



ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสิทธิในการมีชีวิตอยู่ของตนเองหรือไม่:

มุมมองจากพุทธจริยศาสตร์

Do depressed patients Have a Right to Their Own Lives:

A Buddhist Ethical Perspective

สิริพร เอ็มอ่อน Siriporn Em-on

บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Graduate School, Mahachulalongkornrajavidyalaya University

Corresponding author, e-mail: miwrakmae@gmail.com

Received February 1, 2026; Revised April 25, 2026; Accepted: August 30, 2026

บทคัดย่อ

บทความนี้จะทำการมุ่งสำรวจปัญหาทางจริยศาสตร์และอภิปรายว่าด้วยสิทธิในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประสงค์ยุติชีวิตของตนเอง จากการศึกษาปัญหานี้แนวคิดเสรีนิยมถือว่าคนเรานั้นมีสิทธิต่อชีวิตของตนเอง เมื่อมีสิทธินี้การยุติชีวิตของตนเองย่อมเป็นการกระทำที่ควรเพราะเป็นสิทธิของผู้ที่เป็นเจ้าของ ส่วนแนวคิดอนุรักษนิยม กลับมองว่า จริยอยู่คนเรานั้นเป็นเจ้าของสิทธิต่อชีวิต แต่การจะยุติชีวิตนั้นถือว่าการกระทำที่ไม่สมควร เพราะคนเรานั้นเป็นสมาชิกของสังคม เมื่อเป็นสมาชิกของสังคม ควรได้รับการยินยอมจากสังคม ในงานนี้ การวิเคราะห์โดยอาศัยมุมมองจากพุทธจริยศาสตร์พบว่า ชีวิตมิใช่กรรมสิทธิ์ของปัจเจกชน หากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากเหตุปัจจัย (ปฏิจกสมุปบาท) และไม่มีตัวตนถาวรที่เป็นเจ้าของอย่างแท้จริง การอ้างสิทธิในการตายจึงตั้งอยู่บนความเข้าใจผิดในตัวตน (อัตตา) และขัดกับหลักเจตนา ซึ่งเป็นแก่นของศีลธรรมในพระพุทธศาสนา การฆ่าตัวตายด้วยความเมตตาต่อตนเอง ยังถือเป็น อกุศลเจตนา ในเรื่องสิทธิในชีวิต พุทธจริยศาสตร์มองว่า มันไม่ได้หมายถึงอำนาจเหนือชีวิต แต่หมายถึงสิทธิที่จะเรียนรู้และตื่นรู้ชีวิต แม้ในยามทุกข์ทรมานที่สุด เพราะชีวิตคือพื้นที่แห่งการภาวนา มิใช่ทรัพย์สินที่จะยุติได้ด้วยเจตนาของอัตตา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า; พุทธจริยศาสตร์; สิทธิต่อการมีชีวิต

Abstract

The article, "Do Patients with Depression Have a Right to Their Own Lives? : A Perspective from Buddhist Ethics " seeks to explore ethical and metaphysical questions concerning the right to life for individuals with depression who wish to end their own existence. In examining this issue, Liberalism maintains that an individual possesses a right to his or her own life. Given this premise, the act of self-termination may be considered appropriate, as it falls within the domain of self-ownership. Conservatism, however, argues otherwise: while it is true that an individual holds a

right to life, the termination of that life is deemed morally improper, for the person is also a member of society. As such, the decision to end one's life ought to be subject to the moral consent of the social collective. From the standpoint of Buddhist Ethics, life is not the private possession of an individual but rather a process arising from causes and conditions (paṭṭiccasamuppāda—Dependent Origination). There is, in truth, no enduring self (atta) that owns or governs it. Thus, the claim to a “right to die” rests upon a fundamental misunderstanding of the self and conflicts with the principle of intention (cetanā), which forms the core of moral action in Buddhism. Suicide, even when motivated by self-compassion, still constitutes unwholesome intention (akusala cetanā). Regarding the right to life, Buddhist ethics does not interpret it as dominion or power over life, but as the right to learn from and awaken within life itself, even amidst profound suffering. Life, in this view, is the very ground of spiritual cultivation (bhāvanā), not a possession to be terminated at the behest of an ego that, ultimately, is not real.

Keywords: Buddhist ethics; depressed patients; Right to Life

บทนำ

ในสังคมร่วมสมัย ปัญหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางใจอย่างรุนแรงจนไม่ต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไป ได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์เท่านั้น หากยังเปิดพื้นที่ให้เกิดคำถามที่ลึกซึ้งในระดับจริยศาสตร์และอัตถิภาวะ (Existential ethics) ว่าแท้จริงแล้ว ชีวิตนี้มีค่าเพราะอะไรและเรามีสิทธิแค่ไหนที่จะจบชีวิตลงด้วยตนเอง เมื่อความทุกข์ไม่ได้เป็นเพียงอาการ แต่เป็นประสบการณ์ที่ครอบงำความหมายของการมีอยู่ การร้องขอให้ยุติชีวิตจึงควรถูกเข้าใจว่าเป็นการแสวงหาอิสรภาพ หรือเป็นสัญญาณของความไม่อิสระทางจิตใจกันแน่ เมื่อผู้ป่วยบางรายเลือกแสดงเจตจำนงผ่านสิ่งที่เรียกว่า “Living Will” เพื่อขอให้แพทย์ยุติชีวิต คำถามสำคัญจึงไม่ได้อยู่เพียงว่า ควรอนุญาตหรือไม่ แต่คือเรากำลังตอบสนองต่ออะไร ระหว่างความเมตตาต่อความทุกข์ของผู้ป่วยกับการยอมรับการยุติชีวิตในฐานะทางออกหนึ่งของความทุกข์ การกระทำดังกล่าวเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือเป็นการละทิ้งความรับผิดชอบต่อชีวิตในฐานะคุณค่าพื้นฐานกันแน่ ดังที่ Ronald Dworkin เคยตั้งคำถามไว้ว่า สิทธิในชีวิตนั้นหมายถึง “สิทธิที่จะมีชีวิตอยู่” หรือ “สิทธิที่จะเลือกตายอย่างมีศักดิ์ศรี” คำถามนี้อาจไม่ได้ต้องการคำตอบที่ตายตัว แต่ต้องการการพิจารณาว่า “สิทธิ” นั้นตั้งอยู่บนฐานคิดเกี่ยวกับชีวิตแบบใด (Dworkin, 1993)

ในบริบทของสังคมไทย คำถามดังกล่าวยิ่งซับซ้อนขึ้นเมื่อแนวคิดเรื่องสิทธิปัจเจกแบบเสรีนิยมเริ่มมีอิทธิพลควบคู่ไปกับกรอบศีลธรรมแบบพุทธที่มองชีวิตในฐานะกระบวนการแห่งเหตุปัจจัย หากชีวิตไม่ใช่ทรัพย์สินของปัจเจก แล้วสิทธิจะถูกนิยามอย่างไรในบริบทนี้ เรามีสิทธิครอบครอง ชีวิตหรือเพียงอาศัยอยู่ในกระแสของมันเท่านั้น และถ้าชีวิตเป็นเพียงความต่อเนื่องของเหตุและปัจจัยตามหลักปฏิจจสมุปบาท ชีวิตไม่ใช่กรรมสิทธิ์ของตนเอง หากแต่เป็นกระบวนการแห่งเหตุและปัจจัยที่ต่อเนื่องกัน การตายมิใช่การยุติทุกข์ เพราะทุกข์ในพุทธธรรมไม่ได้เกิดจากชีวิต แต่เกิดจากอวิชชา



