



รายงานฉบับสมบูรณ์  
(Final Report)

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย:  
บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ

(End-of-life Decisions and Thai society:  
Lessons from Experiences of Other Countries)

เสนอต่อ

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

โดย

รศ. ดร. นพพล วิทย์วรพงศ์  
คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤษภาคม 2563

รายงานฉบับสมบูรณ์  
(Final Report)

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย:  
บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ

(End-of-life Decisions and Thai society:  
Lessons from Experiences of Other Countries)

เสนอต่อ

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

โดย

รศ. ดร. นพพล วิทย์วรพงศ์

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พฤษภาคม 2563



## คำนำ

การศึกษาเรื่อง “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตกับสังคมไทย: บทเรียนจากประสบการณ์ของต่างประเทศ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ และเพื่อประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย ทั้งนี้ “ทางเลือกในการยุติชีวิต” ในการศึกษาี้ครอบคลุมเฉพาะทางเลือกที่ต้องมีกฎหมายรองรับและเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยระยะท้าย และไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการตายรูปแบบอื่น อันรวมถึง “การตายดี” ตามมุมมองด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรม ที่มักเกิดขึ้นที่บ้าน และไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่พิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตในฐานะนโยบายสาธารณะ (Public Policy) โดยใช้กรอบแนวคิดด้านการวิเคราะห์นโยบายเป็นหลัก และไม่ได้ครอบคลุมในรายละเอียดถึงการถกเถียงในด้านความถูกต้องของการยุติชีวิตในเชิงจริยศาสตร์หรือศาสนา ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานี้ คือ การปริทัศน์วรรณกรรมและกระบวนการกรณีศึกษา ครอบคลุมงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกรณีศึกษา อันได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา จำนวนทั้งหมด 101 ชิ้น คัดกรองจากงานวิจัย 310 ชิ้น ในฐานะข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย ฐานข้อมูล PubMed และฐานข้อมูล Google Scholar และใช้ข้อมูลจากเว็บไซต์อีก 29 แห่ง รวมทั้งมีการสืบค้นข้อมูลจาก World Values Surveys, Economist Intelligence Unit, LGBT International และ Google Trends เพิ่มเติม เพื่อให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งของงานวิจัยที่รวบรวมไว้ในการศึกษานี้ เป็นงานวิจัยของผู้เขียน ได้แก่ พัทธราวัลย์ วงศ์บุญสิน และคณะ (พ.ศ. 2558) นพพล วิทย์วรพงศ์ และสมทิพ วัฒนพงษ์วานิช (พ.ศ. 2560) Pimpawatin and Witvorapong (2020) และ Witvorapong (2015)

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภายใต้แผนงานบูรณาการยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0 และ ศ. ดร. มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด ประธานบริหารแผนงานฯ ที่ให้โอกาสและทุนสนับสนุนการดำเนินการศึกษา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อันรวมถึง ศ. ดร. มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด ศ. ดร. อานันท์ กาญจนพันธุ์ ศ. ดร. สุวรรณมา สภาอานันท์ รศ. นพ. ฉันทชาย สิทธิพันธุ์ รศ. ดร. อภิวัฒน์ รัตนวราหะ และ ผศ. ดร. ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ ที่ได้ประเมินการศึกษานี้อย่างละเอียด และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษานี้จะมีประโยชน์ต่อผู้อ่านทุกท่าน ทำให้ผู้อ่านรับรู้และเข้าใจถึงทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่มีอยู่หลากหลาย และเป็นส่วนหนึ่งในการกระตุ้นให้สังคมไทยได้ริเริ่มถกเถียงในประเด็นดังกล่าวบนพื้นฐานของความเข้าใจที่ตรงกัน

นพพล วิทย์วรพงศ์

พฤษภาคม 2563

## บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ และ (2) เพื่อประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย ขอบเขตของการศึกษานี้ คือ การสรุปและสังเคราะห์งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณา งานวิจัยของประเทศไทยในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) งานวิจัยของต่างประเทศในฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดาที่เป็นกรณีศึกษาของการศึกษานี้

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือ กรอบการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) ที่เสริมด้วยหลักการด้านกระบวนการนโยบาย (Policy Process) และการประเมินความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) โดยพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน ผู้นำ ผู้นำทางความคิด และ หน่วยงานดำเนินนโยบาย ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานี้ คือ กระบวนการกรณีศึกษาแบบอ้างอิงข้อเท็จจริง (Positivist Case Study Approach) โดยจะมีการเลือกกรณีศึกษาหลากหลาย (Collective/Multiple Case Study Design) และเก็บข้อมูลโดยการปริทัศน์วรรณกรรม (Literature Review)

ทางเลือกในการยุติชีวิตในวรรณกรรมมีทั้งสิ้น 6 ทางเลือก ได้แก่ (1) การุณยฆาต (Euthanasia) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยเอง (2) การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย (3) การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Ending of Life without the Patient's Explicit Request หรือ Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตนารมณ์ไว้ว่าให้แพทย์กระทำการดังกล่าวได้ (4) การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะงดหรือหยุดการรับบริการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์ในการดำรงหรือยืดชีวิตของตนเอง (Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment) (5) การฆ่าตัวตาย (Suicide) และ (6) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการเร่งหรือยืดการตาย ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าวจึงเป็นการเสียชีวิต "ตามธรรมชาติ" ทั้งนี้ การรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายในทุกประเทศทั่วโลก และนับว่าเป็นรูปแบบการยุติชีวิตที่เป็นตัวเปรียบเทียบ (Status Quo) ให้กับรูปแบบอื่นๆ

สำหรับการศึกษานี้ การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (ทางเลือก 3) และการฆ่าตัวตาย (ทางเลือก 5) จะไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษา เนื่องจากไม่ถูกกฎหมาย ส่วนการดูแลแบบประคับประคอง

(ทางเลือก 6) เป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายในทุกประเทศอยู่แล้ว จึงจะได้รับการกล่าวถึงเมื่อมีประเด็นที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจเท่านั้น การศึกษานี้จะพิจารณาทางเลือกที่เหลือนั้นเป็นหลัก ได้แก่ การรุกรณาต การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต

ปัจจุบัน ประเทศส่วนใหญ่ในโลกมีกฎหมายรองรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่มีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการรุกรณาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ เช่น เนเธอร์แลนด์ แคนาดา เบลเยียม เป็นต้น และมีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ แต่ไม่รองรับการรุกรณาต เช่น สวิตเซอร์แลนด์ และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

วรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องมีหัวข้อและระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

- (1) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ผลของการศึกษาในกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การยอมรับต่อการกระทำการรุกรณาตและกฎหมายการรุกรณาตทั้งของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ไม่ว่าจะกระทำการศึกษาในประเทศที่มีกฎหมายการรุกรณาตหรือไม่ก็ตาม
- (2) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผลของการศึกษาในกลุ่มนี้ พบว่าในประเทศทั้งที่มีและไม่มีกฎหมายการรุกรณาต บุคลากรทางการแพทย์เคยได้รับการร้องขอให้กระทำการรุกรณาต หรือเคยกระทำการรุกรณาต โดยประชากรที่เลือกยุติชีวิตด้วยการกระทำการรุกรณาตหรือการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์มีคุณลักษณะร่วมกัน คือ อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเพศชาย มีการศึกษาสูง และมักมีอายุน้อยโดยเปรียบเทียบ
- (3) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นถกเถียงของกฎหมายการรุกรณาต การศึกษาในกลุ่มนี้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสีย/ข้อพึงระวังของกฎหมายการรุกรณาต ประเด็นถกเถียงมี 5 ประการหลัก ได้แก่ ประเด็นสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy Argument) ประเด็นการปกป้องผู้ที่เปราะบางในสังคม (Protection of the Vulnerable) ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship) ประเด็นด้านจำนวนการกระทำการรุกรณาต (Slippery Slope Argument) และประเด็นด้านระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยวรรณกรรมยังไม่มีบทสรุปแน่ชัดว่ากฎหมายการรุกรณาตมีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมจริงหรือไม่ เพราะหลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีความขัดแย้งกันอยู่ สำหรับมุมมองทางด้านคุณค่า (Value) พบว่า แม้ว่าการศึกษาทางจริยศาสตร์จะยังมีข้อถกเถียงถึงความเหมาะสมของการรุกรณาต เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ ที่สังคม “ยอมรับได้” แต่การศึกษาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ก็มักสรุปว่าทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ มีความแตกต่างกันน้อยมาก ในขณะเดียวกัน การศึกษาที่ใช้มุมมองทางศาสนานั้นมักมีแนวโน้มในการต่อต้านการรุกรณาต แต่ไม่ต่อต้านการปฏิเสธการรักษาพยาบาล

สำหรับวรรณกรรมของประเทศไทย พบว่า เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วย 2 ทางเลือกเท่านั้น ได้แก่ การกระทำการรุกรณฆาต และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่ไม่มีการกล่าวถึงทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ และไม่มีการวิจารณ์ถึงข้อดี ข้อเสีย และข้อพึงระวังของทางเลือกแต่ละทางมากนัก สำหรับการรุกรณฆาต การศึกษาของประเทศไทยถกเถียงเรื่องการรุกรณฆาตบนพื้นฐานแนวคิดในเชิงบาปบุญคุณโทษเป็นหลัก ไม่มีการมองการรุกรณฆาตในฐานะของทางเลือกของนโยบายสาธารณะ ยังไม่มีการตั้งคำถามว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความต้องการต่อการรุกรณฆาตหรือไม่ และยังไม่มีการพิจารณาปัญหาเชิงโครงสร้าง การศึกษาแทบทั้งหมดตั้งต้นจากแนวคิดว่าการรุกรณฆาต เป็น “ปัญหา” จริยศาสตร์ นอกจากนี้จะเป็นการกระทำที่เป็นบาป ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงความเสื่อมโทรมทางจริยธรรมของคนในประเทศอีกด้วย สำหรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต การศึกษาของประเทศไทย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต มีความสนใจในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกัน ก็ยังไม่ได้เขียนหนังสือดังกล่าว เพราะไม่มีความรู้มากเพียงพอ

กรณีศึกษาของการศึกษานี้ประกอบไปด้วยประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการรุกรณฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ อนุญาตให้มีการกระทำการดังกล่าวได้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002/พ.ศ. 2545 ภายใต้กฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act และกำหนดให้การรุกรณฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์กระทำได้กับผู้ป่วยที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์ ทั้งที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) และผู้เยาว์ (อายุ 12-18 ปี) โดยที่ไม่ผิดกฎหมาย แต่มีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่กระทำการดังกล่าวต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในกฎหมาย (Criteria for Due Care)

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศล่าสุดในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการรุกรณฆาต และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ และเรียกการกระทำทั้งคู่ว่าการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย (Medical Aid in Dying: MAiD) อนุญาตให้มีการกระทำการดังกล่าวได้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016/พ.ศ. 2559 ภายใต้กฎหมาย Medical Assistance in Dying (Bill C-14) ประเทศแคนาดากำหนดเงื่อนไขในการยื่นคำร้องในการทำการรุกรณฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติแคนาดาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ต่างชาติรับบริการ เพื่อป้องกันการท่องเที่ยวเชิงการรุกรณฆาต (Euthanasia/Suicide Tourism) (2) ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) (3) ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะที่ทนทุกข์ทรมานและมีอาการที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (“Grievous and Irremediable Condition”) และต้องอยู่ใกล้ความตายในระดับสามารถคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุมีผล (“Reasonably Foreseeable”) (4) ผู้ป่วยยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายอย่างสมัครใจและปราศจากแรงกดดันจากภายนอก และ (5) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาของตน รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองด้วย

จากการพิจารณาข้อมูลของกรณีศึกษาทั้งสองกรณี พบว่า การออกกฎหมายการุณยฆาตของทั้งสองประเทศ เป็นกระบวนการที่อาศัยเวลาในการตกผลึก โดยรัฐพิจารณาจากหลักฐานทางสถิติต่างๆ แล้วนำมาปรับให้เข้ากับบริบทในประเทศ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าทางเลือกวิธีตายเป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ประชาชนจะพิจารณการุณยฆาตในฐานะทางเลือกในการยุติชีวิตได้ ก็ต่อเมื่อได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจนให้ความยินยอมแล้ว

ในปัจจุบัน ในประเทศไทย ผู้ป่วยระยะท้ายมีทางเลือกในการยุติชีวิตที่ชัดเจนตามกฎหมาย 2 ทางเลือก คือ การดูแลแบบประคับประคอง และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (ภายใต้บทบัญญัติมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และมีทางเลือกที่ชัดเจนน้อยลงมาในทางกฎหมายอีก 2 ทางเลือก คือ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น/การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (อันนับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถูกกฎหมาย) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (ซึ่งแม้จะไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน แต่ก็อนุমানได้จากประมวลกฎหมายอาญาว่า เนื่องด้วยประเทศไทยไม่มีกฎหมายลงโทษการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ก็ไม่ควรผิดกฎหมายเช่นกัน)

ทางเลือกในการยุติชีวิตรูปแบบเดียวที่ยังไม่ถูกกฎหมายในประเทศไทย คือ การุณยฆาต ในการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการมีกฎหมายการุณยฆาตในประเทศไทย คงต้องพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเมืองก่อน อันหมายถึงการพิจารณาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ อันได้แก่ ประชาชน ผู้นำ ผู้นำทางความคิด และหน่วยงานดำเนินนโยบาย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาข้อมูลโดยละเอียด ไม่ปรากฏท่าทีอย่างเป็นทางการของนักการเมือง (ในฐานะผู้นำ) และของแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข (ในฐานะหน่วยงานดำเนินนโยบาย) แต่อย่างไรก็ตาม

จากการสืบค้นถึงความสนใจของประชาชนไทยต่อทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ พบว่า มีความสนใจในประเด็นการุณยฆาตพอสมควร โดยความสนใจนี้เริ่มต้นจากการที่มีผู้ชายไทยท่านหนึ่งได้เขียนข้อความลงบนหน้าเฟซบุ๊ก (Facebook) ว่าได้ตัดสินใจยุติชีวิตของตัวเองด้วยกระบวนการ “การุณยฆาต” ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา และหากพิจารณาข้อมูลที่ได้จาก Google Trends ของประเทศไทยตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2547 จนถึงกันยายน พ.ศ. 2562 พบว่า การสืบค้นคำว่า “การุณยฆาต” และ “Euthanasia” มีความถี่สูงสุดในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 อย่างไรก็ตาม ความสนใจในประเด็นดังกล่าวลดลงอย่างมากอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยมีการตื่นตัวในประเด็นการุณยฆาต เมื่ออยู่ในสถานะที่มีการกระตุ้นจากสื่อเท่านั้น (Media as a Triggering Mechanism) และเมื่อปราศจากการนำเสนอข่าวจากสื่อ ความสนใจดังกล่าวก็จะลดลงมาก



สำหรับความคิดเห็นของผู้นำทางความคิด พบว่า มีการกล่าวถึงประเด็นการรณรงฆาตในสื่ออยู่พอสมควร โดยความคิดเห็นของผู้นำทางความคิดในประเทศไทยสอดคล้องกับทัศนคติของกลุ่มที่ต่อต้านกฎหมายการรณรงฆาตในต่างประเทศ โดยมองว่ากฎหมายการรณรงฆาตอาจทำให้เกิดความตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก (Slippery Slope Argument) และอาจทำให้การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองชะงักงันด้วย นอกจากนี้ ก็ยังมีแรงต่อต้านของผู้นำทางความคิดทางด้านคุณค่า ที่ใช้มุมมองทางพุทธศาสนาในการอธิบายสังคฆว่า การรณรงฆาตไม่ใช่สิ่งที่พึงกระทำ

เมื่อพิจารณากรณีศึกษา คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดาแล้ว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อการมีกฎหมายการรณรงฆาตของทั้งสองประเทศมีหลายประการ ปัจจัยที่มีร่วมกันทั้งสองประเทศ ได้แก่ ประสบการณ์การวิพากษ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรณรงฆาตอย่างกว้างขวางและยาวนาน วัฒนธรรมความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualization) ในระบบประชาธิปไตยแบบเสรีนิยม (Liberal Democracy) ที่เข้มแข็ง และการมี “กระแสสังคฆ” เป็นไปในเชิงบวก อันทำให้ความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) ของการมีกฎหมายการรณรงฆาตอยู่ในระดับสูง กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยมีกลุ่มเดียวและเป็นจำนวนน้อยของสังคฆ คือ กลุ่มเคร่งศาสนา

ภายใต้ข้อสมมติว่าปัจจัยข้างต้นเป็นเงื่อนไขสำคัญของการมีกฎหมายการรณรงฆาต จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ยังขาดหายไปบริบทประเทศไทย องค์ประกอบเดียวที่น่าจะมีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน คือ การยอมรับต่อการรณรงฆาตของประชาชน ที่เริ่มก่อตัวขึ้นจากการกระตุ้นของสื่อ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการยอมรับการรณรงฆาตของประชาชนไม่ได้ส่งผลให้มีกฎหมายการรณรงฆาต หรือทำให้การรณรงฆาตเป็นประเด็นถกเถียงทางการเมือง (Political Agenda) เสมอไป กล่าวคือ การยอมรับต่อการรณรงฆาตของประชาชนไม่ใช่เงื่อนไขที่เพียงพอ (Sufficient Condition) ในการทำให้การรณรงฆาตเป็นนโยบายสาธารณะ ประเทศที่จะมีกฎหมายการรณรงฆาตได้ต้องมีปัจจัยสนับสนุนอื่นด้วย เช่น ต้องมีผู้นำทางการเมืองที่เป็นกระบอกเสียงให้กับความต้องการของประชาชนในด้านนี้ บุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ดำเนินนโยบายต้องให้การยอมรับต่อการรณรงฆาตในระดับที่สูงเพียงพอ สังคฆต้องมีองค์กรทางการเมืองที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการรณรงฆาต (Right-to-Die Organizations) หรือ สังคฆต้องมีเหตุการณ์ที่สร้างความสั่นสะเทือนมากเพียงพอ เช่น มีการร้องขอการรณรงฆาตต่อศาล เป็นต้น

เงื่อนไขสนับสนุนทั้งหมดนี้ยังไม่ชัดเจนในประเทศไทย ในขณะที่การรณรงฆาตได้รับการต่อต้านภายใต้แนวคิดด้านศีล 5 ของศาสนาพุทธซึ่งเป็นศาสนาหลักของประเทศ และจากกลุ่มผู้นำทางความคิด จึงอาจสรุปได้ว่าความเป็นไปได้ในการมีกฎหมายการรณรงฆาตของประเทศไทยในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ

การริเริ่มถกเถียงในประเด็นการรณรงฆาตในสังคฆไทยต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ตรงกัน สังคฆไทยยังต้องพิจารณาถึงประเด็นเหล่านี้ในการประเมินความเหมาะสมของกฎหมายการรณรงฆาต ได้แก่ ความเต็มใจของ

บุคลากรทางการแพทย์ในการกระทำการุณยฆาต ผลกระทบของกฎหมายการุณยฆาตในบริบทของประเทศไทย การดำเนินการการุณยฆาต (โดยต้องมีการออกแบบระบบที่พิจารณาว่า (1) แพทย์ที่จะต้องกระทำการุณยฆาตควรเป็นแพทย์กลุ่มใด (2) กระบวนการในการกระทำการุณยฆาตควรเป็นอย่างไร (3) รัฐมีกระบวนการตรวจสอบอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบทางลบ และ (4) ทรัพยากรในการดำเนินการทั้งหมดมีเพียงพอหรือไม่) ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการการุณยฆาต และคุณค่าในสังคม ทั้งนี้ ประเด็นทั้งหมดเหล่านี้ยังไม่มีเคยมีการศึกษาในประเทศไทย และควรมีการศึกษาอย่างละเอียดต่อไป

## สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	1
1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.5 กรอบแนวคิด	6
1.6 วิธีการดำเนินการศึกษา	9
<b>บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ</b>	13
2.1 การคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	13
2.2 ทางเลือกในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	13
2.3 สถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการใช้ชีวิตในต่างประเทศ	20
2.4 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	24
2.4.1 การศึกษาด้านทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ	24
2.4.2 การศึกษาด้านพฤติกรรมกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	29
2.4.3 การศึกษาที่เกี่ยวกับประเด็นถกเถียงที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	35
<b>บทที่ 3 การปริทัศน์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย</b>	44
3.1 การคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	44
3.2 องค์ความรู้ด้านทางเลือกในการใช้ชีวิตในประเทศไทย	48
3.3 ช่องว่างของการศึกษาในประเทศไทย	65
<b>บทที่ 4 กรณีศึกษา: ประสบการณ์ของประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา</b>	69
4.1 ประเทศเนเธอร์แลนด์	69
4.2 ประเทศแคนาดา	76
<b>บทที่ 5 บทสรุปและบทเรียนต่อประเทศไทย</b>	83
5.1 การสรุปองค์ความรู้จากวรรณกรรมและกรณีศึกษา	83
5.2 บทเรียนต่อประเทศไทย	89
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	103

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	18
ตารางที่ 2.2 สถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการยุติชีวิตในต่างประเทศ	21
ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	27
ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย	31
ตารางที่ 3.1 กระบวนการคัดเลือกบทความวิจัยและบทความวิชาการในฐานะข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย	45
ตารางที่ 3.2 ตารางสรุปองค์ความรู้ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย	58
ตารางที่ 5.1 ตารางสรุปองค์ประกอบของกรณีศึกษา	87

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1.1 การสรุปกระบวนการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัย	12

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความสำคัญและที่มาของปัญหา

บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ (1) “ผู้ป่วยระยะท้าย” หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าจะเสียชีวิตในไม่ช้า แต่ยังไม่ได้ใกล้ความตายเสียทีเดียว ช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่อาจครอบคลุมระยะเวลายาวนานเป็นเดือนหรือเป็นปีก็ได้ และ (2) “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” หมายถึง บุคคลที่เจ็บป่วยและมีอาการทรุดหนักจนใกล้เสียชีวิต และมีเวลาที่เหลืออยู่สั้นๆ ประมาณ 1-2 วันเท่านั้น (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, พ.ศ. 2561) จะเห็นได้ว่า นิยามของ “ผู้ป่วยระยะท้าย” และ “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” แตกต่างกันในระยะเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ โดย “ผู้ป่วยระยะท้าย” จะกลายเป็น “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” ในที่สุด การพิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตมักจะถูกครอบงำเฉพาะผู้ป่วยระยะท้ายตามนิยามข้างต้น

ในระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยต้องตัดสินใจว่าจะรอให้ตนเองตายเอง “ตามธรรมชาติ” จะชะลอให้ตายช้าลง หรือจะเร่งให้ตายเร็วขึ้น การตัดสินใจนี้ไม่ได้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแต่เพียงผู้เดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งอาจจะต้องทำธุรกรรมและนิติกรรมแทนผู้ป่วย และเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ อันครอบคลุมถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่สังคมยอมรับได้ และการนิยามสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตจึงไม่ใช่เรื่องของปัจเจก แต่เป็นประเด็นทางนโยบายที่ต้องมีกฎหมายรองรับ และมีการกำกับดูแลโดยรัฐ (Schafar, 2013)

สำหรับประเทศไทย การจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายในปัจจุบันมี 2 รูปแบบหลัก รูปแบบแรก คือ การออกกฎหมายให้สิทธิแก่ผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาที่มีวัตถุประสงค์ในการยืดชีวิต โดยบทบัญญัติมาตรา 12 ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุไว้ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” เจตนารมณ์ของกฎหมายนี้ คือ การอนุญาตให้ผู้ป่วยออกแบบการเสียชีวิตของตนเองได้ล่วงหน้า ในสถานะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ เพื่อป้องกันความพยายามในการยื้อชีวิตจากคนในครอบครัว และการลดความขัดแย้งระหว่างญาติและบุคลากรทางการแพทย์ โดยกำหนดให้บุคลากรทางการแพทย์แพทย์พ้นจากความรับผิดชอบเนื่องมาจากการไม่รักษาผู้ป่วย เพราะเป็นการกระทำตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่กฎหมายรองรับแล้ว ทั้งนี้ การทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยไม่ได้หมายความว่าบุคลากรทางการแพทย์จะดูแลผู้ป่วยไม่ได้ หากการรักษาไม่ได้เป็นไปเพื่อการ “ยืดชีวิต” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พ.ศ. 2558)

รูปแบบที่สอง คือ การให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) แก่ผู้ป่วยระยะท้าย (และผู้ป่วยระยะสุดท้าย) โดยบริการดังกล่าวไม่ใช่การรักษาพยาบาลเพื่อทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค (Disease-Directed Treatment) เนื่องจากไม่สามารถทำได้แล้ว แต่เป็นการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในการเพิ่มคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวดของผู้ป่วย และการสนับสนุนทางด้านกายภาพ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ให้แก่ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยไม่ได้มีวัตถุประสงค์ให้ช่วงเวลาของชีวิตของผู้ป่วยสั้นลง (เร่งการตาย) หรือยาวขึ้น (ยืดชีวิต) แต่อย่างใด (Materstvedt et al., 2003; Olsen et al., 2010; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, พ.ศ. 2561)

ในการศึกษานี้ การดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาจไม่ได้อยู่ภายใต้ นิยามของ “การดูแลแบบประคับประคอง” ในวรรณกรรมทางการแพทย์ด้วย เช่น การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Terminal Care) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล (End-of-Life Care) การดูแลแบบสนับสนุน (Supportive Care) การบริบาลท้ายแบบพักพิงชั่วคราว (Respite Care) และการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice Care) เป็นต้น ด้วยถือว่าทั้งหมดนี้เป็นการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วย ที่แตกต่างกันเพียงในด้านกรอบเวลา ว่าอยู่ในช่วงที่มีการคาดการณ์การเสียชีวิตแล้วหรือไม่ และคาดการณ์ไว้ว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้นานเพียงใด และแตกต่างกันในด้านจุดเน้นของการดูแลว่าเน้นการรักษาตามอาการ หรือการลดทอนและป้องกันความเจ็บปวดเป็นหลัก (National Institute on Aging, n.d.; จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ, พ.ศ. 2561) ในการศึกษา นี้ การใช้คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” คำเดียวแทนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกรูปแบบกระทำเพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ เนื่องจากการแบ่งแยกประเภทการดูแลไม่ใช่ประเด็นหลักของการศึกษา

จะเห็นได้ว่า ในประเทศไทย การจัดการกับความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งการบัญญัติมาตรา 12 และการให้การดูแลแบบประคับประคอง เป็นวิธีการของรัฐที่กำหนดให้ผู้ป่วยมีทางเลือกเดียวในระยะท้ายของชีวิต คือ การเสียชีวิต “อย่างเป็นทางการ” โดยผู้ป่วยสามารถปฏิเสธความพยายามในการยืดชีวิตได้ (อันอาจทำให้เสียชีวิตเร็วกว่ากรณีที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้) แต่ไม่มีสิทธิตามกฎหมายในการขอให้แพทย์เร่งการเสียชีวิต

อย่างไรก็ดี กฎหมายที่ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยระยะท้ายให้การเร่งการเสียชีวิตภายใต้ระบบสุขภาพเป็นประเด็นที่สังคมไทยอาจต้องพิจารณาอย่างเข้มข้นขึ้นในอนาคตด้วยเหตุผลอย่างน้อย 4 ประการ ประการแรก คือ คนไทยมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (จนกลายเป็นผู้ป่วยระยะท้าย) มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 สาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็งตับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งหลอดลมและปอด การติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง อุบัติเหตุทางถนน และภาวะตับแข็ง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, พ.ศ. 2560) คิดเป็นประมาณร้อยละ 55 ของการเสียชีวิตทั้งหมด จะเห็นได้ว่า สาเหตุการเสียชีวิต (ยกเว้นอุบัติเหตุทาง

ถนน) มาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) เป็นหลัก หมายความว่า การเสียชีวิตส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นไปอย่างเฉียบพลัน แต่จะเกิดขึ้นเมื่อโรคอยู่ในระดับที่รุนแรงแล้วเท่านั้น ระยะท้ายของชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่จึงเป็นช่วงเวลาแห่งความทุกข์ทรมาน

ประการที่สอง คือ โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไป โดยสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติมีการคาดการณ์ไว้ว่า เนื่องด้วยอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในสัดส่วนที่มากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (พีชราวัลย์ วงศ์บุญสิน และคณะ, พ.ศ. 2558) การศึกษาของ Pimpawatin and Witvorapong (2020) และ Witvorapong (2015) ชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มักมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ที่อยู่ในระดับที่ก้าวหน้าแล้ว) มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Functional Limitations) และต้องพึ่งพาบุตรหลานทั้งในด้านการดูแลสุขภาพและด้านอื่นๆ ในเวลาปัจจุบันที่ประเทศไทยยังไม่ได้มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่กว้างขวางเพียงพอ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและการลดลงของจำนวนบุตรต่อครัวเรือน ย่อมหมายถึง ความสามารถของครัวเรือนในการดูแลผู้สูงอายุที่ลดลง คุณภาพชีวิตในระยะท้ายของผู้สูงอายุที่ลดลง และโอกาสที่จะไม่ได้รับการดูแลก่อนตาย (และการ “ตายไม่ดี”) ของผู้สูงอายุที่สูงขึ้นด้วย

ประการที่สาม คือ ความเจ็บป่วยก่อนเสียชีวิตมีต้นทุน ประกอบไปด้วยต้นทุนที่จับต้องได้ (Tangible Costs) อันหมายถึง ค่าใช้จ่ายทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนจากการดูแลแบบประคับประคอง และต้นทุนที่จับต้องไม่ได้ (Intangible Costs) อันหมายถึง ต้นทุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว อันสืบเนื่องมาจากความทรมานในช่วงที่ใกล้เสียชีวิต ต้นทุนที่จับต้องได้นั้นนับว่าสูงพอสมควร ในระดับโลก มีการคาดการณ์ไว้ว่า ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในช่วง 3 ปี และ 1 ปีสุดท้ายของชีวิตคิดเป็นร้อยละ 24.5 และ 11.2 ของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศ ตามลำดับ (French et al., 2017) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในช่วงอายุตั้งแต่ 85 ปีไปจนกระทั่งเสียชีวิตคิดเป็นหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพตลอดชีพโดยเฉลี่ย (Alemayehu and Warner, 2004) โดยค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยระยะท้ายแทบทั้งหมดมาจากการดูแลแบบประคับประคอง และผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่สุด คือ กลุ่มที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม (Aldridge and Kelley, 2015; Alemayehu and Warner, 2004; French et al., 2017) สำหรับประเทศไทย แม้จะไม่มีการศึกษาในระดับมหภาค แต่การประมาณการต้นทุนที่จับต้องได้ก็อาจอนุมานได้จากการตั้งงบประมาณภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่พบว่า อยู่ที่ประมาณ 60 ล้านบาท สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายราว 11,000 คน ในปี พ.ศ. 2559 (ข้อมูลของสำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ) ส่วนในระดับครัวเรือน พบว่า ค่ารักษาพยาบาลโดยเฉลี่ยในเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นสูงถึง 44,974 บาท ในปี พ.ศ. 2558 (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, พ.ศ. 2559) ในขณะที่ต้นทุนต่อคนต่อปีของการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งไต เท่ากับ 47,612 บาทในปี พ.ศ. 2554 (วรินญา ดีปานา และ



ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, พ.ศ. 2555) และค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านเท่ากับ 26,821 บาท ในปี พ.ศ. 2558 (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, พ.ศ. 2559)

ประการสุดท้าย คือ ความคาดหวัง (Expectations) ต่อสิทธิในการเลือกวิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบัน สังคมไทยมีแนวโน้มที่จะมีความยืดหยุ่นมากขึ้นในการให้เสรีภาพแก่ประชาชนในการตัดสินใจในเรื่องส่วนบุคคล (Freedom of Personal Choice) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความต้องการในการเลือกวิถีการตายแห่งตน ด้วย ตัวอย่างของกฎหมายที่สนับสนุน “เสรีภาพ” (บางส่วน) ในการตัดสินใจส่วนบุคคลในทศวรรษที่ผ่านมา ได้แก่ กฎหมายที่เอื้อต่อการยุติการตั้งครรภ์ อันรวมถึง การยกเว้นความผิดฐานทำให้แท้งลูกตามประมวลกฎหมายอาญา (มีข้อยกเว้น ได้แก่ การทำแท้งกับครรภ์อันเนื่องจากการกระทำความผิดอาญา และการทำแท้งเพื่อรักษาสุขภาพของผู้หญิง) และพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่ระบุให้วัยรุ่นมีสิทธิในการได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (อันรวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์) อย่างเป็นทางการลับ (สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, พ.ศ. 2559) และ กฎหมายที่เอื้อให้เกิดความเท่าเทียมทางสิทธิของคนทุกเพศ อันรวมถึง พระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 ที่เกิดขึ้นเพื่อไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่งเพศสภาพ และการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ... ในรัฐสภาในปัจจุบันที่สิทธิแก่คู่ชีวิตเพศเดียวกันมากขึ้น (อภิหารรัตน์ นิยมไทย, พ.ศ. 2562) ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การทำแท้งและความสัมพันธ์ระหว่างคนเพศเดียวกันมีลักษณะบางประการที่คล้ายกันกับทางเลือกในการเร่งการยุติชีวิต กล่าวคือ เป็นประเด็นที่อาจมองได้ว่าเป็นการละเมิดศีลธรรมตามแนวคิดของศาสนา และเป็นการละเมิด “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” ตามแนวคิดของกฎหมายแบบอนุรักษนิยม (ฝ่ายพัฒนา กฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, พ.ศ. 2557) อย่างไรก็ตาม ทั้งสองประเด็นนี้ได้รับการพิจารณาโดยรัฐไทยอย่างเข้มข้นโดยเปรียบเทียบแล้ว อันอาจส่งผลให้เกิดการเรียกร้องให้รัฐพิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตที่หลายหลายขึ้นต่อไปในอนาคตด้วย

การพิจารณาถึงทางเลือกที่จะช่วยตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและผู้ป่วยระยะท้ายและช่วยลดต้นทุนในการจัดการกับความต้อการดังกล่าวเป็นเรื่องที่จำเป็นในสังคมไทย และเป็นประเด็นที่ต้องมีการศึกษาอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการวิพากษ์และถกเถียงอย่างกว้างขวางบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ เพื่อให้คนในสังคมเกิดการตกลึกทางความคิด และรัฐสามารถออกแบบนโยบายที่เหมาะสมได้

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- (1) เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ
- (2) เพื่อประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย

### 1.3 ขอบเขตของการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษานี้ คือ การสรุปและสังเคราะห์งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวกับทางเลือกในการยุติชีวิต ทั้งนี้ ทางเลือกในการยุติชีวิตในการศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะทางเลือกที่ต้องมีกฎหมายรองรับ และเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยระยะท้ายเท่านั้น และไม่เกี่ยวข้องกับวิธีการตายรูปแบบอื่น อันรวมถึง “การตายดี” ตามมุมมองด้านความเชื่อทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรม ที่มักเกิดขึ้นที่บ้าน ไม่เกี่ยวข้องกับแพทย์ และเกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของประชาชนบางกลุ่มในสังคม

การศึกษานี้จะพิจารณา (1) งานวิจัยในประเทศไทยที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) โดยจะพิจารณางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด (และประเมินความเกี่ยวข้องด้วยการพิจารณาบทคัดย่อ) (2) งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้องในฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ตั้งแต่ปัจจุบันย้อนหลังไปจนถึงปี ค.ศ. 2000 และ (3) งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศแคนาดา ทั้งสองประเทศนี้เป็นกรณีศึกษาของการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) ทั้งนี้ ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมายรองรับทางเลือกทั้งสองทางดังกล่าว ในปี ค.ศ. 2002/พ.ศ. 2545 และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามมาอีกเป็นจำนวนมาก ส่วนประเทศแคนาดาเป็นประเทศล่าสุดที่มีกฎหมายดังกล่าว (ในระดับประเทศ) ในปี ค.ศ. 2016/พ.ศ. 2559 ภายใต้กฎหมาย Bill C-14 (Medical Assistance in Dying) และมีบทความที่เกี่ยวข้องกับการถกเถียงในประเด็นดังกล่าวอยู่พอสมควร

กระบวนการในการคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะใช้คำสำคัญ (Keywords) ที่ครอบคลุมทางเลือกในการยุติชีวิตทุกรูปแบบตามขอบเขตที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ได้แก่ “สิทธิการตาย” “สิทธิที่จะตาย” “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต” “การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต” “การุณยฆาต” “ปราณียฆาต” “การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์” “แพทยานุเคราะห์ฆาต” “การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น” “การดูแลแบบประคับประคอง” “การดูแลระยะสุดท้าย” “การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต” “มาตรา 12” และ “พินัยกรรมชีวิต” และใช้คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ “Rights to Die”, “End-of-Life Decisions”, “Euthanasia”, “Assisted Dying”, “Assisted Death”, “Assisted Suicide”, “Aggressive Palliative Care”, “Palliative Sedation”, “Terminal Sedation”, “Palliative Care”, “End-of-life Care”, “Hospice Care”, “Non-Treatment Decisions”, “Advance Directives” และ “Living Will”

### 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ที่เกี่ยวข้อง (นักวิชาการและผู้ออกแบนโยบาย) จะได้รับทราบถึงบทเรียนที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกเชิงนโยบายของการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในต่างประเทศ และสามารถประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย

## 1.5 กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือ กรอบการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดของ Patton et al. (2013) เป็นหลัก และเสริมด้วยหลักการด้านกระบวนการนโยบาย (Policy Process) และการประเมินความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) จากงานวิจัยอื่นๆ (Hamlin and Jennings, 2011; Webber, 1986) ทั้งนี้ “การวิเคราะห์นโยบาย” คือ กระบวนการในการระบุและประเมินทางเลือกเชิงนโยบาย (Policy Options) ที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาในประเทศ (Patton et al., 2013)

การวิเคราะห์นโยบายภายใต้กรอบแนวคิดของ Patton et al. (2013) ประกอบไปด้วยขั้นตอน 6 ขั้นตอน ได้แก่

(1) การนิยามและพิจารณาถึงรายละเอียดของปัญหา (Verify, Define, and Detail the Problem) หมายถึง การพรรณนาปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ต้องการการแก้ไขโดยละเอียด โดยต้องคำนึงถึงบริบทของปัญหา และคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง (Related Parties/ Stakeholders) ทั้งหมด พร้อมทั้งพิจารณาว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่ายนั้นมีจุดยืน (Position) อย่างไร มีอำนาจ (Power) มากน้อยเพียงใด และมี “ส่วนได้” และ “ส่วนเสีย” อย่างไรจากผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นของทางเลือกเชิงนโยบาย แต่ละทางเลือก การระบุรายละเอียดของปัญหาจะทำให้เกิดความชัดเจนในการวางแผนนโยบาย และทำให้สามารถตั้งวัตถุประสงค์ของนโยบายได้อย่างชัดเจน ลดความซ้ำซ้อนกับนโยบายที่มีอยู่แล้ว

(2) การกำหนดเกณฑ์ในการประเมิน (Establish Evaluation Criteria) หมายถึง การกำหนดวิธีการในการประเมินทางเลือกเชิงนโยบาย โดยควรกระทำกระบวนการนี้ก่อนระบุทางเลือกเชิงนโยบาย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอคติในการประเมิน และควรมีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางวิชาการ เพื่อให้เกิดมีหลักการอ้างอิงที่ทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน ทั้งนี้ เกณฑ์ในการประเมินทางเลือกเชิงนโยบายควรครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ (Hamlin and Jennings, 2011; Patton et al., 2013)

- ความเป็นไปได้ในเชิงเทคนิค (Technical Feasibility)
- ความเป็นไปได้ในทางการเงิน (Economic and Financial Possibility)
- ความยากง่ายในการบริหารจัดการ (Administrative Ease/ Operability) และ
- ความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Acceptability/ Viability/ Feasibility)

ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) จำเป็นต้องมีการขยายความเพิ่มเติม เนื่องด้วยเป็นเกณฑ์การประเมินทางเลือกเชิงนโยบายที่มีความซับซ้อนสูงและมีมิติที่หลากหลาย วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้ระบุปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ทางการเมืองของนโยบายไว้ ดังนี้ (Webber, 1986)

- ความคิดเห็นของประชาชน (Public Opinion) และอุณหภูมิทางการเมือง (Political Climate) ต่อประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยความคิดเห็นของประชาชน หมายถึง ความคิดหรือตรรกะที่สังคมมีต่อประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่อุณหภูมิทางการเมือง หมายถึง การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional Reactions) ของสังคมต่อความคิดเห็นของประชาชน โดยหากประชาชนส่วนใหญ่แสดง ความสนใจในประเด็นปัญหา และได้แสดงออกอย่างมีอารมณ์ร่วมมากเพียงพอ จนมีสื่อที่ระดมข่าวที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (“Media as a Triggering Mechanism”) หน้าต่างแห่งโอกาส (“Policy Window”) ก็จะเปิดขึ้น ส่งผลให้เกิดการริเริ่มคิดค้นทางเลือกเชิงนโยบายต่อไป (Policy Initiation)
- ความคิดเห็นของผู้นำในประเทศ (Leadership) โดยหากผู้นำในประเทศมีความคิดเห็นสอดคล้องกับประชาชนโดยทั่วไป โอกาสในการที่รัฐจะกำหนดรายละเอียดและจัดทำนโยบาย (Policy Formulation) ก็จะมีมากขึ้นด้วย
- ความคิดเห็นของผู้นำทางความคิดในสังคม (Opinion Leader) โดยผู้นำทางความคิดในสังคมนี้อาจจะหมายถึงนักวิชาการ นักปรัชญา หรือกระทั่งนักการเมืองที่เป็นกระบอกเสียงของประชาชนส่วนใหญ่ก็ได้ หากผู้นำทางความคิดในสังคมมีความคิดเห็นตรงกันกับประชาชนโดยทั่วไปและผู้นำในประเทศ นโยบายก็จะมี ความชอบธรรมมากขึ้น (Policy Legitimation)
- ความคิดเห็นของหน่วยงานราชการหรือหน่วยงานที่ดำเนินนโยบาย (Bureaucratic Support) โดยหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นด้วยกับนโยบาย มีโครงสร้างทางสถาบันที่ยืดหยุ่น และมีทรัพยากรที่มากเพียงพอ ก็จะทำให้การดำเนินนโยบาย (Policy Implementation) เป็นไปอย่างราบรื่นมากขึ้น และมีโอกาสที่นโยบายจะตอบสนองต่อการแก้ปัญหาสังคมได้มากขึ้น
- องค์ประกอบอื่นๆ อันสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบาย เช่น ความล้มเหลวของการดำเนินนโยบาย ความไม่พอใจต่อรัฐบาล การขาดประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบาย เป็นต้น ทั้งหมดนี้จะทำให้เกิดการประเมินและการทบทวนนโยบายขึ้นมาใหม่ (Policy Evaluation and Policy Reconsideration)

เป็นที่น่าสังเกตว่ากรอบแนวคิดด้านความเป็นไปได้ทางการเมืองที่ได้อธิบายไว้ข้างต้นนั้นมีการระบุถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ที่ได้กล่าวถึงในข้อ (1)) ไว้ด้วย ได้แก่ ประชาชน ผู้นำในประเทศ ผู้นำทางความคิด และหน่วยงานที่ดำเนินนโยบาย อีกทั้งกรอบแนวคิดก็มีการแนะนำให้พิจารณาถึงแนวคิด ความเชื่อ องค์ความรู้ (และความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับนโยบายที่กำลังพิจารณาอยู่) ทรัพยากร และอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มด้วย

(3) การระบุทางเลือกเชิงนโยบาย (Identify Alternatives) หมายถึง การระบุวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและ/หรือสังคม ตามที่ได้ระบุไว้ในข้อ (1) และการหาข้อมูลขององค์ประกอบของวิธีการแก้ปัญหาแต่ละวิธีตามเกณฑ์การประเมินที่ได้ระบุไว้ในข้อ (2) เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบและเลือกวิธีการที่เหมาะสมที่สุด (Optimal) ได้ ทั้งนี้ ผู้วิเคราะห์นโยบายควรกำหนดให้การที่ไม่ทำอะไรเลยหรือการอยู่ในสถานะเดิม (Status Quo) เป็นหนึ่งในทางเลือกเชิงนโยบายด้วยเสมอ และควรดึงเอาองค์ความรู้ที่มีอยู่แล้วจากผู้วิเคราะห์นโยบายกลุ่มอื่นๆ เข้ามาประกอบการพิจารณาด้วย กระบวนการระบุทางเลือกเชิงนโยบายทำได้หลายรูปแบบ เช่น การระดมสมองกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำวิจัย การปรัทัศน์วรรณกรรม การทำการทดลอง หรือการพิจารณาสถานการณ์จำลอง เป็นต้น

(4) การประเมินทางเลือกเชิงนโยบาย (Evaluate Alternative Policies) หมายถึง การจัดวางข้อมูลของทางเลือกเชิงนโยบายที่ได้ระบุไว้ในข้อ (3) เข้าสู่กรอบของการประเมินทางเลือกเชิงนโยบายที่ได้ตั้งไว้ในข้อ (2) และประเมินถึงความเหมาะสมในทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของแต่ละนโยบาย โดยการวิเคราะห์นโยบายในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูล และควรใช้วิธีการที่มีความหลากหลาย (Heterogeneous Approach) ให้สามารถวิเคราะห์ทางเลือกต่างๆ ในมิติที่หลากหลายได้

(5) การเลือกนโยบายที่เหมาะสมที่สุด (Select the Preferred Policy/ Display Alternatives and Distinguish among Them) หมายถึง การพิจารณาผลของการประเมินในข้อ (4) เพื่อใช้ในการระบุนโยบายที่เหมาะสมที่สุด โดยขั้นตอนนี้จะเป็นการประมวลและสังเคราะห์ข้อมูลจากข้อ (4) เพื่อเปรียบเทียบทางเลือกเชิงนโยบายที่ได้ระบุไว้ทั้งหมด วิธีการเปรียบเทียบอาจจะเป็นการวิเคราะห์ทางสถิติ หรือการวิเคราะห์เชิงคุณภาพก็ได้ แต่ต้องแสดงให้เห็นได้ถึงภาพของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีการระบุผลดีและผลเสียจากการดำเนินนโยบาย และมีการพิจารณาถึงความเชื่อมโยงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดเข้าด้วยกันด้วย และ

(6) การดำเนินการและติดตามนโยบายที่เหมาะสมที่สุด (Monitor and Evaluate Implemented Policies) หมายถึง การดำเนินนโยบายที่เลือกไว้แล้วในข้อ (5) และการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่แท้จริงของการดำเนินนโยบาย เพื่อให้สามารถประเมินได้ว่านโยบายที่เลือกมานั้นได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งใจไว้ (Intended Consequences) หรือไม่ มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแก้ไขปัญหาได้ในระดับใด และเพื่อให้ผู้ดำเนินนโยบายตัดสินใจได้ว่าควรดำเนินนโยบายต่อไป ควรปรับเปลี่ยนแก้ไขหรือ ควรยกเลิกนโยบายในอนาคต

