

บทที่ 3

การให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบในวาระสุดท้ายของชีวิตในต่างประเทศ

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

3.1 การปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ passive euthanasia

3.1.1 การทำ passive euthanasia ในประเทศสหรัฐอเมริกา

การทำ passive euthanasia เป็นที่ยอมรับในประเทศสหรัฐอเมริกา คดีสำคัญที่ได้วางหลักในเรื่องนี้ไว้ คือ คดีของคาร์เรน แอนน์ ควินตัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

คดีนี้เกิดขึ้นในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ โดยนางสาวคาร์เรน แอนน์ ควินตัน อายุ 21 ปี ได้หมดสติและหยุดหายใจไปเป็นเวลาหลายนาทีก่อนที่การขาดออกซิเจนซึ่งส่งผลกระทบต่อสมองของเธอ ทำให้เธอต้องตกอยู่ใน “สภาพผักถาวร (persistent vegetative state)” แพทย์ได้ช่วยเธอไว้โดยใช้เครื่องช่วยหายใจและพบว่าเธอไม่ได้อยู่ในอาการสมองตาย แต่เธอไม่มีความรู้สึกต่อสิ่งภายนอก เธอต้องหายใจโดยอาศัยเครื่องช่วยหายใจและได้รับอาหารผ่านทางสายยางจึงจะดำรงชีวิตต่อไปได้ ไม่มีการรักษาวิธีใดที่จะช่วยรักษาอาการป่วยของเธอได้และแพทย์ของเธอได้ลงความเห็นว่างว่าเธอไม่มีโอกาสที่จะฟื้นคืนเป็นปกติได้ดังเดิม

ในที่สุด นายโจเซฟ ควินตัน บิดาของคาร์เรน ได้ขอให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตแก่คาร์เรนโดยสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวก็เห็นชอบด้วย แต่ดอกเตอร์มอร์ส แพทย์ของคาร์เรนปฏิเสธคำร้องขอดังกล่าว เขายืนยันว่าคาร์เรนไม่ได้อยู่ในภาวะสมองตายและหากถอดเครื่องช่วยชีวิตเธอออกโดยรู้อยู่ว่าการทำเช่นนั้นย่อมนำมาซึ่งความตายของเธอ จะเป็นการฝ่าฝืนต่อมาตรฐานและจริยธรรมทางการแพทย์ นายโจเซฟจึงได้ยื่นคำร้องต่อศาลเพื่อขอให้ศาลตั้งตนเป็นผู้อนุบาลโดยชอบด้วยกฎหมายเพื่อที่ตนจะได้ใช้อำนาจในฐานะผู้อนุบาลสั่งให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตแก่

คาเรน แต่คำร้องขอดังกล่าวก็ถูกปฏิเสธโดยศาลแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ นายโจเซฟจึงได้ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์

ศาลสูงแห่งมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ได้พิจารณาว่า แม้การถอดเครื่องช่วยหายใจจะเป็นการฝ่าฝืนต่อการปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมทางการแพทย์ แต่เครื่องช่วยหายใจก็ไม่สามารถรักษาหรือทำให้สภาพของผู้ป่วยดีขึ้น อย่างดีที่สุดก็ทำได้เพียงแต่การยืดเวลาแห่งการเสื่อมโทรมอย่างช้าๆ ที่ไม่สามารถจะหลีกเลี่ยงได้และความตายให้ยาวออกไปเท่านั้น ศาลจึงได้วินิจฉัยให้สิทธิส่วนบุคคลของคาเรนในการที่จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์มีน้ำหนักมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐที่จะซื้อชีวิตเธอเอาไว้โดยสรุปได้ดังนี้

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

เราไม่มีความสงสัยเลยว่า ในสถานการณ์ที่น่าเศร้าเช่นนี้ หากคาเรนฟื้นคืนสติอย่างปาฏิหาริย์ขึ้นมาในช่วงระยะเวลาหนึ่งและรับรู้ถึงสภาพที่ไม่อาจแก้ไขได้ของเธอ เธอย่อมสามารถที่จะตัดสินใจยกเลิกการใช้เครื่องช่วยชีวิต แม้มันจะมีโอกาสก่อให้เกิดความตายตามธรรมชาติก็ตาม

เราไม่มีความลังเลเลยในการที่จะตัดสินว่า ไม่มีผลประโยชน์ใดๆ ของรัฐที่จะสามารถบีบบังคับคาเรนให้ต้องทนกับสิ่งที่ไม่อาจทนทนได้เพียงเพื่อให้มีชีวิตอยู่ไม่กี่เดือนโดยไม่มีความเป็นไปได้ที่จะฟื้นคืนสภาพแห่งชีวิตที่รู้สึกนึกหรือมีสติปัญญา เรามองไม่เห็นเหตุผลที่จะทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างทางเลือกที่คาเรนพึงมี กับทางเลือกของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ยังมีความสามารถอื่นๆ มี ตามที่ปรากฏหลักฐานในคดีนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งและทุกข์ทรมานแสนสาหัสนั้น จะไม่ถูกทำให้ฟื้นคืนหรือใส่เครื่องช่วยหายใจดังตัวอย่างที่ดอกเตอร์คอเรนได้อธิบายไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ใส่เครื่องช่วยหายใจโดยฝ่าฝืนต่อเจตจำนงของผู้ป่วย...”⁵⁷

อย่างไรก็ดี เนื่องจากคาเรนไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจใดๆ ได้ จึงมีประเด็นปัญหาว่า บิดาของเธอจะสามารถตัดสินใจแทนเธอในการที่จะถอดเครื่องช่วยหายใจได้หรือไม่ ศาลได้ตัดสินว่าบิดาและครอบครัวของเธอสามารถตัดสินใจในเรื่งดังกล่าวแทนเธอได้โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดและการตัดสินใจที่เธอจะต้องกระทำอย่างแน่อนหากเธอยังอยู่ในสภาพที่สามารถแสดงเจตนาได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

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

“...การยืนยันของเราเกี่ยวกับสิทธิในการตัดสินใจของคาเรน โดยทั่วไปแล้วยอมจะขึ้นอยู่กับความสามารถของเธอในการที่จะอ้างถึงสิทธินั้น แต่ความจริงที่น่าเศร้าก็คือเธอไม่มีความสามารถและเราไม่สามารถวินิจฉัยถึงการตัดสินใจที่เธอน่าจะเลือกโดยอาศัยหลักฐานจากบทสนทนาที่เธอเคยมีกับเพื่อนฝูงเพราะหลักฐานเหล่านั้นไม่มีน้ำหนักเพียงพอ อย่างไรก็ตาม เราได้สรุปว่าสิทธิส่วนบุคคลของคาเรนอาจถูกกล่าวอ้างในนามของเธอ โดยผู้อนุบาลของเธอภายใต้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนี้

ถ้าหากการตัดสินใจของคาเรนในการที่จะยอมให้การคงอยู่อย่างไร้สำนึกเช่นนี้ยุติลงด้วยวิถีทางตามธรรมชาติ ถูกพิจารณาว่าเป็นเรื่องที่มีคุณค่าเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคลของเธอซึ่งที่เราได้เชื่อเช่นนั้นแล้ว เมื่อนั้น มันก็ไม่ควรถูกละทิ้งเพียงเพราะเหตุผลว่าสภาพของเธอไม่อำนวยต่อการตัดสินใจเลือกเช่นนั้นได้ วิธีปฏิบัติเพียงทางเดียวที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิดังกล่าวนี้ได้คือยอมให้ผู้อนุบาลและครอบครัวของคาเรนเสนอการตัดสินใจที่ดีที่สุดเหมือนดังที่เธอยอมจะตัดสินใจเช่นนั้นในสถานการณ์นี้ โดยการตัดสินใจดังกล่าวนี้จะต้องเป็นที่ยอมรับของสังคมและปฏิบัติตามเสียงส่วนใหญ่ของสมาชิกในครอบครัว และเป็นการตัดสินใจที่พวกเขาจะตัดสินใจเช่นนั้นหากพวกเขาเหล่านั้นหรือบุคคลใกล้ชิดต้องตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันนี้ ด้วยเหตุนี้เอง เราจึงตัดสินใจว่าสิทธิส่วนบุคคลของคาเรนอาจถูกยืนยันในนามของเธอโดยผู้อนุบาลและครอบครัวของเธอภายใต้สถานการณ์พิเศษตามบันทึกฉบับนี้...”⁵⁸