(ความไม่รู้) การตัดสินใจชีวิตจะถือเป็นการกระทำที่มีความหมายเชิงศีลธรรมอย่างไร ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อพิจารณาผ่านกรอบพุทธจริยศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับเจตนาเป็นแกนกลางของศีลธรรม การกระทำที่มุ่งชีวิตเพื่อลดความทุกข์ของตนเองควรถูกตีความว่าเป็นความเมตตาต่อตนเอง หรือเป็นรูปแบบหนึ่งของความเบียดเบียนที่แฝงอยู่ภายใต้ความไม่รู้กันแน่ หากความทุกข์ในพุทธธรรมมิได้เกิดจากชีวิตโดยตรง แต่เกิดจากอวิชชา การยุติชีวิตจะสามารถยุติทุกข์ได้จริงหรือไม่ หรือเป็นเพียงการหลีกหนีโดยที่ต้นเหตุยังคงดำรงอยู่ และนอกจากนี้ คำกล่าวที่ว่า “ฉันมีสิทธิที่จะจบชีวิตของฉัน” ยังนำไปสู่คำถามพื้นฐานยิ่งกว่า นั่นคือ ฉัน ในประโยคนี้นี้คือใคร หากพิจารณาตามหลักชั้นห้า (พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 12 หน้าที่ 15, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) ซึ่งมองว่าตัวตนเป็นเพียงกระแสของรูปและนามที่เกิดดับอยู่ตลอดเวลา การอ้างสิทธิบนฐานของตัวตนถาวรจะยังคงมีความชอบธรรมอยู่หรือไม่ หรือเป็นเพียงการสมมติที่ยังไม่ได้รับการตรวจสอบในเชิงปรัชญา

เมื่อพิจารณาจากมุมมองที่แตกต่างกัน ระหว่างกรอบเสรีนิยมที่เน้นเสรีภาพและการกำหนดตนเอง กับกรอบพุทธจริยศาสตร์ที่เน้นความไม่เบียดเบียน ความเมตตา และการรู้เท่าทันความจริงของชีวิต คำถามสำคัญจึงมิใช่เพียงว่า “ควรอนุญาตให้มีสิทธิในการตายหรือไม่” แต่คือ “เรากำลังเข้าใจชีวิตอย่างไร” และ “ความเข้าใจนั้นนำไปสู่ข้อสรุปทางศีลธรรมแบบใด” บทความนี้จึงมิได้มุ่งเสนอคำตอบสำเร็จรูป หากแต่ต้องการสำรวจและตั้งคำถามว่า ภายใต้กรอบพุทธจริยศาสตร์ การอ้างสิทธิในการยุติชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะสามารถถือเป็น “สิทธิทางศีลธรรม” ได้หรือไม่ และหากไม่ได้ ควรมีกรอบการเข้าใจชีวิตและความทุกข์แบบใดที่จะช่วยให้เราตอบสนองต่อความทุกข์นั้นได้โดยไม่ละทิ้งหลักการพื้นฐานของศีลธรรม พร้อมกันนั้น คำถามที่อาจสำคัญที่สุดคือ บางที “สิทธิ” ที่เรากำลังพูดถึง อาจไม่ใช่สิทธิในการยุติชีวิต แต่เป็นสิทธิในการทำความเข้าใจชีวิตอย่างลึกซึ้งเพียงพอ ก่อนจะตัดสินใจใดๆ เกี่ยวกับมัน

วิวัฒนาการทางแนวคิดเรื่องสิทธิในชีวิต

1. ยุคศาสนาและอภิปรัชญาโบราณ หากกล่าวถึงแนวคิดเรื่องสิทธิในชีวิต ในยุคโบราณยังไม่เกิดขึ้นในฐานะสิทธิปัจเจกเท่าใดนัก แต่เป็นการมองเรื่องของหน้าที่ทางศีลธรรมที่มนุษย์มีต่อเทพเจ้า ธรรมชาติ หรือเอกภาวะสูงสุด ในกรีกโบราณชีวิตถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของระเบียบธรรมชาติที่มีเป้าหมายสูงสุดคือ Eudaimonia นั่นคือความเจริญงอกงามของชีวิตตามศักยภาพแห่งเหตุผล (Aristotle, 1925) อริสโตเติลเห็นว่ามนุษย์เกิดมาเพื่อทำหน้าที่ตาม Telos หรือจุดหมายของธรรมชาติ การฆ่าตัวตายจึงเป็นการปฏิเสธธรรมชาติและศักยภาพของตนเอง เป็นการละเมิดโครงสร้างแห่งคุณธรรม ส่วนเพลโตเสนอว่าชีวิตคือสิ่งที่เทพเจ้ามอบหมายให้มนุษย์ดูแล การทำลายชีวิตตนเองคือการละเมิดหน้าที่ที่พระเจ้าประทานมา มนุษย์นั้นไม่มีสิทธิในชีวิตในฐานะเจ้าของ แต่เป็นเพียงผู้ดูแลคริสต์ศาสนาได้สานต่อแนวคิดนี้โดยตรง พระคัมภีร์กล่าวว่า “เจ้าอย่าฆ่า” ซึ่งนักเทววิทยาอย่างออกัสตินและโทมัส อควีนาสตีความว่าครอบคลุมถึงการฆ่าตัวตายด้วย เพราะชีวิตเป็นของพระเจ้าเพียงผู้เดียว การฆ่าตัวตายจึงเป็นการละเมิดระเบียบศีลธรรมของพระเจ้า และทำลายความดีส่วนรวมของสังคม หากมองในทางพุทธศาสนา แม้ไม่มีข้อห้ามเชิงเทวบัญชา แต่หลักกรรมและเจตนาแสดงชัดว่า การฆ่าตัวตายเป็นโทษหนักแห่งการดับทุกข์ เพราะทุกข์มิได้อยู่ในร่างกาย แต่ในจิตที่ยังยึด

มันในตน (อัตตา) พระพุทธองค์ตรัสว่า “คนพาลย่อมถูกลูกศรแห่งตนแทงซ้ำ เพราะโศกคร่ำครวญในสิ่งที่ตายไป” (พระไตรปิฎกภาษาไทย เล่มที่ 12 ข้อที่ 613 หน้าที่ 593, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539) นั่นคือทุกข์ไม่ได้สิ้นสุดด้วยความตาย แต่สืบเนื่องตามเหตุแห่งอวิชชา พุทธจริยศาสตร์จึงเน้น “การรู้ทุกข์และดับเหตุแห่งทุกข์” มากกว่าการหนีทุกข์ (Promta, 2010) หากกล่าวโดยสรุป ในยุคศาสนาและอภิปรายญาโบราณ “ชีวิต” เป็นสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่อยู่นอกอำนาจของมนุษย์ “สิทธิต่อชีวิต” จึงไม่ได้หมายถึงสิทธิในการกำหนดมันเอง แต่หมายถึง “หน้าที่ในการเคารพและดำรงไว้” ซึ่งเป็นจุดยืนร่วมกันของศาสนาใหญ่ทั้งตะวันตกและตะวันออก

