundsen. (1998). *A Different Death: Euthanasia and Christian Tradition* (Illinois: Intervarsity Press, 31, quote in I. Dowbiggin, A concise History of Euthanasia Life, Death, God, and Medicine, อ้างใน อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้างความหมายของการุณยฆาตในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. [ดุซงึนินพนธ์ปรัชญาดุซงึนบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564.

Herbert L. Packer. (1968). *The Limits of the Criminal Sanction*. Stanford University Press. Hmong. (2566, 24 พฤษภาคม). สิทธิมนุษยชนในเนเธอร์แลนด์.

https://hmong.in.th/wiki/Human_rights_in_the_Netherlands

I. Dowbiggin. (2007). A concise History of Euthanasia Life, Death, God, and Medicine. Rowman & Littlefield Publishers. อ้างใน อภิโชค เกิดผล. การประกอบสร้าง ความหมาย ของการุณยฆาต ในสังคมไทยร่วมสมัย: บทบาทร่วม การแพทย์-กฎหมาย-พุทธศาสนา. [ดุซงึนินพนธ์ปรัชญาดุซงึนบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2564. หน้า 102.

MGRonline. (2567, 26 มิถุนายน). รักนี้สุดอมตะ! อดีตนายกา ดัดช่วย 93 ปี กุมมือภรรยาทำ “การุณยฆาตคู่” ในประเทศที่ให้ไฟเขียวจบชีวิตอย่างสมัครใจกว่า “8 พันราย”. <https://mgronline.com/around/detail/9670000013832>.

MKC Legal. (2567, 21 มิถุนายน). ความยินยอมในทางอาญา. <https://www.mkclegal.com/%E0%B8%A2%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%A2%E0%B8%AD%E0%B8%A1%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%8D%E0%B8%B2/>

Public Anthropology. (2565, 1 ธันวาคม). ความรู้ความคิดและมุมมองทางมานุษยวิทยา เพื่อคนที่สนใจ. http://nattawutsingh.blogspot.com/2013/09/blog-post_2037.html.

Sanook. (2567, 25 มีนาคม). การุณยฆาต คืออะไร ประเทศที่รองรับ ไม่ผิดกฎหมาย มีประเทศ อะไรบ้าง. <https://www.sanook.com/news/7702206/>

Thai PBS. (2565, 3 พฤศจิกายน) “การุณยฆาต” คำขอร้องในวาระสุดท้าย. <https://www.thaipbs.or.th/news/content/278172>.

The momentum. (2565, 3 พฤศจิกายน). สวิตเซอร์แลนด์อนุมัติให้ใช้ ‘แคปซูลการุณยฆาต’
ต่อผู้ประสงค์จากไปอย่างสงบ และไร้ความทรมาน.

<https://themomentum.co/sarco-suicide-pods/>

_____. (2565, 2 ธันวาคม). ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน: วาทกรรมในการสร้าง
อำนาจของรัฐ. <https://themomentum.co/ruleoflaw-public-morality/>

The YouDee Project. (2565, 1 ธันวาคม). ทฤษฎีจิตสังคมของ Erik Erikson.

<https://shorturl.asia/6R1Vz>.



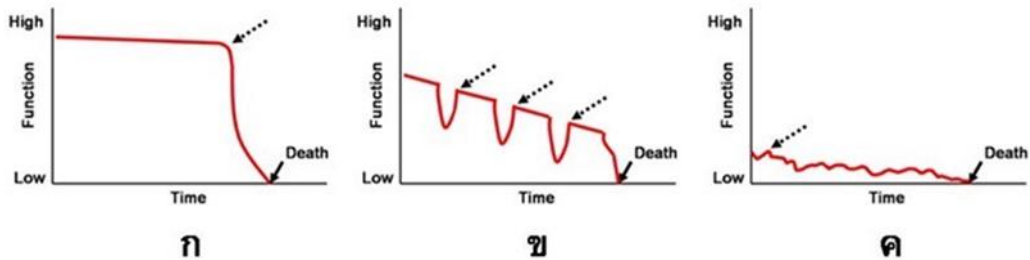


ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สุโขทัยธรรมาธิราช

กราฟเปรียบเทียบการพยากรณ์โรค กรณีโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และโรคเรื้อรังอื่นๆ ดังนี้