นอกจากนั้น คำพิพากษาดังกล่าวยังได้ยืนยันว่า แพทย์ที่เพิกถอนการรักษาจะไม่มี ความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยจะเห็นได้จากข้อความต่อไปนี้

“...จะไม่ถือว่าเป็นการฆ่าผู้อื่นโดยผิดกฎหมายในสถานการณ์อย่างเช่นคดีนี้ เพราะประการแรกเชื่อว่า ความตายที่เกิดขึ้นตามมาจากการถอดเครื่องช่วยหายใจ ไม่ใช่เกิดจากการที่แพทย์ฆ่าผู้ป่วย แต่เป็นการที่ผู้ป่วยหมดอายุขัยเองตามธรรมชาติอันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ที่เธอกำลังประสบอยู่ ประการที่สอง ถึงแม้ว่ากรณีนี้จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นการฆ่าคน แต่ก็ไม่ได้ถือว่าเป็นการฆ่าคนที่ผิดกฎหมาย เพราะความตายที่เกิดขึ้นไม่อยู่ภายใต้ “homicide statutes” มีความแตกต่างกันระหว่างการฆ่าคนโดยผิดกฎหมาย กับ การยกเลิกระบบการช่วยชีวิตโดยใช้เครื่องมือในฐานะที่เป็นเรื่องของการตัดสินใจของตนเอง เป็นเรื่องเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล...”⁵⁹

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

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

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

กลายเป็นว่าเธอสามารถหายใจได้ด้วยตนเอง จึงไม่ตายตามที่แพทย์ได้สันนิษฐานไว้ ทำให้แพทย์ไม่ยอมหยุดการรักษาอย่างอื่น แต่ก็ไม่ปรากฏว่าเธอจะมีอาการที่ดีขึ้นเลย ยังเป็นอยู่เช่นเดิม และเธอได้เสียชีวิตลงเมื่อปีพ.ศ. 2528 โดยบิดาของเธอได้กล่าวว่าเธอได้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี คดีของเรื่องนี้ถือได้ว่าเป็นคดีที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักกันมากที่สุดในเรื่อง “สิทธิที่จะตาย” (right to die) และทำให้วงการนิติศาสตร์ตื่นตัวในเรื่อง “สิทธิที่จะตาย” กันมาก จนเป็นผลให้มลรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกาออกกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องสิทธิในการปฏิเสธการรักษาของคนไข้ การยุติการใช้เครื่องช่วยชีวิตโดยแพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบทางอาญาและทางแพ่งในเรื่องพันธุกรรมชีวิตในเวลาต่อมา เพื่อเป็นการยุติปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นเช่นกรณีของนางสาวคาเรน แอนน์ ควินลันนี้⁶⁰

สำหรับในประเด็นเรื่องการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยผู้แทนของผู้ป่วยในคดีนี้ได้มีผู้วิเคราะห์ถึงประเด็นดังกล่าวไว้อย่างน่าสนใจ โดยก่อนอื่นต้องเข้าใจเสียก่อนว่าสิทธิของผู้ป่วยในกรณีนี้มี 2 ด้าน ด้านหนึ่งคือการปฏิเสธการรักษา ส่วนอีกด้านหนึ่งคือการยินยอมรับการรักษา เพราะการรักษานั้นเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวของผู้ป่วยจึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยในฐานะที่เขาเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถใช้สิทธิของตนเองได้ มันย่อมเป็นที่แน่นอนว่าจะต้องมีผู้ใช้สิทธิแทนผู้ป่วยในการยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ดังนั้นหากรัฐปฏิเสธที่จะให้ครอบครัวของผู้ป่วยใช้สิทธิดังกล่าวแทนผู้ป่วยเพราะเกรงว่าครอบครัวจะใช้สิทธิดังกล่าวไปในทางที่ขัดกับเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วย นั้นย่อมหมายความว่ารัฐกำลังจะเข้าใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเสียเอง โดยเป็นการใช้สิทธิยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา ทั้งๆ ที่รัฐนั้นไม่รู้อะไรเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเลย และโดยทั่วไปแล้วรัฐย่อมใช้สิทธิไปในทางที่เป็นประโยชน์ต่อรัฐหรือต่อสังคมมากกว่าที่จะคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วย ในขณะที่ครอบครัวของผู้ป่วยนั้นเติบโตใกล้ชิดชิดมากับผู้ป่วย ย่อมรู้ถึงความประสงค์หรือความต้องการของผู้ป่วยมากกว่า ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะใช้สิทธิโดยคำนึงถึงประโยชน์ของตัวผู้ป่วยมากกว่าประโยชน์ของสังคมหรือของรัฐ ดังนั้นหากการใช้สิทธิที่อาจขัดกับความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่เรากำลังคำนึงถึง การให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ใช้สิทธิดังกล่าวย่อมเหมาะสมกว่าการให้สิทธิดังกล่าวตกอยู่ในมือของรัฐ⁶¹

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

⁶⁰ ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์. เล่มเดิม. หน้า 87-88.

⁶¹ Julie A. DiCamillo . Op.cit. pp. 825-829.

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

ศาลในคดีนี้เห็นว่า การตัดสินใจแทนผู้ป่วยโดยผู้แทนนั้น จะต้องตัดสินใจไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่ได้แสดงไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะตกเป็นผู้ไร้ความสามารถ แต่หากไม่สามารถค้นหาความประสงค์ของผู้ป่วยดังกล่าวได้ ผู้แทนของผู้ป่วยจะต้องตัดสินใจไปในทางที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย และจะต้องกระทำโดยผู้แทนซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด

สำหรับคดีนี้ ปรากฏหลักฐานว่าผู้ป่วยได้เคยกล่าวกับภรรยาของเขาก่อนที่จะเขาจะตกเป็นผู้ไร้ความสามารถว่า เขาไม่ต้องการให้ยื้อชีวิตของเขาไว้ด้วยเครื่องจักร ครอบครัวของเขาซึ่งประกอบด้วยภรรยาและบุตร 8 คน จึงได้ตัดสินใจยุติการรักษาตามความประสงค์ดังกล่าวหลังจากได้ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยแล้ว ศาลจึงเห็นว่า การตัดสินใจดังกล่าวได้กระทำโดยผู้แทนที่เหมาะสม โดยได้กระทำไปตามความประสงค์ของผู้ป่วยและผู้แทนทั้งเก้าได้ลงมติเป็นเอกฉันท์ ทั้งยังไม่ปรากฏว่าผู้แทนเหล่านั้นได้ถูกกระตุ้นให้ตัดสินใจเช่นนั้นด้วยสิ่งอื่นใด นอกเสียจากความรักและความคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วย จึงเป็นการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาโดยชอบแล้ว และการที่แพทย์ทั้งสองยุติการรักษาในสถานการณ์ดังกล่าว ก็มีใช้ความล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายแต่อย่างใด⁶²

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

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

ผ่านทางสายยาง เพื่อให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบ ไม่ต้องดำรงอยู่ในสภาวะทางชีววิทยาอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม ทางโรงพยาบาลได้ปฏิเสธคำร้องขอดังกล่าว จึงได้มีการใช้สิทธิทางศาลและยื่นมาสู่การพิจารณาของศาลฎีการัฐมิสซูรีในที่สุด