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าการวิเคราะห์นโยบายไม่ใช่กระบวนการที่เป็นเส้นตรง (Linear Process) หากแต่ขั้นตอนต่างๆ อาจต้องมีการดำเนินการซ้ำไปซ้ำมา และอาจต้องมีการข้ามขั้นตอนในบางกรณีเพื่อให้เกิดการตกตะกอนในการวิเคราะห์ นอกจากนี้ ทางเลือกเชิงนโยบายที่ดีหรือเหมาะสมที่สุดก็อาจจะไม่ใช่ทางเลือกที่ได้กำหนดไว้ตอนแรกเท่านั้น แต่อาจเป็นทางเลือกใหม่ ที่เกิดจากการรวมองค์ประกอบของทางเลือกหลายทางเข้าไว้ด้วยกัน (Hamlin and Jennings, 2011; Patton et al., 2013; Webber, 1986)

สำหรับการศึกษานี้ เนื่องด้วยขอบเขตของการศึกษาไม่ได้รวมไปถึงการบังคับใช้นโยบาย ขั้นตอนของกรอบการวิเคราะห์นโยบายที่เกี่ยวข้อง จึงจำกัดอยู่ที่ขั้นตอนที่ (1)-(5) เท่านั้น ไม่รวมขั้นตอนที่ (6) และไม่รวมปัจจัยที่ส่งผลต่อความเป็นไปได้ทางการเมืองปัจจัยสุดท้าย (กล่าวคือ “องค์ประกอบอื่นๆ อันสืบเนื่องจากการดำเนินนโยบาย”) นอกจากนี้ ในการวิเคราะห์นโยบายภายใต้กรอบข้างต้น ก็จะจำกัดอยู่ที่การใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้การสืบค้นข้อมูลในเชิงเอกสารเท่านั้น การหาข้อมูลด้วยวิธีการอื่นๆ ก็จะไม่ถือเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดของการศึกษานี้

## 1.6 วิธีการดำเนินการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ กระบวนการกรณีศึกษาแบบอ้างอิงข้อเท็จจริง (Positivist Case Study Approach) โดยจะมีการเลือกกรณีศึกษาหลากหลาย (Collective/Multiple Case Study Design) และเก็บข้อมูลโดยการปริทัศน์วรรณกรรม (Literature Review)

กระบวนการกรณีศึกษา หมายถึง การอธิบาย (Explain) พรรณนา (Describe) และสำรวจ (Explore) ปรากฏการณ์บางประการที่เกิดขึ้นในบริบทของโลกแห่งความเป็นจริง (Real-Life Context) เพื่อนำมาสังเคราะห์ให้เป็นบทสรุปที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา (Crowe et al., 2011) กระบวนการกรณีศึกษานับว่าเป็นการออกแบบการศึกษาแบบธรรมชาติ (Naturalistic (Study) Design) เพราะเป็นการเรียนรู้จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ไม่ได้มีการควบคุมจากผู้วิจัย ซึ่งแตกต่างจากการออกแบบการศึกษาแบบการทดลอง (Experimental Design) ซึ่งเป็นการหาองค์ความรู้ผ่านกระบวนการสมมติที่มีผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุม (Crowe et al., 2011)

ทั้งนี้ กระบวนการกรณีศึกษาเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่มักจะถูกนำมาใช้ในกรณีที่ปรากฏการณ์ที่ผู้วิจัยสนใจยังไม่เกิดขึ้นในบริบททางสังคมหนึ่งๆ และผู้วิจัยก็ไม่สามารถจำลอง (Simulate) หรือทำการทดลองที่เกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นในบริบทที่ตนสนใจได้ (เนื่องด้วยปรากฏการณ์มีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะทำการทดลองได้) (Crowe et al., 2011; van Schoor, 2017) ในการศึกษานี้ วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา คือ การประเมินความเป็นไปได้ของนโยบายการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในรูปแบบต่างๆ ในสังคมไทย ภายใต้สภาวะที่สังคมไทยยังไม่มีนโยบายการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตที่ชัดเจน การใช้กระบวนการกรณีศึกษานับว่ามีความเหมาะสม เนื่องจากประเด็น “สิทธิการตาย” ไม่สามารถทำการวิจัยโดยตรงได้ ตัวอย่างเช่น หากใช้วิธีการศึกษาแบบการทดลองหรือกึ่งทดลอง ผู้วิจัยอาจประสบปัญหาในการดำเนินการตามจริยธรรมวิจัย (Research Ethics) จนไม่สามารถทำการศึกษาได้ หรือการศึกษาแบบการจำลองสถานการณ์ หรือการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชน ผู้วิจัยก็อาจประสบปัญหาอคติจากผู้วิจัย (Researcher Bias) และอคติจากการคำนึงถึงเหตุการณ์สมมติของผู้เข้าร่วมวิจัย (Hypothetical Bias) มาปนเปื้อน จนทำให้ได้ผลการศึกษาที่ไม่

น่าเชื่อถือ เป็นต้น การใช้กระบวนการกรณีศึกษาจึงเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่จะช่วยให้มีข้อมูลเพิ่มเติมโดยไม่ต้องทำการวิจัยโดยตรง หากแต่เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วในบริบทหนึ่ง มาใช้คาดการณ์การเกิดขึ้นของปรากฏการณ์เดียวกันในอีกบริบทหนึ่ง เพื่อให้สามารถออกแบบนโยบายที่เกี่ยวข้องได้ (Crowe et al., 2011; van Schoor, 2017)

รูปแบบของกระบวนการกรณีศึกษาที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ กระบวนการกรณีศึกษาแบบอ้างอิงข้อเท็จจริง (Positivist Case Study Approach) โดยกระบวนการนี้ต้องเริ่มต้นด้วยการใช้การพิจารณาถึงตัวแปรที่ต้องการศึกษาล่วงหน้าก่อนทำการศึกษา และพิจารณาว่าตัวแปรเหล่านั้นสอดคล้องกับรายละเอียดในกรณีศึกษาอย่างไรบ้าง กระบวนการกรณีศึกษาแบบอ้างอิงข้อเท็จจริงต้องมีทฤษฎี (Theoretical Framework) เป็นกรอบแนวคิด และต้องนำทฤษฎีดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบการวิเคราะห์ (Analytical Framework) โดยจะมีการทดสอบ (Test) และปรับปรุง (Refine) ทฤษฎีบนพื้นฐานของข้อเท็จจริงที่ได้จากกรณีศึกษา (Crowe et al., 2011) ทั้งนี้ การศึกษานี้ใช้วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาแบบหลากหลาย (Collective/Multiple Case Study Design) คือ จะใช้กรณีศึกษามากกว่า 1 กรณีและนำองค์ความรู้จากแต่ละกรณีมาประกอบกัน และจะเก็บข้อมูลโดยการปริทัศน์วรรณกรรม ใช้เอกสารที่สามารถสืบค้นได้เท่านั้น และจะไม่ใช้วิธีการเก็บข้อมูลรูปแบบอื่น (เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นต้น)

การศึกษานี้มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

**ขั้นที่ 1** คือ การคัดเลือกกรณีศึกษา ซึ่งการศึกษานี้จะคัดเลือกประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาตแล้ว 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศแคนาดา

**ขั้นที่ 2** คือ การพิจารณากรณีศึกษาแต่ละกรณีและเขียนรายงานเป็นรายกรณี โดยจะพิจารณาองค์ประกอบของกรณีศึกษาแต่ละกรณี ตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) และตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว ตามที่ได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น ทั้งนี้ การได้มาซึ่งข้อมูลของกรณีศึกษาจะใช้วิธีการปริทัศน์วรรณกรรมเท่านั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการปริทัศน์วรรณกรรมเป็นกระบวนการที่ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง (Facts) เป็นหลัก มีความคิดเห็นเข้ามาเกี่ยวข้องน้อยกว่าวิธีการเก็บข้อมูลรูปแบบอื่น ผลลัพธ์หลักของกระบวนการศึกษาในขั้นนี้ คือ การพรรณนาที่ไปที่มา (Pathway) ของนโยบายการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศทั้ง 2 ประเทศข้างต้น และการอธิบายว่าทำไมนโยบายดังกล่าวจึงเกิดขึ้น เกิดขึ้นได้อย่างไร เกิดขึ้นทำไม และทำไมนโยบายดังกล่าวจึงมีรูปแบบอย่างที่เป็นอย่างนี้ในปัจจุบัน แทนที่จะอยู่ในรูปแบบที่เป็นทางเลือกอื่นๆ

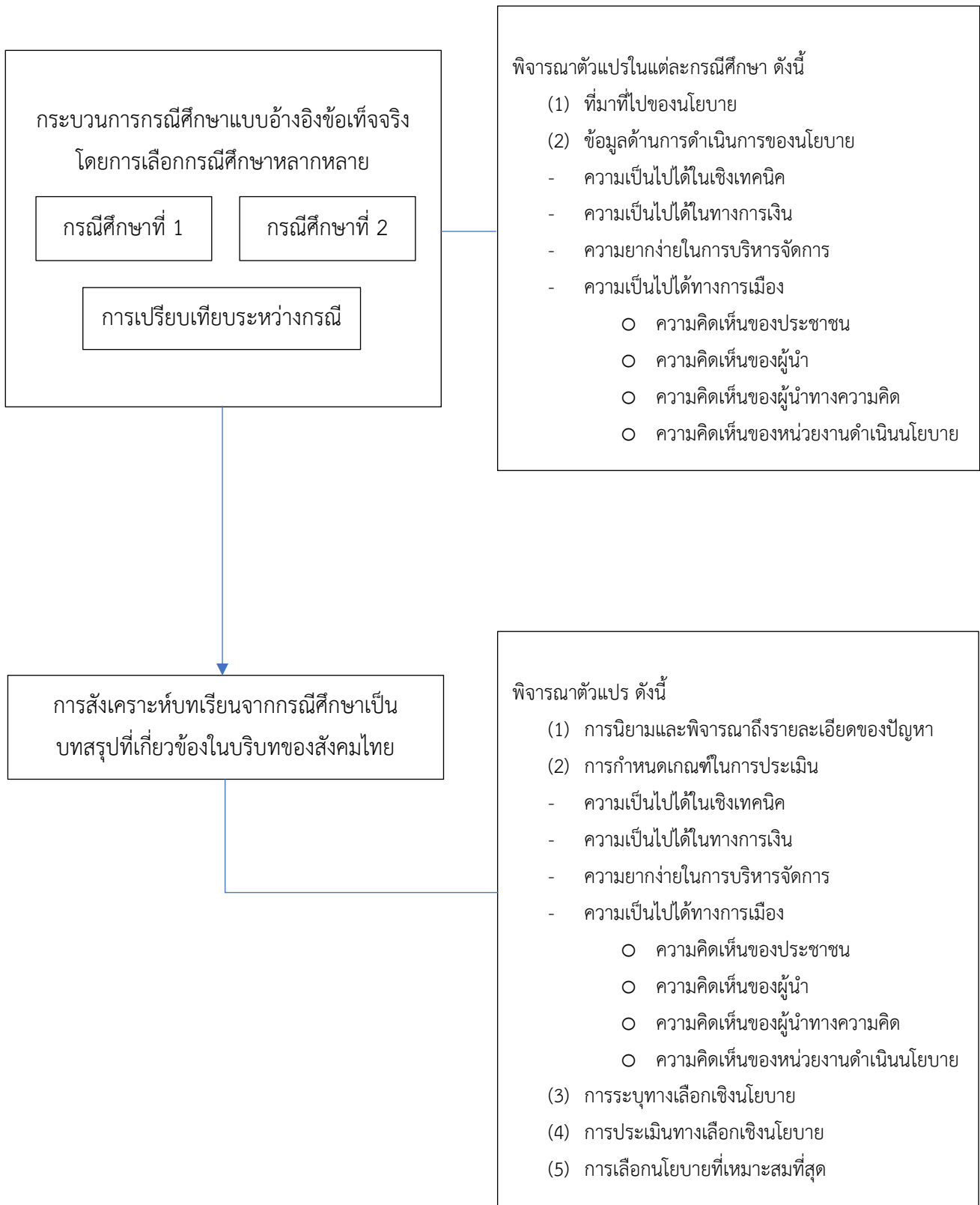
**ขั้นที่ 3** คือ การประมวลผลจากกรณีศึกษาแต่ละกรณี กลับกรองบทเรียนจากกรณีศึกษาแต่ละกรณี เปรียบเทียบระหว่างกรณีให้เห็นความเหมือนหรือความแตกต่าง และสังเคราะห์ออกมาเป็นบทสรุปที่เกี่ยวข้อง ในบริบทของสังคมไทย

ทั้งนี้ กระบวนการกรณีศึกษามีใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่สมบูรณ์แบบ ยังมีข้อจำกัดอยู่หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการคัดเลือกกรณีศึกษา โดยจำนวนกรณีศึกษาอาจจะน้อยเกินไป จนทำให้ขาดความหนักแน่นในเชิงวิชาการ (Lack of Rigor) หรือกรณีศึกษาที่เลือกมากก็อาจเป็นกรณีที่เกิดขึ้นในบริบทที่แตกต่างจากประเทศไทยมากเกินไป จนอาจจะไม่สามารถให้ข้อสรุปที่มีประโยชน์กับประเทศไทยมากเพียงพอ

แผนภาพที่ 1.1 เป็นการสรุปกระบวนการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัย ภายใต้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์นโยบาย ดังที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น



## แผนภาพที่ 1.1 การสรุปกระบวนการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัย



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

เนื้อหาในบทนี้เป็นการพิจารณาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตในต่างประเทศ เพื่อประมวลองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และเพื่อกำหนดเกณฑ์เปรียบเทียบ (Benchmark) อันจะชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของวรรณกรรมในประเทศไทยที่จะได้กล่าวถึงในบทต่อไป

#### 2.1 การคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการสืบค้นฐานข้อมูล PubMed และ Google Scholar ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2562 – 31 มกราคม 2563 โดยจำกัดเฉพาะงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาเท่านั้น และพิจารณาถึงบทความวิจัยหรือบทความวิชาการที่มีคำสำคัญ (Keywords) ที่ครอบคลุมทางเลือกในการยุติชีวิต ได้แก่ คำว่า “Rights to Die” “End-of-life Decisions” “Euthanasia” “Assisted Dying” “Assisted Death” “Assisted Suicide” “Aggressive Palliative Care” “Palliative Sedation” “Terminal Sedation” “Palliative Care” “End-of-life Care” “Hospice Care” “Non-Treatment Decisions” “Advance Directives” และ “Living Will” พบว่า การศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับทางเลือกในการยุติชีวิตที่ไม่เกี่ยวกับการรณฆตในสัตว์ในต่างประเทศมีอยู่มากพอสมควร รวบรวมได้เบื้องต้น 163 ชิ้น จึงได้คัดกรองเลือกเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องด้วยการพิจารณาบทคัดย่อ (Abstract) ของการศึกษาที่รวบรวมไว้อย่างละเอียด และตัดบทความที่มีเนื้อหาทับซ้อนกันออกไป จำนวนบทความที่รวมอยู่ในการศึกษานี้มีทั้งสิ้น 50 ชิ้น

#### 2.2 ทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

จากการรวบรวมทางเลือกในการยุติชีวิตที่มีการระบุถึงในวรรณกรรม พบว่า มีทั้งสิ้น 6 ทางเลือก แบ่งได้เป็นการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (End-of-life Decisions) 4 รูปแบบ การฆ่าตัวตาย และการดูแลแบบประคับประคอง

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต (End-of-life Decisions) หมายถึง การตัดสินใจของผู้ป่วยระยะท้ายในการเร่งการเสียชีวิตโดยแพทย์หรือด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Medicalized Killing) ในรูปแบบต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ การบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บป่วยในระยะท้ายของชีวิต (Materstvedt et al., 2003; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003) การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตที่มีอยู่ในปัจจุบันมีทั้งสิ้น 4 รูปแบบ ดังนี้

**ทางเลือก 1** การรณยฆาต (Euthanasia) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยเอง (Killing on Request) (Materstvedt et al., 2003) โดยทั่วไป กระบวนการของการรณยฆาตมักจะเริ่มจากการให้กลุ่มยาต้านอาเจียน (Antiemetic Drugs) ก่อน แล้วจึงให้ยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตในจำนวนมาก (Overdose of Lethal Drugs) เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย จนกระทั่งผู้ป่วยสลบไป หายใจ และเสียชีวิตในที่สุด (DIGNITAS, n.d.) ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าว คือ การเสียชีวิตในทันที (Immediate Death) ของผู้ป่วย

**ทางเลือก 2** การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตไว้ให้ (ตามที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น) ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าวเหมือนกันกับการรณยฆาต คือ การเสียชีวิตในทันทีของผู้ป่วย (Materstvedt et al., 2003)

**ทางเลือก 3** การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Ending of Life without the Patient's Explicit Request หรือ Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตนาชัดเจนไว้ว่าให้แพทย์กระทำการดังกล่าวได้ ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าว คือ การเสียชีวิตในทันที (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003)

**ทางเลือก 4** การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะงดหรือหยุดการรับบริการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์ในการดำรงหรือยืดชีวิตของตนเอง (Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment) (Olsen et al., 2010; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003) ในกรณีนี้ กฎหมายในประเทศต่างๆ มักกำหนดให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาดังกล่าวไว้ล่วงหน้าในสถานะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ โดยต้องระบุความประสงค์อย่างชัดเจนในหนังสือแสดงเจตนาหรือพินัยกรรมชีวิต (Living Will) การรักษาพยาบาลที่สามารถปฏิเสธได้ร่วมการรักษาที่ไม่จำเป็น (Futile Treatment) และการใช้เครื่องพยุงชีพทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู. การกระตุ้นระบบไหลเวียน กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด และการรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พ.ศ. 2558) ผลลัพธ์ที่ตั้งใจของการกระทำดังกล่าว คือ การเสียชีวิต “อย่างเป็นทางการ” และป้องกันการยืดชีวิตอย่างไม่มีจุดหมาย (Dysthanasia) อย่างไรก็ตาม การกระทำดังกล่าวก็อาจทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แต่ไม่ใช่การเสียชีวิตในทันที

การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตทั้ง 4 รูปแบบข้างต้นต้องกระทำภายใต้กรอบของกฎหมายในแต่ละประเทศ โดยการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถูกกฎหมายในบางประเทศเท่านั้น การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตก็ถูกกฎหมายในประเทศส่วนใหญ่ในโลก ในขณะที่การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วยไม่ถูกกฎหมายในประเทศใดเลย และนับเป็นการฆาตกรรมรูปแบบหนึ่งด้วย (Materstvedt et al., 2003; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003)

ทั้งนี้ นอกเหนือจากการตัดสินใจในระยะท้าย 4 รูปแบบข้างต้น ผู้ป่วยระยะท้ายก็ยังมีทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของตนเองได้อีก 2 รูปแบบ ได้แก่

**ทางเลือก 5** การฆ่าตัวตาย (Suicide) ซึ่งมักไม่ได้ถูกกล่าวถึงในวรรณกรรมทางการแพทย์และไม่ถือเป็นการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต เพราะไม่ใช่การตัดสินใจเรื่องการตายภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมาย และไม่ใช่การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขโดยตรง (Schafer, 2013) และ

**ทางเลือก 6** การรับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการเร่งหรือยืดการตายแต่อย่างใด ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าวจึงเป็นการเสียชีวิต “ตามธรรมชาติ” ทั้งนี้ การรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายในทุกประเทศทั่วโลก และนับว่าเป็นรูปแบบการยุติชีวิตที่เป็นตัวเปรียบเทียบ (Status Quo) ให้กับรูปแบบอื่นๆ

การดูแลแบบประคับประคองมีความทับซ้อนกับทางเลือกอื่นๆ อยู่ แจกแจงได้ดังนี้ ประการแรก การดูแลแบบประคับประคอง (**ทางเลือก 6**) ก็กับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (**ทางเลือก 4**) ทับซ้อนกัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาก็ยังสามารถรับบริการดูแลแบบประคับประคองได้อยู่ บนเงื่อนไขว่าการดูแลดังกล่าวต้องไม่กระทำเพื่อการยืดชีวิต และในทางกลับกัน การถอนหรือระงับการรักษาบางอย่างก็อาจเป็นสิ่งที่เป็นประโยชน์ที่สุด (Best Interest) ต่อผู้ป่วยก็เป็นได้ และหากเป็นเช่นนั้น การไม่ให้การดูแลก็จะเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองที่ดี (Good Palliative Care) ที่ไม่ได้กระทำเพื่อตอบสนองต่อเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยโดยตรง (National Health Service, n. d.) นิยามเชิงปฏิบัติการของทางเลือกสองประเภทที่ซ้อนกันอยู่นี้ สร้างความสับสนว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าสิ่งใดเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด หากผู้ป่วยได้มีการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจนแล้วว่าไม่ต้องการรับการรักษาหรือดูแลอีก การที่แพทย์เลือกดูแลผู้ป่วยต่อไปยังจะนับว่าเป็นการดูแลแบบประคับประคองอีกหรือไม่ เป็นการละเมิดสิทธิตามกฎหมายของผู้ป่วยหรือไม่ และมีโทษหรือไม่

ประการที่สอง การดูแลแบบประคับประคองมีด้วยกันหลายระดับ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีการกล่าวถึงการดูแลแบบประคับประคองในรูปแบบหนึ่งว่าเป็นเสมือนทางเลือกในการเร่งการเสียชีวิตด้วย ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) หมายถึง การดูแลในระดับที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วย

เสียชีวิตเร็วกว่าที่ควร (Possible Life-Shortening Effect) การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นมักจะใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใกล้เสียชีวิตแล้ว และจะใช้เมื่อการรักษาด้วยยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Traditional Opioid-Based Therapies) ที่ใช้กันเป็นปกติไม่สามารถระงับความทรมานของผู้ป่วยได้แล้ว (Olsen et al., 2010) ในกรณีนี้ แพทย์จะให้ยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น (Continuous Deep Sedation/ Terminal Sedation/ Palliative Sedation/ Titrated Sedation) เพื่อลดความรู้สึกตัวและบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่ตั้งใจ (Intended Outcome) ของการกระทำดังกล่าว คือ การบรรเทาความเจ็บปวด อย่างไรก็ตาม การกระทำดังกล่าวอาจมีผลข้างเคียง คือ ทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองปกติ แต่ไม่ใช่อุบัติเหตุการเสียชีวิตในทันที (Olsen et al., 2010; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003)

ทั้งนี้ ในการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น แพทย์ก็อาจมีเจตนาเร่งการเสียชีวิตได้ การศึกษาของ van der Heide et al. (2003) ทำการสำรวจวิธีการดูแลผู้ป่วยใน 6 ประเทศในทวีปยุโรป ได้แก่ เบลเยียม เดนมาร์ก อิตาลี เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และสวิตเซอร์แลนด์ พบว่า มีแพทย์ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นเพื่อเร่งการเสียชีวิตโดยที่ผู้ป่วยเป็นผู้ร้องขอ (Explicit Intention of Hastening Death) ในทุกประเทศข้างต้น โดยประเทศเนเธอร์แลนด์มีอัตราการกระทำดังกล่าวสูงที่สุด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแพทย์อาจตั้งใจเร่งการเสียชีวิต การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นก็ยังเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย เพราะ (1) ความตั้งใจของแพทย์พิสูจน์ได้ยาก (2) การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นและการให้ยาสลบในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถูกกฎหมาย และ (3) แพทย์มีแนวคิดทางจริยธรรมที่เรียกว่า Doctrine of Double Effect ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักความได้สัดส่วน (Principle of Proportionality) ซึ่งหมายความว่า หากการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นมีประโยชน์ นั่นคือ การบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วย และประโยชน์นั้นมีมากกว่าโทษ นั่นคือ การเร่งการเสียชีวิต ก็ให้ถือว่า การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นเป็นการกระทำที่ยอมรับได้ (Olsen et al., 2010)

สำหรับการศึกษานี้ การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (ทางเลือก 3) และการฆ่าตัวตาย (ทางเลือก 5) จะไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษา เนื่องด้วยเป็นทางเลือกในการจบชีวิตที่ไม่ถูกกฎหมาย และ/หรือมีประเด็นทางนโยบายที่ไม่ชัดเจน ส่วนการดูแลแบบประคับประคอง (รวมทั้งการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้นด้วย) (ทางเลือก 6) เป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายในทุกประเทศอยู่แล้ว จึงจะได้รับการกล่าวถึงเมื่อมีประเด็นที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจเท่านั้น การศึกษานี้จะพิจารณาทางเลือกที่เหลือเป็นหลัก ได้แก่ การุณฆาต การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต

ตารางที่ 2.1 เป็นการประมวลสรุปทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้ง 6 ทางเลือกที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น ทั้งนี้ ตารางที่ 2.1 ได้ระบุศัพท์เฉพาะคำอื่นๆ ที่ได้เคยมีการบัญญัติไว้สำหรับทางเลือกแต่ละทางด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้จะใช้ศัพท์เฉพาะตามคอลัมน์แรกของตารางเท่านั้น เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนโดยไม่

จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของ Materstvedt et al. (2003), Olsen et al. (2010), Onwuteaka-Philipsen et al. (2003), Schafer (2013) และ van der Heide et al. (2003) ซึ่งทั้งหมดสนับสนุนการแบ่งแยกรูปแบบทางเลือกในการยุติชีวิตด้วยศัพทเฉพาะตามที่มีการศึกษานี้เลือกใช้

ตารางที่ 2.1 ทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

ทางเลือกในการยุติชีวิต	ชื่อเรียกอื่น	เจตนาหลัก	ผลลัพธ์	ผู้ยุติชีวิต	ความสมัครใจของผู้ป่วย	สถานะทางกฎหมาย	ความเกี่ยวข้องกับการศึกษา
การุณยฆาต (Euthanasia)	การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death)/ การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)/ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia)	เพื่อยุติชีวิต	การเสียชีวิตในทันที	แพทย์	สมัครใจ	ถูกกฎหมายในบางประเทศ	✓
การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide)	การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death / การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)/ การุณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia)/ แพทย์านุเคราะห์ฆาต	เพื่อยุติชีวิต	การเสียชีวิตในทันที	ผู้ป่วย (โดยมีแพทย์ช่วยเหลือ)	สมัครใจ	ถูกกฎหมายในบางประเทศ	✓
การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient)	การเสียชีวิตโดยการกระทำหรือช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Death)/ การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia)/ การุณยฆาตเชิงรุกโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Active Euthanasia)	เพื่อยุติชีวิต	การเสียชีวิตในทันที	แพทย์	ไม่สมัครใจ	ผิดกฎหมาย	X
การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions)	การุณยฆาตเชิงรับ (Passive euthanasia)	เพื่อไม่ยืดชีวิต	การเสียชีวิตตามเวลา/ ก่อนเวลา	โรค (ผู้ป่วยตัดสินใจไม่รับการรักษา)	สมัครใจ	ถูกกฎหมายในหลายประเทศ	✓
การฆ่าตัวตาย (Suicide)		เพื่อยุติชีวิต	การเสียชีวิตในทันที	ผู้ป่วย	สมัครใจ	-	X
การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)		เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด	การเสียชีวิตตามเวลา	โรค (เป็นไปตามธรรมชาติ)	สมัครใจ	ถูกกฎหมายในทุกประเทศ	✓

ทางเลือกในการยุติชีวิต	ชื่อเรียกอื่น	เจตนาหลัก	ผลลัพธ์	ผู้ยุติชีวิต	ความสมัครใจ ของผู้ป่วย	สถานะทาง กฎหมาย	ความเกี่ยวข้อง กับการศึกษา
การดูแลแบบประคับประคองอย่าง เข้มข้น (Aggressive Palliative Care)	การดูแลแบบประคับประคอง โดยเร่งให้เสียชีวิต เร็วขึ้น (Alleviation of Pain or Symptoms with Possible Life-Shortening Effect )	เพื่อบรรเทาความ เจ็บปวด/ และอาจ มีเจตนายุติชีวิต	การเสียชีวิตตาม เวลา/ ก่อนเวลา	โรค/แพทย์	สมัครใจ	ถูกกฎหมายในทุก ประเทศ	✓

ที่มา: ผู้วิจัยประมวลจาก Materstvedt et al. (2003), Olsen et al. (2010), Onwuteaka-Philipsen et al. (2003), Schafer (2013), van der Heide et al. (2003)



## 2.3 สถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการยุติชีวิตในต่างประเทศ

ตารางที่ 2.2 แสดงสถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการยุติชีวิตใน 10 ประเทศทั่วโลก อันรวมถึงประเทศไทย (ซึ่งจะได้อธิบายในรายละเอียดในบทต่อไป) เนเธอร์แลนด์ และแคนาดาอันเป็นกรณีศึกษาของการศึกษานี้ด้วย จะเห็นได้ว่า ประเทศในตารางทั้งหมดมีกฎหมายรองรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่มีเพียงประเทศเนเธอร์แลนด์ แคนาดา เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก และรัฐวิกตอเรียในประเทศออสเตรเลียเท่านั้นที่มีกฎหมายรองรับการรณุญาต และกฎหมายของทุกประเทศเหล่านี้ก็รองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ด้วย ในขณะที่เดียวกัน แม้ว่าประเทศสวิตเซอร์แลนด์และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์แล้ว แต่ยังไม่อนุญาตให้มีการกระทำการรณุญาต

นอกเหนือจากข้อมูลในตารางที่ 2.2 แล้ว จากการสำรวจแหล่งข้อมูลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า หลายประเทศ (ที่ไม่ได้อยู่ในตาราง) ก็ได้มีการพิจารณาถึงทางเลือกในการยุติชีวิตอย่างกว้างขวางเช่นกัน ตัวอย่างที่น่าสนใจ มีดังนี้

- ประเทศจีน เคยมีการพิจารณากฎหมายการรณุญาตมาแล้วในปี ค.ศ. 1994 (SBS World News, 2018)
- ประเทศนิวซีแลนด์ เคยมีการพิจารณากฎหมายการรณุญาตมาแล้วถึง 2 ครั้งในปี ค.ศ. 1994 และ 2003 (SBS World News, 2018)
- ประเทศนอร์เวย์ แม้จะไม่มีกฎหมายการรณุญาตอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษร (De Jure) แต่ในทางปฏิบัติ (De Facto) รัฐบาลนอร์เวย์ก็ได้กำหนดบทลงโทษระดับเบาต่อแพทย์ที่กระทำการรณุญาตต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายเสมือนหนึ่งให้การคุ้มครองแก่แพทย์ในการกระทำดังกล่าว (SBS World News, 2018) และ
- ประเทศฝรั่งเศส แม้จะไม่มีกฎหมายการรณุญาต แต่รัฐบาลฝรั่งเศสก็ได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า Leonetti Law ในปี ค.ศ. 2005 ให้สิทธิแก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (Refractory Symptoms) ในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล และในการขอรับยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น (Palliative Sedation) เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดไปจนกระทั่งเสียชีวิตในที่สุด จากนั้นในปี ค.ศ. 2016 รัฐบาลฝรั่งเศสก็มีการทบทวนกฎหมายดังกล่าว เรียกชื่อใหม่ว่า Claeys-Leonetti Law มีการขยายขอบเขตทางกฎหมายให้การปฏิเสธการรักษาพยาบาล การหยุดการให้อาหารและน้ำ และการได้รับยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น (Palliative Sedation) จนเสียชีวิต เป็นสิทธิของผู้ป่วยทุกคนที่มีแนวโน้มจะต้องทนทุกข์ทรมาน (Likely to Suffer Pain) (de Nonneville et al., 2016) โดยถือว่าการให้ยานอนหลับในปริมาณที่เข้มข้น หรือการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) เป็นทางเลือกในการยุติชีวิตแทนที่การอนุญาตให้มีการรณุญาตอย่างเป็นทางการ (SBS World News, 2018)

ตารางที่ 2.2 สถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการยุติชีวิตในต่างประเทศ

ประเทศ	การรณยฆาต	การฆ่าตัวตายโดย ความช่วยเหลือของแพทย์	การปฏิเสธการรักษา
ไทย	ผิดกฎหมาย <sup>1</sup>	ไม่ผิดกฎหมาย แม้ไม่มีกฎหมายรองรับ <sup>1</sup>	พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (มาตรา 12) <sup>1</sup>
เนเธอร์แลนด์	Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act – 2002 <sup>1,2</sup>		มีกฎหมายรองรับ
แคนาดา	Medical Assistance in Dying (Bill C-14) <sup>6</sup>		มีกฎหมายรองรับ
เบลเยียม	Belgian Euthanasia Act 2002 <sup>1,2</sup>	ไม่ได้อยู่ในบทบัญญัติของกฎหมายโดยตรง แต่มีสถานะในทางปฏิบัติเหมือนกับการรณยฆาต จากการพิจารณาของ Belgian Federal Control and Evaluation Commission Euthanasia <sup>2</sup>	มีกฎหมายรองรับ
สวิตเซอร์แลนด์	ผิดกฎหมาย ตาม Article 114 ของ ประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code) <sup>2</sup>	ถูกกฎหมาย ตาม Article 115 ของ Penal Code เว้นแต่การกระทำดังกล่าวจะเป็นไป เนื่องด้วยประโยชน์ส่วนตนของแพทย์ ทั้งนี้ นับแต่ปี ค.ศ. 1982 สวิตเซอร์แลนด์ นับเป็นประเทศเดียวในโลกที่อนุญาตให้ ประชาชนของประเทศอื่นสามารถเข้ารับ บริการการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือ ของแพทย์ในประเทศของตนได้ด้วย <sup>2</sup>	มีกฎหมายรองรับ
ลักเซมเบิร์ก	กฎหมายในปี 2009 ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าการกระทำการรณยฆาตและการ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายของแพทย์จะไม่ต้องโทษทางแพ่งและอาญา หาก การกระทำดังกล่าวเป็นไปตามเกณฑ์ที่กฎหมายได้วางไว้ <sup>2</sup>		มีกฎหมายรองรับ

ประเทศ	การรณยฆาต	การฆ่าตัวตายโดย ความช่วยเหลือของแพทย์	การปฏิเสธการรักษา
สหรัฐอเมริกา	ผิดกฎหมายทุกรัฐ <sup>2,3</sup>	ถูกกฎหมายในบางรัฐ ได้แก่ (1) โอเรกอน - Oregon Dignity Act – 1997 <sup>2,3</sup> (2) วอชิงตัน - Washington State Death with Dignity Act – 2009 <sup>2,3</sup> (3) มอนทานา - ไม่ได้อยู่ในบทบัญญัติของกฎหมายโดยตรง แต่ศาลสูงของรัฐได้เคยตัดสินไว้ในปี ค.ศ. 2009 (Baxter versus Montana) ว่า การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์นั้นไม่ได้ขัดกับกฎหมายหรือนโยบายสาธารณะของรัฐ <sup>2,3</sup> (4) เวอร์มอนต์ - Act 39, Vermont Patient Choice and Control at the End of Life Act – 2013 <sup>3</sup> (5) แคลิฟอร์เนีย - AB-15, End of Life Option Act - 2016 <sup>3</sup> (6) โคโลราโด - Proposition 106, End of Life Options Act – 2016 <sup>3</sup> (7) เขตโคลัมเบีย (วอชิงตัน ดี. ซี.) - Washington D.C. Death with Dignity Act - 2016 <sup>3</sup> (8) ฮาวาย Our Care, Our Choice Act - 2019 <sup>3</sup> (9) นิวเจอร์ซีย์ - New Jersey Aid in Dying for the Terminally Ill Act – 2019 อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้ (ค.ศ. 2020) กำลังมีการทบทวนกฎหมายนี้ใหม่อีกครั้งจากทั้งศาลสูงและวุฒิสภาของรัฐ <sup>3</sup> (10) เมน - Maine Death with Dignity Act - 2019 <sup>3</sup>	Patient Self-Determination Act 1990 <sup>1</sup>
สหราชอาณาจักร	ผิดกฎหมาย <sup>4</sup>	ผิดกฎหมาย <sup>4</sup>	Mental Capacity Act 2005 <sup>1</sup>
ออสเตรเลีย	ในปัจจุบัน ถูกกฎหมายในรัฐวิกตอเรียเท่านั้น และคาดว่าจะถูกกฎหมายในรัฐ Western Australia ในช่วงกลางปี 2021 <sup>7</sup>		Natural Death Act 1988 (Northern Territory)/ Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995 (South Australia)/ Medical Treatment Act 1994

ประเทศ	การรณยฆาต	การฆ่าตัวตายโดย ความช่วยเหลือของแพทย์	การปฏิเสธการรักษา
			(Australian Capital Territory)/ Medical Treatment Act 1988 (Victoria) <sup>1</sup>
กรีซ	ผิดกฎหมาย ตาม Article 300 ของประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code) – “Anyone who decided and executed homicide after an intense and persistent demand of the victim and due to mercy for the patient suffering from an incurable and unbearable disease, is punished by imprisonment.” <sup>5</sup>	ผิดกฎหมาย <sup>5</sup>	ถูกต้องกฎหมาย ตาม Article 2071/92 ของประมวลกฎหมายอาญา (Penal Code) <sup>5</sup>
สิงคโปร์	ผิดกฎหมาย <sup>1</sup>	ผิดกฎหมาย <sup>1</sup>	Advance Medical Directive Act 1996 <sup>1</sup>

- ที่มา: 1. ดวงเด่น นาคสีหราช (2561)  
2. Steck et al. (2013)  
3. Death with Dignity National Center (n.d.)  
4. Danyliv and O’Neill (2015)  
5. Parpa et al. (2010)  
6. Parliament of Canada (n.d.)  
7. End of Life Law in Australia (n.d.)

ตารางที่ 2.2 ชี้ให้เห็นว่าการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตในรูปแบบต่างๆ มีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ประเทศส่วนใหญ่อนุญาตให้ประชาชนเขียนพินัยกรรมชีวิตเพื่อปฏิเสธการรักษาได้ และกำหนดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย เนื่องด้วยพินัยกรรมชีวิตมีสถานะเป็นข้อผูกพันทางกฎหมาย การอนุญาตการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตเป็นวิธีการที่ง่ายที่สุดของรัฐในการจัดการกับความ ต้องการ “ตายดี” ของประชาชน เนื่องด้วยเป็นวิธีการที่ไม่ผิดศีลธรรม ไม่จำเป็นต้องมีการถกเถียงในเชิงคุณค่าทางศาสนา และมีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์และระบบสุขภาพน้อย (van der Heide et al., 2003)

ในขณะที่เดียวกัน ประเทศจำนวนหนึ่งก็ได้ขยายทางเลือกในการยุติชีวิตให้ครอบคลุมวิธีการทำให้เสียชีวิตอย่างทันที เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกการรักษารักษา การขยายทางเลือกด้วยการเร่งการตายทำได้ยากกว่าในมุมมองเชิงนโยบาย เนื่องจากรัฐต้องเตรียมระบบสุขภาพและกฎหมายให้พร้อมรับมือกับความต้องการของประชาชน และจัดการกับปัญหาที่อาจจะตามมาได้ อีกทั้งรัฐยังต้องตอบสนองต่อศีลธรรมหรือหลักการทางจริยธรรมที่มีต่อการปลิดชีวิตตนเองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในสังคมด้วย ทั้งนี้ ประเทศที่อนุญาตให้มีการเร่งให้เสียชีวิตอย่างทันทีแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์แต่ไม่มีการอนุญาต กับประเทศที่มีกฎหมายคุ้มครองการกระทำทั้งคู่ ความแตกต่างของประเทศ 2 กลุ่มนี้เกี่ยวข้องกับแนวความคิดในเชิงจริยศาสตร์ที่แบ่งแยกระหว่างการที่แพทย์ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (อันมีนัยว่าผู้ป่วยมีความสามารถทางกายภาพเพียงพอที่จะฆ่าตัวตายเองได้) กับการที่แพทย์เป็นผู้ลงมือเอง (อันไม่ได้มีนัยว่าผู้ป่วยมีความสามารถทางกายภาพเพียงพอที่จะฆ่าตัวตายเองได้) ความแตกต่างนี้เป็นประเด็นที่ได้รับการถกเถียงอย่างกว้างขวางในต่างประเทศและไม่มีบทสรุปที่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับทฤษฎีทางด้านจริยศาสตร์ที่ผู้วิจัยพิจารณาและขึ้นอยู่กับความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละประเทศด้วย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Shibata (2017) มองว่าการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นสิ่งที่ยอมรับได้ในทางจริยศาสตร์ (Ethically Acceptable) แต่การอนุญาตไม่ใช่สิ่งที่ยอมรับได้ ในขณะที่ Dixon (1998) เห็นว่าการกระทำทั้งคู่มีเหตุและผลเหมือนกัน และเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์ในลักษณะเดียวกัน จึงมีความเท่าเทียมกันในทางจริยศาสตร์ เป็นต้น

## 2.4 องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตในต่างประเทศมีอยู่พอสมควร อาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้

### 2.4.1 การศึกษาด้านทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ

ตัวอย่างของการศึกษาเชิงประจักษ์ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.3 จะเห็นได้ว่า การศึกษาด้านทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตเกี่ยวข้องกับทางเลือก 2 ทางหลัก ได้แก่ การอนุญาต และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ เพราะเป็นทางเลือกที่คนในสังคมมีทัศนคติและระดับการยอมรับที่แตกต่างกัน แตกต่างจากทางเลือกอื่นๆ เช่น การปฏิเสธการรักษา เป็นต้น ที่คนในสังคมมักจะมีทัศนคติตรงกัน

การศึกษาทั้งหมดพิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประชาชน และ (2) บุคลากรทางการแพทย์ และไม่มีการพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการออกแบบการศึกษานี้จะระบุไว้ว่าทัศนคติและการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มอื่น (อันหมายถึงผู้นำและผู้นำทางความคิด) จะมีความสำคัญด้วย

แต่ก็อาจอนุมานว่า ในประเทศที่ปกครองโดยระบอบประชาธิปไตย ทศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกเชิงนโยบายใดๆ ของประชาชนก็น่าจะสะท้อนไปสู่ทศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกเชิงนโยบายนั้นๆ ของผู้นำ และผู้นำทางความคิดด้วย ในด้านพื้นที่การศึกษา การศึกษาในกลุ่มนี้ครอบคลุมทั้งประเทศที่มีกฎหมายรองรับการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และประเทศที่การกระทำดังกล่าวไม่ถูกกฎหมาย

ตารางที่ 2.3 แสดงให้เห็นว่าระเบียบวิธีวิจัยหลักของการศึกษาเชิงประจักษ์ด้านทศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิต คือ การสำรวจความคิดเห็น ผลของการศึกษาทั้งหมดในตารางเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ การยอมรับต่อการกระทำการรณยฆาตและกฎหมายการรณยฆาตทั้งของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ไม่ว่าจะกระทำการศึกษาในประเทศที่มีกฎหมายการรณยฆาตหรือไม่ก็ตาม ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Cohen et al. (2012, 2014) ใช้การสำรวจ European Values Surveys อันเป็นการเก็บข้อมูลในระดับบุคคลในทวีปยุโรป และประเมินระดับการยอมรับการกระทำการรณยฆาต โดยให้ประชาชนตอบคำถามว่าการกระทำการรณยฆาตมีเหตุผลอันสมควรเสมอไปหรือไม่ (“Please tell me whether you think euthanasia can always be justified, never be justified or something in between.”) โดยให้เลือกลำดับตั้งแต่ 1 คือ ไม่มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าจะในกรณีใด (“Never justified”) ไปถึง 10 คือ มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าจะในกรณีใด (“Always justified”) ด้วยการประเมินในรูปแบบดังกล่าว พบว่าประเทศในยุโรปที่มีการยอมรับการรณยฆาตในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเลย 5) เรียงตามลำดับในปี ค.ศ. 2008 ได้แก่ เดนมาร์ก (6.79) เบลเยียม (6.75) ฝรั่งเศส (6.75) เนเธอร์แลนด์ (6.67) สวีเดน (6.54) ลักเซมเบิร์ก (6.09) สเปน (6.08) ฟินแลนด์ (5.91) ไอร์แลนด์ (5.78) สหราชอาณาจักร (5.64) นอร์เวย์ (5.62) สโลวีเนีย (5.51) สาธารณรัฐเช็ก (5.33) สวิตเซอร์แลนด์ (5.05) (Cohen et al., 2014) และเมื่อพิจารณาแนวโน้มของระดับการยอมรับจากปี ค.ศ. 1998-2008 จะพบว่า แทบทุกประเทศในกลุ่มนี้มีแนวโน้มของการยอมรับที่สูงขึ้นเรื่อยๆ ยกเว้น เดนมาร์ก และเนเธอร์แลนด์ ที่มีระดับการยอมรับที่สูงมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 แล้ว และคงระดับนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 เป็นต้นมา จนทำให้แนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (Cohen et al., 2012) ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ยกเว้นเบลเยียม เนเธอร์แลนด์ ลักเซมเบิร์ก และสวิตเซอร์แลนด์ ประเทศอื่นๆ ในกลุ่มนี้ไม่มีประเทศใดเลยที่มีกฎหมายการรณยฆาต จึงอนุมานในเบื้องต้นได้ว่า การยอมรับต่อการกระทำการรณยฆาตของประชาชนน่าจะเป็นเงื่อนไขที่สำคัญแต่ไม่เพียงพอ (Necessary but Insufficient Condition) ต่อการมีกฎหมายการรณยฆาตในประเทศ

เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของบุคคล (ประชาชน) ที่ส่งผลต่อการยอมรับการรณยฆาต พบว่า การศึกษาส่วนใหญ่ระบุคุณลักษณะของบุคคลที่เห็นด้วยกับการให้การรณยฆาตเป็นนโยบายสาธารณะที่คล้ายกัน ได้แก่ เป็นเพศชาย มีอายุน้อย รายได้สูง การศึกษาสูง อาศัยอยู่ในเขตเมือง และมีระดับความเคร่งศาสนา (Religiosity) ต่ำ (Cohen et al., 2012, 2014; Danyliv and O’Neill, 2015; Marsala, 2019) โดยความเคร่งศาสนา (Religiosity) และการมีศาสนาหรือไม่ (Religious Affiliation) นั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญเหนือปัจจัยอื่นใดในการอธิบายการยอมรับการเร่งการเสียชีวิต (Danyliv and O’Neill, 2015; Marsala, 2019) นอกจากนี้

วรรณกรรมยังพบว่าวัฒนธรรมของแต่ละประเทศก็มีผลต่อการยอมรับการรุกรณา โดยประชาชนในประเทศที่มีความเป็นเสรีนิยม (Liberalism) หรือ ความอดทนต่อเสรีภาพของการตัดสินใจส่วนบุคคลสูง (Tolerance towards Freedom of Personal Choice) เช่น ประเทศที่ไม่ได้ต่อต้านการทำแท้ง การหย่าร้าง หรือ ความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน เป็นต้น ก็จะมีระดับการยอมรับการกระทำการรุกรณาและเห็นด้วยกับการมีนโยบายดังกล่าวมากกว่าด้วย (Cohen et al., 2014) ทั้งนี้ ความเป็นเสรีนิยมและระดับความเคร่งศาสนา เกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และส่งผลต่อระดับการยอมรับการรุกรณา โดยความเป็นเสรีนิยมสะท้อนถึงวัฒนธรรมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดที่ว่าปัจเจกบุคคลมีสิทธิและเสรีภาพในการกระทำของตน ซึ่งแตกต่างจากความเชื่อทางศาสนาที่มองว่าการดำรงอยู่ของชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าเป็นผู้กำหนด (Cohen et al., 2014)

