

ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่าง

สงบ



นาย วิสุทธิ์ สุขบำรุง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

หลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1470-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINIONS OF PHYSICIANS AND LAYPERSONS REGARDING EUTHANASIA



Mr. Wisoot Sookbumroong

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Developmental Psychology
Program of Developmental Psychology

Faculty of Psychology

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-1470-8

วิสุทธิ สุขบำรุง : ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ (Opinions of Physicians and Laypersons Regarding Euthanasia) อ. ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ศีราภรณ์ ทับสายทอง, 207 หน้า.
ISBN 974-03-1470-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแพทย์ 90 คน (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 30 คน วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 30 คน วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย 30 คน) และบุคคลทั่วไป 90 คน (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 30 คน วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 30 คน วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย 30 คน) แบบสอบถามเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบได้รับการใช้เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า

1. บุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพเห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่การเห็นด้วยยังน้อยกว่าของบุคคลทั่วไปในกรณีของ Active Nonvoluntary Euthanasia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
3. ไม่พบความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภท
4. อัตราของรายได้ต่อเดือนและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
5. จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา ผู้ป่วยและแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และพันธกรรมเพื่อชีวิตควรเป็นเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้

หลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ..... ลายมือชื่อนิสิต.....
.สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ..... ลายมืออาจารย์ที่ปรึกษา.....
.ปีการศึกษา2544..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4178135238 : MAJOR DEVELOPMENTAL PSYCHOLOGY

KEY WORD : ADULTHOOD / EUTHANASIA / PHYSICIANS

WISOOT SOOKBUMROONG : OPINIONS OF PHYSICIANS AND LAYPERSONS
REGARDING EUTHANASIA. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. SIRANG
TUBSAITONG, 207 pp. ISBN 974-03-1470-8

The purpose of this research was to study and compare opinions of physicians and adult laypersons in early, middle, and late adulthood regarding euthanasia. The subjects consisted of 90 physicians (30 early adults, 30 middle adults, 30 late adults) and 90 adult laypersons (30 early adults, 30 middle adults, 30 late adults). Questionnaires concerning euthanasia were used to collect data and statistically tested by the Chi-square test.

The results of the study are as follows :

1. Laypersons significantly support active voluntary euthanasia and active nonvoluntary euthanasia more than physicians ($p < 0.01$).

2. Physicians who express the opinions without legal rules and medical ethics significantly support active voluntary euthanasia and active nonvoluntary euthanasia more than physicians ($p < 0.01$), but the support concerning active nonvoluntary euthanasia is significantly less than laypersons ($p < 0.01$).

3. For the opinions concerning each types of euthanasia of physicians and laypersons, there is no age difference among early, middle, and late adulthood.

4. The different rate of monthly income and educational background of the subjects significantly result in different opinions concerning active nonvoluntary euthanasia ($p < 0.001$).

5. The collection of the subjects' suggestions show that medical and nursing organizations should be responsible for euthanasia, a doctor should judge whether a patient is hopeless or not, the patient and the doctor should have a joint decision in permitting euthanasia, and a living will should be accepted by the doctor as patient's decisions document.

Program.....Developmental Psychology..... Student's signature.....

Field of study...Developmental Psychology...Advisor's signature.....

Academic year...2001.....Co- advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความเมตตากรุณาของ รองศาสตราจารย์ ศิริรางค์ ทับสายทอง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ให้แนวคิด คำแนะนำต่างๆ ในการวิจัย รวมทั้งได้กรุณาสละเวลาเพื่อตรวจสอบ แก้ไข เนื้อหาต่างๆ ส่วนของวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ และรองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ที่ได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขแบบสอบถาม ให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความเมตตา และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์คณะจิตวิทยาทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน และให้ความรู้อันมีคุณค่ากับผู้วิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วีระพงษ์ บุญญเฏฐ อาจารย์ ดร. อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ ศาสตราจารย์ พ.ญ. ดวงใจ กษานติกุล และนายแพทย์ สันต์ หัตถิรัตน์ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจพิจารณาแบบสอบถาม รวมทั้งให้คำแนะนำต่างๆ ด้วยความเมตตา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดงที่ได้กรุณาให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ คณะจิตวิทยาที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และขอขอบคุณเพื่อนๆ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงเรียนสารวิทยา และสถาบันราชภัฏพระนครที่มีน้ำใจให้ความช่วยเหลือ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยขอขอบคุณบุคคลอันเป็นที่รักยิ่ง ที่คอยอยู่ข้างๆ ให้กำลังใจ และคำแนะนำเป็นอย่างดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ คุณป้า และสมาชิกในครอบครัว ที่คอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุนผู้วิจัยด้วยความรัก และความอบอุ่น อันเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จในครั้งนี้ของผู้วิจัย

วิสุทธิ์ สุขบำรุง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	27
ขอบเขตในการวิจัย.....	27
คำจำกัดความในการวิจัย.....	28
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	30
2. วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
กลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31
คุณภาพของเครื่องมือ.....	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	41
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
การนำเสนอข้อมูล.....	42
3. ผลการวิจัย.....	43
4. การอภิปรายผลการวิจัย.....	64
5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	86
รายการอ้างอิง.....	89
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก.	92
ภาคผนวก ข.	93
ภาคผนวก ค.	94

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ง.	95
ภาคผนวก จ.	96
ภาคผนวก ฉ.	97
ภาคผนวก ช.	197
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	207



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. แสดงจำนวน และร้อยละของเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในแต่ละประเภท.....	39
2. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับเพศของกลุ่มตัวอย่าง.....	44
3. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง....	44
4. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง.....	45
5. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง	45
6. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการศึกษาจากต่างประเทศของกลุ่มตัวอย่าง	46
7. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง	46
8. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง	47
9. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง	47
10. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับสาขาที่เชี่ยวชาญของแพทย์.....	48
11. แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์	48
12. แสดงเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ.....	49
13. สรุปรการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia	50
14. สรุปรการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia.....	52
15. สรุปรการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	53

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
16. สูตรการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia.....	55
17. สูตรการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Chi-square) ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ.....	56
18. สูตรการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Chi-square) ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ.....	57
19. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ	59
20. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา.....	60
21. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ	61
22. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์สามารถปฏิบัติตามได้.....	62
23. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	97
24. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	97
25. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
26. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	99
27. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	99
28. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	100
29. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia.....	100
30. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	101
31. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	101
32. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	102
33. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia.....	103
34. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia.....	103

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
35. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	104
36. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	104
37. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	105
38. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	106
39. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	106
40. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	107
41. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	107
42. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	108
43. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	108
44. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	109
45. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	110

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
46. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	110
47. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	111
48. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย	111
49. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	112
50. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	112
51. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	113
52. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	114
53. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	114
54. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	115
55. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia.....	115
56. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	116

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
57. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	116
58. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	117
59. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia	118
60. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia	118
61. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	119
62. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	119
63. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	120
64. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	121
65. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	121
66. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	122

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
67. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	122
68. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	123
69. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	123
70. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	124
71. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	125
72. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	125
73. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	126
74. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย.....	126
75. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	127
76. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	127
77. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	128

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
78. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	129
79. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	129
80. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	130
81. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	130
82. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	131
83. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	131
84. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	132
85. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	133
86. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	133

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
87. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	134
88. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	134
89. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	135
90. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	136
91. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	136
92. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	137
93. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	137
94. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	138
95. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	138
96. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	139
97. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	140

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
98. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	140
99. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	141
100. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia..	141
101. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	142
102. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	142
103. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	143
104. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia.....	144
105. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia...	144
106. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	145
107. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	145

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
108. แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	146
109. แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	147
110. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	147
111. แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ...	148
112. เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	148
113. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia.....	149
114. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.	149
115. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย.....	150
116. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia.....	150
117. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย	151

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
118. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย.....	151
119. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	152
120. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	152
121. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia.....	153
122. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย.....	153
123. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia.....	154
124. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ.....	157
125. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย.....	160

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
126. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นผู้ป่วย.....	163
127. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia.....	166
128. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ.....	169
129. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย.....	172
130. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นผู้ป่วย.....	175
131. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	178
132. เปรียบเทียบอัตราส่วนเป็นรายคู่ ของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 8,000 บาท 8,000 - 14,999 บาทและ 15,000 บาทขึ้นไป ที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	181
133. เปรียบเทียบอัตราส่วนเป็นรายคู่ ของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรีที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia.....	181

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
134. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ.....	182
135. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย.....	185
136. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia.....	188
137. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ.....	191
138. แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย.....	194

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

ความตายเป็นจุดจบของชีวิต ซึ่งไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับมันได้ และมนุษย์ก็ดูจะเป็นสัตว์ชนิดเดียวที่รู้ว่าตัวเองจะต้องตาย และรู้ว่าความตายคือความพลัดพรากชั่วนิรันดร์ พลัดพรากจากทุกอย่าง และที่สำคัญคือจากสิ่งที่รักที่สุดนั่นคือตนเอง ดังนั้นมนุษย์จึงพยายามทุกวิถีทางเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ เพราะหากไม่มีชีวิตอยู่แล้ว ทุกสิ่งทุกอย่างไม่ว่าจะมีความสำคัญเพียงใดก็จะไม่มีความหมายอีกต่อไป (Turner & Helms, 1995; ประเวศ วะสี, 2538; พินิจ รัตนกุล, 2538)

นักวิทยาศาสตร์ แพทย์ และเภสัชกรจึงพยายามค้นคิดวิธีการรักษาใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้มนุษย์ได้มีสุขภาพแข็งแรง อายุยืนนาน (นฤมล มารคแมน, 2528) และในปัจจุบันก็เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าวิชาการทางการแพทย์มีความเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากดังจะเห็นได้จากการที่แพทย์สามารถช่วยชีวิตมนุษย์ที่เจ็บป่วยในทุกระยะของชีวิตได้ และสามารถยืดชีวิตออกไปได้จนเกือบจะเรียกได้ว่าไม่มีวันตาย (Anderson & Caddell, 1993; พินิจ รัตนกุล, 2538)

แต่ก็มีอยู่ไม่น้อยที่เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นหรือกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในภาวะที่เรียกว่า “ฟื้นก็ไม่ได้อายก็ไม่ลง” กล่าวคือผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจ หรือรับอาหารทางสายยาง ซึ่งเป็นกรณีมีชีวิตอยู่โดยปราศจากคุณภาพชีวิต หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

การพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาในทุกวิถีทางนี้ เป็นเพียงการชะลอเวลาของความตายออกไปโดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ชีวิตที่ถูกยืดออกไปบางชีวิตกลายเป็นชีวิตที่ไม่มีคุณภาพ ไร้ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (ประเวศ วะสี, 2536 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540; พินิจ รัตนกุล, 2538) ทำให้ผู้ป่วย และญาติต้องได้รับความทรมานมากขึ้นและนานขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อีกทั้งยังเป็นการใช้ทรัพยากรของสังคมในด้านวัตถุและบุคลากรเป็นจำนวนมากโดยเปล่าประโยชน์ (วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

จากสาเหตุข้างต้น ทำให้ผู้ป่วยและญาติที่ตกอยู่ในสภาพดังกล่าวรวมถึงบุคคลบางกลุ่ม ต้องการให้แพทย์เลิกใช้เทคโนโลยีในการช่วยยืดชีวิตออกไปและปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ (Passive Euthanasia) หรือต้องการให้แพทย์ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายด้วยการให้ยาที่ทำให้ผู้ป่วยหลับ และตายไปโดยปราศจากความเจ็บปวด (Active Euthanasia) เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทรมาน (พินิจ รัตนกุล, 2538; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533) แต่การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแพทย์จะต้องปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยไม่รักษา หรือโดยการช่วยให้ผู้ป่วยตายโดยให้ยา สิ่งดังกล่าวล้วนแต่เป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ และเสี่ยงต่อความผิดทางอาญาทั้งสิ้น แต่หากแพทย์ทำการช่วยชีวิตผู้ป่วยในทุกวิถีทางโดยไม่คำนึงถึงความต้องการที่จะตายอย่างสงบของผู้ป่วยแล้ว แพทย์ก็อาจจะมีคามผิดในฐานะละเมิดสิทธิของผู้ป่วยได้ ดังนั้น แพทย์จึงเปรียบเสมือนยืนอยู่บนทางสองแพร่ง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

ด้วยเหตุนี้แนวคิดในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่มีการวิพากษ์วิจารณ์และโต้แย้งในหมู่สาธารณชนในสังคมตะวันตกอย่างกว้างขวางรวมทั้งยังไม่มีข้อยุติ ทั้งนี้เพราะประเด็นนี้เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนเกี่ยวข้องกับทฤษฎีในเรื่องของความเป็นความตาย การแพทย์ เทคโนโลยี คุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ สิทธิของคน เศรษฐกิจ กฎหมาย ความยุติธรรม และจริยธรรม (Cavanaugh, 1997; ประเวศ วะสี, 2532; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

ในประเทศไทยก็มีปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นเหมือนกัน ทั้งนี้เพราะระบบกฎหมายในประเทศไทยยังไม่มีบทบัญญัติรองรับเรื่องสิทธิที่จะตายรวมทั้งการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533; วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2533) ได้เสนอแนะแนวทางในการแก้ปัญหาความขัดแย้งนี้ว่าควรจะมีการอภิปรายกันในหมู่สาธารณชน เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกันทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมาย และจริยศาสตร์ การสามารถแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และแพทย์อย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ Maas, Pijnenborg & Delden (1995) ที่ได้เสนอว่าควรที่จะต้องมีความคิดเห็นบางอย่างที่สอดคล้องกันระหว่างความคิดเห็นของสาธารณชนโดยทั่วไป และความคิดเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เพื่อให้การอภิปรายในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมีความก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาถึงปัญหา และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้วพบว่าความคิดเห็นของแพทย์ และสาธารณชนโดยทั่วไปเป็นส่วนสำคัญในการหาข้อสรุป และทำให้เกิดนโยบายทางสังคมที่จะแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งเกี่ยวกับเรื่องนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเพื่อนำความรู้ใหม่ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการประกอบการพิจารณา หรืออภิปรายเพื่อหาข้อสรุป และ

เปลี่ยนแปลงแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมาย หรือนโยบายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีบทบัญญัติที่แน่นอนในการรองรับปัญหานี้ รวมทั้งเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย แพทย์ และสังคมโดยรวม

โดยเหตุที่ว่า การรับรู้ความตายของบุคคลในวัยต่างๆ มีความแตกต่างกัน โดยบุคคลในวัยหนุ่มสาวจะไม่ค่อยคิดถึงความตายและจะไม่ค่อยกลัวความตาย เพราะพ่อแม่และคนที่รู้จักส่วนใหญ่ยังมีชีวิตอยู่ และเมื่อถึงวัยกลางคนทัศนคติเกี่ยวกับความตายจะเปลี่ยนไป เนื่องจากเริ่มมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของพ่อแม่ หรือคนที่คุ้นเคยทำให้บุคคลเริ่มคิดถึง การตายของตนเอง และคิดถึงเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต ส่วนในคนสูงอายุ การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความตายของคนใกล้ชิด เช่น คู่สมรส จะทำให้คนสูงอายุเริ่มจัดระเบียบชีวิตและการใช้เวลาที่เหลืออยู่ (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2530) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป และบุคคลในวงการแพทย์ใน 3 ช่วงอายุคือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเพื่อนำความรู้ในเชิงลึกมาประกอบการศึกษาข้างต้น ด้วย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ (Euthanasia)

ความหมายของ Euthanasia หรือ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

Euthanasia มาจากรากศัพท์ภาษากรีก สองคำคือ Eu มีความหมายว่า ดี (well หรือ good) และ Thanatos มีความหมายว่า การตาย (death) รวมความแล้วคือ good death หรือ การตายอย่างสงบ (Kieffer, 1979; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533; สิวลี ศิริไล, 2539)

Dorland's Medical Dictionary (1965 อ้างถึงใน นฤมล มารคแมน, 2528) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความตายที่ง่ายและปราศจากความเจ็บปวด เป็นความตายอันเมตตาที่ให้แก่คนที่ไม่สามารถทนทุกข์จากโรคที่รักษาไม่หาย

American Heritage Dictionary (1975 อ้างถึงใน Grassian, 1992) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการทำให้ผู้หนึ่งผู้ใดถึงแก่ความตายโดยปราศจากความเจ็บปวด จัดเป็นการทำให้ตายด้วยความเมตตา

Foot (1978 อ้างถึงใน นฤมล มารคแมน, 2528) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความตายที่สงบและง่าย โดยความตายที่หยาบคายนั้นต้องเป็นการแสดงความกรุณา รวมทั้งต้องเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ถูกกระทำ

White (1995) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการฆ่าด้วยความเมตตา (Mercy Killing) กล่าวคือ เป็นการฆ่าบุคคลที่กำลังประสบกับความเจ็บปวดอย่างมากหรือเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายเพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน

โดยสรุปแล้ว Euthanasia หรือการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย ได้สิ้นชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวด และรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับการให้ความหมายของ Foot (1978 อ้างถึงใน นฤมล มารคแมน, 2528) และ White (1995)

การแบ่งประเภทของ Euthanasia

Philippa Foot (1977 อ้างถึงใน White, 1995) ได้แบ่งประเภทของการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบไว้เป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1. Active Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาและมีอาการ

รุนแรงถึงขั้นสุดท้ายขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวด และพ้นจากความทุกข์ทรมาน

2. Passive Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องช่วยชีวิตให้ตายลงโดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง

3. Active Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่ญาติของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาได้ร้องขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวดและพ้นจากความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย และอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาวะไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma)

4. Passive Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องมือช่วยชีวิตให้ตายลง โดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือในบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย โดยได้รับความยินยอมจากญาติของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาวะไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma) (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; พินิจ รัตนกุล, 2538; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการตาย

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Freud

Freud (1920 อ้างถึงใน Hjelle & Ziegler, 1992; Hall & Lindzey, 1970) ได้อธิบายความต้องการที่จะตายของมนุษย์ไว้ดังนี้

แรงจูงใจของมนุษย์ขึ้นอยู่กับพลังงานจิต (Psychic Energy) ที่เกิดจากความต้องการของร่างกาย และพลังงานดังกล่าวจะได้รับการใช้ในกระบวนการทางจิตเพื่อลดความเครียด หรือความตื่นตัวที่เกิดจากความต้องการของร่างกาย ในแนวคิดของ Freud กระบวนการทางจิตดังกล่าวอยู่ในรูปของสัญชาตญาณ และสัญชาตญาณจะเป็นตัวก่อให้เกิดการทำการกิจกรรมต่างๆ

Freud ได้แบ่งสัญชาตญาณออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. สัญชาตญาณการมีชีวิตอยู่ (Life Instincts) หรือ Eros เป็นสัญชาตญาณแห่งการอยู่รอด และการดำรงเผ่าพันธุ์ โดยมีสัญชาตญาณทางเพศ (Sexual Instincts) ทำหน้าที่สำคัญในการจัดระบบพลังงานจิต และพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล

สัญชาตญาณทางเพศมีพลังงานชื่อ Libido ซึ่งหมายถึง ความต้องการ หรือความปรารถนา ทำหน้าที่เป็นแรงขับให้มนุษย์แสวงหาความพึงพอใจจากกิจกรรมด้านเพศ โดย Freud เชื่อว่าบริเวณที่เป็นแหล่งกำเนิดความพึงพอใจทางเพศ (Erogenous Zone) ที่สำคัญคือ ปาก ทวารหนัก และอวัยวะเพศ บุคคลจะได้รับความพึงพอใจทางปากโดยการกัด หรือ ดูด ได้รับความพึงพอใจทางทวารหนักโดยการขับถ่าย และได้รับความพึงพอใจทางอวัยวะเพศโดยการสำเร็จความใคร่

2. สัญชาตญาณความตาย (Death Instincts) หรือ Thanatos เป็นสัญชาตญาณที่ Freud ไม่ได้ระบุชื่อของพลังงานไว้ แต่มีความสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์เช่นเดียวกับสัญชาตญาณการมีชีวิตอยู่ กล่าวคือมันจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำลายล้าง ความก้าวร้าว ความทารุณโหดร้าย การฆ่าตัวตาย การฆาตกรรม และเป็นแรงขับให้มนุษย์แสวงหาความตาย โดย Freud ให้ความสำคัญต่อสัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่ และสัญชาตญาณของความตายในลักษณะเท่าเทียมกัน

Freud กล่าวว่าเป้าหมายสุดท้ายของทุกชีวิตคือความตาย และภายในจิตไว้สำนึกของมนุษย์มีความปรารถนาที่จะตาย แต่จากกฎของ Entropy ที่เน้นว่าระบบพลังงาน ทั้งหลายจะแสวงหาสภาวะแห่งความสมดุล (Equilibrium) เสมอ Freud จึงได้อธิบายกระบวนการทำงานของพฤติกรรมมนุษย์ว่าเกิดจากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่าง 2 ระบบพลังงานคือ

1. Cathexis ทำหน้าที่ในการใช้พลังงานจิตไปยังวัตถุเป้าหมายเพื่อให้สัญชาตญาณได้รับความพึงพอใจ

2. Anticathexis ทำหน้าที่ในการขัดขวางไม่ให้สัญชาตญาณได้รับความพึงพอใจ การทำงานร่วมกันของทั้งสองระบบพลังงานก่อให้เกิดกระบวนการซึ่งทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าแม้มนุษย์มีความต้องการที่จะตายอยู่ในจิตไร้สำนึก แต่ระบบพลังงานทั้งสองชนิดจะทำหน้าที่รักษาภาวะสมดุลระหว่างสัญชาตญาณแห่งความตาย และสัญชาตญาณการมีชีวิตอยู่เอาไว้ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเริ่มมีความต้องการอยากจะทำลายสัญชาตญาณของการมีชีวิตอยู่จะเข้ามาบีบบังคับทำให้เกิดภาวะสมดุลขึ้น ดังนั้นการที่บุคคลเรียกร้องที่จะขอตาย (Voluntary Euthanasia) จึงแสดงให้เห็นถึงการขาดภาวะสมดุลใน สัญชาตญาณทั้ง 2 ชนิด

ทฤษฎีของ Durkheim

Durkheim (1952 อ้างถึงใน ศรี เกศมณี, 2517) ได้ศึกษาสาเหตุของคนที่ต้องการทำลายชีวิตตนเอง และอธิบายเหตุผลของบุคคลที่ต้องการจะตายว่ามีสาเหตุมาจากสภาพแวดล้อม และธรรมชาติภายในร่างกายของแต่ละบุคคล ได้แก่ โครงสร้างทางชีวภาพ (Biological) และกายภาพ (Physical) ซึ่งสาเหตุทั้งสองประการนี้ก่อให้เกิดอารมณ์ นิสัยใจคอ และการทำงานของระบบประสาทที่แตกต่างกัน ความสามารถในการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมจึงขึ้นอยู่กับธรรมชาติภายในของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อมของกลุ่มสังคมที่ก่อให้เกิดความโน้มเอียงในการกระทำ ดังนั้นสาเหตุที่บุคคลต้องการทำลายชีวิตตนเองจึงแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะดังนี้

1. Egoistic เป็นลักษณะของการทำลายชีวิตของตนเองโดยนึกถึงตนเองมากกว่า ผู้อื่น ได้แก่ การที่บุคคลต้องการทำลายชีวิตตนเองเมื่อมีปัญหา หรือไม่สามารถจะไปให้ถึงจุดมุ่งหมายของตนได้

2. Altruistic หรือการเสียสละชีวิตเพื่อส่วนรวม เป็นลักษณะการทำลายชีวิตเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นไม่ใช่เพื่อตนเอง พลังงานที่ใช้ทำลายตนเองนั้นมีความรุนแรง มีเหตุผลและความตั้งใจจริง ดังนั้นการกระทำจึงเป็นไปโดยจิตสำนึกของตนเพื่อหน้าที่การงาน และวินัย

3. Anomic หรือการทำลายตนเองเมื่อเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างรุนแรง อันเนื่องมาจากการที่ค่านิยมทางสังคมของบุคคลผู้นั้นไม่สามารถไปกันได้กับสภาวะวิกฤตที่เป็นอยู่ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพของตน เช่น คนที่ประสบความหายนะต้องตกอยู่ในสภาพต่ำต้อยลงกว่าเดิม เมื่อทนสภาพชีวิตใหม่ไม่ได้ก็เกิดความหมดหวัง ชีวิตไม่มีความหมายจึงละทิ้งชีวิตไปเสีย

จะเห็นได้ว่าบุคคลที่ต้องการทำลายชีวิตของตนเองเพราะต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ (Voluntary Euthanasia) จัดอยู่ในกลุ่ม Anomic ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ต้องตกอยู่ในสภาพของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะมีความรู้สึกท้อแท้ชีวิตของตนเองไร้คุณค่า ไม่สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งไม่สามารถยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นจนกลายเป็นความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของ Freud (1920 อ้างถึงใน Hjelle & Ziegler, 1992; Hall & Lindzey, 1970) ที่กล่าวถึงสภาวะการไร้สมดุลง อันส่งผลให้บุคคลมีความปรารถนาที่จะตาย

พัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาขั้นสุดท้ายของ Erikson

ความสุขสมบูรณ์ทางจิต ต่อสู้กับ ความสิ้นหวังในชีวิต (Ego Integrity V.S. Despair)

Erikson (1963 อ้างถึงใน Hjelle & Ziegler, 1992) กล่าวว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (อายุ 65 ปีขึ้นไป) เป็นช่วงที่บุคคลต้องการการปรับตัวอย่างมากในหลายๆ ด้าน เช่น ความแข็งแรงของร่างกาย สุขภาพ การเกษียณอายุซึ่งรวมถึงการมีรายได้ลดลง การตายของคู่สมรส และเพื่อนสนิท รวมทั้งการปรับตัวต่อความสัมพันธ์กับกลุ่มคนในระดับอายุเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นช่วงที่บุคคลมีความขัดแย้งระหว่างความรู้สึกสุขสมบูรณ์ทางจิต กับ ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิต เนื่องจากระยะนี้เป็นช่วงเวลาแห่งการสรุปและประเมินผลขั้นตอนของพัฒนาการทั้งหมดที่ผ่านมาของบุคคล ซึ่งบุคคลในวัยนี้จะหันเหความสนใจจากอนาคตไปสู่ชีวิตในอดีต โดยการย้อนกลับไปมองความสำเร็จ และความล้มเหลวที่ผ่านมาของตนเอง

ความสุขสมบูรณ์ทางจิต (Ego Integrity) จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายสามารถมองชีวิตในอดีตที่ผ่านมาในด้านต่างๆ เช่น การแต่งงาน การมีลูกหลาน การประกอบอาชีพ ความสำเร็จในชีวิต การมีงานอดิเรก และความสัมพันธ์ทางสังคม แล้วเกิดความพึงพอใจ เนื่องจากได้มองเห็นว่าตนเองประสบความสำเร็จในชีวิตเป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีบุตรหลานที่คอยสืบทอดเจตนารมณ์ต่อไป ส่งผลให้บุคคลไม่เกรงกลัวความตาย Erikson เชื่อว่าคนในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเท่านั้นจะมีความสุขสมบูรณ์ทางจิตภาวะอย่างแท้จริง รวมทั้งมี Wisdom อันทำให้บุคคลสามารถเผชิญหน้ากับความตายได้อย่างกล้าหาญ

ส่วนอีกด้านหนึ่งหากบุคคลมองดูชีวิตของตนเอง แล้วพบว่าไม่เคยประสบความสำเร็จในชีวิต รวมทั้งมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังกว่าที่จะเริ่มต้นชีวิตใหม่ได้อีกครั้งหนึ่ง ส่งผลให้บุคคลขาดความสุขสมบูรณ์ทางจิต ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของการกลัวความตาย การมีความรู้สึกล้มเหลว ซึมเศร้า และเกิดความเสียใจว่าชีวิตกำลังจะสิ้นสุดลง สำหรับบุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ขาดความสุขสมบูรณ์ทางจิตอย่างมาก ความขมขื่น เศร้าเสียใจจะทำให้สภาพร่างกาย และจิตใจของบุคคลทรุดโทรมอย่างรวดเร็ว มีความหวาดระแวง รวมทั้งกลัวการถูกทอดทิ้ง ซึ่งความรู้สึก

ต่างๆ เหล่านี้จะนำไปสู่การกลัวความตายในที่สุด (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2530; Hjelle & Ziegler, 1992)

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการทางสังคมจิตวิทยาในขั้นสุดท้ายของ Erikson และ การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ พบว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายที่ประสบกับความทุกข์สมบูรณ์ในชีวิตจะเป็นผู้ไม่กลัวความตาย สามารถเผชิญกับมันได้อย่างกล้าหาญ รวมทั้งสามารถยอมรับสภาพดังกล่าวได้มากกว่าคนที่ประสบกับความท้อแท้สิ้นหวัง

ขั้นตอนการตายของ Kübler - Ross

Elisabeth Kübler - Ross (1969, 1970, 1975 อ้างถึงใน Papalia & Olds, 1995) ได้อธิบายขั้นตอนของความตาย และความรู้สึกของบุคคลที่กำลังประสบกับความสูญเสียตามลำดับขั้นดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การปฏิเสธความจริง และการแยกตน (Denial and Isolation) เป็นปฏิกิริยาแรกที่ผู้ป่วยแสดงออก โดยมีอาการตกใจอย่างสุดขีด และมีความรู้สึกว่าจะต้องมีความเข้าใจผิดเกิดขึ้น หลักฐานของความรู้สึกจะมาจากคำพูดของผู้ป่วยที่มักจะกล่าวว่า “ต้องไม่ใช่ฉัน” หรือ “ไม่เป็นความจริง” นอกจากนั้นบุคคลยังหวังว่าผลการวินิจฉัยโรคจะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2. ความโกรธ และความเศร้าเสียใจ (Anger and Resentment) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเศร้าเสียใจ โกรธ และอิจฉาผู้ที่มีสุขภาพดีกว่าตน การตายในขั้นตอนนี้จะได้รับการมองว่าเป็นความคับข้องใจเนื่องจากวิถีชีวิตจะต้องชะงักงัน สิ่งที่จะพบได้จากคำพูดของผู้ป่วยคือ “ทำไมต้องเป็นฉัน”

ขั้นตอนที่ 3. การต่อรอง (Bargaining) ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะพยายามหาทางออกด้วยวิธีการที่ไม่สมเหตุผล โดยการพยายามต่อรองกับพระเจ้าและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในลักษณะต่างๆ เช่น ถ้าตนเองหายป่วยจะกลับตัวเป็นคนดี จะบริจาคทรัพย์สินเพื่อทะนุบำรุงศาสนา จะอุทิศร่างกายเพื่อการศึกษาทางการแพทย์ หากแพทย์ให้การดูแลรักษา และเพิ่มความเอาใจใส่มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4. ความซึมเศร้า (Depression) ความโศกเศร้าจะเป็นขั้นตอนต่อมาเนื่องจากผู้ป่วยตระหนักดีว่าตนเองกำลังจะสูญเสีย Kübler - Ross มีความเชื่อว่าหากผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้แสดงความโศกเศร้าของตนออกมาได้อย่างเต็มที่หรือสามารถสื่อสารความโศกเศร้ากับผู้อื่น บุคคลจะสามารถยอมรับความตาย และพัฒนาเป็นความสงบได้