2. เสรีภาพของปัจเจกและการเกิดขึ้นของสิทธิมนุษยชน เมื่อยุโรปเข้าสู่ยุคเรืองปัญญา (Enlightenment) ความหมายของ “สิทธิ” ได้ถูกพลิกจากของประทานของพระเจ้าเป็น “สิทธิโดยธรรมชาติ” (Natural rights) ของมนุษย์เอง ซึ่งเกิดจากเหตุผลและความเป็นมนุษย์ในตัวตน John Locke เสนอว่า มนุษย์มีสิทธิใน “ชีวิต เสรีภาพ และทรัพย์สิน” โดยรัฐมีหน้าที่คุ้มครอง มิใช่ครอบครอง สิทธิในชีวิตจึงกลายเป็นสิทธิที่มนุษย์ถือโดยกำเนิด ในมุมมองของ Immanuel Kant แม้เห็นว่าชีวิตมีคุณค่าในตัวเอง (Intrinsic value) แต่ปฏิเสธสิทธิในการฆ่าตัวตายโดยสิ้นเชิง เพราะถือว่าเป็นการทำลายศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ (Dignity of humanity) เขาเขียนว่า มนุษย์ต้องไม่ใช้ตนเองเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อจุดประสงค์ใด การฆ่าตัวตายเพื่อหนีทุกข์จึงเป็นการลดค่าตนเองจากผู้มีเหตุผลเป็นเพียงวัตถุของความรู้สึกตรงกันข้าม J.S. Mill แห่งแนวคิดเสรีนิยม (Liberalism) เห็นว่าปัจเจกบุคคลควรมีอำนาจเต็มในการกำหนดชีวิตของตนเอง ตราบใดที่ไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น เขากล่าวว่า เหนือร่างกายและจิตใจของตนเอง ปัจเจกบุคคลคือผู้ที่มีอำนาจสูงสุด นี่คือรากฐานของแนวคิดสิทธิในการตาย (Right to die) ที่ถือว่าชีวิตเป็นสมบัติของตนเอง ไม่ใช่ของศาสนา หรือรัฐ ในขณะที่พุทธจริยศาสตร์ (Buddhist ethics) มองว่าเสรีภาพที่แท้ต้องตั้งอยู่บนความรู้แจ้ง ไม่ใช่อารมณ์หรือความสั่นไหว พระพรหมคุณาภรณ์ (Payutto, 1998) อธิบายว่า “เสรีภาพที่แท้ไม่ใช่การทำตามใจ แต่คือการเป็นอิสระจากสิ่งที่ครอบงำใจ” ดังนั้น การยุติชีวิตจากความสั่นไหวจึงไม่ใช่เสรีภาพ หากเป็นภาวะของความไม่รู้ (อวิชชา)

3. จริยศาสตร์ชีวภาพและสิทธิในการตาย เมื่อการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น มนุษย์สามารถยืดชีวิตออกไปได้แม้ในภาวะไร้สติหรือปราศจากคุณภาพชีวิต ปัญหาจึงเกิดขึ้นว่า “สิทธิในการมีชีวิต” จะรวมถึง “สิทธิในการตายอย่างมีศักดิ์ศรี” (Dignified death) ด้วยหรือไม่ กรณีเช่น Sue Rodriguez และ Brittany Maynard ได้จุดประกายการถกเถียงเรื่องการรณฆาตโดยสมัครใจ (Voluntary euthanasia) จนประเทศอย่างเนเธอร์แลนด์ เบลเยียม และแคนาดา ยอมรับให้ทำได้ภายใต้กฎหมาย (Beauchamp, T., & Childress, J., 2019) อย่างไรก็ตาม เมื่อปัญหาเข้าสู่บริบทของโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ความซับซ้อนกลับเพิ่มขึ้น เพราะความต้องการยุติชีวิตอาจไม่ได้เกิดจากเสรีภาพแท้ แต่เป็นผลของความผิดปกติทางการรับรู้คุณค่าแห่งชีวิต ผู้ป่วยซึมเศร้ามักอยู่ในภาวะที่ความสามารถในการตัดสินใจ (Autonomy) ถูกลดทอนโดยอาการของโรคในแง่นี้ เสรีภาพของผู้ป่วยอาจไม่ใช่เสรีภาพที่แท้ หากเป็นเสรีภาพที่ถูกหลอก โดยอารมณ์และความทุกข์ พุทธจริยศาสตร์จึงตั้งคำถามเชิงจิตภาวนา จิตที่ไม่เป็นอิสระจากความทุกข์ จะเลือกได้อย่างแท้จริงหรือ? ตามหลักอริยสัจ 4 ทุกข์ไม่อาจดับด้วยการหนีจากชีวิต แต่ด้วยการเข้าใจเหตุแห่งทุกข์และการดับมันในจิตใจ การฆ่าตัวตายจึง



ไม่ใช่สิทธิ หากเป็นการกระทำภายใต้โมหะ พุทธจริยศาสตร์จึงเสนอแนวคิดทางเลือกคือ สิทธิที่จะตื่นรู้ สิทธิในการฟื้นคืนศักยภาพของจิตให้เข้าใจและอยู่ร่วมกับทุกอย่างมีปัญญา

สิทธิในชีวิตในกรอบพุทธจริยศาสตร์ : ชีวิตมิใช่กรรมสิทธิ์ แต่คือกระบวนการแห่งการเรียนรู้