นอกเหนือจากการศึกษาเชิงประจักษ์ที่ได้อธิบายไว้ข้างต้น ยังมีบทความอีกประเภทหนึ่งที่ไม่ได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของปัจเจกบุคคลโดยตรง แต่เป็นบทความที่สะท้อนจุดยืนของกลุ่มบุคคลในรูปแบบของสมาคมทางการแพทย์ ตัวอย่างของบทความในลักษณะนี้ได้แก่ การศึกษาของ Radbruch et al. (2016) ซึ่งเป็นการแถลงจุดยืนของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งภาคพื้นยุโรป (European Association for Palliative Care) และการศึกษาของ De Lima et al. (2017) ซึ่งเป็นการแถลงจุดยืนของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองและการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายนานาชาติ (International Association for Hospice and Palliative Care) การศึกษาทั้งคู่ระบุว่า การถกเถียงของสังคมในประเด็นการรุกรณา (เพื่อนำไปสู่การมีกฎหมายการรุกรณา) ควรตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่ถูกต้องและต้องพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างถี่ถ้วน พร้อมทั้งเสนอว่า (1) ความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองอย่างถ้วนหน้า (Universal Access to Palliative Care Services) ควรเป็นเงื่อนไขที่สำคัญของการมีกฎหมายการรุกรณา (เพราะหากการดูแลแบบประคับประคองมีไม่เพียงพอแล้ว ก็อาจมีประชาชนจำนวนมากเกินไปที่จะเลือกจบชีวิตด้วยการรุกรณา) และ (2) ภายใต้กฎหมายการรุกรณา แพทย์ควรมีสิทธิในการปฏิเสธการกระทำการรุกรณา อีกทั้งหน่วยดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Units) ในสถานพยาบาลก็ไม่ควรเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการกระทำการรุกรณา เพราะอาจสร้างความสับสนในการปฏิบัติงานได้

ตารางที่ 2.3 ตัวอย่างของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
Cohen et al. (2012)	เพื่อศึกษาแนวโน้มของการยอมรับการุณยฆาตของสาธารณชนในประเทศในทวีปยุโรป 23 ประเทศ ในช่วงปี ค.ศ. 1981-2008	การวิเคราะห์แนวโน้มและการทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	ข้อมูลมาจากการสำรวจ European Values Survey ในปี 1981, 1990, 1999 และ 2008 (N = 102,701)	กลุ่มตัวอย่างในประเทศในแถบยุโรปตะวันตกส่วนมาก (11 ประเทศจาก 13 ประเทศ) มีแนวโน้มที่จะยอมรับการการุณยฆาตมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี ค.ศ. 1981-2008 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในประเทศในแถบยุโรปตะวันออกส่วนมาก (8 ประเทศ จาก 10 ประเทศ) มีแนวโน้มที่จะยอมรับการการุณยฆาตน้อยลง หรือไม่เพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 1990-2008
Kouwenhoven et al. (2012)	เพื่อศึกษาทัศนคติต่อกฎหมายการุณยฆาตของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	ข้อมูลปฐมภูมิมารจากการสำรวจแพทย์ 793 คน และพยาบาล 1,243 คน ในช่วง 8 ปีหลังจากที่มีกฎหมายการุณยฆาต	แพทย์และพยาบาลเห็นด้วยกับกฎหมาย โดยร้อยละ 33 และร้อยละ 58 ของแพทย์และพยาบาลเห็นด้วยกับการอนุญาตให้ระบอบความประสงค์ให้การกระทำการุณยฆาตในพินัยกรรมชีวิตได้ ตามลำดับ
Cohen et al. (2014)	เพื่อศึกษาระดับการยอมรับการุณยฆาตของสาธารณชนในประเทศในทวีปยุโรป 47 ประเทศ ในปี ค.ศ. 2008	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา สมการถดถอย และการวิเคราะห์คลัสเตอร์ (Cluster Analysis)	ข้อมูลมาจากการสำรวจ European Values Survey ในปี 2008 (N = 67,786)	ประชาชนในประเทศในแถบยุโรปตะวันตกมีการยอมรับการกระทำการุณยฆาตที่สูงกว่าประเทศในแถบยุโรปตะวันออกอย่างชัดเจน ในภาพรวมของทั้งทวีป การยอมรับการกระทำการุณยฆาตอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยมีประเทศที่มีระดับการยอมรับที่สูงเป็นพิเศษ 7 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส สเปน เดนมาร์ก และสวีเดน ทั้งนี้ ในประเทศ 3 ประเทศแรก การุณยฆาตเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายแล้ว แต่ในอีก 4 ประเทศที่เหลือ การุณยฆาตยังผิดกฎหมายอยู่
Danyliv and O'Neill (2015)	เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการทำให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถูกกฎหมายของประชาชนใน	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา และสมการถดถอย	ข้อมูลมาจากการสำรวจ British Social Attitudes Survey ในปี 1983, 1984,	ประชาชนในประเทศสหราชอาณาจักรมีแนวโน้มที่จะสนับสนุนให้การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนของประชาชนที่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.95 ในปี ค.ศ. 1983 เป็นร้อยละ 83.86 ในปี ค.ศ. 2012 ปัจจัยที่สำคัญที่สุด



ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
	ประเทศสหราชอาณาจักร ในช่วงปี ค.ศ. 1983-2012		1989, 1994, 2005 และ 2012 (N = 8,099)	ในการอธิบายความเข้มข้นที่เพิ่มขึ้นของการสนับสนุนดังกล่าว คือ การลดลงของความเคร่งศาสนา (Religiosity) ของประชาชน และสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของประชาชนที่บอกว่าตนเองไม่มีศาสนา (Religious Affiliation)
Kranidiotis et al. (2015)	เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนก ICU ในประเทศกรีซ ในปี ค.ศ. 2010	การวิเคราะห์เชิงปริมาณ แบบพรรณนา (Descriptive Quantitative Analysis)	การเก็บข้อมูลปฐมภูมิแบบสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง (Convenient Sample) ที่ประกอบไปด้วยแพทย์ 39 คน และพยาบาล 107 คน โดยทั้งหมดทำงานในแผนก ICU ของโรงพยาบาล 2 แห่งในกรุงเอเธนส์	ร้อยละ 28 และ 26 ของแพทย์และพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาต และร้อยละ 59 และ 64 ของแพทย์และพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างสนับสนุนให้รัฐทำให้การุณยฆาตเป็นการกระทำที่ถูกต้องกฎหมาย กล่าวคือ แม้บุคลากรทางการแพทย์กลุ่มหนึ่งจะไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต แต่หากการุณยฆาตเป็นการกระทำที่ถูกต้องกฎหมายแล้ว ก็จะไม่ปฏิบัติตาม ทั้งนี้ ผลการศึกษาอาจไม่สะท้อนความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งประเทศ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย และอยู่ในแผนก ICU ซึ่งเผชิญกับความเป็นความตายมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอื่น จึงอาจมีความคิดเห็นในเชิงบวกกับการเร่งการยุติชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ด้วย
Marsala (2019)	เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี ค.ศ. 1985-2004	การวิเคราะห์แนวโน้ม และสมการถดถอย	ข้อมูลมาจากการสำรวจ General Social Survey 16 รอบ ในช่วงปี ค.ศ. 1985-2004 (N = 6,638)	กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะเห็นด้วยกับการุณยฆาตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยกลุ่มประชากรที่มีความน่าจะเป็นในการที่จะเห็นด้วยกับการุณยฆาตมากที่สุด คือ กลุ่ม Baby Boomers (เกิดปี ค.ศ. 1946-1965) กลุ่มที่มีความคิดทางการเมืองแบบเสรีนิยม และกลุ่มที่ไม่เคร่งศาสนา โดยผู้วิจัยอธิบายว่า Baby Boomers นับคนเป็นรุ่นแรกของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีศาสนา หรือเคร่งศาสนาลดลงจากเดิมมาก และพวกเขายังได้ส่งผ่านความเคร่งศาสนาที่ลดลงนี้ไปยุครุ่นลูก ทำให้คนในปัจจุบันเห็นด้วยกับการุณยฆาตเพิ่มขึ้น

## 2.4.2 การศึกษาด้านพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

ตัวอย่างของการศึกษาเชิงประจักษ์ในกลุ่มนี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2.4 จะเห็นได้ว่า การศึกษาด้านพฤติกรรมชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายจัดทำทั้งในประเทศหรือพื้นที่ที่มีกฎหมายรองรับทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆของผู้ป่วยระยะท้ายแล้ว และประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายรองรับการกระทำดังกล่าว ทั้งนี้ ในประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาต การศึกษาจำนวนหนึ่งทำการเปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตอันสืบเนื่องจากการกระทำดังกล่าวในช่วงก่อนและหลังมีกฎหมาย เพื่อทดสอบว่ากฎหมายทำให้พฤติกรรมของประชาชนและแพทย์เปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ ส่วนในประเทศที่ยังไม่มีกฎหมายการุณยฆาต จะเห็นได้ว่า การยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ ที่สะท้อนผ่านพฤติกรรมของแพทย์ เป็นหัวข้อที่มีการศึกษามากที่สุด เนื่องด้วยเป็นปัจจัยที่น่าจะส่งผลมากที่สุดต่อความเป็นไปได้ของการมีกฎหมายในอนาคต (Onwuteaka-Philipsen et al., 2012)

การศึกษาทั้งหมดพิจารณาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน “ตลาด” 2 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน (อุปสงค์ของทางเลือกในการยุติชีวิต) ซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจรับบริการโดยสมัครใจ และบุคลากรทางการแพทย์ (อุปทานของทางเลือกในการยุติชีวิต) ซึ่งเป็นผู้ให้บริการโดยสมัครใจ โดยการศึกษาทั้งหมดพิจารณาถึงผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ (ดุลยภาพในตลาด) ที่สะท้อนผ่านสถิติการร้องขอการเร่งการตายของผู้ป่วย หรือสถิติการรับบริการร้องขอของแพทย์ หรือสถิติลักษณะของการตายจากฐานข้อมูลใบมรณบัตร (Death Certificates)

ผลของการศึกษาในตารางที่ 2.4 สอดคล้องกันในหลายประการ ได้แก่

- (1) ในทุกประเทศที่มีการศึกษา ที่ประกอบไปด้วยประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาต ทั้งในช่วงก่อนและหลังมีกฎหมาย และประเทศที่ไม่มีกฎหมายดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์เคยได้รับการร้องขอให้กระทำการุณยฆาตหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์ก็เคยกระทำการุณยฆาตหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายด้วยตัวเอง หรือเคยเห็นผู้อื่นกระทำการดังกล่าว
- (2) ในประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาต จำนวนของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยื่นคำร้องให้กระทำการุณยฆาตคิดเป็นสัดส่วนต่อประชากร (ที่สามารถยื่นคำร้องได้) ที่ไม่ได้สูงมากนัก และสัดส่วนของคำร้องที่ได้รับการตอบสนองโดยบุคลากรทางการแพทย์ก็มีจำกัด เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 2005 สัดส่วนของผู้ยื่นคำร้องให้กระทำการุณยฆาตคิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายทั้งหมด และเพียงประมาณร้อยละ 20 ของคำร้องทั้งหมดได้รับการตอบสนองโดยแพทย์ (Onwuteaka-Philipsen et al., 2010)
- (3) ประชากรที่เลือกยุติชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตหรือการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์มีคุณลักษณะร่วมกัน ได้แก่ อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้ป่วยมะเร็ง มีโรคเรื้อรังหรือมีโรคทางระบบประสาท เพศชาย และมีการศึกษาสูง (Levene and Parker, 2011; Materstvedt et al.,

2003; Onwuteaka-Philipsen et al., 2010; Steck et al., 2013; Tolle et al., 2004) ทั้งนี้ อายุของผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องแตกต่างกันไปตามบริบทการศึกษา แต่ส่วนมากพบว่า ผู้ป่วยที่ยื่นคำร้องมักมีอายุน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ยื่นคำร้อง (Onwuteaka-Philipsen et al., 2010; Tolle et al., 2004; Washington State Department of Health, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019) และ

- (4) สาเหตุส่วนใหญ่ในการร้องขอการเร่งการตายของผู้ป่วย คือ การขาดความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Loss of Autonomy) การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกาย (Loss of Control of Bodily Functions) การขาดความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างความรื่นรมย์ให้ชีวิต (Inability to Participate in Activities that Make Life Enjoyable) และความปรารถนาในการเลือกวิถีการตายของตนเอง (Determination to Control Manner of Death) (Parpa et al., 2010; Tolle et al., 2004)

อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้านพฤติกรรมการยุติชีวิตมีความแตกต่างในประเด็นสำคัญประการหนึ่ง นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของประชาชนและแพทย์ในประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาต ในขณะที่การศึกษาของ Rietjens et al. (2009), Onwuteaka-Philipsen et al. (2003, 2012) และ van der Heide et al. (2012) ได้แสดงให้เห็นว่าอัตราการกระทำการุณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์ในช่วงก่อนและหลังมีกฎหมายการุณยฆาตไม่มีความแตกต่างกันในทางสถิติ การศึกษาของ Steck et al. (2013) ชี้ให้เห็นว่า ในทุกประเทศในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวมถึงประเทศเนเธอร์แลนด์ด้วย อัตราการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์สูงขึ้นในช่วงหลังมีกฎหมาย เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนมีกฎหมาย ตัวอย่างเช่น ในประเทศเบลเยียม ผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยการุณยฆาตคิดเป็นร้อยละ 0.23 และ 1.1 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ในปี ค.ศ. 2003 และ 2011 ตามลำดับ ในขณะที่ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ตัวเลขผู้ป่วยที่ประสงค์จะทำการุณยฆาต และ เสียชีวิตจากทางเลือกดังกล่าวสูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ โดยในปี ค.ศ. 2011 ตัวเลขผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยการุณยฆาตคิดเป็นร้อยละ 1.8-2.9 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ในช่วงปี ค.ศ. 1991-2012 (Steck et al., 2013) ตัวเลขของทวีปยุโรปในการศึกษาของ Steck et al. (2013) สอดคล้องกับอัตราการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ไม่ว่าจะเป็นรัฐโอเรกอน ที่พบกรณีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ 155 กรณี ในปี ค.ศ. 2014 มาเป็น 249 กรณีในปี ค.ศ. 2018 (Death with Dignity National Center, n.d.) หรือรัฐวอชิงตัน ที่พบกรณีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ทั้งสิ้น 121 กรณี (โดยแพทย์ 87 คน) ในปี ค.ศ. 2012 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึง 267 กรณี (โดยแพทย์ 158 คน) ในปี ค.ศ. 2018 (Washington State Department of Health, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019) และรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่พบกรณีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ทั้งสิ้น 191 กรณี (โดยแพทย์ 173 คน) ในปี ค.ศ. 2016 มาเป็น 452 กรณี (โดยแพทย์ 180 คน) ในปี ค.ศ. 2018 (California Department of Public Health, 2017, 2018, 2019) บทสรุปที่แตกต่างกันนี้สะท้อนถึงช่องว่างของวรรณกรรมที่คงต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ตารางที่ 2.4 ตัวอย่างของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
Ganzini et al. (2001)	เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการฆ่าตัวตาย ในรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1999 หลังจากที่มีกฎหมายรองรับการกระทำดังกล่าวแล้ว (Death with Dignity Act 1997)	สถิติเชิงพรรณนา	การสำรวจความคิดเห็นของแพทย์ที่มีคุณสมบัติในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายได้ จำนวน 2,641 คน	ผลการศึกษา พบว่า (1) ร้อยละ 76 ของแพทย์ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายระบุว่าได้พยายามที่จะหาข้อมูลและทำการศึกษาเพิ่มเติมถึงวิธีการใช้ยาเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย (2) ร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยถูกผู้ป่วยถามว่าจะยินดีให้ยาเพื่อช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายหรือไม่ และ (3) มีแพทย์จำนวน 73 คนในกลุ่มตัวอย่าง ที่ระบุว่าตนเองยินดีให้ยาเพื่อช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วย และในจำนวนนี้ ร้อยละ 27 ระบุว่าตนเองไม่มั่นใจว่าจะสามารถตัดสินใจถึงสภาวะของความเจ็บป่วย ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนดไว้ (กล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่ได้ไม่ถึง 6 เดือน)
Onwuteaka-Philipsen et al. (2003)	เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการุณยฆาตของแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 1990 1995 และ 2001 ก่อนที่จะมีกฎหมายการุณยฆาต	การวิเคราะห์แนวโน้มและการทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	การสัมภาษณ์แพทย์จำนวน 405 406 และ 410 คน รวมทั้งศึกษาฐานข้อมูลของไบมรณบัตรจำนวนประมาณ 1.3 แสนใบต่อปี	ผลการศึกษา พบว่า (1) ร้อยละ 39-44 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการเร่งการเสียชีวิตในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (ไม่ได้จำกัดเฉพาะการุณยฆาต) โดยความช่วยเหลือของแพทย์ (2) ร้อยละ 13-27 ของแพทย์รายงานว่าตนเองเคยกระทำการุณยฆาต และ (3) ร้อยละ 56-64 ของแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิในร่างกายของตนโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้ ทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในทางสถิติตลอดช่วงเวลาของการศึกษา
van der Heide et al. (2003)	เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของการยุติชีวิตในรูปแบบต่างๆ ของแพทย์ในประเทศเบลเยียม เดนมาร์ก อิตาลี เนเธอร์แลนด์ สวีเดน และสวิตเซอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 2001-2002	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	การศึกษาฐานข้อมูลของไบมรณบัตรจำนวนประมาณ 20,480 ใบ	ผลการศึกษา พบว่า แม้ว่าการศึกษานี้จะเก็บข้อมูลในช่วงก่อนการมีกฎหมายการุณยฆาตในแทบทุกประเทศ เว้นสวิตเซอร์แลนด์ ที่อนุญาตให้มีการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์แล้ว แต่แพทย์ในทุกประเทศในกลุ่มตัวอย่างก็ได้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในด้านทางเลือกของการยุติชีวิต โดยแพทย์ในประเทศอิตาลีมีระดับการให้คำปรึกษาดังกล่าวน้อยที่สุดที่ร้อยละ 23 ของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่าง และแพทย์ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์มีระดับการให้คำปรึกษาดังกล่าวสูงที่สุดที่ร้อยละ 51 นอกจากนี้ ยังพบว่า แม้ว่าการเร่งการตายจะยังไม่ถูก

ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
				กฎหมาย แต่ประมาณร้อยละ 1 ของการตายทั้งหมดในประเทศเดนมาร์ก อิตาลี สวีเดน และสวิตเซอร์แลนด์ก็มาจากการให้ยาเพื่อเร่งการตายของแพทย์ และ สัดส่วนของการกระทำดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 1.82 ในประเทศเบลเยียม และ 3.40 ในประเทศเนเธอร์แลนด์
Blondeau et al. (2009)	เพื่อศึกษาวิธีการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบ (End-of-Life Sedation) ของแพทย์ในรัฐควิเบก ประเทศแคนาดา และเพื่อศึกษาประเด็นทางจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง	การศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory Study) เป็นการศึกษาคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก	การเก็บข้อมูลปฐมภูมิแบบเฉพาะเจาะจงของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบไปด้วยแพทย์ 19 คน	(1) แพทย์ทุกคนในกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการร้องขอให้จ่ายยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบ (2) แพทย์ทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบควรกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆ (Refractory Symptoms) และมีความเจ็บปวดทางกายที่สามารถควบคุมได้แล้ว (3) แพทย์ 13 คน จาก 19 คน เห็นว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบสามารถกระทำได้ด้วย หากผู้ป่วยมีความทรมานในการดำรงชีวิตหรือมีความทุกข์ทางอารมณ์ (Emotional or Existential Suffering) อย่างไรก็ตาม แพทย์ 7 คนในกลุ่มนี้ก็แสดงถึงความไม่สบายใจในการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบภายใต้เงื่อนไขนี้ (4) แพทย์ทุกคนในกลุ่มตัวอย่างมองว่าการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบแตกต่างจากการุณยฆาต แต่ก็มองว่าในแง่จริยศาสตร์ การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบกับการุณยฆาตล้วนแต่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสามารถและความต้องการในการควบคุมตนเอง (Autonomy) ของผู้ป่วยทั้งสิ้น และมองว่าการแยกสองเรื่องนี้ออกจากกันทำได้ยาก
Parpa et al. (2010)	เพื่อศึกษาการเลือกทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งในระยะก้าวหน้า อันรวมถึง บุคลากรทางการแพทย์ ญาติของผู้ป่วย และประชาชน	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	การเก็บข้อมูลปฐมภูมิแบบสะดวกของกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบไปด้วยแพทย์ 215 คน พยาบาล 250 คน ญาติผู้ป่วย	(1) ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 41.3 ของแพทย์และญาติผู้ป่วยมะเร็งในกลุ่มตัวอย่างระบุว่า จะทางเลือกในการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตเป็นทางเลือกที่เหมาะสม หากไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้แล้ว (2) ร้อยละ 20.5 ของแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเคยถูกร้องขอให้ทำการุณยฆาต แต่ไม่ได้กระทำตามคำร้องขอดังกล่าว

ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
	ทั่วไปในประเทศไทยในปี ค.ศ. 2003-2005		มะเร็ง 218 คน และประชาชนทั่วไป 246 คน ในโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศกรีซ	(3) ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มในกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าแพทย์ในปัจจุบันมีการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วยการจ่ายยาอันตราย เพื่อวัตถุประสงค์ในการเร่งการตาย
van Alphen et al. (2010)	เพื่อศึกษาสถิติของการยุติชีวิต ทั้งช่วงก่อน (ค.ศ. 1998-2002) และหลัง (ค.ศ. 2003-2007) การมีกฎหมายการุณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	สำรวจตัวเลขคำร้องขอในการกระทำการุณยฆาตในทางปฏิบัติจากเครือข่ายทางการแพทย์ 45 แห่ง	คำร้องขอการกระทำการุณยฆาตอยู่ที่ประมาณ 3.1 ครั้งต่อประชากร 10,000 คน และ 2.8 ครั้งต่อประชากร 10,000 คน ก่อนและหลังการบังคับใช้กฎหมายตามลำดับ และพบว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญในทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่า แพทย์ยอมรับและกระทำการุณยฆาตมาตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายแล้ว
van der Heide et al. (2012)	เพื่อศึกษาสถิติของการยุติชีวิตภายใต้กฎหมายการุณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์ในช่วงก่อนและหลังการมีกฎหมายการุณยฆาต ในปี ค.ศ. 2001-2005	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	ศึกษาฐานข้อมูลของใบมรณบัตร	ในปี ค.ศ. 2001 ก่อนที่จะมีกฎหมายการุณยฆาต ร้อยละ 2.6 ของการตายทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการุณยฆาต และร้อยละ 0.2 มาจากการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ในขณะที่ในปี ค.ศ. 2005 หลังจากที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาตแล้ว ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.1 ของการตายทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ตามลำดับ ทั้งนี้ van der Heide et al. (2012) เชื่อว่าการลดลงของการกระทำการุณยฆาตเกิดมาจากอัตราการยุติชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วยการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) โดยเฉพาะการจ่ายยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อันจะทำให้ผู้ป่วยนอนหลับจนเสียชีวิตไปในที่สุด ทั้งนี้ แพทย์ในกลุ่มตัวอย่างมองว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบจนเสียชีวิตไม่ใช่การุณยฆาต และมักจะไม่รายงานการกระทำดังกล่าวต่อคณะกรรมการตรวจสอบด้วย แม้ว่าผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยจะเหมือนกันก็ตาม

ผู้เขียน	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
Onwuteaka-Philipsen et al. (2012)	เพื่อศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการุณยฆาตของแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี ค.ศ. 1990 1995 และ 2001 ก่อนมีกฎหมายการุณยฆาต และ ปี ค.ศ. 2005 และ 2010 หลังมีกฎหมายการุณยฆาต	การทดสอบนัยสำคัญของสถิติเชิงพรรณนา	การศึกษารูขุมข้อมูลของใบมรณบัตรจำนวนประมาณ 5,000-10,000 ใบต่อปี	ทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการุณยฆาตของแพทย์แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาสองช่วงดังกล่าว และพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2005 และ 2010 มีการตายอันสืบเนื่องจากการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบเพิ่มขึ้นอย่างมาก แม้ว่าการศึกษาในทางการแพทย์จะพบว่า การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบจะไม่ทำให้ผู้ป่วยตายก็ตาม
Steck et al. (2013)	เพื่อศึกษาจำนวน คุณลักษณะ (ของผู้ป่วย) และแนวโน้มของการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ในประเทศหรือพื้นที่ที่มีการกระทำดังกล่าวถูกกฎหมาย รวม 4 ประเทศ ได้แก่ เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก เนเธอร์แลนด์ และ สวิตเซอร์แลนด์ กับอีก 3 มลรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ โอเรกอน วอชิงตัน และมอนทานา	การทำวรรณกรรมปริทัศน์อย่างเป็นระบบ โดยใช้ฐานข้อมูล Medline และ Embase นับตั้งแต่ปีที่การกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ถูกกฎหมาย จนถึงปี ค.ศ. 2012	จากการศึกษาทั้งหมด 1,043 ชิ้นในฐานข้อมูล คณะผู้วิจัยคัดเลือกการศึกษา 25 ชิ้นเข้าสู่การศึกษานี้	<ol style="list-style-type: none"> <li>(1) การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์คิดเป็นร้อยละ 0.1-2.9 ของการเสียชีวิตทั้งหมด แตกต่างตามแต่ละพื้นที่</li> <li>(2) แนวโน้มของการเสียชีวิตด้วยกระบวนการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์สูงขึ้นในทุกพื้นที่</li> <li>(3) คุณลักษณะของผู้ที่เลือกที่จะยุติชีวิตด้วยกระบวนการข้างต้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็ง เพศชาย มีการศึกษาสูง และอยู่ในช่วงอายุ 60-85 ปี</li> </ol>

### 2.4.3 การศึกษาที่เกี่ยวกับประเด็นถกเถียงที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

นอกเหนือจากการศึกษาใน 2 หัวข้อข้างต้นแล้ว วรรณกรรมในต่างประเทศยังมีการพิจารณาประเด็นถกเถียงที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตอีกด้วย การศึกษาในกลุ่มนี้มักมีกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นการวิจัยเชิงเอกสารเป็นหลัก (Documentary Research) อาจทำการปริทัศน์วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) พิจารณากรณีศึกษา (Case Study) หรือวิพากษ์ในเชิงความคิดเห็นที่อ้างอิงกรอบแนวคิดทางทฤษฎี (Theoretical Research) ก็ได้ การศึกษาที่พิจารณาประเด็นถกเถียงเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตอาจแบ่งได้เป็นหมวดหมู่ ดังนี้

#### การจัดหมวดหมู่ (Classification) ทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย

นอกเหนือจากการจัดหมวดหมู่ทางเลือกในการยุติชีวิตตามตารางที่ 2.1 ข้างต้นแล้ว ประเด็นถกเถียงในวรรณกรรมระยะหลัง คือ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) โดยเฉพาะการให้ยาสลบเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต (Palliative Sedation) ควรนับเป็นทางเลือกหนึ่งในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ หรือควรมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง หรือควรมองว่าเป็นทางเลือกในการเร่งการตายในประเทศที่ไม่มีกฎหมายการุณยฆาตกันแน่

แพทย์ที่ให้การดูแลแบบประคับประคองมีจุดยืนที่ชัดเจนว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง เพราะมีเจตนาที่จะบรรเทาความเจ็บปวด *ไม่ได้มีเจตนาให้ผู้ป่วยเสียชีวิต* จึงไม่ควรนับเป็นทางเลือกในการเร่งความตายในเชิงนิยาม โดยการศึกษาของ Radbruch et al. (2016) ในฐานะตัวแทนของสมาคมการดูแลแบบประคับประคองแห่งภาคพื้นยุโรป (European Association for Palliative Care) ระบุว่า การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบเป็นกระบวนการที่ยอมรับได้ทางจริยศาสตร์ (Ethically Acceptable) เมื่อใช้กับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตแล้วอย่างเหมาะสม และไม่ใช้การุณยฆาต เพราะกระบวนการแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบมีวัตถุประสงค์ในการลดทอนความทรมานของผู้ป่วย ด้วยกระบวนการให้ยาสลบ และมีผลลัพธ์คือการลดภาวะตึงเครียดของผู้ป่วย ในขณะที่การุณยฆาตมีวัตถุประสงค์ในการยุติชีวิตผู้ป่วย ด้วยกระบวนการให้ยาอันตราย และมีผลลัพธ์คือการตายโดยทันทีของผู้ป่วย<sup>1</sup>

<sup>1</sup> “Palliative sedation *in those imminently dying* must be distinguished from euthanasia. In palliative sedation, the intention is to relieve intolerable suffering, the procedure is to use a sedating drug for symptom control and the successful outcome is the alleviation of distress. In euthanasia, the intention is to end the life of the patient, the procedure is to administer a lethal drug and the successful outcome is immediate death.”



การศึกษาทางการแพทย์ก็ให้บทสรุปที่สอดคล้องกัน การศึกษาของ Maltoni et al. (2009) ที่เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 518 คนจากสถานพยาบาลในอิตาลีในช่วง ค.ศ. 2005-2006 และการศึกษาของ Maltoni et al. (2012) ที่ทำการปริทัศน์วรรณกรรมในช่วง ค.ศ. 1980-2010 อย่างเป็นระบบ พบว่า การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบไม่มีผลให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปแต่อย่างใด และเนื่องด้วยการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสงบไม่ก่อให้เกิดการตายโดยทันทีของผู้ป่วย การกระทำดังกล่าวจึงไม่ควรนับเป็นการกระทำการุณยฆาต

อย่างไรก็ดี การศึกษาอีกจำนวนหนึ่งได้ระบุไว้ถึงปัญหาของการนิยามข้างต้นในอย่างน้อย 5 มิติ

- (1) **การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบอาจก่อให้เกิดความตายได้** ในทางปฏิบัติ การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเกิดภาวะสงบมีวิธีการที่หลากหลาย แพทย์แต่ละคนมีวิธีการในแง่ของประเภทและปริมาณยาสลบที่ใช้แตกต่างกัน (Broeckeaert, 2011; ten Have and Welie, 2014) อีกทั้งผู้ป่วยก็มักจะต้องอดน้ำและอาหารก่อนและระหว่างการได้รับยาสลบ การใช้ยาสลบในระดับที่ต่างกันผนวกกับการอดน้ำและอาหารนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนตายเร็วกว่าการตายตามธรรมชาติได้ (Parpa et al., 2010) และหากมีการเสียชีวิตเกิดขึ้นจริง การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบจะยังแตกต่างจากการุณยฆาตอยู่หรือไม่
- (2) **การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อการยุติชีวิต** ถึงแม้ว่านิยามการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบและการุณยฆาตจะแตกต่างกัน เนื่องด้วยวัตถุประสงค์ของกิจกรรมทั้งคู่ไม่เหมือนกัน แต่วัตถุประสงค์ของแพทย์ก็ไม่ใช่ว่าผู้วิจัยหรือสมาคมทางการแพทย์จะสามารถสังเกตได้ Broeckeaert (2011) และ ten Have and Welie (2014) มองว่าการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบที่แท้จริงต้องไม่มีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ผู้ป่วยตาย แต่หากแพทย์มีวัตถุประสงค์ในการทำให้ผู้ป่วยตาย แม้ว่าจะใช้ยาสลบและไม่ได้ใช้ยาอันตรายก็ตาม การกระทำดังกล่าวก็ไม่ควรถูกเรียกว่า “การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบ” แต่จะเรียกอะไรแทนนั้นก็ตามแต่ผู้วิจัย เช่น Broeckeaert (2011) เสนอให้เรียกการกระทำดังกล่าวว่า “การุณยฆาตอย่างช้า” (Slow Euthanasia) แทน เป็นต้น
- (3) **แพทย์และประชาชนมองว่าการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบเป็นทางเลือกของการุณยฆาต** แม้ว่าจุดยืนของสมาคมทางการแพทย์จะระบุอย่างชัดเจนว่าการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบกับการุณยฆาตเป็นกิจกรรมที่ต่างกัน แต่การศึกษาที่พิจารณาความคิดเห็นของแพทย์และประชาชนในฐานะปัจเจกบุคคลกลับให้บทสรุปที่ขัดแย้งกับจุดยืนดังกล่าว ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Blondeau et al. (2009) และ Onwuteaka-Philipsen et al. (2012) พบว่า แพทย์จำนวนหนึ่งมีความเห็นว่าการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบเป็นทางเลือกของการุณยฆาต นอกจากนี้ ในมุมมองของประชาชนทั่วไป การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบก็นับว่าเป็นทางเลือกในการเร่งการตาย ดังจะเห็นได้จากเอกสารของ Death with Dignity National Center (n.d.) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหากำไรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ในกรณีที่ไม่ได้อยู่ในมลรัฐที่มี

กฎหมายคุ้มครองการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสงค์จะ  
เร่งการตายก็อาจจะอดน้ำและอาหารเอง (Voluntary Stopping of Eating and Drinking) อาจ  
ปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Stopping Treatment) หรืออาจร้องขอการให้ยาเพื่อ  
ให้เกิดภาวะสงบ ทั้งนี้ Death with Dignity National Center ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าในขณะที่  
ทางเลือกอื่นเป็น “สิทธิ” ของผู้ป่วย การได้รับยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบนั้นไม่ใช่ “สิทธิ” ของผู้ป่วย  
กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์อาจปฏิเสธที่จะกระทำการดังกล่าวก็ได้

- (4) **การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบจนเสียชีวิตเป็นกิจกรรมที่แพร่หลาย** การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะ  
สงบที่มีวัตถุประสงค์ในการทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นกิจกรรมที่แพร่หลายในหลายประเทศ เช่น  
ฝรั่งเศส มีกฎหมายรองรับการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบจนเสียชีวิต (Baumann et al., 2011;  
de Nonneville et al., 2016) หรือเนเธอร์แลนด์ มีอัตราการเสียชีวิตจากการดูแลแบบ  
ประคับประคองอย่างเข้มข้นด้วยวัตถุประสงค์ร่วมในการเร่งการตาย (Alleviation of  
Symptoms with Possible Life-Shortening Effects) ที่สูงถึงร้อยละ 20 และร้อยละ 36 ของ  
การตายทั้งหมดในประเทศในปี ค.ศ. 2001 และ 2010 ตามลำดับ (Onwuteaka-Philipsen et  
al., 2003, 2012) และหากพิจารณาถึงการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบเพียงอย่างเดียว ก็พบว่า  
เป็นสาเหตุหลักของร้อยละ 12 ของการตายในปี ค.ศ. 2010 และมีแนวโน้มที่ตัวเลขนี้จะสูงขึ้น  
เรื่อยๆ (Onwuteaka-Philipsen et al., 2012) และ
- (5) **การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบและการุณยฆาตไม่มีความแตกต่างในด้านจริยศาสตร์** ในแง่จริย  
ศาสตร์ การให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบและการุณยฆาตอาจไม่ได้แตกต่างกันนัก การศึกษาของ  
Blondeau et al. (2009) และ Lipuma (2013) มองว่าการกระทำทั้งคู่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ  
ความเคารพต่อความสามารถและความต้องการในการควบคุมตนเอง (Autonomy) ที่แพทย์มีต่อ  
ผู้ป่วยทั้งสิ้น และการกระทำทั้งคู่เป็นไปเพื่อการลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย จะแตกต่างกันก็  
เพียงผลลัพธ์สุดท้ายว่าจะเป็นการตายโดยทันทีหรือไม่เท่านั้น การแยกการกระทำทั้งสองอย่างนี้  
ออกจากกันจึงทำได้ยากในทางปฏิบัติ

จากประเด็นทั้งหมดข้างต้น จึงสรุปได้ว่า แม้วานิยามอย่างเป็นทางการของการให้ยาเพื่อให้เกิดภาวะสงบและ  
การุณยฆาตจะแตกต่างกัน แต่การแบ่งแยกการกระทำทั้งสองอย่างในทางปฏิบัติและในเชิงคุณค่าทำได้ยาก

### **ประเด็นถกเถียงที่เกี่ยวกับกฎหมายการุณยฆาต**

เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ การปริทัศน์วรรณกรรมในส่วนนี้จะแบ่งเนื้อหาในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวกับกา  
รุณยฆาตออกเป็น (1) เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนการุณยฆาต (Proposition) และ (2) เนื้อหาที่  
เกี่ยวข้องกับการต่อต้านการุณยฆาต (Opposition) เสมือนหนึ่งเป็นการโต้เถียง (Debate) ประเด็นถกเถียงที่  
สำคัญมีด้วยกัน 5 ประการหลัก ได้แก่

(1) **ประเด็นสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy Argument)**

- *การสนับสนุน* กฎหมายการุณยฆาตนับเป็นรูปแบบหนึ่งของรัฐในการเคารพสิทธิของประชาชนที่พึงมีอิสรภาพในการตัดสินใจที่เกี่ยวกับชีวิตของตน โดยการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับความตายควรเป็นเรื่องส่วนบุคคล และหากบุคคลนั้นกระทำการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล (Rational) มีข้อมูลครบถ้วน (Informed) และตัดสินใจโดยสมัครใจ (Voluntary) บนพื้นฐานของคุณค่าของตนเองแล้ว รัฐก็ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการตัดสินใจดังกล่าว (Schafer, 2013)
- *การต่อต้าน* การเคารพสิทธิของประชาชนโดยรัฐไม่ใช่หลักการที่เป็นขาวดำ (Absolute) เพราะการตัดสินใจตามสิทธิในเรื่องส่วนบุคคลอาจส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมได้ รัฐจึงจำเป็นต้องให้สิทธิแก่ประชาชนด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้ บทบาทที่สำคัญของรัฐประการหนึ่ง คือ การปกป้องไม่ให้มีการใช้สิทธิในทางที่ผิด ในการพิจารณากฎหมายการุณยฆาต รัฐจึงต้องพิจารณาว่าประชาชนจะสามารถตัดสินใจในเรื่องการตายได้อย่างมีเหตุผล มีข้อมูลครบถ้วน และสมัครใจอย่างแท้จริง และต้องมีกลไกในการป้องกันไม่ให้มีการตัดสินใจที่ไร้เหตุผล ไม่มีข้อมูลครบถ้วน และไม่สมัครใจ อย่างไรก็ตาม รัฐจะมั่นใจได้อย่างไรว่ากลไกที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพเพียงพอ และจะมั่นใจได้อย่างไรว่าผู้ป่วยจะไม่ถูกบังคับไม่ว่าจะโดยบุคคลภายนอกหรือภายในครอบครัว (ซึ่งรัฐไม่อาจพิสูจน์หรือเฝ้าระวังได้) ให้เลือกกระทำการการุณยฆาตเพื่อลดความรู้สึกรับภาระแก่ครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิต (Hartling, 2006) การออกกฎหมายการุณยฆาตจึงอาจกระทบต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยระยะท้าย อันส่งผลต่อหลักการของความยุติธรรมและความเท่าเทียมในสังคม และอาจมองได้ว่าเป็นการทำลายอิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายของประชาชนด้วย เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องตายด้วยวิธีการที่ตนไม่ต้องการ (Mendelson and Bagaric, 2013)
- อย่างไรก็ตาม การศึกษาในระยะหลังได้มีการถกเถียงอย่างต่อเนื่องถึงประเด็นข้างต้นว่าผู้ป่วยปราศจากอิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายของตน (Autonomy) จริงหรือไม่ การศึกษาของ Farsides (1996) และ Sjöstrand et al. (2013) ชี้ให้เห็นว่า การห้ามให้มีกฎหมายการุณยฆาตนั้นเป็นการลดทอนอิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายของประชาชนมากกว่าการปล่อยให้กฎหมายดังกล่าว ด้วยเหตุผล 2 ประการ ได้แก่ (1) หากรัฐมองว่าอิสรภาพในการใช้สิทธิของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ อิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายก็ต้องเป็นเรื่องที่สำคัญด้วย (Prudential Value) และการที่รัฐไม่ให้อิสรภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายในปัจจุบัน (กล่าวคือ ไม่ออกกฎหมายการุณยฆาต) ก็อาจมีนัยต่อบทบาทของรัฐต่อการให้อิสรภาพในการใช้สิทธิด้านอื่นๆ (Future Autonomy) ในอนาคต และ (2) ในขณะที่การห้ามให้มีกฎหมายการุณยฆาตอาจจะช่วยปกป้องประชาชนที่เปราะบาง (Vulnerable Population) บางกลุ่มได้ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้พิการ ที่อาจถูก

กอดันโดยครอบครัวให้จบชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตแทนที่จะตายอย่างธรรมชาติ เป็นต้น แต่ก็เป็นการลิดรอนสิทธิของประชาชนกลุ่มอื่นๆ ที่เห็นด้วยกับการมีกฎหมายการุณยฆาต

- โดยสรุป กฎหมายการุณยฆาตมีทั้งประโยชน์และโทษ ประโยชน์ในกรณีนี้ คือ การลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยระยะท้ายและการให้อิสระภาพในการใช้สิทธิที่เกี่ยวกับความตายแก่ประชาชนที่เห็นด้วยกับการมีกฎหมายการุณยฆาต ในขณะที่โทษ คือ ผลกระทบทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยที่เปราะบาง การพิจารณาว่าประเทศใดควรมีกฎหมายการุณยฆาตหรือไม่ควรต้องพิจารณาทั้งประโยชน์และโทษ และควรตั้งอยู่บนหลักฐานที่ชัดเจนและพิสูจน์ได้ถึงทั้งประโยชน์และโทษ (Mendelson and Bagaric, 2013; Schafer, 2013)

## (2) ประเด็นการปกป้องผู้ที่เปราะบางในสังคม (Protection of the Vulnerable)

- การสนับสนุน แม้ว่าการมีกฎหมายการุณยฆาตอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางลบแก่ประชาชนที่เปราะบาง แต่รัฐก็สามารถออกแบบกฎหมายการุณยฆาตให้พิทักษ์บุคคลเปราะบางได้ (Safeguard Measures) ด้วยการกำหนดเกณฑ์ต่างๆ ที่เข้มงวดมากเพียงพอเพื่อป้องกันการใช้กฎหมายในทางที่ผิด ตัวอย่างเช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์มีการกำหนดคุณลักษณะของผู้ป่วยที่สามารถร้องขอให้มีการกระทำการุณยฆาตแก่ตนได้ มีการกำหนดกระบวนการที่ชัดเจนว่าแพทย์ที่กระทำการุณยฆาตจะต้องปฏิบัติตามอย่างไร จะต้องปรึกษาใครเพิ่มเติมบ้าง และมีการตรวจสอบการปฏิบัติตามกระบวนการดังกล่าว (Rietjens et al., 2009) เป็นต้น
- การต่อต้าน แม้ว่ารัฐจะสามารถออกมาตรการป้องกันการใช้กฎหมายการุณยฆาตในทางที่ผิดได้ แต่ก็ไม่น่าจะมีกฎหมายใดที่จะมีประสิทธิภาพเพียงพอ การห้ามไม่ให้มีกฎหมายการุณยฆาตเท่านั้นที่จะสามารถพิทักษ์บุคคลเปราะบางได้ ทั้งนี้ บุคคลเปราะบางไม่ได้หมายถึงผู้สูงอายุหรือผู้พิการที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เท่านั้น แต่ผู้ที่สภาพทางกายภาพสมบูรณ์ก็อาจจะมีภาวะเปราะบางขึ้นมาได้หากมีการเปลี่ยนแปลงบางประการในชีวิต เช่น ความพิการทางกายและใจ ความเจ็บป่วย ความเหงา และความโดดเดี่ยว เป็นต้น ภาวะเปราะบางนี้ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตน้อยลง จนอาจเลือกกระทำการุณยฆาตได้ แม้ว่าการุณยฆาตจะไม่ใช่วิธีการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับตนในสภาวะปกติ (Mendelson and Bagaric, 2013)
- ทั้งนี้ การศึกษาเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเปราะบางมีไม่มากนัก พบเพียงการศึกษาของ Battin et al. (2007) ที่พิจารณาข้อมูลจากรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศเนเธอร์แลนด์ ผลการศึกษา พบว่า การกระทำการุณยฆาตและฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ของประชากรที่ไม่เปราะบางและที่เปราะบางไม่ได้มีความแตกต่างกันในทางสถิติ (กลุ่มเปราะบางในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้สูงอายุ ผู้หญิง ผู้มีการศึกษาน้อย ผู้ยากไร้ ผู้ป่วยทางกาย ผู้มีปัญหาทางจิต ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ และกลุ่มผิวดำ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การ

ต่อต้านกฎหมายการุณยฆาตเพื่อพิทักษ์บุคคลเพราะบางอาจไม่ได้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลอย่างแท้จริง

### (3) ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship)

- การสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ทางวิชาชีพสองประการ ได้แก่ หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย (Duty of Care) อันรวมถึงการลดทอนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และหน้าที่ในการเคารพสิทธิของผู้ป่วย (Importance of Patient Autonomy) (Blondeau et al., 2009; Gillett and Chamberlain, 2013) กฎหมายการุณยฆาตอาจมองได้ว่าเป็นวิธีการที่เอื้อให้แพทย์ได้ทำตามหน้าที่ทางวิชาชีพของตนอย่างเต็มที่ เพราะในการทำการุณยฆาตแพทย์ไม่เพียงแต่ลดทอนความทรมานของผู้ป่วย แต่ยังคงเคารพต่อสิทธิในการเลือกวิถีการตายของผู้ป่วยด้วย (Schafer, 2013)
- การต่อต้าน กฎหมายการุณยฆาตอาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป Gillett and Chamberlain (2013) ศึกษาผลกระทบทางจิตวิทยาของบุคลากรทางการแพทย์จากมุมมองทางจริยศาสตร์ และอธิบายว่าในกระบวนการการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างหน้าที่ทางวิชาชีพสองประการข้างต้น (หน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และหน้าที่ในการเคารพสิทธิของผู้ป่วย) ซึ่งหน้าที่สองประการนี้มักจะขัดแย้งกันและก่อให้เกิดความลำบากใจ (Ethical Dilemma) แต่ก็ได้ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์พิจารณารายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละกรณีได้อย่างถี่ถ้วนขึ้น กฎหมายการุณยฆาตจะส่งผลให้น้ำหนักของหน้าที่ทั้งสองประการนี้เปลี่ยนไป เพราะรัฐไปกำหนดโครงสร้างทางกฎหมายและสังคมที่ทำให้หน้าที่ในการเคารพสิทธิของผู้ป่วยสำคัญกว่าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแม้จะลดความขัดแย้งทางทางจริยศาสตร์ของบุคลากรทางการแพทย์ลง แต่ก็อาจส่งผลที่ไม่คาดคิดอื่นๆ ได้ ตัวอย่างเช่น กฎหมายการุณยฆาตอาจทำให้แพทย์มีบทบาทกับความเป็นความตายของผู้ป่วยในเชิงพาณิชย์มากขึ้น ทำให้ขอบเขตของวิชาชีพและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป จนอาจเกิดความไม่ไว้วางใจ (Distrust) และทำให้แพทย์มีความชินชากับความตายมากเกินไป (Physician Desensitization) และอาจทำให้แพทย์ให้การรักษาพยาบาลในกรณีความเจ็บป่วยอื่นๆ อย่างไม่เต็มที่ (Mendelson and Bagaric, 2013)
- อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงประจักษ์ในวรรณกรรมไม่ได้แสดงให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในแพทย์น้อยลงแต่อย่างใด (Blondeau et al., 2009; Ganzini et al., 2001)