ขั้นตอนที่ 5. การยอมรับ (Acceptance) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะไม่เศร้าเสียใจหรือโกรธแค้นอีกต่อไป แต่จะมองทุกสิ่งทุกอย่างรอบตัวอย่างสงบ ไม่มีลักษณะสิ้นหวัง ยอมรับวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ

เมื่อพิจารณาถึงขั้นตอนของความตายดังกล่าวแล้วจะเห็นได้ว่าแม้ผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาความคิด ความรู้สึกจนไปสู่ขั้นตอนในการยอมรับความตายได้ก็ตาม แต่แท้ที่จริงแล้วผู้ป่วยไม่มีความปรารถนาที่จะตาย ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยยังคงมีความหวังอย่างเจียมๆ ว่าจะมีปาฏิหาริย์เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น มีการฟื้นตัวอย่างกะทันหัน หรือค้นพบความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค เพื่อให้ตนเองไม่ต้องตาย (ศิริวงศ์ ทับสายทอง, 2530; Papalia & Olds, 1995)

การที่ผู้ป่วยแสดงเจตจำนงที่จะตายจึงแสดงให้เห็นว่า สภาวะการเจ็บป่วยที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่นั้นมีความหนักหนาสาหัสจนบุคคลไม่สามารถทนที่จะมีชีวิตอยู่ได้ต่อไปอีกแล้ว บุคคลจึงเลือกที่จะตายแทนการมีชีวิตอยู่ซึ่งเป็นการขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์

แนวคิดเกี่ยวกับการตายที่เหมาะสม

Weisman (1972 อ้างถึงใน ศิริวงศ์ ทับสายทอง, 2530) ได้กล่าวถึงการตายที่เหมาะสมว่าเป็นการตายที่มีความสง่างาม (Dignity) สามารถทำให้ความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยได้รับการตอบสนองอย่างสูง และวิธีการที่จะดำรงความสง่างามอยู่ได้จะประกอบไปด้วย

1. การบอกกล่าวให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงสภาวะความเจ็บป่วยของตนเอง
2. การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่มีผลต่อความเจ็บป่วยของตนเอง
3. การอนุญาตให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาแทนการได้รับการปฏิบัติอย่างไร้ความสง่างาม เช่น การให้อาหารทางลำไส้ หรือการเป็นหนูทดลองยา
4. การตอบสนองต่อความต้องการความรัก และความพึงพอใจของผู้ป่วย

แนวคิดดังกล่าวของ Weisman สอดคล้องกับแนวคิดของ Dame Cecily Saunders (1976 อ้างถึงใน ศิริวงศ์ ทับสายทอง, 2530) ที่กล่าวว่าเมื่อผู้ป่วยปราศจากความเจ็บปวด มีความเป็นอิสระแก่ตน มีความสงบในจิตใจ ผู้ป่วยก็จะสามารถยอมรับความตายอย่างสงบได้ รวมทั้งปราศจากความกังวล และความขี้มึนเศร้า และเมื่ออยู่ในสภาวะดังกล่าวผู้ป่วยจะไม่มี ความปรารถนาที่จะจบชีวิตของตนก่อนกำหนดของธรรมชาติ สภาพแวดล้อมเช่นนี้มีความหมายตรงกับคำว่า “การตายอย่างเหมาะสม” ซึ่งจะมีลักษณะดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องปราศจากความเจ็บปวด
2. ปัญหาทางด้านอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยจะต้องอยู่ในระดับต่ำที่สุด
3. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการสนับสนุนให้มีพฤติกรรมที่แสดงถึง ความสามารถตามอัตภาพ รวมทั้งสามารถทำกิจกรรมที่ตนต้องการจะทำได้
4. ผู้ป่วยจะต้องได้รับโอกาสให้สามารถแก้ไขความขัดแย้งในใจ และทำให้ความต้องการที่สัมพันธ์กับความเป็นจริงประสบความสำเร็จ

5. ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้มีสัมพันธภาพที่ดี และสามารถควบคุมตนเองได้

ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดหลักของการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในประเด็นที่ให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล และการกำหนดการมีชีวิตอยู่หรือการตายของตนเองได้ เพื่อให้การตายของบุคคลเป็นไปอย่างเหมาะสม และสง่างาม

เนื่องจากการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน จึงต้องคำนึงถึงแง่มุมในด้านต่างๆ เช่น กฎหมาย และศาสนาประกอบด้ว้ดงนี้

แนวคิดด้านกฎหมายต่อการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ได้มีการพิจารณาแนวคิดนี้เป็น 2 ส่วนดังนี้

1. การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ หรือ Active Euthanasia เป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงอันมีผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และเป็นการเร่งความตายของผู้ป่วย เช่น การฉีดยาเกินขนาด หรือฉีดยาพิษทำให้ผู้ป่วยตาย เมื่อพิจารณาในแนวคิดนี้พบว่าแพทย์ไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้ ถึงแม้จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก็ตาม ทั้งนี้เพราะความยินยอมของผู้ถูกฆ่าไม่เป็นเหตุให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย และแม้ความยินยอมของผู้ป่วยจะสามารถอ้างเป็นข้อยกเว้นความรับผิดชอบทางอาญาได้ แต่การกระทำของแพทย์ก็จัดเป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา แม้ว่าแพทย์จะได้กระทำลงไปด้วยความเมตตาสงสาร ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยต้องได้รับความเจ็บปวดอีกต่อไปก็ตาม (คณิต ฦ นคร, 2535 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529)

เมื่อพิจารณาถึงความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในกรณีของการให้ยาแก่ผู้ป่วยทำให้มีแนวคิดด้านกฎหมายที่แตกต่างกัน 2 ทางคือ

1.1 แพทย์จะไม่มีผิด หากมีเหตุผลทางการแพทย์ที่อธิบายได้ว่าสมควรต้องให้ยาระงับปวดและแพทย์มีเจตนาเพียงเพื่อต้องการระงับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ถึงแม้จะรู้ว่ายาดังกล่าวจะมีผลให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้นก็ตาม ในทางการแพทย์และสังคมต่างยอมรับให้แพทย์มีอำนาจในการกระทำดังกล่าวได้ การกระทำของแพทย์ไม่มีเจตนาที่จะฆ่าผู้ป่วย แพทย์จึงไม่มี ความผิดฐานเจตนาฆ่าผู้อื่น (สุวรรณ ศาสตราวหา และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529)

1.2 แพทย์จะมีความผิด หากแพทย์ฉีดยาให้แกผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยตาย การให้ยาในปริมาณที่มากเกินไปและแพทย์ทราบดีว่าผลของการกระทำดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยตายได้ แพทย์จึงมีความผิดฐานเจตนาฆ่าผู้อื่น และด้วยเหตุที่ว่ากรณีที่แพทย์ให้ยาเกินขนาดแกผู้ป่วยที่ทรมาณมากๆ เพื่อจะได้พ้นทุกข์ ความยินยอมในลักษณะดังกล่าวนี้ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดี

และไม่เป็นเหตุให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย ดังนั้นแพทย์จึงไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้ (Anderson & Caddell, 1993; คณิต ฅ นคร, 2535; สุวงศ์ ศาสตราวหา และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529)

2. การปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ หรือ Passive Euthanasia เป็นการที่แพทย์ไม่สั่งการรักษา หรือยกเลิกการรักษาที่จะช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาออกไป แต่ยังคงให้การดูแลรักษาในลักษณะที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน รวมทั้งยังให้การดูแลรักษาที่พึงให้ตามปกติในผู้ป่วยใกล้ตายเพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ

เมื่อพิจารณาถึงความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนาในกรณีของการยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้เกิดแนวคิดด้านกฎหมายที่แตกต่างกัน 2 ทางดังนี้

2.1 แพทย์จะไม่มีผิด หากแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าเครื่องช่วยหายใจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา และไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยฟื้นกลับสู่สภาวะปกติได้ อีกทั้งเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วยหรือญาติที่จะให้แพทย์ยกเลิกการรักษาเท่ากับผู้ป่วยได้ปฏิเสธการรักษา ถือได้ว่าหน้าที่ของแพทย์สิ้นสุดลง และแพทย์สามารถดำเนินการตามเจตนารมณ์ดังกล่าวได้ นอกจากนี้การยุติการใช้เครื่องมือไม่ต้องไม่มีผลทำให้ผู้ป่วยตายโดยทันที ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกระยะหนึ่งเมื่อร่างกายไม่ได้รับออกซิเจน หัวใจจะหยุดเต้นในเวลาต่อมา การยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจจึงเสมือนเป็นการเลิกให้การรักษา (Anderson & Caddell, 1993; คณิต ฅ นคร, 2535; สุวงศ์ ศาสตราวหา และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

2.2 แพทย์จะมีความผิด ในกรณีที่แพทย์มีหน้าที่แล้วไม่ทำ ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวของแพทย์จะต้องเป็นหน้าที่ตามกฎหมายที่เกิดจากการรับผู้ป่วยไว้เป็นคนไข้ของตน มิใช่หน้าที่ทางด้านจริยธรรม และหากการยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลทำให้ผู้ป่วยตายโดยทันที การกระทำของแพทย์จึงถือเป็นการงดเว้นและเป็นการทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายโดยเจตนา (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529)

ในการพิจารณาความผิดอันเกิดจากการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในแง่ของกฎหมายสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กรณีคือ การทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ สำหรับกรณีแรกแพทย์ไม่สามารถจะกระทำได้แม้ว่าจะอ้างความยินยอมของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก็ตาม เนื่องจากการฉีดยาพิษหรือการให้ยาเกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตถือว่าเป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา

ส่วนในกรณีที่ 2 แพทย์สามารถจะกระทำตามเจตนาของผู้ป่วยได้โดยไม่มีความผิด ทั้งนี้เพราะการกระทำดังกล่าวเป็นการยุติการบำบัดรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวผู้ป่วย จึงไม่ถือว่าเป็นการกระทำที่ผู้ป่วยตายโดยเจตนา

แนวคิดทางศาสนาเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ศาสนาต่างๆ มีแนวคิดเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แตกต่างกันดังนี้

ศาสนาคริสต์

ศาสนาคริสต์นิกายคริสเตียนออร์ทอดอกซ์ (Orthodox-Christian) กล่าวว่า แพทย์ผู้ให้ยาเกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วยตายถือว่ามี ความผิดและเป็นการทำบาป ในขณะที่แพทย์อีกคนผู้ให้ยาในปริมาณที่เท่ากันในสถานการณ์เดียวกันแต่มีเจตนาเพื่อที่จะระงับความเจ็บปวด แม้เป็นผลทำให้คนผู้ป่วยตายเช่นกันก็ไม่ถือว่ามี ความผิดหรือเป็นบาป เนื่องจากเป็นการกระทำที่แสดงถึงความเมตตา กรุณาต่อผู้ป่วย (Rachels, 1986 อ้างถึงใน Anderson & Caddell, 1993; Williams, 1958 อ้างถึงใน ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, 2529)

สันตะปาปา Pius ที่ 12 (1977 อ้างถึงใน ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, 2529) กล่าวว่า กรณีที่แพทย์ให้ยาแก่ผู้ป่วย และเกิดผลขึ้นสองกรณีคือ การบรรเทาความเจ็บปวด และการทำให้ชีวิตต้องสั้นลง การกระทำดังกล่าวถือว่าเป็นการถูกต้อง และหากผู้ป่วยได้รับการชะลอความตายด้วยเครื่องช่วยหายใจมาเป็นเวลานานโดยอาการไม่ดีขึ้นเลย เมื่อได้รับการร้องขอจากครอบครัวของผู้ป่วยให้ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจแล้ว นักบวชในศาสนาคริสต์เชื่อว่าแพทย์ย่อมมีสิทธิ์ที่จะถอดเครื่องช่วยหายใจภายหลังจากที่ได้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาครั้งสุดท้ายแล้ว (Anderson & Caddell, 1993; สิวลี ศิริไล, 2523 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

สรุปได้ว่าศาสนาคริสต์เป็นศาสนาที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทั้งในกรณีของ Active Euthanasia และ Passive Euthanasia โดยถือว่าเป็นการกระทำที่เกิดจากเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ศาสนาอิสลาม

ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่ยอมรับในการมีอยู่ของพระเจ้า (อัลลอฮ์) เช่นเดียวกับศาสนาคริสต์ และเชื่อว่าชีวิตเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานให้ ชีวิตมีค่าสูงสุด ดังนั้นการฆ่าหรือทำลายชีวิตมนุษย์ผู้บริสุทธิ์จึงเป็นความผิด และเป็นบาป (สิวลี ศิริไล, 2539)

นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังมีความเชื่อว่ามนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธปรากฏการณ์ใดๆ ที่เกิดขึ้นแก่ตนได้ เว้นไว้แต่อัลลอฮ์จะทรงให้เป็นไป เมื่อมนุษย์คนใดเจ็บป่วย แพทย์ก็คือผู้ที่ จะพยายามให้ความช่วยเหลือตามความรู้ความสามารถของตนอย่างเต็มที่ แต่การจะบรรเทาจากอาการป่วย หายขาด หรือหมดหวังย่อมเป็นสิ่งที่อยู่ในอำนาจของอัลลอฮ์ ในอัล-หะดีษของอิมาม Bukhari กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่าเมื่อใดที่ท่านศาสดาไปเยี่ยมผู้ป่วยอาหรับที่อยู่ในทะเลทราย ท่านมักกล่าวว่า ไม่มีอันตรายใดๆ เกิดขึ้นแก่ผู้บริสุทธิ์ถ้าพระเจ้าผู้ทรงอนุภาพ (อัลลอฮ์) ทรงประสงค์ และหากผู้ป่วยคนใดมีอาการหนักใกล้จะถึงความตาย ท่านศาสดาก็จะกล่าวว่า จงปล่อยให้เป็นไป (สิวลี ศิริไล, 2523 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540) เนื่องจากศาสนาอิสลามถือว่า ความตายคือจุดหมายปลายทางของการเดินทางไปสู่ชีวิตใหม่ที่เป็นนิรันดร์ ความตายเป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์มีความสมบูรณ์ ด้วยเหตุนี้เมื่อวาระของความตายมาถึงอย่างแน่ชัด การพยายามเหนี่ยวรั้งหรือปฏิเสธความตายเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ นอกจากนี้จะไม่เกิดประโยชน์แล้วยังเป็นการเสียเวลา ไร้เหตุผล และยังเป็นการยืดเวลาของความทุกข์ทรมานต่อไป (สิวลี ศิริไล, 2539)

สรุปได้ว่าศาสนาอิสลามไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Euthanasia โดยถือว่ามีความผิดและเป็นบาปเนื่องจากเชื่อว่าเป็นการกระทำที่จงใจทำลายชีวิตมนุษย์

แต่สำหรับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในกรณีของ Passive Euthanasia ศาสนาอิสลามถือว่าไม่ผิด ทั้งนี้เพราะมีความเชื่อว่าการอดทิ้งให้ผู้ป่วยที่ควรจะได้มีชีวิตให้ดำรงชีวิตอยู่ทั้งๆ ที่มีความทุกข์ทรมานเป็นสิ่งไม่ควรกระทำ ควรปล่อยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดำเนินไปตามธรรมชาติและไปสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นนิรันดร์อย่างมีความสุข

ศาสนาพุทธ

พุทธศาสนามองความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่มนุษย์ทุกคนจะต้องประสบ ในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังในการรักษา การชะลอความตายถือได้ว่าเป็นเจตนาที่มีเมตตาอย่างหนึ่ง และหากการชะลอความตายดังกล่าวไม่ก่อให้เกิดประโยชน์อีกทั้งยังทำให้ผู้ป่วยและญาติทุกข์ทรมานแล้ว การปล่อยให้ผู้ป่วยได้จบชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติน่าจะถือได้ว่าเป็นเจตนาดี ดังนั้นแพทย์และญาติผู้ป่วยจะต้องถามตนเองว่าชะลอความตายเพื่ออะไร หากมีเป้าหมายสนองผลประโยชน์ของคนที่มีชีวิตอยู่หรือเพื่อความสมบูรณ์ของความรู้จากการวิจัยทางการแพทย์แล้ว

การ กระทำดังกล่าวย่อมไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เพราะคุณค่าของความเป็นมนุษย์มีค่าอยู่ในตัวเองจะนำไปใช้ในวิถีทางแห่งการทดลองอย่างหนึ่งอย่างใดไม่ได้

การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Euthanasia ไม่เป็นที่ยอมรับในพุทธศาสนา เนื่องจากเป็นการกระทำที่มุ่งทำลายชีวิตตนเองโดยเจตนา ผิดต่อหลักคำสอนของศาสนา (สิวลี ศิริไล, 2523 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

ส่วนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบชนิด Passive Euthanasia ไม่ขัดกับหลักศาสนาพุทธ เนื่องจากศาสนาพุทธคำนึงถึงเจตนาเป็นสำคัญเช่นเดียวกับศาสนาคริสต์ และ อิสลาม ดังนั้นการยุติการชะลอความตายอันไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นการแสดงเจตนาที่ดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน และช่วยให้การตายของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีศักดิ์ศรีอีกด้วย (สิวลี ศิริไล, 2523 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540; สิวลี ศิริไล, 2539)

ข้อสนับสนุนและโต้แย้งเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ปัญหาเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นเรื่องที่มีการถกเถียง วิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวางมาเป็นเวลานานระหว่างฝ่ายที่เห็นด้วย กับฝ่ายที่ไม่เห็นด้วย ซึ่งเหตุผลในการโต้แย้งและสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ความคิดเห็นของฝ่ายสนับสนุนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 ในกรณีเห็นด้วยกับ Passive Euthanasia

1.1.1 หากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติที่จะให้แพทย์ยุติการรักษา และแพทย์ได้พิจารณาแล้วว่าการช่วยยืดชีวิตด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา แพทย์สามารถจะกระทำตามความต้องการของผู้ป่วย หรือญาติได้โดยไม่มีความผิด (Anderson & Caddell, 1993; คณิต ญ นคร, 2535; สุวงศ์ ศาสตราวาท และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; วิชญ์ อึ้งประพันธ์, 2533)

1.1.2 จริยธรรมวิชาชีพกำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องช่วยผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมาน ดังนั้นความปรารถนาจะให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาพ้นทุกข์จึงเป็นคุณค่าทางจริยธรรม (พินิจ รัตนกุล, 2538)

1.1.3 การยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาอย่างถึงที่สุดนั้นมีผลกระทบต่อสังคมมาก เป็นการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์อย่างสิ้นเปลืองและไม่เกิดประโยชน์ เพราะผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาไม่สามารถสร้างผลผลิตใดๆ ให้แก่สังคมได้อีก ดังนั้นจึงเสนอว่าควรจะนำ

ทรัพยากรดังกล่าวไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชนโดยส่วนรวม ด้วยการนำไปช่วยชีวิตผู้ป่วยอื่นที่ยังมีหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า (พินิจ รัตนกุล, 2538)

1.2 ในกรณีเห็นด้วยกับ *Active Euthanasia* และ *Passive Euthanasia*

1.2.1 ตามหลักศาสนาถือว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นการแสดงถึงเจตนาที่ต้องการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ (Rachels, 1986 อ้างถึงใน Anderson & Caddell, 1993; Williams, 1958 อ้างถึงใน ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; ลิวลี ศิริไล, 2523 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540) อีกทั้งยังเชื่อว่ามนุษย์ไม่ควรเหนียวรั้งหรือปฏิเสธความตายเพราะเป็นการเสียเวลา ไม่เกิดประโยชน์ และยืดเวลาของความทุกข์ทรมานต่อไป (ลิวลี ศิริไล, 2539)

1.2.2 สิทธิเสรีภาพที่มนุษย์ทุกคนมีอยู่ไม่อาจถูกริดรอน หรือทำลายไปได้เมื่อเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนควรมีสติธิ์เลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเองได้ก็ควรให้ญาติผู้ป่วยทำหน้าที่แทน (ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; พินิจ รัตนกุล, 2538; วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

1.2.3 มนุษย์ไม่ควรจะอยู่โดยปราศจากคุณภาพชีวิต และเชื่อว่าการที่บุคคลสามารถเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้เป็นการมีชีวิตที่มีคุณภาพ แต่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้จึงถือว่า ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ (Forde, Aasland & Falkum, 1997; พินิจ รัตนกุล, 2538; วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

1.2.4 ผู้ป่วยและญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างมากในการยืดชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากการกระทำดังกล่าวจะต้องใช้ทรัพยากรมากกว่าการรักษาพยาบาลทั่วไปหลายเท่า ดังนั้นการที่ผู้ป่วยหรือญาติตัดสินใจให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบจึงเป็นการดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ (Cohen และคณะ, 1994 อ้างถึงใน Forde, Aasland & Falkum, 1997; ประสาน ต่างใจ และธนพรรณ สิทธิสุนทร, 2539; พินิจ รัตนกุล, 2538; สันต์ หัตถ์รัตน์, 2542)

1.2.5 การประวิงการตายของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาให้ยาวนานออกไป ย่อมทำให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและญาติมากขึ้น และนานขึ้นทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับความเจ็บปวดทรมานจากวิธีการยืดชีวิต และจากโรคที่เป็นอยู่โดยตรง ส่วนญาติจะต้องประสบความทุกข์ทรมานเมื่อเห็นความเจ็บปวดของคนที่คุณรัก (สันต์ หัตถ์รัตน์, 2542)

2. ความคิดเห็นของฝ่ายได้แย่งการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

2.1 ในกรณีไม่เห็นด้วยกับ Active Euthanasia

2.1.1 แพทย์ไม่มีอำนาจในการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แม้จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยก็ตาม เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา (Anderson & Caddell, 1993; คณิต ฅ นคร, 2535; สุวงศ์ ศาสตรวาทา และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540; ประพัฒน์ พงศ์ สุคนธ์, 2529)

2.1.2 ชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุดเพราะชีวิตมนุษย์เป็นของพระเจ้าและเป็นสิ่งที่พระเจ้าประทานมาให้ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยร้องขอให้ผู้อื่นทำลายชีวิตตน หรือการยอมทำลายชีวิตผู้ป่วยตามคำร้องขอจึงเป็นสิ่งที่ผิดจริยธรรม และเป็นบาป เพราะมีผลทำให้ผู้ป่วยตายเช่นเดียวกัน (สิวลี ศิริไล, 2539)

2.1.3 การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นสิ่งที่กระทำไม่ได้ เพราะขัดต่อจรรยาบรรณของแพทย์ที่ถือว่าการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุดเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ (Anderson & Caddell, 1993; พินิจ รัตนกุล, 2538)

2.2 ในกรณีไม่เห็นด้วยกับ Active Euthanasia และ Passive Euthanasia

2.2.1 การอ้างสิทธิมนุษยชนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ อาจมีผลกระทบต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาเชิงจริยธรรมอย่างกว้างขวางตามมา เช่น บุตรของผู้ป่วยที่ปรารถนาจะตาย อาจได้รับผลกระทบต่อสวัสดิภาพถ้าผู้ป่วยต้องตายไป กล่าวคือเด็กจะขาดการสนับสนุนทั้งด้านการเงิน และด้านจิตใจ นอกจากนี้หากบิดาหรือมารดาที่เหลืออยู่ของเด็กเสียชีวิตอีกคน เด็กจะต้องเป็นกำพร้าทั้งบิดามารดา และตกเป็นภาระของสังคมต่อไป (พินิจ รัตนกุล, 2538; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

2.2.2 ความตาย หมายถึงการแตกดับของขั้น 5 แต่สำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาถือว่าขั้น 5 ยังไม่แตกดับ เนื่องจากอวัยวะบางส่วนยังทำงาน และผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ ดังนั้นจึงสมควรได้รับการดูแลรักษาเช่นเดียวกับผู้ป่วยคนอื่นๆ (พินิจ รัตนกุล, 2538)

2.2.3 ในอนาคตอาจมีผู้คิดค้นยาหรือวิธีการรักษาโรคของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาได้ ดังนั้นจึงควรพยายามยืดชีวิตของผู้ป่วยต่อไปให้ยาวนานที่สุด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

2.2.4 การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบต่อญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้ (นฤมล มารคแมน, 2528; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

นฤมล มารคแมน (2528) ได้ทำการศึกษาวิจัยปัญหาจริยธรรมที่เกิดจากการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยการรวบรวมข้อมูลจากกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบว่าการกระทำดังกล่าวมีสาเหตุมาจากความเมตตาากรุณา มีความชอบธรรม และส่งผลดีต่อผู้ป่วยจริงหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่ได้รับความชอบธรรม และผลดีอย่างแท้จริงจากการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ ไม่ใช่ผู้ป่วย หากแต่เป็นญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังไม่สามารถกล่าวได้ว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมีสาเหตุมาจากความเมตตาากรุณา เนื่องจากเหตุผลดังกล่าวมีลักษณะเป็นนามธรรมไม่สามารถพิสูจน์ได้

ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ (2529) ได้ศึกษาแนวทางในการออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองแพทย์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยการรวบรวมข้อมูลด้านนิติศาสตร์จากในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงตัวอย่างการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว จากการศึกษาได้ข้อสรุปว่าหน่วยงานด้านกฎหมายของประเทศไทยควรออกกฎหมายมารองรับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยการให้สิทธิแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับมอบอำนาจ ในการร้องขอหรือยินยอมให้แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยไม่ถือว่าแพทย์ผู้กระทำมีความผิด หากมีการพิจารณาแล้วว่าการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ ผู้ป่วย ญาติ แพทย์ และสังคมโดยรวม

วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร (2540) ได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาแนวคิดด้านกฎหมายและการยอมรับของนักกฎหมายต่อการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักกฎหมายจำนวน 242 คน ประกอบไปด้วยผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความ และอาจารย์นิติศาสตร์ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ผลการสำรวจพบว่าในกรณี que ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว และญาติผู้ป่วยได้ขอให้แพทย์ยุติการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงหลังยุติการให้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 2 ชั่วโมง นักกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดที่แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา ส่วนในกรณีที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว และได้ขอให้แพทย์ยุติการให้อาหารทางสายยาง หรือยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งต่อมาผู้ป่วยเสียชีวิตลงหลังยุติการให้เครื่องช่วยหายใจ 5 นาที นักกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดที่แพทย์มีความผิดฐานฆ่าผู้อื่นโดยเจตนา

ส่วนการศึกษาการยอมรับของนักกฎหมายต่อการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ พบว่า หากสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติของผู้ป่วย นักกฎหมายส่วนใหญ่ยอมรับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเฉพาะในกรณีที่ญาติผู้ป่วยไม่ให้แพทย์ผ่าตัดผู้ป่วย เนื่องจากหากผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะต้องมีชีวิตอยู่โดยปราศจากคุณภาพชีวิต

หากสมมติให้ผู้ตอบเป็นผู้ป่วย นักกฎหมายส่วนใหญ่ยอมรับได้ในกรณีต่อไปนี้ ไม่ให้แพทย์เจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ ให้แพทย์ยุติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้แพทย์ให้อาหารทางสายยาง ไม่ให้แพทย์รักษาโรคแทรกซ้อน และให้แพทย์ยุติการรักษาแต่ยังคงให้ยาบรรเทาปวดในปริมาณที่สามารถบรรเทาความเจ็บปวดได้แม้ว่าอาจทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายได้ก็ตาม

นอกจากนี้ นักกฎหมายส่วนใหญ่ยังมีความคิดเห็นว่าควรให้คณะแพทย์หรือคณะกรรมการด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยร่วมเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา อีกทั้งควรให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และแพทย์ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยแพทย์ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องในทุกด้านเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจ แต่ไม่ควรที่จะทำให้ผู้ป่วยตายโดยตรงจากยาหรือวิธีอื่นใด ควรเปิดโอกาสให้มีการปล่อยผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบโดยถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งควรมีกฎเกณฑ์และองค์กรมารองรับในเรื่องการปล่อยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเพื่อความชัดเจนในการอ้างอิง และสามารถควบคุมดูแลให้เป็นบรรทัดฐานตรวจสอบได้ อีกทั้งควรจะยอมรับเจตนารมณ์ของผู้ป่วยในขณะที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีเหตุผลที่สังคมยอมรับได้ในการปฏิเสธการรักษา โดยไม่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อยืดชีวิตเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสิ้นหวัง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

งานวิจัยต่างประเทศ

Anderson และ Caddell (1993) ทำการศึกษานำร่องเกี่ยวกับทัศนคติของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาสุขภาพในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เพื่อสำรวจว่าอิทธิพลของศาสนา ประสบการณ์ก่อนหน้าเกี่ยวกับการยุติการดูแลรักษา และระยะเวลาในการปฏิบัติวิชาชีพมีผลกระทบต่อทัศนคติเหล่านี้หรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เชี่ยวชาญในวิทยาการด้านมะเร็ง (Oncology) จำนวน 63 คนประกอบด้วยพยาบาล เภสัชกร ผู้ที่ทำงานด้านบริการสังคม และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องซึ่งทำงานอยู่ในเมืองทางภาคตะวันตกกลางของสหรัฐอเมริกา

วิธีดำเนินการคือ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยภายในแบบสอบถามจะมีเรื่องราวของแพทย์ฝึกหัดที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นมะเร็งในรังไข่ตายโดยการฉีดยา

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มโปรเตสแตนต์มีแนวโน้มจะสนับสนุนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากกว่ากลุ่มคาทอลิก และผู้ที่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัดมีแนวโน้มที่จะไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยอ้างว่าขัดต่อหลักการทางวิชาชีพของแพทย์ ส่วนผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้โดยให้เหตุผลว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

นอกจากนี้ยังพบว่าความเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับจำนวนปีที่ทำงานอยู่ในวิชาชีพ กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในวิชาชีพมากขึ้นจะเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบลดลง

Caddell และ Newton (1995) ศึกษาความคิดเห็นของสาธารณชนเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และบทบาทของแพทย์ในการกระทำดังกล่าว โดยการสำรวจเกี่ยวกับการศึกษา การนับถือศาสนา การรับรู้ตนเองในด้านศาสนา และการรับรู้ตนเองในด้านการเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวอเมริกันจำนวน 8,384 คน เป็นเพศชาย 3,685 คน เพศหญิง 4,699 คน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจทางสังคมโดยทั่วไป (General Social Survey) ในปี 1977 1978 1982 1985 และ 1988 ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์วิจัยความคิดเห็นแห่งชาติ ผลการสำรวจพบว่าผู้ตอบที่มีการศึกษาสูง มีความคิดเปิดกว้างด้านการเมืองและมีการรับรู้ว่าตนเองเกี่ยวข้องกับศาสนาน้อย มีแนวโน้มที่จะยอมรับการช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายด้วยการใช้ยา