สมมุติกรณีว่า “ก” เป็นผู้ป่วย โรคซึมเศร้าระยะเรื้อรัง รู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวังมาหลายปี แม้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ยังคงกลับมาเป็นซ้ำ “ก” จึงเขียน Living Will ฝากไว้กับแพทย์ว่า “หากอาการของข้าพเจ้ากลับมาอีกและไม่สามารถรักษาได้ ขอให้ช่วยยุติชีวิตของข้าพเจ้า เพราะข้าพเจ้ามีสิทธิในชีวิตของตนเอง และไม่อยากทนทุกข์อีกต่อไป” คำถามสำคัญจึงเกิดขึ้นว่า เมื่อผู้ป่วยอ้าง “สิทธิในชีวิตของตนเอง” แพทย์จะมี “หน้าที่ทางจริยธรรม” ต้องปฏิบัติตามหรือไม่? อย่างไรก็ตาม ก่อนจะตอบคำถามนี้ จำเป็นต้องแยกให้ชัดว่า “สิทธิ” ที่กำลังถูกกล่าวถึงนั้นคือสิทธิประเภทใด เพราะในทางจริยศาสตร์และสิทธิมนุษยชน คำว่า “สิทธิ” มิได้มีความหมายเดียว ในทางสิทธิมนุษยชนสากล (Universal Human Rights) สิทธิถูกนิยามในฐานะ Claim-right หมายถึง สิทธิของบุคคลหนึ่งย่อมก่อให้เกิด “หน้าที่” ของอีกฝ่ายหนึ่งที่จะต้องเคารพสิทธินั้น เช่น สิทธิในชีวิต (Right to Life) หมายความว่า ผู้อื่นต้องงดเว้นจากการทำร้ายหรือฆ่า ซึ่งเป็น “หน้าที่เชิงลบ” (Negative duty) ของทุกคนที่จะไม่ละเมิดชีวิตของผู้อื่น (Dworkin, 1993) อย่างไรก็ตาม ในบริบทของ “ผู้ป่วย” โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเปราะบาง เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สิทธิไม่ได้มีเพียงมิติของ “การไม่ถูกละเมิด” แต่ยังรวมถึง “สิทธิในการได้รับการดูแล” (right to care) หรือ “สิทธิในการได้รับการเยียวยา” (right to treatment) ซึ่งเป็น “หน้าที่เชิงบวก” (Positive duty) ของสังคมและผู้ประกอบวิชาชีพ เช่นเดียวกับกรณีของสิทธิเด็กหรือสิทธิสัตว์ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ สิทธิเหล่านี้มิได้มุ่งให้เจ้าของสิทธิ “ตัดสินใจอย่างอิสระโดยสมบูรณ์” แต่ตั้งอยู่บนสมมติฐานของ “ความเปราะบาง” (vulnerability) และ “ความต้องการการคุ้มครอง” และเมื่อพิจารณาในกรณีของ “ก” การอ้าง “สิทธิในการตาย” จึงอาจต้องถูกตั้งคำถามว่า เป็นการใช้สิทธิในฐานะ “ปัจเจกผู้มีอำนาจตัดสินใจเต็มที่” หรือเป็นการแสดงออกของบุคคลที่กำลังอยู่ในภาวะที่ความสามารถในการตัดสินใจถูกจำกัดโดยความทุกข์ทางจิตใจ หากเป็นกรณีหลัง สิ่งที่ควรถูกเน้นอาจไม่ใช่ “สิทธิในการตาย” แต่คือ “สิทธิที่จะได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ” และ “สิทธิที่จะไม่ถูกปล่อยให้อยู่ลำพังกับความทุกข์”

ในกรณีของ “สิทธิในการตาย” การอ้างสิทธินี้กลับพลิกจาก “หน้าที่เชิงลบ” มาเป็น “หน้าที่เชิงบวก” ของผู้อื่น โดยเฉพาะแพทย์ที่ถูกขอให้ “กระทำการ” เพื่อยุติชีวิตของผู้ป่วย ผลคือ สิทธิที่เคยทำหน้าที่ปกป้องชีวิต กลับกลายเป็นสิทธิที่ผลักดันให้ผู้อื่นละเมิดหลักจรรยาแห่งการไม่ฆ่า (อหิงสา) ซึ่งเป็นหัวใจของทั้งจริยธรรมทางการแพทย์และพุทธจริยศาสตร์ (Keown, 1995) ตรงนี้เองคือ “จุดแตกหักทางจริยธรรม” เพราะสิทธิกับหน้าที่ไม่ได้ดำเนินคู่ขนานกันอีกต่อไป แต่กลับมาทับซ้อนและขัดแย้งกันโดยตรง เมื่อสิทธิของผู้ป่วยกลายเป็นหน้าที่ให้แพทย์ต้องละเมิดศีลธรรมของตนเอง คำถามจึงไม่ใช่เพียงว่า “ใครมีสิทธิทำอะไร” หากแต่คือ “สิทธิประเภทใดควรถูกให้ความสำคัญในบริบทของความเจ็บป่วย” ระหว่างสิทธิในการกำหนดชีวิตตนเอง กับสิทธิในการได้รับการดูแลและปกป้องชีวิต เปรียบเหมือนไฟในเตาคือสิทธิถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ความอบอุ่นแก่สังคมแห่งความยุติธรรม แต่หากใช้โดยไม่เข้าใจเจตนารมณ์แห่งศีลธรรม มันย่อมแผดเผาผู้ถือเองได้เช่นกัน สิทธิในชีวิตก็เช่นนั้น หาก

เข้าใจเพียงในฐานะ “กรรมสิทธิ์” (Ownership) ที่เรามีเหนือร่างกายตนเอง สิทธินี้อาจกลายเป็นเครื่องมือในการทำลายชีวิต

ในทางพุทธปรัชญา “ชีวิต” มิใช่ทรัพย์สินของปัจเจกชน แต่เป็นผลสืบเนื่องของเหตุปัจจัยแห่งธรรมตามหลัก ปฏิจจสมุปบาท ไม่มี “เจ้าของชีวิต” ที่แท้จริง มีเพียงกระแสของขันธ์ห้าที่เกิดดับต่อเนื่อง การกล่าวว่า “ฉันมีสิทธิที่จะจบชีวิตของฉัน” จึงเป็นการอ้างสิทธิบนนิยามของ “ฉัน” ที่ยังตั้งอยู่บนอวิชชา คือการเข้าใจผิดว่ามี “ตัวฉัน” ที่คงที่สามารถควบคุมการเกิดดับได้ (Harvey, 2000) แนวคิดนี้สอดคล้องกับคำสอนเรื่องอนัตตา ที่ระบุว่าไม่มีสิ่งใดในโลกที่เป็นของ “เรา” อย่างแท้จริง (Payutto, 1998) อย่างไรก็ตาม หากมองจากพุทธจริยศาสตร์ สิทธิของผู้ป่วยไม่ได้หายไป แต่ถูก “ตีความใหม่” สิทธิที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยอาจมิใช่สิทธิในการยุติชีวิต แต่คือ “สิทธิในการพ้นทุกข์อย่างถูกต้อง” กล่าวคือ สิทธิในการได้รับการเกื้อกูลให้เข้าใจทุกข์ เห็นเหตุแห่งทุกข์ และพัฒนาปัญญาเพื่อนำไปสู่การคลายทุกข์อย่างแท้จริง ส่วน Keown (1995) ชี้ให้เห็นว่า ในพุทธจริยศาสตร์ “เจตนา” เป็นหัวใจของศีลธรรม การกระทำใดจะเป็นกุศลหรืออกุศลขึ้นอยู่กับเจตนา แม้การฆ่าตัวตายจะมาจากความเมตตาต่อตนเอง แต่หากเจตนาอันมีรากจากความเบื่อหน่ายหรืออวิชชา ก็ยังถือเป็น “อกุศลเจตนา” (Harvey, 2000; Keown, 2005) ในมุมมองนี้ การฆ่าตัวตายมิใช่เพียงการจบชีวิตทางกาย แต่เป็นการหนีทุกข์โดยปราศจากความเข้าใจต้นเหตุแห่งทุกข์