คดีนี้ ศาลได้ยอมรับการใช้สิทธิของผู้ไร้ความสามารถผ่านทางผู้แทน ซึ่งถือได้ว่าเป็นสิทธิส่วนบุคคลตามรัฐธรรมนูญ อย่างไรก็ตาม ศาลได้วางหลักเพิ่มเติมไว้ว่า การใช้สิทธิของผู้ป่วยโดยผู้แทนนั้น จะต้องอยู่ภายใต้กระบวนการที่เหมาะสม ซึ่งในคดีนี้ศาลได้กำหนดให้ผู้แทนของผู้ป่วยต้องแสดงหลักฐานที่ชัดเจนและน่าเชื่อถือว่าการตัดสินใจที่กระทำโดยผู้แทนนั้นเป็นไปตามความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ป่วย ซึ่งข้อเท็จจริงปรากฏต่อศาลว่าผู้ป่วยได้เคยกล่าวกับเพื่อนว่า หากเธอป่วยหรือบาดเจ็บ เธอก็ไม่ประสงค์จะมีชีวิตอยู่ต่อไปเว้นแต่เธอจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างน้อยครั้งหนึ่งของชีวิตตามปกติของเธอ อย่างไรก็ตาม ศาลเห็นว่าข้อเท็จจริงดังกล่าวยังไม่มีความน่าเชื่อถือเพียงพอ จึงได้ตัดสินให้ยกคำขอของผู้แทนผู้ป่วย⁶³

นอกจากที่ปรากฏในคำพิพากษาของศาลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในบางรัฐยังได้บัญญัติกฎหมายยอมรับการใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาแทนผู้ป่วยขึ้นโดยตรงอีกด้วย เช่น West's Arkansas Code Annotated ซึ่งในมาตรา 20-10-1010 ได้บัญญัติให้ผู้แทนของผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิปฏิเสธการรักษาในนามของผู้ป่วยได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายหรืออยู่ในภาวะไม่รู้สีกตัวอย่างถาวร และไม่ได้ทำหนังสือแสดงเจตจำนงของตนไว้ล่วงหน้าและแพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาได้ลงความเห็นว่าคุณป่วยไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองได้อีกต่อไป⁶⁴

สำหรับผู้ที่สามารถใช้สิทธิในนามของผู้ป่วยนั้นปรากฏอยู่ในมาตรา 20-17-214 (a)

มาตรา 20-14-214 (a) บัญญัติว่า

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

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

⁶⁴ West's Arkansas Code Annotated, section 20-10-1010.

- (1) ผู้ปกครอง (guardian) โดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ป่วย ในกรณีที่มีการแต่งตั้งขึ้น;
- (2) บิดามารดาของผู้ป่วย ในกรณีของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และยังมีได้สมรส;
- (3) คู่สมรสของผู้ป่วย;
- (4) บุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วย, ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งคน ให้ใช้เสียงข้างมากของบุตรผู้บรรลุนิติภาวะของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้;
- (5) บิดามารดาของผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 18 ปี;
- (6) พี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วย, ในกรณีที่มีมากกว่าหนึ่งคน ให้ใช้เสียงข้างมากของพี่น้องร่วมบิดามารดาของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้;
- (7) ผู้ที่มีอำนาจปกครองแทนบิดามารดา (loco parentis) ของผู้ป่วย; หรือ
- (8) เสียงข้างมากของทายาทโดยธรรมของผู้ป่วยที่ได้เข้าร่วมในการตัดสินใจครั้งนี้⁶⁵

โดยสรุปแล้วจึงอาจกล่าวได้ว่า กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ยอมรับการใช้สิทธิพิเศษการรักษาของผู้ป่วยที่ไร้ความสามารถโดยผู้แทนของผู้ป่วย แต่รายละเอียดในกระบวนการหรือขั้นตอนในการใช้สิทธิอาจแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ

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

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

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

6) กรณีเช่นนี้ต้องเสนอคำร้องต่อศาลและต้องพิจารณาโดยประธานศาลสูงแผนกคดีครอบครัว⁶⁶

3.1.2 การทำ passive euthanasia ในประเทศเยอรมนี

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

มาตรา 216 การทำให้ผู้อื่นตายตามคำร้องขอ

(1) ผู้ใดถูกชักนำให้ฆ่าผู้อื่นโดยการร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังของผู้ตาย ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 5 ปี

(2) การพยายามกระทำความผิดต้องได้รับโทษ⁶⁷

มาตรานี้เป็นบทเบาจากความผิดฐานฆ่าผู้อื่น โดยทั่วไป ซึ่งอาจนำมาใช้กับการทำ euthanasia ในบางกรณีได้ การทำ passive euthanasia ก็อาจเป็นความผิดตามมาตรานี้ได้เช่นกัน เพราะถือเป็นการกระทำโดยเจตนา แต่อย่างไรก็ดี ในประเทศเยอรมนีได้เคยเกิดเหตุการณ์เช่นนี้มาแล้วเป็นคดีที่ได้รับความสนใจอย่างมาก ในคดีดังกล่าวนี้ แพทย์ผู้กระทำ passive euthanasia ได้รับพิจารณาว่ามิได้กระทำความผิด ศาลจึงพิพากษาให้ยกฟ้อง คำพิพากษาดังกล่าวนั้นมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

⁶⁶ สุจิตรา วงศ์กำแหง. (2546). หนังสือแสดงเจตนาล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต. หน้า 60-61.

⁶⁷ Strafgesetzbuch, section 216.

คำพิพากษาของศาลสูงในคดีนี้ ได้พิพากษาแก้คำพิพากษาของศาลชั้นต้น (Landgericht Krefeld) โดยไม่เห็นด้วยในข้อกฎหมายที่ศาลชั้นต้นวินิจฉัยว่า แพทย์ไม่มีความผิดเพราะความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามคำร้องขอของผู้ตาย (ตามประมวลกฎหมายอาญาเยอรมันมาตรา 216) นี้ จะเกิดขึ้นไม่ได้จาก “การงดเว้นการกระทำ” แต่ศาลสูงก็เห็นด้วยในผลของคำพิพากษาศาลชั้นต้นที่ให้ยกฟ้องปล่อยตัวจำเลยไป โดยวินิจฉัยว่า จำเลยในฐานะแพทย์เผชิญกับภาวะที่มีการขัดแย้งกันระหว่างหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องปกป้องชีวิตของผู้ป่วยกับการเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพไข้หนักและไม่อาจจะรักษาให้ฟื้นขึ้นมาได้ ย่อมจะถือว่าจำเลยตกอยู่ในภาวะที่ผิดไปจากภาวะปกติธรรมดา เมื่อจำเลยตัดสินใจแก้ปัญหานั้นในขณะนั้น โดยการเลือกที่จะไม่ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพราะเคารพต่อเจตนาของของผู้ป่วยและปล่อยผู้ป่วยไว้จนตาย การตัดสินใจของแพทย์ในกรณีนี้ ในทางกฎหมายไม่ถือว่าเป็นการกระทำโดยการ “งดเว้น” เลยทีเดียว และในคำพิพากษานั้นยังกล่าวต่อไปอีกว่า ไม่มีกฎหมายหรือระเบียบใดๆ ที่จะกำหนดให้แพทย์ต้องชะลอชีวิตของผู้ป่วยที่กำลังจะตายไว้ทุกวิถีทางโดยมิได้คำนึงถึงความสิ้นเปลืองใดๆ มาตรการที่จะช่วยยืดชีวิตนั้นไม่ควรจะนำออกใช้โดยคำนึงถึงแต่ความเป็นไปได้ทางเทคนิคเพียงอย่างเดียว และการตัดสินใจของแพทย์ในแต่ละกรณี ไม่ควรจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของเครื่องมือแพทย์ แต่ควรต้องคำนึงถึงชีวิตมนุษย์และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย นั่นคือขอบเขตและมาตรฐานในการรักษาพยาบาลของแพทย์”⁶⁸

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

⁶⁸ วิจุรย์ อึ้งประพันธ์, ทิษณู เฟ็งไพนูลย์ และอนันต์ บุญเกิด. เล่มเดิม. หน้า 112.