Forde, Aasland และ Falkum (1997) ทำการสำรวจทัศนคติ และประสบการณ์ของแพทย์ชาวนอร์เวย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบด้วยการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ชาวนอร์เวย์จำนวน 980 คน โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังแพทย์ในสาขาต่างๆ

ผลการสำรวจพบว่าแพทย์ชาวนอร์เวย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แพทย์ผู้ชำนาญในด้านอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และจิตเวชศาสตร์ ไม่เห็นด้วยในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากกว่าแพทย์ในสาขาอื่นๆ

แพทย์ร้อยละ 17 ตอบว่าแพทย์ควรมีโอกาสที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ใกล้จะตาย และมีความเจ็บปวดอย่างมากได้ตายลงตามผู้ป่วยร้องขอ ขณะที่แพทย์ร้อยละ 4 กล่าวว่าควรกระทำกับผู้ป่วยที่มีคุณภาพชีวิตต่ำ ป่วยเรื้อรัง และมีความเจ็บปวดอย่างมากเท่านั้น

ส่วนในด้านของประสบการณ์พบว่าแพทย์ร้อยละ 6 ได้เคยดำเนินการโดยเจตนาเพื่อเร่งให้ความตายของผู้ป่วยเกิดเร็วขึ้น

แพทย์ร้อยละ 76 รายงานว่าได้ทำการรักษาผู้ป่วยทั้งที่มีความรู้สึกว่าการบำบัดรักษาผู้ป่วยรายนี้ควรจะยุติได้แล้ว

นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากกว่าแพทย์ที่จบการศึกษาในประเทศ

Maas, Pijnenborg และ Delden (1995) สำรวจพัฒนาการความคิดเห็นของสาธารณชนและแพทย์ในประเทศเนเธอร์แลนด์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบด้วยการใช้ยา โดยใช้ข้อมูลความคิดเห็นของสาธารณชนซึ่งรวบรวมมาจากการสำรวจในเรื่องสังคมวัฒนธรรมโดยสำนักงานวางแผนสังคม และวัฒนธรรมของประเทศเนเธอร์แลนด์ในปี 1966 1970 1975 1980 1985 และ 1991 จำนวนของผู้ตอบในแต่ละปีอยู่ในช่วง 1,656 ถึง 1,851 คน และมีอายุระหว่าง 16 ถึง 70 ปี ในการสำรวจแต่ละครั้งคำถามที่เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในระหว่างการสัมภาษณ์ คือ “แพทย์ควรทำอย่างไรเมื่อผู้ป่วยร้องขอให้แพทย์ยุติความทุกข์ทรมานของเขาโดยการฉีดยาให้ตาย” โดยคำตอบที่เป็นไปได้มี 4 ลักษณะ คือ “ฉีดยาให้ผู้ป่วย” “ไม่ฉีดยาให้ผู้ป่วย” “ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์” และ “ไม่ทราบ”

ผลการสำรวจพบว่าในปี 1966 ความคิดเห็นของสาธารณชนเกือบครึ่งหนึ่งเชื่อว่าแพทย์ไม่ควรฉีดยาให้ผู้ป่วย แต่ความคิดเห็นเหล่านี้ค่อยๆ ลดลงจนเหลือเพียงร้อยละ 9 ในปี 1991 ส่วนความคิดเห็นที่สนับสนุนให้แพทย์ฉีดยาให้ผู้ป่วยตายตามคำร้องขอได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากปี 1966 ไปจนถึงร้อยละ 57 ในปี 1991 และในปี 1991 นี้ผู้ตอบในทุกกลุ่มอายุเปลี่ยนความคิดเห็นสนับสนุนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากขึ้น รวมทั้งมีความคิดเห็นแตก

ต่างกันระหว่างกลุ่มอายุดังนี้ ผู้ตอบที่มีอายุระหว่าง 17 ถึง 39 ปีตอบรับว่าควรให้แพทย์ฉีดยาให้ผู้ป่วยตายสูงที่สุด ส่วนผู้ตอบที่มีอายุอยู่ระหว่าง 65 ถึง 70 ปีตอบว่าแพทย์ไม่ควรฉีดยาให้ผู้ป่วยตายสูงสุด และในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับศาสนาพบว่า บุคคลที่ไม่ได้นับถือศาสนาใดเลยจะยอมรับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากกว่า ผู้ที่นับถือศาสนา

ส่วนการรวบรวมข้อมูลความเห็นของแพทย์จากการศึกษาทั่วประเทศเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการแพทย์ในเรื่องจุดจบของชีวิต ซึ่งศึกษาในปี 1990 และ 1991 รวมทั้งรายงานการศึกษาก่อนหน้านี้ โดยผู้วิจัยศึกษาข้อมูลของแพทย์จำนวน 401 คนซึ่งประกอบด้วยผู้รักษาโรคทั่วไป แพทย์ในสถานพยาบาลคนชรา แพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์ และอายุรแพทย์ การเก็บข้อมูลจะถามคำถามในระหว่างการสัมภาษณ์คือ “ในช่วงเวลาทั้งหมดที่ทำงานด้านการแพทย์ ความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่”

ผลการสำรวจพบว่าแพทย์ร้อยละ 25 รายงานว่าเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากขึ้น และร้อยละ 14 ซ้ำว่าไม่เห็นด้วยกับเรื่องนี้มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 2 ถึง 9 ปี และ 10 ถึง 19 ปี ส่วนแพทย์ที่มีประสบการณ์ 2 ถึง 9 ปี ไม่เห็นด้วยกับเรื่องดังกล่าวมากกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ 10 ถึง 19 ปี และ / หรือ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

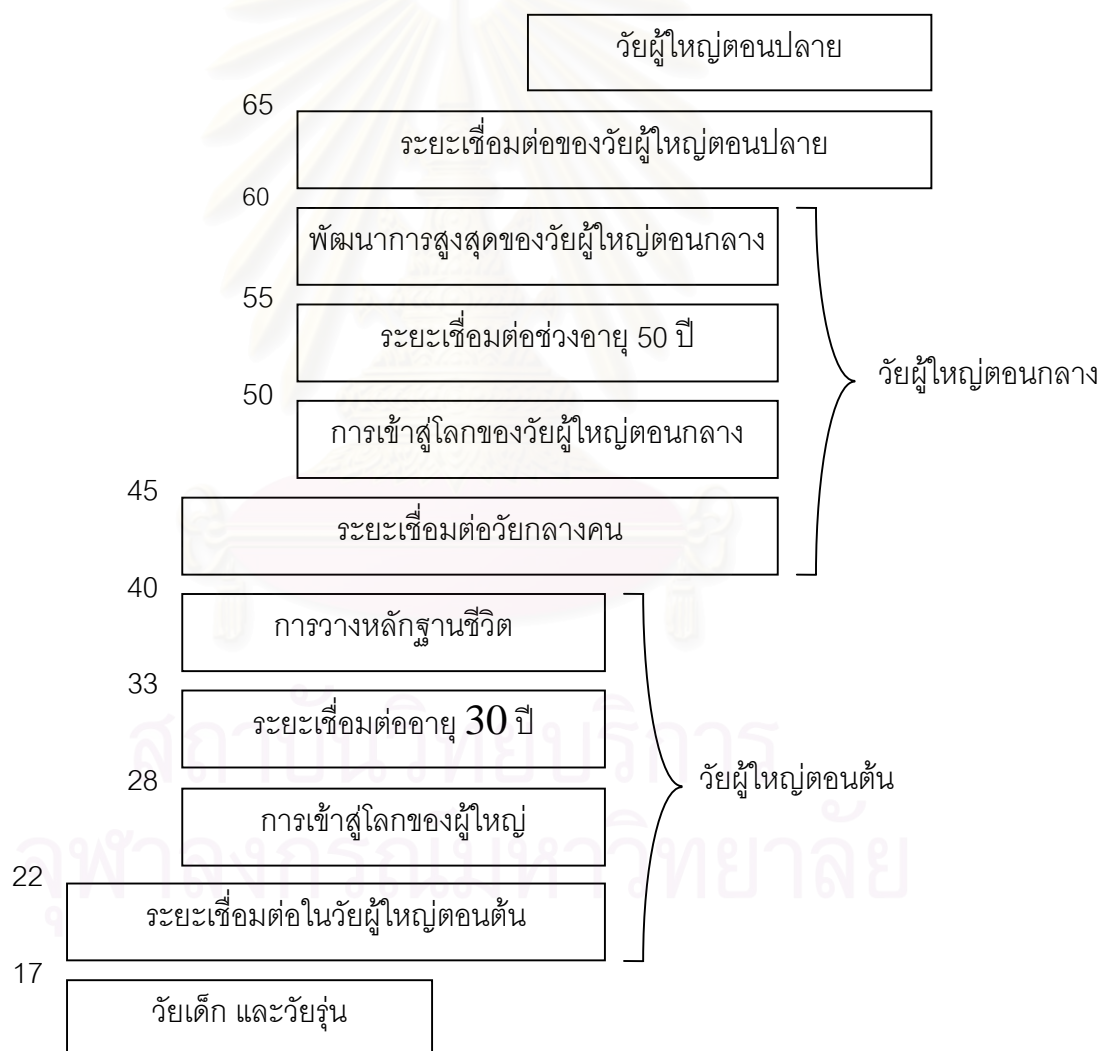
วัยผู้ใหญ่ (Adulthood)

1. การแบ่งวัยของผู้ใหญ่

Levinson (1980, 1986, 1987, 1990 อ้างถึงใน Rybash, Roodin & Hoyer, 1995) ได้แบ่งวงจรชีวิตในวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Early Adulthood) ระดับอายุ 17 ถึง 40 ปี
2. ระยะวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (Middle Adulthood) ระดับอายุ 40 ถึง 60 ปี
3. ระยะวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Late Adulthood) อายุ 60 ปีขึ้นไป

2. พัฒนาการวัยผู้ใหญ่



ภาพที่ 1 ระยะพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ Levinson (1978 อ้างถึงใน ศิริรางค์ ทับสายทอง, 2530)

Levinson (1980, 1986, 1987, 1990 อ้างถึงใน Perlmutter & Hall, 1985; Rybash, Roodin & Hoyer, 1995) กล่าวว่าพัฒนาการวงจรชีวิตของผู้ใหญ่ประกอบด้วยระยะเวลาของความมั่นคง (Stable Periods) และระยะเชื่อมต่อ (Transition Periods) ซึ่งมีระยะเวลาประมาณ 6 ถึง 8 ปี และ 4 ถึง 5 ปีตามลำดับ โดยในแต่ละระยะพัฒนาการจะมีลักษณะ และการเปลี่ยนแปลงที่เป็นแบบฉบับของตัวเองซึ่งมีความสำคัญมากต่อแนวทางในการดำเนินชีวิตโดยรวมของบุคคลดังนี้

1. **วัยผู้ใหญ่ตอนต้น** เริ่มจากระยะเชื่อมต่อในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 17 ถึง 22 ปี เป็นช่วงแรกที่บุคคลมีการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับครอบครัว และคนใกล้ชิด เพื่อเตรียมตัวก้าวพ้นจากโลกของวัยรุ่นเข้าสู่โลกของผู้ใหญ่ที่มีความต้องการเป็นอิสระและสามารถพึ่งพาตนเองได้ จนกระทั่งอายุประมาณ 22 ถึง 28 ปี เมื่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดความสมบูรณ์ก็จะเป็นการเริ่มต้นระยะเวลาของความมั่นคงที่เรียกว่า**การเข้าสู่โลกของผู้ใหญ่** อย่างแท้จริง เวลานี้บุคคลจะมีพลังงานในตัวเองอย่างเต็มเปี่ยมสำหรับการประกอบอาชีพ การทำ ความฝันในวัยรุ่นให้เป็นความจริง การเลือกคู่ครอง การสร้างครอบครัว และการสร้างฐานะทางสังคม ซึ่งเป็นงานพัฒนาการที่สำคัญของบุคคลในวัยนี้

บุคคลจะต้องเผชิญกับความเครียดอย่างรุนแรงเมื่อเข้าสู่**ระยะเชื่อมต่ออายุ 30 ปี** (อายุ 28 ถึง 33 ปี) เป็นความกดดันอันเนื่องมาจากบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลเกิดความขัดแย้งกัน เช่น ความขัดแย้งระหว่างภาวะในครอบครัว กับ ภาวะในหน้าที่การงาน ช่วงนี้บุคคลจะมีการประเมินโครงสร้างของชีวิตรวมถึงการปรับเปลี่ยนและเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อแก้ไขจุดบกพร่องที่เกิดขึ้น หากสามารถแก้ปัญหาความตึงเครียดในระยะนี้ได้ลุล่วงจะส่งผลให้โครงสร้างชีวิตของบุคคลมีความมั่นคง หน้าที่การงานมีความก้าวหน้า ชีวิตครอบครัวมีความสุข และได้รับการยอมรับในสังคม ซึ่งเรียกระยะนี้ว่าเป็นช่วงเวลาแห่ง**การวางหลักฐานชีวิต** (อายุ 33 ถึง 40 ปี)

2. **วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง** อายุประมาณ 40 ถึง 45 ปี เป็น**ระยะเชื่อมต่อวัยกลางคน**ที่บุคคลจะเกิดความขัดแย้งทางอารมณ์อย่างรุนแรง หรือเรียกว่าวิกฤตการณ์วัยกลางคน (Midlife Crisis) โดยมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในด้านต่างๆ เช่น หน้าที่การงาน ครอบครัว และสังคม แล้วพบว่าตนเองไม่สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่ได้ตั้งเอาไว้ นอกจากนี้ยังมีอีกสาเหตุหนึ่งที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อบุคคลวัยนี้ อย่างมากก็คือ การพบว่าตนเองมีสภาพร่างกายอ่อนแอลง ไม่แข็งแรงเหมือนก่อน และสุดท้ายจะต้องตายลงในที่สุด อีกทั้งยังมีงานอีกหลายอย่างที่ยังทำไม่สำเร็จ สาเหตุต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นบ่อเกิดแห่งอารมณ์ทางลบที่กดดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายรวมทั้งแบบแผนในการดำเนินชีวิตใหม่ และเมื่อสามารถแก้ปัญหาในระยะนี้ได้ลุล่วงก็จะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาตนเองไปใน

ทางที่ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็จะแยกตัวเองออกจากบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ ครอบครั หรือผู้ที่ให้คำปรึกษา ซึ่ง Levinson เรียกปรากฏการณ์ในช่วงนี้ว่า Boom (Becoming One's Own Man)

นอกจากนี้ Levinson ได้เสนอแนะว่าระยะเชื่อมต่อยกกลางคน เป็นระยะสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลว่าจะมีลักษณะเป็นไปในแนวทางใด เช่น เป็นบุคคลที่เต็มไปด้วยความรัก ความเมตตา เห็นอกเห็นใจผู้อื่น สุขุมรอบคอบ มีเหตุผล และเฉลียวฉลาด หรือเป็นบุคคลที่เฉยชาต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว และไม่มีการพัฒนาตนเอง ซึ่งสิ่งที่สำคัญในการกำหนดบุคลิกภาพดังกล่าวขึ้นอยู่กับ การเปิดใจยอมรับและผสมผสานความแตกต่างระหว่างการเป็นวัยรุ่น กับ การเป็นผู้ใหญ่ การมีลักษณะของผู้ชาย (Masculine) กับ การมีลักษณะของผู้หญิง (Feminine) การสร้างสรรค์ กับ การทำลาย และการมีความผูกพันจิตใจ กับ การแยกตัวจากผู้อื่น

ในระยะของการเข้าสู่โลกวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 45 ถึง 50 ปี บุคคลจะหันมาให้ความสำคัญกับครอบครัว คนใกล้ชิด และสภาวะแวดล้อมที่เป็นอยู่อีกครั้ง นอกจากนี้ยังปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองไปเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำรวมทั้งให้การสนับสนุนความเจริญก้าวหน้าของบุตรหลาน และคอยชื่นชมกับผลงานและความสามารถของคนเหล่านั้น

ถัดจากช่วงของการเข้าสู่โลกวัยผู้ใหญ่ตอนกลางบุคคลจะก้าวเข้าสู่ระยะเชื่อมต่อช่วงอายุ 50 ปี (อายุ 50 ถึง 55 ปี) ที่จะต้องมีการสำรวจแบบแผนการดำเนินชีวิตอีกครั้ง ซึ่งในระยะนี้จะมีลักษณะคล้ายกับระยะเชื่อมต่ออายุ 30 ปี และอาจจะเป็นช่วงเวลาแห่งวิกฤตการณ์ครั้งสำคัญอีกเช่นกันหากในระยะเชื่อมต่อยกกลางคนของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างชีวิตตนเองเพียงเล็กน้อย

หลังจากผ่านพ้นระยะเชื่อมต่อช่วงอายุ 50 ปี บุคคลก็จะเข้าสู่พัฒนาการสูงสุดของวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 55 ถึง 60 ปี เป็นระยะที่บุคคลมีชีวิตครอบครัวที่มั่นคง ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน มีชีวิตสังคมที่สงบสุข เช่นเดียวกับช่วงของการวางหลักฐานในชีวิตในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

3. **วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย** เริ่มต้นที่ระยะเชื่อมต่อของวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 60 ถึง 65 ปี บุคคลในวัยนี้จะมีความวิตกกังวลอย่างมากเมื่อเผชิญกับความทรุดโทรมของร่างกายตนเอง และเพื่อนในวัยเดียวกัน อีกทั้งยังถูกมองว่าเป็นคนแก่ในสังคม เป็นเหตุให้เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุประมาณ 65 ปี บุคคลจึงต้องพัฒนาโครงสร้างการดำเนินชีวิตเพื่อให้ยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างมีความสุข

3. พัฒนาการเกี่ยวกับการกลัวความตายของแต่ละวัย

ศิริรงค์ ทับสายทอง (2530) กล่าวว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายมีการรับรู้การกลัวความตายในลักษณะแตกต่างกันดังนี้

1. วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่ไม่ค่อยคิดถึงความตาย เนื่องจากพ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และคนรู้จักส่วนใหญ่ล้วนแต่มีสุขภาพดี แม้บุคคลในวัยนี้จะตระหนักดีว่าความตายอาจจะมาเยือนได้ตลอดเวลาแต่โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์เช่นนั้นมันน้อยมากจึงทำให้บุคคลในวัยนี้ไม่กลัวความตายเท่าวัยอื่น

2. วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ทศนคติในเรื่องการตายจะเปลี่ยนไปเนื่องจากมีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายของพ่อแม่ ปู่ ย่า และเพื่อนในวัยเดียวกัน อีกทั้งยังพบว่าสภาพร่างกายของตนเองเริ่มส่งสัญญาณความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ อย่างเด่นชัดทั้งภายนอก และภายในร่างกาย เช่น เริ่มมีจุดกระขึ้นตามลำตัว เส้นผมเป็นสีเทา และเริ่มหลุดร่วง ทำให้บุคคลตระหนักถึงการตายของตนเองและจำนวนเวลาที่เหลืออยู่ในชีวิต

3. วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต บุคคลในวัยนี้จะประสบกับความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ อย่างมากทั้งทางด้านชีวะ กระบวนการทางความคิด ความเข้าใจ และการดำรงชีวิต นอกจากนี้บุคคลยังต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ต่างๆ อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของวัยชรา เช่น เป็นโรคที่เกี่ยวกับกระดูก และระบบหลอดเลือดในหัวใจ บุคคลในวัยนี้ต้องเผชิญกับการจากไปของผู้ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติสนิท มิตรสหาย ทำให้บุคคลในวัยนี้รับรู้ว่าการตายเป็นสิ่งใกล้ตัว และต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเหตุให้บุคคลในวัยนี้จะมีการทบทวนและพัฒนาแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อให้ตนเองสามารถยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต รวมทั้งสามารถยอมรับความตายได้อย่างสงบ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ขอบเขตในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัย

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นบุคคลที่ทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งเพศชาย และเพศหญิง แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

2.1 แพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ อายุ 25 ถึง 35 ปี 40 ถึง 55 ปี และ 60 ปีขึ้นไป จำนวนกลุ่มอายุละ 30 คน รวมเป็น 90 คน และทำงานอยู่ในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ รังสีวิทยา และเวชบำบัดวิกฤต เหตุที่มีการกำหนดสาขาวิชาในการศึกษาเนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์จำนวน 3 ท่านพบว่าสาขาเฉพาะทางดังกล่าวเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุด (รายละเอียดดูในภาคผนวก ข.)

2.2 บุคคลทั่วไปอายุ 25 ถึง 35 ปี 40 ถึง 55 ปี และ 60 ปีขึ้นไป จำนวนกลุ่มอายุละ 30 คน รวมเป็น 90 คน

การที่ผู้วิจัยทำการศึกษาความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ 25 ถึง 35 ปี 40 ถึง 55 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ด้วยเหตุผลเพื่อต้องการให้เห็นความแตกต่างในความคิดเห็นของแต่ละวัยอย่างชัดเจน เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย

สาเหตุที่ผู้วิจัยไม่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 20 ถึง 80 ปี มีดังนี้

1. กลุ่มแพทย์จะจบการศึกษาในราวอายุ 24 ปี และควรมีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมาบ้าง ส่วนช่วงอายุ 35 - 40 ปี และ 55 - 60 ปี จะเป็นช่วงของการเปลี่ยนวัยซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อผลการศึกษาวินิจฉัยได้

2. ต้องการให้ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสอดคล้องกับประสบการณ์เกี่ยวกับระยะเวลาในการทำงานของแพทย์คือ 2 ถึง 9 ปี 10 ถึง 19 ปี และ 20 ปีขึ้นไป เพื่อความสะดวกในการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับระยะเวลาในการทำงานที่ต่างกัน

3. ตัวแปรในการวิจัย

3.1 อาชีพ โดยแบ่งเป็น 2 อาชีพคือ

- แพทย์
- บุคคลทั่วไป

3.2 อายุ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับอายุคือ

- อายุ 25 ถึง 35 ปี
- อายุ 40 ถึง 55 ปี
- อายุ 60 ปีขึ้นไป

3.3 ประเภทของ Euthanasia แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ

- Active Voluntary Euthanasia
- Passive Voluntary Euthanasia
- Active Nonvoluntary Euthanasia
- Passive Nonvoluntary Euthanasia

3.4 ความคิดเห็นที่มีต่อ Euthanasia ทั้ง 4 ประเภท

3.5 สถานการณ์ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น แบ่งเป็น 5

สถานการณ์คือ

- บุคคลทั่วไป
- แพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ
- กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของ

กฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

- กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย
- กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย (เฉพาะกรณีของ

Active Voluntary Euthanasia และ Passive Voluntary Euthanasia)

คำจำกัดความในการวิจัย

1. บุคคลทั่วไป หรือ Laypersons หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ทำงานในเขตกรุงเทพมหานครทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุ 25 ถึง 35 ปี 40 ถึง 55 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

2. แพทย์ หรือ Physicians หมายถึง บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลป์ ในเขตกรุงเทพมหานครทั้งเพศชาย และเพศหญิง มีอายุ 25 ถึง 35 ปี 40 ถึง 55 ปี และ 60 ปีขึ้นไป

3. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย และไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากสภาวะความเจ็บป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ยังช่วยตนเองไม่ได้ รวมทั้งไม่สามารถใช้เวลาส่วนที่เหลือในชีวิตให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่นได้

4. การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้ายได้สิ้นชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวด และรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

4.1 Active Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา และมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้ายขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวด และพ้นจากความทุกข์ทรมาน

4.2 Passive Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องช่วยชีวิตให้ตายลงโดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง

4.3 Active Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่ญาติของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาได้ร้องขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวดและพ้นจากความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้ายและอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาพไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma)

4.4 Passive Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องมือช่วยชีวิตให้ตายลงโดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือในบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย โดยได้รับความยินยอมจากญาติของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาพไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางสังคมและออกกฎหมายเพื่อรองรับประเด็นปัญหาการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ อันจะก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย แพทย์ และสังคมโดยรวม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย และค้นคว้าสำหรับผู้สนใจในเรื่องดังกล่าวต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบโควตา (Quota Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบด้วยแพทย์และบุคคลทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 180 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ซึ่งทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ หน่วยงานองค์กร และบริษัท 60 คน ชมรมกิจกรรมต่างๆ 30 คน (รายละเอียดดูในภาคผนวก ค.)

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบวิชาชีพอยู่ในโรงพยาบาล และคลินิกในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 20 คน โรงพยาบาลรามาธิบดี 15 คน โรงพยาบาลศิริราช 6 คน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 14 คน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช 20 คน โรงพยาบาลวิชัยยุทธ 8 คน และคลินิกเอกชน 7 คน (รายละเอียดดูในภาคผนวก ง.)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาข้อมูล และแนวคิดที่เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ รวมทั้งจากงานวิจัย หนังสือ และบทความที่เกี่ยวข้อง เพื่อสำรวจความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส และประสบการณ์เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับสาขาที่เชี่ยวชาญ และระยะเวลาที่ทำงานอยู่ในวิชาชีพในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแพทย์

ส่วนที่ 2 เป็นความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในประเภทต่างๆ มีตัวเลือกเป็นแบบเห็นด้วย - ไม่เห็นด้วย โดยผู้วิจัยแบ่งรูปแบบของการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้คือ

1. Active Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา และมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้ายขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวด และพ้นจากความทุกข์ทรมาน

2. Passive Voluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องช่วยชีวิตให้ตายลงโดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยเอง

3. Active Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่ญาติของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาได้ร้องขอให้แพทย์กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฉีดยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายโดยปราศจากความเจ็บปวดและพ้นจากความทุกข์ทรมาน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย และอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาวะไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma)

4. Passive Nonvoluntary Euthanasia หมายถึง การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หากปราศจากเครื่องช่วยชีวิตให้ตายลงโดยการไม่นำเครื่องมือดังกล่าวมาช่วยชีวิตผู้ป่วย หรือในบางกรณีแพทย์อาจปิดเครื่องมือที่กำลังช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย โดยได้รับความยินยอมจากญาติของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยยังเป็นผู้เยาว์ เป็นผู้วิกลจริต หรือ อยู่ในสภาวะไร้การรับรู้อย่างถาวร (Coma)

ในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แต่ละประเภทจะมีการกำหนดสถานการณ์ให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นดังนี้

1. บุคคลทั่วไป
2. แพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ
4. กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย
5. กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

เนื่องจากยังไม่มีทฤษฎีใดที่ระบุถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ Euthanasia โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลเหตุผลที่ใช้อธิบายในการสนับสนุน และได้แย้งเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ จากงานวิจัย หนังสือ และบทความที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์เนื้อหาโดยการตีความและสร้างข้อสรุปจากสาระสำคัญของข้อความ เพื่อจำแนกเป็นองค์ประกอบของความหมายในเรื่องดังกล่าว

จากการวิเคราะห์เนื้อหาข้างต้น สามารถแยกเป็นประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวกับ Euthanasia ได้ 7 ด้าน โดยแต่ละประเด็นมีแนวคิดที่สำคัญดังนี้

1. **ด้านกฎหมาย** Anderson & Caddell (1993) คณิต ญ นคร (2535) ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ (2529) สุวงศ์ ศาสตราวาท และคณะ (2534) อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540) และวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2533) กล่าวถึงแนวคิดที่แตกต่างกันเกี่ยวกับบัญญัติว่าด้วยเรื่องฐานความผิดในการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบดังนี้

1.1 แนวคิดแรกเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบไม่ผิดกฎหมาย หากการกระทำนั้นเป็นความต้องการของผู้ป่วย หรือญาติ อีกทั้งได้ผ่านการพิจารณาแล้วว่า การยืดชีวิตของผู้ป่วยออกไปไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา

1.2 แนวคิดที่ 2 มองว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นความผิด เนื่องจากการกระทำดังกล่าวเป็นการจงใจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย และญาติในการละเว้นความผิดไม่ได้

2. **ด้านศาสนา** อ้างถึงพระเจ้า และหลักคำสอนของศาสนา ในการสนับสนุน และได้แย้งการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบดังนี้

2.1 กลุ่มศาสนาที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เชื่อว่าการกระทำดังกล่าวแสดงถึงเจตนาที่ดี เพราะเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ทรมานจากวิธีการเหนี่ยวรั้งชีวิต หรือความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ (Rachels, 1986 อ้างถึงใน Anderson & Caddell, 1993; Williams, 1958 อ้างถึงใน ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529; วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; สิวลี ศิริไล, 2539)

2.2 กลุ่มศาสนาที่ไม่เห็นด้วยมีแนวคิดว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักศีลธรรม เนื่องจากการทำลายชีวิตมนุษย์ซึ่งเป็นสิ่งสูงสุดที่พระเจ้าประทานให้ถือว่าเป็นบาป (สิวลี ศิริไล, 2539)

นอกจากนั้นบางกลุ่มศาสนายังมีความเชื่อที่ว่าความตาย หมายถึงการแตกดับของชั้น 5 แต่สำหรับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาแล้วถือว่าเป็นชั้น 5 ยังไม่แตกดับ เนื่องจากอวัยวะบางส่วนยังทำงาน และผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ ดังนั้นจึงสมควรได้รับการดูแลรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป (พินิจ รัตนกุล, 2538)

3. ด้านจริยธรรมวิชาชีพ กล่าวถึงข้อกำหนดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของแพทย์ใน 2 มุมมองทำให้เกิดแนวคิดที่แตกต่างกันดังนี้

3.1 แนวคิดแรกเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยมองว่าวัตถุประสงค์ของ Euthanasia สอดคล้องกับจริยธรรมของแพทย์ที่บัญญัติว่าแพทย์มีหน้าที่ในการช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน (พินิจ รัตนกุล, 2538)

3.2 กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับ Euthanasia ยึดหลักว่าการรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ยาวนานที่สุดเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของแพทย์ ดังนั้นการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบจึงเป็นเรื่องที่ขัดแย้งกับจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ (Anderson & Caddell, 1993; พินิจ รัตนกุล, 2538)

4. ด้านสิทธิมนุษยชน อ้างถึงสิทธิของผู้ป่วย และสิทธิของสาธารณชนหรือสังคมเป็นหลักในการอภิปรายเพื่อสนับสนุน และได้แย้งการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบดังนี้