### (4) ประเด็นด้านจำนวนการกระทำการุณยฆาต (Slippery Slope Argument)

- ประเด็นต่อด้านที่สำคัญ คือ แนวคิดที่มองว่ากฎหมายการุณยฆาตจะทำให้มีการกระทำการุณยฆาตมากเกินไปเกินความต้องการของสังคม หรือที่เรียกว่า Slippery Slope ในกรณีนี้ หากประเทศใดมีกฎหมายการุณยฆาตแล้ว การกระทำการุณยฆาตก็อาจจะมีความถี่มากขึ้น สังคมจึงต้องประเมินว่าความเสี่ยงของการมีการกระทำการุณยฆาตมากเกินไปนี้ ว่าคุ้มค่ากับการลดทอนสิทธิของผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานและต้องการให้มีกฎหมายการุณยฆาตหรือไม่ (Schafar, 2013)
- หัวข้อที่ 2.4.2 ข้างต้นแสดงถึงหลักฐานที่ใช้ประกอบการพิจารณาประเด็นด้านจำนวนการกระทำการุณยฆาต (Slippery Slope Argument) ซึ่งจะเห็นได้ว่ายังไม่มีบทสรุปที่ชัดเจนในวรรณกรรม

**(5) ประเด็นด้านระบบการดูแลแบบประคับประคอง**

- ประเด็นต่อด้านอีกประการหนึ่ง คือ กฎหมายการุณยฆาตอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง หากพิจารณาด้านทุนของการดำเนินการแล้ว จะพบว่า การอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ได้เป็นทางเลือกที่ถูกลงกว่าการให้การดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งใช้เวลายาวนานและประกอบด้วยกิจกรรมที่ไม่ได้ส่งผลต่อระดับคุณภาพในเชิงบวก นอกจากนี้ การมีกฎหมายการุณยฆาตโดยที่ไม่ได้พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองอย่างเพียงพออาจทำให้ประชาชนมองข้ามการดูแลแบบประคับประคองในฐานะทางเลือกของการยุติชีวิตในระยะท้าย และเลือกกระทำการุณยฆาตโดยที่ไม่ได้ไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนก็เป็นได้ (Buiting et al., 2011; Mendelson and Bagaric, 2013)
- อย่างไรก็ตาม ผลกระทบเชิงลบของการุณยฆาตต่อการดูแลแบบประคับประคองยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มารองรับ จะเห็นได้ว่า ในประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาตในปัจจุบัน เช่น ประเทศในกรณีศึกษาอย่างเนเธอร์แลนด์และแคนาดา ระบบการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในระดับต้นๆ ของโลก (The Economist, 2015) อย่างไรก็ตาม การสรุปว่ากฎหมายการุณยฆาตไม่ได้ส่งผลต่อระบบการดูแลแบบประคับประคองก็ไม่สามารถกระทำได้เช่นกัน เพราะประเทศที่มีกฎหมายการุณยฆาตอาจจะเลือกที่จะมีกฎหมายดังกล่าว เนื่องจากระบบการดูแลประคับประคองในประเทศอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้วก็เป็นได้

นอกเหนือจากประเด็นถกเถียงข้างต้นแล้ว การประเมินว่ากฎหมายการุณยฆาตเหมาะสมกับบริบททางสังคมที่สนใจหรือไม่ อาจพิจารณาได้จากมุมมองทางปรัชญาและจริยศาสตร์ จะเห็นได้ว่า ประเทศที่ไม่มีกฎหมายการุณยฆาตส่วนใหญ่จะมีกฎหมายรับรองการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต คำถามที่สำคัญในทางจริยศาสตร์ คือ การุณยฆาตกับการปฏิเสธการรักษามีความแตกต่างกันอย่างไร ในเมื่อในผู้ที่เลือกกระทำการุณยฆาตกับผู้ที่เลือกปฏิเสธการรักษา ก็อาจจะเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้มีเหตุผล ไม่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ และไม่ได้

ตัดสินใจโดยสมัครใจเหมือนกัน นอกจากนี้ ในการกระทำการุณยฆาตและการไม่รักษาผู้ป่วย บทบาทของแพทย์ก็คล้ายคลึงกัน การไม่รักษาผู้ป่วย ซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นการไม่กระทำการใด (Inaction) แท้จริงแล้วเป็นการกระทำ (Action) รูปแบบหนึ่ง เพราะแพทย์ได้เลือกแล้วที่จะไม่กระทำการรักษาและดึงเครื่องช่วยหายใจและเครื่องพุงชีวิตออก อันส่งผลให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา ดังนั้นหากไม่พิจารณาถึงระยะเวลาที่ใช้ในการเสียชีวิต การกระทำดังกล่าวแตกต่างจากการให้ยาอันตรายแก่ผู้ป่วยอย่างไร (Schafer, 2013) ภายใต้มุมมองนี้ การตัดสินใจปฏิเสธการรักษาจะผิดหลักการของการมีอิสรภาพในการใช้สิทธิส่วนบุคคล และการปกป้องผู้ที่เปราะบางในสังคมด้วยหรือไม่ และทำไมรัฐหนึ่งๆ จึงจะอนุญาตให้มีการกระทำหนึ่ง แต่ไม่อนุญาตให้มีการกระทำหนึ่ง ทั้งที่ในทางจริยศาสตร์แล้ว การกระทำทั้งสองอย่างอาจจะไม่ได้แตกต่างกัน

ในลักษณะเดียวกัน ประเด็นต่อต้านกฎหมายการุณยฆาตประการหนึ่ง คือ การมองว่าหากผู้ป่วยต้องการจะเสียชีวิตเร็วกว่าการตายตามธรรมชาติ ผู้ป่วยก็สามารถฆ่าตัวตายเองได้ ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม (ด้วยการอดอาหารและน้ำ) ไม่ควรให้รัฐหรือแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อย่างไรก็ตาม การพิจารณาประเด็นนี้ในเชิงนโยบายต้องกระทำอย่างระมัดระวัง เพราะ (1) การฆ่าตัวตายสร้างต้นทุนให้กับสังคม เช่น ต้นทุนในการจัดเก็บศพ ต้นทุนในการทำความสะอาดสถานที่ และต้นทุนทางด้านอารมณ์และสุขภาพจิตของผู้ที่รับทราบถึงการฆ่าตัวตายของผู้อื่น เป็นต้น (2) การไม่ออกกฎหมายการุณยฆาตเพื่อให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเองเป็นการกีดกันและลิดรอนสิทธิผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดทางกายภาพซึ่งไม่สามารถฆ่าตัวตายด้วยตัวเองได้ (ทั้งที่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อาจต้องการการุณยฆาตมากที่สุด) และ (3) การพยายามฆ่าตัวตายอาจสร้างความทุกข์ทรมาน หากฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เพราะอาจก่อให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มเติมและทำให้การตายของผู้ป่วยเป็นการตายช้าๆ อย่างทรมาน ลดคุณภาพชีวิต และลดศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ซึ่งอาจไม่ใช่ผลลัพธ์ที่สังคมต้องการ

การพิจารณากฎหมายการุณยฆาตอาจแยกออกเป็น (1) มุมมองภายใต้กรอบแนวคิดจริยศาสตร์ กับ (2) มุมมองภายใต้กรอบแนวคิดทางศาสนา ในขณะที่การศึกษาด้านจริยศาสตร์จะยังมีข้อถกเถียงถึงความเหมาะสมของการุณยฆาต เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นที่สังคม “ยอมรับได้” แต่การศึกษาด้านจริยศาสตร์ก็มักจะสรุปว่าทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ มีความแตกต่างกันน้อยมาก ในขณะเดียวกัน การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับศาสนามีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต ตัวอย่างของการศึกษาในมุมมองของศาสนาพุทธ ได้แก่

- การศึกษาของ Lecso (1986) อธิบายว่าศาสนาพุทธไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต เพราะมองว่าเทียบเท่ากับการฆ่าตัวตายโดยเจตนาซึ่งเป็นบาป
- การศึกษาของ Keown and Keown (1995) เปรียบเทียบศาสนาพุทธกับศาสนาคริสต์ และระบุว่าทั้งสองศาสนาไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต เพราะต่างก็สอนให้คนเคารพต่อชีวิต (Sanctity of Life)

- การศึกษาของ Perrett (1996) มองว่า แม้ว่าศาสนาพุทธโดยทั่วไปจะไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต แต่ศาสนาพุทธมีด้วยกันหลายนิกาย และแต่ละนิกายก็มีมุมมองที่แตกต่างกันในเรื่องความตาย อย่างไรก็ตาม ทุคนิกายของศาสนาพุทธต่อต้านการุณยฆาตในระดับที่น้อยกว่าศาสนาคริสต์ เพราะศาสนาพุทธเชื่อในการกลับมาเกิดใหม่และเชื่อว่าความตายเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ในขณะที่ศาสนาคริสต์เชื่อว่าคนมีเพียงชีวิตเดียวและการฆ่าตัวตายไม่ใช่คำสั่งสอนของพระเจ้า และ
- การศึกษาของ Keown (2005) ชี้ให้เห็นถึงความซับซ้อนของศาสนาพุทธ โดยอธิบายว่าศาสนาพุทธไม่เห็นด้วยกับการุณยฆาต แต่ในขณะเดียวกัน ศาสนาพุทธก็มองว่าการปฏิเสธการรักษาเพื่อยื้อชีวิตที่ไม่สามารถดำรงอยู่ต่อไปได้แล้วก็ไม่ใช่เรื่องที่จำเป็น การปฏิเสธการรักษาเมื่อไม่สามารถรักษาได้แล้วจึงไม่ใช่เรื่องผิดศีลธรรมตามหลัก “ทางสายกลาง” หากแต่ในกระบวนการดังกล่าว ศาสนาพุทธก็ยังไม่เห็นด้วยกับการให้ผู้ป่วยอดข้าวอดน้ำ เพราะมองว่านั่นคือวิธีการทางอ้อมในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี ในขณะที่วรรณกรรมด้านศาสนาพุทธข้างต้นจะมีข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่าการุณยฆาตเป็นเรื่องผิดศีลธรรม แต่การศึกษาทั้งหมดก็ใช้เพียงกรอบของศีล 5 เท่านั้น ทั้งที่คำสั่งสอนของศาสนาพุทธละเอียดอ่อนเกินกว่าที่จะมีบทสรุปในประเด็นดังกล่าวที่เป็นความจริงโดยสมบูรณ์ (Whole Truth) การศึกษาของ Perrett (1996) ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่าการุณยฆาตจะไม่สอดคล้องกับคำสั่งสอนของศาสนาพุทธในภาพรวม แต่การศึกษาของศาสนาพุทธนิกายมหายานก็ได้มีการระบุถึงกรณีที่มีการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่ “ยอมรับได้” ด้วยถือว่าเป็นพิธีกรรมทางศาสนารูปแบบหนึ่ง และชีวิตก็ไม่ใช่ว่าจะเป็นจริง หากแต่เป็นรูปแบบของการชดใช้กรรมเพื่อไปสู่นิพพาน ตัวอย่างในการศึกษาของ Perrett (1996) ได้แก่ กรณีของพระทิก กวาง ตี้ก (Thich Quàng Đức) ที่เผาตัวเองจนมรณภาพเพื่อประท้วงความไม่เท่าเทียมกันทางศาสนาในเวียดนาม และ กรณีของพระญี่ปุ่นที่กระทำการเซ็ปปุกุ (Seppuku) หรือฮารากิри (Harakiri) คว้านท้องฆ่าตัวตายเพื่อความเจริญของศาสนา การศึกษาในประเทศไทย (ซึ่งจะกล่าวถึงในรายละเอียดในบทถัดไป) ก็ได้มีการกล่าวถึงกรณีการฆ่าตัวตายที่พระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงดำหนิเช่นกัน การศึกษาของพระมหาสุรชัย ขยาภิวัตมโน (2560) และการศึกษาของณัฏฐิ์ ศรีดี (2560) พบว่า คัมภีร์ทางพุทธปรัชญาเถรวาทมีการกล่าวถึงกรณีของพระฉันทะเถระและพระโคธิกะเถระ ซึ่งทั้งคู่อาพาธหนักและได้ฆ่าตัวตายหลังจากได้บรรลุประอรหันต์แล้ว โดยเห็นว่าการฆ่าตัวตายดังกล่าวเป็นการตัดกิเลสของผู้ที่อบรมปัญญาดีมาก จนจิตได้พ้นจากอาสวะกิเลสแล้ว ไม่ได้มีเจตนาในทางไม่ดี (โลภะ โทสะ โมหะ) ในการยุติชีวิต และเมื่อจิตมีความบริสุทธิ์อย่างแท้จริง การฆ่าตัวตายจึงไม่ใช่ปาณาติบาต

โดยสรุป ในแง่คุณค่า การประเมินว่ากฎหมายการุณยฆาตเหมาะสมหรือไม่นั้นจะต้องแยกพิจารณาระหว่างมุมมองทางจริยศาสตร์กับมุมมองทางศาสนา เพราะทั้งสองมุมมองอาจมีแนวคิดในเรื่องชีวิตและความตายที่ไม่เหมือนกัน (Secular Doctrine versus Religious Doctrine of the Sanctity of Life) และควรพิจารณาถึงความซับซ้อนขององค์ความรู้ในทั้งสองมุมมองอย่างถี่ถ้วน



### บทที่ 3

#### การปฏิสัมพันธ์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของประเทศไทย

เนื้อหาในบทนี้เป็นการพิจารณาถึงวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย เพื่อประมวลองค์ความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของวรรณกรรมที่ต้องเติมเต็มต่อไปในอนาคต หากจะให้สังคมพิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตอย่างรอบคอบ

#### 3.1 การคัดเลือกวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยมีการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวกับทางเลือกในการยุติชีวิตอยู่พอสมควร ที่มาของบทความที่รวมอยู่ในการศึกษานี้ ได้แก่ ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) โดยการระบุบทความวิจัยและบทความวิชาการในฐานข้อมูล TCI กระทำโดยการสืบค้นบทความที่มีชื่อ (Title) หรือ มีคำสำคัญ (Keywords) ที่ครอบคลุมทางเลือกในการยุติชีวิตทุกรูปแบบ ดังนี้

- “สิทธิการตาย” “สิทธิที่จะตาย” “Rights to Die”
- “การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต” “การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิต” “End-of-life Decisions”
- “การุณยฆาต” “ปราณียฆาต” “Euthanasia”
- “การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์” “แพทยานุเคราะห์ฆาต” “Assisted Dying” “Assisted Death” “Assisted Suicide”
- “การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น” “Aggressive Palliative Care” “Palliative Sedation” “Terminal Sedation”
- “การดูแลแบบประคับประคอง” “การดูแลระยะสุดท้าย” “Palliative Care” “End-of-life Care” “Hospice Care”
- “การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต” “มาตรา 12” “พินัยกรรมชีวิต” “Non-Treatment Decisions” “Advance Directives” “Living Will”

จากการสืบค้นฐานข้อมูล TCI ณ วันที่ 1-12 ธันวาคม 2562 พบว่า เมื่อคัดบทความที่ซ้ำกันออกไปแล้ว บทความที่มีชื่อหรือคำสำคัญที่เกี่ยวข้องมีจำนวนทั้งสิ้น 109 ชิ้น และเมื่อคัดกรองเฉพาะบทความที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานี้โดยตรงด้วยการพิจารณาบทคัดย่อ (Abstract) อย่างละเอียด พบว่า จำนวนบทความที่เกี่ยวข้องจะเหลือ 13 ชิ้น รายละเอียดของกระบวนการคัดเลือกวรรณกรรมเพื่อรวมไว้ในการศึกษานี้ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 กระบวนการคัดเลือกบทความวิจัยและบทความวิชาการในฐานะข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย

คำสำคัญ	บทความทั้งหมด	บทความที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
“สิทธิการตาย”/ “สิทธิที่จะตาย”/ “Rights to Die”	1	1	ไม่ได้คัดออก แต่มีข้อสังเกตว่าเนื้อหาของบทความนี้เกี่ยวข้องกับสิทธิตามกฎหมายในการไม่รับบริการสาธารณสุข (มาตรา 12) และไม่เกี่ยวข้องกับการนิยาม “สิทธิการตาย” ในเชิงปรัชญาสังคม
“การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิต”/ “การตัดสินใจในระยะสุดท้ายของ ชีวิต”/ “End-of-life Decisions”	2	1	บทความที่คัดออกมี 1 บทความ เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับแนวทางปฏิบัติในคลินิกเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับการปฏิเสธการรักษาโดยผู้ป่วยระยะสุดท้าย
“การุณยฆาต”/ “ปราณียฆาต”/ “Euthanasia”	7	5	บทความที่คัดออกมี 2 บทความ โดยบทความหนึ่งเกี่ยวข้องกับการุณยฆาตในเด็ก ถูกคัดออกเนื่องจากการศึกษาเรื่องการุณยฆาตในเด็กมีประเด็นการถกเถียงทางวิชาการที่แตกต่างจากการุณยฆาตของผู้ใหญ่ วรรณกรรมในต่างประเทศจึงทำการศึกษาเรื่องนี้แยกออกไปต่างหาก อีกบทความหนึ่งเกี่ยวข้องกับ “การุณยฆาต” ในยูคานาซี ถูกคัดออกเนื่องจาก (1) บริบทในการศึกษาของบทความมีลักษณะเฉพาะ และ (2) นิยามของคำว่า “การุณยฆาต” ที่ใช้ในบทความไม่ใช่นิยามที่ถูกต้อง เพราะไม่ใช่การยุติชีวิตโดยสมัครใจ
“การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของ แพทย์”/ “แพทยานูเคราะห์ฆาต”/ “Assisted Dying”/ “Assisted Death”/ “Assisted Suicide”	0	0	
“การดูแลแบบประคับประคองอย่าง เข้มข้น”/ “Aggressive Palliative Care”/ “Palliative Sedation”/ “Terminal Sedation”	0	0	
“การดูแลแบบประคับประคอง”/ “การ ดูแลระยะสุดท้าย”/ “Palliative	93	0	ที่จริงแล้ว บทความที่มีคำสำคัญที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีทั้งสิ้น 97 บทความ แต่มีบทความที่ซ้ำกับหมวด “Living Will” (แถวถัดไป) 4 บทความ ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

คำสำคัญ	บทความทั้งหมด	บทความที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
Care” / “End-of-life Care” / “Hospice Care”			<p>งานวิจัยที่เหลือทั้งหมดอีก 93 ชิ้น แบ่งเป็นหมวดหมู่ได้ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มที่ 1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนิยามของความทุกข์ทรมาน และการประเมินระดับของความทุกข์ทรมานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้าย งานวิจัยในกลุ่มนี้เน้นการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลแบบประคับประคองเป็นหลัก (5 บทความ)</li> <li>• กลุ่มที่ 2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ และการตัดสินใจในประเด็นต่างๆ ของผู้ป่วยระยะสุดท้าย อันรวมถึงสถานที่และรูปแบบของการเสียชีวิต (ทั้งนี้ ไม่มีงานวิจัยใดเลยในกลุ่มนี้ที่ถามว่าผู้ป่วยต้องการเร่งหรือยืดการเสียชีวิตของตนหรือไม่) งานวิจัยในกลุ่มนี้เน้นการสำรวจ พรรณนา และทำความเข้าใจถึงความนึกคิดของผู้ป่วย (6 บทความ)</li> <li>• กลุ่มที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองของผู้ดูแล ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงบทเรียนที่ได้จากการสังเกตการณ์การดูแล หรือจากการดูแลแบบประคับประคองโดยตรง งานวิจัยในกลุ่มนี้เน้นการทำความเข้าใจถึงปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องทางสายเลือดกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย และประเมินทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองจากมุมมองของบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ป่วยเอง (11 บทความ)</li> <li>• กลุ่มที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมในการตายของผู้ป่วย และบทบาทของญาติ บุคลากรทางการแพทย์ และสถานพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้ งานวิจัยในกลุ่มนี้เป็นการศึกษาช่วงเวลาก่อนตายของผู้ป่วย เพื่อสร้างข้อเสนอถึงกระบวนการที่จะทำให้เกิด “การตายดี” โดยระบุหน้าที่ที่พึงกระทำของบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม (10 บทความ)</li> <li>• กลุ่มที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ (Knowledge) ความสามารถ (Competency) และทัศนคติ (Perception) ของบุคลากรทางการแพทย์หรือนักศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องในด้านการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงแนวทางปฏิบัติที่พึงกระทำในกระบวนการดูแลแบบประคับประคองของแต่ละวิชาชีพ งานวิจัยในกลุ่มนี้เป็นการศึกษากระบวนการดูแลแบบ</li> </ul>

คำสำคัญ	บทความทั้งหมด	บทความที่เกี่ยวข้อง	หมายเหตุ
			<p>ระดับประคองของบุคลากรทางการแพทย์ และการหาแนวทางพัฒนากระบวนการดังกล่าว (24 บทความ)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• กลุ่มที่ 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบหรือรูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งในระดับพื้นที่หรือในระดับประเทศ ซึ่งรวมถึงทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ โดยอาจมีการทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศในบางกรณีด้วย งานวิจัยในกลุ่มนี้เป็นการศึกษากระบวนการดูแลแบบประคับประคองเช่นกันกับกลุ่มที่ 5 แต่แตกต่างกันตรงที่ (1) หน่วยการวิเคราะห์ของงานวิจัยกลุ่มนี้เป็นชุมชน พื้นที่ หรือประเทศ ไม่ใช่บุคคล และ (2) เนื้อหาของงานวิจัยเหล่านี้เป็นการพรรณนาหรือวิเคราะห์ระบบการจัดการ ไม่ใช่การพิจารณาถึงความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ (35 บทความ)</li> <li>• กลุ่มที่ 7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก (2 บทความ)</li> </ul> <p>บทความทั้งหมดถูกคัดออก เนื่องจากไม่ได้มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตโดยตรง และไม่มีบทความใดเลยที่ทำการเปรียบเทียบการดูแลแบบประคับประคองกับทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ หรือกระทั่งพิจารณาว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งในการยุติชีวิต</p>
“การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต”/ “มาตรา 12”/ “พินัยกรรมชีวิต”/ “Non-Treatment Decisions”/ “Advance Directives”/ “Living Will”	6	6	ในจำนวน 6 บทความนี้ มี 4 บทความที่มีคำสำคัญว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” รวมอยู่ด้วย
รวม	109	13	

### 3.2 องค์ความรู้ด้านทางเลือกในการยุติชีวิตในประเทศไทย

การศึกษาทั้งหมดในประเทศไทยพิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วย 2 ทางเลือกเป็นหลัก ได้แก่ (1) การรณฆาต และ (2) การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต ผ่านหนังสือแสดงเจตนาไม่รับบริการสาธารณสุข เพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือพินัยกรรมชีวิต นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่มีการกล่าวถึงการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; อรรัมภา ไวยมุขี และคณะ, 2562) แต่เป็นการพิจารณาการกระทำดังกล่าวจากมุมมองทางกฎหมายเท่านั้น (ว่าถูกกฎหมายหรือไม่) ไม่มีการอธิบายถึงกระบวนการ หรือการกล่าวถึงในเชิงปรัชญาหรือเชิงคุณค่าว่าแตกต่างจากทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ อย่างไร เนื้อหาของบทความทั้งหมดได้สรุปไว้ในตารางที่ 3.2 โดยสามารถจัดหมวดหมู่ขององค์ความรู้ในประเทศไทยได้ ดังนี้

#### สถานะทางกฎหมายของทางเลือกในการยุติชีวิต

การศึกษาในประเทศไทยระบุว่าทางเลือกในการยุติชีวิตในรูปแบบต่างๆ มีสถานะทางกฎหมายที่แตกต่างกัน

**การรณฆาต** ในปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับการทำการรณฆาต และตามประมวลกฎหมายอาญาแล้ว การทำการรณฆาตนับว่าผิดกฎหมายอาญามาตรา 288 (หรือ 289 หากกระทำต่อบุพการี หรือมีการไตร่ตรองไว้ก่อน) เทียบเท่ากับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แม้ว่าการฆ่าดังกล่าวจะเกิดจากการร้องขอของผู้ถูกฆ่า และมีมูลเหตุจูงใจ (Motive) ที่ดี อย่างไรก็ตาม มูลเหตุจูงใจก็ไม่ใช่องค์ประกอบความผิดตามกฎหมายอาญาไทย จึงไม่สามารถอ้างมูลเหตุจูงใจให้พ้นผิดได้ (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; อรรัมภา ไวยมุขี และคณะ, 2562)

ทั้งนี้ สถานะทางกฎหมายและความผิดของการทำการรณฆาตภายใต้กฎหมายไทยแตกต่างจากกฎหมายของประเทศอื่นๆ มีบางประเทศในโลกที่รองรับการรณฆาตในทางกฎหมาย เช่น เนเธอร์แลนด์ แคนาดา และเบลเยียม เป็นต้น (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) และมีบางประเทศในโลก ที่แม้ว่าจะยังไม่มีกฎหมายการรณฆาต แต่ก็ได้ระบุนความผิดของการกระทำการรณฆาตไว้อย่างแตกต่างจากการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา อรรัมภา ไวยมุขี และคณะ (2562) ได้ศึกษากฎหมายเยอรมัน และพบว่ากฎหมายเยอรมันได้ระบุโทษของการฆ่าผู้อื่นไว้ละเอียดกว่ากฎหมายไทย โดยมีการกำหนดมาตราขึ้นมาเป็นพิเศษ (มาตรา 216) ว่าด้วยการทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอซึ่งมีโทษเบากว่าความผิดฐานฆ่าคนตายโดยเจตนาอื่น

**การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์** ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ความผิดทางอาญาของการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์สามารถอนุมานได้จากกฎหมายในประเทศใกล้เคียง ตามประมวลกฎหมายอาญา

ผู้ที่ฆ่าตัวตายแล้วไม่ตายไม่มีความผิดทางอาญา (และไม่นับเป็นความผิดฐานพยายามฆ่า ตามมาตรา 288 ประกอบมาตรา 80) (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) และผู้ที่ฆ่าตัวตายแล้วตายก็ไม่มีความผิด เพราะประเทศไทยไม่มีการบัญญัติกฎหมายลงโทษการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายในสถานะที่ผู้ฆ่าตัวตายมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ก็ต้องไม่มีความผิดด้วยเช่นกัน (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; อรรถิมา ไวยมุกข์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับการตีความของ ดวงเด่น นาคสีหราช (2561) ที่มองว่า “การฆ่าตัวตายในประเทศไทยเป็นเสรีภาพ”

กรณีเดียวที่จะสามารถระบุนความผิดอาญาของการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ได้ คือ ความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 293 ที่ระบุถึง “การช่วยเหลือหรือยุยงเด็กอายุยังไม่เกินสิบหกปี หรือผู้ซึ่งไม่สามารถเข้าใจว่าการกระทำของตนมีสภาพหรือสาระสำคัญอย่างไร หรือไม่สามารถบังคับการกระทำของตนได้ฆ่าตัวตาย” (อรรถิมา ไวยมุกข์ และคณะ, 2562)

**การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต** การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตโดยการทำ “พินัยกรรมชีวิต” (Living Will) นับเป็นทางเลือกในการยุติชีวิตรูปแบบเดียวที่ได้รับการรองรับภายใต้กฎหมายไทย มีการระบุไว้ในมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่า “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง” (จินตนา สุวิทวัส, 2562; ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2558; อรรถิมา ไวยมุกข์ และคณะ, 2562; อารยา เนื่องจำนงค์, 2560)

ในการรับบริการทางการแพทย์ใดๆ ผู้ป่วยทุกคนในประเทศไทยจะต้องได้รับคำอธิบายจากบุคลากรทางการแพทย์จนเข้าใจลักษณะของบริการแล้ว และมี “สิทธิที่จะเลือก” กล่าวคือ สิทธิที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธบริการประเภทใดประเภทหนึ่งก็ได้ โดยหากเลือกที่จะรับบริการ ผู้ป่วยก็ต้องแสดงความยินยอมที่เรียกว่า “ความยินยอมที่ได้รับคำอธิบายแล้ว” (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) “สิทธิที่จะเลือก” นี้มีผลในทุกสถานะของผู้ป่วย รวมถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การ “เลือก” ไม่รับบริการทางการแพทย์จึงเป็นสิทธิที่กฎหมายคุ้มครอง สอดคล้องกับหมวด 3 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย (จินตนา สุวิทวัส, 2562)

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข หรือพินัยกรรมชีวิต เป็นการแสดงความประสงค์ในการใช้ “สิทธิที่จะเลือก” อย่างเป็นทางการและเป็นเอกสารที่มีข้อผูกพันทางกฎหมาย “พินัยกรรมชีวิต” จึงต้องกระทำเมื่อผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และจะมีผลบังคับใช้เมื่อผู้ทำหนังสือ

อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือในภาวะที่ไม่อาจแสดงเจตนาได้ด้วยตนเองแล้ว ทั้งนี้ มาตรา 2 ของ กฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ สาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยุติการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 ระบุว่า “วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายถึง “ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ และผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้รับผิดชอบการรักษาได้วินิจฉัยจากการ พยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่าภาวะนั้นนำไปสู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้ จะถึง และให้หมายความรวมถึงภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาด ความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวรโดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึงการ รับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น” นิยามข้างต้นนี้ในทางการแพทย์ เรียกว่า “สภาพผัก ถาวร” (Persistence Vegetative State) (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2558; อร รัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, 2562; อารยา เนื่องจำนงค์, 2560)

การกำหนดให้มี “พินัยกรรมชีวิต” และการระบุนิยามที่ชัดเจนของ “วาระสุดท้ายของชีวิต” อันเป็นการ กำหนดช่วงเวลาพิณัยกรรมชีวิตส่งผลนั้นเป็นไปเพื่อกำหนดคุ้มครองบุคลากรทางแพทย์ ตามปกติแล้ว บุคลากรทาง แพทย์ในสถานบริการของรัฐ หรือให้บริการในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่มีสิทธิปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยไม่มีเหตุสมควรในทุกกรณี (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) แต่เมื่อกฎหมายกำหนดให้ผู้ป่วยแสดงเจตนาไม่ ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขผ่านพินัยกรรมชีวิตได้ บุคลากรทางแพทย์ที่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิตใน ช่วงเวลาที่สอดคล้องกับนิยาม “วาระสุดท้ายของชีวิต” ข้างต้น ก็พึงได้รับการคุ้มครองให้ไม่มีความผิดฐาน ทอดทิ้งผู้ป่วยตามมาตรา 307 แห่งประมวลกฎหมายอาญา (อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ, 2562)

หากตีความตามกฎหมายแล้ว เมื่อผู้ป่วยได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขเป็นลาย ลักษณะอักษรไว้แล้ว แพทย์ต้องเคารพสิทธิผู้ป่วยและต้องยุติการรักษาที่เป็นไปเพื่อยุติการตายหรือเพื่อยุติการ ทรมานจากการเจ็บป่วย (จินตนา สุวิทวัส, 2562) แต่ยังคงอาจให้การดูแลแบบประคับประคองที่ไม่ได้มี วัตถุประสงค์เพื่อยุติการตายได้อยู่ (แสง บุญเฉลิมวิภาส, 2558) ทั้งนี้ สิทธิในการปฏิเสธการรักษาได้รับการ ตีความให้ชัดเจนขึ้นโดยศาลปกครองสูงสุด ในคดีหมายเลขแดงที่ พ. 11/2558 โดยศาลรับรองว่า “สิทธิในการ ปฏิเสธการรักษาเป็นการกระทำที่ชอบด้วยกฎหมาย ... มีผลทำให้แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว ... (สิทธินี้เป็น) สิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะได้ตายตามธรรมชาติ (และ) ... เป็นการ แสดงสิทธิในชีวิตและร่างกาย และไม่ใช่ว่าการกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของ ประชาชน” (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561) อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศไทยไม่ได้กล่าวถึงกรณีที่บุคลากร ทางแพทย์ไม่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วย ไม่มีการตีความว่า เป็นการละเมิดสิทธิหรือไม่ และมีความผิดหรือไม่ อย่างไร

**การตัดสินใจและปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**

วรรณกรรมในประเทศไทยได้ทำการศึกษาถึงการตัดสินใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และการตัดสินใจยุติหรือปฏิเสธบริการสาธารณสุข (โดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ป่วยจะทำหนังสือไว้ก่อนหรือไม่ก็ตาม) ไว้พอสมควร อีกทั้ง ยังได้ระบุถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจดังกล่าวด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้งหมดมีขอบเขตการศึกษาที่จำกัดอยู่แค่ในระดับชุมชนหรือระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่มีการศึกษาใดเลยในปัจจุบันที่ทำการสำรวจในระดับประชากร ผลของการศึกษาจึงไม่ใช่ตัวแทนของประชากร

อย่างไรก็ดี การศึกษามีข้อพบที่น่าสนใจ บทความที่พิจารณาการตัดสินใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีด้วยกัน 3 ชิ้น มีบทสรุปเกี่ยวกับระดับความตั้งใจในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ดังนี้

- พศิน ภูริธรรมโชติ (2560) ศึกษาทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบรปือ จำนวน 70 คนในช่วงเดือนสิงหาคม 2557 พบว่า ร้อยละ 61.4 และร้อยละ 37.1 ของกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิตในระดับปานกลางและระดับสูง ตามลำดับ และร้อยละ 57.1 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเขียนพินัยกรรมชีวิตในอนาคต
- ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร์ (2561) ศึกษาทัศนคติต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ อายุระหว่าง 20-80 ปี จำนวน 30 คน พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเห็นข้อดีของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่เกือบทั้งหมดยังไม่ได้เขียนหนังสือดังกล่าว และเห็นว่าเวลาที่เหมาะสมต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข คือ ช่วงอายุประมาณ 60-70 ปี หรือช่วงที่เริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรง
- รุ่งมณี พุกไพจิตร และคณะ (2561) ศึกษาการตัดสินใจเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยทหารผ่านศึก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอัมพาตของโรงพยาบาลทหารผ่านศึกจำนวน 40 คน พบว่า แม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 40 คนจะยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่ก็แสดงออกซึ่งความต้องการในการทำหนังสือดังกล่าว โดยบริการสาธารณสุขที่ผู้ป่วยทหารผ่านศึกต้องการที่จะปฏิเสธมากที่สุด คือ การบริการที่ทำให้เจ็บปวดหรือทรมานมาก (ได้แก่ การช่วยพื้นคืนชีพ และการใส่ท่อช่วยหายใจ)

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในทุกการศึกษาข้างต้นมีทัศนคติที่ดีต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และแสดงออกซึ่งความประสงค์จะเขียนหนังสือดังกล่าวในอนาคต หากแต่สัดส่วนของผู้ที่ได้ทำหนังสือดังกล่าวไว้แล้วนั้นว่าน้อยมาก เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข พบว่า สามารถประมวลได้ ดังนี้



- (1) ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาของ ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561) และ รุ่งมณี พุกไพจิตร และคณะ (2561) พบว่าความเชื่อทางศาสนามีผลเชิงบวกต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในกลุ่มตัวอย่างของทั้งสองการศึกษา โดยผู้ป่วยและครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธส่วนใหญ่มีความเชื่อที่เอื้อต่อการเข้าใจและยอมรับการตาย จึงแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับการรักษา หากอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว
- (2) ทศนคติและการสื่อสารในครอบครัว การศึกษาของ ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561) พบว่าทศนคติของครอบครัวอาจส่งผลเชิงลบต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข โดยการเขียนหนังสือดังกล่าวมักถูกมองว่าเป็นกลางไม่ดี เสมือนเป็นการสาปแช่ง จึงไม่ได้รับการยอมรับจากคนในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข
- (3) ความรู้ที่เกี่ยวกับหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข การศึกษาของ พศิน ภูริธรรมโชติ (2560) การศึกษาของ รุ่งมณี พุกไพจิตร และคณะ (2561) และการศึกษาของ ชนิกันต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561) พบว่า การศึกษาในเรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขยังมีอยู่น้อยมากในสังคมไทย ส่งผลให้ประชาชนมีการรับรู้และมีความรู้เกี่ยวกับประเด็นดังกล่าวน้อยมาก และพบด้วยว่า ในกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ถึงมาตรา 12 ส่วนใหญ่ก็ยังไม่มีความรู้ว่าควรเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอย่างไร และควรให้ใครเก็บหนังสือไว้ การปราศจากซึ่งความรู้นี้ส่งผลให้อัตราการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในสังคมไทยต่ำกว่าความต้องการของประชาชน อาจมองได้ว่าเป็นความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Needs) ประการหนึ่งในสังคมไทย

นอกเหนือจากการศึกษาข้างต้นที่มีหน่วยการวิเคราะห์เป็นผู้ป่วย การศึกษาของ แสง บุญเฉลิมวิภาส (2558) ยังได้ระบุอุปสรรคในการบังคับใช้หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในมุมมองของบุคลากรทางการแพทย์ โดยระบุว่ายังมีบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่ยังไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่เข้าใจในบทบัญญัติของกฎหมาย หรือ ต้องการทำตามความประสงค์ของญาติที่ต้องการให้แพทย์รักษาผู้ป่วยจนถึงที่สุด นอกจากนี้ แสง บุญเฉลิมวิภาส (2558) ยังได้ระบุถึงกรณีพิพาทระหว่างโรงพยาบาลกับญาติผู้ป่วยกรณีหนึ่งในกรณีนี้ ญาติผู้ป่วยได้แสดงหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่กระทำหลังจากที่โรงพยาบาลได้ใส่เครื่องช่วยหายใจไปแล้ว ในกรณีนี้ ญาติมองว่าโรงพยาบาลต้องเคารพสิทธิของผู้ป่วย ในขณะที่โรงพยาบาลมองว่าการถอดเครื่องช่วยหายใจ เมื่อใส่ไปแล้วนั้นไม่มีการรองรับทางกฎหมาย ทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบังคับใช้หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขยังมีอุปสรรคอยู่ และเป็นประเด็นที่มีความซับซ้อนในเชิงปฏิบัติ

สำหรับบทความที่พิจารณาการตัดสินใจไม่รับบริการสาธารณสุขมีด้วยกัน 2 ชิ้น มีรายละเอียด ดังนี้

- นิการิหิมะ นิจินิการิ และคณะ (2551) ศึกษาการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยไทยมุสลิมที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (แต่ยังไม่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต) ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 375 ราย พบว่า ร้อยละ 83.7-88.2 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่า หากตนเองถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ก็จะตัดสินใจยุติการรักษา ในขณะที่ร้อยละ 6.4-9.3 ตัดสินใจรับการรักษาต่อ ร้อยละ 1.9-5.1 จะปล่อยให้เป็นวิจาร์ณญาณของบุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 1.9-3.5 จะปล่อยให้เป็นวิจาร์ณญาณของครอบครัว ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลของการศึกษานี้เกิดขึ้นก่อนที่มาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 จะมีผลบังคับใช้ การศึกษาจึงไม่มีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพันธกรรมชีวิตโดยตรง
- เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์ และคณะ (2559) ศึกษาความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 22 คน โดยผู้ดูแลหลักที่บ้านเป็นผู้ให้ข้อมูลแทน โดยคำว่า “ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต” ในการศึกษาี้ หมายถึง การมีเป้าหมายในการดูแลรักษาเมื่อผู้สูงอายุมีอาการทรุดหนัก การจากสัณภษณ์ พบว่า มีผู้สูงอายุเพียง 4 ใน 22 รายที่แสดงควมปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ด้วยการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในภาวะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์กับผู้ดูแลหลัก โดย 1 ราย เขียนบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร และอีก 3 ราย ส่งด้วยวาจา โดยทุกคนระบุว่าไม่ปรารถนาให้มีการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เมื่อตนเองมีอาการทรุดหนัก

จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาของบทความ 2 ชิ้นนี้สอดคล้องกับบทความข้างต้นอยู่พอสมควร โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความปรารถนาไม่รับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่มีผู้ที่แสดงเจตจำนงล่วงหน้า้น้อยมากโดยเปรียบเทียบ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจปฏิเสธการรักษา มีดังนี้

- (1) ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาทั้งสองการศึกษาข้างต้น (นิการิหิมะ นิจินิการิ และคณะ, 2551; เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันทน์ และคณะ, 2559) มีกลุ่มตัวอย่างเป็นคนไทยมุสลิม และมีบทสรุปตรงกันว่าความเชื่อทางศาสนาส่งผลต่อทัศนคติต่อความตาย อันส่งผลโดยตรงต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยว่าจะปฏิเสธการรักษาเพื่อปล่อยให้ตนเองตายตามธรรมชาติหรือไม่ อย่างไรก็ดี เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียด จะพบว่า แม้ว่าคนในกลุ่มตัวอย่างจะนับถือศาสนาเดียวกัน แต่ก็อาจมีความเชื่อทางศาสนาในด้านความตายที่แตกต่างกันได้ นิการิหิมะ นิจินิการิ และคณะ (2551) พบว่า ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ตัดสินใจยุติการรักษาระบุว่าตนเองเชื่อว่าอัลลอฮ์เป็นผู้กำหนดทุกอย่าง รวมทั้งความตายของตนด้วย และความตาย (อย่างเป็นทางการ) จะเป็นหนทางไปหาพระเจ้า ในขณะที่เดียวกัน ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ตัดสินใจรับการรักษาต่อเนืองก็มองว่าศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนว่าเมื่อเจ็บป่วยก็ต้องรักษา ดังนั้น การยุติการรักษาถือว่าเป็นบาป ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่าความเชื่อทางศาสนามีความซับซ้อนและอาจส่งผลต่อการตัดสินใจของคนที่นับถือศาสนาเดียวกันในรูปแบบที่หลากหลาย

- (2) การรับรู้ต่อผลลัพธ์ของการรักษาและการพยากรณ์โรค การศึกษาของนิการีหมีะ นิจินิการี และคณะ (2551) พบว่าหากผู้ป่วยรับรู้ว่าจะต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการรักษาในระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มตัดสินใจยุติการรักษามากขึ้น และยังระบุด้วยว่า นอกจากการหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว การปฏิเสธการรักษายังเป็นการตัดตอนความรู้สึกไร้คุณค่า หรือความรู้สึกที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วยอีกด้วย
- (3) การเป็นภาระแก่ครอบครัวและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ การศึกษาทั้งสองการศึกษาข้างต้น (นิการีหมีะ นิจินิการี และคณะ, 2551; เพลินพิศ ฐานีวิฒนา นนธ์ และคณะ, 2559) ชี้ให้เห็นว่าการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตสร้างต้นทุนทั้งในด้านเวลาและเงินให้กับครอบครัวของผู้ป่วย และพบว่า หากผู้ป่วยคาดไว้ว่าตนเองจะสร้างภาระทางการดูแลและการเงิน หรือสร้างความทุกข์แก่ครอบครัว ผู้ป่วยก็จะมีแนวโน้มตัดสินใจยุติหรือปฏิเสธการรักษามากขึ้น

หากพิจารณาวรรณกรรมในส่วนนี้ร่วมกัน จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีความต้องการปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต มีความสนใจในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่ในขณะที่เดียวกัน ก็ยังไม่ได้เขียนหนังสือดังกล่าว สำหรับปัจจัยในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข และปัจจัยในการปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต พบว่า มีส่วนที่ทับซ้อนกันอยู่ เช่น ความเชื่อทางศาสนา และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ผลของปัจจัยที่ทับซ้อนกันนั้นอาจส่งผลต่อการตัดสินใจในแต่ละประเด็นแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภายในครอบครัว ในขณะที่ผู้ป่วยมักจะระบุว่าต้องการปฏิเสธการรักษา และทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เพราะต้องการลดความทุกข์ของคนในครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระการตายของตนเอง แต่กลายเป็นว่าคนในครอบครัวเองอาจเป็นผู้ที่กีดกันไม่ให้ผู้ป่วยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข เนื่องด้วยมองว่าการพูดเรื่องตายเป็นเรื่องไม่ดี จนอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในที่สุด เป็นต้น

นอกจากนี้ วรณกรรมข้างต้นยังชี้ให้เห็นในทางอ้อมด้วยว่าหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขมีประโยชน์ในหลายมิติ โดยเฉพาะประโยชน์ต่อคนในครอบครัวที่ยังต้องมีชีวิตอยู่ต่อไป

- ประการแรก คือ ประโยชน์ในการลดต้นทุนการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตที่เป็นตัวเงิน (Monetary Cost) โดยการรักษาส่วนนี้เป็นการรักษาที่ปราศจากผลผลิตภาพแล้วและมีมูลค่าสูงมาก กระทบต่อครัวเรือนที่มีรายได้น้อยได้ (นิการีหมีะ นิจินิการี และคณะ, 2551; เพลินพิศ ฐานีวิฒนา นนธ์ และคณะ, 2559) การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจึงจะช่วยไม่ให้เกิดต้นทุนในส่วนนี้
- ประการที่สอง คือ ประโยชน์ในการลดต้นทุนทางจิตใจ (Mental Cost) กล่าวคือ การทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขช่วยให้คนในครอบครัวรู้สึกผิด (Guilt) ในการปล่อยให้ผู้ป่วยตายตามธรรมชาติน้อยลง เพราะถือเป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง อีกทั้งยังทำให้ไม่เกิดการ

ทะเลาะเบาะแว้งที่ไม่จำเป็น (ซึ่งก่อให้เกิดต้นทุนทางอารมณ์และจิตใจ) ในหมู่ญาติในการจัดการกับความตายของผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้ หากไม่มีหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขแล้ว กระบวนการของโรงพยาบาลก็ต้องมีการระบุผู้มีอำนาจตัดสินใจแทน ว่าควรจัดการกับผู้ป่วยอย่างไร และถ้าหากระบุผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนไม่ได้ ก็ต้องมีการประชุมในหมู่ญาติ ซึ่งอาจไม่สามารถหาข้อตกลงได้ และผลของการตัดสินใจก็อาจไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยต้องการด้วย และ

- ประการสุดท้าย คือ ประโยชน์ของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขในฐานะที่เป็นเครื่องมือในการสื่อสารกับโรงพยาบาลถึงความประสงค์ของผู้ป่วย การศึกษาของ แสวง บุญเฉลิมวิภาส (2558) ได้ระบุถึงกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขไว้ แต่ญาติได้ตัดสินใจว่าต้องการให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ในกรณีนี้ โรงพยาบาลมองว่าการกระทำดังกล่าวเทียบเท่าการไม่ได้ให้การรักษายาบาล ผู้ป่วยจึงไม่ควรอยู่ในโรงพยาบาล และญาติควรนำผู้ป่วยกลับบ้านไปดูแลเอง (เสมือนว่าหากจะเสียชีวิตในโรงพยาบาล ก็ต้องรับการรักษาอย่างถึงที่สุดเท่านั้น) การปราศจากซึ่งหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขจึงเป็นการซ้ำเติมให้เกิดความทุกข์เพิ่มเติมแก่ญาติ

### คุณค่าและความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาต

การศึกษาในประเทศไทยมีการกล่าวถึงทัศนคติต่อการทำการุณยฆาตในเชิงคุณค่าอยู่พอสมควร การศึกษาทั้งหมดมองไปในทิศทางเดียวกันว่าการุณยฆาตไม่ใช่นโยบายที่เหมาะสมกับประเทศไทย และมีคุณค่าทางศาสนาในเชิงลบ (ก่อให้เกิดบาป) รวมทั้งขัดต่อหลักจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