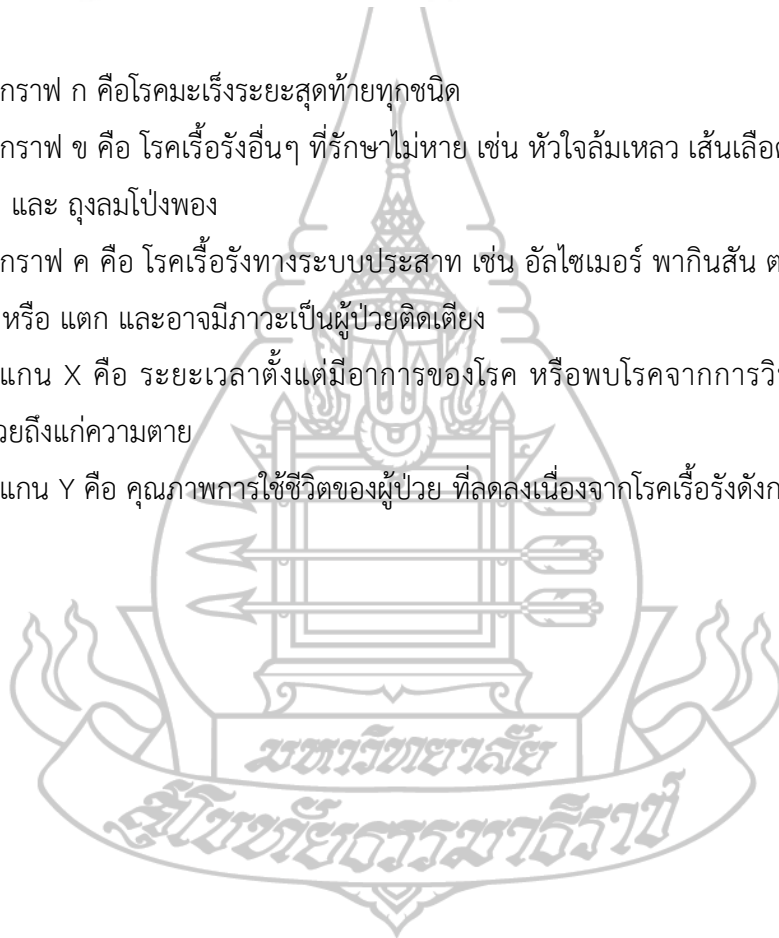
หมายเหตุ: กราฟ ก คือโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด

กราฟ ข คือ โรคเรื้อรังอื่นๆ ที่รักษาไม่หาย เช่น หัวใจล้มเหลว เส้นเลือดหัวใจตีบ ตับแข็ง ไตวายเรื้อรัง และ กลูกลมโป่งพอง

กราฟ ค คือ โรคเรื้อรังทางระบบประสาท เช่น อัลไซเมอร์ พากินสัน ตลอดจนเส้นเลือดในสมองตีบ หรือ แตก และอาจมีภาวะเป็นผู้ป่วยติดเตียง

แกน X คือ ระยะเวลาตั้งแต่มีอาการของโรค หรือพบโรคจากการวินิจฉัยของแพทย์ ไปจนถึงผู้ป่วยถึงแก่ความตาย

แกน Y คือ คุณภาพการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ที่ลดลงเนื่องจากโรคเรื้อรังดังกล่าว



สรุปบทสัมภาษณ์ซึ่งได้รับการรับรองความถูกต้องจากผู้ให้ข้อมูลแล้ว

ผู้ให้ข้อมูล นายแพทย์นवल หาญสมุท

แพทย์ประจำบ้านสาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี

ข้าพเจ้าไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งที่ประเทศไทยมีข้อจำกัดเรื่องวิธีการทำการรณยฆาตเฉพาะเชิงรับเท่านั้น เนื่องจากการทำการรณยฆาตเชิงรับ เช่น การปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการปฏิเสธการรับยากระตุ้นหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยความเจ็บปวดทรมานมากกว่าและใช้เวลายาวนานกว่า การทำการรณยฆาตเชิงรุก ซึ่งข้าพเจ้าเห็นด้วยอย่างยิ่ง หากในอนาคตประเทศไทยให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการเลือกทำการรณยฆาตได้ทั้งเชิงรุก เชิงรับ และเชิงสงบ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะเสียชีวิตแบบไม่ต้องทรมานได้ตรงกับสภาวะอาการของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในแต่ละรายมากที่สุด

สำหรับคนไข้แผนกฉุกเฉินนั้น ข้าพเจ้าเห็นว่าควรมีการจำกัดขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายการรณยฆาตเฉพาะกับผู้ป่วยที่มีการทำพินัยกรรมชีวิตมาก่อนแล้วเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินส่วนใหญ่จะไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตนเอง หากให้ญาติเข้ามามีอำนาจตัดสินใจทำการรณยฆาตแก่ผู้ป่วย อาจเป็นเครื่องมือในการฆาตกรรมโดยแพทย์ได้ ส่วนในเรื่องของอายุและความสามารถของผู้ป่วย ข้าพเจ้าเห็นว่าไม่ควรจำกัด เนื่องจากเป็นสิทธิในชีวิตร่างกายของผู้ป่วยเอง

ข้าพเจ้าคิดว่าหากมีกฎหมายคุ้มครองความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้การปฏิบัติหน้าที่มีความสะดวกรวดเร็วขึ้นอย่างแน่นอน เนื่องจากการทำการรณยฆาตเชิงรุกใช้เวลาในการเสียชีวิตรวดเร็วกว่าเชิงรับและเชิงสงบ ที่อาจต้องใช้เวลาปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเองนานกว่า ซึ่งอาจมีระยะเวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณ ทรัพยากรบุคคล และสถานที่ที่มีอยู่อย่างจำกัด และหากมีกฎหมายคุ้มครองความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้อง ให้หลุดพ้นความรับผิดชอบทั้งปวงในการทำการรณยฆาตแก่คนไข้ได้ ก็จะลดปัญหาการฟ้องร้องหรือร้องเรียนแพทย์ลงได้อย่างแน่นอน

ผู้ให้ข้อมูล นพ. พงศ์ปวีร์ เอกอุดมสุพรรณ

แพทย์ประจำบ้านสาขาอายุรกรรมประสาทวิทยา โรงพยาบาลราชวิถี

คงไม่มีใครอยากจะนอนเป็นผัก มีแผลกดทับ นอนทับอุจจาระและปัสสาวะตนเอง ไม่สามารถกินข้าวได้เอง ไม่รับรู้รสชาติอาหารแล้วเนื่องจากให้อาหารทางสายยาง บางรายมีข้อติด เจ็บ ทรมาน หายใจเหนื่อย ทั้งจากตัวโรคต่างๆ และผลแทรกซ้อน เป็นวงจรอุบาทว์ และรอวันตาย การทำได้เพียงงดเจาะเลือด ไม่ทำการกดนวดหัวใจ ให้อาหารไปเรื่อยๆ จนกว่าคนไข้จะเสียชีวิตไปเอง หรือการรณุญาตเชิงรับนั้น แสดงให้เห็นถึงการเมินเฉยต่อปัญหา และไร้มนุษยธรรมอย่างยิ่ง

ปัญหาคือ มีคนจำนวนมาก ไม่อยากเป็นคนล้า่นว่าจ่าจะฆ่าญาติหรือพ่อแม่ตัวเอง เนื่องจากคนไทยยังผูกติดกับบาปบุญอยู่มาก การให้คนไข้ตัดสินใจเองได้ เป็นเรื่องที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คนเราเลือกเกิดไม่ได้ แต่ควรเลือกตายได้ หากต้องทนทุกข์ทรมานจากตัวโรคที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ แต่การจะทำต้องมีขั้นตอนที่ชัดเจน ผ่านการประเมินจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา อาจอ้างอิงจากประเทศที่เคยทำมาก่อน เช่น สวิตเซอร์แลนด์ ที่ใช้เครื่อง sarco เป็นต้น