ดังนั้น สิทธิในชีวิตในมุมมองพุทธ มิได้หมายถึง “สิทธิที่จะดับชีวิต” แต่คือ “สิทธิที่จะเข้าใจชีวิต” เป็นสิทธิในการใช้ชีวิตเพื่อเรียนรู้สภาวะของทุกข์ จนเกิดความหลุดพ้นจากมันอย่างแท้จริง ไม่ใช่เพียงหลบหนีมันด้วยความตาย (Keown, 2005) กล่าวได้ว่า “สิทธิ” ในมุมมองพุทธ มิใช่เครื่องมือของการครอบครอง แต่เป็น “พื้นที่แห่งการตื่นรู้” (2000) ในแง่นี้ “สิทธิในการตาย” จึงมิใช่สิทธิในความหมายเชิงพุทธ หากแต่เป็นการใช้ภาษาของสิทธิเพื่อสะท้อนความทุกข์ที่ยังไม่ได้รับการเยียวยาอย่างเพียงพอ คำถามสำคัญจึงย้อนกลับมาที่สังคมและวิชาชีพแพทย์ว่า เราได้ตอบสนองต่อ “สิทธิในการได้รับการดูแล” ของผู้ป่วยอย่างเพียงพอแล้วหรือยัง แพทย์ที่เผชิญคำถามเช่นนี้จึงอาจไม่ได้ยืนอยู่ระหว่าง “การให้ตาย” กับ “การไม่ให้ตาย” เท่านั้น แต่ยืนอยู่ระหว่าง “การเข้าใจความทุกข์อย่างลึกซึ้ง” กับ “การตอบสนองต่อความทุกข์อย่างผิวเผิน” และบางที สิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ อาจมิใช่ “ความตาย” หากแต่เป็น “การสิ้นสุดของความทุกข์” ซึ่งในมุมมองพุทธ มิได้เกิดจากการยุติชีวิต แต่เกิดจากการยุติอวิชชาภายในใจ ซึ่งเป็นความตายของความยึดมั่นในตัวตนอย่างแท้จริง

พุทธจริยศาสตร์ต่อประเด็นสิทธิและการฆ่าตัวตาย

บทความส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาและโต้แย้ง “สิทธิในการตาย” โดยเฉพาะในกรณีของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า รวมถึงกรณีการช่วยให้ตาย (assisted suicide) และการุณยฆาต (euthanasia) ว่าสามารถถือเป็น “สิทธิทางศีลธรรม” ได้หรือไม่ในกรอบพุทธจริยศาสตร์ในกรอบของพุทธจริยศาสตร์นั้น ชีวิตมิได้ถือเป็นทรัพย์สินส่วนตัวที่เราสามารถครอบครองหรือยึดถือได้ตามอำเภอใจ แต่ถูกมองว่าเป็นผลรวมของเหตุปัจจัย (ปฏิจจสมุปบาท) ทั้งทางกาย ใจ และกรรมเก่า (Keown, 1995) ดังนั้น การกล่าวว่า “ฉันมีสิทธิที่จะจบชีวิตของฉัน” จึงตั้งอยู่บนฐานของ “อัตตทิฏฐิ” คือความเห็นว่าตัว “ฉัน” เป็นเจ้าของชีวิต และสามารถใช้อำนาจตัดสินใจเหนือชีวิตนั้นได้ตามใจ อย่างไรก็ตามในการอภิปรายเชิงจริยศาสตร์ จำเป็นต้องแยกให้ชัดเจนว่า (1) การฆ่าตัวตาย



(suicide) (2) การช่วยให้ตาย (assisted suicide) และ(3) การุณยฆาต (euthanasia) ทั้งสามกรณีมีความแตกต่างกันในระดับของ “ผู้กระทำ” และ “ความรับผิดชอบทางศีลธรรม” กล่าวคือ การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำของตนเองโดยตรง ขณะที่ assisted suicide และ euthanasia เกี่ยวข้องกับบุคคลที่สอง (เช่น แพทย์) ซึ่งทำให้ประเด็น “สิทธิ” เชื่อมโยงกับ “หน้าที่ของผู้อื่น” อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในพุทธปรัชญา เปรียบชีวิตดังเปลวเทียนที่ลุกขึ้นเพราะเชื้อและอากาศ ไม่มีเจ้าของที่แท้จริง การดับมันเพียงเพราะเชื้อความมืดหรือทุกข์ภายในใจ มิได้ทำให้ความทุกข์หายไปจริง แต่เพียงปิดโอกาสที่จะได้เห็นแสงสว่างแห่งปัญญาในอนาคต (Keown, 1995) ในกรณีของผู้ป่วยซึมเศร้า ความต้องการตายจึงอาจไม่ได้สะท้อน “เสรีภาพที่แท้จริง” แต่เป็นภาวะที่จิตใจถูกครอบงำด้วยความทุกข์และอวิชชา พระพุทธศาสนามีท่าทีค่อนข้างชัดเจนต่อการฆ่าชีวิตว่าเป็น “อกุศลกรรมหนัก” ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากแรงจูงใจใดก็ตาม ตัวอย่างเช่น ใน พระไตรปิฎก (สังยุตตนิกาย) กล่าวถึงกรณีพระภิกษุที่ช่วยฆ่าผู้ป่วยด้วยความสงสาร ซึ่งพระพุทธเจ้าทรงดำนิว่า แม้มีเจตนาแห่งกรุณา แต่หากมีความประสงค์ให้ชีวิตสิ้นสุดก็ยังคงเป็นอกุศลกรรม เหตุผลทางพุทธจริยศาสตร์อธิบายว่า “กรุณาที่แท้จริง” ต้องไม่ปนด้วยเจตนาเบียดเบียน แม้การช่วยให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ด้วยการจบชีวิตจะดูเหมือนมีเมตตา แต่รากของการกระทำนั้นยังตั้งอยู่บนอวิชชา ไม่เข้าใจความจริงของชีวิตที่เป็นไปตามเหตุปัจจัย และยังยึดติดกับความคิดเรื่องตัวตน (Keown, 1995) ในกรณีของ assisted suicide และ euthanasia ประเด็นยิ่งทวีความซับซ้อน เพราะสิทธิของผู้ป่วยถูกนำไปผูกกับ “หน้าที่ของแพทย์” การร้องขอให้แพทย์ช่วยยุติชีวิต จึงไม่ใช่เพียงการใช้สิทธิส่วนบุคคล แต่เป็นการเรียกร้องให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมใน “การกระทำที่มีนัยทางศีลธรรม” ซึ่งขัดกับหลักอหิงสา (การไม่เบียดเบียน) อันเป็นรากฐานสำคัญของทั้งพุทธจริยศาสตร์และจริยธรรมทางการแพทย์ (Keown, 1995) เปรียบเสมือนแม่น้ำที่ไหลตามเหตุปัจจัย การพยายามหยุดน้ำด้วยการปิดกั้นอย่างฉาบฉวย อาจลดปัญหาเฉพาะหน้า แต่ไม่ใช่การเข้าใจหรือแก้ไขที่ต้นเหตุ ในทำนองเดียวกัน การยุติชีวิตเพื่อยุติทุกข์ อาจดูเหมือนเป็นทางออก แต่ไม่ได้แก้ “เหตุแห่งทุกข์” (สมุทัย) ตามกรอบอริยสัจ 4 กลับอาจตัดโอกาสของการพัฒนาปัญญาที่จะนำไปสู่การดับทุกข์อย่างแท้จริง ในแง่นี้พุทธจริยศาสตร์มิได้เพียง “ปฏิเสธสิทธิในการตาย” อย่างผิวเผิน แต่ตั้งคำถามต่อฐานคิดของสิทธิดังกล่าวว่า ตั้งอยู่บนความเข้าใจชีวิตแบบใด หากสิทธินั้นตั้งอยู่บนความเข้าใจผิดเรื่องตัวตน (อัตตา) ก็ย่อมไม่สามารถถือเป็น “สิทธิทางศีลธรรม” ได้อย่างแท้จริง

ดังนั้น บทสรุปในกรอบพุทธจริยศาสตร์จึงชี้ว่า ไม่ควรจะเป็นการฆ่าตัวตาย การช่วยให้ตาย หรือการุณยฆาต ล้วนไม่สอดคล้องกับหลักศีลธรรม เนื่องจากการตอบสนองต่อความทุกข์โดยปราศจากปัญญาและความเข้าใจในเหตุแห่งทุกข์ สิทธิที่แท้จริงต่อชีวิตในมุมมองพุทธ มิใช่สิทธิในการ “ยุติชีวิต” แต่คือสิทธิในการ “เข้าใจชีวิต” และพัฒนาปัญญาเพื่อคลายทุกข์อย่างยั่งยืน กล่าวอีกนัยหนึ่ง สิทธิในมุมมองพุทธไม่ใช่เครื่องมือของการครอบครองชีวิต แต่เป็น “พื้นที่แห่งการตื่นรู้” ที่มนุษย์สามารถใช้เพื่อเรียนรู้ความจริงของชีวิตและก้าวข้ามความทุกข์ได้อย่างแท้จริง

ความทุกข์ในมุมมองพระพุทธศาสนา

ในมุมมองของพระพุทธศาสนา ความทุกข์นั้นไม่ได้ถูกมองว่าเป็นศัตรูของชีวิต แต่มันกลับเป็นครูผู้สอนธรรม ผู้เปิดประตูสู่การเรียนรู้และปัญญา ความทุกข์ทั้งทางกายและใจจึงควรถูกมองด้วยสติ

และปัญญามากกว่าการมองด้วยความกลัวหรือปฏิเสธ จะเห็นว่าพระพุทธเจ้าทรงสอน อริยสัจ 4 โดยเริ่มต้นจากการ “ยอมรับทุกข์” (ทุกข์อริยสัจ) ก่อนที่จะแสวงหาหนทางดับทุกข์ ไม่ใช่การปฏิเสธหรือกำจัดมันอย่างฉาบฉวย (Keown, 1995) ในขณะที่แนวคิดสมัยใหม่มักมอง “ความทุกข์” เป็นสิ่งที่ต้องแก้ให้หาย หรือกำจัดให้หมดไป ซึ่งสะท้อนค่านิยมแบบ “Solution-focused” ในวัฒนธรรมตะวันตก แต่พุทธศาสนากลับสอนให้เราเข้าใจทุกข์ เพื่อเปลี่ยนความสัมพันธ์กับมัน ไม่ใช่เพียงทำให้มันหายไป เมื่อพิจารณาเชิงลึกผ่านกรอบของอริยสัจ 4 จะเห็นว่า พุทธศาสนาไม่ได้เพียง “อธิบายความทุกข์” แต่เสนอ “กระบวนการจัดการความทุกข์อย่างเป็นระบบ” กล่าวคือ

(1) **ทุกข์ เป็นสิ่งที่ต้องกำหนดรู้ (ปริญญา)** ความทุกข์ไม่ใช่สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง แต่เป็นสิ่งที่ต้อง “รู้ให้ชัด” (to be fully understood) ทั้งในระดับประสบการณ์ตรงและในระดับโครงสร้างของชีวิต สำหรับผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ความรู้สึกไร้ค่า หดหู่ หรืออยากตาย จึงไม่ใช่สิ่งที่ต้องรีบกำจัดทันที แต่ควรถูก “ใคร่ครวญอย่างมีสติ” ว่ามันคืออะไร เกิดขึ้นอย่างไร และมีลักษณะไม่เที่ยงอย่างไร การกำหนดรู้ในที่นี้ไม่ใช่การจมอยู่กับความทุกข์ แต่เป็นการ “มองเห็นความทุกข์ตามความเป็นจริง” โดยไม่เพิ่มการตัดสินหรือการต่อต้าน

(2) **สมุทัย เป็นสิ่งที่ต้องละ (ปหานะ)** เมื่อเข้าใจความทุกข์แล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการเห็น “เหตุแห่งทุกข์” ซึ่งในพุทธศาสนา คือ ตัณหา (ความอยาก) และอวิชชา (ความไม่รู้) (Keown, 1995) ในกรณีของผู้ป่วยซึมเศร้า สมุทัยอาจปรากฏในรูปของความยึดติดกับตัวตนเชิงลบ (negative self-concept) ความอยากให้ความทุกข์ “หายไปทันที” หรือแม้กระทั่งความอยาก “ไม่ต้องมีตัวตนอีกต่อไป” การละในที่นี้จึงไม่ใช่การกดทับความรู้สึก แต่คือการค่อย ๆ คลายความยึดมั่นต่อความคิดและอารมณ์เหล่านั้น เห็นว่ามันเป็นเพียง “สภาวะหนึ่ง” ไม่ใช่ “ตัวเรา” อย่างแท้จริง

(3) **นิโรธ เป็นสิ่งที่ต้องทำให้แจ้ง (สังนิขิริยา)** นิโรธคือความดับทุกข์ ซึ่งมีใช่เพียงแนวคิดเชิงทฤษฎี แต่เป็น “ประสบการณ์ที่เข้าถึงได้” เมื่อเหตุแห่งทุกข์ถูกคลายออก สำหรับผู้ที่กำลังทุกข์อย่างรุนแรง คำถามสำคัญคือ “เราจะเข้าถึงสภาวะที่ความทุกข์คลายลงได้อย่างไร แม้เพียงชั่วขณะ” การตระหนักถึงช่วงเวลาที่ดีไม่ถูกครอบงำ เช่น ขณะมีสติอยู่กับลมหายใจ หรือขณะรู้ทันความคิด อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการเห็นว่า “ความทุกข์ไม่ใช่สภาวะถาวร” และการดับทุกข์เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในระดับประสบการณ์จริง