3.2 การช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบหรือการทำ active euthanasia

3.2.1 การทำ active euthanasia ในประเทศสหรัฐอเมริกา

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

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

การกระทำความผิดของเขาทำให้เขาถูกฟ้องต่อศาลเซอร์คิตของโอ๊กแลนด์ แคนตี มลรัฐมิชิแกน ในคดี People v. Kevorkian เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2544 โดยมีรายละเอียดดังนี้⁶⁹

จำเลยได้บันทึกเหตุการณ์ที่เขาทำ active euthanasia ให้แก่ Thomas Youk ลงในวิดีโอเทปทั้งหมดสองม้วน

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

จำเลยแจ้งแก่ผู้ป่วยว่า เขาต้องลงนามในแบบฟอร์มเพื่อแสดงว่าเขายินยอมให้จำเลยฉีดยาเพื่อยุติชีวิตของเขาโดยตรงแทนการใช้เครื่องยุติชีวิตตนเอง จำเลยยังได้ถามผู้ป่วยว่า เขาต้องการที่

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

จะบริจาคตัวะของเขาหรือไม่ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ หลังจากนั้นจำเลยจึงอ่านแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยฟัง โดยมีเนื้อหาดังนี้

ผู้ป่วยได้ลงนามในแบบฟอร์มเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้า Thomas Youk ซึ่งได้ลงนามไว้ในตอนท้าย ยินยอมอย่างแท้จริงที่จะได้รับการรักษาที่ข้าพเจ้าได้เลือก โดยข้าพเจ้าเลือกวิธีการฉีดยาโดยตรงหรือที่ถูกเรียกว่าการทำ active euthanasia ซึ่งจะกระทำโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เพื่อยุติความทุกข์ทรมานที่ไม่อาจทนทนและไม่อาจรักษาได้ของข้าพเจ้า ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ามิได้สงวนสิทธิใดๆ และมีได้ถูกชักจูง กดดันหรือข่มขู่จากบุคคลใด โดยข้าพเจ้าได้ใช้เวลาคิดและตัดสินใจอย่างรอบคอบแล้ว

การพบกันครั้งนี้จบลงเมื่อเวลา 22.15 น.

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

หลังจากที่วิดีโอเทปสองม้วนดังกล่าวถูกเผยแพร่ออกไป Mike Wallace ผู้สื่อข่าวได้สัมภาษณ์จำเลยถึงการกระทำของเขาในครั้งนี้ จำเลยยอมรับว่าเขาได้ฆ่า Thomas Youk จริง แต่เขาเห็นว่าการกระทำนี้จะมีโชาชญากรรมในสังคมที่รู้แจ้งแล้ว และกล่าวว่ากระทำความผิดครั้งนี้ดีกว่าการทำ assisted suicide ที่เขาเคยทำมาเพราะมันสามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า นอกจากนั้น เขายังได้ย้ำถึงจุดยืนที่เขาไม่มาตลอดโดยกล่าวว่า “หากคุณไม่มีเสรีภาพและไม่สามารถตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเองได้ คุณก็ไม่มีอะไรเลย ประเทศนี้ถูกสร้างขึ้นจากสิ่งนี้และนี่เป็นสิ่งสำคัญมากที่คุณต้องมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับตนเองว่า คุณต้องการจะตายเมื่อไหร่ อย่างไร เมื่อคุณต้องตกอยู่ในสภาพที่ทุกข์ทรมาน”

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

ในระหว่างการพิจารณาคดี ผู้พิพากษาเจสสิก้า คูเปอร์ ได้กล่าวกับจำเลยว่า

“ประเทศของเราเป็นประเทศที่ปกครองโดยกฎหมาย และประเทศของเราเป็นประเทศที่อดทนต่อความเห็นที่แตกต่างเพราะเรามีวิธีการที่มีอารยธรรมและไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไข

ความขัดแย้ง ซึ่งก็คือการยึดมั่นในกฎหมาย เรามีวิธีการในการโต้แย้งกฎหมายที่เราไม่เห็นด้วย คุณสามารถวิพากษ์วิจารณ์กฎหมาย, คุณสามารถเขียนอธิบายหรือสอนกฎหมาย, คุณสามารถพูดไปยังสื่อต่างๆหรือเรียกร้องไปยังผู้ลงคะแนนเสียง แต่คุณต้องอยู่ภายใต้กรอบของกฎหมายและไม่ละเมิดกฎหมาย คุณไม่สามารถเอากฎหมายมาไว้ในมือของคุณได้ การพิจารณาคดีนี้มีได้เกี่ยวข้องกับ การเมืองหรือศีลธรรมในการทำ euthanasia แต่มันเกี่ยวข้องกับตัวคุณเอง มันเกี่ยวข้องกับการไม่เคารพกฎหมาย มันเกี่ยวข้องกับการไม่ให้ความเคารพแก่สังคมที่ดำรงอยู่และเจริญรุ่งเรืองอยู่ได้ เพราะความเข้มแข็งของระบบกฎหมาย ไม่มีใครทั้งนั้นที่จะอยู่เหนือกฎหมาย”⁷⁰

เขาได้ถูกจำคุกเป็นเวลากว่า 8 ปี ในที่สุด เขาจึงได้รับการพักการลงโทษ (parole) ในปี 2007 โดยมีเงื่อนไขว่า เขาจะไม่ช่วยให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายอีกและจะไม่ทำการรักษาผู้ที่มีอายุเกินกว่า 62 ปี หรือผู้ไร้ความสามารถ⁷¹

แม้การทำ active euthanasia โดยการให้ยาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยตรงจะไม่ใช่ที่ยอมรับ แต่หากเป็นการให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วย แม้อาจมีผลให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย แต่หากได้กระทำไปตามมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ สังคมก็ยอมรับให้การกระทำดังกล่าวเป็นการรักษาโดยชอบ

ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน อาจไม่จำเป็นต้องร้องขอให้แพทย์ยุติชีวิตของตนเสมอไป อย่างไรก็ดี สิ่งที่เขาต้องการคือยาที่จะช่วยบรรเทาความเจ็บปวดเหล่านั้น แต่ในบางครั้ง การให้ยาเพื่อระงับความเจ็บปวดนั้นอาจมีผลสองอย่างได้ เช่น การให้มอร์ฟินในปริมาณมาก ซึ่งแม้แพทย์จะให้ยาเหล่านั้นเพื่อระงับความเจ็บปวด แต่ยาเหล่านั้นเองก็มีผลอีกอย่างหนึ่งซึ่งตัวแพทย์เองก็ทราบดี คือ มันอาจจะทำให้ชีวิตผู้ป่วยสั้นลง หรือ เร่งความตายของผู้ป่วยนั่นเอง⁷²

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

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

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

⁷² Norchaya Talib. Op.cit. pp. 34-42.

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

ในประเทศอังกฤษ ได้มีคำพิพากษาที่ตัดสินเกี่ยวกับการให้ยาที่มีผลสองอย่างไว้ คือ คดี R v Adams จำเลยชื่อ Dr. John Bodkins Adams เขาถูกฟ้องในความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยผู้ตายเป็นผู้ป่วยวัย 81 ปี ซึ่งเป็นคนไข้ของเขเอง Dr. Adams ถูกกล่าวหาว่า เขามาผู้ป่วยของเขาโดยการให้มอร์ฟีนและเฮโรอีนแก่ผู้ป่วยในปริมาณมากเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย จำเลยต่อสู้ว่า เขาได้ให้ยาดังกล่าวเพื่อลดความเจ็บปวดจากอาการของโรคของผู้ป่วยเท่านั้น ปัญหาจึงมีอยู่ว่า แพทย์มีสิทธิที่จะให้การรักษามีผลทำให้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลงหรือไม่ ผู้พิพากษา Devlin J ได้ให้คำแนะนำแก่คณะลูกขุนว่า การเร่งความตายถือว่าการฆ่า แม้ว่าความตายของผู้ป่วยจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้และผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานก็ตาม นอกจากนั้น กฎหมายยังมิได้ให้อำนาจกระทำในกรณีเพื่อยุติความทุกข์ทรมานหรือความทุกข์ทรมานที่ไม่อาจช่วยเหลือได้ อย่างไรก็ดี Devlin J ยังกล่าวต่อไปว่า⁷⁴

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

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ibid.

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

คำแนะนำดังกล่าวของ Devlin J ก่อนข้างมีปัญหามิทางทฤษฎี เนื่องจากในทางทฤษฎีแล้ว หากผู้กระทำรู้หรือเล็งเห็นได้ว่าการกระทำนั้นจะเกิดผลเช่นไร แต่ก็ยังตัดสินใจที่จะกระทำการนั้น ย่อมถือได้ว่าผู้นั้นมีเจตนาแล้ว ดังนั้น ในคดีนี้แม้สามัญสำนึกของแพทย์จะทำให้เห็นว่าการกระทำของเขา คือ การให้การรักษาที่เหมาะสม แต่ก็ไม่สามารถปฏิเสธได้ว่า แพทย์ผู้นั้นรู้หรือเล็งเห็นได้ว่าการให้การรักษของตนน่าจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายและเขาก็ได้ตัดสินใจกระทำเช่นนั้นต่อไป ดังนั้นจะถือว่าแพทย์ไม่มีเจตนาคงไม่ถนัดนัก

นอกจากนั้น Glanville Williams ยังเห็นว่า เหตุผลเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผล ที่ปรากฏอยู่ในคำแนะนำของ Devlin J นั้น ไม่เป็นที่น่าพอใจ เขาชี้ว่า⁷⁵

“การนำเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลมาใช้ในที่นี้ดูเหมือนจะเป็นการปกปิดมากกว่าเปิดเผยถึงเหตุผลที่เรากำลังค้นหาอันอยู่นี้ ตัวอย่างเช่น หากการใช้มอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตายเพราะระบบหายใจล้มเหลวหรือปอดบวมในทางการแพทย์ ความตายในที่นี้มีได้เกิดจากโรคของผู้ป่วย แต่เกิดจากการให้มอร์ฟิน มันจึงยากที่จะอธิบายเช่นนั้นในทางกฎหมายเพราะตามหลักเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลนั้น มันให้ผลตรงกันข้ามอย่างชัดเจน”

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

⁷⁵ Ibid.

จริยธรรมและไม่มีคามผิด แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลในทางที่ไม่ดี ซึ่งอาจคาดเห็นได้ด้วยก็ตาม⁷⁶

Williams ไม่เห็นด้วยกับการนำทฤษฎี double-effect มาใช้ในคดีของ Adams โดยเขาเห็นว่าทฤษฎีดังกล่าวนั้นสับสนและไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายอาญา เขาเห็นว่า มันเป็นเรื่องผิดปกติธรรมดาที่จะบอกว่า แพทย์ที่ให้อาหารเจ็บปวดในปริมาณมากโดยมีเจตนาเพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยนั้นทำบาป ในขณะที่แพทย์อีกคนหนึ่งซึ่งให้อาหารในปริมาณเดียวกันเพื่อระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วยนั้นมิได้ทำบาป เพียงเพราะเขาปิดกั้นจิตใจจากผลลัพธ์คือความตายของผู้ป่วย ทั้งๆที่เขาสามารถคาดเห็นถึงมันได้ แนวความคิดเช่นนี้เป็นเพียงทัศนคติที่เสแสร้งต่อปัญหาทางด้านจริยธรรมเท่านั้น⁷⁷

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

ในการรักษาผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรคที่ไม่อาจรักษาได้ แพทย์จะต้องให้อาหารเจ็บปวด เช่น มอร์ฟีน เป็นต้น การให้อาหารเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะดี้อาและทำให้แพทย์ต้องเพิ่มปริมาณยามากขึ้นเรื่อยๆเพื่อให้มีปริมาณระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ขนาดของยาเจ็บปวดนี้ แพทย์จะต้องพิจารณาให้เป็นรายบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันไป ขนาดยาที่ถูกต้องของยาแก้ปวด คือ ขนาดของยาที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้เพียงพอเป็นเวลานานพอควร ซึ่งมักนิยมใช้เวลา 4 ชั่วโมงหรือนานกว่านี้ ขนาดของมอร์ฟีนและ strong opioid ขนาดอื่นนั้นอาจเพิ่มขนาดขึ้นได้เรื่อยๆ โดยไม่จำกัด⁷⁸ ในการเพิ่มปริมาณยาเจ็บปวดขึ้นเรื่อยๆ เช่นนี้ อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายหรืออาจเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยได้ ซึ่งแม้แพทย์จะคาดเห็นถึงผลลัพธ์ดังกล่าว แต่

⁷⁶ Ibid.

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

⁷⁸ World Health Organization. (2529). การบรรเทาความเจ็บปวดจากมะเร็ง. แปลจาก, Cancer Pain Relief. โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 23.

แพทย์ก็จำเป็นต้องเลือกว่า จะให้ยาระงับปวดในปริมาณที่อาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย หรือจะปล่อยให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน

แม้ในกฎหมายที่ใช้ในปัจจุบัน แพทย์ก็ได้ถูกร้องขอให้ถือว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุดและเด็ดขาดเสมอไป ตัวอย่างเช่นการผ่าตัดหัวใจในกรณีที่ยุงยาก ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในทันที แต่การกระทำดังกล่าวก็ถูกให้ความสำคัญยิ่งกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยต้องเป็นผู้พิการไปชั่วชีวิตโดยไม่รักษา ในการให้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดก็เช่นเดียวกัน การใช้หลักในเรื่องความจำเป็นนี้ยังแก้ปัญหาจากการที่แพทย์สามารถคาดการณ์ความตายล่วงหน้าอันเป็นผลมาจากการให้มอร์ฟินหรือเฮโรอีน เขาจะสามารถอธิบายถึงเหตุผลของการกระทำของเขาได้โดยชอบด้วยกฎหมาย ยิ่งไปกว่านั้น มันยังเป็นการเหมาะสมยิ่งกว่าในการสร้างเหตุยกเว้นขึ้นใหม่ แทนที่จะไปบิดเบือนหลักกฎหมายที่มีอยู่เดิมเพื่อให้สอดคล้องกับผลที่ต้องการ⁷⁹

3.2.2 การทำ active euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ คำว่า “euthanasia” ได้ถูกนิยามไว้ในปี 1985 ว่าหมายถึง “การให้ยาโดยมีจุดประสงค์เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยร้องขอ” ส่วนคำว่า “Physician-assisted suicide” ถูกนิยามว่าหมายถึง “การให้ยา, จัดเตรียมหรือส่งยาให้แก่ผู้ป่วย โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยยุติชีวิตของตนเอง” การทำ euthanasia และ physician-assisted suicide จึงถูกแบ่งแยกออกจากการตัดสินใจทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย เช่น การยับยั้งหรือเพิกถอนกระบวนการทางการแพทย์ที่ใช้ยื้อชีวิตผู้ป่วย, การเพิ่มปริมาณยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดหรืออาการต่างๆ อันจะมีผลเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วยหรือทำให้มีโอกาที่จะเกิดผลดังกล่าวมากขึ้น หรือการลงมือโดยตรงในการยุติชีวิตของผู้ป่วยโดยปราศจากการร้องขอของผู้ป่วย เป็นต้น⁸⁰