4.1 กลุ่มที่เห็นด้วยกับ Euthanasia ถือว่าสิทธิเสรีภาพของมนุษย์ไม่อาจถูกริดรอนไปได้แม้ต้องเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง บุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพในสิทธินั้น และหากผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ก็ควรให้ญาติเป็นผู้ทำหน้าที่แทน (ประพัฒน์พงษ์ สุคนธ์, 2529; พินิจ รัตนกุล, 2538; วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

นอกจากนั้นยังมองว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สาธารณชนและสังคมโดยรวม เพราะเป็นการประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีอยู่จำกัด ไปช่วยผู้ป่วยอื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า (พินิจ รัตนกุล, 2538)

4.2 กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับเรื่องดังกล่าว มีแนวคิดว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบตามความต้องการของผู้ป่วยหรือญาตินั้น อาจส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชนทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่นบุตรของผู้ป่วยที่ปรารถนาจะตายอย่างสงบจะต้องขาดการสนับสนุนทั้งด้านการเงินและด้านจิตใจ นอกจากนี้หากบิดาหรือมารดาที่เหลือนอยู่ของเด็กเสียชีวิตอีกคน เด็กจะต้องเป็นกำพร้าทั้งบิดามารดา และตกเป็นภาระของสังคมต่อไป (พินิจ รัตนกุล, 2538; วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2533)

5. ด้านคุณภาพชีวิต ให้ความสำคัญกับศักยภาพในการการตอบสนองความต้องการของบุคคล รวมทั้งมีแนวคิดในการสนับสนุนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยเชื่อว่ามนุษย์ไม่ควรจะอยู่โดยปราศจากคุณภาพชีวิต และถือว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาเป็นบุคคลซึ่งขาดคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือ หรือตอบสนองต่อความต้องการ

ของตนเองได้ (Forde, Aasland & Falkum, 1997; ฟินิจ รัตนกุล, 2538; วิไลวรรณ ชัยรัตนมโนกร, 2540)

6. **ด้านเทคโนโลยีการแพทย์** คำนึงถึงความเป็นไปได้ในการพัฒนากรรมวิธีในการบำบัดรักษาโรค และไม่สนับสนุนการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เพราะเชื่อว่าในอนาคตอาจมีวิธีการรักษาผู้ป่วยให้หายเป็นปกติได้ ดังนั้นจึงควรรยืดชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุด (สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

7. **ด้านครอบครัว** มีแนวคิดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่เห็นด้วย และกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบดังนี้

7.1 กลุ่มที่เห็นด้วยกับ Euthanasia คำนึงถึงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และความทุกข์ทรมานใจของญาติเป็นหลัก โดยเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพราะการพยายามเหนี่ยวรั้งชีวิตของผู้ป่วยออกไปทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานจากวิธีการยืดชีวิต และจากโรคที่เป็นอยู่โดยตรง ส่วนญาติจะต้องทุกข์ทรมานเมื่อเห็นความเจ็บปวดของคนที่ตนรัก (สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

นอกจากนี้ประเด็นด้านการเงินของครอบครัวก็มีบทบาทสำคัญในเรื่อง Euthanasia โดยได้รับการมองว่าการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ สามารถช่วยให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และนำเงินไปใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัว (Cohen และคณะ, 1994 อ้างถึงใน Forde, Aasland & Falkum, 1997; ประสาน ต่างใจ และธนพรณ สิทธิสุนทร, 2539; ฟินิจ รัตนกุล, 2538; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

7.2 กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับ Euthanasia ให้ความสำคัญกับความรัก ความผูกพัน ในครอบครัว รวมถึงหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะบุคคลในครอบครัว กล่าวคือ มีแนวคิดว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด อีกทั้งต้องคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถเข้าใจให้ยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้ (นฤมล มารคแมน, 2528; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

จากนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคิดขององค์ประกอบในด้านต่างๆ มาเป็นพื้นฐานในการสร้างข้อ
 กระทงความคิดเห็นให้ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพื่อให้ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถ
 แสดงความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบได้ตรงตามวัตถุประสงค์
 ประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความคิดเห็นของฝ่ายเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

1.1 ด้านกฎหมาย

แพทย์น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็น
 เจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ อีกทั้งการยืดชีวิตต่อไปก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา

1.2 ด้านศาสนา

การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความ
 ทุกข์ทรมาน

1.3 ด้านจริยธรรมวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์
 ทรมาน

1.4 ด้านสิทธิมนุษยชน

ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง
 และบุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพสิทธินั้น

ควรประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีจำกัดเพื่อไปช่วยผู้ป่วย
 อื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า

1.5 ด้านคุณภาพชีวิต

การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้
 ถือว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ

1.6 ด้านครอบครัว

ญาติของผู้ป่วยจะได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และ
 สามารถนำเงินไปใช้ในเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว

ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตน
 เองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน

2. ความคิดเห็นของฝ่ายไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

2.1 ด้านกฎหมาย

หากแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติไม่ได้

2.2 ด้านศาสนา

เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด ดังนั้นการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป

ในเมื่อผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ถือว่ายังมีชีวิตอยู่ จึงควรได้รับการบำบัดรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป

2.3 ด้านจริยธรรมวิชาชีพ

จรรยาบรรณของแพทย์ถือว่าหน้าที่ของแพทย์คือ การสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด

2.4 ด้านสิทธิมนุษยชน

การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชน

2.5 ด้านเทคโนโลยีการแพทย์

หากสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้

2.6 ด้านครอบครัว

การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด

ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้

ส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประกอบไปด้วย

1. หน่วยงานที่ควรรับผิดชอบในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

2. ผู้ที่ควรตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา

3. ผู้ที่ควรตัดสินใจในการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

4. เอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา

คุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Validity) ที่ใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยนักจิตวิทยา 2 ท่าน นักกฎหมาย 2 ท่าน และแพทย์ 2 ท่าน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก.) ช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา และความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท รวมทั้งการให้คำจำกัดความของคำที่เกี่ยวข้อง โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินดังนี้ เนื้อหาใดที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นสอดคล้องกันว่าถูกต้อง โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 กลุ่ม ประมาณ 2 ใน 3 จึงจะถือได้ว่าเนื้อหาดังกล่าวสามารถนำมาใช้ได้ จากนั้นนำข้อคิดเห็นที่ได้รับมาทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาก่อนนำไปทำการศึกษานำร่อง

2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ในการศึกษานำร่อง (Pilot Study) เพื่อทดสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม และการให้เหตุผลที่สอดคล้องกับความคิดเห็นในแต่ละกรณี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องประกอบด้วยแพทย์และบุคคลทั่วไปที่ทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ซึ่งได้จากวิธีการสุ่มแบบโควต้า จำนวน 30 คน ดังนี้

บุคคลทั่วไปที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 5 คน

บุคคลทั่วไปที่มีอายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 5 คน

บุคคลทั่วไปที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน

แพทย์ที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 5 คน

แพทย์ที่มีอายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 5 คน

แพทย์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการศึกษานำร่องมาคำนวณค่าสถิติร้อยละ พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นและให้เหตุผลในประเด็นต่างๆ ได้สอดคล้องกัน ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบในแต่ละประเภท

ผู้ตอบว่าเห็นด้วยให้เหตุผลดังนี้ *	ประเภทของ Euthanasia **			
	จำนวน (ร้อยละ)			
	AVE n = 12	PVE n = 17	ANE n = 10	PNE n = 23
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของของผู้ป่วย หรือญาติ	8 (66.7)	8 (47.1)	8 (80.0)	11 (47.8)
2. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	8 (66.7)	12 (70.6)	7 (70.0)	10 (43.5)
3. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	4 (33.3)	9 (52.9)	5 (50.0)	7 (30.4)
4. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	9 (75.0)	14 (82.4)	6 (60.0)	17 (73.9)
5. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	5 (41.7)	9 (52.9)	4 (40.0)	11 (47.8)
6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้าน การแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	7 (58.3)	9 (52.9)	5 (50.0)	9 (39.1)
7. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	8 (66.7)	9 (52.9)	8 (80.0)	10 (43.5)
8. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป	8 (66.7)	10 (58.8)	10 (100.0)	16 (69.6)

ผู้ตอบว่าไม่เห็นด้วยให้เหตุผลดังนี้ *	ประเภทของ Euthanasia **			
	จำนวน (ร้อยละ)			
	AVE n = 18	PVE n = 13	ANE n = 20	PNE n = 7
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	12 (66.7)	5 (38.5)	12 (60.0)	2 (28.6)
2. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	13 (72.2)	7 (53.8)	11 (55.0)	3 (42.9)
3. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษา ชีวิตของผู้ป่วย	11 (61.1)	9 (69.2)	9 (45.0)	3 (42.9)
4. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	5 (27.8)	3 (23.1)	5 (25.0)	1 (14.3)
5. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	11 (61.1)	6 (46.2)	9 (45.0)	7 (100.0)
6. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	9 (50.0)	3 (23.1)	5 (25.0)	3 (42.9)
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	7 (38.9)	3 (23.1)	5 (25.0)	3 (42.9)
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการปลัดพรากได้	5 (27.8)	3 (23.1)	4 (20.0)	2 (28.6)

* เหตุผลสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

** 1. AVE คือ Active Voluntary Euthanasia

2. PVE คือ Passive Voluntary Euthanasia

3. ANE คือ Active Nonvoluntary Euthanasia

4. PNE คือ Passive Nonvoluntary Euthanasia

หมายเหตุ เนื่องจากเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นที่เป็นหลักความจริงธรรมดา การเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจึงเป็นเสมือนการสัมภาษณ์ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลซ้ำเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปสอบถามแพทย์และบุคคลทั่วไป โดยขอหนังสือแนะนำตัวจาก คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้วดำเนินการดังนี้

1. การสอบถามแพทย์ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้แพทย์ ภายในโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แล้วนัดวันไปรับคืนด้วยตนเอง
2. การสอบถามบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากหน่วยงาน องค์กร บริษัทและ ชมรมกิจกรรมต่างๆ ให้พนักงาน หรือสมาชิกของชมรมที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม แล้วนัดวันไปรับคืนด้วยตนเอง
3. สำหรับกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่สะดวกในการทำแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ช่วยเหลือโดยการอ่านข้อกระทงในแบบสอบถาม ให้ฟังทีละข้อแล้วจึงให้ทำแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติร้อยละ และค่าความถี่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ และ / หรือ บุคคลทั่วไปใน ส่วนที่ 1
 - 1.2 ความคิดเห็นของแพทย์ และ/หรือ บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท
 - 1.3 ข้อเสนอแนะในส่วนที่ 3
2. ใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi Square) ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์ และ / หรือ บุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท
 - 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท และใช้ค่าปรับแก้ของ Yates มาวิเคราะห์ผลในกรณีที่ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 1 และค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected Frequency) น้อยกว่า 10
 - 2.3 ใช้การทดสอบ McNemar ในการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท (รายละเอียดดูในภาคผนวก จ.)

3. ใช้สถิติการทดสอบภายหลังหรือ Post Hoc Test โดยวิธีของ Scheffe/ ในกรณีที่พบความแตกต่างในข้อ 2.1 และ 2.2 (Marascuilo & McSweeney, 1977)

การนำเสนอข้อมูล

1. แสดงผลข้อมูลร้อยละ และค่าความถี่ของข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

2. แสดงผลข้อมูลร้อยละ และค่าความถี่ในส่วนความคิดเห็นของแพทย์ และ/หรือ บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท โดยนำเสนอในรูปแบบของตาราง

3. แสดงผลความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์ และ/หรือ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

4. แสดงผลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

5. แสดงผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภท โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

6. แสดงผลการทดสอบภายหลัง โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

7. แสดงผลข้อมูลร้อยละ และค่าความถี่ของข้อเสนอแนะในส่วนที่ 3 โดยนำเสนอในรูปแบบตาราง

บทที่ 3

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้วิเคราะห์ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยแพทย์ และบุคคลทั่วไป จำนวน 180 คนดังนี้

แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 25-35 ปี จำนวน 30 คน

แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง 40-55 ปี จำนวน 30 คน

แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุระหว่าง 25-35 ปี จำนวน 30 คน

บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุระหว่าง 40-55 ปี จำนวน 30 คน และ

บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ

3.1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์และบุคคลทั่วไป

3.2 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

3.5 ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์และบุคคลทั่วไป

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับเพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ชาย	47 (52.2)	39 (43.3)	86 (47.8)
หญิง	43 (47.8)	51 (56.7)	94 (52.2)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากที่สุดคือร้อยละ 52.2 และเป็นเพศชายร้อยละ 47.8 เมื่อพิจารณาตามอาชีพพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวนร้อยละ 52.2 ในขณะที่บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 เป็นเพศหญิง

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง

สถานภาพสมรส	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
โสด	19 (21.1)	36 (40.0)	55 (30.6)
แต่งงานแล้ว	64 (71.1)	39 (43.3)	103 (57.2)
แยกกันอยู่ หย่า และ เป็นหม้าย	7 (7.8)	15 (16.7)	22 (12.2)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ แต่งงานแล้ว คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมาคือโสดร้อยละ 30.6 แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้ายร้อยละ 12.2 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพพบว่า สถานภาพสมรสของแพทย์และบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่คือ แต่งงานแล้วร้อยละ 71.1 และ 43.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง

รายได้ต่อเดือน	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ต่ำกว่า 8,000 บาท	1 (1.1)	35 (38.9)	36 (20.0)
8,000 - 14,999 บาท	9 (10.0)	24 (26.7)	33 (18.3)
15,000 บาท ขึ้นไป	80 (88.9)	31 (34.4)	111 (61.7)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.7 มีรายได้ต่อเดือน 15,000 บาท ขึ้นไป รองลงมาคือมีรายได้ต่ำกว่า 8,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 20.0 และรายได้ระหว่าง 8,000-14,999 บาทร้อยละ 18.3 และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพจะพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ที่มีรายได้ต่อเดือน 15,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 88.9 ในขณะที่บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่ร้อยละ 38.9 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท

ตารางที่ 5 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษา	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ต่ำกว่าปริญญาตรี	-	38 (42.2)	38 (21.1)
ปริญญาตรี	12 (13.3)	48 (53.3)	60 (33.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	78 (86.7)	4 (4.4)	82 (45.6)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 45.6 สำเร็จการศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรี รองลงมาคือ ระดับปริญญาตรี และระดับต่ำกว่าปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 21.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพจะพบว่า แพทย์มีศึกษาในระดับสูงกว่าปริญญาตรีถึงร้อยละ 86.7 ในขณะที่บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 53.3

ตารางที่ 6 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการศึกษาจากต่างประเทศ ของกลุ่มตัวอย่าง

ประสบการณ์การศึกษาจาก ต่างประเทศ	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
มี	52 (57.8)	5 (5.6)	57 (31.7)
ไม่มี	38 (42.2)	85 (94.4)	123 (68.3)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 68.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ การศึกษาจากต่างประเทศ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31.7 เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว โดย เป็นแพทย์มากที่สุดถึงร้อยละ 57.8 และเป็นบุคคลทั่วไปเพียงร้อยละ 5.6

ตารางที่ 7 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการ รักษาของกลุ่มตัวอย่าง

ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่ สิ้นหวังในการรักษา *	แพทย์ (ร้อยละ) n = 90	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ) n = 90	รวม (ร้อยละ) N = 180
1. เคยมีญาติ หรือคนรู้จักเป็น ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา	65 (72.2)	37 (41.1)	102 (56.7)
2. เคยได้รับการร้องขอให้ช่วย ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ	28 (31.1)	1 (1.1)	29 (16.1)
3. ไม่เคยมีประสบการณ์เรื่อง ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา	14 (15.6)	53 (58.9)	67 (37.2)

* สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 7 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 เคยมีญาติ หรือคนรู้จัก เป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา รองลงมาร้อยละ 37.2 ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้น หวังในการรักษา และร้อยละ 16.1 เคยได้รับการร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา ตายอย่างสงบ และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพพบว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา และเคยได้รับการร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบมากที่สุดคือ ร้อยละ 72.2 และ 31.1 ตามลำดับ ในขณะที่บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่จำนวนร้อยละ 58.9 ไม่เคยมี ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา

ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการนับถือศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง

นับถือศาสนา	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
พุทธ	86 (95.6)	87 (96.7)	173 (96.1)
คริสต์ และอิสลาม	4 (4.4)	3 (3.3)	7 (3.9)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 96.1 นับถือศาสนาพุทธ รองลงมานับถือศาสนาคริสต์ และอิสลามคิดเป็นร้อยละ 3.9 อีกทั้งเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพจะเห็นได้ว่า บุคคลทั่วไป และแพทย์ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 96.7 และ 95.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง

ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	รวม (ร้อยละ)
ครบถ้วน	15 (16.7)	9 (10.0)	24 (13.3)
ปานกลาง และน้อย	75 (83.3)	81 (90.0)	156 (86.7)
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	180 (100.0)

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาในระดับปานกลาง และต่ำ รองลงมาปฏิบัติตามหลักคำสอนได้ครบถ้วนคิดเป็นร้อยละ 13.3 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอาชีพพบว่า บุคคลทั่วไปและแพทย์ส่วนใหญ่ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาในระดับปานกลาง และต่ำ คือร้อยละ 90.0 และ 83.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับสาขาที่เชี่ยวชาญของแพทย์

สาขาที่เชี่ยวชาญ	จำนวน	ร้อยละ
ศัลยศาสตร์	20	22.2
อายุรศาสตร์	18	20.0
สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา	14	15.6
กุมารเวชศาสตร์	20	22.2
รังสีวิทยา	18	20.0
เวชบำบัดวิกฤต	-	-
รวม	90	100.0

จากตารางที่ 10 พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 22.2 อยู่ในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ รองลงมาคือสาขาอายุรศาสตร์ และรังสีวิทยาร้อยละ 20.0 และสาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาร้อยละ 15.6

หมายเหตุ การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้คัดเลือกแพทย์จากทุกสาขาวิชามาทำการศึกษา เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์แพทย์จำนวน 3 ท่านพบว่า แพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ รังสีวิทยา และเวชบำบัดวิกฤต มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุด (รายละเอียดดูในภาคผนวก ข.) แต่ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลไม่พบแพทย์ในสาขาเวชบำบัดวิกฤต ที่มีอายุอยู่ในช่วงที่กำหนด

ตารางที่ 11 แสดงจำนวน และร้อยละของข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์

ประสบการณ์ในการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 20 ปี	47	52.2
20 ปีขึ้นไป	43	47.8
รวม	90	100.0

จากตารางที่ 11 จะเห็นได้ว่า แพทย์ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.2 รองลงมาร้อยละ 47.8 มีประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

3.2 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ตารางที่ 12 แสดงเหตุผลประกอบความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

เหตุผลของผู้ตอบว่าไม่เห็นด้วยมีดังนี้	เหตุผลของผู้ตอบว่าเห็นด้วยมีดังนี้
<ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา 2. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา 3. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย 4. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน 5. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้ มีชีวิตอยู่ต่อไป 6. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ 7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ 8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับ การพลัดพรากได้ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ 2. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ 3. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน 4. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง 5. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ 6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น 7. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย 8. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป

หมายเหตุ ตัวเลขหน้าข้อมูลเหตุผลประกอบความคิดเห็นจากตารางที่ 12 ใช้ในการอ้างอิงเหตุผล 3 ลำดับแรกที่แพทย์และบุคคลทั่วไปใช้ประกอบความคิดเห็น ในตารางที่ 13 ถึง 16 โดยอยู่หลังเครื่องหมาย #

ตารางที่ 13 สรุปการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ Active Voluntary Euthanasia		แพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ตอน				บุคคลทั่วไป ในวัยผู้ใหญ่ตอน				ความ แตกต่าง
		ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	
แพทย์ / บุคคลทั่วไป	ไม่เห็นด้วย n (%)	20 (66.7)	19 (63.3)	24 (80.0)	63 (70.0)	8 (26.7)	14 (46.7)	12 (40.0)	34 (37.8)	S
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 2	# 1	# 1	# 3	# 3	# 5	# 3	
	เหตุผลที่ 2	# 2	# 1	# 2	# 2	# 5	# 5	# 2	# 5	
	เหตุผลที่ 3	# 3	# 3	# 3	# 3	# 2	# 2	# 7	# 2	
	เห็นด้วย n (%)	10 (33.3)	11 (36.7)	6 (20.0)	27 (30.0)	22 (73.3)	16 (53.3)	18 (60.0)	56 (62.2)	
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 4	# 1	# 1	# 1	# 8	# 8	# 8	
เหตุผลที่ 2	# 4	# 1	# 8	# 4	# 4	# 4	# 1	# 1		
เหตุผลที่ 3	# 2	# 8	# 7	# 7	# 8	# 1	# 7	# 4		
แพทย์ นอกรอบๆ*	ไม่เห็นด้วย n (%)	16 (53.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	50 (55.6)					S*
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 2	# 2					
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 5	# 3	# 3					
	เหตุผลที่ 3	# 3	# 6	# 5	# 5					
	เห็นด้วย n (%)	14 (46.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	40 (44.4)					
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 4	# 8	# 1					
เหตุผลที่ 2	# 4	# 1	# 1	# 8						
เหตุผลที่ 3	# 2	# 8	# 2	# 4						
สมมติ เป็นญาติ	ไม่เห็นด้วย n (%)	16 (53.3)	17 (56.7)	14 (46.7)	47 (52.2)	8 (26.7)	12 (40.0)	14 (46.7)	34 (37.8)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 7	# 2	# 7	# 5	# 7	# 7	
	เหตุผลที่ 2	# 5	# 6	# 2	# 7	# 5	# 3	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 3	# 7	# 3	# 5	# 5	# 3	# 2	# 2	# 2	
	เห็นด้วย n (%)	14 (46.7)	13 (43.3)	16 (53.3)	43 (47.8)	22 (73.3)	18 (60.0)	16 (53.3)	56 (62.2)	
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 8	# 4	# 8	# 8	# 7	# 8	
เหตุผลที่ 2	# 2	# 8	# 7	# 8	# 1	# 1	# 8	# 1		
เหตุผลที่ 3	# 8	# 7	# 2	# 2	# 4	# 4	# 1	# 4		
สมมติ เป็นผู้ป่วย	ไม่เห็นด้วย n (%)	11 (36.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	37 (41.1)	6 (20.0)	9 (30.0)	11 (36.7)	26 (28.9)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 2	# 2	# 6	# 2	# 5	# 2	
	เหตุผลที่ 2	# 3	# 6	# 6	# 3	# 2	# 3	# 7	# 5	
	เหตุผลที่ 3	# 1	# 3	# 3	# 6	# 5	# 5	# 2	# 3	
	เห็นด้วย n (%)	19 (63.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	53 (58.9)	24 (80.0)	21 (70.0)	19 (63.3)	64 (71.1)	
	เหตุผลที่ 1	# 8	# 4	# 8	# 8	# 8	# 8	# 8	# 8	
เหตุผลที่ 2	# 4	# 8	# 7	# 4	# 1	# 2	# 1	# 1		
เหตุผลที่ 3	# 7	# 7	# 1	# 7	# 7	# 1	# 7	# 7		

S คือ Significance , $p < 0.01$

NS คือ Non Significance

* คือ การเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างแพทย์นอกรอบๆ กับ แพทย์ในครอบครัว

คือ การอ้างอิงเหตุผลตามตารางที่ 12

จากตารางที่ 13 สามารถสรุปได้ว่าบุคคลทั่วไป (62.2%) เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ (30.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนในกรณีที่ให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่าแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ (44.4%) เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบดังกล่าว (30.0%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 23 ถึง 48 ในภาคผนวก ฉ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 สรุปรายวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ Passive Voluntary Euthanasia		แพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ตอน				บุคคลทั่วไป ในวัยผู้ใหญ่ตอน				ความ แตกต่าง
		ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	
แพทย์ / บุคคลทั่วไป	ไม่เห็นด้วย n (%)	15 (50.0)	9 (30.0)	16 (53.3)	40 (44.4)	12 (40.0)	16 (53.3)	4 (13.3)	32 (35.6)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 5	# 5	# 1	# 3	# 3	# 3	# 3	
	เหตุผลที่ 2	# 2	# 3	# 3	# 3	# 5	# 2	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 3	# 3	# 1	# 1	# 2	# 8	# 5	# 2	# 2	
	เห็นด้วย n (%)	15 (50.0)	21 (70.0)	14 (46.7)	50 (55.6)	18 (60.0)	14 (46.7)	26 (86.7)	58 (64.4)	
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 4	# 4	# 8	# 1	# 7	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 1	# 1	# 1	# 1	# 8	# 6	# 1	
เหตุผลที่ 3	# 2	# 8	# 2	# 2	# 4	# 4	# 5	# 4		
แพทย์ นอกกรอบ*	ไม่เห็นด้วย n (%)	13 (43.3)	9 (30.0)	11 (36.7)	33 (36.7)					NS
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 2	# 2					
	เหตุผลที่ 2	# 3	# 3	# 3	# 3					
	เหตุผลที่ 3	# 5	# 5	# 5	# 5					
	เห็นด้วย n (%)	17 (56.7)	21 (70.0)	19 (63.3)	57 (63.3)					
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 4	# 4					
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 1	# 2	# 1					
เหตุผลที่ 3	# 3	# 8	# 8	# 8						
สมมติ เป็นญาติ	ไม่เห็นด้วย n (%)	13 (43.3)	9 (30.0)	15 (50.0)	37 (41.1)	12 (40.0)	17 (56.7)	7 (23.3)	36 (40.0)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 5	# 4	# 7	# 7	# 5	# 2	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 2	# 7	# 5	# 5	# 5	# 7	# 5	# 7	# 7	
	เหตุผลที่ 3	# 2	# 7	# 2	# 2	# 8	# 7	# 6	# 8	
	เห็นด้วย n (%)	17 (56.7)	21 (70.0)	15 (50.0)	53 (58.9)	18 (60.0)	13 (43.3)	23 (76.7)	54 (60.0)	
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 4	# 4	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 8	# 8	# 8	# 8	# 2	# 2	# 4	# 2	
เหตุผลที่ 3	# 2	# 7	# 7	# 7	# 4	# 1	# 7	# 4		
สมมติ เป็นผู้ป่วย	ไม่เห็นด้วย n (%)	5 (16.7)	4 (13.3)	10 (33.3)	19 (21.1)	7 (23.3)	11 (36.7)	5 (16.7)	23 (25.6)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 3	# 3	# 6	# 6	# 3	# 5	# 5	# 3	
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 1	# 3	# 3	# 6	# 2	# 3	# 5	
	เหตุผลที่ 3	# 2	# 6	# 5	# 5	# 5	# 8	# 2	# 2	
	เห็นด้วย n (%)	25 (83.3)	26 (86.7)	20 (66.7)	71 (78.9)	23 (76.7)	19 (63.3)	25 (83.3)	67 (74.4)	
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 4	# 4	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 8	# 8	# 2	# 8	# 7	# 2	# 4	# 2	
เหตุผลที่ 3	# 7	# 1	# 8	# 7	# 2	# 4	# 2	# 4		

NS คือ Non Significance

คือ การอ้างอิงเหตุผลตามตารางที่ 12

จากตารางที่ 14 สามารถสรุปได้ว่าความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 49 ถึง 74 ในภาคผนวก ฉ)

ตารางที่ 15 สรุปการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ Active Nonvoluntary Euthanasia		แพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ตอน				บุคคลทั่วไป ในวัยผู้ใหญ่ตอน				ความ แตกต่าง
		ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	
แพทย์ / บุคคลทั่วไป	ไม่เห็นด้วย n (%)	24 (80.0)	20 (66.7)	25 (83.3)	69 (76.7)	8 (26.7)	19 (63.3)	10 (33.3)	37 (41.1)	S
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 1	# 1	# 1	# 6	# 5	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 2	# 2	# 2	# 2	# 2	# 5	# 3	# 2	# 3	
	เหตุผลที่ 3	# 4	# 4	# 3	# 3	# 3	# 1	# 7	# 6	
	เห็นด้วย n (%)	6 (20.0)	10 (33.3)	5 (16.7)	21 (23.3)	22 (73.3)	11 (36.7)	20 (66.7)	53 (58.9)	
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 1	# 1	# 1	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 8	# 4	# 4	# 4	# 2	# 2	# 2	# 2	
เหตุผลที่ 3	# 7	# 8	# 7	# 8	# 1	# 4	# 6	# 1		
แพทย์ นอกกรอบ*	ไม่เห็นด้วย n (%)	21 (70.0)	17 (56.7)	21 (70.0)	59 (65.6)					S*, S**
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 2	# 2					
	เหตุผลที่ 2	# 3	# 3	# 5	# 3					
	เหตุผลที่ 3	# 5	# 1	# 3	# 5					
	เห็นด้วย n (%)	9 (30.0)	13 (43.3)	9 (30.0)	31 (34.4)					
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 1	# 7	# 1					
	เหตุผลที่ 2	# 4	# 4	# 1	# 4					
เหตุผลที่ 3	# 8	# 8	# 8	# 7						
สมมติ เป็นญาติ	ไม่เห็นด้วย n (%)	23 (76.7)	15 (50.0)	18 (60.0)	56 (62.2)	8 (26.7)	21 (70.0)	12 (40.0)	41 (45.6)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 7	# 2	# 7	# 8	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 1	# 5	# 7	# 8	# 5	# 2	# 8	
	เหตุผลที่ 3	# 7	# 4	# 2	# 1	# 6	# 2	# 8	# 2	
	เห็นด้วย n (%)	7 (23.3)	15 (50.0)	12 (40.0)	34 (37.8)	22 (73.3)	9 (30.0)	18 (60.0)	49 (54.4)	
	เหตุผลที่ 1	# 8	# 1	# 7	# 1	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 4	# 2	# 4	# 1	# 1	# 7	# 1	
เหตุผลที่ 3	# 4	# 8	# 1	# 8	# 4	# 4	# 5	# 4		

S คือ Significance , $p < 0.01$

NS คือ Non Significance

* คือ การเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างแพทย์นอกกรอบฯ กับ แพทย์ในกรอบฯ