สำหรับมุมมองด้านจริยธรรมของบุคลากรทางการแพทย์ การศึกษาในประเทศไทยทั้งหมดอ้างอิงถึง “ปฏิญญาแพทยสมาคมว่าด้วยการุณยฆาต” (World Medical Association Declaration on Euthanasia) ของแพทยสมาคมโลก (World Medical Association) ซึ่งระบุไว้ว่า “การกระทำโดยตั้งใจที่จะทำลายชีวิตของผู้ป่วย แม้ว่าจะเป็นการทำตามคำร้องขอของผู้ป่วย หรือญาติสนิทก็ตามถือว่ามีผิดหลักจริยธรรม แต่ไม่รวมถึงการดูแลของแพทย์ที่เคารพต่อความปรารถนาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งประสงค์ที่จะเสียชีวิตตามธรรมชาติ” (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ, 2561; แสวง บุญเฉลิมวิภาส, 2558; อรรัมภา ไวยมุขี และคณะ, 2562) และในการศึกษาของ ดวงเด่น นาคสีหราช (2561) ก็ยังได้มีการกล่าวถึงจรรยาบรรณแพทย์ที่ตั้งอยู่คำปฏิญาณตนที่ว่าจะไม่ให้คำแนะนำหรือการรักษาใดๆ อันเป็นการทำลายชีวิตผู้ป่วย มุมมองด้านจริยธรรมทั้งหมดนี้เป็นมุมมองที่ต่อต้านแนวคิดของการทำการุณยฆาตโดยตรง เพราะการทำการุณยฆาต คือ การร้องขอให้แพทย์เร่งการเสียชีวิตของผู้ป่วยให้เร็วกว่าการตายตามธรรมชาติ

นอกจากนี้ การทำการุณยฆาตยังถือว่าเป็นสิ่งที่ขัดศีลธรรมในแง่พุทธศาสนา เนื่องจากหลักคำสอนของทุกศาสนามีลักษณะคล้ายกันในประเด็นเรื่องการห้ามฆ่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับศาสนาคริสต์ในประเทศไทยมี 1

ขึ้น ได้แก่ วรรณุญ นางงาม และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาจริยธรรมในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ ตามหลักศีลธรรมคาทอลิก วรรณุญ นางงาม และคณะ (2561) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็ไม่เห็นด้วยกับการทำการุณยฆาต เนื่องจากมองว่าเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถเสียก่อน มองว่าการทำการุณยฆาตเป็นการไม่เคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในการรักตนเองและเพื่อนมนุษย์ และมองว่าการเจ็บป่วยเป็นบททดสอบของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของให้คนต่อสู้และเชื่อมั่นในพระองค์ นอกจากนี้ บทบัญญัติของพระเจ้าประการที่ 5 ตามเอกสารของพระศาสนจักรคาทอลิก *Evangelium Vitae* ข้อที่ 65 ยังกล่าวไว้ว่า “การทำการุณยฆาตเป็นการผิดหนักต่อบทบัญญัติของพระเจ้า เพราะการกระทำเช่นนี้เป็นการฆ่าชีวิตมนุษย์ตามอำเภอใจของตน และเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทางศีลธรรม กฎธรรมชาติ และพระวาจาของพระเจ้าที่เขียนไว้ โดยการปฏิเสธไม่ยอมรับตนเอง และการละทิ้งกฎข้อบังคับในเรื่องความยุติธรรมและความรักที่จะต้องปฏิบัติต่อเพื่อนมนุษย์ อีกทั้งยังเป็นการปฏิเสธไม่ยอมรับอำนาจสูงสุดของพระเจ้าเหนือชีวิตและความตาย” (Paul, 1995)

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับศาสนาพุทธในประเทศไทยโดยตรงมี 3 ชิ้น ได้แก่ พัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ (2559) พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561) และพระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ ดวงเด่น นาคสีหราช (2561) และแสงว บัญเฉลิมวิภาส (2558) ที่ไม่ได้ถกเถียงถึงมุมมองของการทำการุณยฆาตในทางพุทธศาสนาโดยตรง แต่ก็กล่าวถึงคุณค่าของชีวิตในมุมมองทางพุทธศาสนาด้วย และมีบทสรุปที่สอดคล้องกับการศึกษาหลัก 3 ชิ้นนี้

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับศาสนาพุทธทั้ง 3 ชิ้นมีการกล่าวถึงบาปของการทำการุณยฆาตในระดับที่แตกต่างกัน การศึกษาของพัทธธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ (2559) ไม่ได้กล่าวอย่างชัดเจนว่าการทำการุณยฆาตเป็นบาปแต่อธิบายว่า ในพุทธศาสนา มนุษย์มีการเวียนว่ายตายเกิดนับครั้งไม่ถ้วน การเกิด แก่ เจ็บ ตาย ในพุทธศาสนาเป็นสิ่งที่อยู่ในกระแสเดียวกันและมีการไหลเลื่อนอยู่ตลอดเวลา การตายจึงเป็นเรื่องธรรมดาและมนุษย์ควรเตรียมพร้อมกับการตายตามความเชื่อของตน ในขณะเดียวกัน การศึกษาของพระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561) และการศึกษาของพระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) กล่าวอย่างชัดเจนว่าการทำการุณยฆาตเป็นบาป โดยพระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561) อ้างอิงถึงพุทธวจนะหนึ่งว่า “ให้บุคคลพึงสละทรัพย์สมบัติเพื่อรักษาอวัยวะ ให้บุคคลพึงสละอวัยวะเพื่อรักษาชีวิต” และ “ตราบไต่ที่ยังมีชีวิตอยู่ ตราบนั่นชีวิตก็ยังมีค่า” และตีความว่าการเร่งเวลาตายเร็วขึ้นแม้จะเพียงแค่วินาทีเดียวก็เป็นบาป ทั้งนี้ พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561) ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการทำการุณยฆาตนั้นเป็นบาป เพราะผิดหลักของศีล 5 ของพระพุทธศาสนา และเพราะเป็นการล่วงละเมิดต่อชีวิตของผู้อื่นโดยเจตนากรรม อันทำให้เกิดการตัดวงจรแห่งกรรมหรือวิบากกรรมที่ผู้ตายต้องเผชิญ ในมุมมองของศีล 5 นั้น พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561) มองว่าหลักการของศีล 5 ไม่ได้ให้ความสำคัญกับเหตุผลทางจริยธรรม แต่เป็นหลักการที่ชี้ชัดว่าสิ่งใดถูกต้องและสิ่งใดผิดต่อหลักธรรมวินัย การล่วงละเมิดหลักการของศีลจึงย่อมมีโทษและบาปกรรม ไม่ว่าจะเจตนาอย่างไร ดังนั้น การทำการุณยฆาต แม้จะกระทำโดยปรารถนาดี ก็ถือเป็นการกระทำที่ประกอบไปด้วยเจตนาที่เป็นอกุศลกรรม เป็นบาป

การศึกษาของพระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) สรุปว่าการทำการุณยฆาตเป็นบาปเช่นกัน แต่ได้อธิบายตามหลักพุทธปรัชญาเถรวาทว่าบาปของการทำการุณยฆาตอาจมีน้อยกว่าการฆ่าตามปกติ พระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) อธิบายว่า การวินิจฉัยปัญหาทางพุทธจริยศาสตร์จะมีเกณฑ์วินิจฉัยหลัก คือ หลักพระธรรมวินัย โดยในกรณีของการทำการุณยฆาตนี้จะหมายถึงศีลข้อที่ 1 ซึ่งตามหลักแล้วการทำการุณยฆาตก็นับว่าผิดศีล อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยปัญหาทางพุทธจริยศาสตร์ยังพิจารณาคุณหรือโทษที่นำมาวิเคราะห์ร่วมว่าบาปหนักหรือเบา โดยมีองค์ประกอบที่ต้องพิจารณามี 3 ประการ ได้แก่ (1) การกำหนดโดยวัตถุ ว่าฆ่ามนุษย์หรือสัตว์ที่ไม่มีความผิดหรือประทุษร้ายแก่ตนหรือไม่ ฆ่ามนุษย์หรือสัตว์ที่มีอุปการคุณแก่ตนหรือไม่ และฆ่ามนุษย์หรือสัตว์ที่มีคุณงามความดีหรือไม่ (2) การกำหนดโดยเจตนา ว่าตั้งใจฆ่าโดยหาเหตุมิได้หรือไม่ ฆ่าด้วยกิเลสตัณหา มีกำลังกล้าหรือไม่ และฆ่าด้วยความพยายามอันร้ายกาจหรือไม่ และ (3) การกำหนดโดยประโยชน์ ว่าความพยายามและวิธีฆ่าสร้างความทรمانมากหรือไม่

พระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) วิเคราะห์ว่าการทำการุณยฆาตอาจบาปน้อยกว่าการฆ่าตามปกติ เนื่องด้วย (1) เจตนาในการฆ่าของการทำการุณยฆาตแตกต่างจากการฆ่าตามปกติ ในกรณีนี้ แพทย์มีเจตนาประกอบด้วยโลภะ โทสะ และโมหะน้อย และไม่ได้กระทำการฆ่าด้วยความพยายามอันร้ายกาจ และ (2) ประโยคหรือความพยายามในการฆ่าของการทำการุณยฆาตแตกต่างจากการฆ่าตามปกติ ในกรณีนี้ แพทย์ไม่ได้ทำให้ผู้ตายเจ็บปวดหรือทรمانก่อนตาย หากแต่ช่วยให้พ้นจากความทรمان การกำหนดระดับบาปโดยเจตนาและโดยประโยชน์จึงชี้ให้เห็นว่าบาปของการทำการุณยฆาตควรจะมีน้อยกว่าการฆ่าตามปกติ ทั้งนี้ พระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า แม้ว่าการทำการุณยฆาตจะมีบาปน้อยกว่า แต่ก็ไม่สอดคล้องกับพุทธปรัชญาเถรวาท

ตารางที่ 3.2 ตารางสรุปองค์ความรู้ของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
อรรัมภา ไวยมุข และคณะ (2562)	การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา : ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย-เยอรมัน	ศึกษาสถานะและพิจารณาถึงความเหมาะสมของกฎหมายอาญาของประเทศไทยและเยอรมันในปัจจุบัน เมื่อนำไปบังคับใช้กับกรณีการรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจ	การวิจัยเอกสาร	-	การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอาญาไทยตามมาตรา 288 หรือ 289 เทียบเท่ากับการฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา แม้ว่ากรณยฆาตจะเกิดจากการร้องขอของผู้ถูกฆ่าเองซึ่งเป็นข้อเท็จจริงที่แตกต่างจาก “การฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา” โดยทั่วไป ในขณะที่เดียวกัน แม้ว่ากฎหมายอาญาเยอรมันจะปฏิเสธความชอบด้วยกฎหมายของการรณยฆาตด้วยหลักคุณธรรมทางกฎหมาย เหมือนกับกฎหมายอาญาไทย แต่การพิจารณาผลทางกฎหมายของการรณยฆาตโดยสมัครใจในประเทศเยอรมันก็นำข้อเท็จจริงที่ว่ากรณยฆาตเกิดจากการร้องขอของผู้ถูกฆ่ามาเป็นองค์ประกอบ ผลทางกฎหมายของกรณยฆาตจึงแตกต่างจากการฆ่าโดยเจตนา	พัฒนากฎหมายอาญาของไทยให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงของการการรณยฆาตโดยสมัครใจ โดยไม่ต้องบัญญัติรับรองความชอบด้วยกฎหมายของความยินยอมของผู้เสียหายในความผิดต่อชีวิต
ดวงเด่น นาคสีหราช (2561)	สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม	1) ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบ 2) ศึกษาหลักเกณฑ์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบ 3) ศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในประเทศไทย	การวิจัยเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง	แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน ผู้ป่วย 1 คน ผู้พิพากษา 1 คน พนักงานอัยการ 1 คน ทนายความ 1 คน เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ 1 คน นิสิตนักศึกษาศึกษา 3 คน	ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า การรณยฆาตเชิงรุกเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในประเทศไทย ทั้งนี้ประเทศไทยมีกฎหมายที่รองรับเฉพาะการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เท่านั้น แต่ผู้ป่วยจะต้องแสดงเจตนาเป็นหนังสือล่วงหน้า ทั้งนี้ กฎหมายไม่ครอบคลุมกรณีแพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายจากการกระทำโดยตรง และไม่ครอบคลุมกรณีผู้ป่วยไม่ได้แสดงเจตนาเป็นหนังสือหรือให้ผู้อำนวยการตามกฎหมายแสดงเจตนาแทนแต่อย่างใด	1) โรงพยาบาลควรมีแนวทางปฏิบัติและจัดฝึกอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 2) ควรแก้ไขกฎหมายมาตรา 12 ให้ญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะได้ 3) หากผู้ป่วยระยะสุดท้ายแสดงเจตนาเป็นหนังสือ

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
		4) ศึกษาทัศนคติและความ คิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง รวมถึง ปัญหาเกี่ยวกับทางปฏิบัติและ ทางกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่าง สงบในจังหวัดมหาสารคาม 5) เสนอแนะแนวทางการ แก้ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิของ ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่าง สงบในจังหวัดมหาสารคาม		ประชาชน 4 คน โดย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด อยู่ในจังหวัด มหาสารคาม	ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงสิทธิในการปฏิเสธการ รักษาตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ส่วน บุคลากรทางการแพทย์มองว่าตนเองมีหน้าที่ในการ ดูแลประคับประคองผู้ป่วยให้ดีที่สุด และถือว่าการุณย ฆาตเป็นสิ่งที่ขัดกับศีลธรรม และกังวลว่าหากให้สิทธิ ในการปฏิเสธการรักษาแก่ญาติ ก็อาจไม่สะท้อน เจตนาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่อาจเป็นการลด ค่าใช้จ่ายหรือเรื่องกองมรดก	บุคลากรทางการแพทย์ก็ควร เคารพสิทธิในชีวิตและร่างกาย ของผู้ป่วย 4) ควรมีการเผยแพร่ความรู้ให้ ประชาชนทราบถึงการแสดง เจตนาในหนังสือล่วงหน้าเป็น ลายลักษณ์อักษร
จินตนา สุวิทวัส (2562)	การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: สิทธิการตายในวาระ สุดท้ายของชีวิต	ศึกษาบทบาทของพยาบาลใน การพิทักษ์สิทธิการตายของ ผู้ป่วยที่มีการรับรองไว้ใน รัฐธรรมนูญ มาตรา 4 และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12	การวิจัยเอกสาร	-	ผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตมีสิทธิการตายตาม ธรรมชาติ กล่าวคือ มีสิทธิปฏิเสธการรักษาที่ชะลอ การตาย รวมถึงมีสิทธิในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยและการรักษาที่ถูกต้อง และการทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงควรตระหนักและ เคารพในสิทธิของผู้ป่วย แม้จะไม่เห็นด้วยกับการ ตัดสินใจของผู้ป่วย	พยาบาลมีหน้าที่ในการพิทักษ์ สิทธิที่จะตายในวาระสุดท้าย ของชีวิตผู้ป่วย โดย (1) เคารพ เอกสิทธิ์ของผู้ป่วยด้วยการให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหนังสือ แสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุขให้แก่ผู้ป่วย (2) ทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในการ สื่อสารความต้องการของผู้ป่วย (3) ดูแลผู้ป่วยอย่างเท่าเทียม กัน
แสวง บุญเฉลิม วิภาส (2558)	การรักษาพยาบาลผู้ป่วย วาระสุดท้าย: ความจริง ทางการแพทย์กับ ขอบเขตทางกฎหมาย	เสนอแนวทางปฏิบัติให้กับ บุคลากรสาธารณสุขในด้านการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยในวาระ สุดท้าย ตามเจตนารมณ์ของ ผู้ป่วยและขอบเขตของ กฎหมาย	การวิจัยเอกสาร	-	แพทย์ส่วนหนึ่งยังไม่เข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วยในการ ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 และแม้จะรับรู้ถึงสิทธิดังกล่าว ก็ ไม่แน่ใจว่าควรปฏิบัติตนอย่างไรในสถานการณ์ที่ ผู้ป่วยมีการเขียน Living Will ไว้แล้ว แต่ญาติต้องการ ให้ทำการรักษาพยาบาลต่อไป	บุคลากรทางการแพทย์ควร พูดคุยกับญาติให้เกิดความ เข้าใจตามความเป็นจริงและให้ ความรู้แก่ญาติเกี่ยวกับการ รักษาแบบประคับประคอง



ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
รุ่งมณี พุกโพธิ์จิตร และคณะ (2561)	การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทวารผ่านศึก	1) อธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อทางศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับความตาย ความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยทวารผ่านศึก 2) อธิบายระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทวารผ่านศึก 3) อธิบายการตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยทวารผ่านศึก	การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้เครื่องมือการสังเกตและแบบสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้ป่วยทวารผ่านศึกที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยอัมพาตของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก จำนวน 40 คน	1) กลุ่มตัวอย่างทุกคนแสดงความจำนงในการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แม้ว่าจะไม่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข 2) เมื่อพิจารณาประเภทของการรักษาพยาบาลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะปฏิเสธบริการที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวดและทรมานมากที่สุด 3) ร้อยละ 51.9 ของผู้ป่วยและครอบครัวที่นับถือศาสนาพุทธ ตัดสินใจยุติการรักษา และร้อยละ 28.6 ต้องการให้แพทย์หรือครอบครัวตัดสินใจแทน	1) ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขให้ผู้ป่วยทวารผ่านศึกทราบมากขึ้น โดยจัดให้ความรู้ข้างเตียงผู้ป่วย 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลทหารผ่านศึกควรมีแนวปฏิบัติในด้านการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขอย่างชัดเจน
ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข และธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561)	ทัศนคติต่อการเขียนแสดงเจตนารมณ์ของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต	1) ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุต่อการเขียนแสดงเจตนารมณ์ในวาระสุดท้ายของชีวิต 2) ศึกษาอุปสรรคต่อการเขียนแสดงเจตนารมณ์ของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต 3) ศึกษาอุปสรรคในการตอบสนองเจตนารมณ์ของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต	การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้ป่วยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ อายุระหว่าง 20-80 ปี จำนวน 30 คน	1) ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนในวาระสุดท้าย ได้แก่ ครอบครัว สังคม ความเชื่อทางศาสนา และประสบการณ์ที่เคยพบเห็นผู้ป่วยในวาระสุดท้าย 2) ประเด็นของวางแผนในวาระสุดท้าย ได้แก่ การจัดการทรัพย์สิน การดูแลรักษาและการช่วยฟื้นคืนชีพ สถานที่และบรรยากาศในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลคนในครอบครัว และการจัดการหลังเสียชีวิต 3) ผู้ให้สัมภาษณ์เกือบทั้งหมดยังไม่ได้เขียนเจตนารมณ์ในวาระสุดท้ายเป็นลายลักษณ์อักษร 4) ผู้ให้สัมภาษณ์เห็นว่าเวลาที่เหมาะสมในการเขียนเจตนารมณ์ คือ ช่วงอายุประมาณ 60-70 ปี หรือเริ่มเจ็บป่วย	บุคลากรทางการแพทย์สามารถสนับสนุนผู้ป่วยในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต และสื่อสารถึงประเด็นเรื่องวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้มีการดูแลรักษาที่ถูกต้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและการสนับสนุนจากครอบครัวในวาระสุดท้ายของชีวิต
พศิน ภูริธรรมโชติ (2560)	ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการ	1) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบประคับประคองและ	การวิจัยเชิงวิเคราะห์ แบบตัดขวาง (เชิงปริมาณ)	ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลบริบือจังหวัดมหาสารคาม	1) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อพินัยกรรมชีวิต ทั้งที่ส่วนใหญ่แล้วไม่เคยรู้จักหรือได้ยินมาก่อน และร้อยละ 57.1 มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำพินัยกรรมชีวิต	1) ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
	ตัดสินใจทำพินัยกรรม ชีวิตของผู้ป่วย โรงพยาบาลบรบือ	ทัศนคติต่อการทำพินัยกรรม ชีวิตของผู้ป่วย 2) ค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการ ตัดสินใจเขียนและไม่เขียน พินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วย		ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 70 คน ในช่วงเวลาตั้งแต่ วันที่ 1-15 สิงหาคม 2557	2) ระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบ ประคับประคองและพินัยกรรมชีวิตและระดับทัศนคติ ต่อพินัยกรรมชีวิตมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำ พินัยกรรมชีวิต 3) ญาติมีบทบาทอย่างมากต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการ การรักษาในระยะสุดท้ายและการเขียนพินัยกรรม ชีวิต	เกี่ยวกับการดูแลรักษาแบบ ประคับประคองและพินัยกรรม ชีวิต 2) ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ รูปแบบและบริบทที่เหมาะสม ของการทำพินัยกรรมชีวิต
นิการิหะ นิจินิ การี และคณะ (2551)	มุมมองเกี่ยวกับการ ตัดสินใจในระยะสุดท้าย ของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ไทยมุสลิมใน 5 จังหวัด ชายแดนภาคใต้	ศึกษาการตัดสินใจในระยะ สุดท้ายของชีวิตตามมุมมองของ ผู้ป่วยไทยมุสลิม และปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ	การวิจัยวิจัยเชิง บรรยาย (คณะผู้วิจัย ใช้การวิจัยแบบผสม)	ผู้ป่วยไทยมุสลิมที่ เจ็บป่วยด้วยโรค เรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ใน ระยะสุดท้าย ที่เข้า รับการรักษาใน โรงพยาบาลใน 5 จังหวัดชายแดน ภาคใต้ จำนวน 375 ราย คัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.7-88.2) คิดว่าหาก ตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว ก็จะตัดสินใจ ยุติการรักษา และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 ระบุว่าการตัดสินใจว่าจะรับการรักษาต่อหรือไม่เกิด จากความเชื่อด้านศาสนาอิสลามเป็นหลัก ตามด้วย ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกเป็นภาระแก่ ครอบครัว และการรับทราบถึงสภาพทางกายภาพ ของตน และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	บุคลากรทางสุขภาพควรให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในกระบวนการรักษาของ ตนเอง และทำความเข้าใจ เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดย สอดคล้องกับคุณค่า ความเชื่อ และความต้องการของตนเองที่ แท้จริง
เพลินพิศ ฐานิ วัฒนานนท์ และคณะ (2559)	ความปรารถนาในช่วง สุดท้ายของชีวิตและ สุขภาพของผู้สูงอายุโรค เรื้อรังในระยะสุดท้าย ตามการรับรู้ของผู้ดูแล	ศึกษาความปรารถนาในช่วง สุดท้ายของชีวิตและสุขภาพ ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะ สุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล	การวิจัยเชิงคุณภาพ	ผู้ดูแลหลัก 22 คนที่ เป็นสมาชิก ครอบครัว และให้ การดูแลผู้สูงอายุโรค เรื้อรัง 22 คนที่เข้าสู่ ระยะสุดท้ายของชีวิต ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	1) ผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง 4 จาก 22 คน มี พินัยกรรมชีวิต (ทั้งด้วยการบอกกล่าวหรือเขียนเป็น ลายลักษณ์อักษร) และได้แสดงเจตนาไม่รับการรักษา ด้วยการฟื้นคืนชีพหรือใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากมี ทัศนคติต่อความตายว่าเป็นไปตามกฎธรรมชาติ 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการสื่อสารในครอบครัว เนื่องจากมีทัศนคติต่อการพูดถึงความตายว่าเป็นการ สาปแช่ง และขาดการสื่อสารกับผู้รักษา 3) การรับรู้ถึงการวินิจฉัยโรคและการดำเนินโรคเป็น ปัจจัยสำคัญของการแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ทั้งนี้	1) ควรจัดให้มีแนวทางการ สื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษา กับผู้สูงอายุ และครอบครัว เกี่ยวกับการดำเนินโรค และจัด ให้มี การ สื่ อ สาร ภายใน ครอบครัวเกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติต่อการตายดี 2) ทีมเยี่ยมบ้านควรสนับสนุน ผู้ดูแลให้การดูแลที่สอดคล้อง กับความเชื่อและคำสอนทาง

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
					ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักขาดการตระหนักรู้ต่อความตาย ขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งจะตระหนักรู้ต่อความตายทันทีเมื่อ ได้รับรู้การวินิจฉัย 4) การขาดการสื่อสารภายในครอบครัวและผู้รักษา ส่งผลให้ผู้ตัดสินใจแทนอาจตัดสินใจไม่ตรงกับความต้องการ ในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ 5) ความเชื่อทางศาสนาช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล เข้าใจและยอมรับการตาย	ศาสนา และขยายบริการการ ดูแลระดับประคองที่บ้านให้ ทั่วถึง
พัทธธีรา วุฒิพงษ์ พัทธ์ (2559)	การดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบ ประคับประคองตาม ความเชื่อทางศาสนา และความต้องการครั้ง สุดท้ายของชีวิต	ผู้เขียนไม่ได้ระบุไว้ แต่เนื้อหา ของบทความเป็นการเสนอแนะ แนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้ายแบบประคับประคอง ในรูปแบบที่พิจารณาความเชื่อ ทางศาสนาและจิตวิญญาณของ ผู้ป่วยและครอบครัวด้วย	การวิจัยเอกสาร	-	การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมต้องอาศัย หลักความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้ทั้งผู้ป่วยและ บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจชีวิตและยอมรับความ ตาย ไม่พยายามที่จะยืดชีวิตไว้โดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ โรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและ ญาติได้กระทำพิธีทางศาสนาตามความเชื่อก่อน เสียชีวิต <u>ศาสนาพุทธ</u> ญาติจะบอกให้ระลึกถึงกรรมดี (“พุทธ โธ”) ไปเรื่อยๆ จนสิ้นลม <u>ศาสนาคริสต์</u> บาทหลวงหรือญาติจะอ่านคัมภีร์ สวด มนต์ อภัยบาปในนามพระเจ้า และเจิมศีลสุดท้ายเพื่อ ส่งวิญญาณ <u>ศาสนาอิสลาม</u> ญาติจะให้บุคคลที่รักและไว้ใจเตือน ผู้ป่วยให้สำนึกผิดและกล่าว “ลาอิลลา ฮะอิลลัลลอฮ์” จนสิ้นลม	1) พยาบาลควรตอบสนองต่อ ความต้องการขั้นพื้นฐานของ ผู้ป่วยด้วยความเอื้ออาทร และ รบกวนเวลาผู้ป่วยให้น้อยที่สุด 2) บุคลากรทางการแพทย์ สามารถเยียวยาจิตใจของผู้ป่วย และญาติได้ ด้วยการสื่อสารที่ เปี่ยมไปด้วยความเมตตา และ พิจารณาความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติ 3) โรงพยาบาลควรยึดหยุ่น กฎระเบียบและข้อจำกัดในการ เยี่ยมที่ปิดกั้นการแสดงออกทาง ศาสนาและจิตวิญญาณ
วรัญญา นางงาม และคณะ (2561)	จริยธรรมที่ส่งเสริมชีวิต ตามหลักศีลธรรม คาทอลิกในโรงพยาบาล เซนต์หลุยส์	1) ศึกษาจริยธรรมในการ ปฏิบัติงานของบุคลากรทาง การแพทย์ โรงพยาบาลเซนต์ หลุยส์	การวิจัยแบบผสม	บุคลากรทาง การแพทย์ โรงพยาบาลเซนต์ หลุยส์ จำนวน 205	บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์มี ความคิดเห็นสอดคล้องกัน ในเรื่องของคุณค่าและ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่มีความเห็นที่แตกต่างกัน ในการทำกรณียฆาต โดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย เพราะ	1) บุคลากรของโรงพยาบาล ควรปฏิบัติหน้าที่อย่างมี จริยธรรม และเพิ่มพูนศีลธรรม

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
		2) ศึกษาจริยธรรมที่ส่งเสริมชีวิตตามหลักศีลธรรมคาทอลิกในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์		คน โดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งประเภทตามสัดส่วน และผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง	มองว่าหลักจริยธรรมทางการแพทย์ต้องช่วยผู้ป่วยอย่างสุดความสามารถ หากละเว้นถือเป็นการฆ่าคน ไม่เคารพศักดิ์ศรีมนุษย์ และไม่เคารพพระเจ้าผู้ทรงชีวิต ซึ่งขัดกับหลักจริยธรรมของโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์	ในตนเอง โดยยึดหลัก Spiritual Care กับผู้ป่วยทุกคน 2) โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ควรพิจารณาทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์ และค่านิยมหลัก ให้สอดคล้องกับหลักศีลธรรมคาทอลิก 3) โรงพยาบาลเซนต์หลุยส์ควรสร้างความเข้าใจให้เกิดการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ทำการุณยฆาต และควรจัดกิจกรรมให้บุคลากรเพิ่มพูนศีลธรรมที่ส่งเสริมชีวิตในเรื่องการุณยฆาต
พระมหาสุรชัย ชยาภิวัตโน (2560)	พุทธจริยศาสตร์ว่าด้วย ปาณาติบาต	1) ศึกษาแนวคิดด้านจริยศาสตร์ในทางพุทธปรัชญาเถรวาท 2) ศึกษากรณีตัวอย่างปัญหาและวิธีการวินิจฉัยด้านจริยศาสตร์ในทางพุทธปรัชญาเถรวาท 3) นำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางแก้ปัญหาสังคมปัจจุบัน	การวิจัยเชิงคุณภาพด้านมนุษยศาสตร์ โดยวิธีวิภาษวิธีและวิธีหาเหตุผลด้วยวิจารณ์ญาณ	-	พฤติกรรมในการฆ่าคนหรือสัตว์นับเป็นปาณาติบาต ซึ่งผิดศีลและก่อให้เกิดบาป ในมุมมองทางพุทธจริยศาสตร์ ผู้เขียนได้วิเคราะห์ตัวอย่างของรูปแบบการฆ่าคนในสังคมปัจจุบัน 3 ตัวอย่าง เพื่อแสดงให้เห็นหลักแนวคิดด้านจริยศาสตร์ในทางพุทธปรัชญาเถรวาท ได้แก่ อัตวินิบาต การุณยฆาต และเพฆฆาตกับนักโทษประหาร โดยอธิบายว่าการกระทำทั้งหมดนี้ผิดศีลและผิดบาปแน่นอน แต่บาปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบร่วม ได้แก่ 1) โดยวัตถุ 2) โดยเจตนา (โลภะ โทสะ โมหะ) และ 3) โดยประโยชน์ (ความพยายามในการฆ่า) โดยองค์ประกอบทั้งสามจะเป็นหลักมนุษยธรรมสำหรับให้ความเป็นธรรมกับเขาว่าจะมีโทษหนักหรือเบา ในกรณีการุณยฆาต ผู้เขียนวิเคราะห์หว่านเป็นบาปน้อย เนื่องจากการฆ่ามีเจตนา	สังคมควรจะต้องปลูกฝังด้านคุณธรรมจริยธรรมตามหลักพระธรรม การเยียวยาปัญหาสังคมต้องอาศัยความร่วมมือเพื่อแสวงหาจุดร่วมในการแก้ปัญหา โดยใช้หลักของความเมตตากรุณา

ผู้เขียน	หัวข้องานวิจัย	วัตถุประสงค์	ระเบียบวิธีวิจัย	กลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
					คือ โลกะ โทสะ โมหะน้อย และมีความพยายามในการฆ่าให้เกิดความทรมาณน้อย บาบของผู้ฆ่า (ในกรณีนี้ คือ แพทย์) จึงน้อยตามไปด้วย	
พระครูอาทรกิจจารักษ์ และคณะ (2561)	ศีล 5 กับปัญหาการรณยฆาต	สะท้อนและให้ข้อคิดเชิงเปรียบเทียบระหว่างการแก้ปัญหาชีวิตด้วยการทำกา รณยฆาตและการป้องกันปัญหาชีวิตก่อนที่จะเกิดการฆ่ากา รณยฆาต ในมุมมองของศีล 5	การวิจัยเอกสาร	-	หลักศีล 5 ของพระพุทธศาสนาถือว่าการรณยฆาตเป็น การล่วงละเมิดต่อชีวิตผู้อื่น และเป็นการตัดวงจรแห่ง กรรมหรือวิบากกรรมที่ผู้ป่วยกำลังได้รับผลอยู่ นับว่า เป็นบาป นอกจากนี้ ผู้เขียนยังประเมินว่าการทำกา รณยฆาตมีโอกาสเติบโตเป็นธุรกิจ ซึ่งเป็นการทำลาย ความมั่นคงของมนุษย์ และส่งเสริมการไร้ซึ่ง มนุษยธรรมในสังคม	หมอ พยาบาล และญาติ ต้องมี เมตตา กรุณา และเข้าใจ ความรู้สึก จึงจะสามารถ ช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตใจได้ และรัฐไม่ควรทำให้การรณยฆาต เป็นเรื่องที่ถูกกฎหมาย

### 3.3 ช่องว่างของการศึกษาในประเทศไทย

จากการปริทัศน์วรรณกรรมข้างต้น พบข้อสังเกต ดังนี้

- การศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วย 2 ทางเลือกเท่านั้น ได้แก่ การทำกรณุณฆาต และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่ไม่มีการถกเถียงหรือวิพากษ์ถึงทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ ได้แก่ การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ การดูแลแบบประคับประคอง และการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) ว่ามีความเหมือนหรือความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับกรณุณฆาตและการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตอย่างไร และมีข้อดี ข้อเสีย และข้อพึงระวังที่แตกต่างกันอย่างไร แตกต่างจากรวบรวมในต่างประเทศที่มีการถกเถียงและเปรียบเทียบทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ อย่างกว้างขวาง
- การใช้คำศัพท์เฉพาะ (Terminology) ของการศึกษาในประเทศไทยเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การศึกษาในประเทศไทยมักจะนิยาม “กรณุณฆาต” ในความหมายกว้าง และแบ่ง “กรณุณฆาต” เป็นหลายประเภท ขึ้นกับบทบาทของแพทย์ที่มีต่อการตายของผู้ป่วยและความสมัครใจในการตายของผู้ป่วย แบ่งได้เป็น (1) กรณุณฆาตเชิงรุกแบบสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia) หมายถึง แพทย์เป็นผู้กระทำการฆ่า โดยความสมัครใจของผู้ป่วย (2) กรณุณฆาตเชิงรุกแบบกึ่งสมัครใจ (Non-Voluntary Active Euthanasia) หมายถึง แพทย์เป็นผู้กระทำการฆ่า โดยผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะตัดสินใจได้ว่าต้องการตายหรือไม่ หรือไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว (3) กรณุณฆาตเป็นเชิงรุกโดยไม่สมัครใจ (Involuntary Active Euthanasia) หมายถึง แพทย์เป็นผู้กระทำการฆ่า โดยผู้ป่วยซึ่งอยู่ภาวะที่ตัดสินใจไม่ได้ ไม่ได้ยินยอม หรือ ไม่ได้แสดงเจตจำนงว่าต้องการจะตาย (4) กรณุณฆาตเชิงรับแบบสมัครใจ (Voluntary Passive Euthanasia) หมายถึง แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยให้ตายโดยไม่ให้การรักษา ตามคำร้องขอของผู้ป่วย และ (5) กรณุณฆาตเชิงรับแบบกึ่งสมัครใจ (Non-voluntary Passive Euthanasia) หมายถึง แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยให้ตายโดยไม่ให้การรักษา โดยผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะตัดสินใจได้ว่าต้องการตายหรือไม่ หรือไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว การศึกษาที่แบ่งทางเลือกในการยุติชีวิตโดยใช้ศัพท์เฉพาะข้างต้น ได้แก่ ฌกามาต ศุภสร และ ลัดดา คำทิพย์ (2557), อรรัมภา ไวยมุกข์ และคณะ (2562), ดวงเด่น นาคสีหราช (2561) และพระครูอาทรกิจจาภิรักษ์ และคณะ (2561)
- อย่างไรก็ตาม ในเนื้อหา การศึกษาในประเทศไทยจะกล่าวถึงเพียงกรณุณฆาตเชิงรุกแบบสมัครใจ (Voluntary Active Euthanasia) อันหมายถึง “กรณุณฆาต” ในการศึกษา และ กรณุณฆาตเชิงรับแบบสมัครใจ (Voluntary Passive Euthanasia) หรือกรณุณฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) ซึ่งในการศึกษานี้ หมายถึง การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต โดยที่การศึกษาในประเทศไทยไม่ได้กล่าวถึงกรณุณฆาตในอีก 3 รูปแบบที่เหลือ แม้จะมีการกล่าวถึงในเนื้อหาของบทความก็ตาม ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การนิยามกรณุณฆาตในความหมายกว้างและการแบ่งกรณุณฆาตออกเป็นหลาย

ประเภทสร้างความสับสนให้กับผู้อ่าน และไม่เป็นสากล ปัจจุบัน วรรณกรรมในต่างประเทศทั้งหมด เลือกลงที่จะใช้การุณยฆาตให้หมายถึงการุณยฆาตเชิงรุกแบบสมัครใจเท่านั้น

- ในแง่มุมทางด้านกฎหมาย การศึกษาในประเทศไทยมีบทสรุปที่ชัดเจนว่าการุณยฆาตเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายอาญา การฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ไม่ใช่การกระทำที่ผิดกฎหมายอาญา และการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตในกรณีที่ผู้ป่วยมีพินัยกรรมชีวิตเป็นการกระทำที่กฎหมายรองรับ แต่การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีกรณีที่ชัดเจนว่า หากแพทย์ไม่ปฏิบัติตามพินัยกรรมชีวิต ไม่ว่าจะเป็นอย่างใดด้วยวิจารณญาณของแพทย์เองหรือการร้องขอจากญาติ แพทย์จะมีความผิดหรือไม่ และนับเป็นการละเมิดสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยหรือไม่ และหากมีความผิด บทลงโทษจะเป็นเช่นใด
- ในแง่มุมด้านจริยศาสตร์ ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับศาสนาพุทธ คริสต์ หรืออิสลาม การศึกษาส่วนใหญ่จะตั้งต้นจากแนวคิดว่าการุณยฆาต (และการปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต) เป็น “ปัญหา” ด้านจริยศาสตร์ นอกจากนี้จะเป็นการกระทำที่เป็นบาปแล้ว ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงความเสื่อมโทรมทางจริยธรรมของคนในประเทศอีกด้วย การศึกษาแทบทั้งหมดมีมุมมองเชิงลบต่อการทำการุณยฆาต และไม่มีกรกล่าวถึงเจตนาในเชิงบวกของการทำการุณยฆาต ยกเว้นงานของพระมหาสุรชัย ชยาภิวฑฒโน (2560) ที่มีการถกเถียงเรื่องการุณยฆาตในเชิงปรัชญาทางสังคมศาสตร์อย่างชัดเจน
- ในด้านข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พบว่า เนื่องด้วยการศึกษาในประเทศไทยไม่มีการพิจารณาทางเลือกในการยุติชีวิตในองค์กรวม และไม่เคยมีการศึกษาในเชิงนโยบายเลย ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาที่ผ่านมาจึงเกี่ยวข้องเฉพาะกับการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและการเสนอปรับเปลี่ยนบทลงโทษของการทำการุณยฆาตเท่านั้น และไม่มีการเสนอทางเลือกอื่นเลย
- ในประเด็นการส่งเสริมการทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นที่น่าสังเกตว่า (1) รูปแบบของข้อเสนอแนะของการศึกษาบางชิ้นไม่มีการระบุประธานของประโยค กล่าวคือ ไม่มีการระบุผู้รับผิดชอบ หรือผู้ที่พึงตอบสนองต่อข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ (2) หากมีการระบุประธานของประโยค ประธานของประโยคเหล่านั้นก็คือบริบทของการศึกษา (Study Settings) ตัวอย่างเช่น งานของพศิน ภูริธรรมโชติ (2560) งานของพัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์ (2559) และงานของ ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561) ก็ได้กล่าวถึงบทบาทของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในสิทธิการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขและการเพิ่มความยืดหยุ่นในการเยี่ยมผู้ป่วยและการทำพิธีกรรมทางศาสนาให้กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ทั้งนี้ ไม่ปรากฏข้อเสนอแนะที่มีการดำเนินนโยบาย หรือข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลในการศึกษาใดเลย เว้นเพียงงานของดวงเด่น นาคสีหราช (2561) ที่เสนอให้แก้ไขกฎหมายมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสามารถแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรแทนผู้ป่วย

ไม่มีสถิติสัมพัทธ์ได้ อย่างไรก็ตาม ดวงเด่น นาคสีหราช (2561) ไม่ได้กล่าวถึงข้อดี ข้อเสีย และข้อพึงระวังของการเปลี่ยนกฎหมายดังกล่าว (อาจเป็นเพราะไม่ใช่ประเด็นหลักของงานวิจัย)

- สำหรับประเด็นการปรับเปลี่ยนบทลงโทษของการทำกรณยฆาต ที่ปัจจุบันเทียบเท่าการฆ่าคนตาย โดยเจตนาตามประมวลกฎหมายอาญาไทยนั้น งานของอรรัมภา ไวยมุข และคณะ (2562) เสนอว่า ควรมีการพัฒนากฎหมายอาญาของประเทศไทยให้สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของการทำกรณยฆาต ที่แตกต่างจากการฆ่าคนตายโดยเจตนาในรูปแบบอื่น กล่าวคือ หากผู้ป่วยร้องขออย่างชัดเจนให้แพทย์กระทำการฆาต การร้องขอนี้ควรถือเป็นองค์ประกอบของข้อเท็จจริงที่ทำให้การฆาตแตกต่างจากการฆ่าโดยเจตนาทั่วไปที่เป็นการประทุษร้ายต่อชีวิต บทลงโทษก็ควรปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับความแตกต่างจากกรณีปกติได้
- สำหรับข้อเสนอแนะอื่นๆ ของการศึกษาในประเทศไทย พบว่า เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก ไม่ใช่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย แต่เป็นข้อเสนอแนะในเชิงจรรยา หรือแนวทางในการประพฤติปฏิบัติตนของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสิ้น เช่น งานของเพลินพิศ ฐานิวัฒนา นนท์ และคณะ (2559) ที่เสนอให้มีการปรับเปลี่ยนการดูแลแบบประคับประคองให้สอดคล้องกับความเชื่อและคำสอนทางศาสนา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทัศนคติในแง่บวกเกี่ยวกับการตาย หรืองานของวรวิญญา นางงาม และคณะ (2561) ที่เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทางจิตวิญญาณ (Spiritual Care) และรักษาผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสุดความสามารถ

นอกจากนี้ หากพิจารณาถึงวรรณกรรมของต่างประเทศเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทย พบว่า การศึกษาในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในประเด็น ดังนี้

- แพทย์เต็มใจในการกระทำการฆาต และช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายหรือไม่ (Onwuteaka-Philipsen et al., 2003; van der Heide et al., 2003)
- แพทย์ที่ไม่เต็มใจจะถูกกดดันจากผู้ป่วยให้กระทำการฆาต และช่วยเหลือผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายหรือไม่ (Materstvedt et al., 2003; Schafer, 2013)
- การพัฒนาของศาสตร์ด้านการดูแลแบบประคับประคองจะขาดตอนหรือไม่ หรือการดูแลแบบประคับประคองจะถูกมองว่าด้อยกว่าทางเลือกอื่นๆ หรือไม่ (Materstvedt et al., 2003)
- กลุ่มบุคคลที่ยังไม่ได้ต้องการเสียชีวิตจะถูกครอบครัวยังหรือสังคมกดดันให้เลือกการฆาต และ/หรือฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์หรือไม่ หากมีนโยบายทั้งสองประเภทยัง (Materstvedt et al., 2003)
- กลุ่มประชากรที่รัฐอนุญาตให้เลือกทางเลือกการฆาต และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์จะขยายเกินไปกว่าผู้ป่วยระยะท้ายหรือไม่ (Schafer, 2013)
- อัตราการเสียชีวิตโดยวิธีการการฆาต และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์จะสูงเกินระดับที่เหมาะสมในสังคมหรือไม่ (Schafer, 2013)



- สังคมจะเกิดความชินชาต่อการตายหรือการฆ่าคนตายมากเกินไปหรือไม่ (Materstvedt et al., 2003)
- รัฐจะมีกระบวนการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นข้างต้นได้อย่างไรบ้าง

การขาดองค์ความรู้ในประเด็นข้างต้นชี้ให้เห็นว่าการถกเถียงเรื่องการรณรงค์ในสังคมไทยตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดในเชิงบาปบุญคุณโทษเป็นหลัก ไม่เกี่ยวข้องกับการมองการรณรงค์ในฐานะของทางเลือกของนโยบายสาธารณะ ยังไม่มีการตั้งคำถามว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความต้องการต่อการรณรงค์หรือไม่ และยังไม่มีการพิจารณาปัญหาเชิงโครงสร้าง ทั้งในด้านความพร้อมของแพทย์และความพร้อมในการบังคับใช้กฎหมายว่าเป็นอย่างไร และมีช่องว่างเพียงใด นอกจากนี้ การถกเถียงเรื่องการรณรงค์ในสังคมไทยยังอาจไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจในระดับเดียวกัน รวมถึงการใช้คำว่า “การรณรงค์” ก็ยังอาจมีความหมายที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลอีกด้วย

## บทที่ 4

### กรณีศึกษา: ประสบการณ์ของประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา

เนื้อหาในบทนี้จะเป็นการพิจารณากรณีศึกษา ได้แก่ ประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศแคนาดา โดยจะพิจารณาองค์ประกอบของกรณีศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) ข้างต้น อันได้แก่ (1) ที่มาที่ไปของนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ และ (2) ข้อมูลด้านการดำเนินการของนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ ที่มีการระบุถึง (2.1) ความเป็นไปได้ในเชิงเทคนิค (2.2) ความเป็นไปได้ในทางการเงิน (2.3) ความยากง่ายในการบริหารจัดการ และ (2.4) ความเป็นไปได้ทางการเมือง อันหมายถึง ความคิดเห็นต่อนโยบายต่างๆ ของประชาชน ผู้นำ ผู้นำทางความคิด และหน่วยงานดำเนินนโยบาย

#### 4.1 ประเทศเนเธอร์แลนด์

##### สถานการณ์ในปัจจุบัน

ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) โดยอนุญาตให้มีการกระทำดังกล่าวได้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002/พ.ศ. 2545 ภายใต้กฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act (Rietjens et al., 2009; Steck et al., 2013; Wise, 2001)

ประเทศเนเธอร์แลนด์กำหนดให้การุณยฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์กระทำได้กับผู้ป่วยที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์ ทั้งที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) และผู้เยาว์ (อายุ 12-18 ปี) โดยที่ไม่ผิดกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่กระทำการดังกล่าวต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในกฎหมาย (Criteria for Due Care) ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 6 ประการ ดังนี้ (Rietjens et al., 2009; Steck et al., 2013; Wise, 2001)

- (1) ผู้ป่วยจะต้องยื่นคำขอในการกระทำการุณยฆาตด้วยความเต็มใจ (“Voluntary”) โดยปราศจากแรงกดดันใดๆ จากบุคคลที่สาม และการตัดสินใจดังกล่าวของผู้ป่วยจะต้องผ่านการไตร่ตรองมาอย่างถี่ถ้วนแล้ว (“Well-Considered”)
- (2) ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอ ไม่จำเป็น ต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal) แต่แพทย์ต้องพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยต้องได้รับความทรมานทางกายหรือทางใจอย่างที่ไม่อาจทนได้ (“Unbearable (Physical or Psychological) Suffering”) และไม่มีโอกาสที่จะมีสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกแล้ว (“No Prospect of Improvement”)