การถกเถียงอย่างกว้างขวางของสังคมเกี่ยวกับการทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์เริ่มต้นขึ้นในปี 1973 โดยมีสาเหตุมาจากคดีที่เรียกกันว่า “Postma case”

จำเลยในคดีดังกล่าวเป็นแพทย์ซึ่งทำ euthanasia แก่มารดาของเขาที่กำลังจะตาย โดยมารดาของเขาร้องขออย่างจริงจังให้เขากระทำการดังกล่าวหลายต่อหลายครั้ง ศาลในคดีนี้ได้ตัดสินจำคุกจำเลยในระยะเวลาสั้นๆ ทั้งยังรอลงอาญาอีกด้วย คดีดังกล่าวนี้เป็นคดีที่เกี่ยวกับการทำ

⁷⁹ Glanville Williams. Loc.cit.

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

euthanasia คดีแรกในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งมันได้ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อกฎหมายของสังคมในประเทศที่ยึดมั่นในประเพณีของชาวคริสเตียน นอกจากนั้นมันยังส่งผลไปยังผู้มีวิชาชีพทางการแพทย์ในเรื่องความระมัดระวังเกี่ยวกับขอบเขตของการให้การรักษาและการใช้สิทธิในการกำหนดชีวิตตนเองของผู้ป่วยอีกด้วย

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

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

อย่างไรก็ดี ในระหว่างที่คณะกรรมการยังจัดทำรายงานไม่แล้วเสร็จนั้น ศาลฎีกาได้มีคำตัดสินในคดี Schoonheim case ในปี 1984 มันเป็นคดีเกี่ยวกับ euthanasia คดีแรกที่ได้รับการตัดสินโดยศาลฎีกาของเนเธอร์แลนด์ ในคดีดังกล่าว จำเลยซึ่งเป็นแพทย์ ได้ทำ euthanasia แก่ผู้ป่วยวัย 95 ปี ตามคำร้องขอของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากจากความเสื่อมสภาพในการมองเห็น การฟังและการพูด ทั้งยังมีอาการป่วย และต้องทนอยู่อย่างไร้ศักดิ์ศรี ศาลได้สรุปว่าจำเลยซึ่งเป็นแพทย์ได้กระทำไปด้วยความจำเป็น โดยแพทย์ผู้นี้ต้องเผชิญกับความขัดกันของหน้าที่ระหว่างการบรรเทาความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ป่วยกับการไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายและตัดสินยกฟ้องจำเลย⁸¹

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

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

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

มาตรา 293 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ประเทศเนเธอร์แลนด์ บัญญัติว่า

1. ผู้ใดทำให้ผู้อื่นถึงแก่ความตายตามคำร้องขอที่ชัดแจ้งและจริงจังของผู้ตาย ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 12 ปี หรือปรับตามหมวดห้า

2. การกระทำตามวรรคแรกจะไม่เป็นความผิด หากได้กระทำโดยแพทย์ซึ่งได้ปฏิบัติตามครบถ้วนตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) และได้แจ้งพยาธิแพทย์ของรัฐ (municipal pathologist) ถึงการกระทำดังกล่าวตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 7 วรรค 2 แห่งพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation⁸²

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

1. มาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสมดังที่อ้างถึงในมาตรา 293 วรรค 2 แห่งประมวลกฎหมายอาญา หมายความว่า แพทย์:

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

⁸² Wetboek van Strafrecht, section 293.

2. ถ้าผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปและไม่สามารถแสดงเจตนาด้วยตนเองได้ แต่ก่อนที่เขาจะตกอยู่ในสภาพดังกล่าว เขาได้ถูกลงความเห็นว่าเป็นความต้องการของเขานั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้ และได้ทำคำร้องขอให้ยุติชีวิตของตนเป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ และให้นำมาตรฐานความระมัดระวังตามวรรค 1 ของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม

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

4. ถ้าผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ซึ่งมีอายุระหว่าง 12 ถึง 16 ปี และได้ถูกลงความเห็นว่าเป็นความต้องการของเขานั้นมีเหตุผลที่รับฟังได้ แพทย์ไม่อาจปฏิเสธคำร้องขอนี้ได้ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ใช้อำนาจปกครอง และ/หรือ ผู้ปกครอง ในการยุติชีวิตหรือการสนับสนุนการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย และให้นำบทบัญญัติในวรรค 2 ของมาตรานี้มาใช้โดยอนุโลม⁸³

มาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติ the Burial and Cremation บัญญัติว่า

บุคคลซึ่งทำการชันสูตรศพอาจเป็นผู้ออกใบมรณบัตร หากเขามั่นใจว่าความตายนั้นเกิดจากสาเหตุตามธรรมชาติ

หากความตายเป็นผลอันเกิดจากการร้องขอให้ยุติชีวิตหรือการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองตามที่บัญญัติในมาตรา 293 วรรค แห่งประมวลกฎหมายอาญา แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาจะต้องไม่เป็นผู้ออกใบมรณบัตรและต้องแจ้งแก่พยาธิแพทย์ของรัฐคนใดคนหนึ่งโดยทันทีถึงสาเหตุการตายเพื่อให้เขาเป็นผู้ทำแบบฟอร์มดังกล่าว แพทย์ผู้รับผิดชอบการรักษาจะต้องเพิ่มเติมแบบฟอร์มนี้ด้วยรายงานการปฏิบัติของแพทย์ ซึ่งได้ปฏิบัติตามมาตรฐานความระมัดระวังที่เหมาะสม ตามมาตรา 2 แห่งพระราชบัญญัติ Termination of Life on Request and Assisted Suicide⁸⁴

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

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

⁸⁴ The Burial and Cremation Act, section 7.

อัยการก็ต่อเมื่อการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide นั้นๆ มิได้ทำโดยชอบด้วยกฎหมายเท่านั้น

การยอมรับให้มีการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide ได้โดยชอบด้วยกฎหมายนั้น โดยทั่วไปมักถูกพิจารณาว่าเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของสังคมดังนี้

- 1) ผู้คนมีความเป็นอัตลักษณ์สูงขึ้น
 - 2) ข้อห้ามในเรื่องเกี่ยวกับความตายนั้นลดลง
 - 3) การยอมรับมากขึ้นว่าการซื้อชีวิตนั้นมีใช้การรักษาที่เหมาะสมเสมอไปสำหรับผู้ป่วย
- อย่างไรก็ดี แม้ในสังคมตะวันตกส่วนใหญ่จะได้คำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ แต่มีเพียงไม่กี่

ประเทศเท่านั้นที่ยอมรับการทำ euthanasia หรือ physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้นจึงมีผู้เห็นว่า ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะองค์ประกอบอื่นในวัฒนธรรมประเพณีหรือระบบสาธารณสุขของประเทศเนเธอร์แลนด์

ประการแรก ประเทศเนเธอร์แลนด์มีประวัติศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับความเปิดเผยตรงไปตรงมา แนวความคิดหรือมุมมองใหม่ๆ จะไม่ถูกกีดกันและสามารถนำมาอภิปรายกันได้ อย่างเปิดเผย รวมไปถึงวัฒนธรรมทางการเมืองที่เป็นที่ยอมรับกันว่ามันดีกว่าในการชี้นำแนวทางให้แก่พัฒนาการทางสังคมแทนที่จะพยายามหยุดยั้งมัน

ประการที่สอง ประเทศเนเธอร์แลนด์มีนโยบายสนับสนุนให้เกิดความเท่าเทียมและการกระจายภาระค่าใช้จ่าย โดยทุกคนจะต้องมีประกันสุขภาพซึ่งมันทำให้คนทุกระดับในสังคมล้วนมีความสามารถในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ด้วยเหตุนี้เองที่ทำให้เหตุผลเรื่องการจัดการค่าใช้จ่ายที่มักจะถูกหยิบยกขึ้นต่อต้านการทำ euthanasia ไม่มีน้ำหนักในประเทศเนเธอร์แลนด์ นอกจากนั้น โดยทั่วไปของผู้อยู่อาศัยในเนเธอร์แลนด์จะมีแพทย์ที่รู้จักคุ้นเคยเพราะดูแลกันมานาน ซึ่งมันจะช่วยให้แพทย์ตัดสินใจเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น⁸⁵

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

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

ว่าการยอมรับการทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้นเกิดขึ้นเร็วเกินไป ประเทศควรจะสนใจและพัฒนาคุณภาพของการรักษาแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ดีเสียก่อน ซึ่งเธอเห็นว่าในปัจจุบัน มันยังไม่ดีพอและทำให้ผู้คนเลือกที่จะตายมากกว่าที่จะมีชีวิตอยู่⁸⁶

สำหรับยาที่ใช้ในการทำ euthanasia นั้น ทางของเนเธอร์แลนด์ (The Royal Dutch Association for the advancement of Pharmacy) แนะนำให้ใช้ยานอนหลับ ตามด้วยยากลายกล้ามเนื้อ แต่ก็มีแพทย์จำนวนเล็กน้อยที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวและใช้ยาชนิดอื่นในการทำ euthanasia เช่นกัน โดยยาชนิดอื่นที่มักจะถูกนำมาใช้ คือ ยาแก้ปวด (Opioid) โดยการทำ euthanasia จะพบมากที่สุด chez ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็ง

สำหรับประเด็นในเรื่องการเกิด slippery slope⁸⁷ นั้น มีผู้เห็นว่าประเทศเนเธอร์แลนด์เกิด slippery slope ขึ้นจริงและมีผู้คนต้องถูกทำ euthanasia โดยมีได้ร้องขออย่างน้อย 1,000 คนในทุกๆปี⁸⁸ นอกจากนั้นจะเห็นว่า การทำ euthanasia ในประเทศเนเธอร์แลนด์พัฒนาจากการทำให้เฉพาะแก่ผู้ที่อยู่ในอาการป่วยระยะสุดท้ายไปสู่ผู้ป่วยเรื้อรัง และเริ่มมีแนวความคิดที่จะทำให้แก่ผู้ที่มีความเครียดซึ่งไม่มีความเจ็บป่วยทางร่างกาย และทารกที่พิการแต่แรกเกิด อีกด้วย⁸⁹

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

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

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

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

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

ทั้งหมด และในปี 1995 ได้ลดลงเหลือเหลือ 0.7% ของการตายทั้งหมด และในปี 2005 ได้ลดลงเหลือ 0.4% ของการตายทั้งหมด⁹⁰

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

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

การค้นหา “ความทุกข์ทรมานที่ไม่สามารถทนทานได้” นั้น เป็นปัญหาแก้แพทยอย่างมากเพราะสิ่งดังกล่าวนี้ไม่สามารถบ่งบอกได้ชัดเจนและไม่มีเครื่องมือใดที่จะสามารถทำเช่นนั้นได้ สิ่งที่เป็นรูปธรรมที่พอจะนำมาพิจารณาได้ คือ โรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่, อาการของโรคนั้น และการสูญเสียอวัยวะต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้น ความทุกข์ทรมานนั้นจะถือว่าผู้ป่วยไม่อาจทนทานได้หรือไม่ ยังขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของผู้ป่วย, ความแข็งแกร่งของร่างกายและจิตใจ, ประสบการณ์และมุมมองต่ออนาคตของเขา ดังนั้นมันจึงเป็นสิ่งที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สิ่งทีบุคคลหนึ่งทนได้ อาจเป็นสิ่งที่ไม่อาจทนทานได้สำหรับอีกบุคคลหนึ่งก็เป็นได้ แม้ในปัจจุบันปัญหานี้จะยังมิได้รับคำตอบที่ชัดเจน แต่มันก็จะเป็นสิ่งที่ระบบกฎหมายของเนเธอร์แลนด์จะพัฒนาผ่านการอภิปรายถกเถียงกันในสังคมและในหมู่นักวิชาการ รวมทั้งแนวคำพิพากษาของศาลเพื่อหาขอบเขตที่เหมาะสมต่อไป⁹¹

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

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

3.3 การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองหรือการทำ physician-assisted suicide

3.3.1 การทำ physician-assisted suicide ในประเทศสหรัฐอเมริกา

สถานะทางกฎหมายของการช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองในประเทศสหรัฐอเมริกานั้นแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ ในบางมลรัฐถือว่าการกระทำความผิดคือการฆ่าตัวตายเป็นการฆาตกรรม ในบางรัฐถือว่าผู้กระทำเป็นตัวการร่วมในความผิดฐานฆ่าตัวตาย (ในกรณีที่รัฐดังกล่าวถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดกฎหมายอาญา) ในบางรัฐแม้ไม่ได้บัญญัติให้การฆ่าตัวตายเป็นความผิดกฎหมายอาญา แต่ก็ได้บัญญัติความผิดฐานยุยงหรือสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นความผิดฐานหนึ่งโดยเฉพาะ และในบางรัฐถือว่าการกระทำความผิดดังกล่าวไม่มีความผิดตามกฎหมายอาญา⁹²

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

Jack Kevorkian เป็นแพทย์ชาวอเมริกันซึ่งต่อสู้เพื่อให้มีการรับรอง “สิทธิที่จะตาย” แก่ประชาชน โดยเขาโด่งดังจากการสร้างเครื่องยุติชีวิตตนเองและนำมาใช้กับผู้ป่วยซึ่งทนทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ ให้เสียชีวิตอย่างสงบ การทำ physician-assisted suicide ครั้งแรกของเขาที่ได้เปิดเผยสู่สาธารณชนเกิดขึ้นในปี 1990 โดยผู้ป่วยของเขานามว่า Janet Adkins อายุ 54 ปี ซึ่งป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์ได้ร้องขอต่อเขาเพื่อให้เขายุติชีวิตของเธอ เขาได้ตอบรับคำร้องขอดังกล่าวและช่วยให้เธอตายตามที่เธอต้องการ การกระทำความผิดดังกล่าวทำให้เขาถูกจับและถูกดำเนินคดีในความผิดฐาน murder แต่เนื่องจากเขาไม่ได้ลงมือยุติชีวิต Janet โดยตรง เพียงแต่เตรียมเครื่องมือและยาต่างๆ ให้เธอ ยุติชีวิตของตนเองเท่านั้น และเนื่องจากตามกฎหมายของมลรัฐมิชิแกนที่เขาอาศัยอยู่นั้น การฆ่าตัวตายไม่ถือเป็นความผิดและไม่มีความผิดฐานสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตาย เขาจึงรอดพ้นจากความผิดในข้อหาดังกล่าว อย่างไรก็ดี ในปี 1991 เขาได้ถูกเพิกถอนใบอนุญาตทางการแพทย์ทำให้เขาไม่สามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ได้และไม่สามารถใช้ยาที่ถูกควบคุมโดยเฉพาะได้ แต่เขายังคงทำ assisted suicide ต่อไปจนถึงปี 1998 และมีผู้ป่วยที่เขาทำ assisted suicide ให้รวมทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 130 ราย⁹³

แม้จะมีผู้คนมากมายที่เห็นด้วยกับการกระทำของเขาและมีผู้ป่วยหลายรายที่ต้องการให้เขาช่วยให้พ้นทุกข์ แต่ก็มีผู้คนจำนวนมากเช่นกันที่ต่อต้าน เขาถูกต่อต้านอย่างรุนแรงจากกลุ่มผู้

⁹² Glanville Williams. Op.cit. p.299.

⁹³ Wikipedia. (n.d.). Jack Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from

เกรงในศาสนาคริสต์ซึ่งเห็นว่าเขากำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเพราะพวกเขาเชื่อว่ามิใช่พระเจ้าเท่านั้นที่จะกำหนดชีวิตและความตาย มิใช่แพทย์ แจ็คได้ตอบได้ในเรื่องนี้ว่า “ถ้าเป็นเช่นนั้นแล้ว ทุกๆ ครั้งที่คุณเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกระบวนการทางธรรมชาติ คุณก็กำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเช่นกัน” ซึ่งนั่นก็หมายความว่าแพทย์ทุกคนที่ทำการรักษาหรือช่วยชีวิตมนุษย์ พวกเขา ก็กำลังแทรกแซงอำนาจของพระเจ้าเป็นเจ้านั่นเอง นอกจากนั้นเขายังถูกต่อต้านด้วยเหตุที่ว่า ผู้ป่วยที่เขาทำ assisted suicide ให้นั้นไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่นในกรณีของ Janet Adkins ซึ่งป่วยเป็นโรคอัลไซเมอร์และยังสามารถมีชีวิตต่อไปได้อีกหลายปี ในขณะที่แจ็คเห็นว่า เขาไม่จำเป็นต้องทำ assisted suicide ให้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น แต่เขาพิจารณาไปที่ความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยนั้นได้รับ⁹⁴

ในปัจจุบันนี้ มีเพียงมลรัฐออเรกอน และ วอชิงตัน เท่านั้น ที่มีการตราพระราชบัญญัติออกมารองรับการทำ physician-assisted suicide ให้สามารถทำได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ออเรกอนเป็นมลรัฐแรกที่ยอมรับการกระทำความผิดกล่าวโดยชอบด้วยกฎหมาย โดยได้มีการตรา Oregon Death with Dignity Act ขึ้นในปี 1994 ในการทำ physician-assisted suicide นั้น Oregon Death with Dignity Act ได้กำหนดเงื่อนไขที่สำคัญไว้หลายประการพอสังเขปดังนี้⁹⁵

1) ผู้มีสิทธิเสนอคำร้องขอเข้ารับการรักษาตาม พระราชบัญญัติฉบับนี้ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นผู้ใหญ่ คือ เป็นบุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

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

(3) เป็นพลเมืองของมลรัฐออเรกอน

(4) ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้รักษาและแพทย์ผู้เข้าร่วมรักษาว่าเป็นผู้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการป่วยระยะสุดท้าย

(5) แสดงเจตนาเข้ารับการรักษาเพื่อยุติชีวิตของตนด้วยความสมัครใจ

2) แบบของคำร้องขอ

⁹⁴ Wikipedia. (n.d.). Jack Kevorkian. Retrieved June 1, 2011, from http://en.wikipedia.org/wiki/Jack_Kevorkian

⁹⁵ Oregon Death with Dignity Act, Section 1-6.

ผู้ป่วยต้องทำคำร้องขอให้ถูกต้องตามแบบฟอร์มที่กำหนด พร้อมทั้งลงลายมือชื่อและวันที่ โดยมีพยานรับรองอย่างน้อย 2 คน

3) การตัดสินใจโดยได้รับการบอกกล่าวก่อน

ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาเพื่อยุติชีวิตของตนอย่างมีศักดิ์ศรีและมีมนุษยธรรม ผู้ป่วยจะต้องได้รับการบอกกล่าวโดยชอบก่อน การบอกกล่าวนั้นเป็นหน้าที่ของแพทย์ผู้รักษาซึ่งจะต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยดังนี้

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

เจ็บปวด เป็นต้น

4) การแจ้งไปยังครอบครัว

แพทย์ผู้รักษาต้องแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งไปยังครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการร้องขอเพื่อเข้ารับการรักษาดำเนินการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ อย่างไรก็ตาม คำร้องขอของผู้ป่วยจะไม่ตกไปเพียงเพราะผู้ป่วยปฏิเสธหรือไม่สามารถแจ้งไปยังครอบครัวหรือญาติของผู้ป่วยได้

5) การทำคำร้องขอด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร

ผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอทั้งด้วยวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร และจะต้องร้องขอด้วยวาจาซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งการร้องขอครั้งที่สองนี้จะต้องกระทำหลังจากการร้องขอครั้งแรกเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 15 วัน โดยในการร้องขอครั้งที่สองนั้น แพทย์ผู้รักษาจะต้องเสนอโอกาสให้แก่ผู้ป่วยในการเพิกถอนคำร้องขอดังกล่าวด้วย

6) สิทธิในการเพิกถอนคำร้องขอ

ผู้ป่วยสามารถเพิกถอนคำร้องขอได้ตลอดเวลาและทุกวิธีการ โดยไม่จำเป็นต้องคำนึงสภาพจิตใจของผู้ป่วยในขณะเพิกถอนคำร้องขอ

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

physician-assisted suicide โดยชอบด้วยกฎหมายก็ต้องใช้เวลาถึง 14 ปี มลรัฐดังกล่าวนั้นก็คือมลรัฐวอชิงตัน ซึ่งได้ตรา Washington Death with Dignity Act ขึ้นในปี 2008 นั่นเอง⁹⁶

3.3.2 การทำ physician-assisted suicide ในประเทศเนเธอร์แลนด์

ตามกฎหมายอาญาประเทศเนเธอร์แลนด์ถือว่าการสนับสนุนให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายเป็นความผิดตามกฎหมายอาญา มาตรา 294 ซึ่งบัญญัติว่า

1. ผู้ใดยุยงให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตาย หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวดสี่

2. ผู้ใดสนับสนุนให้บุคคลอื่นฆ่าตัวตายหรือจัดเตรียมวิธีการให้กับการกระทำความดังกล่าว หากการฆ่าตัวตายนั้นได้กระทำลง ผู้นั้นต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับตามหมวดสี่ และให้นำมาตรา 293 วรรค 2 มาใช้โดยอนุโลม⁹⁷

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การช่วยผู้ป่วยยุติชีวิตตนเองโดยแพทย์ หรือ การทำ physician-assisted suicide ในประเทศเนเธอร์แลนด์ สามารถกระทำได้โดยชอบด้วยกฎหมายภายใต้หลักเกณฑ์เดียวกันกับการทำ euthanasia อย่างไรก็ดี ในความเป็นจริงนั้นปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่ยุติชีวิตตนเองด้วยวิธีนี้น้อยมากโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะให้แพทย์เป็นผู้ยุติชีวิตของเขาโดยการทำ active euthanasia เสียมากกว่า เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่กล้าที่จะลงมือด้วยตนเอง หรือ ร่างกายผู้ป่วยอาจจะอ่อนแอเกินไปและไม่สะดวกที่จะทำเช่นนั้น นอกจากนั้นยังเป็นเพราะแพทย์นั้นสามารถควบคุมกระบวนการตายได้ดีกว่าผู้ป่วย เนื่องจากแพทย์เป็นผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ในขณะที่การให้ผู้ป่วยลงมือทำด้วยตนเองอาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถคาดหมายได้อยู่เสมอ เพราะผู้ป่วยอาจไม่มีความรู้ ความชำนาญ ด้านการแพทย์และการใช้เครื่องมือทางการแพทย์⁹⁸

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

⁹⁷ Wetboek van Strafrecht, section 294.

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