** คือ การเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างแพทย์นอกกรอบฯ กับ บุคคลทั่วไป

คือ การอ้างอิงเหตุผลตามตารางที่ 12

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 15 สามารถสรุปได้ว่าบุคคลทั่วไป (58.9%) เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ (23.3%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนในกรณีที่ให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่าแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ (34.4%) เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบดังกล่าว (23.3%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่การเห็นด้วยยังน้อยกว่าของบุคคลทั่วไป (58.9%) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 75 ถึง 93 ในภาคผนวก ฉ)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 สูตรการวิเคราะห์ (Chi-square) ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นเกี่ยวกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia		แพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ตอน				บุคคลทั่วไป ในวัยผู้ใหญ่ตอน				ความ แตกต่าง
		ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	ต้น	กลาง	ปลาย	รวม	
แพทย์ / บุคคลทั่วไป	ไม่เห็นด้วย n (%)	8 (26.7)	4 (13.3)	6 (20.0)	18 (20.0)	10 (33.3)	14 (46.7)	5 (16.7)	29 (32.2)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 1	# 3	# 1	# 5	# 5	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 2	# 2	# 2	# 5	# 3	# 6	# 7	# 6	# 6	
	เหตุผลที่ 3	# 3	# 3	# 1	# 2	# 7	# 6	# 7	# 7	
	เห็นด้วย n (%)	22 (73.3)	26 (86.7)	24 (80.0)	72 (80.0)	20 (66.7)	16 (53.3)	25 (83.3)	61 (67.8)	
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 7	# 4	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 8	# 8	# 4	# 7	# 4	# 4	# 7	# 4	
เหตุผลที่ 3	# 7	# 7	# 8	# 8	# 1	# 1	# 6	# 1		
แพทย์ นอกกรอบ*	ไม่เห็นด้วย n (%)	5 (16.7)	5 (16.7)	6 (20.0)	16 (17.8)					NS
	เหตุผลที่ 1	# 1	# 1	# 5	# 1					
	เหตุผลที่ 2	# 2	# 6	# 6	# 5					
	เหตุผลที่ 3	# 3	# 2	# 4	# 6					
	เห็นด้วย n (%)	25 (83.3)	25 (83.3)	24 (80.0)	74 (82.2)					
	เหตุผลที่ 1	# 4	# 4	# 7	# 4					
	เหตุผลที่ 2	# 8	# 8	# 8	# 8					
เหตุผลที่ 3	# 7	# 7	# 4	# 7						
สมมติ เป็นญาติ	ไม่เห็นด้วย n (%)	7 (23.3)	7 (23.3)	6 (20.0)	20 (22.2)	12 (40.0)	15 (50.0)	7 (23.3)	34 (37.8)	NS
	เหตุผลที่ 1	# 2	# 2	# 2	# 2	# 6	# 5	# 5	# 5	
	เหตุผลที่ 2	# 1	# 3	# 3	# 3	# 5	# 7	# 6	# 6	
	เหตุผลที่ 3	# 6	# 1	# 7	# 1	# 7	# 6	# 7	# 7	
	เห็นด้วย n (%)	23 (76.7)	23 (76.7)	24 (80.0)	70 (77.8)	18 (60.0)	15 (50.0)	23 (76.7)	56 (62.2)	
	เหตุผลที่ 1	# 8	# 4	# 4	# 4	# 8	# 8	# 8	# 8	
	เหตุผลที่ 2	# 4	# 8	# 8	# 8	# 4	# 4	# 7	# 4	
เหตุผลที่ 3	# 5	# 1	# 7	# 5	# 1	# 7	# 2	# 1		

NS คือ Non Significance

คือ การอ้างอิงเหตุผลตามตารางที่ 12

จากตารางที่ 16 สามารถสรุปได้ว่าความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 94 ถึง 112 ในภาคผนวก ข)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ตารางที่ 17 สรุปการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Chi-square) ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์ และบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ความสัมพันธ์ของ วัย กับ ความคิดเห็น	แพทย์				บุคคลทั่วไป			
	AVE	PVE	ANE	PNE	AVE	PVE	ANE	PNE
แพทย์	NS	NS	NS	NS				
บุคคลทั่วไป					NS	NS	NS	NS
แพทย์นอกกรอบฯ	NS	NS	NS	NS				
สมมติเป็นญาติ	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
สมมติเป็นผู้ป่วย	NS	NS			NS	NS		

AVE คือ Active Voluntary Euthanasia

PVE คือ Passive Voluntary Euthanasia

ANE คือ Active Nonvoluntary Euthanasia

PNE คือ Passive Nonvoluntary Euthanasia

NS คือ Non Significance

จากตารางที่ 17 สามารถสรุปได้ว่าวัยของแพทย์และบุคคลทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภท กล่าวคือ แพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายมีความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภทไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 113 ถึง 122 ในภาคผนวก ฉ)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ตารางที่ 18 สรุปการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Chi-square) ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็น	AVE				PVE				ANE			PNE		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3
เพศ	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
สถานภาพสมรส	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
รายได้ต่อเดือน	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS
การศึกษาสูงสุด	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS
ประสบการณ์การศึกษา	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
มีญาติหรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วย	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
ถูกร้องขอให้ทำ Euthanasia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
มีประสบการณ์ Euthanasia	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
การนับถือศาสนา	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
การปฏิบัติตามหลักคำสอน	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
สาขาที่เชี่ยวชาญ (แพทย์)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
ประสบการณ์การทำงาน (แพทย์)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

AVE คือ Active Voluntary Euthanasia

PVE คือ Passive Voluntary Euthanasia

ANE คือ Active Nonvoluntary Euthanasia

PNE คือ Passive Nonvoluntary Euthanasia

1 คือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดตามสถานะปกติ

2 คือ กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

3 คือ กรณีสมมติให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นญาติผู้ป่วย

4 คือ กรณีสมมติให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้ป่วย

S คือ Significance , $p < 0.001$

NS คือ Non Significance

จากตารางที่ 18 สามารถสรุปได้ว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia, Passive Voluntary Euthanasia และ Passive Nonvoluntary Euthanasia (รายละเอียดดูตารางที่ 123 ถึง 138 ในภาคผนวก ฉ)

ส่วนในกรณีของ Active Nonvoluntary Euthanasia พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน และการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับความเห็นในเรื่องดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนี้

ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท (66.7%) เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป (29.7%) (รายละเอียดดูตารางที่ 131 กับ 132 ในภาคผนวก ฉ)

ด้านการศึกษาสูงสุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี (25.6%) เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี (60.5%) และระดับปริญญาตรี (50.0%) (รายละเอียดดูตารางที่ 131 กับ 133 ในภาคผนวก ฉ)

3.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ตารางที่ 19 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ความคิดเห็น *	แพทย์ (ร้อยละ) n = 90	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ) n = 90	รวม (ร้อยละ) N = 180
1. การแพทย์ และพยาบาล	79 (87.8)	81 (90.0)	160 (88.9)
2. สังคมสงเคราะห์	46 (51.1)	37 (41.1)	83 (46.1)
3. กฎหมาย	66 (73.3)	48 (53.3)	114 (63.3)
4. ศาสนา	49 (54.4)	26 (28.9)	75 (41.7)
5. การศึกษา	1 (1.1)	-	1 (0.6)

* ความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความเห็นว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลควรรับผิดชอบในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุดถึงร้อยละ 88.9 รองลงมาคือหน่วยงานด้านกฎหมายร้อยละ 63.3 ด้านสังคมสงเคราะห์ร้อยละ 46.1 ด้านศาสนาร้อยละ 41.7 และด้านการศึกษาร้อยละ 0.6 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาตามอาชีพพบว่าบุคคลทั่วไปและแพทย์มีความเห็นสอดคล้องกันว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลควรรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 90.0 และ 87.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 20 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา

ความคิดเห็น *	แพทย์ (ร้อยละ) n = 90	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ) n = 90	รวม (ร้อยละ) N = 180
1. ผู้ป่วย	47 (52.2)	39 (43.3)	86 (47.8)
2.ญาติผู้ป่วย	38 (42.2)	41 (45.6)	79 (43.9)
3. แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย	61 (67.8)	70 (77.8)	131 (72.8)
4. คณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคม สงเคราะห์	56 (62.2)	43 (47.8)	99 (55.0)
5. คณะแพทย์	5 (5.6)	2 (2.2)	7 (3.9)
6. ศาล	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (1.1)

* ความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 20 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความเห็นว่า แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุดถึงร้อยละ 72.8 รองลงมาคือ คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคมสงเคราะห์หรือร้อยละ 55.0 ตัวผู้ป่วยเองร้อยละ 47.8 ญาติผู้ป่วยร้อยละ 43.9 คณะแพทย์ร้อยละ 3.9 และศาลร้อยละ 1.1 อีกทั้งเมื่อพิจารณาตามอาชีพพบว่า บุคคลทั่วไปและแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษาคิดเป็นร้อยละ 77.8 และ 67.8 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ความคิดเห็น *	แพทย์ (ร้อยละ) n = 90	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ) n = 90	รวม (ร้อยละ) N = 180
1. ผู้ป่วย	55 (61.1)	55 (61.1)	110 (61.1)
2. ญาติผู้ป่วย	50 (55.6)	54 (60.0)	104 (57.8)
3. แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย	53 (58.9)	57 (63.3)	110 (61.1)
4. คณะกรรมการประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคม สงเคราะห์	53 (58.9)	36 (40.0)	89 (49.4)
5. คณะแพทย์	4 (4.4)	1 (1.1)	5 (2.8)
6. ศาล	1 (1.1)	1 (1.1)	2 (1.1)

* ความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 21 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความเห็นว่าตัวผู้ป่วยเอง และแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุดถึงร้อยละ 61.1 รองลงมาคือญาติผู้ป่วยร้อยละ 57.8 คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ร้อยละ 49.4 คณะแพทย์ร้อยละ 2.8 และศาลร้อยละ 1.1 แต่หากพิจารณาตามอาชีพพบว่า บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่คิดว่าผู้ตัดสินใจควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ น่าจะเป็นแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 63.3 ในขณะที่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ตัดสินใจเองถึงร้อยละ 61.1

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่องเอกสารแสดงเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์สามารถปฏิบัติตามได้

ความคิดเห็น *	แพทย์ (ร้อยละ) n = 90	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ) n = 90	รวม (ร้อยละ) N = 180
1. พินัยกรรมเพื่อชีวิตแสดงเจตนารมณ์ในการรักษา	72 (80.0)	76 (84.4)	148 (82.2)
2. หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจในการรักษา	56 (62.2)	60 (66.7)	116 (64.4)
3. ข้อเสนอแนะว่าเอกสารทั้งสองลักษณะควรใช้ร่วมกับการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย คณะแพทย์ หรือศาล และควรมีกฎหมายรองรับในเรื่องนี้อย่างชัดเจน	4 (4.4)	3 (3.3)	7 (3.9)

* ความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 22 กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความคิดว่าเอกสารแสดงเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด คือพินัยกรรมเพื่อชีวิต คิดเป็นร้อยละ 82.2 รองลงมาคือหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจในการรักษาร้อยละ 64.4 และเมื่อพิจารณาตามอาชีพพบว่า บุคคลทั่วไปและแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าพินัยกรรมเพื่อชีวิตควรเป็นเอกสารแสดงเจตนารมณ์ของผู้ป่วยที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.4 และ 80.0 ตามลำดับ นอกจากนี้แพทย์และบุคคลทั่วไปยังเสนอแนะว่าเอกสารทั้งสองลักษณะควรใช้ร่วมกับการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย คณะแพทย์ หรือศาล และควรมีกฎหมายรองรับในเรื่องนี้อย่างชัดเจนคิดเป็นร้อยละ 3.9

สรุปความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ ดังต่อไปนี้

1. หน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุด

2. แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุด
3. ผู้ป่วยและแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุด
4. ทัศนคติเพื่อชีวิตควรเป็นเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาความคิดเห็นของแพทย์ และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ โดยเก็บข้อมูลจากแพทย์จำนวน 90 คน มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน บุคคลทั่วไปจำนวน 90 คน มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยมีการอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

1.1 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

1.1.1 ความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.0 ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภทนี้จะทำให้แพทย์มีความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา และหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia มากที่สุด (80.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (66.7%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (63.3%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนามากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีแนวคิดว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด

ส่วนแพทย์ร้อยละ 30.0 ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าไม่ผิดกฎหมายเพราะเป็นเจตนารมณ์ของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และเป็นการประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยกับกรณีนี้มากที่สุด (36.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (33.3%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (20.0%) ส่วนเหตุผลที่แพทย์วัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุดคือไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็นเจตนารมณ์ของตัวผู้ป่วย และเหตุผลที่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด ในกรณีดังกล่าวคือผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (62.2%) เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (73.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (53.3%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่า Active Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และผู้ป่วยก็มีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด สำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานมากที่สุด และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน และไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วยมากที่สุด อีกทั้งยังเห็นด้วยกับความคิดที่ว่าเป็นการประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย และเป็นประโยชน์ในการสงวนทรัพยากรและบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น

ในส่วนของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (37.8%) กับ Active Voluntary Euthanasia ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ในการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (46.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (26.7%) โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนและรักษาชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าในเมื่อผู้ป่วยยังไม่ตายก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป อีกทั้งยังเห็นว่า Active Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปและแพทย์พบว่า บุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 29 ในภาคผนวก ข)

1.1.2 กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.6 ไม่เห็นด้วยกับกรณีดังกล่าวโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งแพทย์วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (56.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอน

ต้น (53.3%) นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ทุกกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นว่า Active Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุดเช่นเดียวกัน

ส่วนแพทย์ร้อยละ 44.4 ที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภทนี้ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกดังนี้ การกระทำดังกล่าวถือว่าไม่ผิดกฎหมายเพราะเป็นเจตนาธรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (46.7%) รองมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (43.3%) ซึ่งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าไม่ผิดกฎหมายเพราะเป็นเจตนาธรรมของผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไปมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพพบว่า แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพเห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 33 ในภาคผนวก ข)

ส่วนการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 34 ในภาคผนวก ข)

1.1.3 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

แพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia (52.2%) โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ และผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (56.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (53.3%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46.7%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา มากที่สุด ในขณะที่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia (47.8%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป และเป็นเจตนาดีที่ต้องทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย

เห็นด้วยมากที่สุด (53.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (46.7%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (43.3%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยว่า Active Voluntary Euthanasia เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไปมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปร้อยละ 62.2 เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาประเภท Active Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานกับสภาพที่เป็นอยู่ ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (73.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (53.3%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไปมากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยกับแนวคิดที่ Active Voluntary Euthanasia เป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด

อีกร้อยละ 37.8 ของบุคคลทั่วไปไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่า บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (46.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (26.7%) โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติมากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยกับแนวคิดที่ Active Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับ Active Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 41 ในภาคผนวก ข)

1.1.4 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัว

ของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (63.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (56.7%) ซึ่งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไปมากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยกับความคิดว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด

แพทย์ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 41.1 ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกไว้ว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (43.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (36.7%) โดยแพทย์ทั้ง 3 กลุ่มอายุเห็นด้วยกับแนวคิดว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและตอนปลายยังมีแนวคิดว่าหากผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (71.1%) เห็นด้วยกับกรณีดังกล่าวโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกไว้ว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาธรรมณ์ของผู้ป่วย และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย โดยบุคคลทั่วไปวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (80.0%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (70.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (63.3%) แต่บุคคลทั่วไปทุกกลุ่มอายุเน้นเหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไปมากที่สุด

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (28.9%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา ผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (36.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20.0%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาผู้ป่วยให้หายได้มากที่สุด ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีความเห็นว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา รวมทั้งยังมีความเห็นว่หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย สำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ (รายละเอียดดูตารางที่ 13 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะผู้ป่วยในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 48 ในภาคผนวก ฉ)

1.2 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

1.2.1 ความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

แพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 55.6 เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกไว้ว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และเป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (70.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (50.0%) และแพทย์วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (46.7%) นอกจากนี้แพทย์ทุกกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด

ส่วนแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยร้อยละ 44.4 ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกไว้ว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (53.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (50.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30.0%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนามากที่สุด และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังเห็นด้วยกับความคิดว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไปมากที่สุดเช่นเดียวกับแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

สำหรับความเห็นของบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (64.4%) เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยกับกรณิดังกล่าวมากที่สุด (86.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (46.7%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากที่สุด แต่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นว่า Passive Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในเรื่องที่สำคัญสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย อีกทั้งยังเป็นการสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (35.6%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้นานที่สุด ผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป

และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (53.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (13.3%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางให้เหตุผลว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด นอกจากนี้บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางยังมองว่า Passive Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา มากที่สุดอีกด้วย ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลสอดคล้องกับบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง รวมทั้งยังเห็นว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ที่ญาติสมควรปฏิบัติ ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้ แพทย์จะมีความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา และอาจกระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชน (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 55 ในภาคผนวก ฉ)

1.2.2 กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่าแพทย์ร้อยละ 63.3 เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของแพทย์ และผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (70.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (63.3%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (56.7%) โดยแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองสอดคล้องกันทั้ง 3 กลุ่ม

ส่วนร้อยละ 36.7 ของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ มีแนวคิดไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไม่เห็นด้วยมากที่สุด (43.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (36.7%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30.0%) โดยแพทย์ในแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลสอดคล้องกันว่าเป็นการขัดต่อหลักศาสนา นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังให้เหตุผลอีกว่าหน้าที่ของแพทย์คือการ

สงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และหากผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 59 ในภาคผนวก ข)

ส่วนการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับ Passive Voluntary Euthanasia พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 60 ในภาคผนวก ข)

1.2.3 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภทนี้โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป และเป็นการประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในเรื่องที่สำคัญสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (70.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (56.7%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (50.0%) นอกจากนี้แพทย์แต่ละกลุ่มอายุยังให้เหตุผลประกอบความคิดที่สอดคล้องกันคือผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด

ส่วนร้อยละ 41.1 ของแพทย์มีความคิดที่ไม่เห็นด้วยโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ ผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (50.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (43.3%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30.0%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไปมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีแนวคิดว่าการกระทำดังกล่าวอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชนมากที่สุด แต่สำหรับแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (60.0%) เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุด (76.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (43.3%) นอกจากนี้

บุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุยังให้เหตุผลสอดคล้องกันว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานมากที่สุด

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (40.0%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ และผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำให้ยอมรับการปลดพรากได้ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (56.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (23.3%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ และผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถทำให้ยอมรับการปลดพรากได้ และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่า Passive Voluntary Euthanasia เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับ Passive Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 67 ในภาคผนวก ฉ)

1.2.4 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

แพทย์ส่วนใหญ่ (78.9%) เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (86.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (83.3%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (66.7%) โดยแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลว่าผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด อีกทั้งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังมีแนวคิดว่าเป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์

ส่วนแพทย์ที่ไม่เห็นด้วย (21.1%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปเพราะอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาได้ หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (33.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (16.7%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (13.3%) ซึ่งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีเหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าแพทย์ควรรักษาไปตามอาการของโรค หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วย

ตายโดยเจตนา นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีความเห็นว่าการกระทำดังกล่าวเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่ร้อยละ 74.4 เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป เป็นเจตนาดีที่ต้องทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ และผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุด (83.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (76.7%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (63.3%) โดยบุคคลทั่วไปในแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไปมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดที่ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง

แต่ร้อยละ 25.6 ของบุคคลทั่วไปไม่เห็นด้วยโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (36.7%) รองลงมาคือบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (23.3%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (16.7%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ แต่วัยผู้ใหญ่ตอนกลางคิดว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้ ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลสอดคล้องกับบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อีกทั้งยังมองว่าแพทย์จะมีความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา และการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ (รายละเอียดดูตารางที่ 14 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะผู้ป่วยในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 74 ในภาคผนวก ฉ)

1.3 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

1.3.1 ความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่า แพทย์ส่วนใหญ่ (76.7%) ไม่เห็นด้วยกับกรณีดังกล่าวโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าแพทย์จะมีความผิดฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา และหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (83.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

(80.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (66.7%) โดยแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนามากที่สุด อีกทั้งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังมีแนวคิดว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา

ส่วนแพทย์ที่เห็นด้วย (23.3%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการกระทำดังกล่าวไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (33.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (20.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (16.7%) ซึ่งแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความเห็นว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนาเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วยมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 15 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 58.9 เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมาน เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ และไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วย เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (73.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (66.7%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (36.7%) โดยบุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานมากที่สุด นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังมีแนวคิดว่าเป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์ รวมทั้งควรสงวนทรัพยากรและบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น

ส่วนร้อยละ 41.1 ของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (63.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (33.3%) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (26.7%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าถ้าผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้มากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ตอนกลางยังมีความเห็นว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย แต่วัยผู้ใหญ่ตอนปลายมองว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา อีกทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอยู่เป็นหน้าที่ที่ญาติสมควรปฏิบัติ (รายละเอียดดูตารางที่ 15 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปกับแพทย์พบว่า บุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 81 ในภาคผนวก ข) 1.3.2 กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (65.6%) ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (70.0%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (56.7%) ซึ่งแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด

ส่วนแพทย์ที่เห็นด้วย (34.4%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการกระทำดังกล่าวไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (43.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (30.0%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีเหตุผลสอดคล้องกันว่าไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วยมากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดที่ Active Nonvoluntary Euthanasia เป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 15 ในบทที่ 3)

การเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพพบว่า แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพเห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 85 ในภาคผนวก ข)

ส่วนการเปรียบเทียบความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่าบุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (รายละเอียดดูตารางที่ 86 ในภาคผนวก ข)

1.3.3 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.2 ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ และแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นไม่เห็นด้วยมากที่สุด (76.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (60.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (50.0%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลเช่นเดียวกันว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนามากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติมากที่สุด

ส่วนร้อยละ 37.8 ของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าการกระทำดังกล่าวไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของญาติผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (50.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (40.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (23.3%) ซึ่งแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ต้นให้เหตุผลว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีแนวคิดที่ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของญาติผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยก็มีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายคิดว่า Active Nonvoluntary Euthanasia เป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด (รายละเอียดดูตารางที่ 15 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (54.4%) เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป ไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของญาติผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นด้วยมากที่สุด (73.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (30.0%) ซึ่งบุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลประกอบความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไปมากที่สุด นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังมองว่าผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ และ Active Nonvoluntary Euthanasia เป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย รวมทั้งยังช่วยสงวนทรัพยากรและบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (45.6%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจ อยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้ และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไป ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (70.0%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (26.7%) โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติมากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอน ปลายมีเหตุผลว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ ตอนกลางยังมีความคิดที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia เพราะผู้ป่วยหรือ ญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้ สำหรับวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลว่าเป็น การกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา (รายละเอียดดูตารางที่ 15 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะญาติผู้ป่วยพบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 93 ในภาคผนวก ฉ)

1.4 ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการ รักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

1.4.1 ความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80.0 เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia โดย ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย และผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (86.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (80.0%) และแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (73.3%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิ เลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดว่า การกระทำได้กล่าวช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด

ส่วนร้อยละ 20.0 ของแพทย์ตอบว่าไม่เห็นด้วยโดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอน ต้นไม่เห็นด้วยมากที่สุด (26.7%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (20.0%) และแพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (13.3%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเห็นว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานะ ทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนามากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีแนวคิดว่าหน้าที่ของแพทย์

คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไปมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลสอดคล้องกับแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อีกทั้งยังมองว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา อาจกระทบกระเทือนสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชน และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ (รายละเอียดดูตารางที่ 16 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (67.8%) เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป ญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาของญาติผู้ป่วย โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุด (83.3%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (66.7%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (53.3%) ซึ่งบุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลว่าผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไปมากที่สุด

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (32.2%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าในเมื่อผู้ป่วยยังหายใจอยู่ก็ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ และการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (46.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (33.3%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (16.7%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีความเห็นว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีแนวคิดว่าจะมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลสอดคล้องกับบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อีกทั้งยังเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตผู้ป่วย ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา และอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่นหรือสิทธิของสาธารณชน (รายละเอียดดูตารางที่ 16 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 100 ในภาคผนวก ข)

1.4.2 กรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ (82.2%) เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทุกข์ทรมานอีกต่อไป และประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเห็นด้วยมากที่สุด (83.3%)

รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (80.0%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีความเห็นว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภทนี้เป็นการช่วยประหยัดเงินค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยมากที่สุด

ส่วนแพทย์ที่ไม่เห็นด้วย (17.8%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป และอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายไม่เห็นด้วยมากที่สุด (20.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (16.7%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางให้เหตุผลว่าแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา แต่แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมองว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นยังมีแนวคิดว่า *Passive Nonvoluntary Euthanasia* เป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา และหน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางให้เหตุผลว่าอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ (รายละเอียดดูตารางที่ 16 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 104 ในภาคผนวก ฉ)

และการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไป พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 105 ในภาคผนวก ฉ)

1.4.3 กรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ร้อยละ 77.8 เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท *Passive Nonvoluntary Euthanasia* โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป และผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุด (80.0%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (76.7%) โดยแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นให้เหตุผลว่าการกระทำดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไปมากที่สุด ส่วนแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยผู้ใหญ่ตอนปลายมีเหตุผลว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเองมากที่สุด

สำหรับร้อยละ 22.2 ของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และแพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (23.3%) รองลงมาคือแพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (20.0%) โดยแพทย์แต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลสอดคล้องกันว่าเป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา นอกจากนี้แพทย์ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายยังมีความเห็นว่หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วย และการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ ีญาติสมควรปฏิบัติ (รายละเอียดดูตารางที่ 16 ในบทที่ 3)

สำหรับบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่ (62.2%) เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia โดยให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไป ญาติผู้ป่วยมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง และไม่ผิดกฎหมายเนื่องจากเป็นเจตนาธรรมของญาติผู้ป่วย เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเห็นด้วยมากที่สุด (76.7%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (60.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (50.0%) โดยบุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุให้เหตุผลสอดคล้องกันว่าเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและญาติไม่ต้องเจ็บปวดทรมานอีกต่อไปมากที่สุด

ส่วนบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วย (37.8%) ให้เหตุผล 3 ลำดับแรกว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้ และการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่าบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางไม่เห็นด้วยมากที่สุด (50.0%) รองลงมาคือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (40.0%) และวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (23.3%) โดยบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีความเห็นว่าอาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาผู้ป่วยให้หายได้มากที่สุด แต่บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางคิดว่าผู้ป่วยยังหายใจอยู่ควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไปมากที่สุด ส่วนบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายให้เหตุผลสอดคล้องกับบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง อีกทั้งยังมองว่าการช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ ขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา หน้าที่ของแพทย์คือการสงวนรักษาชีวิตผู้ป่วย และผู้ป่วยหรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้ (รายละเอียดดูตารางที่ 16 ในบทที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 112 ในภาคผนวก ข)

ภาพรวมของผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดแล้วพบผลดังนี้

1. แพทย์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia เพราะคิดว่าเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักของกฎหมาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Forde, Aasland และ Falkum (1997) ที่ได้ทำการสำรวจทัศนคติ และประสบการณ์ของแพทย์ชาวนอร์เวย์จำนวน 980 คน ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ ผลการศึกษาพบว่าแพทย์ชาวนอร์เวย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับ Active Euthanasia เพราะมองว่าการกระทำดังกล่าวเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และผลการวิจัยที่พบว่าแพทย์ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ด้วยเหตุผลเกี่ยวกับการผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรมจรรยาได้รับการสนับสนุนจากแนวคิดในด้านกฎหมายเกี่ยวกับ Active Euthanasia ที่เห็นว่าแพทย์จะมีความผิดหากแพทย์เจตนาให้แก่ผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยตาย หรือการให้ยาในปริมาณที่มากเกินไปและแพทย์ทราบดีว่าผลของการกระทำดังกล่าวสามารถทำให้ผู้ป่วยตายได้ และด้วยเหตุที่ว่ากรณีที่แพทย์ยินยอมให้ยาเกินขนาดแก่ผู้ป่วยที่ทรมาณมากๆ เพื่อจะได้พ้นทุกข์เป็นการขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีและไม่เป็นเหตุให้การกระทำนั้นชอบด้วยกฎหมาย แพทย์จึงไม่มีอำนาจที่จะกระทำได้ (Anderson & Caddell, 1993; คณิต ฅ นคร, 2535; สุวงศ์ ศาสตราวหา และคณะ, 2534 อ้างถึงใน วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร, 2540; ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, 2529)

2. แพทย์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มเห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia และ Passive Nonvoluntary Euthanasia เนื่องจากมองว่าผู้ป่วยหรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์ (2529) และพินิจรัตนกุล (2538) ที่เห็นว่าสิทธิเสรีภาพของมนุษย์ไม่อาจถูกริดรอนไปได้แม้ต้องเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง บุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพในสิทธินั้น และหากผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ญาติควรจะเป็นผู้ทำหน้าที่แทน

สำหรับความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปพบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทั้ง 4 ประเภท โดยให้เหตุผลว่า Euthanasia เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ สันต์ หัตถิรัตน์ (2542) ที่กล่าวว่า การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพราะการพยายามเหนี่ยวรั้งชีวิตของผู้ป่วยออกไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานจากวิธีการยืดชีวิต และจากโรคที่เป็นอยู่โดยตรง ส่วนญาติจะต้องทุกข์ทรมานเมื่อเห็นความเจ็บปวดของคนที่คุณรัก

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าบุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในกรณีให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ พบว่าแพทย์ที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยแพทย์ส่วนใหญ่ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพเห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นภายใต้กรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ อย่างไรก็ตามการเห็นด้วยยังน้อยกว่าของบุคคลทั่วไปในกรณีของ Active Nonvoluntary Euthanasia ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกรอบดังกล่าวมีส่วนสำคัญที่ทำให้แพทย์ไม่เห็นด้วยกับ Active Euthanasia ดังเช่นผลการวิจัยของ Anderson และ Caddell (1993) ที่พบว่าหลักการทางวิชาชีพของแพทย์และบทบัญญัติของกฎหมายเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และสอดคล้องกับที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวองค์ปัจจุบันได้ทรงพระราชทานคำจำกัดความของคำว่าจริยธรรมของแพทย์ไว้อย่างชัดเจนในจุฬาลงกรณ์แพทย์อนุสรณ์ พ.ศ. 2512 ว่า “จรรยาแพทย์เป็นทั้งวินัยและกฎเกณฑ์ที่ไม่มีผู้ใดบังคับให้ปฏิบัติ แต่แพทย์ทุกคนต้องบังคับตนเองให้ปฏิบัติอย่างเคร่งครัดครบถ้วนอยู่เสมอตลอดชีวิต มิฉะนั้นจะกลายเป็นผู้ที่ทำลายตนเอง ทำลายสถาบันแพทย์และสถาบันสังคม” (สมพนธ์ บุญยคุปต์, 2543) สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ยังคงไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia เนื่องจากการกระทำดังกล่าวมีเจตนาเพื่อเร่งให้ผู้ป่วยตายเร็วขึ้น ซึ่งถือว่าขัดแย้งกับจรรยาบรรณวิชาชีพของแพทย์อย่างรุนแรง (Anderson & Caddell, 1993; พินิจ รัตนกุล, 2538) อาจสรุปได้ว่ากรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นปัจจัยสำคัญในการจำกัดความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย พบว่าความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภทไม่มีความแตกต่างกัน

ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย พบว่าความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในฐานะผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภทไม่มีความแตกต่างกัน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

พบว่าวัยกับความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบแต่ละประเภทไม่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายมีความคิดเห็นในเรื่อง Euthanasia ทุกประเภทไม่แตกต่างกัน (รายละเอียดดูตารางที่ 113 ถึง 122 ในภาคผนวก ฉ) ทั้งนี้อาจวิเคราะห์ได้เป็น 2 กรณีดังนี้

1. กรอบของสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดให้ความคิดเห็นของแพทย์ทุกกลุ่มอายุเป็นไปในแนวทางเดียวกัน เนื่องจากกรอบของสังคมหรือสถาบันทางสังคมเป็นสิ่งแพทย์ต้องคำนึงถึง และยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด (สมพนธ์ บุญยคุปต์, 2543) ดังนั้นเหตุผลประกอบความคิดเห็นของแพทย์ทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่จึงมีแนวโน้มที่จะสะท้อนออกมาในรูปแบบของการอ้างอิงหลักการทางกฎหมาย จรรยาบรรณแพทย์ คำสอนของศาสนาและสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นระเบียบปฏิบัติรวมทั้งเป็นบรรทัดฐานของสังคม

2. แนวโน้มความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปทุกกลุ่มอายุมีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปโดยรวม กล่าวคือเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภท โดยเหตุผลของบุคคลทั่วไปแต่ละกลุ่มอายุส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกันคือคิดว่า Euthanasia เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ สันต์ หัตถิรัตน์ (2542) ที่กล่าวว่าการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพราะการพยายามเหนี่ยวรั้งชีวิตของผู้ป่วยออกไป ทำให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดทรมานจากวิธีการยืดชีวิต และจากโรคที่เป็นอยู่โดยตรง ส่วนญาติจะต้องทุกข์ทรมานเมื่อเห็นความเจ็บปวดของคนที่คุณรัก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia, Passive

Voluntary Euthanasia และ Passive Nonvoluntary Euthanasia (รายละเอียดดูตารางที่ 123 ถึง 138 ในภาคผนวก ข)

ส่วนในกรณีของ Active Nonvoluntary Euthanasia พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรายได้ต่อเดือน และการศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนี้

1. ด้านรายได้ต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าผู้มีรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป (รายละเอียดดูตารางที่ 131 กับ 132 ในภาคผนวก ข) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนในระดับต่ำตระหนักดีว่าการบำบัดรักษาหรือการยืดชีวิตผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาต้องสิ้นเปลืองเงินค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก และต้องใช้ทรัพยากรมากกว่าการรักษาพยาบาลทั่วไปหลายเท่า ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการที่แพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบถือเป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและญาติ (Cohen และคณะ, 1994 อ้างถึงใน Forde, Aasland & Falkum, 1997; ประสาน ต่างใจ และธนพรพรณ สิทธิสุนทร, 2539; พินิจ รัตนกุล, 2538; สันต์ หัตถิรัตน์, 2542)

2. ด้านการศึกษาสูงสุด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia น้อยกว่าผู้มีการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และระดับปริญญาตรี (รายละเอียดดูตารางที่ 131 กับ 133 ในภาคผนวก ข) ซึ่งขัดแย้งกับงานวิจัยของ Caddell และ Newton ที่ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของสาธารณชนเกี่ยวกับ Active Euthanasia และบทบาทของแพทย์เกี่ยวกับการกระทำความดังกล่าว พบว่าบุคคลทั่วไปที่มีการศึกษาในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะยอมรับการทำให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายตายด้วยการใช้ยามากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำ (Caddell & Newton, 1995) ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ซึ่งมีกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นตัวแปรสำคัญในการควบคุมการแสดงความคิดเห็น จึงทำให้ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ Caddell และ Newton

จากผลการวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน และระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

4. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะในเรื่องของหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ บุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็น

บุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา บุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์สามารถปฏิบัติตามได้ ดังต่อไปนี้

1. ด้านหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลควรรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวมากที่สุด (88.9%) รองลงมาคือหน่วยงานด้านกฎหมาย (63.3%) ด้านสังคมสงเคราะห์ (46.1%) ด้านศาสนา (41.7%) และด้านการศึกษา (0.6%) ตามลำดับ

2. ด้านบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุด (72.8%) รองลงมาคือคณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคมสงเคราะห์ (55.0%) ตัวผู้ป่วยเอง (47.8%) ญาติผู้ป่วย (43.9%) คณะแพทย์ (3.9%) และศาล (1.1%) ตามลำดับ

3. ด้านบุคคลที่ควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดว่าตัวผู้ป่วยเอง และแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุด (61.1%) รองลงมาคือญาติผู้ป่วย (57.8%) คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ (49.4%) คณะแพทย์ (2.8%) และศาลตามลำดับ (1.1%) แต่หากพิจารณาตามอาชีพพบว่าบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่คิดว่าผู้ตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวน่าจะเป็นแพทย์ที่รักษาผู้ป่วย (63.3%) ในขณะที่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า ผู้ป่วยควรจะเป็นผู้ตัดสินใจเอง (61.1%)

4. ด้านเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์สามารถปฏิบัติตามได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดว่าเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด คือพินัยกรรมเพื่อชีวิต (82.2%) รองลงมาคือหนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจในการรักษา (64.4%) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเสนอแนะว่าเอกสารทั้งสองลักษณะควรใช้ร่วมกับการตัดสินใจของญาติผู้ป่วย คณะแพทย์ หรือศาล และควรมีกฎหมายรองรับในเรื่องนี้อย่างชัดเจน (3.9%)

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเสนอแนะว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุด แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษามากที่สุด ผู้ป่วยและแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบมากที่สุด และพินัยกรรมเพื่อชีวิตควรเป็นเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้มากที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มแบบโควต้า (Quota Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบด้วยแพทย์และบุคคลทั่วไปซึ่งทำงานอยู่ในเขต กรุงเทพมหานครทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 180 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นแพทย์ มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามในการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว (Validity) ไปทดลองใช้ในการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่องประกอบด้วยแพทย์และบุคคลทั่วไปที่ทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้จากวิธีการสุ่มแบบโควต้า จำนวน 30 คน คือบุคคลทั่วไปที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 5 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 5 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน แพทย์ที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 5 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 5 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ ไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับแพทย์และบุคคลทั่วไปซึ่งทำงานอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 180 คน คือบุคคลทั่วไปที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน แพทย์ที่มีอายุ 25 ถึง 35 ปี จำนวน 30 คน อายุ 40 ถึง 55 ปี จำนวน 30 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติร้อยละ และค่าความถี่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของแพทย์ และ / หรือ บุคคลทั่วไปในสวนที่ 1
 - 1.2 ความคิดเห็นของแพทย์ และ/หรือ บุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย
 - 1.3 เหตุผลประกอบความคิดเห็น
 - 1.4 ข้อเสนอแนะในส่วนที่ 3
2. ใช้การทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi Square) ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้
 - 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์ และ / หรือ บุคคลทั่วไป
 - 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไป และใช้ค่าปรับแก้ของ Yates มาวิเคราะห์ผลในกรณีที่ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom) เท่ากับ 1 และค่าความถี่ที่คาดหวัง (Expected Frequency) น้อยกว่า 10
 - 2.3 ใช้การทดสอบ McNemar ในการเปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. ใช้สถิติการทดสอบภายหลังหรือ Post Hoc Test โดยวิธีของ Scheffe/ ในกรณีที่พบความแตกต่างในข้อ 2.1 และ 2.2

ผลการวิจัย

1. บุคคลทั่วไปเห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
2. แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพเห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia และ Active Nonvoluntary Euthanasia มากกว่าแพทย์ทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่การเห็นด้วยยังน้อยกว่าของบุคคลทั่วไปในกรณีของ Active Nonvoluntary Euthanasia อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
3. ไม่พบความแตกต่างระหว่างความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบทุกประเภท

4. อัตราของรายได้อัตโนมัติและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5. จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างพบว่าหน่วยงานด้านการแพทย์และพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ควรรับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยควรเป็นผู้ตัดสินว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา ผู้ป่วยและแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยน่าจะเป็นผู้ตัดสินว่าควรช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ และพินัยกรรมเพื่อชีวิตควรเป็นเอกสารแสดงเจตนาของของผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาที่แพทย์น่าจะสามารถปฏิบัติตามได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เช่น ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล และนักการศาสนา เพื่อให้เกิดมุมมองที่มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาระเบียบและข้อกำหนดที่ชัดเจนในการตัดสินว่าใครเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา
3. ควรศึกษาแนวทางในการมีกฎหมายเฉพาะการ และการยอมรับเกี่ยวกับพินัยกรรมเพื่อชีวิต
4. ผลการวิจัยครั้งนี้ควรมีการนำไปประกอบการพิจารณาในการหามาตรการมารองรับประเด็นปัญหาการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ เพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย แพทย์ และสังคมโดยส่วนรวม

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- นฤมล มารคแมน. (2528). ปัญหาจริยธรรมอันเกี่ยวเนื่องกับการรณรงค์. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาปรัชญา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภา ศรีไพโรจน์. (2533). สถิตินอนพาราเมตริก (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. (2529). การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงบ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชานิติศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2532). ศักยภาพของแพทย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2538). บนเส้นทางชีวิต (เล่มที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- ประสาน ต่างใจ และธนพรธน สิทธิสุนทร. (2539). มุมมองเรื่องความตายและภาวะใกล้ตาย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ คบไฟ.
- พินิจ รัตนกุล. (2538). จริยธรรมและผู้ป่วยในมรณะวิถี. การแพทย์ วัฒนธรรม และจริยธรรม (หน้า 289 - 309). นครปฐม: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แพทยสภา. (4 ม.ค. 2545). ข้อมูลแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ (ข้อมูลออนไลน์). Internet: <http://www.moph.go.th/tmc/DATABASE/index.htm>
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2533). นิติเวชสาธกฉบับกฎหมายอาญา กับการแพทย์ยุคไฮเทค. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- วิไลวรรณ ชัยรัตน์มโนกร. (2540). แนวคิดด้านกฎหมาย และการยอมรับของนักกฎหมายต่อการทำให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังตายอย่างสงบ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาบริหารกฎหมายการแพทย์ และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรี เกศมณี. (2517). การศึกษาผู้พยายามกระทำอัตวินิบาตกรรม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวงศ์ ทับสายทอง. (2530). จิตวิทยาผู้ใหญ่. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพนธ์ บุญยคุปต์. (2543). แพทย์ โรงพยาบาล และคนไข้ในยุคสังคมป่วย จริยธรรมป่วย. วิทยุพุทธจุลสาร, ฉบับเดือนกันยายน - ธันวาคม, หน้า 38-50.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (2542). สิทธิที่จะอยู่หรือตาย และการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.
- สิวลี ศิริไล. (2539). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, J. G., & Caddell, D. P. (1993). Attitudes of medical professionals toward euthanasia. *Social Science & Medicine*, 37, 105-114.
- Caddell, D. P., & Newton, R. R. (1995). Euthanasia: American attitudes toward the physician's role. *Social Science & Medicine*, 40, 1671-1681.
- Cavanaugh, J. C. (1997). *Adult development and aging* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Forde, R., Aasland, O. G., & Falkum E. (1997). The ethics of euthanasia-attitudes and practice among Norwegian physicians. *Social Science & Medicine*, 45, 887-892.
- Grassian, V. (1992). *Moral reasoning: Ethical theory and some contemporary moral problems* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1970). *Theories of personality* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Hjelle, L. A., & Ziegler, D. J. (1992). *Personality theories* (3rd ed.). New York: McGraw Hill.
- Kieffer, G. H. (1979). Euthanasia. *Bioethics: A text-book of issues* (pp. 210-236). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Maas, P. J. van der., Pijnenborg, L., & Delden, J. J. M. van. (1995). Changes in Dutch opinions on active euthanasia, 1966 through 1991. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1411-1414.
- Marascuilo, L. A., & McSweeney, M. (1977). *Nonparametric and distribution-free methods for the social sciences*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1995). *Human development* (6th ed.). New York: McGraw Hill.
- Perlmutter, M., & Hall, E. (1985). *Adult development and aging*. New York: John Wiley & Sons.
- Rybash, J. M., Roodin, P. A., & Hoyer, W. J. (1995). *Adult development and aging* (3rd ed.). Dubuque, IA: Brown & Benchmark.
- Turner, J. S., & Helms, D. B. (1995). *Lifespan development* (5th ed.). Fort Worth, TX: Harcourt Brace College.
- White, J. (Ed.). (1995). *Contemporary moral problems* (2nd ed.). St. Paul, MN: West.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ และความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ (Validity) ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรรณระพี สุทธิวรรณ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เตียมสุภาษิต คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. รองศาสตราจารย์ วีระพงษ์ บุญโญภาส คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. อาจารย์ ดร. อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ศาสตราจารย์ พ.ญ. ดวงใจ กษานติกุล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. นายแพทย์ สันต์ หัตถิรัตน์ โรงพยาบาลรามธิบดี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา
แพทยสภา (2545) ได้จำแนกสาขาเฉพาะทางของแพทย์ออกเป็น 13 ด้านใหญ่ๆ ดังนี้

- | | |
|-----------------------------|----------------------------|
| 1. ศัลยศาสตร์ | 8. จิตเวชศาสตร์ |
| 2. อายุรศาสตร์ | 9. รังสีวิทยา |
| 3. สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา | 10. พยาธิวิทยา |
| 4. วิสัญญีวิทยา | 11. โสต นาสิก ราลิงซ์วิทยา |
| 5. ศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์ | 12. จักษุวิทยา |
| 6. เวชบำบัดวิกฤต | 13. เวชศาสตร์ฟื้นฟู |
| 7. กุมารเวชศาสตร์ | |

และจากการสัมภาษณ์แพทย์จากโรงพยาบาลศิริราชจำนวน 3 ท่านพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ที่มักจะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา ส่วนใหญ่จะอยู่ในสาขาเฉพาะทาง 6 ด้านดังนี้ ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา กุมารเวชศาสตร์ รังสีวิทยา และเวชบำบัดวิกฤต

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค.
รายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลทั่วไป

หน่วยงานองค์กร บริษัท และ ชมรมกิจกรรม	วัยผู้ใหญ่ตอน		
	ต้น	กลาง	ปลาย
บริษัท เงินทุนทิสโก้ จำกัด (มหาชน)	10	10	-
บริษัท โปรเฟสชั่นแนล คอมพิวเตอร์ จำกัด	10	10	-
ธนาคารกสิกรไทยสำนักงานใหญ่	10	10	-
ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง	-	-	25
กลุ่มผู้ออกกำลังกาย ณ. สวนสุขภาพพารามอินทรา	-	-	5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.

รายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์

สาขาที่เกี่ยวข้อง	ศัลยศาสตร์ วัยผู้ใหญ่ตอน			อายุรศาสตร์ วัยผู้ใหญ่ตอน			สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา วัยผู้ใหญ่ตอน			กุมารเวชศาสตร์ วัยผู้ใหญ่ตอน			รังสีวิทยา วัยผู้ใหญ่ตอน		
	ต้น	กลาง	ปลาย	ต้น	กลาง	ปลาย	ต้น	กลาง	ปลาย	ต้น	กลาง	ปลาย	ต้น	กลาง	ปลาย
รพ. จุฬาลงกรณ์	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	2	-	5	5	3
รพ. รามาธิบดี	-	-	4	2	-	-	3	3	-	3	-	-	-	-	-
รพ. ศิริราช	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รพ. พระมงกุฎเกล้า	2	2	-	-	-	-	-	-	2	1	3	3	-	1	-
รพ. ภูมิพลอดุลยเดช	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-	2	2	-
รพ. วิชัยยุทธ	-	-	2	-	-	5	-	-	1	-	-	-	-	-	-
คลินิกเอกชน	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

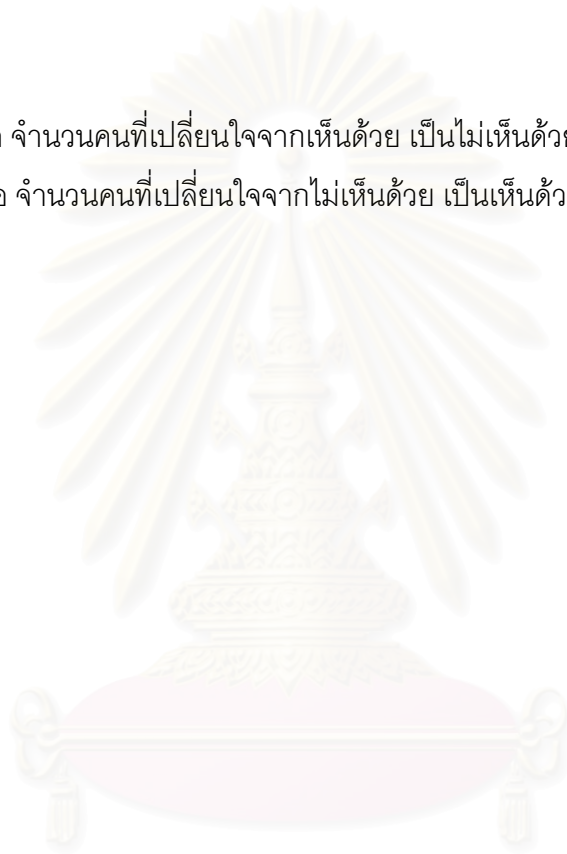
ภาคผนวก จ.

สูตรการคำนวณ McNemar Test

$$X^2 = \frac{(|A - D| - 1)^2}{A + D}, df = 1$$

เมื่อ A คือ จำนวนคนที่เปลี่ยนใจจากเห็นด้วย เป็นไม่เห็นด้วย

D คือ จำนวนคนที่เปลี่ยนใจจากไม่เห็นด้วย เป็นเห็นด้วย (นิภา ศรีไพโรจน์, 2533)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ฉ.

ตารางแสดงผลการวิจัย

ตารางที่ 23 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	20 (66.7)	19 (63.3)	24 (80.0)	63 (70.0)
เห็นด้วย	10 (33.3)	11 (36.7)	6 (20.0)	27 (30.0)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 24 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	90.0	52.6	79.2	74.7
2. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	65.0	57.9	66.7	63.5
3. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	40.0	47.4	62.5	50.8
4. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	25.0	31.6	37.5	31.7
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	20.0	42.1	29.2	30.1
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	35.0	36.8	16.7	28.5
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	10.0	15.8	25.0	17.5
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	20.0	15.8	16.7	17.4
9. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	20.0	15.8	-	11.1

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 25 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของรรมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	70.0	81.8	83.3	77.7
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	60.0	90.9	33.3	66.6
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	40.0	63.6	66.7	55.5
4. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	20.0	72.7	66.7	51.8
5. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	50.0	45.5	50.0	48.1
6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	10.0	63.6	50.0	40.7
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	30.0	36.4	50.0	37.0
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	20.0	18.2	50.0	25.9
9. ผู้ป่วยควรตัดสินใจขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์	10.0	-	-	3.7

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 26 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	14 (46.7)	12 (40.0)	34 (37.8)
เห็นด้วย	22 (73.3)	16 (53.3)	18 (60.0)	56 (62.2)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 27 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	87.5	78.6	83.3	82.4
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	75.0	71.4	100.0	82.3
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	62.5	64.3	100.0	76.5
4. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	62.5	50.0	91.7	67.7
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	50.0	42.9	83.3	58.8
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	37.5	50.0	75.0	55.9
7. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	37.5	42.9	58.3	47.0
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	37.5	50.0	50.0	47.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 28 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	63.6	93.8	94.4	82.2
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาธรรมของผู้ ป่วย หรือญาติ	68.2	75.0	94.4	78.6
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	68.2	81.3	77.8	75.0
4. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	40.9	75.0	88.9	66.1
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	31.8	56.3	94.4	59.0
6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	4.5	56.3	94.4	48.3
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	13.6	25.0	88.9	41.1
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	9.1	25.0	77.8	35.7
9. ผู้ป่วยควรกระทำด้วยตนเอง	4.5	-	-	1.8
10. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	6.3	-	1.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 29 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	63 (70.0)	34 (37.8)	18.803 *
เห็นด้วย	27 (30.0)	56 (62.2)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

* $p < 0.01$

ตารางที่ 30 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	16 (53.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	50 (55.6)
เห็นด้วย	14 (46.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	40 (44.4)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 31 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	56.3	47.1	64.7	56.0
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	25.0	29.4	52.9	36.0
3. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	18.8	35.3	47.1	34.0
4. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	31.3	23.5	29.4	28.0
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	12.5	35.3	29.4	26.0
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	12.5	17.6	17.6	16.0
7. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	18.8	17.6	5.9	14.0
8. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	18.8	11.8	11.8	14.0
9. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	12.5	11.8	11.8	12.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 32 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของรรมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	71.4	76.9	61.5	70.0
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	50.0	76.9	76.9	67.5
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	64.3	92.3	30.8	62.5
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	42.9	76.9	46.2	55.0
5. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	57.1	46.2	53.8	52.5
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	35.7	38.5	38.5	37.5
7. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	21.4	46.2	46.2	37.5
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	7.1	23.1	30.8	20.0
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	7.1	-	-	2.5

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 33 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	63 (70.0)	50 (55.6)	11.077 *
เห็นด้วย	27 (30.0)	40 (44.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

* $p < 0.01$

ตารางที่ 34 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	50 (55.6)	34 (37.8)	5.714
เห็นด้วย	40 (44.4)	56 (62.2)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 35 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	16 (53.3)	17 (56.7)	14 (46.7)	47 (52.2)
เห็นด้วย	14 (46.7)	13 (43.3)	16 (53.3)	43 (47.8)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 36 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	43.8	47.1	50.0	46.8
2. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	31.3	29.4	57.1	38.2
3. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	37.5	29.4	42.9	36.2
4. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	25.0	35.3	35.7	31.9
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	18.8	47.1	21.4	29.8
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	18.8	23.5	28.6	23.4
7. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	18.8	17.6	21.4	19.2
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	12.5	29.4	7.1	17.0
9. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	12.5	5.9	7.1	8.5

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 37 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	71.4	84.6	50.0	67.5
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานอีกต่อไป	57.1	69.2	75.0	67.4
3. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	64.3	38.5	56.3	53.4
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	21.4	61.5	62.5	48.9
5. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	28.6	53.8	37.5	39.6
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	28.6	38.5	25.0	30.2
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	7.1	30.8	31.3	23.3
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	7.1	23.1	25.0	18.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 38 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	12 (40.0)	14 (46.7)	34 (37.8)
เห็นด้วย	22 (73.3)	18 (60.0)	16 (53.3)	56 (62.2)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 39 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	75.0	58.3	100.0	79.4
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	62.5	66.7	92.9	76.4
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	50.0	66.7	92.9	73.5
4. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	50.0	58.3	85.7	67.7
5. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	62.5	66.7	71.4	67.6
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	62.5	50.0	78.6	64.7
7. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	37.5	58.3	64.3	55.9
8. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	25.0	41.7	71.4	50.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 40 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	77.3	72.2	93.8	80.4
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาธรรมของผู้ ป่วย หรือญาติ	50.0	66.7	87.5	66.0
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	50.0	66.7	81.3	64.2
4. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	45.5	61.1	75.0	58.9
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในเรื่องที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	22.7	61.1	100.0	57.1
6. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	-	50.0	87.5	41.1
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	9.1	22.2	87.5	35.7
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	9.1	27.8	75.0	33.9
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	5.6	-	1.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 41 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	47 (52.2)	34 (37.8)	3.793
เห็นด้วย	43 (47.8)	56 (62.2)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 42 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	11 (36.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	37 (41.1)
เห็นด้วย	19 (63.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	53 (58.9)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 43 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	45.5	38.5	46.2	43.2
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	27.3	30.8	38.5	32.4
3. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	9.1	38.5	46.2	32.4
4. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	27.3	30.8	15.4	24.3
5. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	18.2	15.4	30.8	21.6
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	9.1	23.1	23.1	18.9
7. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	9.1	15.4	30.8	18.9
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	9.1	7.7	30.8	16.2
9. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	9.1	7.7	-	5.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 44 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	84.2	70.6	76.5	77.3
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	63.2	100.0	35.3	66.0
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	57.9	70.6	58.8	62.3
4. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	57.9	41.2	47.1	49.1
5. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ ป่วย หรือญาติ	42.1	41.2	58.8	47.2
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	47.4	41.2	29.4	39.6
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	21.1	47.1	29.4	32.0
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	26.3	29.4	29.4	28.2

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 45 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	6 (20.0)	9 (30.0)	11 (36.7)	26 (28.9)
เห็นด้วย	24 (80.0)	21 (70.0)	19 (63.3)	64 (71.1)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 46 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	66.7	66.7	90.9	77.0
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	66.7	55.6	100.0	76.9
3. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	66.7	66.7	81.8	73.1
4. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	83.3	44.4	90.9	73.1
5. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	50.0	44.4	100.0	69.2
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	50.0	55.6	63.6	57.6
7. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	66.7	22.2	72.7	53.9
8. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	33.3	55.6	63.6	53.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 47 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	70.8	85.7	100.0	84.4
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ ป่วย หรือญาติ	62.5	66.7	94.7	73.4
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	62.5	66.7	94.7	73.4
4. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	45.8	71.4	89.5	67.2
5. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	45.8	52.4	78.9	57.8
6. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	16.7	42.9	94.7	48.5
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	16.7	33.3	94.7	45.3
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	12.5	38.1	84.2	42.2
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	4.8	-	1.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 48 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์
และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	37 (41.1)	26 (28.9)	2.955
เห็นด้วย	53 (58.9)	64 (71.1)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 49 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	15 (50.0)	9 (30.0)	16 (53.3)	40 (44.4)
เห็นด้วย	15 (50.0)	21 (70.0)	14 (46.7)	50 (55.6)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 50 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	66.7	33.3	50.0	52.5
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	40.0	55.6	62.5	52.5
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	60.0	33.3	50.0	50.0
4. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	26.7	66.7	62.5	50.0
5. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	26.7	22.2	18.8	22.5
6. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	13.3	22.2	18.8	17.5
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	6.7	33.3	12.5	15.0
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	20.0	33.3	-	15.0
9. ควรรักษาไปตามอาการ	13.3	22.2	-	10.0
10. ผู้ป่วยควรทำหนังสือแสดงเจตนากรณีไว้ล่วงหน้า	6.7	-	-	2.5

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 51 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	80.0	90.5	85.7	86.0
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	40.0	47.6	57.1	48.0
3. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	26.7	28.6	42.9	32.0
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในเรื่องที่สำคัญสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	20.0	38.1	35.7	32.0
5. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	20.0	42.9	28.6	32.0
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	26.7	23.8	35.7	28.0
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	13.3	28.6	28.6	24.0
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	13.3	23.8	28.6	22.0
9. ผู้ป่วยควรตัดสินใจขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์	6.7	-	-	2.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 52 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	16 (53.3)	4 (13.3)	32 (35.6)
เห็นด้วย	18 (60.0)	14 (46.7)	26 (86.7)	58 (64.4)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 53 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	58.3	62.5	100.0	65.7
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	50.0	50.0	100.0	56.3
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	25.0	62.5	100.0	53.2
4. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	41.7	37.5	100.0	46.9
5. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	41.7	37.5	100.0	46.9
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	50.0	31.3	100.0	46.9
7. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	-	37.5	100.0	31.3
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	25.0	18.8	100.0	31.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 54 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	77.8	78.6	84.6	81.0
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาธรรมของผู้ ป่วย หรือญาติ	66.7	85.7	80.8	77.6
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	66.7	64.3	80.8	72.4
4. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	50.0	57.1	80.8	65.5
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	27.8	57.1	92.3	63.8
6. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	11.1	35.7	92.3	53.4
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	16.7	42.9	76.9	50.0
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	11.1	21.4	88.5	48.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 55 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	40 (44.4)	32 (35.6)	1.481
เห็นด้วย	50 (55.6)	58 (64.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 56 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	13 (43.3)	9 (30.0)	11 (36.7)	33 (36.7)
เห็นด้วย	17 (56.7)	21 (70.0)	19 (63.3)	57 (63.3)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 57 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	61.5	44.4	54.5	54.5
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	38.5	44.4	54.5	45.5
3. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	38.5	44.4	54.5	45.5
4. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	23.1	33.3	18.2	24.3
5. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	15.4	22.2	27.3	21.3
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	23.1	33.3	9.1	21.2
7. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	15.4	22.2	9.1	15.2
8. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	7.7	22.2	9.1	12.1
9. ควรรักษาไปตามอาการ	7.7	-	-	3.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 58 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	70.6	90.5	68.4	77.2
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	41.2	47.6	42.1	43.8
3. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	29.4	42.9	47.4	40.4
4. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	29.4	38.1	52.6	40.3
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	23.5	42.9	47.4	38.6
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	35.3	28.6	36.8	33.3
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	23.5	33.3	31.6	29.8
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	11.8	28.6	15.8	19.3
9. ผู้ป่วยควรทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้า	5.9	-	-	1.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 59 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	40 (44.4)	33 (36.7)	4.000
เห็นด้วย	50 (55.6)	57 (63.3)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 60 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	33 (36.7)	32 (35.6)	0.024
เห็นด้วย	57 (63.3)	58 (64.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 61 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	13 (43.3)	9 (30.0)	15 (50.0)	37 (41.1)
เห็นด้วย	17 (56.7)	21 (70.0)	15 (50.0)	53 (58.9)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 62 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	30.8	33.3	53.3	40.5
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	38.5	33.3	33.3	35.1
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	30.8	33.3	26.7	29.7
4. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	30.8	33.3	26.7	29.7
5. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	30.8	33.3	20.0	27.0
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	15.4	55.6	13.3	24.3
7. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	23.1	22.2	20.0	21.6
8. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	23.1	22.2	13.3	18.9
9. ควรรักษาไปตามอาการ	15.4	11.1	-	8.1

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 63 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	76.5	85.7	73.3	79.3
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานอีกต่อไป	47.1	47.6	60.0	51.0
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	23.5	42.9	60.0	41.5
4. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	35.3	28.6	53.3	37.7
5. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	29.4	38.1	40.0	35.8
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	23.5	23.8	33.3	26.3
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	11.8	19.0	33.3	20.7
8. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	5.9	23.8	33.3	20.7
9. ผู้ป่วยควรทำหนังสือแสดงเจตนารมณ์ไว้ล่วงหน้า	5.9	-	-	1.9

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 64 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	17 (56.7)	7 (23.3)	36 (40.0)
เห็นด้วย	18 (60.0)	13 (43.3)	23 (76.7)	54 (60.0)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 65 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	50.0	52.9	100.0	61.1
2. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	50.0	52.9	100.0	61.1
3. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	50.0	47.1	85.7	55.6
4. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	25.0	58.8	85.7	52.8
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	41.7	35.3	100.0	50.0
6. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	33.3	41.2	85.7	47.2
7. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	8.3	35.3	71.4	33.4
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	25.0	17.6	71.4	30.5