- (3) ผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกในการยุติชีวิต อาการป่วย และทางเลือกในการรักษาของตนอย่างครบถ้วนจากแพทย์
- (4) ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกในการรักษาอื่นใดอีก
- (5) คำขอในการกระทำการรณุญาตต้องได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนจากแพทย์ผู้กระทำการดังกล่าว และต้องผ่านการปรึกษาและกลั่นกรองโดยแพทย์อีกหนึ่งคนด้วย
- (6) แพทย์จะอยู่ด้วยกับผู้ป่วยตลอดทั้งกระบวนการ และกระบวนการดังกล่าวต้องเป็นไปตามหลักการของความเหมาะสมทางการแพทย์ (Due Medical Care)

ทั้งนี้ แพทย์ต้องรายงานกระบวนการกระทำการรณุญาต หรือการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในการฆ่าตัวตายแก่คณะกรรมการตรวจสอบแบบสหสาขาในระดับภูมิภาค (Regional Review Board) ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยนักกฎหมาย แพทย์ และนักจริยศาสตร์ (Ethicist) เพื่อให้คณะกรรมการฯ พิจารณาว่ากระบวนการที่ได้กระทำลงไปสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติที่กฎหมายกำหนดไว้หรือไม่ หากไม่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติของกฎหมาย คณะกรรมการฯ มีหน้าที่ในการรายงานแก่อัยการ (Public Prosecutor) เพื่อให้มีการดำเนินคดีต่อแพทย์คนดังกล่าวต่อไป

### วิวัฒนาการและที่มาที่ไปของนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิต

ในฐานะทางเลือกเชิงนโยบาย การรณุญาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นที่สนใจของสังคมเนเธอร์แลนด์ตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 และมีประวัติศาสตร์อันยาวนาน ก่อนที่รัฐบาลจะออกกฎหมายคุ้มครองการกระทำความผิดเสียอีก ในการศึกษาครั้งนี้ วิวัฒนาการของนโยบายการรณุญาตเรียบเรียงจากงานวิจัยของ Rietjens et al. (2009) เป็นหลัก มีรายละเอียดดังนี้

- ค.ศ. 1881 ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้มีการระบุความผิดของการช่วยเหลือให้บุคคลอื่นเสียชีวิตตามคำร้อง (ของบุคคลนั้น) ไว้ในประมวลกฎหมายอาญา โดยกำหนดให้มีโทษอยู่ที่การจำคุกไม่เกิน 12 ปี
- ค.ศ. 1973 เกิดคดี Postma (“Postma Case”) ในคดีนี้ แพทย์ผู้หญิงคนหนึ่งได้ยุติชีวิตแม่ของตนเองตามคำร้องขอของแม่ ศาลได้พิพากษาให้แพทย์คนดังกล่าวมีความผิดทางอาญาแต่ไม่ถือว่าเป็นการฆาตกรรม และได้กำหนดโทษจำคุกที่เบากว่าที่ประมวลกฎหมายอาญากำหนดไว้ นอกจากนี้ ศาลยังได้แสดงความเห็นว่าแพทย์ไม่จำเป็นต้องยึดชีวิตผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่ต้องการ หรือหากผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานแบบที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้ว คำพิพากษานี้ นับเป็นการกฤษฎีทางครั้งสำคัญ

ให้กับการมีกฎหมายการุณยฆาต อีกทั้งยังได้สร้างโอกาสให้เกิดการถกเถียงในประเด็นการุณยฆาตในสังคมอย่างกว้างขวาง

- ค.ศ. 1980 สืบเนื่องจากความสนใจในประเด็นการุณยฆาตของสังคม อัยการสูงสุด (Attorney-General) ได้กำหนดให้มีการพิจารณาทางกฎหมายว่าแพทย์ที่กระทำ “การุณยฆาต” ควรมีความผิดทางอาญาหรือไม่ ทั้งนี้ ในเวลานี้ คำว่า “การุณยฆาต” ยังไม่มีคำนิยามในทางกฎหมาย และยังไม่ได้รับการรับรองทางกฎหมายแต่อย่างใด
- ค.ศ. 1982-1985 สภาสุขภาพ (Health Council) ได้เสนอให้รัฐบาลบัญญัตินิยามของคำว่า “การุณยฆาต” ในทางกฎหมาย และขอให้รัฐบาลกำหนดแนวทางปฏิบัติในการกระทำ “การุณยฆาต” ในปี ค.ศ. 1985 รัฐบาลได้จัดทำรายงานที่ตอบสนองต่อข้อเสนอของสภาสุขภาพจนแล้วเสร็จ โดยมีการกำหนดนิยามของคำว่า “การุณยฆาต” และแนวทางปฏิบัติในการกระทำการดังกล่าว ทั้งนี้ “การุณยฆาต” ในความหมายของประเทศเนเธอร์แลนด์ หมายถึง การทำให้ผู้อื่นเสียชีวิตอย่างตั้งใจจากการร้องขอของบุคคลผู้นั้น (*“intentionally terminating another person’s life at the person’s request”*)
- ค.ศ. 1984 เกิดคดี Schoonheim ในคดีนี้ ศาลสูง (Supreme Court) พิจารณาความผิดของแพทย์ที่ได้กระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีอายุ 95 ปี ศาลสูงพิพากษาว่าแพทย์คนดังกล่าวไม่มีความผิดเนื่องจากกระทำการุณยฆาตด้วย “ความจำเป็น” และอยู่ในสภาวะที่ต้องเลือกระหว่างหน้าที่ของแพทย์สองประการ ได้แก่ การลดทอนความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย (Duty to Relieve Suffering) กับการไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย (Duty to Not Do Harm) คดีนี้นับเป็นคดีแรกที่ได้รับการพิพากษาจากศาลสูง (แตกต่างจากคดี Postma ที่มีศาลระดับภูมิภาคเป็นผู้พิพากษา) และนับเป็นการเปิดประตูครั้งสำคัญให้กับการมีกฎหมายการุณยฆาตของประเทศเนเธอร์แลนด์
- ค.ศ. 1994 รัฐบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ออกกฎหมายที่บังคับให้แพทย์รายงานการกระทำการุณยฆาต แม้ว่าจะยังไม่ได้ออกกฎหมายคุ้มครองการกระทำดังกล่าว
- ค.ศ. 1998 กระทรวงยุติธรรม (Ministry of Justice) ร่วมกับแพทยสมาคมแห่งประเทศเนเธอร์แลนด์ (Royal Dutch Medical Association) ได้กำหนดให้แพทย์ที่กระทำการุณยฆาตต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่เรียกว่า “Criteria for Due Care” ดังที่ได้อธิบายไปแล้วข้างต้น และได้กำหนดให้มีระเบียบระดับชาติในการรายงานการกระทำการุณยฆาต
- ค.ศ. 2001 รัฐสภาได้ออกกฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act หรือที่เรียกว่า Euthanasia Act คุ้มครองการกระทำการุณยฆาต และกำหนดให้แนวทางปฏิบัติที่กระทรวงยุติธรรมได้กำหนดไว้ก่อนหน้านี้เป็นส่วนหนึ่งของกฎหมายด้วย ทั้งนี้ กฎหมายนี้คุ้มครองการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ด้วย หรือการเร่งความตายด้วยวิธีอื่นๆ เนื่องจากการกระทำทั้งหมดนี้นับเป็นส่วนหนึ่งของนิยามของคำว่า “Euthanasia” ในประเทศเนเธอร์แลนด์

## ความสำเร็จในการมีนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิต: การยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

นอกเหนือบทบาทของภาครัฐแล้ว ความสำเร็จในการมีกฎหมายการุณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์ยังเกิดขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ อีก การศึกษาของ Weyers (2006) วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของสังคมเนเธอร์แลนด์ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมา และมองว่าการมีกฎหมายการุณยฆาตเกิดจากปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) ความเป็นปัจเจกบุคคลที่สูงขึ้น (Individualization) อันหมายถึง การตระหนักถึงสิทธิที่ปัจเจกบุคคลมีต่อร่างกายของตนเอง รวมไปถึงสิทธิในการปรารถนาความตายในรูปแบบที่ตนต้องการด้วย (2) ความยอมรับของสังคมต่อเรื่องความตายที่เพิ่มขึ้น (Diminished Taboos Concerning Death) ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการมีคตินิยมที่เกี่ยวข้อง (ดังที่อธิบายไว้ข้างต้น) ที่กลายเป็นข่าว จนทำให้สังคมเกิดการถกเถียงในประเด็นความตายจนตกผลึก และทำให้เกิดนโยบายสาธารณะในที่สุด และ (3) ความตระหนักที่เพิ่มขึ้นของแพทย์ว่าการยึดชีวิตอาจไม่ใช่สิ่งที่แพทย์พึงกระทำกับผู้ป่วยทุกคน (Appropriate Focus of Medical Treatment) เนื่องจากการยึดชีวิตผู้ป่วยที่ไม่มีโอกาสหายขาดอาจเป็นการทำร้ายผู้ป่วยได้

ทั้งนี้ Rietjens et al. (2009) มองว่าปัจจัยที่ Weyers (2006) กล่าวถึงข้างต้นนั้นก็มิอยู่ในประเทศอื่น และน่าจะส่งอิทธิพลให้เกิดการออกกฎหมายการุณยฆาตในประเทศอื่นเช่นกัน แต่การที่ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายดังกล่าว ในขณะที่ประเทศอื่นยังไม่มี น่าจะเป็นเพราะประเทศเนเธอร์แลนด์มีลักษณะพิเศษที่ช่วยส่งเสริมการทำงานของปัจจัยทั้งสามประการข้างต้น โดย Rietjens et al. (2009) ได้ระบุลักษณะพิเศษไว้ 2 ประการ ดังนี้

- (1) ระบบสุขภาพ เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์มีการดูแลแบบปฐมภูมิที่เข้มแข็ง และมีแพทย์ทั่วไป (GP) เป็นผู้ดูแลประชาชนแต่ละคนอย่างต่อเนื่อง แพทย์และผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดต่อกัน ทำให้แพทย์สามารถประเมินได้อย่างถูกต้องว่าผู้ป่วยควรได้รับการกระทำการุณยฆาตหรือไม่ ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเป็นรากฐานสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของการุณยฆาตที่กฎหมายได้กำหนดไว้ทั้ง 6 ข้อ (Criteria for Due Care)
- (2) วัฒนธรรม ประชาชนในประเทศเนเธอร์แลนด์มีลักษณะพิเศษ คือ เป็นคนที่เปิดรับความคิดใหม่ๆ (Candor) ซึ่งหมายความว่า หากสังคมมีการถกเถียงถึงนโยบายสาธารณะใด ทศนคติของคนในประเทศ (และนักการเมือง) จะเป็นไปในทิศทางที่จะสนับสนุน (หรือไม่ต่อต้าน) กระแสสังคม แต่จะหาข้อมูลถึงนโยบายสาธารณะดังกล่าวอย่างเต็มที่มาก่อน ในกรณีของกฎหมายการุณยฆาต จะเห็นได้ว่าประเทศเนเธอร์แลนด์ใช้เวลาถกเถียงต่อประเด็นดังกล่าวยาวนานถึง 18 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ. 1973-2001) ก่อนที่จะมีกฎหมายในที่สุด

ในภาพรวม นโยบายการรณยฆาตในประเทศเนเธอร์แลนด์นับว่าเป็นนโยบายที่มี “กระแสสังคม” ซึ่งสะท้อนความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) ในทางบวก อันเป็นองค์ประกอบที่น่าจะสำคัญที่สุดในการมีนโยบายสาธารณะใดๆ ด้วย ทั้งนี้ “กระแสสังคม” ต่อกฎหมายการรณยฆาตอาจพิจารณาได้จากจุดยืนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- **สาธารณชน** ความต้องการของประชาชนนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีนโยบายสาธารณะ การศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในประเทศเนเธอร์แลนด์ยอมรับต่อการกระทำการรณยฆาตในระดับสูงและยาวนาน ก่อนหน้าที่จะมีการบังคับใช้กฎหมายเสียอีก ตัวอย่างของการศึกษาในหัวข้อดังกล่าวมีดังนี้
  - Wise (2001) พิจารณาวิวัฒนาการของกฎหมายการรณยฆาต และระบุว่าก่อนหน้าที่จะมีการพิจารณากฎหมายดังกล่าว รัฐบาลได้ทำการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน และพบว่ากว่าร้อยละ 90 ของประชาชนในประเทศเห็นด้วยกับการมีกฎหมายการรณยฆาต กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยประกอบไปด้วยประชาชนที่นับถือศาสนาคริสต์อย่างเคร่งครัด ที่มองว่ากฎหมายการรณยฆาตขัดต่อแนวคิดทางศาสนาที่เห็นชีวิตเป็นสิ่งมีค่า (Sanctity of Life)
  - Buiting et al. (2012) ศึกษาทัศนคติต่อการกระทำการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 64 ปีขึ้นไป โดยใช้การสำรวจระดับชาติในช่วงปี ค.ศ. 2001 2005 และ 2008 ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่คาดว่าตนเองจะเลือกจบชีวิตด้วยการกระทำการรณยฆาต หรือการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษามีนัยถึงการเพิ่มขึ้นของความสนใจในการตัดสินใจยุติชีวิตตัวเองของผู้สูงอายุ
  - Kouwenhoven et al. (2012) สำรวจความเห็นสาธารณะเกี่ยวกับกฎหมายการรณยฆาต ในช่วงเวลา 8 ปีหลังจากที่มีกฎหมายดังกล่าวแล้ว โดยสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไปจำนวน 1,960 คน ผลการศึกษา พบว่า ประชาชนเห็นด้วยกับกฎหมาย และร้อยละ 77 เห็นด้วยกับการอนุญาตให้ระบุนความประสงค์ให้การกระทำการรณยฆาตในพินัยกรรมชีวิตได้
  - Pasma et al. (2013) ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธคำขอการรณยฆาต โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วย 9 คน ญาติ 3 คน และแพทย์ที่เกี่ยวข้องอีก 7 คน และพบว่าผู้ป่วยที่ถูกปฏิเสธคำขอทุกคนยังคงยืนยันความต้องการการรณยฆาตที่เป็นปณิธานตั้งต้น และรู้สึกผิดหวังที่ถูกปฏิเสธคำขอ เนื่องจากมองว่าการรณยฆาตเป็นสิทธิของตนในฐานะประชาชนของประเทศ
- **บุคลากรทางการแพทย์** การศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ในทางปฏิบัติ การรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์มีการดำเนินการมาตั้งแต่ก่อนหน้าปี ค.ศ.

2002 แล้ว ซึ่งสะท้อนการยอมรับต่อการรณุญาตโดยทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ (Steck et al., 2013) ตัวอย่างของการศึกษาที่เกี่ยวข้อง มีดังนี้

- Onwuteaka-Philipsen et al. (2003) ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการรณุญาตของแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี ค.ศ. 1990 1995 และ 2001 ก่อนที่จะมีกฎหมายการรณุญาต โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แพทย์จำนวน 405 406 และ 410 คน รวมทั้งศึกษาฐานข้อมูลของใบมรณบัตรจำนวนประมาณ 1.3 แสนใบต่อปี ผลการศึกษาพบว่า (1) ร้อยละ 39-44 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการเร่งการเสียชีวิตในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง (ไม่ได้จำกัดเฉพาะการรณุญาต) โดยความช่วยเหลือของแพทย์ (2) ร้อยละ 13-27 ของแพทย์รายงานว่าตนเองเคยกระทำการรณุญาต และ (3) ร้อยละ 56-64 ของแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิในร่างกายของตนโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้ ทัศนคติและพฤติกรรมของแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากในทางสถิติตลอดช่วงเวลาของการศึกษา
- van der Heide et al. (2012) ศึกษาสถิติของการยุติชีวิตภายใต้กฎหมายการรณุญาต พบว่าในปี ค.ศ. 2001 ก่อนที่จะมีกฎหมายการรณุญาต ร้อยละ 2.6 ของการตายทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการรณุญาต และร้อยละ 0.2 มาจากการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ในขณะที่ในปี ค.ศ. 2005 หลังจากที่มีกฎหมายคุ้มครองการรณุญาตแล้ว ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.1 ของการตายทั้งหมดในประเทศมีสาเหตุมาจากการรณุญาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ตามลำดับ ทั้งนี้ van der Heide et al. (2012) เชื่อว่าการลดลงของการกระทำการรณุญาตเกิดมาจากอัตราการยุติชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วยการดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น (Aggressive Palliative Care) โดยเฉพาะการจ่ายยาาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) อันจะทำให้ผู้ป่วยนอนหลับจนเสียชีวิตไปในที่สุด ทั้งนี้ แพทย์ในกลุ่มตัวอย่างมองว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบจนเสียชีวิตไม่ใช่การรณุญาต และมักจะไม่รายงานการกระทำดังกล่าวต่อคณะกรรมการตรวจสอบด้วย แม้ว่าผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยจะเหมือนกันก็ตาม
- van Alphen et al. (2010) สํารวจตัวเลขคำร้องขอในการกระทำการรณุญาตในทางปฏิบัติในประเทศเนเธอร์แลนด์ ทั้งช่วงก่อน (ค.ศ. 1998-2002) และหลัง (ค.ศ. 2003-2007) การใช้กฎหมายการรณุญาตจากเครือข่ายทางการแพทย์ 45 แห่ง ซึ่งนับเป็นตัวแทนประชากร ผลการศึกษา พบว่า มีคำร้องขอการกระทำการรณุญาตอยู่ที่ประมาณ 3.1 ครั้งต่อประชากร 10,000 คน และ 2.8 ครั้งต่อประชากร 10,000 คน ก่อนและหลังการบังคับใช้กฎหมายตามลำดับ และพบว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญในทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าแพทย์ยอมรับและกระทำการรณุญาตมาตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายแล้ว
- Kouwenhoven et al. (2012) สํารวจทัศนคติต่อกฎหมายการรณุญาตของแพทย์ 793 คน และ พยาบาล 1,243 คน ในช่วง 8 ปีหลังจากที่มีกฎหมายดังกล่าวแล้ว ผลการศึกษา พบว่า แพทย์และพยาบาลเห็นด้วยกับกฎหมาย โดยร้อยละ 33 และร้อยละ 58 ของแพทย์และ

พยาบาลเห็นด้วยกับการอนุญาตให้ระบุนความประสงค์ให้การกระทำการุณยฆาตในพินัยกรรม  
ชีวิตได้ ตามลำดับ

- Onwuteaka-Philipsen et al. (2012) ทำการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการุณยฆาตของแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี ค.ศ. 1990 1995 และ 2001 ก่อนมีกฎหมายการุณยฆาต และปี ค.ศ. 2005 และ 2010 หลังมีกฎหมายการุณยฆาต ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติและพฤติกรรมการกระทำการุณยฆาตของแพทย์แทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาสองช่วงดังกล่าว และพบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 2005 และ 2010 มีการตายอันสืบเนื่องจากการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบเพิ่มขึ้นอย่างมาก แม้ว่าการศึกษาในทางการแพทย์ จะพบว่าการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสลบจะไม่ทำให้ผู้ป่วยตายก็ตาม
- Steck et al. (2013) สํารวจตัวเลขผู้ป่วยที่ประสงค์จะทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และเสียชีวิตจากการเลือกทางเลือกลงกล่าวในทุกประเทศมีกฎหมายรองรับการุณยฆาต และพบว่าประเทศเนเธอร์แลนด์มีตัวเลขดังกล่าวสูงที่สุด โดยในปี ค.ศ. 2011 ตัวเลขผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยการกระทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เท่ากับ 3,695 คน และคิดเป็นร้อยละ 1.8-2.9 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ในช่วงปี ค.ศ. 1991-2012
- **แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยเนเธอร์แลนด์ (Royal Dutch Medical Association)** ในฐานะผู้นำทางความคิด แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยเนเธอร์แลนด์นั้นว่ามีบทบาทสำคัญในการผลักดันการุณยฆาตให้เป็นนโยบายสาธารณะ โดยได้มีการออกแถลงการณ์ระบุจุดยืนอย่างชัดเจนในการสนับสนุนการุณยฆาต และได้เรียกร้องให้รัฐออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองแพทย์ในการกระทำดังกล่าวมานับตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1980 ทั้งนี้ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยเนเธอร์แลนด์มองว่าการุณยฆาตเป็นการกระทำที่พึงทำโดยแพทย์เท่านั้น และควรอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship) ทั้งนี้ การคุ้มครองแพทย์ภายใต้หลักการดังกล่าวจะทำให้การุณยฆาตเป็นการกระทำที่โปร่งใส เพราะแพทย์มีแนวโน้มที่จะรายงานการกระทำดังกล่าวอย่างตรงไปตรงมา และยังทำให้การุณยฆาตมีกระบวนการที่ชัดเจน ตรวจสอบได้อีกด้วย (Rietjens et al., 2009; Wise, 2001)
- **ศาลและคณะกรรมการตรวจสอบการกระทำการุณยฆาต** ศาลและคณะกรรมการตรวจสอบการกระทำการุณยฆาตเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการกำกับดูแลให้การุณยฆาตไปเป็นตามแนวทางปฏิบัติที่กฎหมายกำหนดไว้ อันเป็นไปเพื่อการป้องกันการใช้การุณยฆาตในการหาประโยชน์ส่วนตัวของแพทย์และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการุณยฆาตในสังคมที่มากจนเกินไป อย่างไรก็ตาม ทั้งสองหน่วยงานมีแนวโน้มที่จะไม่เอาผิดแก่แพทย์ ถึงแม้ว่าแพทย์อาจจะไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กฎหมายกำหนดไว้
  - การศึกษาของ Rietjens et al. (2009) ระบุว่าในช่วง ปี ค.ศ. 2003-2005 จากกรณีการกระทำการุณยฆาต 5,600 กรณีที่ได้รับการรายงาน พบว่า มี 15 กรณีที่แพทย์ไม่กระทำตาม



แนวทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในกระบวนการที่กำหนดให้แพทย์ต้องส่งคำร้องขอของผู้ป่วยไปให้แพทย์อีกคนหนึ่งตรวจสอบถึงความเหมาะสมของคำร้องขอ แต่ปรากฏว่า ไม่มีกรณีใดเลยที่อัยการสั่งฟ้อง

- Kim et al. (2016) ศึกษาการกระทำการุณยฆาตต่อผู้ป่วยด้วยโรคทางประสาทในประเทศเนเธอร์แลนด์ 66 กรณี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011-2014 และพิจารณาว่ากลไกการควบคุมหรือกำกับดูแลกรณีดังกล่าวเป็นอย่างไร ในทางกฎหมายแล้ว แพทย์ที่กระทำการุณยฆาตจะต้องส่งกรณีของตนให้กับแพทย์อีกคนหนึ่งประเมินว่าสมควรแก่การกระทำการุณยฆาตหรือไม่ และควรได้รับความเห็นชอบจากแพทย์คนดังกล่าวด้วย แต่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ในทางปฏิบัติ แม้ว่าแพทย์ผู้ประเมินส่วนใหญ่จะไม่เห็นด้วยกับการกระทำการุณยฆาตในผู้ป่วยด้วยโรคทางประสาท แต่การกระทำการุณยฆาตก็เกิดขึ้นอยู่ดี โดยที่คณะกรรมการตรวจสอบก็ไม่ได้เอาผิดกับแพทย์ผู้กระทำดังกล่าว โดยระบุว่าเห็นชอบกับดุลยพินิจของแพทย์ผู้กระทำการุณยฆาตแล้ว

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่า สำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์แล้ว เนื่องด้วยแรงต้านทานต่อการุณยฆาตในสังคมมีน้อยมาก และการกระทำการุณยฆาตก็มีอยู่อย่างยาวนานตั้งแต่ก่อนมีกฎหมายรองรับ การออกกฎหมายการุณยฆาตจึงเป็นเสมือนการทำให้กิจกรรมที่ไม่ถูกกฎหมายแต่สังคมยอมรับได้เข้าสู่ระบบของกฎหมายเพื่อให้มีการเฝ้าระวังและควบคุมอย่างเป็นทางการเท่านั้น ไม่ใช่การอนุญาตให้สังคมได้มีโอกาสในการกระทำสิ่งแปลกใหม่แต่อย่างใด

## 4.2 ประเทศแคนาดา

### สถานการณ์ในปัจจุบัน

ภายใต้กฎหมาย Medical Assistance in Dying (Bill C-14) ที่มีการบังคับใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2016/พ.ศ. 2559 ประเทศแคนาดานับว่าเป็นประเทศล่าสุดในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) และเรียกการกระทำทั้งคู่ว่าการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย (Medical Aid in Dying: MAiD) (Parliament of Canada, n.d.) ทั้งนี้ ก่อนหน้าที่จะมีกฎหมายในระดับประเทศ ก็มีกฎหมายของรัฐควิเบกที่ชื่อว่า Act Respecting End-of-life Care (Bill 52) ที่บังคับใช้มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 อย่างไรก็ตาม กฎหมายของรัฐควิเบกคุ้มครองการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์อย่างเดียว ไม่ได้ครอบคลุมถึงการุณยฆาต (Landry et al., 2015)

ประเทศแคนาดากำหนดเงื่อนไขในการยื่นคำร้องในการทำการุณยฆาตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติแคนาดาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ต่างชาติรับบริการ เพื่อป้องกันการ

ห้องเที่ยวเชิงการุณยฆาต (Euthanasia/Suicide Tourism) (2) ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) (3) ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะที่ทนทุกข์ทรมานและมีอาการที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (“Grievous and Irremediable Condition”) และต้องอยู่ใกล้ความตายในระดับสามารถคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุมีผล (“Reasonably Foreseeable”) (4) ผู้ป่วยยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายอย่างสมัครใจและปราศจากแรงกดดันจากภายนอก และ (5) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาของตน รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองด้วย (My Death My Decision, n.d.; Parliament of Canada, n.d.)

ทั้งนี้ การร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายตั้งอยู่บนพื้นฐานของความยินยอมอย่างมีข้อมูลสมบูรณ์ของผู้ป่วยเป็นหลัก (Informed Consent) หมายความว่า ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมในทางกฎหมายได้ก็จะมีคุณสมบัติเพียงพอที่จะร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายได้ ซึ่งในที่นี้รวมถึงเด็ก ผู้ที่มีปัญหาจิตเภท และผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในสภาวะที่แสดงความยินยอมได้แล้ว (กฎหมายไม่ยินยอมมีการระบุการกระทำการุณยฆาตไว้ในพินัยกรรมชีวิต)

กระบวนการในการยื่นคำร้อง ขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายของประเทศแคนาดา อ้างอิงจากกฎหมายที่ผ่านกระบวนการนิติบัญญัติแล้ว (Statute) (Parliament of Canada, n.d.) มีดังนี้

- (1) บุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความช่วยเหลือในการตายมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีคุณลักษณะที่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมดที่กฎหมายได้กำหนดไว้ และมีหน้าที่ติดต่อประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์อีกคนหนึ่งให้ตรวจสอบว่าผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ดังกล่าวจริง โดยต้องมีเอกสารยืนยันอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์ทั้งสองฝ่ายต้องมีความเป็นอิสระต่อกัน (Independent)
- (2) บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่จัดการให้ผู้ป่วยแสดงความยินยอม (Informed Consent) เป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้ หนังสือแสดงความยินยอมต้องมีการเซ็นและลงวันที่กำกับร่วมกัน โดยทั้งตัวผู้ป่วยเองและบุคลากรทางการแพทย์ ต่อหน้าพยาน 2 คน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจให้ผู้สังเกตการณ์อิสระ (Independent Observer) ที่ไม่ใช่พยานเป็นผู้เขียนหนังสือแสดงความยินยอมแทนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถกระทำการดังกล่าวได้เอง
- (3) บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบว่าผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมายในการยกเลิกคำร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายได้ทุกเมื่อ
- (4) หลังจากที่ผู้ป่วยยื่นคำร้องแล้ว บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่รอเป็นระยะเวลา 10 วัน จึงสามารถให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายแก่ผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ หากทั้งบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 2 คน

หรือ คนใดคนหนึ่ง ตามที่ได้ระบุไว้ในข้อ (1) ข้างต้น เห็นว่าความตายของผู้ป่วยน่าจะมาถึงก่อนระยะเวลา 10 วัน กฎหมายให้ยึดความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้ความช่วยเหลือเป็นหลัก และให้ตัดสินใจบนหลักการทางการแพทย์ได้ว่าควรทิ้งระยะห่างนานเพียงใด

- (5) บุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบอีกครั้งก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย ว่าผู้ป่วยมีสิทธิตามกฎหมายในการยกเลิกคำร้องได้ ให้โอกาสผู้ป่วยตัดสินใจ และต้องรอจนกว่าผู้ป่วยจะยืนยันคำร้องอีกครั้ง จึงจะกระทำการดังกล่าวได้ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่สามารถยืนยันคำร้องได้แล้ว ให้หาวิธีใดวิธีหนึ่งเท่าที่จำเป็น (Necessary Measures) ในการพยายามสื่อสารกับผู้ป่วยให้ได้

จากการพิจารณากฎหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่า ประเทศแคนาดาตั้งใจที่จะไม่กำหนดเงื่อนไขในการยื่นคำร้องในการทำการุณยฆาตให้ชัดเจน หากแต่กำหนดให้ผู้ป่วยต้องอยู่ใกล้ความตายในระดับสามารถคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุมีผล (“Reasonably Foreseeable”) แทน โดยไม่ใช้คำว่า “ผู้ป่วยระยะสุดท้าย” การเขียนกฎหมายเช่นนี้แสดงถึงเจตจำนงของผู้ออกกฎหมายการุณยฆาต ที่ต้องการให้เกิดการตีความกฎหมายจนต้องมีการพิจารณาความเหมาะสมเป็นกรณีไป รวมถึงต้องการจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่จะสามารถเข้าถึงการทำการุณยฆาตได้ (เนื่องจากการคาดการณ์การตายทำได้ยากมาก) ทั้งนี้ จะสังเกตได้ว่า เงื่อนไขของการยื่นคำร้องในการทำการุณยฆาตแตกต่างกันไปตามแต่ละประเทศ ในขณะที่ประเทศเนเธอร์แลนด์ไม่มีนิยามของภาวะสุดท้ายของชีวิตที่ชัดเจน (เช่นเดียวกับประเทศแคนาดา) แต่ในมลรัฐของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายคุ้มครองการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ผู้ป่วยจะมีสิทธิในการขอยุติชีวิตด้วยทางเลือกดังกล่าวได้ก็ต่อเมื่ออยู่ในระยะ 6 เดือนสุดท้ายของชีวิตแล้วเท่านั้น (Death with Dignity National Center, n.d.)

นอกจากนี้ กระบวนการตามกฎหมายของประเทศแคนาดายังมีความซับซ้อนสูง สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามของรัฐในการปกป้องผู้ป่วย (Safeguard) องค์ประกอบของกระบวนการทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการใช้แพทย์ที่เป็นอิสระต่อกันสองคนในการพิจารณาความเหมาะสมของผู้ป่วย การกำหนดให้มีพยาน การกำหนดให้มีระยะเวลา 10 วัน การกำหนดให้แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง การกำหนดให้มีผู้สังเกตการณ์อิสระ และการสอบถามให้ยืนยันคำร้องก่อนตาย ล้วนแล้วแต่เป็นไปเพื่อ (1) ให้ผู้ป่วยมีข้อมูลสมบูรณ์ และ (2) ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโดนเอาเปรียบจากญาติหรือแพทย์ที่อาจได้รับประโยชน์โดยตรงจากความตายของผู้ป่วย เช่น ญาติอาจได้มรดก หรือแพทย์อาจได้ค่าตอบแทน เป็นต้น

### วิวัฒนาการและที่มาที่ไปของนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิต

ในประเทศแคนาดา ความสนใจในประเด็นทางเลือกในการเร่งความตายเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1993 และมีวิวัฒนาการในฐานะประเด็นทางการเมืองที่มีรายละเอียดดังนี้ ดังนี้

- ก่อนหน้าปี ค.ศ. 2016 การรณฆตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์นับเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายในประเทศแคนาดา แพทย์ผู้กระทำการรณฆตหรือให้ความช่วยเหลือในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยมีความผิดฐาน "ฆ่าคนตายโดยไม่เจตนา" (Culpable Homicide) ตามมาตรา 222 และ 229 ของประมวลกฎหมายอาญา มีโทษสูงสุดคือจำคุกไม่เกิน 14 ปี ส่วนแพทย์ที่ให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลือทางอ้อมในการฆ่าตัวตาย (แม้ว่าผู้ป่วยจะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ก็ตาม) ก็นับว่ามีความผิดตามมาตรา 241 แต่ความผิดนั้นอยู่ในระดับที่ลดหลั่นลงมา ทั้งนี้ เจตนาดี (Motive of Mercy) ของแพทย์ไม่ใช่ส่วนหนึ่งขององค์ประกอบที่ศาลใช้ในการตัดสินความผิด (Schafer, 2013)
- ค.ศ. 1993 เกิดคดี Rodriguez v. British Columbia (General Attorney) ในคดีนี้ ผู้ป่วย Sue Rodriguez มีโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (ALS) และต้องการให้ศาลอนุญาตให้ตนเองสามารถฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ได้โดยที่แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตาม ศาลสูงของประเทศ (Supreme Court of Canada: SCC) มีมติ 5 ต่อ 4 ไม่เห็นชอบให้การกระทำดังกล่าวถูกกฎหมาย โดยมองว่าประชาชนชาวแคนาดายังไม่มีความคิดเห็นที่เป็นเอกฉันท์ (Public Consensus) ต่อประเด็นการรณฆตและการเร่งการตายในรูปแบบอื่นๆ และมองว่าแนวคิดของประชาชนที่ว่า การตายเป็นสิทธิของแต่ละคนเป็นเรื่องเดียวกันกับแนวคิดที่ว่ารัฐมีหน้าที่ในการปกป้องชีวิตของประชาชนทุกคน และประเด็นหลังมีความสำคัญกว่าประเด็นแรก ทั้งนี้ แม้ว่าการเรียกร้องของ Sue Rodriguez จะไม่เป็นผล แต่สุดท้าย Sue Rodriguez ก็ฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์อยู่ดี โดยไม่มีใครทราบว่าแพทย์ดังกล่าวคือใคร (Schafer, 2013)
- ค.ศ. 2011 เกิดคดี Carter v. Canada คดีนี้เริ่มต้นที่ศาลสูงของรัฐ British Columbia (B. C. Supreme Court) ในปี ค.ศ. 2011 ถูกส่งต่อไปศาลอุทธรณ์ของรัฐ (B. C. Court of Appeal) ในปี ค.ศ. 2012 และสุดท้าย ถูกส่งต่อไปยังศาลสูงของประเทศ (Supreme Court of Canada: SCC) ในปี ค.ศ. 2014 ในคดีนี้ Lee Carter พร้อมด้วย Hollis Johnson, Gloria Taylor, William Shoichet และสมาคมเสรีภาพของพลเมืองแห่งรัฐ British Columbia (British Columbia Civil Liberties Association: BCCLA) ได้ร่วมกันเป็นโจทก์ (Claimant) เรียกร้องให้มีการเปลี่ยนแปลงประมวลกฎหมายอาญาที่ห้ามไม่ให้ผู้ใดผู้หนึ่งให้คำแนะนำหรือให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นในการฆ่าตัวตาย โดยมองว่าการกระทำดังกล่าวขัดต่อเสรีภาพของประชาชนในสองมิติ ได้แก่ (1) การมีสิทธิในการเลือกทางเลือกในชีวิตของตนเอง (Autonomy) หมายถึง สิทธิของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการและเวลาในการตายของตนเอง และ (2) ความเท่าเทียม (Equality) หมายถึง ความเท่าเทียมในทางกฎหมายของการฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบกับกรฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ ทั้งนี้ ในช่วงเวลาที่พิจารณาคดีนี้ (ค.ศ. 2011-2015) ในประเทศแคนาดา การฆ่าตัวตายไม่ผิดกฎหมาย ในขณะที่การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์นั้นผิดกฎหมาย ซึ่งโจทก์มองว่าไม่เป็นธรรมแก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในสถานะที่สามารถฆ่าตัวตายเองได้ ในคำพิพากษาสุดท้าย ณ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2015 ศาลสูงของ

ประเทศเห็นชอบกับข้อถกเถียงในประเด็นการมีสิทธิในการเลือกทางเลือกในชีวิตของตนเอง โดยเห็นว่าขัดแย้งกับบทบัญญัติว่าด้วยสิทธิและอิสรภาพในรัฐธรรมนูญ (Charter of Rights and Freedom) อีกทั้ง ยังมองว่าไม่จำเป็นต้องพิจารณาข้อถกเถียงในประเด็นความเท่าเทียม หากประเด็นแรกได้รับการเห็นชอบแล้ว คดีนี้นับเป็นจุดเปลี่ยนทางประวัติศาสตร์ครั้งสำคัญ (Watershed Moment) เพราะทำให้เกิดการตีความทางรัฐธรรมนูญ (Constitutional Grounds) ที่ทำให้การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย (Medical Aid in Dying) เป็นกิจกรรมที่ถูกกฎหมายในที่สุด (Karsoho et al., 2016; Landry et al., 2015)

- ค.ศ. 2016 สืบเนื่องจากคำตัดสินใจของศาลสูงในคดี Carter v. Canada รัฐสภาแคนาดาจึงจำเป็นต้องเปลี่ยนประมวลกฎหมายอาญา และออกกฎหมาย Medical Assistance in Dying (Bill C-14) ทำให้แคนาดาเป็นประเทศล่าสุดในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการุณยฆาต (Euthanasia) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) (Karsoho et al., 2016; Landry et al., 2015; Parliament of Canada, n.d.)

### ความสำเร็จในการมีนโยบายทางเลือกในการยุติชีวิต: การยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ความสำเร็จของการมีกฎหมายการุณยฆาตในประเทศแคนาดาจากปัจจัยหลายประการ ดังนี้

ประการแรก คือ เวลา จะเห็นได้ว่า กฎหมายการุณยฆาตของประเทศแคนาดาเกิดขึ้นหลังกฎหมายการุณยฆาตในหลายประเทศ เช่น ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศเบลเยียม ที่มีการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 รวมไปถึงรัฐโอเรกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีกฎหมายคุ้มครองการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 ทั้งนี้ ประเทศแคนาดาและประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศเพื่อนบ้าน มีวัฒนธรรมบางอย่างที่คล้ายกัน และมักจะมีการถ่ายทอดนวัตกรรมการนโยบายแก่กัน จึงเป็นไปได้ว่าการมีกฎหมายที่ใกล้เคียงกันในประเทศสหรัฐอเมริกา (และประเทศอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง) จะเป็นปัจจัยผลักดันประการหนึ่งให้กับการมีกฎหมายการุณยฆาตของประเทศแคนาดาด้วย ทั้งนี้ การมีกฎหมายหลังประเทศอื่นทำให้ประเทศแคนาดาสามารถพิจารณาประเด็นถกเถียงต่างๆ แบบที่มีหลักฐานรองรับได้ ตัวอย่างเช่น ในคดี Rodriguez v. British Columbia (General Attorney) ในปี ค.ศ. 1993 ประเด็นถกเถียงที่สำคัญ คือ ความกังวลว่าคนจะตายจากการกระทำการุณยฆาตมากขึ้นจนเกินไปหากมีกฎหมายแล้ว (Slippery Slope Argument) ในเวลานั้น ศาลสูงพิพากษาให้คำร้องขอของโจทก์ตกไปด้วยมีวัตถุประสงค์ในการปกป้องชีวิตของประชาชนที่อาจมีความเปราะบางจนถูกกดดันให้ต้องตายด้วยวิธีการุณยฆาตได้ (Schafer, 2013) อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 2011-2015 ที่มีการพิจารณาคดี Carter v. Canada เนื่องด้วยประเทศอื่นๆ ที่มีกฎหมายการุณยฆาต โดยเฉพาะประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้มีประสบการณ์จากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวมาแล้ว และอัตราที่ยื่นคำร้องขอการุณยฆาตก็ไม่ได้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการมีกฎหมาย (Schafer, 2013) ศาลก็อาจได้พิจารณาถึงข้อค้นพบดังกล่าวจนเห็นชอบกับการแก้ไขกฎหมายเพื่อคุ้มครองการุณยฆาตในที่สุด

ประการที่สอง คือ ทศนคติของสังคมต่อบทบาทของแพทย์ในการจัดการกับความทุกข์ทรมานในระยะสุดท้ายของชีวิต การศึกษาของ Karsoho et al. (2016) วิเคราะห์ทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องกับคดี Carter v. Canada (หมายถึง พยาน นาย อัยการ และผู้เกี่ยวข้องกับคดีโดยตรงกลุ่มต่างๆ) ที่ทำให้ประเทศแคนาดามีกฎหมายรณฆตจำนวน 42 คนด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และพบว่า ผู้ที่เห็นด้วยกับการรณฆตในคดีนี้มองว่าบทบาทของการรักษาทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาให้หายขาด (Curative Medicine) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ไม่เพียงพอ หรือไม่สามารทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานได้โดยสมบูรณ์ และมองว่า ในบางกรณี การดูแลแบบประคับประคองยังอาจสร้างความทุกข์ทรมานเพิ่มเติมให้กับผู้ป่วยได้ด้วย แนวคิดเช่นนี้สะท้อนให้ถึงความเชื่อของสังคมที่ว่าแพทย์มีบทบาทที่จำกัดในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วย การอนุญาตการกระทำรณฆตจึงนับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปลดปล่อยผู้ป่วยจากความทุกข์ทรมานที่มีประสิทธิภาพ โดยที่มิมีการรักษาให้หายขาดและการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วย

ประการที่สุดท้าย คือ ระดับความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) ของกฎหมายการรณฆต ตัวอย่างที่สำคัญของความสำเร็จในการมีนโยบายใดๆ คือ ระดับความเป็นไปได้ทางการเมืองของนโยบายนั้นต้องอยู่ในระดับสูง พิจารณาได้จากทัศนคติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ในยุคก่อนที่จะมีกฎหมายรองรับการรณฆต ดังนี้

- **สาธารณชน** ค.ศ. 2011 หน่วยงาน Forum Research ได้จัดทำการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในประเทศแคนาดา และพบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 67 เห็นด้วยกับการปรับเปลี่ยนประมวลกฎหมายอาญา เพื่อให้การช่วยการเร่งตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นเรื่องที่ถูกกฎหมาย ทั้งนี้ ผลการสำรวจนี้สอดคล้องกับการสำรวจความคิดเห็นในประเทศมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1996 (15 ปีที่ผ่านมา) (Schafer, 2013)
- **บุคลากรทางการแพทย์** ในช่วงก่อนมีกฎหมาย บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศแคนาดาที่มีความคิดเห็นที่แตกต่างกันต่อประเด็นการรณฆตและการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Young and Ogden (1998) ที่ทำการสำรวจพยาบาล 45 คนที่ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในปี ค.ศ. 1997 และพบว่าร้อยละ 57.8 ของกลุ่มตัวอย่างระบุว่าตนเองรับทราบถึง หรือเคยเห็นการกระทำรณฆตของแพทย์มาตั้งแต่ก่อนที่จะมีกฎหมายคุ้มครองการกระทำดังกล่าวแล้ว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการยอมรับต่อการกระทำดังกล่าว แต่ในขณะเดียวกัน การศึกษาของ Vachon (2013) ก็เสนอมุมมองการรักษาแบบประคับประคองเมื่อเปรียบเทียบกับการกระทำรณฆต และแสดงความเห็นไว้ว่า ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นลำดับแรกก่อนพิจารณาทางเลือกอื่นใดทั้งหมด และเนื่องจากการดูแลแบบประคับประคองในประเทศแคนาดายังอยู่ในระดับ

ค่อนข้างต่ำ การร่างกฎหมายการรณรงค์จึงนับว่าเร็วเกินไป รัฐบาลควรพัฒนาการดูแลแบบ ประคับประคองอย่างเต็มที่ก่อนที่จะมีกฎหมายการรณรงค์ รวมทั้งควรพิจารณามิติทางด้านจิต วิทยา (ในเชิงศาสนา) และจิตวิทยาของความจำเป็นในการมีกฎหมายดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ การศึกษา ในช่วงหลังการบังคับใช้กฎหมาย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความคิดเห็นต่อการรณรงค์ ที่สอดคล้องกันมากขึ้น ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Bravo et al. (2018) ที่ศึกษาทัศนคติของพยาบาล ในรัฐควิเบกที่ดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลจำนวน 514 คน พบว่า ร้อยละ 84 ของพยาบาลในกลุ่ม ตัวอย่างเห็นดีกับการมีกฎหมายการรณรงค์ และมองว่าบุคลากรทางการแพทย์ควรเคารพการ ตัดสินใจของผู้ป่วยและทำตามความปรารถนาของผู้ป่วย นอกจากนี้ ร้อยละ 83 ของกลุ่มตัวอย่างยัง เห็นด้วย หากกฎหมายจะขยายขอบเขตความช่วยเหลือในการเร่งการตายให้กับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ของโรคอัลไซเมอร์ที่แสดงอาการทรมาณจากโรคด้วย (ซึ่งยังผิดกฎหมายอยู่ในปัจจุบัน)

จากข้อมูลทั้งหมดข้างต้น จะเห็นได้ว่า สำหรับประเทศแคนาดา การวิพากษ์วิจารณ์และถกเถียงในประเด็นกา รรณรงค์มีมาอย่างยาวนาน การออกกฎหมายการรณรงค์จึงนับเป็นกระบวนการที่อาศัยเวลาในการตักตวง โดยรัฐพิจารณาจากหลักฐานทางสถิติของประเทศอื่นๆ ที่มีการบังคับใช้กฎหมายที่คล้ายคลึงกันมาก่อน แล้วจึง ปรับสาระสำคัญของกฎหมายให้เข้ากับบริบทในประเทศ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า การเลือกวิธีตายเป็นสิทธิ ของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ประชาชนก็พึงเลือกการรณรงค์ก็ต่อเมื่อได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจนให้ ความยินยอมแล้วเท่านั้น

## บทที่ 5

### บทสรุปและบทเรียนต่อประเทศไทย

#### 5.1 การสรุปองค์ความรู้จากวรรณกรรมและกรณีศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ได้แก่ (1) เพื่อศึกษาถึงรายละเอียดของนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในต่างประเทศ และ (2) เพื่อประเมินในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ในประเทศไทย ขอบเขตของการศึกษานี้ คือ การสรุปและสังเคราะห์งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณา งานวิจัยของประเทศไทยในฐานะข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index: TCI) งานวิจัยของต่างประเทศในฐานะข้อมูล PubMed และ Google Scholar และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดาที่เป็นกรณีศึกษาของการศึกษานี้

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ คือ กรอบการวิเคราะห์นโยบาย (Policy Analysis) ที่เสริมด้วยหลักการด้านกระบวนการนโยบาย (Policy Process) และการประเมินความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) โดยพิจารณาถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน ผู้นำ ผู้นำทางความคิด และ หน่วยงานดำเนินนโยบาย ระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษานี้ คือ กระบวนการกรณีศึกษาแบบอ้างอิงข้อเท็จจริง (Positivist Case Study Approach) โดยจะมีการเลือกกรณีศึกษาหลากหลาย (Collective/Multiple Case Study Design) และเก็บข้อมูลโดยการปริทัศน์วรรณกรรม (Literature Review)

#### สรุปองค์ความรู้จากวรรณกรรม

ทางเลือกในการยุติชีวิตในวรรณกรรมมีทั้งสิ้น 6 ทางเลือก ได้แก่ (1) การุณยฆาต (Euthanasia) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วยเอง (2) การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (Physician-Assisted Suicide) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง โดยแพทย์ให้ความช่วยเหลือด้วยการจัดยาที่มีฤทธิ์ทำให้เสียชีวิตตามคำร้องขอและความสมัครใจของผู้ป่วย (3) การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (Ending of Life without the Patient's Explicit Request หรือ Life Terminating Acts without Explicit Request of Patient) หมายถึง การยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยแพทย์ โดยที่ผู้ป่วยไม่เคยแสดงเจตนาารมณ์ไว้ว่าให้แพทย์กระทำการดังกล่าวได้ (4) การปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (Non-Treatment Decisions) หมายถึง การที่ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะงดหรือหยุดการรับบริการทางการแพทย์ที่มีวัตถุประสงค์ในการดำรงหรือยืดชีวิตของตนเอง (Withhold or Withdraw Life-Sustaining Treatment) (5) การฆ่าตัวตาย (Suicide) และ (6) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการเร่งหรือยืดการตายแต่อย่างใด ผลลัพธ์ของการกระทำดังกล่าวจึงเป็นการ



เสียชีวิต “ตามธรรมชาติ” ทั้งนี้ การรับการดูแลแบบประคับประคองเป็นการกระทำที่ถูกต้องกฎหมายในทุกประเทศทั่วโลก และนับว่าเป็นรูปแบบการยุติชีวิตที่เป็นตัวเปรียบเทียบ (Status Quo) ให้กับรูปแบบอื่นๆ

สำหรับการศึกษานี้ การยุติชีวิตโดยปราศจากการแสดงเจตนาของผู้ป่วย (ทางเลือก 3) และการฆ่าตัวตาย (ทางเลือก 5) จะไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษา เนื่องด้วยไม่ถูกต้องกฎหมาย ส่วนการดูแลแบบประคับประคอง (ทางเลือก 6) เป็นการกระทำที่ถูกต้องกฎหมายในทุกประเทศอยู่แล้ว จึงจะได้รับกล่าวถึงเมื่อมีประเด็นที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจเท่านั้น การศึกษานี้จะพิจารณาทางเลือกที่เหลือเป็นหลัก ได้แก่ การรณรงค์ การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต

ปัจจุบัน ประเทศส่วนใหญ่ในโลกมีกฎหมายรองรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่มีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการรณรงค์และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ เช่น เนเธอร์แลนด์ แคนาดา และเบลเยียม เป็นต้น และมีไม่กี่ประเทศที่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ แต่ไม่รองรับการรณรงค์ เช่น สวิตเซอร์แลนด์ และบางรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

วรรณกรรมในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องมีหัวข้อวิจัยและระเบียบวิธีวิจัยที่หลากหลาย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ได้แก่

- (1) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและการยอมรับต่อทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบต่างๆ ผลของการศึกษาในกลุ่มนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การยอมรับต่อการกระทำ การรณรงค์และกฎหมายการรณรงค์ทั้งของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับสูง ไม่ว่าจะกระทำการศึกษาในประเทศที่มีกฎหมายการรณรงค์หรือไม่ก็ตาม
- (2) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ผลของการศึกษาในกลุ่มนี้ พบว่าทั้งในประเทศที่มีและไม่มีกฎหมายการรณรงค์ บุคลากรทางการแพทย์เคยได้รับการร้องขอให้กระทำ การรณรงค์ หรือเคยกระทำการรณรงค์ โดยประชากรที่เลือกยุติชีวิตด้วยการกระทำการรณรงค์หรือการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์มีคุณลักษณะร่วมกัน คือ อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นเพศชาย มีการศึกษาสูง และมักมีอายุน้อยโดยเปรียบเทียบ
- (3) วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นถกเถียงของกฎหมายการรณรงค์ การศึกษาในกลุ่มนี้พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสีย/ข้อพึงระวังของกฎหมายการรณรงค์ ประเด็นถกเถียงมี 5 ประการหลัก ได้แก่ ประเด็นสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy Argument) ประเด็นการปกป้องผู้ที่เปราะบางในสังคม (Protection of the Vulnerable) ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship) ประเด็นด้านจำนวนการกระทำการรณรงค์ (Slippery Slope Argument) และประเด็นด้านระบบการดูแลแบบประคับประคอง โดยวรรณกรรมยังไม่มีบทสรุปแน่ชัดว่ากฎหมายการรณรงค์มีผลกระทบเชิงลบต่อสังคมจริงหรือไม่ เพราะหลักฐานเชิงประจักษ์ยังมีความขัดแย้งกันอยู่ สำหรับมุมมองทางด้านคุณค่า (Value) พบว่า แม้ว่าการศึกษาทางจริยศาสตร์จะยังมีข้อถกเถียงถึง

ความเหมาะสมของการรณยฆาต เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ ที่สังคม “ยอมรับได้” แต่การศึกษาในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ก็มักสรุปว่าทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ มีความแตกต่างกันน้อยมาก ในขณะเดียวกัน การศึกษาที่ใช้มุมมองทางศาสนานั้นมักมีแนวโน้มในการต่อต้านการรณยฆาต แต่ไม่ต่อต้านการปฏิเสธการรักษาพยาบาล

สำหรับวรรณกรรมของประเทศไทย พบว่า เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตของผู้ป่วย 2 ทางเลือกเท่านั้น ได้แก่ การทำการรณยฆาต และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต แต่ไม่มีการกล่าวถึงทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ และไม่มีการวิจารณ์ถึงข้อดี ข้อเสีย และข้อพึงระวังของทางเลือกแต่ละทางมากนัก สำหรับการรณยฆาต การศึกษาของประเทศไทยถกเถียงเรื่องการรณยฆาตบนพื้นฐานแนวคิดในเชิงบาปบุญคุณโทษเป็นหลัก ไม่มีการมองการรณยฆาตในฐานะของทางเลือกของนโยบายสาธารณสุข ยังไม่มีการตั้งคำถามว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความต้องการต่อการรณยฆาตหรือไม่ และยังไม่มีการพิจารณาปัญหาเชิงโครงสร้าง การศึกษาแทบทั้งหมดตั้งต้นจากแนวคิดว่าการรณยฆาต เป็น “ปัญหา” จริยศาสตร์ นอกจากนี้จะเป็นการกระทำที่เป็นบาป ยังเป็นการชี้ให้เห็นถึงความเสื่อมโทรมทางจริยธรรมของคนในประเทศอีกด้วย สำหรับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต การศึกษาของประเทศไทย พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความต้องการปฏิเสธการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิต มีความสนใจในการเขียนหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกันก็ยังไม่ได้เขียนหนังสือดังกล่าว เพราะไม่มีความรู้มากเพียงพอ

### สรุปองค์ความรู้จากกรณีศึกษา

กรณีศึกษาของการศึกษานี้ประกอบไปด้วยประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา ประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ อนุญาตให้มีการกระทำได้ตั้งแต่วันที่ ค.ศ. 2002/พ.ศ. 2545 ภายใต้กฎหมาย Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act และกำหนดให้การรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์กระทำได้กับผู้ป่วยที่มีสัญชาติเนเธอร์แลนด์ ทั้งที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) และผู้เยาว์ (อายุ 12-18 ปี) โดยที่ไม่ผิดกฎหมาย แต่มีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่กระทำการดังกล่าวต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในกฎหมาย (Criteria for Due Care)

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศล่าสุดในโลกที่มีกฎหมายคุ้มครองการรณยฆาต และการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ และเรียกการกระทำทั้งคู่ว่าการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตาย (Medical Aid in Dying: MAiD) อนุญาตให้มีการกระทำได้ตั้งแต่วันที่ ค.ศ. 2016/พ.ศ. 2559 ภายใต้กฎหมาย Medical Assistance in Dying (Bill C-14) ประเทศแคนาดากำหนดเงื่อนไขในการยื่นคำร้องในการทำการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์ ดังนี้ (1) ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติแคนาดาเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ต่างชาติรับบริการ เพื่อป้องกันการท่องเที่ยวเชิงการรณยฆาต (Euthanasia/Suicide Tourism) (2)

ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ใหญ่ (อายุมากกว่า 18 ปี) (3) ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาวะที่ทนทุกข์ทรมานและมีอาการที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (“Grievous and Irremediable Condition”) และต้องอยู่ใกล้ความตายในระดับสามารถคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุมีผล (“Reasonably Foreseeable”) (4) ผู้ป่วยยื่นคำร้องขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ในการตายอย่างสมัครใจและปราศจากแรงกดดันจากภายนอก และ (5) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลครบถ้วนเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาของตน รวมถึงการดูแลแบบประคับประคองด้วย

จากการพิจารณาข้อมูลของกรณีศึกษาทั้งสองกรณี พบว่า การออกกฎหมายการุณยฆาตของทั้งสองประเทศเป็นกระบวนการที่อาศัยเวลาในการตกผลึก โดยรัฐพิจารณาจากหลักฐานทางสถิติต่างๆ แล้วนำมาปรับให้เข้ากับบริบทในประเทศ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าทางเลือกวิธิตายเป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แต่ประชาชนจะพิจารณาการุณยฆาตในฐานะทางเลือกในการยุติชีวิตได้ ก็ต่อเมื่อได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนจนให้ความยินยอมแล้วเท่านั้น รายละเอียดได้แสดงไว้ในตารางที่ 5.1

ตารางที่ 5.1 ตารางสรุปองค์ประกอบของกรณีศึกษา

กรอบแนวคิดการวิเคราะห์นโยบาย	ประเทศเนเธอร์แลนด์	ประเทศแคนาดา
นโยบาย	<p>1) กระทำได้ทั้งการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์</p> <p>2) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 12 ปี</p> <p>3) ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอ <u>ไม่จำเป็น</u> ต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal) แต่ต้องได้รับความทรมาณทางกายหรือทางใจอย่างที่ไม่อาจทนได้ (“Unbearable Suffering”)</p> <p>4) ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติเนเธอร์แลนด์เท่านั้น (ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นเงื่อนไขสำคัญของการรณยฆาต)</p> <p>5) แพทย์ต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในกฎหมาย (Criteria for Due Care)</p>	<p>1) กระทำได้ทั้งการรณยฆาตและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์</p> <p>2) ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปี</p> <p>3) ผู้ป่วยที่ยื่นคำขอ <u>ไม่จำเป็น</u> ต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Terminal) แต่ต้องอยู่ในสถานะที่ทนทุกข์ทรมาณและมีอาการที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว (“Grievous and Irremediable Condition”) และต้องอยู่ใกล้ความตายในระดับสามารถคาดการณ์ได้อย่างมีเหตุมีผล (“Reasonably Foreseeable”)</p> <p>4) ผู้ป่วยต้องมีสัญชาติแคนาดาเท่านั้น</p> <p>5) แพทย์ต้องปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ในกฎหมายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความยินยอมอย่างมีข้อมูลสมบูรณ์ของผู้ป่วยเป็นหลัก (Informed Consent)</p>
ที่มาที่ไปของนโยบาย	เริ่มมีการถกเถียงตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1973 ก่อนออกเป็นกฎหมายในปี ค.ศ. 2001 และบังคับใช้ในปี ค.ศ. 2002	เริ่มมีการถกเถียงตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1993 ก่อนออกเป็นกฎหมายในปี ค.ศ. 2016
<b>ข้อมูลด้านการดำเนินนโยบาย</b>		
• ความเป็นไปได้ในเชิงเทคนิค	การรณยฆาตและและการฆ่าตัวตายโดยความช่วยเหลือของแพทย์เป็นกระบวนการที่ไม่ได้อาศัยความเชี่ยวชาญทางเทคนิคสำหรับแพทย์ (เว้นแต่การกำหนดปริมาณยาที่เหมาะสม)	

กรอบแนวคิดการวิเคราะห์นโยบาย	ประเทศเนเธอร์แลนด์	ประเทศแคนาดา
• ความเป็นไปได้ในทางการเงิน	ต้นทุนต่อระบบสาธารณสุขมีน้อยมาก ในทั้งสองประเทศ ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการทำการการุณยฆาตเอง สำหรับประเทศเนเธอร์แลนด์ บริษัทประกันเป็นออกค่าใช้จ่ายในการทำการการุณยฆาตให้แก่ผู้เอาประกันได้ <sup>1</sup>	
• ความยากง่ายในการจัดการ	ใช้ระบบบริการปฐมภูมิ ที่มีแพทย์ทั่วไปดูแลผู้ป่วยตลอดชีวิต จนทำให้มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเพียงพอให้ประเมินความจำเป็นของการุณยฆาต นอกจากนี้ การศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่พบว่าความต้องการในการทำการการุณยฆาตมีเพิ่มขึ้นหลังมีกฎหมาย สะท้อนถึงความสามารถของระบบในการ ‘ควบคุม’ ไม่ให้มีการทำการการุณยฆาตมากเกินไป (Slippery Slope)	ไม่ได้ระบุถึงอย่างชัดเจนในวรรณกรรม อย่างไรก็ตาม แพทย์ในทั้งสองประเทศมีความเชี่ยวชาญในการดูแลแบบประคับประคองสูง จากการพิจารณาดัชนีคุณภาพการตาย (Quality of Death Index) ที่พัฒนาโดย Economist Intelligence Unit เพื่อใช้ประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในกว่า 80 ประเทศทั่วโลกในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ทั้งประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดามีค่าดัชนีดังกล่าวในระดับสูง เป็นอันดับที่ 8 และ 11 ของโลกตามลำดับ
• ความเป็นไปได้ทางการเมือง	ประชาชน แพทย์ แพทยสมาคม และศาล มีระดับการยอมรับต่อการุณยฆาตสูง	ประชาชน แพทย์ และองค์กรอิสระ มีระดับการยอมรับต่อการุณยฆาตสูง

หมายเหตุ <sup>1</sup> = [https://www.no euthanasia.org.au/insurance\\_company\\_to\\_pay\\_for\\_euthanasia\\_deaths\\_at\\_dutch\\_euthanasia\\_clinic](https://www.no euthanasia.org.au/insurance_company_to_pay_for_euthanasia_deaths_at_dutch_euthanasia_clinic) (เข้าถึง ณ วันที่ 28 ก.พ. 2563)

<sup>2</sup> = Economist Intelligence Unit (2015)

## 5.2 บทเรียนต่อประเทศไทย

ในปัจจุบัน ในประเทศไทย ผู้ป่วยระยะท้ายมีทางเลือกในการยุติชีวิตที่ชัดเจนตามกฎหมาย 2 ทางเลือก คือ การดูแลแบบประคับประคอง และการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต (ภายใต้บทบัญญัติมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และมีทางเลือกที่ชัดเจนน้อยลงมาในทางกฎหมายอีก 2 ทางเลือก คือ การดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้มข้น/การให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ (อันนับเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการของการดูแลแบบประคับประคองซึ่งถูกกฎหมาย) และการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ (ซึ่งแม้จะไม่มีกฎหมายรองรับอย่างชัดเจน แต่ก็อนุมานได้จากประมวลกฎหมายอาญาว่า เนื่องด้วยประเทศไทยไม่มีกฎหมายลงโทษการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ก็ไม่ควรผิดกฎหมายเช่นกัน (ดวงเด่น นาคสีหราช, 2561; อรรัมภา ไวยมุข์และคณะ, 2562))

ทางเลือกในการยุติชีวิตรูปแบบเดียวที่ยังไม่ถูกกฎหมายในประเทศไทย คือ การรณรงค์ ในการพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการมีกฎหมายการรณรงค์ในประเทศไทย คงต้องพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเมืองก่อน อันหมายถึงการพิจารณาความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ อันได้แก่ ประชาชน ผู้นำ ผู้นำทางความคิด และหน่วยงานดำเนินนโยบาย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาข้อมูลโดยละเอียด ไม่ปรากฏท่าทีอย่างเป็นทางการของนักการเมือง (ในฐานะผู้นำ) และของแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข (ในฐานะหน่วยงานดำเนินนโยบาย) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้จึงจะนำเสนอเฉพาะความคิดเห็นของประชาชนและผู้นำทางความคิด เท่าที่สืบค้นได้เท่านั้น

### ความคิดเห็นของประชาชน

จากการสืบค้นถึงความสนใจของประชาชนไทยต่อทางเลือกในการยุติชีวิตต่างๆ พบว่า มีความสนใจในประเด็นการรณรงค์มากโดยเปรียบเทียบ โดยความสนใจนี้เริ่มต้นจากการที่มีผู้ชายไทยท่านหนึ่งได้เขียนข้อความลงบนหน้าเฟซบุ๊ก (Facebook) ว่าได้ตัดสินใจยุติชีวิตของตัวเองด้วยกระบวนการ “การรณรงค์” ที่ประเทศสวีเดนในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมา และได้อธิบายถึงสาเหตุของการตัดสินใจดังกล่าว (MGR Online, 2562)

ความสนใจในประเด็น “การรณรงค์” ในสังคมไทยถูกสะท้อนผ่านการนำเสนอถึงความหมายและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ในสื่อต่างๆ ตัวอย่างเช่น เว็บไซต์ MGR Online เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2562 เว็บไซต์ ThaiPBS เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2562 เว็บไซต์กรุงเทพธุรกิจ เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2562 เว็บไซต์ประชาไท เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2562 และเว็บไซต์ HonestDocs ที่มีการปรับข้อมูลล่าสุดเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2562 ทุกเว็บไซต์ข้างต้นล้วนแต่นำเสนอบทความที่นักเขียนของเว็บไซต์ข้างต้นเขียนขึ้นเอง หรือนำเสนอบทสรุปจากการสัมภาษณ์หรือการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการรณรงค์ โดยข้อความข้างต้นล้วนได้รับ

ความสนใจเป็นอย่างมาก เช่น บทความของเว็บไซต์ HonestDocs ที่มีผู้เข้าชมแล้วทั้งสิ้นกว่า 1.4 ล้านครั้ง (ข้อมูล ณ วันที่ 25 กันยายน 2562) เป็นต้น

นอกจากนี้ การวัดระดับของความสนใจและการยอมรับในประเด็นการรณรงค์ในสังคมไทยยังสามารถทำได้อีกอย่างน้อย 2 ช่องทาง ช่องทางแรก คือ การพิจารณาผลสำรวจของ World Values Survey ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2009 และ ค.ศ. 2010-2014 ที่มีการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรในประเทศไทย และถามคำถามว่าการกระทำการรณรงค์มีเหตุผลอันสมควรเสมอไปหรือไม่ (“Please tell me whether you think euthanasia can always be justified, never be justified or something in between.”) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกลำดับตั้งแต่ 1 คือ ไม่มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าในกรณีใด (“Never justified”) ไปถึง 10 คือ มีเหตุผลอันสมควร ไม่ว่าในกรณีใด (“Always justified”) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการยอมรับต่อการกระทำการรณรงค์ในประเทศไทยสูงขึ้น จาก 3.4 ในช่วงปี ค.ศ. 2005-2009 มาเป็น 4.0 ในช่วงปี ค.ศ. 2010-2014 และค่าเฉลี่ยของประเทศไทยในทั้งสองช่วงเวลาดังกล่าวก็สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่อ้างอิงแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลเดียวกันในกว่า 60 ประเทศทั่วโลก ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของโลกอยู่ที่ประมาณ 3.3 ในทั้งสองช่วงเวลา

ช่องทางที่สอง คือ การพิจารณา Google Trends โดย Google Trends เป็นเครื่องมือของบริษัท Google จำกัด ที่ประเมินระดับความนิยมสัมพัทธ์ (Relative Popularity) ของคำสำคัญ (Keyword) ต่างๆ ในช่วงเวลา และพื้นที่เฉพาะ มีการนำเสนอข้อมูลเป็นตัวเลขที่อยู่ในช่วงระหว่าง 0-100 โดยเลข 0 หมายความว่า จำนวนครั้งของการสืบค้นคำสำคัญดังกล่าวในช่วงเวลาและพื้นที่เฉพาะนั้นมีอย่างจำกัด ในขณะที่เลข 100 แสดงว่าการสืบค้นคำสำคัญดังกล่าวได้รับความสนใจจากประชาชนในช่วงเวลาและพื้นที่เฉพาะนั้นเป็นอย่างมาก โดยหากพิจารณาข้อมูลที่ได้จาก Google Trends ของประเทศไทยตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 จนถึงเดือนกันยายน 2562 (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2562) พบว่า การสืบค้นคำว่า “การรณรงค์” และ “Euthanasia” มีความถี่สูงสุดในช่วงเดือนมีนาคม 2562 มีค่าของระดับของความสนใจจาก Google Trends เท่ากับ 100 อย่างไรก็ตาม ความสนใจในประเด็นดังกล่าวลดลงอย่างมากอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังพบว่า การสืบค้นคำว่า “การรณรงค์” และ “Euthanasia” กระจุกตัวอยู่ใน 15 จังหวัดเท่านั้น (ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี นนทบุรี สมุทรปราการ นครปฐม สงขลา เชียงราย เชียงใหม่ พิษณุโลก ชลบุรี สมุทรปราการ ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น และนครราชสีมา) โดยคำว่า “การรณรงค์” มีอัตราการสืบค้นสูงที่สุดที่จังหวัดปทุมธานี และคำว่า “Euthanasia” มีอัตราการสืบค้นสูงที่สุดที่จังหวัดนครปฐม

นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาคำสำคัญอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และพบว่า มีการสืบค้นน้อยมากจากปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 21 กันยายน 2562) รายละเอียดจากการสืบค้นคำสำคัญแต่ละคำเป็นดังนี้

- คำว่า “มาตรา 12” และคำว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ซึ่งหมายถึงข้อกฎหมายที่ยินยอมให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถแสดงเจตจำนงในการไม่รับการรักษาพยาบาลได้ จากการสืบค้นจาก

Google Trends พบว่ามีการสืบค้นคำสำคัญดังกล่าวน้อยมาก และกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร เท่านั้น ไม่มีการสืบค้นคำสำคัญดังกล่าวในพื้นที่อื่นเลย

- คำว่า “การดูแลแบบประคับประคอง” และคำว่า “Palliative Care” ปรากฏว่ามีการสืบค้นมาก ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 และการสืบค้นมีน้อยลงมากจากช่วงเวลานั้นเป็นต้นมา และมีการสืบค้นใน 3 จังหวัด คือ เชียงใหม่ ขอนแก่น และกรุงเทพมหานครเท่านั้น
- คำว่า “DIGNITAS” ซึ่งหมายถึงองค์กรที่ทำการรณรงค์ในประเทศไทยสวิตเซอร์แลนด์ พบว่ามีการสืบค้น คำสำคัญดังกล่าวใน 10 จังหวัด และอัตราการสืบค้นสูงสุดในจังหวัดปทุมธานี
- คำว่า “Assisted Dying” “Assisted Death” “Assisted Suicide” อันหมายถึง การยุติชีวิตตนเอง โดยความช่วยเหลือ/ความอนุเคราะห์ของแพทย์ ปรากฏว่ามีการสืบค้นในกรุงเทพมหานครเท่านั้น สำหรับคำว่า “แพทยานุเคราะห์ฆาต” ที่เป็นคำแปลอย่างเป็นทางการของคำสำคัญภาษาอังกฤษ ข้างต้นนั้น ไม่ปรากฏการสืบค้นใดๆ
- คำว่า “Cryonics” อันหมายถึงเทคโนโลยีแช่แข็งร่างมนุษย์ที่เสียชีวิตไปแล้ว ปรากฏว่ามีการค้นหาใน จังหวัดกรุงเทพมหานครเท่านั้น และ
- คำว่า “ฆ่าตัวตาย” หรือ “Suicide” พบว่ามีการสืบค้นใน 10 จังหวัด และมีอัตราการสืบค้นสูงสุดใน จังหวัดนนทบุรี

หากเชื่อว่าข้อมูลข้างต้นแสดงถึงระดับของความสนใจในเรื่องทางเลือกในการยุติชีวิต ก็จะอนุมานได้ว่า สังคมไทยสนใจแต่ในประเด็นการรณรงค์เป็นหลัก และแทบไม่มีความสนใจต่อทางเลือกในการยุติชีวิตอื่นๆ เลย สอดคล้องกับบทวิเคราะห์จากงานวิจัยของจิรัฐม ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (พ.ศ. 2561) ที่พบว่า ทั้งแพทย์ และประชาชนมีความเข้าใจที่คาดเคลื่อนในเรื่องการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และไม่ได้รับทราบถึง มาตรา 12 มากนัก ทำให้การดูแลแบบประคับประคองมักไม่ถูกเสนอเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย หรือถูกเสนอเป็นทางเลือกเมื่อสายเกินไปแล้ว

นอกจากนี้ ข้อมูลข้างต้นยังชี้ให้เห็นว่า สังคมไทยมีการตื่นตัวในประเด็นการรณรงค์ เมื่ออยู่ในสถานะที่มีการ กระตุ้นจากสื่อเท่านั้น (Media as a Triggering Mechanism) และเมื่อปราศจากการนำเสนอข่าวจากสื่อ ความสนใจในประเด็นดังกล่าวก็จะลดลงมาก และหากพิจารณาถึงเนื้อหาของข่าวหรือการแสดงความคิดเห็น ของนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในข่าว ก็จะพบว่าเป็นการนำเสนอข้อมูลเป็นหลัก ไม่ปรากฏการตั้งคำถามในเชิง กฎหมายหรือในเชิงปรัชญา ถึงความเหมาะสมของการการรณรงค์เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกในการยุติชีวิต อื่นๆ เท่าไรนัก สะท้อนให้เห็นว่าความเข้าใจในเรื่องการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตในสังคมยังมีอยู่อย่าง จำกัด และความคิดเห็นของประชาชนก็อาจตั้งอยู่บนรากฐานของความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล

**ความคิดเห็นของผู้นำทางความคิด**



จากการสืบค้นถึงความคิดเห็นของบุคคลที่เป็นที่สนใจในสังคม พบว่า มีการกล่าวถึงประเด็นการรณฆฆาตอยู่พอสมควร ตัวอย่างเช่น

- พระไพศาล วิสาโล ที่ไม่เห็นด้วยกับการรณฆฆาตจากมุมมองทางพุทธศาสนา กล่าวไว้ว่า “การทำกา รณฆฆาตส่วนใหญ่มักให้เหตุผลว่า การมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ป่วยไม่มีประโยชน์แล้ว เป็นการอยู่อย่างไร ศึกดีศรี เพราะนอกจากเจ็บปวดทุกข์ทรมานแล้ว ยังไม่สามารถพึ่งตนเองได้ มองในแง่ของมนุษยธรรม การช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตโดยเร็วยอมเป็นสิ่งที่ดี เพราะทำให้เขาพ้นจากความทุกข์ความเจ็บปวด แต่ พุทธศาสนามองว่าชีวิตนั้นมีคุณค่า トラบใดที่เรายังมีลมหายใจอยู่ แม้เจ็บป่วยเพียงใดก็ยังสามารถทำ สิ่งดี ๆ ให้เกิดขึ้นได้ อย่างน้อยต่อจิตใจของตน... อีกทั้งยังสามารถเรียนรู้จากความเจ็บป่วย หรือใช้ ความเจ็บป่วยเป็นเครื่องมือสอนธรรม ว่าชีวิตนั้นไม่เที่ยง เป็นทุกข์ ไม่อยู่ในอำนาจของเรา หลายคน ที่เห็นความจริงดังกล่าว สามารถทำใจปล่อยวางจากความเจ็บปวดได้ นี่คือศักยภาพหรือความสามารถที่ มนุษย์ทุกคนสามารถทำได้ ดังนั้นแทนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจบชีวิตโดยเร็ว เราน่าจะช่วยให้เขาสามารถ อยู่กับความเจ็บป่วยและทุกขเวทนาได้โดยไม่ทุกข์ใจ เช่น ช่วยให้เขาวางใจได้อย่างถูกต้อง รู้จักการทำ สมาธิภาวนา และอยู่กับมันได้โดยไม่ผลักใส เพราะยิ่งผลักใสก็ยิ่งทุกข์” (ข้อมูลจาก [www.visalo.org/columnInterview/5409Image.htm](http://www.visalo.org/columnInterview/5409Image.htm))
- คุณพิสิษฐ์ ศรีอัครโกคิน ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่มองว่าช่วงเวลา ปัจจุบันยังไม่เหมาะสมในการพิจารณาประเด็นการรณฆฆาตในประเทศไทย เพราะการดูแลแบบ ประคับประคองยังไม่ได้พัฒนาอย่างเพียงพอ ทำให้หากมีกฎหมายการรณฆฆาตในตอนนี้ จะส่งผลให้มี การกระทำการรณฆฆาตมากเกินไปจนความจำเป็น (ข้อมูลจาก <https://mgronline.com/live/detail/9620000021639>) และ
- นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธ์ มองว่าควรมีการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองก่อนที่พิจารณากฎหมาย การรณฆฆาต (ข้อมูลจาก <https://prachatai.com/journal/2019/05/82658>)

จะเห็นได้ว่า ความคิดเห็นของผู้นำทางความคิดข้างต้นสอดคล้องกับทัศนะของกลุ่มที่ต่อต้านกฎหมายการรณฆฆาตในต่างประเทศ โดยมองว่ากฎหมายการรณฆฆาตอาจทำให้เกิดความตายโดยไม่จำเป็นจำนวนมาก (Slippery Slope Argument) และอาจทำให้การพัฒนาการดูแลแบบประคับประคองชะงักลงด้วย นอกจากนี้ ก็ยังมีแรงต่อต้านของผู้นำทางความคิดทางด้านคุณค่า ที่ใช้มุมมองทางพุทธศาสนาในการอธิบายสังคมว่ากา รณฆฆาตไม่ใช่สิ่งที่พึงกระทำ

ความเป็นไปได้ของกฎหมายการรณฆฆาตในประเทศไทย

เมื่อพิจารณากรณีศึกษา คือ ประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดาแล้ว พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อการมีกฎหมายการุณยฆาตของทั้งสองประเทศมีหลายประการ ปัจจัยที่มีร่วมกันทั้งสองประเทศ ได้แก่

- (1) การวิพากษ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการุณยฆาตอย่างกว้างขวางและยาวนาน อันทำให้สังคมตกลึกทางความคิดจนสามารถมีกฎหมายได้ในที่สุด ทั้งนี้ ประเทศเนเธอร์แลนด์ใช้เวลาถึง 28 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ. 1973-2001) และประเทศแคนาดาใช้เวลาถึง 23 ปี (ค.ศ. 1993-2016) ในการถกเถียงในประเด็นการุณยฆาต
- (2) วัฒนธรรมความเป็นปัจเจกบุคคล (Individualization) ในระบบประชาธิปไตยแบบเสรีนิยม (Liberal Democracy) ที่เข้มแข็งของสังคมเนเธอร์แลนด์และแคนาดา อันทำให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ถึงสิทธิที่ปัจเจกบุคคลมีต่อร่างกายของตน และสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ (Weyers, 2006)
- (3) “กระแสสังคม” เป็นไปในเชิงบวก อันทำให้ความเป็นไปได้ทางการเมือง (Political Feasibility) ของการมีกฎหมายการุณยฆาตอยู่ในระดับสูง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแทบทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นประชาชนในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Buiting et al., 2012; Kouwenhoven et al., 2012; Pasma et al., 2013; Wise, 2001) และแคนาดา (Karsoho et al., 2016) บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Kouwenhoven et al., 2012; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003, 2012; Steck et al., 2013; van der Heide et al., 2012) และแคนาดา (Bravo et al., 2018; Karsoho et al., 2016; Young and Ogden (1998) และศาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ (Kim et al., 2016; Rietjens et al., 2009) และแคนาดา (Schafer, 2013) ล้วนแต่เห็นด้วยกับการมีกฎหมายการุณยฆาต กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยและเป็นจำนวนน้อยของสังคม คือ กลุ่มเคร่งศาสนา

ภายใต้ข้อสมมติว่าปัจจัยข้างต้นเป็นเงื่อนไขสำคัญของการมีกฎหมายการุณยฆาต จะเห็นได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้ยังไม่สมบูรณ์นักในบริบทประเทศไทย ประการแรก สังคมไทยยังไม่ได้มีการถกเถียงในประเด็นการุณยฆาตอย่างยาวนานและกว้างขวางเพียงพอ จากการวิเคราะห์ข้อมูลจาก Google Trends ข้างต้น พบว่า ความสนใจของสังคมในประเด็นดังกล่าวเพิ่งเริ่มต้นขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมเท่านั้น ยังกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่จำกัด และไม่ได้มีกระแสอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สอง ความเข้มแข็งของประชาธิปไตยแบบเสรีนิยม (Liberal Democracy) ในสังคมไทยยังไม่ชัดเจนดังที่ได้อธิบายไปแล้วข้างต้น ปัจจัยสนับสนุนกฎหมายการุณยฆาตที่สำคัญประการหนึ่ง คือ ความเป็นเสรีนิยม (Liberalism) โดยนิยามของเสรีนิยมนั้นครอบคลุมการมีระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่รัฐบาลมีบทบาทจำกัด มีการกระจายอำนาจ มีหลักนิติธรรม (Rule of Law) ที่เข้มแข็ง มีการให้สิทธิและเสรีภาพกับประชาชน ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และเคารพในความเป็นปัจเจกชน (Connors, 2009; Larsson, 2017) แม้ว่าวรรณกรรมจะไม่ได้มีบทสรุปถึงความเป็นเสรีนิยมในสังคมไทยว่าอยู่ในระดับใด แต่ก็มี การระบุไว้ว่าความเป็นเสรีนิยมในสังคมไทยไม่ยั่งยืนนัก และเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา หากแต่มีรากฐานที่หยั่งลึกขึ้นเรื่อยๆ การศึกษาของ Connors (2009) ชี้ให้เห็นว่าแนวคิดแบบประชาธิปไตยเสรีนิยมเริ่มปรากฏให้

เห็นในสังคมไทยเมื่อประมาณ 50 ปีที่แล้ว ตั้งแต่ยุคที่มีการปฏิวัติของนักศึกษา (เหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516) และมีวิวัฒนาการเรื่อยมาในรูปแบบของการต่อสู้ระหว่างกลุ่มที่ต้องการครอบครองอำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด (Authoritarianism) และกลุ่มที่ต่อต้านการครอบครองอำนาจดังกล่าว (Liberalism) และอยู่ในจุดที่สูงงอมที่สุดในช่วงปี พ.ศ. 2540 ที่มีการประกาศใช้ “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” พ.ศ. 2540 ซึ่งแทนที่รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2534 อันมีรากฐานมาจากรัฐประหาร โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้มาจากสภาร่างรัฐธรรมนูญที่ประกอบด้วยตัวแทนจังหวัดและตัวแทนนักวิชาการ และมีบทบัญญัติด้านสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้มากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม Connors (2009) มองว่าการเข้าสู่อำนาจของทักษิณ ชินวัตร ในปี พ.ศ. 2544 ทำให้แนวคิดประชาธิปไตยเสรีนิยมในประเทศไทยเลือนรางไป เพราะถูกแทนที่ด้วยระบอบชนาธิปไตย (Plutocracy) ที่เป็นรูปแบบการปกครองของคนมีเงินที่เข้าสู่อำนาจภายใต้ระบอบประชาธิปไตย ระบอบชนาธิปไตยนี้ทำให้การต่อสู้กับการครอบครองอำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดในสังคมเปลี่ยนรูปแบบไป

ในขณะเดียวกัน การศึกษาของ Larsson (2017) พิจารณาถึงประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวกับนักคิดและนักวิชาการชาวไทย พบว่า แม้ว่าสังคมไทยจะมีนักคิดที่อาจนับได้ว่าเป็นกลุ่มหัวก้าวหน้า (Liberals) อยู่บ้าง (ตัวอย่างที่มีการระบุถึง ได้แก่ (1) พระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนคราธิพงษ์ประพันธ์ (2) จินดา จินตนาเสรี (จ.พันธุ์จินดา) (3) มาลัย ชูพินิจ และ (4) ปวย อึ้งภากรณ์) แต่การถกเถียงทางด้านการเมืองของประเทศไทยก็ยังไม่ได้ครอบคลุมแนวคิดด้านเสรีนิยม (“While one might find liberals in Thai history, there is no liberalism.”) กระแสความคิดส่วนใหญ่ก็ยังคงยึดโยงอยู่กับความเป็นชาตินิยม (Nationalism) สังคมนิยม (Socialism) และแนวคิดมาร์กซิสต์ (Marxism) เป็นหลัก นอกจากนี้ การยึดอำนาจของรัฐบาลทหารตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และการประกาศใช้รัฐธรรมนูญในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งมีบัญญัติหลายประการที่ขัดแย้งกับหลักการด้านสิทธิและเสรีภาพของประชาชน อีกทั้งยังจำกัดสิทธิของประชาชนในการแสดงออกทางความคิด อันเป็นพื้นฐานสำคัญของความเป็นเสรีนิยมนั้น ทำให้โอกาสในการมีประชาธิปไตยแบบเสรีนิยมในสังคมไทยในปัจจุบันลดลงไปอีกด้วย (Larsson, 2017; Tonsakulrungruang, 2018) อย่างไรก็ตาม Larsson (2017) คาดการณ์ไว้ว่าแนวคิดแบบประชาธิปไตยเสรีนิยมจะขยายวงกว้างในอนาคต เพราะการลิดรอนสิทธิและเสรีภาพของรัฐในปัจจุบันจะทำให้เกิดการต่อต้านการครอบครองอำนาจแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด และจะทำให้ประชาชนต้องการแสดงออกทางความคิดมากขึ้น (Liberal Counter-reaction) โดยสรุป การมีประชาธิปไตยแบบเสรีนิยมในประเทศไทยในอนาคตอันใกล้ยังคงเป็นไปได้ยาก ซึ่งหมายความว่า การวิพากษ์และการทำความเข้าใจในเรื่องสิทธิและวัฒนธรรมความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งส่งผลทางบวกต่อการมีกฎหมายการุณยฆาต ก็จะมีอยู่อย่างจำกัดในอนาคตอันใกล้เช่นกัน

ประการสุดท้าย คือ การยอมรับต่อการุณยฆาตของประชาชน ซึ่งนับเป็นองค์ประกอบของความสำเร็จประการเดียวที่น่าจะมีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์ในต่างประเทศชี้ให้เห็นว่าการยอมรับการุณยฆาตของประชาชนไม่ได้ส่งผลให้มีกฎหมายการุณยฆาต หรือทำให้การุณยฆาตเป็นประเด็น

ถกเถียงทางการเมือง (Political Agenda) เสมอไป ตัวอย่างเช่น ในประเทศฝรั่งเศส การรณรงค์เป็นประเด็นที่ประชาชนให้ความสนใจอย่างมาก เนื่องด้วยมีการถกเถียงอย่างกว้างขวางและมีข่าวที่เป็นที่สนใจของสังคมอยู่เสมอ (เช่น กรณีของนาง Chantal Sebire ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเรียกร้องให้รัฐบาลออกกฎหมายการรณรงค์จนฆ่าตัวตายไปในที่สุด) แต่ก็ยังไม่มีกฎหมายการรณรงค์ (Cohen et al., 2014) หรือในประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย ที่แม้ว่าการยอมรับการกระทำการรณรงค์จะอยู่ในระดับสูง แต่ก็พบว่าการรณรงค์ยังไม่ใช่ประเด็นทางการเมืองที่สำคัญและไม่น่าจะเป็นนโยบายสาธารณะในระยะเวลายาวไกล (Cohen et al., 2014; Parpa et al., 2010) ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศในแถบสแกนดิเนเวียมองว่าการ “ยื้อ” ชีวิตไม่ใช่เรื่องที่ควรสนับสนุนอยู่แล้ว และไม่มีพฤติกรรมในการให้การรักษาหรือดูแลแบบประคับประคองเกินความจำเป็น การออกกฎหมายเพื่ออนุญาตให้เกิดการ “เร่ง” การเสียชีวิตจึงอาจไม่ใช่ประเด็นทางนโยบายที่สำคัญ (Parpa et al., 2010)

จะเห็นได้ว่า การยอมรับต่อการรณรงค์ของประชาชนไม่ใช่เงื่อนไขที่เพียงพอ (Sufficient Condition) ในการทำให้การรณรงค์เป็นนโยบายสาธารณะ ประเทศที่จะมีกฎหมายการรณรงค์ได้ต้องมีปัจจัยสนับสนุนอื่นด้วย เช่น ต้องมีผู้นำทางการเมืองที่เป็นกระบอกเสียงให้กับความต้องการของประชาชนในด้านนี้ (Danyliv and O’Neill, 2015) บุคลากรทางการแพทย์ในฐานะผู้ดำเนินนโยบายต้องให้การยอมรับต่อการรณรงค์ในระดับที่สูงเพียงพอ (Danyliv and O’Neill, 2015; Onwuteaka-Philipsen et al., 2003, 2012) สังคมต้องมีองค์การทางการเมืองที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการรณรงค์ในมิติต่างๆ (Right-to-Die Organizations) หรือสังคมต้องมีเหตุการณ์ที่สร้างความสั่นสะเทือนมากเพียงพอ เช่น มีการร้องขอการรณรงค์ต่อศาล เป็นต้น

เนื่องจากเงื่อนไขสนับสนุนยังไม่ชัดเจนในประเทศไทย ในขณะที่การรณรงค์ได้รับการต่อต้านภายใต้แนวคิดด้านศีล 5 ของศาสนาพุทธซึ่งเป็นศาสนาหลักของประเทศ และจากกลุ่มผู้นำทางความคิด จึงอาจสรุปได้ว่าความเป็นไปได้ในการมีกฎหมายการรณรงค์ของประเทศไทยในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ

### **ความเป็นไปได้ของกฎหมายการรณรงค์ในเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Perspective)**

การประเมินความเป็นไปได้ของกฎหมายการรณรงค์อีกวิธีหนึ่ง คือ การพิจารณาถึงวิวัฒนาการของกฎหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกันภายใต้บริบททางสังคมเดียวกัน อันได้แก่ กฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน ทั้งนี้ กฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันมีลักษณะคล้ายกับกฎหมายการรณรงค์ในอย่างน้อย 3 มิติ มิติแรก ประเด็นที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการทำลายชีวิตทารก ซึ่งถือเป็นมนุษย์แล้วแต่ยังไม่มีสภาพบุคคลทางกฎหมาย (ฝ่ายพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, พ.ศ. 2557) การสร้างครอบครัวที่ไม่ได้ประกอบด้วยคนต่างเพศ และการยุติชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งหมดมีลักษณะร่วมกันคือละเมิดศีลธรรมตามแนวคิดพื้นฐานของศาสนา อาจทำลายโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญ (เช่น สถาบันครอบครัว และการเคารพต่อคุณค่าแบบอนุรักษนิยม เป็นต้น) และ

อาจเป็นการละเมิด “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์” (เนื่องจากส่งผลต่อการตายและคุณค่าของมนุษย์) อีกด้วย (ฝ่ายพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, พ.ศ. 2557) มติที่สอง กฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันอาจประสบปัญหาในการดำเนินนโยบายที่คล้ายกับกฎหมายการุณยฆาต กล่าวคือ การปล่อยให้มีการทำแท้งหรือการแสดงออกซึ่งความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันอย่างเปิดเผย อันเป็นรูปแบบของรัฐในการแสดงความเคารพต่อเสรีภาพในการตัดสินใจของประชาชน (Autonomy Argument) อาจทำให้ผู้ที่เปราะบางในสังคมได้รับผลกระทบ (Protection of the Vulnerable) และอาจทำให้เกิดการทำแท้งและการแสดงออกในเรื่องความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันมากเกินไปเกินความต้องการของสังคมได้ (Slippery Slope Argument) ตัวอย่างเช่น หากรัฐอนุญาตให้การทำแท้งเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมาย ก็อาจทำให้ผู้หญิงบางคนที่ต้องการมีบุตรถูกกดดันจากคนรอบข้างให้ทำแท้ง และอาจทำให้เกิดการทำแท้งแบบที่ไม่ได้รับการไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วนและการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เป็นต้น มติสุดท้าย กฎหมายการทำแท้ง กฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน และกฎหมายการุณยฆาต ล้วนแต่เป็นตัวแทนทางนโยบายที่สำคัญของการมีเสรีภาพในการตัดสินใจในเรื่องส่วนบุคคล อันเป็นองค์ประกอบหลักของความเป็นเสรีนิยม ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า ถึงแม้ว่าความเป็นเสรีนิยมในประเทศไทยในมิติด้านการปกครอง (แนวคิดแบบประชาธิปไตยเสรีนิยม) จะยังไม่ปรากฏเด่นชัด เพราะยังไม่มีพรรคการเมืองทางด้านปรัชญา ไม่มีองค์กรทางสังคม และไม่มีพรรคการเมืองที่ตั้งอยู่บนอุดมการณ์ของเสรีนิยม ดังที่ได้อธิบายไปแล้วข้างต้นนั้น แต่แนวคิดเสรีนิยมในมิติด้านสังคมกลับมีแนวโน้มเติบโตขึ้นในสังคมไทย ดังจะเห็นได้จากวิวัฒนาการของกฎหมายและการยอมรับต่อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งและความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

ในประเทศไทย กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง หรือ การยุติการตั้งครรภ์มีวิวัฒนาการมายาวนานและมักจะยึดโยงกับแนวคิดตามหลักพระพุทธศาสนาที่มองว่าการทำแท้งเป็นบาปและไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทย อภิหารัตน์ นิยมไทย (พ.ศ. 2554) พิจารณาประวัติศาสตร์ของกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศไทย พบว่าการทำแท้งเป็นความผิดอาญามาตั้งแต่กฎหมายตราสามดวงในรัชสมัยของรัชกาลที่ 1 กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 เรื่อยมาจนถึงประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 301-302 ในปัจจุบัน ที่กำหนดความผิดแก่การกระทำหรือการยอมให้ผู้อื่นกระทำให้ตนแท้งลูกของผู้หญิงและผู้ที่ทำให้ผู้หญิงแท้งลูก อย่างไรก็ตาม ประมวลกฎหมายอาญาในปัจจุบันมีการยกเว้นความผิดฐานทำให้แท้งลูก หากเป็นการกระทำของแพทย์ และ (1) มีความจำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของผู้หญิง หรือ (2) เกิดการตั้งครรภ์เนื่องจากการกระทำผิดอาญา นอกจากนี้ ประเทศไทยยังมีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ที่กำหนดให้วัยรุ่นมีสิทธิในการตัดสินใจ การได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ และการได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (อันรวมถึงการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์) อย่างเป็นทางการลับและเป็นส่วนตัว (สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, พ.ศ. 2559)