ในฐานะแพทย์ด้านประสาทวิทยาและสมอง คิดว่ามีข้อจำกัดอยู่ โดยเฉพาะคนไข้ กลุ่มสมองเสื่อม เนื่องจากตัวโรคทำให้คนไข้ไม่สามารถตัดสินใจอย่างรอบด้านได้ รวมไปถึงมักมีอาการ ซึมเศร้าร่วมด้วยในคนไข้กลุ่มนี้ สมองเสื่อมคือ dementia ซึ่งรวมทุกสาเหตุที่ทำให้สมองเสื่อม เช่น อัลไซเมอร์, สมองเสื่อมจากสมองขาดเลือด, พากินสัน, สมองเสื่อมจากโปรตีนอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งเราสามารถอ้างอิงจาก living will ในตอนที่คนไวยังสติสัมปชัญญะครบถ้วนได้ ในช่วงที่คนไข้ ไม่สามารถตัดสินใจเองได้แล้ว หากประเมินแล้วว่าคนไข้ได้รับความทุกข์ทรมานจริง หรือเป็นสาเหตุ ที่รักษาให้หายขาดไม่ได้ เช่น มะเร็งระยะลุกลาม, อ่อนแรง/นอนติดเตียงเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ก็เป็นสิ่งที่พิจารณาในการทำรณุญาตได้ เกี่ยวเนื่องกับคนไข้กลุ่มที่ตัดสินใจเองไม่ได้ หรือนอนเป็นผัก ผู้มีอำนาจตัดสินใจจะเป็นญาติสายตรง แพทย์มีหน้าที่เพียงอธิบายทางเลือกต่างๆ หากให้แพทย์และญาติ ร่วมกันตัดสินใจได้จริง คงจะเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากแพทย์เข้าใจตัวโรคของคนไข้มากที่สุด ต้องพึงระวัง อย่างยิ่งเรื่องการนำไปใช้ในทางที่ผิด โดยเฉพาะด้านผลประโยชน์และพินัยกรรม เช่น แท้จริงแล้วคนไข้ มีโอกาสตื่นขึ้นมาเปลี่ยนพินัยกรรมได้ แต่แพทย์และญาติร่วมกันทำให้คนไข้เสียชีวิตไปก่อน เพื่อจุดประสงค์ต่างๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ สามารถอิงจาก living will ของคนไข้ หรือประเมินภาวะสมองตาย จากคลื่นไฟฟ้าสมอง (EEG) โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หากทำได้จริง จะสะดวกต่อการทำงานอย่างมาก และลดการใช้ทรัพยากรเพื่อยื้อเวลาตายคนไข้โดยไม่มีประโยชน์ (prolong death)

ผู้ให้ข้อมูล นายแพทย์ปกรณ์ เอกรัตน์

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลกรุงเทพพัทยา

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง มีความทุกข์ทรมานจากตัวโรคที่รักษาได้ยาก หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของตัวโรค ซึ่งการรักษาทำได้เพียงแค่ประคับประคองอาการเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็จะเสียชีวิตอยู่ดี ซึ่งในช่วงเวลาก่อนที่จะเสียชีวิต พวกเขาอาจจะได้รับความทุกข์ทรมาน ดังนั้นหากพวกเขา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลผู้ป่วย มีสิทธิตัดสินใจร่วมกันที่จะลดความทุกข์ทรมาน หรือลดเวลาที่ทุกข์ทรมานให้สั้นลง ก็จะสามารถทำให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ควรอยู่ในสถานการณ์ที่สามารถตัดสินใจร่วมกันได้ และตัวโรคสามารถคาดการณ์หรือทำนายพยากรณ์โรคได้

กฎหมายนี้จะมีประโยชน์ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามก็มีข้อจำกัด ในเรื่องตัวโรค ควรจะมีขอบเขตเป็นโรคที่มีการศึกษามาแล้ว และสามารถทำนายพยากรณ์โรคได้อย่างชัดเจนเพื่อสามารถให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ปกครองได้อย่างชัดเจน เพื่อที่จะสามารถตัดสินใจร่วมกันได้ หากเป็นตัวโรคที่ไม่สามารถทำนายได้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้นานหรือไม่ หรือหากทำการรักษาเต็มที่ต่อไป ผู้ป่วยยังมีโอกาสดีขึ้นได้ เช่นกลุ่มโรคที่เป็นอาการเจ็บป่วยฉับพลัน การนำกฎหมายนี้มาใช้ และเลือกทางการดูแลผู้ป่วย อาจจะเป็นการปิดโอกาสผู้ป่วยได้

คิดว่าหากมีกฎหมายคุ้มครองความรับผิดชอบของแพทย์จะสามารถลดปัญหาการฟ้องร้องได้ เนื่องจากหากมีข้อกฎหมายรองรับ เราสามารถนำทางเลือกการรักษามาพูดคุย วางแผนกับผู้ปกครองและผู้ดูแลได้ง่ายขึ้นในผู้ป่วยที่ตรงกับข้อกำหนด ทำให้มีทางเลือกมากขึ้น โดยอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของกฎหมาย และสามารถปฏิบัติงานและให้การรักษาตามที่ได้ตกลงร่วมกันไว้ได้อย่างสบายใจ



ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อสกุล	นางสาวบุษยา เหมทานนท์
วัน เดือน ปี เกิด	26 มิถุนายน 2535
สถานที่เกิด	อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่อยู่ปัจจุบัน	-
ประวัติการศึกษา	นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2558 เนติบัณฑิตไทยสมัยที่ 72
ประวัติการทำงาน	สำนักงานกฎหมายบุษยา เหมทานนท์ ตำแหน่ง ทนายความ