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 66 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	72.2	100.0	95.7	88.9
2. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	50.0	61.5	82.6	66.7
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	44.4	53.8	91.3	66.7
4. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ ป่วย หรือญาติ	44.4	61.5	78.3	62.9
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	33.3	38.5	87.0	57.4
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	22.2	38.5	69.6	46.3
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	5.6	23.1	87.0	44.5
8. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	-	38.5	82.6	44.5

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 67 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์
และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	37 (41.1)	36 (40.0)	0.023
เห็นด้วย	53 (58.9)	54 (60.0)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 68 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	5 (16.7)	4 (13.3)	10 (33.3)	19 (21.1)
เห็นด้วย	25 (83.3)	26 (86.7)	20 (66.7)	71 (78.9)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 69 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	20.0	50.0	50.0	42.1
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	40.0	50.0	30.0	36.8
3. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	20.0	25.0	30.0	26.4
4. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	40.0	50.0	10.0	26.3
5. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	40.0	25.0	20.0	26.3
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	20.0	25.0	20.0	21.1
7. ควรรักษาไปตามอาการ	40.0	50.0	-	21.0
8. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	20.0	25.0	10.0	15.9
9. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	20.0	25.0	-	10.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 70 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	64.0	76.9	55.0	66.2
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานอีกต่อไป	52.0	50.0	50.0	50.7
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	48.0	34.6	45.0	42.3
4. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	36.0	26.9	55.0	38.1
5. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	24.0	38.5	35.0	32.5
6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	28.0	23.1	25.0	25.4
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	20.0	23.1	30.0	24.0
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	24.0	23.1	25.0	24.0
9. ผู้ป่วยควรตัดสินใจขณะมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์	4.0	-	-	1.4
10. ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ	-	-	5.0	1.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 71 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	7 (23.3)	11 (36.7)	5 (16.7)	23 (25.6)
เห็นด้วย	23 (76.7)	19 (63.3)	25 (83.3)	67 (74.4)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 72 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	57.1	36.4	100.0	56.5
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	42.9	45.5	100.0	56.4
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	28.6	45.5	100.0	52.1
4. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	57.1	27.3	100.0	52.1
5. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	28.6	45.5	100.0	52.1
6. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	28.6	36.4	100.0	47.8
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	28.6	36.4	100.0	47.8
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	14.3	27.3	60.0	30.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 73 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Voluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	82.6	89.5	96.0	89.6
2. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	52.2	68.4	92.0	71.6
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	52.2	63.2	96.0	71.6
4. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ ป่วย หรือญาติ	52.2	63.2	84.0	67.1
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	56.5	47.4	88.0	65.6
6. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	30.4	26.3	92.0	52.2
7. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	13.0	36.8	92.0	49.2
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	17.4	31.6	76.0	43.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 74 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์
และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Voluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	19 (21.1)	23 (25.6)	0.497
เห็นด้วย	71 (78.9)	67 (74.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 75 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	24 (80.0)	20 (66.7)	25 (83.3)	69 (76.7)
เห็นด้วย	6 (20.0)	10 (33.3)	5 (16.7)	21 (23.3)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 76 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	70.8	50.0	64.0	62.3
2. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	70.8	40.0	64.0	59.4
3. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	29.2	30.0	60.0	40.5
4. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	37.5	40.0	24.0	33.3
5. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	25.0	20.0	40.0	29.0
6. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	4.2	10.0	16.0	10.1
7. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	12.5	20.0	-	10.1
8. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	8.3	10.0	4.0	7.2
9. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	4.2	5.0	8.0	5.7

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 77 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของรรมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	83.3	80.0	100.0	85.7
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	33.3	70.0	60.0	57.1
3. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	50.0	60.0	40.0	52.4
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	50.0	40.0	60.0	47.6
5. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	33.3	50.0	40.0	42.8
6. เป็นเจตนาที่ดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	33.3	50.0	20.0	38.1
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	33.3	50.0	20.0	38.1
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	16.7	40.0	40.0	33.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 78 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	19 (63.3)	10 (33.3)	37 (41.1)
เห็นด้วย	22 (73.3)	11 (36.7)	20 (66.7)	53 (58.9)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 79 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	37.5	57.9	90.0	62.1
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	25.0	57.9	80.0	56.7
3. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	50.0	47.4	80.0	56.7
4. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	25.0	42.1	90.0	51.3
5. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	25.0	47.4	80.0	51.3
6. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	25.0	52.6	60.0	48.6
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	25.0	31.6	90.0	45.9
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	25.0	15.8	60.0	29.7
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	5.3	-	2.7

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 80 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	86.4	90.9	95.0	90.5
2. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	54.5	72.7	95.0	73.5
3. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ ป่วย หรือญาติ	54.5	54.5	90.0	67.9
4. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	40.9	63.6	85.0	62.3
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	40.9	45.5	90.0	60.4
6. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	18.2	27.3	95.0	49.0
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	22.7	18.2	90.0	47.2
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	18.2	18.2	85.0	43.4
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	9.1	-	1.9

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 81 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้น
หวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Nonvoluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	69 (76.7)	37 (41.1)	23.498 *
เห็นด้วย	21 (23.3)	53 (58.9)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

* $p < 0.01$

ตารางที่ 82 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	21 (70.0)	17 (56.7)	21 (70.0)	59 (65.6)
เห็นด้วย	9 (30.0)	13 (43.3)	9 (30.0)	31 (34.4)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 83 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	57.1	52.9	52.4	54.2
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	38.1	29.4	28.6	32.3
3. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	23.8	17.6	38.1	27.2
4. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	19.0	29.4	23.8	23.8
5. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	19.0	23.5	19.0	20.4
6. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	14.3	11.8	19.0	15.3
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	4.8	11.8	14.3	10.2
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	-	11.8	19.0	10.2
9. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	14.3	17.6	-	10.2
10. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	4.8	-	-	1.7

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 84 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของแพทย์หรือญาติ	66.7	84.6	55.6	71.0
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	55.6	76.9	33.3	58.1
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	44.4	61.5	66.7	58.1
4. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	55.6	61.5	55.6	58.0
5. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	44.4	46.2	22.2	38.8
6. เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	55.6	38.5	22.2	38.7
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	33.3	30.8	55.6	38.7
8. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	22.2	23.1	33.3	25.9

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 85 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง	แพทย์ (ร้อยละ)	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
Active Nonvoluntary Euthanasia			
ไม่เห็นด้วย	69 (76.7)	59 (65.6)	8.100 *
เห็นด้วย	21 (23.3)	31 (34.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

[#] ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

* $p < 0.01$

ตารางที่ 86 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
Active Nonvoluntary Euthanasia			
ไม่เห็นด้วย	59 (65.6)	37 (41.1)	10.804 *
เห็นด้วย	31 (34.4)	53 (58.9)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

[#] ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

* $p < 0.01$

ตารางที่ 87 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	23 (76.7)	15 (50.0)	18 (60.0)	56 (62.2)
เห็นด้วย	7 (23.3)	15 (50.0)	12 (40.0)	34 (37.8)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 88 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	52.2	40.0	22.2	39.2
2. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	30.4	13.3	44.4	30.4
3. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	39.1	26.7	11.1	26.8
4. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	21.7	20.0	38.9	26.8
5. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	30.4	26.7	16.7	25.0
6. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	26.1	20.0	16.7	21.5
7. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำให้ยอมรับการพลัดพรากได้	17.4	13.3	22.2	17.8
8. ควรรักษาไปตามอาการ ไม่ควรเร่งให้ตายเร็วขึ้น	8.7	26.7	5.6	12.5
9. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	13.0	6.7	11.1	10.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 89 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของ ผู้ป่วย หรือญาติ	42.9	73.3	50.0	58.8
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	42.9	73.3	50.0	58.8
3. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	57.1	66.7	41.7	55.9
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	42.9	46.7	66.7	52.9
5. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	42.9	46.7	58.3	50.0
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	28.6	40.0	33.3	35.3
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	28.6	26.7	50.0	35.3
8. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	14.3	33.3	41.7	32.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 90 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	21 (70.0)	12 (40.0)	41 (45.6)
เห็นด้วย	22 (73.3)	9 (30.0)	18 (60.0)	49 (54.4)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 91 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	25.0	61.9	100.0	65.9
2. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	37.5	61.9	91.7	65.8
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	25.0	47.6	100.0	58.6
4. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	50.0	38.1	83.3	53.7
5. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	37.5	42.9	75.0	51.3
6. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	25.0	33.3	75.0	44.0
7. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	-	38.1	58.3	36.6
8. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	25.0	23.8	58.3	34.2
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	4.8	-	2.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 92 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Active Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	72.7	88.9	100.0	85.7
2. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาธรรมของผู้ ป่วย หรือญาติ	59.1	66.7	94.4	73.4
3. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	45.5	66.7	88.9	65.3
4. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	40.9	44.4	88.9	59.3
5. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็น สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	31.8	33.3	100.0	57.1
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	27.3	22.2	88.9	49.0
7. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณ ภาพ	13.6	11.1	100.0	44.8
8. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	9.1	11.1	100.0	42.8
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	11.1	-	2.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 93 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Active Nonvoluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	56 (62.2)	41 (45.6)	5.030
เห็นด้วย	34 (37.8)	49 (54.4)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 94 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	4 (13.3)	6 (20.0)	18 (20.0)
เห็นด้วย	22 (73.3)	26 (86.7)	24 (80.0)	72 (80.0)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 95 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	87.5	75.0	33.3	66.7
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	62.5	75.0	50.0	61.2
3. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	75.0	75.0	16.7	55.6
4. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	25.0	75.0	50.0	44.5
5. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	37.5	75.0	16.7	39.0
6. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	37.5	75.0	16.7	39.0
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	25.0	25.0	-	16.7
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	12.5	25.0	-	11.2
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	12.5	-	-	5.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 96 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	81.8	92.3	54.2	76.4
2. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	45.5	30.8	58.3	44.4
3. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ทรมานอีกต่อไป	54.5	30.8	45.8	43.1
4. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ	27.3	30.8	37.5	31.9
5. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	18.2	26.9	29.2	25.0
6. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	27.3	26.9	16.7	23.6
7. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	9.1	30.8	25.0	22.2
8. เป็นเจตนาที่ต้องกรทำให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	31.8	23.1	8.3	20.8
9. ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ	-	-	8.3	2.8

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 97 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	10 (33.3)	14 (46.7)	5 (16.7)	29 (32.2)
เห็นด้วย	20 (66.7)	16 (53.3)	25 (83.3)	61 (67.8)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 98 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	80.0	78.6	100.0	82.7
2. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	80.0	57.1	100.0	72.4
3. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	50.0	64.3	100.0	65.4
4. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	40.0	28.6	100.0	44.8
5. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	30.0	35.7	100.0	44.7
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	10.0	50.0	100.0	44.7
7. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	20.0	42.9	80.0	41.4
8. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	10.0	21.4	100.0	30.9

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 99 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	70.0	75.0	96.0	82.0
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	55.0	68.8	88.0	72.1
3. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของ ผู้ป่วย หรือญาติ	55.0	43.8	80.0	62.3
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ใน เรื่องที่สำคัญ	30.0	43.8	92.0	59.0
5. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	35.0	37.5	88.0	57.4
6. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาด คุณภาพ	20.0	37.5	88.0	52.5
7. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากรด้านการ แพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	10.0	25.0	92.0	47.6
8. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความ เจ็บปวด ทรมาน	15.0	18.8	72.0	39.3
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	6.3	4.0	3.2
10. ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ	5.0	-	-	1.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 100 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Nonvoluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	18 (20.0)	29 (32.2)	3.484
เห็นด้วย	72 (80.0)	61 (67.8)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 101 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	5 (16.7)	5 (16.7)	6 (20.0)	16 (17.8)
เห็นด้วย	25 (83.3)	25 (83.3)	24 (80.0)	74 (82.2)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 102 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	40.0	60.0	16.7	37.6
2. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	20.0	40.0	50.0	37.6
3. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	20.0	60.0	33.3	37.6
4. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	40.0	40.0	16.7	31.3
5. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	40.0	20.0	33.3	31.3
6. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	20.0	40.0	33.3	31.3
7. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	20.0	20.0	-	12.6
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	-	20.0	-	6.3
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	20.0	-	-	6.3

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 103 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	72.0	84.0	50.0	68.9
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานอีกต่อไป	60.0	48.0	54.2	54.1
3. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในเรื่องที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	52.0	36.0	58.3	48.7
4. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของแพทย์หรือญาติ	32.0	28.0	33.3	31.1
5. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	32.0	20.0	41.7	31.1
6. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	24.0	36.0	33.3	31.1
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	32.0	28.0	29.2	29.8
8. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	32.0	24.0	12.5	23.0
9. ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ	-	-	4.2	1.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 104 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ แพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ เกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง	แพทย์ (ร้อยละ)	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
Passive Nonvoluntary Euthanasia			
ไม่เห็นด้วย	18 (20.0)	16 (17.8)	0.250
เห็นด้วย	72 (80.0)	74 (82.2)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 105 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์ที่แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ กับ บุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็นในเรื่อง	แพทย์ [#] (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
Passive Nonvoluntary Euthanasia			
ไม่เห็นด้วย	16 (17.8)	29 (32.2)	5.007
เห็นด้วย	74 (82.2)	61 (67.8)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 106 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแพทย์ในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น แพทย์	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	7 (23.3)	7 (23.3)	6 (20.0)	20 (22.2)
เห็นด้วย	23 (76.7)	23 (76.7)	24 (80.0)	70 (77.8)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 107 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	57.1	71.4	33.3	55.0
2. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	28.6	57.1	33.3	40.0
3. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	42.9	42.9	16.7	35.0
4. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	42.9	42.9	16.7	35.0
5. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	28.6	42.9	16.7	30.0
6. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	28.6	28.6	33.3	30.0
7. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	14.3	42.9	16.7	25.0
8. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	-	28.6	16.7	15.0
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	14.3	-	-	5.0

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 108 แสดงร้อยละของเหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์เป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของแพทย์ที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาด้วยตนเอง	60.9	73.9	58.3	64.3
2. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทรมานอีกต่อไป	65.2	60.9	54.2	60.0
3. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษามีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	39.1	26.1	45.8	37.2
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย	30.4	30.4	45.8	35.7
5. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของแพทย์หรือญาติ	39.1	30.4	29.2	32.9
6. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์	39.1	30.4	25.0	31.5
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	34.8	26.1	20.8	27.1
8. ควรสงวนทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	21.7	30.4	29.2	27.1
9. ควรให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติ	-	-	8.3	2.9

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 109 แสดงจำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปในเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

ความคิดเห็น บุคคลทั่วไป	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	15 (50.0)	7 (23.3)	34 (37.8)
เห็นด้วย	18 (60.0)	15 (50.0)	23 (76.7)	56 (62.2)
รวม	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	90 (100.0)

ตารางที่ 110 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่ไม่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วยยังหายใจอยู่ จึงควรได้รับการรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป	75.0	80.0	100.0	82.4
2. อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้	91.7	60.0	100.0	79.5
3. การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นหน้าที่ ที่ญาติสมควรปฏิบัติ	58.3	66.7	100.0	70.6
4. เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา	33.3	33.3	100.0	47.1
5. หน้าที่ของแพทย์คือ การสงวน รักษาชีวิตของผู้ป่วย	41.7	26.7	100.0	47.1
6. ผู้ป่วย หรือญาติไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากได้	25.0	40.0	100.0	47.0
7. อาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน	16.7	33.3	85.7	38.2
8. แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา	8.3	13.3	100.0	29.4

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 111 แสดงร้อยละของเหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้บุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มอายุ

เหตุผลของบุคคลทั่วไปที่เห็นด้วยกับ Passive Nonvoluntary Euthanasia	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			รวม (ร้อยละ)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
1. ผู้ป่วย และญาติจะได้ไม่ต้องเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานอีกต่อไป	66.7	86.7	100.0	85.7
2. ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษา ด้วยตนเอง	55.6	66.7	82.6	69.7
3. ไม่ผิดกฎหมาย เนื่องจากเป็นเจตนาของ ผู้ป่วย หรือญาติ	55.6	40.0	82.6	62.5
4. ประหยัดเงินค่าใช้จ่าย เพื่อใช้ใน เรื่องที่สำคัญสำหรับครอบครัว ของผู้ป่วย	27.8	53.3	91.3	60.7
5. เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วย พ้นทุกข์	38.9	40.0	87.0	58.9
6. ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา มีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	22.2	26.7	87.0	49.9
7. แพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วย พ้นจากความเจ็บปวด ทรมาน	16.7	13.3	78.3	41.1
8. ควรส่งมอบทรัพยากร และบุคลากร ด้านการแพทย์ไปช่วยผู้ป่วยอื่น	5.6	13.3	87.0	41.1
9. ควรให้คณะแพทย์ หรือศาลพิจารณา	-	6.7	4.3	3.6

หมายเหตุ เหตุผลประกอบความคิดเห็นสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 112 เปรียบเทียบความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็นในเรื่อง Passive Nonvoluntary Euthanasia	แพทย์ (ร้อยละ)	บุคคลทั่วไป (ร้อยละ)	χ^2 (df = 1)
ไม่เห็นด้วย	20 (22.2)	34 (37.8)	5.185
เห็นด้วย	70 (77.8)	56 (62.2)	
รวม	90 (100.0)	90 (100.0)	

ตารางที่ 113 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.222
ไม่เห็นด้วย	20 (66.7)	19 (63.3)	24 (80.0)	
เห็นด้วย	10 (33.3)	11 (36.7)	6 (20.0)	
แพทย์[#] (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	0.090
ไม่เห็นด้วย	16 (53.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	
เห็นด้วย	14 (46.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.647
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	14 (46.7)	12 (40.0)	
เห็นด้วย	22 (73.3)	16 (53.3)	18 (60.0)	

[#] ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 114 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	0.623
ไม่เห็นด้วย	16 (53.3)	17 (56.7)	14 (46.7)	
เห็นด้วย	14 (46.7)	13 (43.3)	16 (53.3)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.647
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	12 (40.0)	14 (46.7)	
เห็นด้วย	22 (73.3)	18 (60.0)	16 (53.3)	

ตารางที่ 115 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	0.367
ไม่เห็นด้วย	11 (36.7)	13 (43.3)	13 (43.3)	
เห็นด้วย	19 (63.3)	17 (56.7)	17 (56.7)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.055
ไม่เห็นด้วย	6 (20.0)	9 (30.0)	11 (36.7)	
เห็นด้วย	24 (80.0)	21 (70.0)	19 (63.3)	

ตารางที่ 116 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	3.870
ไม่เห็นด้วย	15 (50.0)	9 (30.0)	16 (53.3)	
เห็นด้วย	15 (50.0)	21 (70.0)	14 (46.7)	
แพทย์ # (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	1.148
ไม่เห็นด้วย	13 (43.3)	9 (30.0)	11 (36.7)	
เห็นด้วย	17 (56.7)	21 (70.0)	19 (63.3)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	10.862
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	16 (53.3)	4 (13.3)	
เห็นด้วย	18 (60.0)	14 (46.7)	26 (86.7)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณ

วิชาชีพ

ตารางที่ 117 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ใน กรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			χ^2 (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.570
ไม่เห็นด้วย	13 (43.3)	9 (30.0)	15 (50.0)	
เห็นด้วย	17 (56.7)	21 (70.0)	15 (50.0)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	6.944
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	17 (56.7)	7 (23.3)	
เห็นด้วย	18 (60.0)	13 (43.3)	23 (76.7)	

ตารางที่ 118 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ใน กรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			χ^2 (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	4.136
ไม่เห็นด้วย	5 (16.7)	4 (13.3)	10 (33.3)	
เห็นด้วย	25 (83.3)	26 (86.7)	20 (66.7)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	3.271
ไม่เห็นด้วย	7 (23.3)	11 (36.7)	5 (16.7)	
เห็นด้วย	23 (76.7)	19 (63.3)	25 (83.3)	

ตารางที่ 119 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	2.609
ไม่เห็นด้วย	24 (80.0)	20 (66.7)	25 (83.3)	
เห็นด้วย	6 (20.0)	10 (33.3)	5 (16.7)	
แพทย์ # (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	1.575
ไม่เห็นด้วย	21 (70.0)	17 (56.7)	21 (70.0)	
เห็นด้วย	9 (30.0)	13 (43.3)	9 (30.0)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	9.454
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	19 (63.3)	10 (33.3)	
เห็นด้วย	22 (73.3)	11 (36.7)	20 (66.7)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 120 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	4.632
ไม่เห็นด้วย	23 (76.7)	15 (50.0)	18 (60.0)	
เห็นด้วย	7 (23.3)	15 (50.0)	12 (40.0)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	11.916
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	21 (70.0)	12 (40.0)	
เห็นด้วย	22 (73.3)	9 (30.0)	18 (60.0)	

ตารางที่ 121 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	1.667
ไม่เห็นด้วย	8 (26.7)	4 (13.3)	6 (20.0)	
เห็นด้วย	22 (73.3)	26 (86.7)	24 (80.0)	
แพทย์ # (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	0.152
ไม่เห็นด้วย	5 (16.7)	5 (16.7)	6 (20.0)	
เห็นด้วย	25 (83.3)	25 (83.3)	24 (80.0)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	6.207
ไม่เห็นด้วย	10 (33.3)	14 (46.7)	5 (16.7)	
เห็นด้วย	20 (66.7)	16 (53.3)	25 (83.3)	

ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ตารางที่ 122 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างวัย กับ ความคิดเห็นของแพทย์และบุคคลทั่วไปในเรื่อง การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์ และบุคคลทั่วไปเป็นญาติผู้ป่วย

ความคิดเห็น	วัยผู้ใหญ่ (ร้อยละ)			X ² (df = 2)
	ตอนต้น	ตอนกลาง	ตอนปลาย	
แพทย์ (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	0.129
ไม่เห็นด้วย	7 (23.3)	7 (23.3)	6 (20.0)	
เห็นด้วย	23 (76.7)	23 (76.7)	24 (80.0)	
บุคคลทั่วไป (N = 90)	30 (100.0)	30 (100.0)	30 (100.0)	4.632
ไม่เห็นด้วย	12 (40.0)	15 (50.0)	7 (23.3)	
เห็นด้วย	18 (60.0)	15 (50.0)	23 (76.7)	

ตารางที่ 123 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	41 (47.7)	45 (52.3)	1	2.559
หญิง (n = 94)	56 (59.6)	38 (40.4)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	25 (45.5)	30 (54.5)	2	5.261
แต่งงานแล้ว (n = 103)	63 (61.2)	40 (38.8)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	9 (40.9)	13 (59.1)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	17 (47.2)	19 (52.8)	2	3.776
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	14 (42.4)	19 (57.6)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	66 (59.5)	45 (40.5)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	14 (36.8)	24 (63.2)	2	13.198
ปริญญาตรี (n = 60)	27 (45.0)	33 (55.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	56 (68.3)	26 (31.7)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	37 (64.9)	20 (35.1)	1	4.079
ไม่มี (n = 123)	60 (48.8)	63 (51.2)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	34 (43.6)	44 (56.4)	1	5.876
เคย (n = 102)	63 (61.8)	39 (38.2)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	80 (53.0)	71 (47.0)	1	0.311
เคย (n = 29)	17 (58.6)	12 (41.4)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	27 (40.3)	40 (59.7)	1	7.933
เคย (n = 113)	70 (61.9)	43 (38.1)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	91 (52.6)	82 (47.4)	1	1.786
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	6 (85.7)	1 (14.3)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	18 (75.0)	6 (25.0)	1	4.967
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	79 (50.6)	77 (49.4)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	16 (80.0)	4 (20.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	11 (61.1)	7 (38.9)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	10 (71.4)	4 (28.6)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	16 (80.0)	4 (20.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	10 (55.6)	8 (44.4)	4	4.384
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	32 (68.1)	15 (31.9)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	31 (72.1)	12 (27.9)	1	0.172

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 124 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	37 (43.0)	49 (57.0)	1	0.878
หญิง (n = 94)	47 (50.0)	47 (50.0)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	23 (41.8)	32 (58.2)	2	3.842
แต่งงานแล้ว (n = 103)	54 (52.4)	49 (47.6)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	7 (31.8)	15 (68.2)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	17 (47.2)	19 (52.8)	2	0.881
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	13 (39.4)	20 (60.6)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	54 (48.6)	57 (51.4)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	14 (36.8)	24 (63.2)	2	3.352
ปริญญาตรี (n = 60)	26 (43.3)	34 (56.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	44 (53.7)	38 (46.3)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	29 (50.9)	28 (49.1)	1	0.594
ไม่มี (n = 123)	55 (44.7)	68 (55.3)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	32 (41.0)	46 (59.0)	1	1.760
เคย (n = 102)	52 (51.0)	50 (49.0)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	72 (47.7)	79 (52.3)	1	0.388
เคย (n = 29)	12 (41.4)	17 (58.6)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	25 (37.3)	42 (62.7)	1	3.751
เคย (n = 113)	59 (52.2)	54 (47.8)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	78 (45.1)	95 (54.9)	1	2.979
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	6 (85.7)	1 (14.3)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	17 (70.8)	7 (29.2)	1	6.498
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	67 (42.9)	89 (57.1)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	12 (60.0)	8 (40.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	9 (50.0)	9 (50.0)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	9 (64.3)	5 (35.7)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	12 (60.0)	8 (40.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	8 (44.4)	10 (55.6)	4	1.877
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	27 (57.4)	20 (42.6)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	23 (53.5)	20 (46.5)	1	0.143

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 125 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	34 (39.5)	52 (60.5)		
หญิง (n = 94)	47 (50.0)	47 (50.0)	1	1.987
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	21 (38.2)	34 (61.8)		
แต่งงานแล้ว (n = 103)	51 (49.5)	52 (50.5)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	9 (40.9)	13 (59.1)	2	2.030
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	17 (47.2)	19 (52.8)		
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	11 (33.3)	22 (66.7)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	53 (47.7)	58 (52.3)	2	2.225
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	14 (36.8)	24 (63.2)		
ปริญญาตรี (n = 60)	26 (43.3)	34 (56.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	41 (50.0)	41 (50.0)	2	1.917
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	25 (43.9)	32 (56.1)		
ไม่มี (n = 123)	56 (45.5)	67 (54.5)	1	0.044

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	32 (41.0)	46 (59.0)	1	0.878
เคย (n = 102)	49 (48.0)	53 (52.0)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	72 (47.7)	79 (52.3)	1	2.724
เคย (n = 29)	9 (31.0)	20 (69.0)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	25 (37.3)	42 (62.7)	1	2.548
เคย (n = 113)	56 (49.6)	57 (50.4)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	75 (43.4)	98 (56.6)	1	3.317
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	6 (85.7)	1 (14.3)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	15 (62.5)	9 (37.5)	1	3.427
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	66 (42.3)	90 (57.7)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	15 (75.0)	5 (25.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	6 (33.3)	12 (66.7)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	8 (57.1)	6 (42.9)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	11 (55.0)	9 (45.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	7 (38.9)	11 (61.1)	4	8.213
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	27 (57.4)	20 (42.6)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	20 (46.5)	23 (53.5)	1	1.076

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 126 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	29 (33.7)	57 (66.3)	1	0.118
หญิง (n = 94)	34 (36.2)	60 (63.8)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	18 (32.7)	37 (67.3)	2	2.247
แต่งงานแล้ว (n = 103)	40 (38.8)	63 (61.2)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	5 (22.7)	17 (77.3)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	14 (38.9)	22 (61.1)	2	0.560
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	10 (30.3)	23 (69.7)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	39 (35.1)	72 (64.9)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	12 (31.6)	26 (68.4)	2	0.552
ปริญญาตรี (n = 60)	20 (33.3)	40 (66.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	31 (37.8)	51 (62.2)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่าง ประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	20 (35.1)	37 (64.9)	1	0.000
ไม่มี (n = 123)	43 (35.0)	80 (65.0)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	27 (34.6)	51 (65.4)	1	0.009
เคย (n = 102)	36 (35.3)	66 (64.7)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	57 (37.7)	94 (62.3)	1	3.112
เคย (n = 29)	6 (20.7)	23 (79.3)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	21 (31.3)	46 (68.7)	1	0.627
เคย (n = 113)	42 (37.2)	71 (62.8)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	57 (32.9)	116 (67.1)	1	6.078
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	6 (85.7)	1 (14.3)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	14 (58.3)	10 (41.7)	1	6.627
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	49 (31.4)	107 (68.6)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	7 (35.0)	13 (65.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	7 (38.9)	11 (61.1)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	8 (57.1)	6 (42.9)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	9 (45.0)	11 (55.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	6 (33.3)	12 (66.7)	4	2.406
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	19 (40.4)	28 (59.6)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	18 (41.9)	25 (58.1)	1	0.019

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 127 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	31 (36.0)	55 (64.0)	1	1.072
หญิง (n = 94)	41 (43.6)	53 (56.4)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	22 (40.0)	33 (60.0)	2	0.009
แต่งงานแล้ว (n = 103)	41 (39.8)	62 (60.2)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	9 (40.9)	13 (59.1)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	6 (16.7)	30 (83.3)	2	11.562
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	18 (54.5)	15 (45.5)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	48 (43.2)	63 (56.8)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	9 (23.7)	29 (76.3)	2	5.360
ปริญญาตรี (n = 60)	27 (45.0)	33 (55.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	36 (43.9)	46 (56.1)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	23 (40.4)	34 (59.6)	1	0.004
ไม่มี (n = 123)	49 (39.8)	74 (60.2)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	34 (43.6)	44 (56.4)	1	0.739
เคย (n = 102)	38 (37.3)	64 (62.7)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	63 (41.7)	88 (58.3)	1	1.158
เคย (n = 29)	9 (31.0)	20 (69.0)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	29 (43.3)	38 (56.7)	1	0.479
เคย (n = 113)	43 (38.1)	70 (61.9)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	70 (40.5)	103 (59.5)	1	0.056
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	9 (37.5)	15 (62.5)	1	0.072
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	63 (40.4)	93 (59.6)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	8 (40.0)	12 (60.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	7 (38.9)	11 (61.1)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	7 (50.0)	7 (50.0)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	12 (60.0)	8 (40.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	6 (33.3)	12 (66.7)	4	3.420
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	18 (38.3)	29 (61.7)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	22 (51.2)	21 (48.8)	1	1.505