ทั้งนี้ จะสังเกตได้ว่าแม้ว่าประเทศไทยจะอนุญาตให้มีการทำแท้งได้ในบางกรณี แต่ก็ไม่ได้อนุญาตให้มีการทำแท้ง “เสรี” และต้องกระทำผ่านระบบบริการสุขภาพเท่านั้น นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติ การเข้าถึงบริการในการยุติการตั้งครรภ์ยังมีจำกัด เกิดจากหลายปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นการตีตราของสังคมต่อผู้หญิงที่ต้องการทำแท้ง (Social Stigma) การขาดความรู้และความไม่เต็มใจในการยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์ และการกระจายตัวของหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ยังมีอยู่อย่างจำกัดในประเทศ (รายชื่อเครือข่ายหน่วยบริการยุติการตั้งครรภ์ทั่วประเทศ ระบุไว้บนเว็บไซต์ <https://www.rsathai.org/networkservice>) (Chaturachinda, 2014) ส่งผลให้ยังมีการทำแท้งแบบไม่ปลอดภัย (จากการลักลอบทำแท้งกับผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ หรือ การกินยาขับเลือด) ข้อมูลของกรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2542 ระบุว่าประเทศไทยมีสถิติการทำแท้ง 300,000 ราย ต่อปี โดยผู้หญิง 300 คน ต่อ 100,000 คน ได้รับอันตรายจากการทำแท้ง

ในด้านความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน ประเทศไทยมีวิวัฒนาการในทางบวกต่อการยอมรับความหลากหลายทางเพศ เริ่มตั้งแต่การยินยอมให้ความสัมพันธ์กับคนเพศเดียวกันเป็นเรื่องที่เปิดเผยในสังคมได้อย่างไม่ผิดกฎหมาย การออกพระราชบัญญัติความเท่าเทียมระหว่างเพศ พ.ศ. 2558 เพื่อพิทักษ์สิทธิของประชาชนไม่ให้ถูกเลือกปฏิบัติด้วยเหตุแห่ง “เพศสภาพ” และ การออกร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ... ซึ่งคณะรัฐมนตรีภายใต้พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้มีมติเห็นชอบในหลักการแล้วเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2561 โดยร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นกฎหมายที่รองรับสิทธิและหน้าที่ของการเป็นคู่ชีวิตเพศเดียวกัน (Life/Civil Partnership) ในมิติต่างๆ (เช่น สิทธิในการจัดการทรัพย์สินร่วมกัน สิทธิในการอุปการะเลี้ยงดูซึ่งกันและกัน และ สิทธิในการให้หรือรับมรดก เป็นต้น) ให้มีความทัดเทียมมากขึ้นกับคู่สมรสชาย-หญิง (Marriage) (อภิภารัตน์ นิยมไทย, พ.ศ. 2562) ทั้งนี้ จากการสำรวจความคิดเห็นต่อ (ร่าง) พระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต พ.ศ.... ของประชาชนกว่า 1,153 คน ในปี พ.ศ. 2556 โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม พบว่า ร้อยละ 78.65 ของผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วย ร้อยละ 10.93 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 10.42 ไม่มีความเห็น แสดงถึงการยอมรับสิทธิของคู่ชีวิตเพศเดียวกันในสังคมไทยที่อยู่ในระดับสูง (กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม, พ.ศ. 2556) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการสิทธิของคู่ชีวิตเพศเดียวกันจะขยายขอบเขตขึ้นภายใต้ร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ... แต่ก็ยังไม่เท่าเทียมกับคู่สมรสชาย-หญิง ตัวอย่างของสิทธิที่ไม่ได้ถูกระบุไว้ในร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว (ข้อมูล ณ เดือนมกราคม พ.ศ. 2563) ได้แก่ การลดหย่อนภาษีจากการมีคู่สมรส สิทธิในกองทุนประกันสังคมของคู่สมรส และการรับและปกครองบุตรบุญธรรมร่วมกัน

เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกในการยุติชีวิต กฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันนับว่ามีวิวัฒนาการที่ก้าวหน้ากว่า แม้รัฐจะไม่ได้ออกกฎหมายให้สิทธิในการทำแท้งได้โดยเสรี หรือให้สิทธิทางกฎหมายกับคู่ชีวิตเพศเดียวกันโดยสมบูรณ์ แต่ก็ได้กำหนดขอบเขตและ/หรือข้อยกเว้นให้ประชาชน “เลือก” กระทำการดังกล่าวได้มากกว่าในอดีต และก็มีกรอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ในขณะเดียวกัน กฎหมายไทยในปัจจุบันไม่ได้เปิดโอกาสให้ประชาชน “เลือก” แนวทางการยุติชีวิต เพราะ

ครอบคลุมเพียงการดูแลแบบประคับประคองและการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต ซึ่งเทียบเท่ากับการสนับสนุน “ตายตามธรรมชาติ” และการป้องกันการยืดการตาย (Dysnathasia) ของรัฐเท่านั้น

องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายการุณยฆาตที่ประมวลไว้ข้างต้นเอื้อให้เกิดมีการประเมินในเบื้องต้นได้ว่าทำไมกฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันจึงมีระดับวิวัฒนาการที่แตกต่างจากกฎหมายการุณยฆาต แนวคิดการวิเคราะห์นโยบายชี้ให้เห็นว่าความเป็นไปได้ทางการเมืองของนโยบายใดๆ ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งและอำนาจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละฝ่าย (Hamlin and Jennings, 2011; Patton et al., 2013; Webber, 1986) ในขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของกฎหมายการุณยฆาต ซึ่งคือ ผู้ป่วยระยะท้ายในสังคมไทยยังไม่ได้มีการเรียกร้องสิทธิ และประเทศไทยก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ทางการเมืองที่สนับสนุนสิทธิการตายและการุณยฆาต (Right-to-Die Organizations) ทรพยากรในการขับเคลื่อนกฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกันมีมากกว่าโดยเปรียบเทียบ ในกรณีของการทำแท้ง ตัวอย่างขององค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย และเครือข่ายอาสา RSA (Referral System for Safe Abortion) ส่วนในกรณีความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน พบว่า มีองค์กรที่เกี่ยวข้องที่หลากหลาย เช่น องค์กรการส่งเสริม LGBT สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย GATE - Global Action for Trans\* Equality และ กลุ่มอาจารย์ เป็นต้น อีกทั้งกลุ่ม LGBTQ ยังมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจ LGBT Capital (2018) ได้ประมาณการไว้ว่า ในปี ค.ศ. 2018/พ.ศ. 2561 ประเทศไทยมีประชากรที่มีเพศสภาพ LGBTQ ทั้งสิ้น 4.5 ล้านคน และสร้างรายได้ประชาชาติ (“LGBT-GDP”) ที่มีมูลค่าสูงถึง 20 พันล้านเหรียญสหรัฐ ข้อมูลทั้งหมดข้างต้นนี้ทำให้อาจสรุปในเบื้องต้นได้ว่าการขาดทรพยากรและองค์กรทางการเมืองที่สนับสนุนประเด็นที่เกี่ยวข้องมีบทบาทในการทำให้การุณยฆาตยังไม่ใช่ประเด็นถกเถียงทางการเมือง (Political Agenda) ที่สำคัญในประเทศไทยในปัจจุบัน

ทั้งนี้ งานวิจัยด้านนโยบายเชิงเปรียบเทียบมักจะมองว่า ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่โลกมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น และนานาประเทศต่างก็เรียนรู้จากประสบการณ์ของกันและกัน กฎหมายในแต่ละประเทศมักจะมีวิวัฒนาการด้านเนื้อหาและวิธีการดำเนินการที่เข้าใกล้กันมากขึ้นเมื่อกาลเวลาผ่านไป (Policy Convergence) (นพพล วิทย์วรพงศ์ และ สมทิพ วัฒนพงษ์วานิช, พ.ศ. 2560) ปรากฏการณ์ดังกล่าวก็เกิดขึ้นกับกฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน ในกรณีกฎหมายการทำแท้ง พบว่า ประเทศแรกในโลกที่ยินยอมให้มีการทำแท้งได้ คือ สหภาพโซเวียต ในปี ค.ศ. 1920 ตามมาด้วยประเทศอื่นๆ ในทวีปยุโรป ประเทศสหรัฐอเมริกา และขยายตัวมาถึงประเทศต่างๆ ทั่วโลกในปัจจุบัน (Berer, 2017) ในกรณีกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงจากแนวความคิดแบบทวิเพศในระบบกฎหมายมาสู่แนวความคิดแบบพหุเพศที่รองรับสถานะของบุคคลหลากหลายเพศมากขึ้น นับตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 20 (สมชาย ปรีชาศิลปะกุล, พ.ศ. 2556) โดยประเทศแรกที่มีกฎหมายคู่ชีวิต คือ เดนมาร์กในปี ค.ศ. 1989 (อวิภรณ์ นิมไทย, พ.ศ. 2562) สำหรับกฎหมายการุณยฆาตนั้น ประเทศแรกในโลกที่มีกฎหมาย

การรณยฆาต คือ เนเธอร์แลนด์ ในปี ค.ศ. 2002 ตามด้วยเบลเยียม ลักเซมเบิร์ก และแคนาดา รวมถึง สวิตเซอร์แลนด์ และบางรัฐในสหรัฐอเมริกาที่มีกฎหมายรองรับการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ จะเห็นได้ว่า กฎหมายการรณยฆาตเกิดขึ้นหลังการมีกฎหมายการทำแท้งและกฎหมายกำกับความสัมพันธ์ของคนเพศเดียวกัน และหากแนวคิดที่ว่ากฎหมายในโลกจะมีความใกล้เคียงกันมากขึ้นเรื่อยๆ เป็นจริง การพิจารณาจุดเริ่มต้นของกฎหมายในโลกก็ย่อมมีนัยว่าการรณยฆาตจะกลายมาเป็นประเด็นที่ต้องถกเถียงกันในอนาคต คล้ายกับที่นโยบายการทำแท้งและแนวคิดเรื่องคู่วิตที่สังคมไทยได้พิจารณาไปบ้างแล้ว

### การถกเถียงในประเด็นการรณยฆาตในอนาคต

การริเริ่มถกเถียงในประเด็นการรณยฆาตในสังคมไทยควรจะต้องอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจที่ตรงกัน การปฏิรูปการศึกษาในประเทศไทย (บทที่ 3) ชี้ให้เห็นว่าความเข้าใจและการใช้ศัพท์เฉพาะในวงการวิชาไทยที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการยุติชีวิตมีความแตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาในต่างประเทศก็ชี้ให้เห็นว่าประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในด้านนิยามของการรณยฆาต ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Danyliv and O'Neill (2015) พบว่า ประชาชนในประเทศสหราชอาณาจักรมีความสับสนระหว่างการรณยฆาต กับการฆ่าตัวตายด้วยความช่วยเหลือของแพทย์ ส่วนการศึกษาของ Kranidiotis et al. (2015) ก็ระบุว่า ร้อยละ 52 ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มตัวอย่างในประเทศกรีซมีความสับสนระหว่างการรณยฆาตกับการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิต และเพียงร้อยละ 33 ของกลุ่มตัวอย่างอธิบายกระบวนการของการรณยฆาตได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

นอกเหนือการทำความเข้าใจและการใช้คำศัพท์เฉพาะร่วมกันแล้ว สังคมไทยยังต้องพิจารณาถึงประเด็นเหล่านี้ในการประเมินความเหมาะสมของกฎหมายการรณยฆาต ทั้งนี้ ประเด็นทั้งหมดเหล่านี้ยังไม่มีเคยมีการศึกษาในประเทศไทย (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 2 และ 4)

- ความเต็มใจของบุคลากรทางการแพทย์ในการกระทำการรณยฆาต
- ผลกระทบของกฎหมายการรณยฆาตในบริบทของประเทศไทย โดยต้องพิจารณาประเด็นถกเถียงทั้ง 5 ประการหลัก ได้แก่ ประเด็นสิทธิของผู้ป่วย (Autonomy Argument) ประเด็นการปกป้องผู้ที่เปราะบางในสังคม (Protection of the Vulnerable) ประเด็นด้านความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Physician-Patient Relationship) ประเด็นด้านจำนวนการกระทำการรณยฆาต (Slippery Slope Argument) และประเด็นด้านระบบการดูแลแบบประคับประคอง
- การดำเนินการการรณยฆาต โดยต้องมีการออกแบบระบบที่พิจารณาว่า (1) แพทย์ที่จะต้องกระทำการรณยฆาตควรเป็นแพทย์กลุ่มใด (2) กระบวนการในการกระทำการรณยฆาตควรเป็นอย่างไร (3) รัฐมีกระบวนการตรวจสอบอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบ และ (4) ทรัพยากรในการดำเนินการทั้งหมดมีเพียงพอหรือไม่



- ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการการุณยฆาต สังคมจะต้องร่วมกันกำหนดว่าผู้ที่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการกระทำการุณยฆาตควรเป็นใคร เช่น ในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายเต็มจำนวน แต่ในประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดา มีการร่วมจ่ายโดยระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้สังคมต้องพิจารณาด้วยว่าระดับการร่วมจ่ายส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในโอกาส (Equity) ในการ “ตายดี” ของประชาชนอย่างไร และสังคมให้น้ำหนักกับความไม่เท่าเทียมดังกล่าวเพียงใด (หากไม่มีการร่วมจ่าย ย่อมหมายความว่าประชาชนที่มีรายได้น้อยจะไม่มีโอกาสในการเข้าถึงบริการการุณยฆาต แตกต่างจากประชาชนที่มีรายได้สูงซึ่งสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ อันจะทำให้การุณยฆาตกลายเป็นนโยบายที่ตอบสนองเฉพาะกับความต้องการของคนบางกลุ่มในสังคมเท่านั้น)
- คุณค่าในสังคม การพิจารณาถึงความเหมาะสมของการุณยฆาตในประเทศไทยต้องพิจารณาถึงประเด็นสิทธิและจริยศาสตร์ด้วย ในกรณีศึกษาของประเทศเนเธอร์แลนด์และแคนาดา พบว่าประชาชนมีความเข้าใจในด้านสิทธิและความรับผิดชอบส่วนบุคคลในระดับสูง อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ยังมีแนวคิดทางการเมืองในแบบเสรีนิยมมากกว่าอนุรักษนิยม และมีแนวโน้มในการมองว่าคุณค่าของชีวิตนั้นขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิต (Quality of Life) และไม่ได้ขึ้นอยู่กับคุณค่าของชีวิตที่ศาสนากำหนดให้ (Religious Sanctity of Life) (Cohen et al., 2014) ซึ่งแตกต่างจากประเทศไทยที่ความเข้าใจในด้านสิทธิอาจยังไม่ชัดเจน และประชาชนก็มีความเป็นเสรีนิยมในระดับที่แตกต่างกัน กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าก็อาจจะเป็นเสรีนิยมมากกว่า ในขณะที่กลุ่มที่อายุมากกว่า ซึ่งเป็นทั้งผู้ที่มีอุปสงค์ต่อการุณยฆาตและเป็นผู้กำหนดนโยบายการุณยฆาตในปัจจุบัน ก็ยังอาจมีแนวคิดที่เป็นอนุรักษนิยม นอกจากนี้ ศาสนาพุทธก็มีบทบาทสำคัญในการกำหนดคุณค่าในสังคมไทย เพราะส่งผลต่อทัศนคติ จารีต และแนวคิดของประชาชน การพิจารณาการุณยฆาตในประเทศไทยจึงต้องพิจารณาความเหมาะสมจากมุมมองของศาสนาด้วย

เนื่องด้วยการุณยฆาตอาจยังไม่ใช่สิ่งที่สามารถกระทำได้ในประเทศไทย การถกเถียงในประเด็นทางเลือกในการยุติชีวิตในปัจจุบันจึงอาจเน้นไปที่ทางเลือกที่มีการรับรองทางกฎหมายก่อน ได้แก่ การดูแลแบบประคับประคอง และการปฏิเสธการรักษาพยาบาลตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้สังคมคุ้นเคยกับการพิจารณาถึงทางเลือกในการตาย และเพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อม หากการุณยฆาตได้กลายมาเป็นทางเลือกในการยุติชีวิตประการหนึ่งในอนาคต

ในด้านการดูแลแบบประคับประคอง รัฐควรจะต้องพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็งและทั่วถึงมากขึ้น ประเทศกรณีศึกษาทั้งเนเธอร์แลนด์และแคนาดาล้วนแต่มีระบบการดูแลแบบประคับประคองที่มีคุณภาพสูงและครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง จากการพิจารณาดัชนีคุณภาพการตาย (Quality of Death Index) ที่พัฒนาโดย Economist Intelligence Unit เพื่อใช้ประเมินคุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในกว่า 80 ประเทศทั่วโลกในปี ค.ศ. 2015 พบว่า ประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศแคนาดามีค่าดัชนีดังกล่าวในระดับสูง เป็นอันดับที่ 8 และ 11 ของโลกตามลำดับ สะท้อนให้เห็นว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็น

ทางเลือกที่ดีในช่วงก่อนการตาย และการุณยฆาตไม่ใช่สิ่งที่จะทำให้ทั้งสองประเทศหยุดการพัฒนาการดูแลแบบประคับประคอง ในขณะที่เดียวกัน คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยอยู่ที่ลำดับที่ 44 เท่านั้น การมีกฎหมายการุณยฆาตในปัจจุบันจึงอาจจะยังเร็วเกินไป เพราะอาจทำให้ประชาชนมีแนวโน้มที่ในการเลือกการเร่งการตายมากขึ้น เพราะไม่ได้มองว่าการดูแลแบบประคับประคองเป็นทางเลือกในการยุติชีวิตที่ดีของตน

ในด้านการปฏิเสธการรักษาพยาบาล รัฐอาจต้องพิจารณาทบทวนกระบวนการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตภายใต้มาตรา 12 ว่ามีอุปสรรคและปัญหาในทางปฏิบัติหรือไม่ อย่างไร โดยอาจพิจารณาจากกรณีศึกษาเช่นประเทศไต้หวัน ที่อนุญาตให้ประชาชนปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ภายใต้กฎหมาย Hospice Palliative Care Act ค.ศ. 2000 ประชาชนไต้หวันสามารถปฏิเสธการรักษาพยาบาลได้ด้วยการลงนามในพินัยกรรมชีวิตล่วงหน้า หรือ แสดงความต้องการในช่วงใกล้เสียชีวิตก็ได้ หากแต่ต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ 2 คนก่อนว่าตนเองอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตแล้ว โดยรัฐบาลไต้หวันได้อำนวยความสะดวกต่อการปฏิเสธการรักษาพยาบาล ด้วยการนำพินัยกรรมชีวิตเข้าสู่ระบบสารสนเทศทางสุขภาพ ผู้ที่ประสงค์จะเขียนพินัยกรรมชีวิตต้องส่งพินัยกรรมชีวิตที่ลงนามแล้วให้แก่องค์กร Taiwan Hospice Organization (THO) เพื่อให้เก็บไว้เป็นหลักฐานและเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวขึ้นในฐานข้อมูลผู้ป่วยต่อไป จากนั้นผู้ที่ประสงค์จะเขียนพินัยกรรมชีวิตก็ต้องไปที่สถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลนำข้อมูลดังกล่าวขึ้นในบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่เรียกว่า Integrated Circuit Card (IC Card) อันจะทำให้บัตรมีข้อมูลทุกอย่างที่จำเป็นต้องใช้ในการฉุกเฉิน อันรวมถึงความประสงค์ที่จะไม่รับการรักษาพยาบาลนี้ด้วย (Chen, 2009; Hu et al., 2010) นอกจากนี้ กฎหมายของไต้หวันยังมีความพิเศษอีกประการหนึ่ง คือ มีการกำหนดผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลงนามในพินัยกรรมชีวิตหรือแสดงความต้องการของตนได้ โดยให้มีลำดับชั้นคือ คู่สมรส บุตร บิดามารดา และพี่น้อง ตามลำดับ (Chen, 2009) การอนุญาตให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตนี้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของไต้หวันที่มีการพึ่งพาครอบครัวในมิติต่างๆ ในระดับสูง (Lee et al., 2016; Yang et al., 2011) และวัฒนธรรมการพึ่งพาครอบครัวนี้ก็คล้ายคลึงกับวัฒนธรรมไทย โดยการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การตัดสินใจในระยะท้ายของชีวิตเป็นการตัดสินใจร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว (ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร, 2561; นิการีหิมะ นิจินิการี และคณะ, 2551; เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ, 2559) ในอนาคต การพิจารณาเรื่องทางเลือกในการยุติชีวิตจึงอาจต้องมีการศึกษาถึงกระบวนการที่เหมาะสมในการปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยอาจศึกษาในรายละเอียดถึงนวัตกรรมทางนโยบายของประเทศไต้หวัน เพื่อนำมาปรับใช้กับการบังคับใช้หรือปรับปรุงมาตรา 12 ของประเทศไทย ที่ปัจจุบันยังไม่อนุญาตให้ครอบครัวตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทางนิติบัญญัติ

นอกจากนี้ เนื่องด้วยอัตราการรับรู้ต่อประเด็นพินัยกรรมชีวิตในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3) รัฐควรจะต้องมีการประชาสัมพันธ์ถึงความสำคัญของมาตรา 12 ให้มากขึ้นด้วย และอาจต้องมีการศึกษาถึงรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม ว่าควรประชาสัมพันธ์ในวงกว้างอย่างไรที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

หรือควรเปลี่ยนให้เป็นบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับชาวบ้าน ในระบบของ ประเทศเนเธอร์แลนด์ รัฐใช้กลไกความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างแพทย์ประจำครอบครัวกับผู้ป่วยในการให้ ข้อมูลด้านทางเลือกในการใช้ชีวิต และพบว่าความคิดเห็นของแพทย์และการได้รับข้อมูลแบบส่วนตัวจาก แพทย์มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยอย่างมาก (Buiting et al., 2011)

ทั้งนี้ การประชาสัมพันธ์การทำพินัยกรรมชีวิตอาจเป็นการกระตุ้นให้สังคมพิจารณาถึงทางเลือกในการใช้ชีวิต อื่นๆ ได้ เพราะเป็นการเปิดบทสนทนาในสังคม (Social Dialogue) ที่จะทำให้คนไทยตระหนักถึงสิทธิในการ ตัดสินใจในด้านวิธีการตายของตน ซึ่งตนควรเป็นผู้เลือก ไม่ใช่หน้าที่บุคลากรทางการแพทย์ และหากสังคมไทย ยอมรับต่อการปฏิเสธการรักษาในวาระท้ายของชีวิตมากเพียงพอ ในอนาคต สังคมก็อาจพิจารณาประเด็นกา รุณยฆาตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อสังคมไทยประสบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่าง สมบูรณ์ มีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายมากขึ้น และมีคนในครอบครัวที่จะคอยดูแลกันเองก่อนเสียชีวิต น้อยลง

## เอกสารอ้างอิง

### งานวิจัยภาษาต่างประเทศ

Aldridge, M. D., and Kelley, A. S. (2015). The myth regarding the high cost of end-of-life care. *American Journal of Public Health, 105*, 2411-2415.

Alemayehu, B., and Warner, K. E. (2004). The lifetime distribution of health care costs. *Health Services Research, 39*(3), 627-642.

Battin, M. P., van der Heide, A., Ganzini, L., van der Wal, G., and Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2007). Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the impact on patients in vulnerable groups. *Journal of Medical Ethics, 33*, 591-597.

Baumann, A., Claudot, F., Audibert, G., Mertes, P-M., and Puybasset, L. (2011). The ethical and legal aspects of palliative sedation in severely brain-injured patients: A French perspective. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 6*(4), 1-6.

Berer, M. (2017). Abortion law and policy around the world: In search of decriminalization. *Health and Human Rights Journal, 19*(1), 13-27.

Blondeau, D., Dumont, S., Roy, L., and Martineau, I. (2009). Attitudes of Quebec doctors toward sedation at the end of life: An exploratory study. *Palliative and Supportive Care, 7*, 331-337.

Bravo, G., Rodrigue, C., Arcand, M., Downie, J., Dubois, M. F., Kaasalaine, S., Hertogh, C. M., Pautex, S., and Van den Block, L. (2018). Nurses' perspectives on whether medical aid in dying should be accessible to incompetent patients with dementia: Findings from a survey conducted in Quebec, Canada. *Geriatric Nursing, 39*, 393-399.

Broeckaert, B. (2011). Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: "Same, same but different"? *The American Journal of Bioethics, 11*(6), 62-64.

Buiting, H. M., Deeg, D. J., Knol, D. L., Ziegelmann, J. P., Pasman, H. W., Widdershoven, G. A., and Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2012). Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in the Netherlands: 2001-2009. *Journal of Medical Ethics*, 38, 267-273.

Buiting, H. M., Willems, D. L., Pasman, R. W., Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011). Palliative treatment alternatives and euthanasia consultations: A qualitative interview study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(1), 32-43.

Chaturachinda, K. (2014). Unsafe abortion in Thailand: Roles of RTCOG. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 22(1), 2-7.

Chen, R-C. (2009). The spirit of humanism in terminal care: Taiwan experience. *The Open Area Studies Journal*, 2, 7-11.

Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., and Deliens, L. (2012). Different trends in euthanasia acceptance across Europe. A study of 13 western and 10 central and eastern European countries, 1981-2008. *European Journal of Public Health*, 23(3), 378-380.

Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., and Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countries. *International Journal of Public Health*, 59, 143-156.

Connors, M. K. (2009). Liberalism, authoritarianism and the politics of decisionism in Thailand. *The Pacific Review*, 22(3), 355-373.

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A., and Sheikh, A. (2011). The case study approach. *BMC Medical Research Methodology*, 11:100.

Danyliv, A., and O'Neill, C. (2015). Attitudes towards legalising physician provided euthanasia in Britain: The role of religion over time. *Social Science & Medicine*, 128, 52-56.

de Lima, L., Woodruff, R., Pettus, K., Downing, J., Buitrago, R., Munyoro, E., Venkateswaran, C., Bhatnagar, S., and Radbruch, L. (2017). *International Association for Hospice and Palliative Care*

position statement: Euthanasia and physician-assisted suicide. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 8-14.

de Nonneville, A., Marin, A., Chabal, T., Tuzzolino, V., Fichaux, M., and Salas, S. (2016). End-of-life practices in France under the Claeys-Leonetti law: Report of three cases in the oncology unit. *Case Reports in Oncology*, 9, 650-654.

Dixon, N. (1998). On the difference between physician-assisted suicide and active euthanasia. *The Hastings Center Report*, 28(5), 25-29.

Farsides, C. (1996). Euthanasia: Failure of autonomy? *International Journal of Palliative Nursing*, 2(2), 102-105.

French, E. B., McCauley, J., Aragon, M., Bakx, P., Chalkley, M., Chen, S. H., Christensen, B. J., Chaung, H., Côté-Sergent, A., De Nardi, M., Fan, E., Échevin, D., Geoffard, P-Y., Gastaldi-Ménager, C., Gørtz, M., Ibuka, Y., Jones, J. B., Kallestrup-Lamb, M., Karlsson, M., Klein, T. J., de Lagasnerie, G., Michaud, P-C., O'Donnell, O., Rice, N., Skinner, J. S., van Doorslaer, E., Ziebarth, N. R., and Kelly, E. (2017). End-of-life medical spending in last twelve months of life is lower than previously reported. *Health Affairs*, 36(7), 1211–1217.

Ganzini, L., Nelson, H. D., Lee, M. A., Kraemer, D. F., Schmidt, T. A., and Delorit, M. A. (2001). Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act. *Journal of American Medical Association*, 285(18), 2363-2369.

Gillett, G., and Chamberlain, J. (2013). The clinician's dilemma: Two dimensions of ethical care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 454-460.

Hamlin, A., and Jennings, C. (2011). Expressive political behaviour: foundations, scope and implications. *British Journal of Political Science*, 41(3), 645–670.

Hartling, O. J. (2006). Euthanasia – the illusion of autonomy. *Medicine and Law*, 25, 189-199.

Hu, W-Y., Huang, C-H., Chiu, T-Y., Hung, S-H., Peng, J-K., Chen, C-Y. (2010). Factors that influence the participation of healthcare professionals in advance care planning for patients with terminal cancer: A nationwide survey in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 70, 1701-1704.

Karsoho, H., Fishman, J. R., Wright, D. K., and Macdonald, M. E.. (2016). Suffering and medicalization at the end of life: The case of physician-assisted dying. *Social Science & Medicine*, 170, 188-196.

Keown, D. (2005). End of life: The Buddhist view. *The Lancet*, 366, 952-955.

Keown, D., and Keown, J. (1995). Killing, karma and caring: Euthanasia in Buddhism and Christianity. *Journal of Medical Ethics*, 21, 265-269.

Kim, S. Y., De Vries, R. G., and Peteet, J. R. (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4), 362-368.

Kouwenhoven, P. S. C., Raijmakers, N. J. H., van Delden, J. J. M., Rietjens, J. A. C., Schermer, M. H. N., van Thiel, G. J. M. W., Trappenburg, M. J., van de Vathorst, S. van der Vegt, B. J., Vezzoni, C., Weyers, H., van Tol, D. G., and van der Heide, A. (2012). Opinions of health care professionals and the public after eight years of euthanasia legislation in the Netherlands: A mixed methods approach. *Palliative Medicine*, 27(3), 273-280.

Kranidiotis, G., Ropa, J., Mprianas, J., Kyprianou, T., and Nanas, S. (2015). Attitudes towards euthanasia among Greek intensive care unit physicians and nurses. *Heart & Lung*, 44, 260-263.

Larsson, T. (2017). In search of liberalism: Ideological traditions, translations and troubles in Thailand. *Sojourn: Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 32(3), 531-561.

Landry, J. T., Foreman, T., and Kekewich, M. (2015). Ethical considerations in the regulation of euthanasia and physician-assisted death in Canada. *Health Policy*, 119, 1490-1498.

Lecso, P. A. (1986). Euthanasia: A Buddhist Perspective. *Journal of Religion and Health*, 25(1), 51-57.

Lee, H-T. S., Cheng, S-C., Dai, Y-T., Chang, M., and Hu, W-Y. (2016). Cultural perspectives of older nursing home residents regarding signing their own DNR directives in Eastern Taiwan: a qualitative pilot study. *BMC Palliative Care*, 15:45.

Levene, I., and Parker, M. (2011). Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *Journal of Medical Ethics*, 37, 205-211.

Lipuma, S. H. (2013). Continuous sedation until death as physician-assisted suicide/ euthanasia: A conceptual analysis. *Journal of Medicine and Philosophy*, 38, 190-204.

Maltoni, M., Pittureri, C., Scarpi, E., Piccini, L., Martini, F., Turci, P., Montanari, L., Nanni, O., and Amadori, D. (2009). Palliative sedation theory does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. *Annals of Oncology*, 20, 1163-1169.

Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini, F., Amadori, D., and Nanni, O. (2012). Palliative sedation in end-of-life care and survival: A systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 30(12), 1378-1383.

Marsala, M. S. (2019). Approval of euthanasia: Differences between cohorts and religion. *SAGE Open*, 1-11.

Materstvedt, L. J., Clark, D., Ellershaw, J., Førde, R., Gravgaard, A-M. B., Müller-Busch H. C., Portai-Sales, J., and Rapin, C-H. (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC ethics task force. *Palliative Medicine*, 17, 97-101.

Mendelson, D., and Bagaric, M. (2013). Assisted suicide through the prism of the right to life. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 406-418.

Muller-Busch, H. C., Andres, I., and Jehser, T. (2003). Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliative Care*, 2(2).



Olsen, M. L., Swetz, K. M., and Mueller, P. S. (2010). Ethical decision-making with end-of-life care: palliative sedation and withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(10), 949-954.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Brinkman-Stoppelenburg, A., Penning, C., de Jong-Krul, G. W. F., van Delden, J. J. M., and van der Heide, A. (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: A repeated cross-sectional survey. *The Lancet*, 380, 908-915.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Pasma, R. W., and van der Heide, A. (2010). The last phase of life: Who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? *Medical Care*, 48(7), 596-603.

Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Heide, A., Koper, D., Keij-Deerenberg, I., Rietjens, J. A. C., Rurup, M. L., Vrakking, A. M., Georges, J. J., Muller, M. T., van der Wal, G., and van der Maas, P. J. (2003). Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *The Lancet*, 362, 395-399.

Parpa, E., Mystakidou, K., Tsilika, E., Sakkas, P., Patiraki, E., Pisteovou-Gombaki, K., Govina, O., Panagiotou, I., Galanos, A., and Gouliamos, A. (2010). Attitudes of health care professionals, relatives of advanced cancer patients and public towards euthanasia and physician assisted suicide. *Health Policy*, 97, 160-165.

Pasma, H. R. W., Willems, D. L., and Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013). What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians. *Patient Education and Counseling*, 92, 313-318.

Patton, C. V., Sawicki, D. S., and Clark, J. J. (2013). *Basic Methods of Policy Analysis and Planning* (Third Edition). Pearson: New Jersey.

Perrett, R. W. (1996). Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *Journal of Medical Ethics*, 22, 309-313.

Pimpawatin, P., and Witvorapong, N. (2020). Direct and indirects of parenthood on happiness in old age. Faculty of Economics, Chulalongkorn University, mimeo.

Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., de Conno, F., and Berghe, P. V., on behalf of the board members of the EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104-116.

Rietjens, J. A. C., van der Mass, P. J., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van Delden, J. J. M., and van der Heide, A. (2009). Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? *Bioethical Inquiry*, 6, 271-283.

Schafer, A. (2013). Physician assisted suicide: The great Canadian euthanasia debate. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 522-531.

Shibata, B. (2017). An ethical analysis of euthanasia and physician-assisted suicide: Rejecting euthanasia and accepting physician assisted suicide with palliative care. *Journal of Legal Medicine*, 37(1-2), 155-166.

Sjöstrand, M., Helgesson, G., Eriksson, S., and Juth, S. (2013). Autonomy-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia: A critique. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 225-230.

Steck, N., Egger, M., Maessen, M., Reisch, T., and Zwahlen, M. (2013). Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: Systematic literature review. *Medical Care*, 51(10), 938-944.

ten Have, H., and Welie, J. V. M. (2014). Palliative sedation versus euthanasia: An ethical assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 123-136.

Tolle, S. W., Tilden, V. P., Drach, L. L., Fromme, E. K., Perrin, N. A., and Hedberg, K. (2004). Characteristics and proportion of dying Oregonians who personally consider physician-assisted suicide. *Journal of Clinical Ethics*, 15(2), 111-118.

Tonsakulrungruang, K. (2018). Thailand: The state of liberal democracy. *International Journal of Constitutional Law*, 16(2), 643-651.

Vachon, M. (2013). Quebec proposition of Medical Aid in Dying: A palliative care perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 532-539.

van Alphen, J. E., Donker, G. A., and Marquet, R. L. (2010). Requests for euthanasia in general practice before and after implementation of the Dutch Euthanasia Act. *British Journal of General Practice*, 60, 263-267.

van der Heide, A., Deliens, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., van der Wal, G., and van der Maas, P. J. on behalf of the EURELD consortium. (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 362, 345-350.

van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Rurup, M. L., Buiting, H. M., van Delden, J. J., Hanssen-de Wolf, J. E., Janssen, A. G. J. M., Pasman, H. R. W., Rietjens, J. A. C., Prins, C. J. M., Deerenberg, J. M., Gevers, J. K. M., van der Maas, P. J., and van der Wal, G. (2007). End-of-Life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. *The New England Journal of Medicine*, 356, 1957-1965.

van Schoor, B. (2017). *Fighting Corruption Collectively. Wirtschaftsethik in der globalisierten Welt.* Springer VS, Wiesbaden.

Webber, D. J. (1986). Analyzing political feasibility: political scientists' unique contribution to policy analysis. *Policy Studies Journal*, 14(4), 545-553.

Weyers, H. (2006). Explaining the emergence of euthanasia law in the Netherlands: How the sociology of law can help the sociology of bioethics. *Sociology of Health and Illness*, 28(6), 802-816.

Wise, J. (2001). Netherlands, first country to legalize euthanasia. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6), 580.

Witvorapong, N. (2015). The relationship between upstream intergenerational transfers and wealth of older adults: Evidence from Thailand. *Journal of Population Research*, 32, 215-242.

Yang, C-L., Chiu, T-Y., Hsiung, Y-F. Y., and Hu, W-Y. (2011). Which factors have the greatest influence on bereaved families' willingness to execute advance directives in Taiwan? *Cancer Nursing*, 34(2), 98-106.

Young, M. G., and Ogden, R. D. (1998). End-of-life issues: A survey of English-speaking Canadian nurses in AIDS care. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 9(2), 18-25.

### งานวิจัยภาษาไทย

จินตนา สุวิทวัส. (2562). การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย: สิทธิการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(1) (มกราคม-มีนาคม), 150-157.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, พรเลิศ ฉัตรแก้ว, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ภรเอก มนัสวานิช, ธนะภูมิ รัตนานุกงศ์, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์ และ พิมพ์นิชา เทพวัลย์. (2561). “โครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice care) ในประเทศไทย” จัดทำโดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (TRC-HS) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ชนิกานต์ วงศ์ประเสริฐสุข และ ธัญญรัตน์ ประมวลวงษ์ธีร (2561). ทศนคติต่อการเขียนแสดงเจตนาารมณข์ของตนเองในวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Medicine and Health Sciences)*, 25(3), 81-94.

ณัทธิร์ ศรีดี. (2560). พุทธจริยศาสตร์กับแนวคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย. *วารสาร มจร พุทธศาสตร์ปริทรรศน์*, 1(1) (มกราคม-มิถุนายน), 25-39.

ดวงเด่น นาคสีหราช. (2561). สิทธิของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการตายอย่างสงบในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารรามคำแหง ฉบับนิติศาสตร์*, 7(1), 197-223.

นิการีหมี๊ะ นิจินิการี, อรัญญา เชาวลิต และ อุไร หักกิจ. (2551). มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(5) (กันยายน - ตุลาคม), 431-439.

นพพล วิทย์วรพงศ์ และ สมทิพ วัฒนพงษ์วานิช. (2560). นโยบายประชากร: การปฏิทัศน์วรรณกรรมทางทฤษฎีและงานวิจัยเชิงประจักษ์. ภายใต้ชุดโครงการ “การเจริญพันธุ์และสุขภาวะ (Fertility and Well-being)”. เสนอสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

ผกาภาศ ศุภสร และ ลัดดา คำทิพย์. (2557). พันัยกรรมชีวิต : สิทธิการตาย. โครงการสัมมนา พันัยกรรมชีวิต: สิทธิการตาย (หน้า 6-12). กรุงเทพฯ: กองส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม.

ฝ่ายพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2557). ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กับความมีสภาพบุคคล. กฤษฎีกาสาร, 9(3) (กุมภาพันธ์-มีนาคม), 8-10.

พระครูอาทรกิจจาภิรักษ์, ทิพย์ภวิษณ์ ไสชาติ และ สังเวียน สามีวง. (2561). ศิล 5 กับปัญหาการอุณฆาต. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, 3(3) (กันยายน-ธันวาคม), 421-434.

พระมหาสุรชัย ขยาภิวัตโน/พุดชู. (2560). พุทธจริยศาสตร์ว่าด้วยปาณาติบาต. วารสารรามคำแหง ฉบับมนุษยศาสตร์, 36(1), 139-160.

พศิน ภูริธรรมโชติ. (2560). ทศนคติต่อการทำพันัยกรรมชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจทำพันัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยโรงพยาบาลบรบือ. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 1(1) (ตุลาคม - มีนาคม), 39-50.

พัชรวาลัย วงศ์บุญสิน, วรเวศม์ สุวรรณระดา, สมประวิณ มั่นประเสริฐ, ดนุพล อริยสังจากร, ปิติ ศรีแสงนาม, สีนินาฏ เสริมชีพ, นพพล วิทย์วรพงศ์ และ ธัชนันท์ โกมลไพศาล. (2558). โครงการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางในการลดความเหลื่อมล้ำที่เหมาะสมกับสังคมไทยภายใต้โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป. เสนอสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. Veridian E-Journal, Science and Technology, Silpakorn University (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 3(6), 149-161.

เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, แสงอรุณ อิศระมาลัย, ขนิษฐา นาคะ และ จารุภา สุพรรณสถิตย์. (2559). ความปรารถนาในช่วงสุดท้ายของชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในระยะสุดท้ายตามการรับรู้ของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39(2) (เมษายน - มิถุนายน), 118-132.

รุ่งมณี พุกไพจิตร, สุธี อยู่สถาพร, ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ และ นิทัศน์ ศิริโชครัตน์ (2561). การตัดสินใจใช้สิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยทหารผ่านศึก. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 4(1) (มกราคม-เมษายน), 1-14.

วรัญญา นางงาม, สุรัชย์ ชุ่มศรีพันธุ์, อภิสิตธิ์ กฤษเจริญ และ ลัดดาวรรณ ประสูตรแสงจันทร์. (2561). จริยธรรมที่ส่งเสริมชีวิตตามหลักศีลธรรมคาทอลิกในโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์. วารสารวิชาการวิทยาลัยแสงธรรม, 10(2) (กรกฎาคม-ธันวาคม), 101-116.

วรินญา ดีปานา และ ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว. (2555). “การประเมินต้นทุน-อรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไตชนิด clear cell renal cell carcinoma (ccRCC) ระยะแพร่กระจาย” จัดทำโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2559). พร้อมรับสังคมสูงวัย: วางระบบดูแลผู้ป่วยระยะยาวกับทางเลือกระยะท้ายของชีวิต. เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (เข้าถึง ณ วันที่ 1 พ.ค. 2563): <https://tdri.or.th/2016/09/health-at-home/>

สมชาย ปรีชาศิลปะกุล. (2556). จากระบบกฎหมายแบบทวีเพศสู่ระบบกฎหมายแบบพหุเพศ. วารสารนิติสังคมศาสตร์, 6(1) (มกราคม-มิถุนายน), 5-25.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). “การสูญเสียปีสุขภาวะ: รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557” จัดทำโดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. (2558). การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวาระสุดท้าย: ความจริงทางการแพทย์กับขอบเขตทางกฎหมาย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(3) (กันยายน - ธันวาคม), 241-253.

อรรัมภา ไวยมุกข์, อชิรญา ภู่งศกร, ประลอง ศิริภูท และ อารยา เนื่องจำนง. (2562). การรณยฆาตเชิงรุกโดยสมัครใจกับความรับผิดชอบทางอาญา : ศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายไทย-เยอรมัน. วารสารการเมือง การบริการ และกฎหมาย, 9(3), 37-70.

อวิภารัตน์ นิยมไทย (2554). กฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้ง. จุลนิติ, มกราคม-กุมภาพันธ์, 167-176.

อวิภารัตน์ นิยมไทย (2562). ร่างพระราชบัญญัติคู่ชีวิต พ.ศ. ... ตอนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายคู่ชีวิต. จุลนิติ, มีนาคม-เมษายน, 141-149.

อารยา เนื่องจำนงค์. (2560). ความยินยอมกับความรับผิดชอบทางอาญา : ศึกษากรณีการรณยฆาต. คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

## เว็บไซต์

California Department of Public Health. (2017). California End of Life Option Act 2016 Data Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2016.pdf>

California Department of Public Health. (2018). California End of Life Option Act 2017 Data Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2017.pdf>

California Department of Public Health. (2019). California End of Life Option Act 2018 Data Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2018.pdf>

Death with Dignity National Center (n.d.). Death with Dignity. Available online at (Accessed on 1 February 2020): <https://www.deathwithdignity.org/>

DIGNITAS. (n.d.). Brochure of DIGNITAS. Available online at (Accessed on 30 September 2019): [http://www.dignitas.ch/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=en](http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&lang=en)

Economist Intelligence Unit. (2015). The 2015 quality of death index: Ranking palliative care across the world – A report. Available online at (Accessed on 1 February 2020): <https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

End of Life Law in Australia. (n.d.). Euthanasia. Available online at (Accessed on 12 December 2019): <https://end-of-life.qut.edu.au/euthanasia>

LGBT Capital. (2018). LGBT Market Statistics. Available online at (Accessed on 8 May 2020): <http://www.lgbt-capital.com/>

My Death My Decision. (n.d.). Assisted dying in other countries. Available online at (Accessed on 15 February 2020): <https://www.mydeath-mydecision.org.uk/info/assisted-dying-in-other-countries/>

National Health Service. (n.d.). Euthanasia and assisted suicide. Available online at (Accessed on 21 September 2019): <https://www.nhs.uk/conditions/euthanasia-and-assisted-suicide>

National Institute on Aging. (n.d.). What are palliative care and hospice care? Available online at (Accessed on 1 November 2019): <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>

Parliament of Canada. (n.d.). Statutes of Canada 2016. Available online at (Accessed on 15 February 2020): [https://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14\\_4/C-14\\_4.PDF](https://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF)



Paul II, J. (1995). *Evangelium Vitae* (The Gospel of Life). Washington: United States Catholic Conference. Available online at (Accessed on 12 December 2019):

[http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html)

SBS World News. (2018). Euthanasia: Where does the rest of the world stand? Available online at (Accessed on 12 December 2019):

<https://www.sbs.com.au/news/euthanasia-where-does-the-rest-of-the-world-stand>

Washington State Department of Health. (2013). Washington State Department of Health 2012 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2012.pdf>

Washington State Department of Health. (2014). Washington State Department of Health 2013 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2013.pdf>

Washington State Department of Health. (2015). Washington State Department of Health 2014 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2014.pdf>

Washington State Department of Health. (2016). Washington State Department of Health 2015 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.doh.wa.gov/portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2015.pdf>

Washington State Department of Health. (2017). Washington State Department of Health 2016 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2016.pdf>

Washington State Department of Health. (2018). Washington State Department of Health 2017 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2020/02/2017-Report-WA-Death-with-Dignity-Act.pdf>

Washington State Department of Health. (2019). Washington State Department of Health 2018 Death with Dignity Act Report. Available online at (Accessed on 22 February 2020):

<https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2020/02/2018-Report-WA-Death-with-Dignity-Act.pdf>

กรุงเทพธุรกิจ. (2562). “การุณยฆาต’ สิทธิเลือกตายของมนุษย์”. (เข้าถึง ณ วันที่ 21 กันยายน 2562): <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/829377>

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม. (2556). “สรุปผลการประเมินผลการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อ (ร่าง) พระราชบัญญัติการจดทะเบียนคู่ชีวิต พ.ศ.....”. (เข้าถึง ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2562): <http://www.rlpd.go.th/rlpdnew/2017-06-14-08-39-27/9794-2018-11-30-08-50-14>

ประชาไท. (2562). “นพ.ฉันทชาย สิทธิพันธ์: การุณยฆาตอาจเป็นทางเลือกในอนาคต แต่ไม่ใช่ตอนนี้.” (เข้าถึง ณ วันที่ 21 กันยายน 2562): <https://prachatai.com/journal/2019/05/82658>

สำนักงานอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2559). “พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559”. (เข้าถึง ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2562): [http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=act&fbclid=IwAR3bOJvq4peyDzbMm60xOH5JnYA6qxusvJ5ZSKsM8dFsqflhELhDohU-C\\_w](http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=act&fbclid=IwAR3bOJvq4peyDzbMm60xOH5JnYA6qxusvJ5ZSKsM8dFsqflhELhDohU-C_w)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). “ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หนังสือแสดงเจตนาตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 12” (เข้าถึง ณ วันที่ 21 กันยายน 2562): [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload\\_files/thailivingwill\\_RP03\\_to\\_print.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/thailivingwill_RP03_to_print.pdf)

HonestDocs. (2562). “การการุณยฆาต (Euthanasia)” (เข้าถึง ณ วันที่ 25 กันยายน 2562): <https://www.honestdocs.co/euthanasia>

MGR Online. (2562). ““การุณยฆาต” ปิดฉากชีวิต ปลัดชีพหนีทุกข์ สังคมไทยพร้อมแค่ไหน?” (เข้าถึง ณ วันที่ 21 กันยายน 2562): <https://mgronline.com/live/detail/9620000021639>

ThaiPBS. (2562). ““การุณยฆาต” คำขอร้องในวาระสุดท้าย” (เข้าถึง ณ วันที่ 21 กันยายน 2562):

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