(4) **มรรค เป็นสิ่งที่ต้องเจริญ (ภาวนา)** หนทางสู่การดับทุกข์คือการปฏิบัติตามมรรคมรรค 8 ซึ่งรวมถึงศีล สมาธิ และปัญญา การ “เจริญมรรค” ในบริบทของผู้ป่วยซึมเศร้าอาจหมายถึงการฝึกสติ (mindfulness practice) การพัฒนาความเข้าใจตนเองผ่านจิตบำบัด การสร้างความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล และการฝึกมองโลกตามความเป็นจริงมากขึ้น (Keown, 1995) กล่าวคือ การรักษาไม่ได้จบที่การลดอาการ แต่ขยายไปสู่ “การเปลี่ยนแปลงวิธีสัมพันธ์กับชีวิต” อย่างลึกซึ้ง

เมื่อพิจารณาทั้ง 4 ประการร่วมกัน จะเห็นว่าพุทธศาสนาไม่ได้เสนอให้ “กำจัดความทุกข์โดยตรง” แต่เสนอให้ “เข้าใจเหตุและกระบวนการของมัน” จนความทุกข์คลายตัวลงเองตามเหตุปัจจัย ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในมุมมองพุทธศาสนาจึงไม่ใช่คนที่ “ผิด” หรือ “อ่อนแอ” แต่เป็นผู้ที่อยู่ในวังวนของเหตุปัจจัยอันซับซ้อน ทั้งกรรมเก่า สภาพจิต และสิ่งแวดล้อม การรักษาที่แท้จริงในมุมมองนี้ จึงไม่เพียงเป็นเรื่องของการรักษาโดยการให้ยาหรือการทำจิตบำบัด แต่รวมถึง “การพัฒนาปัญญา” ให้ผู้ป่วยสามารถเห็นความจริงว่า “ความทุกข์ไม่ใช่ศัตรู แต่เป็นบทเรียน” (Keown, 1995)



หากเปรียบเทียบความทุกข์ก็เหมือน “หนามในเท้า” หากเรารีบดึงมันออกโดยไม่เข้าใจเส้นทางที่เดิน เราอาจถูกหนามทิ่มซ้ำ แต่หากเราเรียนรู้สภาพแวดล้อมและเหตุที่ทำให้เกิดหนาม เราจะสามารถป้องกันได้ในระยะยาว หรืออีกนัยหนึ่ง การยุติชีวิตเพราะต้องการยุติทุกข์ ก็เปรียบเสมือนการ “ปิดประตูหนีฝน” โดยลืมไปว่าฝนมีเหตุของมัน และย่อมหยุดลงเมื่อเหตุเปลี่ยนไป ในที่สุดแล้วเมื่อพิจารณาด้วยปัญญา จะเห็นว่าความทุกข์เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการธรรมชาติที่มีลักษณะ “เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป” ซึ่งสอดคล้องกับหลักไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง ทุกขัง และอนัตตา การเข้าใจความจริงนี้ มิได้ทำให้ความทุกข์หายไปทันที แต่เปลี่ยนความสัมพันธ์ของเรากับความทุกข์ จาก “ศัตรูที่ต้องกำจัด” เป็น “ความจริงที่ต้องเข้าใจ” และนั่นอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการคลี่คลายความทุกข์อย่างแท้จริงในมุมมองของพุทธจริยศาสตร์

การใช้ความเมตตาและความเข้าใจในพระพุทธศาสนา

ในทางพุทธจริยศาสตร์ ความเมตตาและความเข้าใจต่อผู้ป่วยมิได้เป็นเพียงคุณธรรมเชิงนามธรรม หากแต่มิใช่นัยสำคัญในฐานะ “หลักกำกับการใช้สิทธิ” โดยเฉพาะในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น แพทย์หรือผู้บำบัด กล่าวคือ ความเมตตาไม่ได้ทำหน้าที่ “สนับสนุนสิทธิในการตาย” แต่ทำหน้าที่ “กำกับการตอบสนองต่อสิทธิของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง” แนวคิดนี้จึงแยกชัดเจนระหว่าง

1. สิทธิของผู้ป่วยในฐานะบุคคล (patient rights) เช่น สิทธิในการได้รับการดูแล การไม่ถูกทอดทิ้ง และการได้รับความเข้าใจ
2. การอ้างสิทธิในการยุติชีวิต (right to die) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเรียกร้องให้ผู้อื่น (โดยเฉพาะแพทย์) กระทำการบางอย่าง

ในกรอบนี้ ความเมตตาไม่ได้หมายถึงการยินยอมต่อทุกความต้องการของผู้ป่วย แต่คือการตอบสนองต่อ “สิทธิที่แท้จริงของผู้ป่วย” อย่างสอดคล้องกับศีลธรรม กล่าวคือ แยกระหว่าง “การช่วยให้ไม่ทุกข์” กับ “การช่วยให้ตาย” (Keown, 1995) การช่วยให้ไม่ทุกข์ หมายถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในฐานะมนุษย์ผู้มีความเปราะบาง (vulnerable person) เช่น สิทธิในการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สิทธิในการได้รับความเข้าใจ และสิทธิในการมีชีวิตอยู่โดยไม่ถูกละทิ้ง ขณะที่การช่วยให้ตาย เป็นการตอบสนองต่อความต้องการที่อาจเกิดจากภาวะทุกข์ โดยเปลี่ยน “สิทธิของผู้ป่วย” ให้กลายเป็น “หน้าที่ของแพทย์ในการยุติชีวิต” ซึ่งขัดกับหลักอหิงสา ในแง่นี้ ความเมตตาจึงทำหน้าที่ “ปกป้องความหมายของสิทธิ” ไม่ให้ถูกใช้ผิดทิศ กล่าวคือ ไม่ปล่อยให้สิทธิกลายเป็นเครื่องมือของความสิ้นหวัง แต่รักษาสิทธิให้เป็นพื้นที่ของการเยียวยาและการตื่นรู้ แนวทาง “พุทธจิตบำบัด” (Buddhist Psychotherapy) หรือ “สติบำบัด” (Mindfulness-based Therapy) จึงเป็นตัวอย่างของการนำความเมตตามาปฏิบัติในระดับวิชาชีพ โดยไม่ละเมิดศีลธรรม (Shonin et al., 2013) เพราะเป็นการเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการได้รับการดูแลและการพัฒนาใจ มากกว่าการตอบสนองต่อความต้องการยุติชีวิต ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ว่า “ความทุกข์ไม่ใช่สิ่งต้องหนี แต่เป็นสิ่งที่สามารถเข้าใจและข้ามพ้นได้” ซึ่งสอดคล้องกับอริยสัจ 4

ในมุมมองของผู้ดูแล แพทย์หรือนักจิตบำบัดจึงไม่ได้มีหน้าที่ “ทำตามสิทธิของผู้ป่วยทุกประการ” แต่มีหน้าที่ “ตีความและตอบสนองสิทธิอย่างมีปัญญา” กล่าวคือ ต้องแยกให้ได้ว่าสิ่งใดคือ

สิทธิที่ควรสนับสนุน (เช่น สิทธิในการได้รับการเยียวยา) และสิ่งใดเป็นการอ้างสิทธิที่อาจนำไปสู่การเบียดเบียนชีวิต บทบาทของผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือน “ชาวสวนผู้ดูแลต้นไม้ที่ถูกพายุพัดหัก” หน้าที่ไม่ใช่ตัดต้นไม้ทั้งตามคำร้องขอ แต่คือการพยุง กั้นลม และประคับประคองรากที่ยังมีศักยภาพในการเติบโต การกระทำเช่นนี้มีได้ละเมิดสิทธิของต้นไม้ แต่เป็นการ “ปกป้องเงื่อนไขของการมีชีวิต” ดังนั้น ความเมตตาในพุทธจริยศาสตร์จึงไม่ใช่เพียงความรู้สึก แต่เป็น “หลักจริยธรรมเชิงปฏิบัติ” ที่กำกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ โดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยกับผู้ดูแล ซึ่งสิทธิไม่ได้ถูกเข้าใจในฐานะอำนาจของปัจเจกฝ่ายเดียว แต่เป็นสิ่งที่ต้องถูกตีความผ่านความสัมพันธ์และความรับผิดชอบร่วมกัน (Kabat-Zinn, 2003)

พุทธจริยศาสตร์เสนอว่าการพิจารณาสิทธิ โดยเฉพาะ “สิทธิในการตาย” ไม่อาจแยกออกจากบริบทของความสัมพันธ์ได้ เพราะสิทธิไม่ได้ดำรงอยู่ลอยตัว แต่เกิดขึ้นภายในเครือข่ายของบุคคลอื่นๆ ในกรณีของผู้ป่วย โรคมะเร็ง สติของเขาไม่ได้จำกัดอยู่ที่ “สิทธิจะตัดสินใจ” แต่รวมถึง (1) สิทธิที่จะได้รับการดูแลจากแพทย์ (2) สิทธิที่จะได้รับความเข้าใจจากครอบครัว และ (3) สิทธิที่จะไม่ถูกทอดทิ้งจากสังคม ดังนั้นหากสังคมมองเพียงว่าบุคคล “มีสิทธิจะตาย” โดยไม่พิจารณาว่าสิทธิในการได้รับการดูแลได้รับการเติมเต็มหรือไม่ ก็อาจเป็นการลดทอนความหมายของสิทธิให้เหลือเพียง “อำนาจในการตัดสินใจ” โดยละเลย “เงื่อนไขของการมีชีวิตที่มีคุณค่า” (Keown, 1995)

ในทางตรงกันข้าม สังคมที่ส่งเสริมความเมตตา การรับฟัง และการยอมรับความเปราะบาง จะทำให้สิทธิของผู้ป่วยถูกเติมเต็มในมิติที่ลึกกว่า คือไม่ใช่เพียงสิทธิในการเลือก แต่เป็นสิทธิในการมีชีวิตที่ได้รับการเกื้อกูล แนวคิดนี้เปรียบได้กับ “ตาข่ายแห่งชีวิต” ที่เส้นใยแต่ละเส้นคือความสัมพันธ์ หากเส้นใยอ่อนแอ สิทธิของบุคคลก็จะกลายเป็นเพียงคำประกาศที่ไร้พลัง แต่หากเส้นใยเข้มแข็ง สิทธินั้นจะได้รับการรองรับอย่างแท้จริงในระดับปรัชญา สิทธิจึงไม่ใช่เพียงสิ่งที่ “บุคคลมี” แต่เป็นสิ่งที่ “เกิดขึ้นในความสัมพันธ์” ซึ่งสอดคล้องกับหลัก ปฏิจจสมุปบาท ที่มองว่าทุกสิ่งล้วนเกิดจากเหตุและปัจจัย ดังนั้น “สิทธิในชีวิต” ในมุมมองพุทธจริยศาสตร์ จึงไม่ใช่เพียงสิทธิของปัจเจกในการตัดสินใจเหนือชีวิตตนเอง แต่เป็นกระบวนการร่วมกันของมนุษย์ในการ “ประคับประคองชีวิต” ผ่านความเมตตา ความเข้าใจ และปัญญา

สรุป

จากการอภิปราย พบว่าฝ่ายสนับสนุน “สิทธิต่อการมีชีวิตอยู่ของตนเอง” ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง มักตีความไปสู่สิทธิในการยุติชีวิต โดยตั้งอยู่บนฐานเสรีนิยมที่มองชีวิตเป็นกรรมสิทธิ์ของปัจเจก เน้น self-determination การยุติความทุกข์ และการเคารพความเป็นปัจเจก ขณะที่พุทธจริยศาสตร์ตั้งคำถามต่อฐานคิดนี้ โดยมองว่าชีวิตมิใช่ทรัพย์สินของใคร แต่เป็นกระแสเหตุปัจจัย (ปฏิจจสมุปบาท) ที่ไม่มีตัวตนถาวร การอ้างสิทธิเหนือชีวิตจึงตั้งอยู่บนอวิชชาและอัตตทิฎฐิ อีกทั้งการฆ่าตัวตายด้วยความเมตตาต่อตนเองยังเป็นอกุศลเจตนา และไม่ใช่หนทางดับทุกข์ตามอริยสัจ 4 นอกจากนี้ การแปลง “สิทธิต่อการมีชีวิตอยู่ของตนเอง” ให้เป็นหน้าที่ของแพทย์ในการยุติชีวิต ยังขัดต่อหลักอหิงสาอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่า “สิทธิต่อการมีชีวิตอยู่ของตนเอง” ไม่อาจตีความเป็นสิทธิในการยุติชีวิตในกรอบพุทธจริยศาสตร์ได้อย่างแท้จริง โดยควรถูกเข้าใจใหม่เป็นสิทธิในการเรียนรู้ เข้าใจทุกข์ และพัฒนาปัญญา การเคารพสิทธิจึงมิใช่การช่วยให้ตาย แต่คือการเกื้อกูลให้ผู้ป่วย



ตื่นรู้ต่อชีวิต แม้ในยามที่ทุกข์ที่สุด ซึ่งเป็นหนทางสู่ความหลุดพ้นอย่างแท้จริงในทางพุทธ ในแง่นี้ บทบาทของสังคมและวิชาชีพมิใช่การรับรองสิทธิในการยุติชีวิต แต่คือการสร้างเงื่อนไขให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการเยียวยา ความหมาย และการตื่นรู้ได้อย่างแท้จริง สิทธิที่ลึกที่สุดจึงอาจไม่ใช่สิทธิในการ “เลือกจบชีวิต” แต่คือสิทธิในการ “ไม่ถูกทิ้งให้อยู่ลำพังกับความทุกข์”

เอกสารอ้างอิง

- มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- Aristotle. *Nicomachean Ethics*. Trans. W.D. Ross. Oxford: Clarendon Press, 1925.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics (8th ed.)*. Oxford University Press.
- Dworkin, R. (1993). *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- Harvey. (2000). *An Introduction to Buddhist Ethics*. Cambridge University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Keown, D. (1995). *Buddhism and Bioethics*. Palgrave Macmillan.
- Payutto, P.A. (1998). *Buddhadhamma: The Laws of Nature and Their Benefits to Life*. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya University Press.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2013). Buddhist philosophy in clinical psychology: A conceptual review. *Psychology of Religion and Spirituality*. 5(1), 1–10.