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 128 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	29 (33.7)	57 (66.3)	1	0.408
หญิง (n = 94)	36 (38.3)	58 (61.7)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	20 (36.4)	35 (63.6)	2	0.004
แต่งงานแล้ว (n = 103)	37 (35.9)	66 (64.1)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	8 (36.4)	14 (63.6)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	6 (16.7)	30 (83.3)	2	10.793
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	18 (54.5)	15 (45.5)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	41 (36.9)	70 (63.1)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	9 (23.7)	29 (76.3)	2	3.908
ปริญญาตรี (n = 60)	26 (43.3)	34 (56.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	30 (36.6)	52 (63.4)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	18 (31.6)	39 (68.4)	1	0.743
ไม่มี (n = 123)	47 (38.2)	76 (61.8)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	34 (43.6)	44 (56.4)	1	3.337
เคย (n = 102)	31 (30.4)	71 (69.6)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	60 (39.7)	91 (60.3)	1	5.335
เคย (n = 29)	5 (17.2)	24 (82.8)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	29 (43.3)	38 (56.7)	1	2.380
เคย (n = 113)	36 (31.9)	77 (68.1)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	63 (36.4)	110 (63.6)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	9 (37.5)	15 (62.5)	1	0.023
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	56 (35.9)	100 (64.1)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	8 (40.0)	12 (60.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	5 (27.8)	13 (72.2)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	5 (35.7)	9 (64.3)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	10 (50.0)	10 (50.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	5 (27.8)	13 (72.2)	4	2.857
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	17 (36.2)	30 (63.8)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	16 (37.2)	27 (62.8)	1	0.010

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 129 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	34 (39.5)	52 (60.5)	1	0.071
หญิง (n = 94)	39 (41.5)	55 (58.5)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	23 (41.8)	32 (58.2)	2	0.199
แต่งงานแล้ว (n = 103)	42 (40.8)	61 (59.2)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	8 (36.4)	14 (63.6)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	8 (22.2)	28 (77.8)	2	6.996
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	17 (51.5)	16 (48.5)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	48 (43.2)	63 (56.8)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	11 (28.9)	27 (71.1)	2	3.081
ปริญญาตรี (n = 60)	28 (46.7)	32 (53.3)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	34 (41.5)	48 (58.5)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	23 (40.4)	34 (59.6)	1	0.001
ไม่มี (n = 123)	50 (40.7)	73 (59.3)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	35 (44.9)	43 (55.1)	1	1.064
เคย (n = 102)	38 (37.3)	64 (62.7)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	68 (45.0)	83 (55.0)	1	7.794
เคย (n = 29)	5 (17.2)	24 (82.8)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	31 (46.3)	36 (53.7)	1	1.445
เคย (n = 113)	42 (37.2)	71 (62.8)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	70 (40.5)	103 (59.5)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	3 (42.9)	4 (57.1)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	12 (50.0)	12 (50.0)	1	1.025
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	61 (39.1)	95 (60.9)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	11 (55.0)	9 (45.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	4 (22.2)	14 (77.8)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	6 (42.9)	8 (57.1)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	9 (45.0)	11 (55.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	7 (38.9)	11 (61.1)	4	4.426
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	18 (38.3)	29 (61.7)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	19 (44.2)	24 (55.8)	1	0.322

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 130 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Voluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	23 (26.7)	63 (73.3)	1	1.071
หญิง (n = 94)	19 (20.2)	75 (79.8)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	13 (23.6)	42 (76.4)	2	0.380
แต่งงานแล้ว (n = 103)	25 (24.3)	78 (75.7)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	4 (18.2)	18 (81.8)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	6 (16.7)	30 (83.3)	2	1.791
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	10 (30.3)	23 (69.7)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	26 (23.4)	85 (76.6)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	9 (23.7)	29 (76.3)	2	1.510
ปริญญาตรี (n = 60)	17 (28.3)	43 (71.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	16 (19.5)	66 (80.5)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	11 (19.3)	46 (80.7)	1	0.759
ไม่มี (n = 123)	31 (25.2)	92 (74.8)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	19 (24.4)	59 (75.6)	1	0.081
เคย (n = 102)	23 (22.5)	79 (77.5)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	40 (26.5)	111 (73.5)	1	5.221
เคย (n = 29)	2 (6.9)	27 (93.1)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	17 (25.4)	50 (74.6)	1	0.248
เคย (n = 113)	25 (22.1)	88 (77.9)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	40 (23.1)	133 (76.9)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	7 (29.2)	17 (70.8)	1	0.527
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	35 (22.4)	121 (77.6)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	4 (20.0)	16 (80.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	5 (27.8)	13 (72.2)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	5 (35.7)	9 (64.3)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	3 (15.0)	17 (85.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	2 (11.1)	16 (88.9)	4	3.817
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	8 (17.0)	39 (83.0)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	11 (25.6)	32 (74.4)	1	0.988

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 131 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	49 (57.0)	37 (43.0)	1	0.249
หญิง (n = 94)	57 (60.6)	37 (39.4)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	28 (50.9)	27 (49.1)	2	5.250
แต่งงานแล้ว (n = 103)	68 (66.0)	35 (34.0)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	10 (45.5)	12 (54.5)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	12 (33.3)	24 (66.7)	2	17.126 *
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	16 (48.5)	17 (51.5)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	78 (70.3)	33 (29.7)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	15 (39.5)	23 (60.5)	2	16.014 *
ปริญญาตรี (n = 60)	30 (50.0)	30 (50.0)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	61 (74.4)	21 (25.6)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	39 (68.4)	18 (31.6)	1	3.131
ไม่มี (n = 123)	67 (54.5)	56 (45.5)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	41 (52.6)	37 (47.4)	1	2.274
เคย (n = 102)	65 (63.7)	37 (36.3)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	85 (56.3)	66 (43.7)	1	2.612
เคย (n = 29)	21 (72.4)	8 (27.6)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	32 (47.8)	35 (52.2)	1	5.459
เคย (n = 113)	74 (65.5)	39 (34.5)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	102 (59.0)	71 (41.0)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	4 (57.1)	3 (42.9)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	17 (70.8)	7 (29.2)	1	1.632
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	89 (57.1)	67 (42.9)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	16 (80.0)	4 (20.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	13 (72.2)	5 (27.8)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	11 (78.6)	3 (21.4)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	19 (95.0)	1 (5.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	10 (55.6)	8 (44.4)	4	8.594
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	36 (76.6)	11 (23.4)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	33 (76.7)	10 (23.3)	1	0.000

* p < 0.001

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 132 เปรียบเทียบอัตราส่วนเป็นรายคู่ ของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 8,000 บาท 8,000 - 14,999 บาทและ 15,000 บาทขึ้นไป ที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

รายได้ (บาท)	ต่ำกว่า 8,000	8,000 - 14,999	15,000 ขึ้นไป
ต่ำกว่า 8,000	-	0.152	0.369 *
8,000 - 14,999		-	0.218
15,000 ขึ้นไป			-

* $p < 0.05$

ตารางที่ 133 เปรียบเทียบอัตราส่วนเป็นรายคู่ ของความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี ที่เห็นด้วยกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia

การศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรี	สูงกว่าปริญญาตรี
ต่ำกว่าปริญญาตรี	-	0.105	0.349 *
ปริญญาตรี		-	0.244 *
สูงกว่าปริญญาตรี			-

* $p < 0.05$

ตารางที่ 134 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	47 (54.7)	39 (45.3)	1	0.115
หญิง (n = 94)	49 (52.1)	45 (47.9)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	26 (47.3)	29 (52.7)	2	3.612
แต่งงานแล้ว (n = 103)	61 (59.2)	42 (40.8)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	9 (40.9)	13 (59.1)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	12 (33.3)	24 (66.7)	2	10.085
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	15 (45.5)	18 (54.5)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	69 (62.2)	42 (37.8)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	15 (39.5)	23 (60.5)	2	6.884
ปริญญาตรี (n = 60)	29 (48.3)	31 (51.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	52 (63.4)	30 (36.6)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	34 (59.6)	23 (40.4)	1	1.337
ไม่มี (n = 123)	62 (50.4)	61 (49.6)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	39 (50.0)	39 (50.0)	1	0.614
เคย (n = 102)	57 (55.9)	45 (44.1)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	77 (51.0)	74 (49.0)	1	2.062
เคย (n = 29)	19 (65.5)	10 (34.5)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	31 (46.3)	36 (53.7)	1	2.140
เคย (n = 113)	65 (57.5)	48 (42.5)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	92 (53.2)	81 (46.8)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	4 (57.1)	3 (42.9)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	15 (62.5)	9 (37.5)	1	0.935
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	81 (51.9)	75 (48.1)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	15 (75.0)	5 (25.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	11 (61.1)	7 (38.9)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	9 (64.3)	5 (35.7)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	16 (80.0)	4 (20.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	8 (44.4)	10 (55.6)	4	6.358
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	32 (68.1)	15 (31.9)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	27 (62.8)	16 (37.2)	1	0.279

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 135 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Active Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	42 (48.8)	44 (51.2)		
หญิง (n = 94)	55 (58.5)	39 (41.5)	1	1.691
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	27 (49.1)	28 (50.9)		
แต่งงานแล้ว (n = 103)	60 (58.3)	43 (41.7)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	10 (45.5)	12 (54.5)	2	1.929
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	14 (38.9)	22 (61.1)		
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	14 (42.4)	19 (57.6)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	69 (62.2)	42 (37.8)	2	8.063
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	18 (47.4)	20 (52.6)		
ปริญญาตรี (n = 60)	31 (51.7)	29 (48.3)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	48 (58.5)	34 (41.5)	2	1.482
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	30 (52.6)	27 (47.4)		
ไม่มี (n = 123)	67 (54.5)	56 (45.5)	1	0.053

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	41 (52.6)	37 (47.4)	1	0.097
เคย (n = 102)	56 (54.9)	46 (45.1)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	81 (53.6)	70 (46.4)	1	0.023
เคย (n = 29)	16 (55.2)	13 (44.8)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	33 (49.3)	34 (50.7)	1	0.923
เคย (n = 113)	64 (56.6)	49 (43.4)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	93 (53.8)	80 (46.2)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	4 (57.1)	3 (42.9)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	18 (75.0)	6 (25.0)	1	4.967
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	79 (50.6)	77 (49.4)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	13 (65.0)	7 (35.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	11 (61.1)	7 (38.9)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	8 (57.1)	6 (42.9)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	14 (70.0)	6 (30.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	10 (55.6)	8 (44.4)	4	1.084
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	33 (70.2)	14 (29.8)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	23 (53.5)	20 (46.5)	1	2.672

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 136 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	18 (20.9)	68 (79.1)	1	2.291
หญิง (n = 94)	29 (30.9)	65 (69.1)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	15 (27.3)	40 (72.7)	2	0.817
แต่งงานแล้ว (n = 103)	28 (27.2)	75 (72.8)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	4 (18.2)	18 (81.8)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	6 (16.7)	30 (83.3)	2	4.727
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	13 (39.4)	20 (60.6)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	28 (25.2)	83 (74.8)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	9 (23.7)	29 (76.3)	2	2.474
ปริญญาตรี (n = 60)	20 (33.3)	40 (66.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	18 (22.0)	64 (78.0)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	8 (14.0)	49 (86.0)	1	6.305
ไม่มี (n = 123)	39 (31.7)	84 (68.3)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	26 (33.3)	52 (66.7)	1	3.721
เคย (n = 102)	21 (20.6)	81 (79.4)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	45 (29.8)	106 (70.2)	1	6.615
เคย (n = 29)	2 (6.9)	27 (93.1)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	24 (35.8)	43 (64.2)	1	5.215
เคย (n = 113)	23 (20.4)	90 (79.6)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	45 (26.0)	128 (74.0)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	8 (33.3)	16 (66.7)	1	0.749
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	39 (25.0)	117 (75.0)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	2 (10.0)	18 (90.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	2 (11.1)	16 (88.9)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	5 (35.7)	9 (64.3)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	6 (30.0)	14 (70.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	3 (16.7)	15 (83.3)	4	5.675
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	9 (19.1)	38 (80.9)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	9 (20.9)	34 (79.1)	1	0.045

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 137 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้แพทย์แสดงความคิดเห็นโดยไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และ จรรยาบรรณวิชาชีพ

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	18 (20.9)	68 (79.1)	1	1.455
หญิง (n = 94)	27 (28.7)	67 (71.3)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	12 (21.8)	43 (78.2)	2	1.389
แต่งงานแล้ว (n = 103)	29 (28.2)	74 (71.8)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	4 (18.2)	18 (81.8)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	6 (16.7)	30 (83.3)	2	2.559
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	11 (33.3)	22 (66.7)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	28 (25.2)	83 (74.8)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	9 (23.7)	29 (76.3)	2	3.574
ปริญญาตรี (n = 60)	20 (33.3)	40 (66.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	16 (19.5)	66 (80.5)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	9 (15.8)	48 (84.2)	1	3.774
ไม่มี (n = 123)	36 (29.3)	87 (70.7)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	25 (32.1)	53 (67.9)	1	3.650
เคย (n = 102)	20 (19.6)	82 (80.4)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	43 (28.5)	108 (71.5)	1	6.042
เคย (n = 29)	2 (6.9)	27 (93.1)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	23 (34.3)	44 (65.7)	1	4.953
เคย (n = 113)	22 (19.5)	91 (80.5)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	43 (24.9)	130 (75.1)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	6 (25.0)	18 (75.0)	1	0.000
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	39 (25.0)	117 (75.0)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	3 (15.0)	17 (85.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	1 (5.6)	17 (94.4)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	4 (28.6)	10 (71.4)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	6 (30.0)	14 (70.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	2 (11.1)	16 (88.9)	4	5.652
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	7 (14.9)	40 (85.1)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	9 (20.9)	34 (79.1)	1	0.560

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 138 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป กับ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบประเภท Passive Nonvoluntary Euthanasia ในกรณีสมมติให้ผู้ตอบเป็นญาติผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
เพศ (N = 180)				
ชาย (n = 86)	22 (25.6)	64 (74.4)	1	1.531
หญิง (n = 94)	32 (34.0)	62 (66.0)		
สถานภาพสมรส (N = 180)				
โสด (n = 55)	15 (27.3)	40 (72.7)	2	1.193
แต่งงานแล้ว (n = 103)	34 (33.0)	69 (67.0)		
แยกกันอยู่ หย่า และเป็นหม้าย (n = 22)	5 (22.7)	17 (77.3)		
รายได้ต่อเดือน (N = 180)				
ต่ำกว่า 8,000 บาท (n = 36)	9 (25.0)	27 (75.0)	2	1.888
8,000 - 14,999 บาท (n = 33)	13 (39.4)	20 (60.6)		
15,000 บาท ขึ้นไป (n = 111)	32 (28.8)	79 (71.2)		
การศึกษาสูงสุด (N = 180)				
ต่ำกว่าปริญญาตรี (n = 38)	13 (34.2)	25 (65.8)	2	4.835
ปริญญาตรี (n = 60)	23 (38.3)	37 (61.7)		
สูงกว่าปริญญาตรี (n = 82)	18 (22.0)	64 (78.0)		
ประสบการณ์การศึกษาจากต่างประเทศ (N = 180)				
มี (n = 57)	11 (19.3)	46 (80.7)	1	4.549
ไม่มี (n = 123)	43 (35.0)	80 (65.0)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา (N = 180)				
1. มีญาติ หรือคนรู้จักเป็นผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 78)	29 (37.2)	49 (62.8)	1	3.379
เคย (n = 102)	25 (24.5)	77 (75.5)		
2. ผู้ป่วย หรือญาติเคยร้องขอให้ช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ				
ไม่เคย (n = 151)	52 (34.4)	99 (65.6)	1	8.787
เคย (n = 29)	2 (6.9)	27 (93.1)		
3. มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา				
ไม่เคย (n = 67)	26 (38.8)	41 (61.2)	1	3.941
เคย (n = 113)	28 (24.8)	85 (75.2)		
นับถือศาสนา (N = 180)				
พุทธ (n=173)	52 (30.1)	121 (69.9)	1	0.000
คริสต์ และอิสลาม (n = 7)	2 (28.6)	5 (71.4)		
ปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา (N = 180)				
ครบถ้วน (n = 24)	6 (25.0)	18 (75.0)	1	0.330
ปานกลาง และน้อย (n = 156)	48 (30.8)	108 (69.2)		

ข้อมูลทั่วไป	ความคิดเห็น (ร้อยละ)		df	X ²
	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย		
สาขาที่เชี่ยวชาญ (N = 90)				
ศึกษาศาสตร์ (n = 20)	3 (15.0)	17 (85.0)		
อายุรศาสตร์ (n = 18)	2 (11.1)	16 (88.9)		
สัตวศาสตร์ - นรีเวชวิทยา (n = 14)	4 (28.6)	10 (71.4)		
กุมารเวชศาสตร์ (n = 20)	7 (35.0)	13 (65.0)		
รังสีวิทยา (n = 18)	4 (22.2)	14 (77.8)	4	4.105
ประสบการณ์ในการทำงาน (N = 90)				
น้อยกว่า 20 ปี (n = 47)	10 (21.3)	37 (78.7)		
20 ปีขึ้นไป (n = 43)	10 (23.3)	33 (76.7)	1	0.051

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ซ.

ตัวอย่างแบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้จริงทั้งหมดสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับแพทย์ เรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ

คำชี้แจง

จุดมุ่งหมายของแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อสำรวจความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ โปรดตอบตามความคิดเห็นที่เป็นจริง **คำตอบของท่านจะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ และจะใช้เฉพาะในการศึกษาวิจัยนี้เท่านั้น**

แบบสอบถามนี้มี 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

หมายเหตุ โปรดอ่านคำอธิบายเกี่ยวกับการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ โดยละเอียด ก่อนที่จะตอบแบบสอบถามนี้

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

วิสุทธิ์ สุขบำรุง (ผู้วิจัย)

นิสิตปริญญาโท คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำอธิบาย

ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย และไม่สามารถรักษาให้หายจากโรคได้ตามการวินิจฉัยของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากสภาวะความเจ็บป่วยอย่างมาก นอกจากนี้ยังช่วยตนเองไม่ได้ รวมทั้งไม่สามารถใช้เวลาส่วนที่เหลือในชีวิตให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเอง และผู้อื่นได้

การช่วยให้ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษาตายอย่างสงบ (Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่รักษาไม่หายและมีอาการรุนแรงถึงขั้นสุดท้าย ได้สิ้นชีวิตโดยปราศจากความเจ็บปวดและรอดพ้นจากความทุกข์ทรมาน

ส่วนที่ 1

ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม (ไม่ต้องระบุนามของผู้ตอบ)

กรุณากรอกข้อมูลลงในช่องว่าง และเขียนเครื่องหมาย \surd ลงใน () ที่ตรงกับข้อเท็จจริงเกี่ยวกับตัวของท่าน

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ ปี

3. นับถือศาสนา

() พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ (โปรดระบุ)

4. ท่านปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา

() ครบถ้วน () ปานกลาง () น้อย

5. การศึกษาสูงสุด

() ต่ำกว่าปริญญาตรี () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

6. เคยมีประสบการณ์ในการศึกษาจากต่างประเทศ

() มี () ไม่มี

7. สถานภาพสมรส

() โสด () แต่งงานแล้ว () แยกกันอยู่
() หย่า () เป็นหม้าย

8. รายได้ต่อเดือน

() ต่ำกว่า 2,500 บาท () 2,500 - 4,499 บาท () 4,500 - 7,999 บาท
() 8,000 - 14,999 บาท () 15,000 บาท ขึ้นไป

9. ประสบการณ์เกี่ยวกับ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

() ท่านเคยมีญาติ หรือคนรู้จักเป็น “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา”
() ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยเคยร้องขอให้ท่านช่วยทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ
() ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา”

10. สาขาที่เชี่ยวชาญ

() ศัลยศาสตร์ () อายุรศาสตร์ () สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
() เวชบำบัดวิกฤต () กุมารเวชศาสตร์ () รังสีวิทยา
() อื่นๆ (โปรดระบุ)

11. ประสบการณ์ในการทำงานของท่าน

() 2 - 9 ปี () 10 - 19 ปี () 20 ปีขึ้นไป

(โปรดพลิกไปยังหน้าต่อไป)



ส่วนที่ 2

ความคิดเห็นในเรื่องการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อตกลงเบื้องต้น และข้อความในแต่ละกรณีอย่างละเอียด แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็น และเหตุผลอย่างไรต่อกรณีนั้นๆ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ()

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในสถานการณ์สมมติว่าประเทศไทยจะมีการทำประชามติเพื่อพิจารณาออกกฎหมาย และหามาตรการทางการแพทย์มารองรับในเรื่องการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ โดยต้องการความคิดเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ และสาธารณสุขทั่วไป มาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณา และท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่ได้รับเชิญมาแสดงความคิดเห็นในกรณีต่างๆ ที่เกี่ยวกับการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ ท่านจะมีความคิดเห็นอย่างไรในกรณื่อดังต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรณีที่ 1

ชายวัยรุ่นอายุ 19 ปีกำลังจะตายเนื่องจากป่วยเป็นโรคเอดส์ในระยะสุดท้าย มีโรคแทรกซ้อนมากมาย และมีความทุกข์ทรมานมาก ทั้งยังทราบว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน จึงต้องการตายอย่างสงบไม่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคต่างๆ ที่เป็นอยู่ในขณะนี้ เขาได้ร้องขอให้แพทย์ฉีดยาเพื่อช่วยให้เขาตายโดยปราศจากความเจ็บปวด

1. ในฐานะแพทย์ที่ทำงานภายใต้กรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ท่าน เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย (เลือกเพียง 1) ต่อการร้องขอของผู้ป่วย

() เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านเห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	() ไม่เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านไม่เห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
<p>() แพทย์น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็นเจตนาของแพทย์หรือญาติ อีกทั้งการยืดชีวิตต่อไปก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพสิทธินั้น</p> <p>() การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ถือว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ</p> <p>() ควรประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีจำกัดไปช่วยผู้ป่วยอื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า</p> <p>() ญาติของผู้ป่วยจะได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และสามารถนำเงินไปใช้ในสิ่งอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว</p> <p>() ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน</p> <p>() อื่นๆโปรดระบุ.....</p>	<p>() หากแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แพทย์จะมีความผิดในฐานทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติไม่ได้</p> <p>() เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด ดังนั้นการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป</p> <p>() จรรยาบรรณของแพทย์ถือว่าหน้าที่ของแพทย์คือ การสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด</p> <p>() การปฏิบัติตามเจตนาของแพทย์ หรือญาติอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน</p> <p>() ในเมื่อผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ถือว่ายังมีชีวิตอยู่ จึงควรได้รับการบำบัดรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป</p> <p>() หากสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด</p> <p>() ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำให้ยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้</p> <p>() อื่นๆโปรดระบุ.....</p>

(โปรดพลิกไปยังหน้าต่อไป)



2. หากไม่คำนึงถึงกรอบของกฎหมาย และจรรยาบรรณวิชาชีพ

ท่าน เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย (เลือกเพียง 1) ต่อการร้องขอของผู้ป่วย

() เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านเห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	() ไม่เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านไม่เห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
<p>() แพทย์น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็นเจตนาของแพทย์หรือญาติ อีกทั้งการยืดชีวิตต่อไปก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในการรักษา</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ เป็นเจตนาที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพสิทธินั้น</p> <p>() การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ถือว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ</p> <p>() ควรประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีจำกัดไปช่วยผู้ป่วยอื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า</p> <p>() ญาติของผู้ป่วยจะได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และสามารถนำเงินไปใช้ในสิ่งอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว</p> <p>() ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน</p> <p>() อื่นๆ โปรดระบุ.....</p>	<p>() หากแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติไม่ได้</p> <p>() เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด ดังนั้นการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป</p> <p>() จรรยาบรรณของแพทย์ถือว่าหน้าที่ของแพทย์คือ การสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด</p> <p>() การปฏิบัติตามเจตนาของแพทย์ หรือญาติอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน</p> <p>() ในเมื่อผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ถือว่ายังมีชีวิตอยู่ จึงควรได้รับการบำบัดรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป</p> <p>() หากสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด</p> <p>() ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำให้ยินยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้</p> <p>() อื่นๆ โปรดระบุ.....</p>

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. หากท่านเป็นญาติผู้ป่วย ท่าน เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย (เลือกเพียง 1) ต่อการร้องขอของผู้ป่วย

() เห็นด้วย	() ไม่เห็นด้วย
(กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านเห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	(กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านไม่เห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
() แพทย์น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็นเจตนาธรรมของผู้ป่วย หรือญาติ อีกทั้งการยืดชีวิตต่อไปก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา	() หากแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติไม่ได้
() การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน	() เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่มีความค่าสูงสุด ดังนั้นการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป
() ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน	() จรรยาบรรณของแพทย์ถือว่าหน้าที่ของแพทย์คือ การสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด
() ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพสิทธินั้น	() การปฏิบัติตามเจตนาธรรมของผู้ป่วย หรือญาติอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน
() การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ถือว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ	() ในเมื่อผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ถือว่ายังมีชีวิตอยู่ จึงควรได้รับการบำบัดรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป
() ควรประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีจำกัดไปช่วยผู้ป่วยอื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า	() หากสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้
() ญาติของผู้ป่วยจะได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และสามารถนำเงินไปใช้ในเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว	() การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด
() ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน	() ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำให้ยอมรับการปลดพราวจากบุคคลที่ตนเองรักได้
() อื่นๆโปรดระบุ.....	() อื่นๆโปรดระบุ.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(โปรดพลิกไปยังหน้าต่อไป)



4. หากท่านเป็นผู้ป่วย ท่าน เห็นด้วย หรือ ไม่เห็นด้วย (เลือกเพียง 1) ต่อการร้องขอของผู้ป่วย

() เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านเห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	() ไม่เห็นด้วย (กรุณาเลือกเหตุผลที่ท่านไม่เห็นด้วย โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
<p>() แพทย์น่าจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เพราะเป็นเจตนาารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติ อีกทั้งการยึดชีวิตต่อไปก็ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ในด้านการรักษา</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบ เป็นเจตนาดีที่ต้องการให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์มีหน้าที่ต้องช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน</p> <p>() ผู้ป่วย หรือญาติมีสิทธิเลือกแนวทางการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยตนเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้องควรเคารพสิทธินั้น</p> <p>() การที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือ หรือเลือกตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ถือว่าผู้ป่วยมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ</p> <p>() ควรประหยัดทรัพยากร และบุคลากรด้านการแพทย์ที่มีจำกัดไปช่วยผู้ป่วยอื่นที่ยังมีความหวังในการมีชีวิตอยู่มากกว่า</p> <p>() ญาติของผู้ป่วยจะได้ประหยัดเงินค่าใช้จ่ายที่จะหมดไปกับการรักษา และสามารถนำเงินไปใช้ในเรื่องอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัว</p> <p>() ผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องเจ็บปวดอีกต่อไป และญาติจะได้ไม่ทุกข์ใจที่เห็นบุคคลที่ตนเองรักมีชีวิตอยู่อย่างทุกข์ทรมาน</p> <p>() อื่นๆโปรดระบุ.....</p>	<p>() หากแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ แพทย์จะมีความผิดในฐานะทำให้ผู้ป่วยตายโดยเจตนา จะอ้างความยินยอมของผู้ป่วย หรือญาติไม่ได้</p> <p>() เป็นการขัดต่อหลักศีลธรรมและศาสนา เพราะชีวิตเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด ดังนั้นการทำลายชีวิตถือว่าเป็นบาป</p> <p>() จรรยาบรรณของแพทย์ถือว่าหน้าที่ของแพทย์คือ การสงวนรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ให้ยาวนานที่สุด</p> <p>() การปฏิบัติตามเจตนาารมณ์ของผู้ป่วย หรือญาติอาจกระทบกระเทือนต่อสิทธิของผู้อื่น หรือสิทธิของสาธารณชน</p> <p>() ในเมื่อผู้ป่วยยังมีลมหายใจอยู่ก็ถือว่ายังมีชีวิตอยู่ จึงควรได้รับการบำบัดรักษาให้มีชีวิตอยู่ต่อไป</p> <p>() หากสามารถมีชีวิตอยู่ได้เป็นเวลานาน อาจมีการคิดค้นกรรมวิธีในการรักษาให้หายได้</p> <p>() การช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่เป็นการแสดงความรักต่อผู้ป่วย และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติสมควรปฏิบัติให้ดีที่สุด</p> <p>() ควรคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย หรือญาติที่ไม่สามารถทำใจให้ยอมรับการพลัดพรากจากบุคคลที่ตนเองรักได้</p> <p>() อื่นๆโปรดระบุ.....</p>

ส่วนที่ 3

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () และเติมคำลงในช่องว่างตามความคิดเห็นของท่าน

1. ท่านคิดว่าหน่วยงานใดควรรับผิดชอบต่อการช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () หน่วยงานด้านการแพทย์ และพยาบาล
- () หน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์
- () หน่วยงานด้านกฎหมาย
- () หน่วยงานด้านศาสนา
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

2. ท่านคิดว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินว่าผู้ป่วยเป็น “บุคคลที่สิ้นหวังในการรักษา”

(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ผู้ป่วย
- () ญาติผู้ป่วย
- () แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย
- () คณะกรรมการที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคมสงเคราะห์
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

3. ท่านคิดว่าใครควรเป็นผู้ตัดสินว่าควรช่วยให้ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ตายอย่างสงบ

(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ผู้ป่วย
- () ญาติผู้ป่วย
- () แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วย
- () คณะกรรมการที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกฎหมาย นักการศาสนา และนักสังคมสงเคราะห์
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

(โปรดพลิกไปยังหน้าต่อไป)



4. ในกรณีที่ “ผู้ป่วยที่สิ้นหวังในการรักษา” ได้ทำเอกสารแสดงเจตนากรณีในการบำบัดรักษาเอาไว้ ท่านคิดว่าเอกสารฉบับใด น่าจะเป็นเอกสารที่แพทย์สามารถปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ เช่น อยู่ในสภาพไร้การรับรู้อย่างถาวร (coma)

(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () พินัยกรรมเพื่อชีวิตที่ผู้ป่วยเขียนขึ้นเพื่อแจ้งให้ญาติ แพทย์ นักกฎหมาย และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบ รวมทั้งให้ปฏิบัติตามการตัดสินใจของผู้ป่วยในการบำบัดรักษา งดเว้น หรือยุติการบำบัดรักษาตาม que ผู้ป่วยได้ระบุไว้ในพินัยกรรม เช่น ให้แพทย์หยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ หากผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาพไร้การรับรู้อย่างถาวร (coma)
- () หนังสือมอบอำนาจการตัดสินใจในการบำบัดรักษา งดเว้น หรือยุติการบำบัดรักษา ที่ผู้ป่วยได้แต่งตั้งให้ญาติ แพทย์ นักกฎหมาย หรือผู้หนึ่งผู้ใดเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนผู้ป่วย
- () อื่นๆโปรดระบุ.....

*** ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงที่ท่านได้กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ ***

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาย วิสุทธิ สุขบำรุง สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาการคอมพิวเตอร์ คณะวิทยาศาสตร์ สถาบันราชภัฏพระนคร ในปีการศึกษา 2539 และเข้าศึกษาต่อ ในหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จากคณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2541



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย