

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และวิวัฒนาการ เรื่องหน้าที่และจริยธรรมของแพทย์

เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ธรรมชาติของชีวิตมนุษย์เกือบทุกคน ย่อมไม่อาจปฏิเสธได้ว่าล้วนต้องเคยเจ็บป่วยมาแล้วทั้งสิ้น และผู้ที่เข้ามาทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลให้หายจากอาการเจ็บป่วยและช่วยเนิ่นยวรั้งไม่ให้มนุษย์ถึงแก่ความตาย คือ ทีมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายคน ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ เป็นต้น ผู้ที่อาจถือได้ว่าเป็นหัวหน้าทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยก็คือแพทย์ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักมอบความไว้วางใจให้แพทย์ทำการรักษาอย่างปราศจากข้อกังขาใด ๆ เพราะเชื่อมั่นว่าแพทย์เป็นบุคคลที่มีคุณธรรมและจริยธรรมสูง ย่อมทำหน้าที่ในการบำบัดรักษาอย่างดีที่สุดตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ การประกอบวิชาชีพของแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง ดังนั้น หากแพทย์ประกอบวิชาชีพผิดจากมาตรฐานหรือหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบจนเกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการหรือประชาชนก็จะเกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดี ทำให้ประชาชนเสื่อมศรัทธาต่อวิชาชีพแพทย์ ดังนั้น การทำหน้าที่ของแพทย์จึงต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นแพทย์มักให้ความสำคัญกับปัญหาเฉพาะด้านและมุ่งรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้ถึงที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตยาวนานตราบเท่าที่จะสามารถทำได้ ในขณะที่ญาติผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็พยายามที่จะขอให้แพทย์รักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เต็มที่ โดยใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีด้านการแพทย์ต่าง ๆ เช่นกันโดยหวังว่าบุคคลที่รักจะหายจากการเจ็บป่วย จึงทุ่มเทและทำทุกอย่างเพื่อเนิ่นยวรั้งชีวิตผู้ป่วยเอาไว้ แต่ผู้ป่วยและญาติกลุ่มหนึ่งกลับมีแนวคิดตรงข้าม โดยต้องการให้แพทย์ยุติการรักษา ยุติการช่วยชีวิตผู้ป่วยที่เจ็บหนักหรือผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยเหตุผลที่อาจแตกต่างกันออกไป ต่อมาประเทศต่าง ๆ หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยจึงบัญญัติกฎหมายรับรองให้บุคคลมีสิทธิปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตได้ ดังนั้น ในบทนี้ผู้เขียนจึงจะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการเกี่ยวกับหน้าที่และจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของแพทย์ สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต สิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ สิทธิมนุษยชนว่ามีแนวคิด ทฤษฎี และวิวัฒนาการ เป็นอย่างไร

2.1 แนวความคิดทั่วไปเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่รับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

2.1.1 กฎหมายธรรมชาติ

ความคิดเกี่ยวกับกฎหมายธรรมชาติ มีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับธรรมชาติของมนุษย์ (Human Nature) โดยตั้งแต่สมัยกรีกจนถึงปัจจุบัน มีทฤษฎีอยู่ 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติในแง่อุดมคติ (Das ideale Naturrecht) ทฤษฎีนี้เห็นว่ามนุษย์มีเหตุผล (Rational Nature of Man) เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล เชื่อว่ามนุษย์มีความสามารถรู้จักผิดชอบ ชั่วดี และเชื่อว่ามนุษย์สามารถทำความเข้าใจหรือค้นหาหลักเกณฑ์ที่เรียกว่ากฎหมายธรรมชาติได้ ทฤษฎีนี้ยอมรับว่าโลกเป็นโลกของเหตุผล มีหลักเกณฑ์ของตัวเอง ไม่เพียงสภาวะการณ์ของธรรมชาติเท่านั้น แต่ในสังคมมนุษย์เองก็มีหลักเกณฑ์อยู่เช่นกัน มนุษย์มีสติปัญญาที่จะเข้าใจหลักเกณฑ์เหล่านั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าสังคมหรือรัฐของมนุษย์นั้นเกิดขึ้น โดยธรรมชาติ รัฐจึงเป็นสิ่งที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ด้วยเหตุผล กฎหมายซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ของสังคมเป็นระบบของเหตุผลที่สามารถพัฒนาขึ้นได้ด้วยเหตุผล เพราะมนุษย์มีเหตุผล จึงอาจกล่าวได้ว่าโดยแก่นแท้แล้วมนุษย์เป็นคนดีมีเหตุผล จึงสามารถเข้าถึงกฎแห่งเหตุผลตามธรรมชาติหรือกฎหมายธรรมชาติได้¹

ส่วนอีกทฤษฎีหนึ่ง เป็นทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติในแง่ปรากฏการณ์ (Das existentielle Naturrecht) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าจักรวาลมีกฎเกณฑ์เช่นกัน แต่เป็นกฎเกณฑ์ในลักษณะเดียวกับกฎเกณฑ์ทางกายภาพซึ่งเป็นเรื่องของพลังกำลัง ส่วนมนุษย์นั้นอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของธรรมชาติที่ไม่มีเหตุผล ไม่เชื่อว่ามนุษย์มีเหตุผล แต่ดำเนินชีวิตหรือประพฤติตามความอยากความต้องการ ระบบของสังคมเป็นระบบของอำนาจ เราไม่สามารถที่จะชี้ว่าอะไรถูก อะไรผิด ถ้าหากไม่คำนึงถึงเรื่องของอำนาจและผลประโยชน์ เมื่อมนุษย์มีความขัดแย้งกันก็ตัดสินกันด้วยกำลังอำนาจ ฝ่ายใดเป็นฝ่ายชนะกฎเกณฑ์ที่ฝ่ายนั้นตั้งขึ้นมาก็ย่อมเป็นกฎเกณฑ์ที่ถูกต้อง ทฤษฎีนี้เชื่อในกฎเกณฑ์ธรรมชาติเช่นกัน แต่ธรรมชาติตามความหมายของทฤษฎีนี้ หมายถึง เป็นอยู่อย่างไรก็เป็นอยู่อย่างนั้น ไม่มีส่วนที่เรียกว่าอุดมคติหรือความดีงามที่เป็นนามธรรม ทฤษฎีนี้เชื่อว่ารัฐหรือสังคมมนุษย์เกิดขึ้นจากพลังกำลัง รัฐจึงเน้นปรากฏการณ์ของอำนาจเท่านั้น คือ ฝ่ายปกครองบังคับผู้อยู่ใต้ปกครองด้วยอำนาจ ความสัมพันธ์ในสังคมจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจ กฎหมายที่ออกมาเป็นเพียงเครื่องมือที่จะรักษอำนาจหรือรักษาผลประโยชน์ของฝ่ายที่มีพลังกำลังมาก ทฤษฎีนี้เชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์ไม่มีเหตุผล (Irrational Nature of Man) และปฏิเสธกฎหมายสูงกว่า มีแต่กฎหมายที่มีอยู่ในบ้านเมืองเท่านั้นที่เป็นกฎหมายที่แท้จริง ความคิดแบบนี้จึงจัดอยู่ในสำนัก

¹ จาก นิติปรัชญา (น. 75), โดย สมยศ เชื้อไทย, 2548, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

กฎหมายบ้านเมือง²

การใช้เหตุผลที่ถือกันว่าเป็นเหตุผลตามธรรมชาติของมนุษย์ได้ค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเป็นแนวความคิดทางกฎหมายที่ชัดเจน เกี่ยวกับสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ในแง่ที่ถือว่ามนุษย์ย่อมมีสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาคตามธรรมชาติ มีการนำเอาความคิดตามหลักเหตุผลมาวิพากษ์วิจารณ์ความคิดและสถาบันทางการเมืองในระบบเดิมและมีลักษณะเรียกร้องให้เลิกสืบบรรพเก่าและสร้างระบบใหม่ขึ้นบนรากฐานแห่งเหตุผลตามธรรมชาติ ในเวลาต่อมาก็ได้ปรากฏให้เห็นในการปฏิวัติของชาวอเมริกันและการปฏิวัติใหญ่ในฝรั่งเศส ความคิดของสำนักกฎหมายธรรมชาติ ทำให้เกิดระบบการปกครองตามระบบรัฐธรรมนูญเสรีนิยมและการจัดกฎหมายที่ตั้งอยู่บนรากฐานของหลักเหตุผลตามธรรมชาติของมนุษย์ โดยยืนยันหลักแห่งเสรีภาพ เสมอภาค ภราดรภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์³

2.1.1.1 แนวความคิดพื้นฐานของปรัชญากฎหมายธรรมชาติ

1) แนวความคิดของ John Locke

John Locke นักปราชญ์คนสำคัญในสำนักกฎหมายธรรมชาติ มีแนวความคิดว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกันภายใต้สภาวะธรรมชาติ เรียกว่า “สิทธิตามธรรมชาติ” เมื่อมีการละเมิดกฎหมายธรรมชาติ (Nation Law) ย่อมไม่มีสภาพบังคับ มนุษย์แต่ละคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคมหนึ่ง แต่ละคนมีเสรีภาพที่จะกำหนดวิถีของตนและใช้สอยทรัพย์สินของตนตามที่ตนเห็นสมควรภายในกรอบของกฎหมายธรรมชาติ ทุกคนมีอิสระและเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่ละคนย่อมมีอำนาจที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติและลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายได้ด้วยตนเองจึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสม เพราะมนุษย์มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันแต่ก็เฉพาะในสิทธิที่ตนมีอยู่เท่านั้น ไม่ได้มีความสามารถด้านอื่น ๆ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจกฎหมายธรรมชาติที่อาจไม่เท่าเทียมกัน การลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติเท่ากับว่าแต่ละคนมีอำนาจพิพากษาคดีได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ตัดสินลงโทษผู้กระทำผิด เพื่อเป็นการแก้แค้นที่รุนแรงเกินไป และมนุษย์แต่ละคนอาจไม่มีพลังกำลังเพียงพอที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามคำตัดสินชี้ขาดของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นเหตุให้มนุษย์ตกลงเข้าทำสัญญาประชาคม (Social Contract) จัดตั้งสังคมการเมืองและรัฐบาลขึ้น โดยต่างยอมสละอำนาจของตนในอันที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติให้แก่รัฐบาล

² แหล่งเดิม.

³ จาก *นิติปรัชญา* (น. 219-222), โดย ปรีดี เกษมทรัพย์, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ตามแนวคิดของ John Locke เป็นการชี้ให้เห็นว่าสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชนตามสภาวะธรรมชาติ มนุษย์แต่ละคนมีสิทธิและมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน การตกลงกันเข้าทำสัญญาประชาคมเพื่อไม่ให้เกิดการฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติ ตามสภาวะธรรมชาติ ผู้ปกครองย่อมต้องผูกพันตามกฎหมายธรรมชาติ มีหน้าที่ที่ต้องยอมรับนับถือให้การสนับสนุนตามกฎหมายธรรมชาติในการนำไปปฏิบัติเพื่อให้ปัจเจกชนมีสิทธิและเสรีภาพ มีความเท่าเทียม ความเสมอภาคตามแนวคิดของกฎหมายธรรมชาติ หากผู้ใช้อำนาจปกครองฝ่าฝืนต่อหลักกฎหมายธรรมชาติ ย่อมเป็นการปกครองแบบทรราชย์ ประชาชนมีสิทธิต่อต้านตามหลักความคิดของกฎหมายธรรมชาติ ดังนั้น กฎหมายนั้นต้องเป็นหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของบุคคลเป็นสำคัญและการใช้อำนาจของผู้ปกครองต้องอยู่ภายใต้กฎหมายนั้น⁴

2.1.1.2 สิทธิตามกฎหมายธรรมชาติ

แนวความคิดของกฎหมายธรรมชาติ นั้นเชื่อว่าสิทธิทั้งหลายเกิดขึ้นตามธรรมชาติพร้อมกับมนุษย์ กฎเกณฑ์ต่าง ๆ มีระเบียบอยู่โดยธรรมชาติไม่ขึ้นอยู่กับอำเภอใจของบุคคล มนุษย์เพียงแต่ใช้สติปัญญาไปค้นพบเท่านั้น การยอมรับหรือการรับรองสิทธิเป็นสิ่งที่มียู่แล้ว รัฐเพียงแต่คุ้มครองให้ รัฐไม่ได้เป็นผู้ก่อตั้งหรือประกาศสิทธิให้แก่มนุษย์แต่อย่างใด เช่น สิทธิในชีวิต เสรีภาพในร่างกาย สิทธิในทรัพย์สินและความเสมอภาค สิทธิเหล่านี้ไม่สามารถโอนให้แก่กันได้และผู้อื่นจะมาล่วงละเมิดมิได้เช่นกัน ต่อมาได้มีการขยายความหมายครอบคลุมไปถึงสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองป้องกันไม่ให้ถูกจับกุมคุมขังโดยอำเภอใจ สิทธิที่จะไม่ถูกล่วงละเมิดในเคหสถาน สิทธิที่จะมีเสรีภาพในการเคลื่อนย้ายถิ่นที่อยู่ สิทธิเสรีภาพในการสื่อสาร สิทธิเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น สิทธิเสรีภาพในการนับถือศาสนาและสิทธิเสรีภาพในทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ต่อมาแนวความคิดในเรื่องสิทธิตามธรรมชาติ ได้มีการอธิบายความเพิ่มจนกลายเป็นสิทธิในการจำกัดอำนาจรัฐ โดยให้เหตุผลว่าประชาชนมีอาณาเขตหนึ่งที่ย่อมมิให้ผู้ใช้อำนาจปกครองล่วงล้ำเข้าไปใช้อำนาจรัฐได้ ผู้ใช้อำนาจรัฐมีพันธะกรณีที่ต้องงดเว้นการใช้อำนาจรัฐซึ่งเป็นการจำกัดอำนาจรัฐไม่ให้มาล่วงละเมิดสิทธิเสรีภาพของประชาชน นอกจากนี้ สิทธิเสรีภาพของแต่ละบุคคลต้องไม่ถูกล่วงละเมิดจากการใช้สิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นด้วย แต่ละคนจะต้องใช้สิทธิเสรีภาพอยู่ภายในเขตแดนแห่งสิทธิเสรีภาพของตน ไม่ล่วงล้ำเข้าไปในเขตแดนของสิทธิ

⁴ จาก ปัญหาทางกฎหมายในการควบคุมบรรทัดฐานในเชิงรูปธรรม เพื่อการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพพลเมืองตามรัฐธรรมนูญ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร) (น. 5), โดย ปัญญา จิตตานุ, 2550, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เสรีภาพของผู้อื่น⁵

2.1.2 สิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สิทธิมนุษยชน มีแนวความคิดมาจากทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ หรือสิทธิตามธรรมชาติ (Natural Right) ซึ่งมีหลักการสำคัญ คือ “มีสิทธิต่าง ๆ อยู่ในตัวเอง เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งกฎหมายของรัฐไม่อาจทำลายได้”⁶

สิทธิมนุษยชน ถือเป็นสิ่งที่มีประวัติความเป็นมาอันยาวนานจึงจำเป็นต้องศึกษาถึงที่มาของสิทธิมนุษยชน เนื่องจากสิทธิมนุษยชนเป็นอุดมการณ์ หรือแนวความคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่หยุดนิ่ง แนวความคิดสิทธิมนุษยชนได้แสดงบทบาทที่สำคัญซึ่งเป็นที่สร้างความชอบธรรมในการคัดค้านหรือล้มล้างอำนาจรัฐเผด็จการต่าง ๆ ได้

สิทธิมนุษยชน คือ สิทธิทั้งหลายซึ่งเป็นที่ยอมรับกันในประเทศที่มีอารยธรรมว่าเป็นสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของมนุษย์และในการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ เป็นสิทธิที่มีการคุ้มครองป้องกันในทางกฎหมายเป็นพิเศษกับความสำคัญของสิทธิดังกล่าว⁷

2.1.2.1 ความหมายและความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน

1) ความหมายของสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) หมายถึง สิทธิความเป็นมนุษย์หรือสิทธิในความเป็นคน สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิเชิงคุณธรรม (Moral Right) บนหลักการความเชื่อมั่นในคุณค่าและความดีงามของมนุษย์ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ซึ่งมีลักษณะสากล โดยที่สิทธิมนุษยชนอาจขัดแย้งหรือสอดคล้องกับสิทธิตามกฎหมายของประเทศใดประเทศหนึ่งก็ได้ แต่โดยหลักการที่ถูกต้องแล้ว กฎหมายใด ๆ ที่บัญญัติขึ้นไม่ควรขัดต่อปณิญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน⁸

สิทธิมนุษยชนได้แก่ บรรดาสิทธิและเสรีภาพที่ถือกันว่าติดตัวมนุษย์ทุกคนมาตั้งแต่เกิด ไม่อาจถูกพรากไปได้ ความคิดที่ว่ามนุษย์แต่ละคนเกิดมาเป็นมนุษย์ มีสิทธิและเสรีภาพบางประการ

⁵ แหล่งเดิม.

⁶ จาก หนังสือแสดงเจตจำนงในการปฏิเสศการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท) (น.19), โดย สุจิตรา วงศ์คำแหง, 2546, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

⁷ จาก กฎหมายสิทธิมนุษยชน (น. 54-55), โดย วีระ โลจายะ, 2532, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.

⁸ นภาพร อติวานิชยพงศ์. (2557). แนวคิดสิทธิมนุษยชนและความเป็นชายขอบ, สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก <http://gvc.tu.ac.th/old/th/>

ที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลอื่นและสังคมที่ตนอาศัยอยู่ได้มีมาตั้งแต่สมัยปลายยุคกรีก แต่ได้รับการพัฒนาและมีอิทธิพลแพร่หลายมากขึ้นในศตวรรษที่ 18 โดย John Locke นักปรัชญาคนสำคัญในสำนักกฎหมายธรรมชาติอธิบายว่าสังคมการเมืองหรือรัฐนั้น มิใช่สังคมที่เกิดขึ้นและวิวัฒนาการผันแปรไปโดยตัวเองตามธรรมชาติ (Spontaneous Society) เหมือนกับครอบครัว หากแต่เป็นสังคมที่เกิดขึ้นจากเจตจำนงร่วมกันของมนุษย์ (Artificial Society) คือ การที่มนุษย์ร่วมกันทำสัญญาที่เรียกว่าสัญญาประชาคม (Social Contract) โดยก่อนที่จะร่วมกันทำสัญญาประชาคม มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ในสภาวะธรรมชาติ (State of Nature) คือ สภาวะที่ปราศจากองค์กรทางการเมือง ปราศจากผู้ปกครองหรือรัฐบาล ในสภาวะเช่นนี้ มนุษย์แต่ละคนมีเสรีภาพที่จะกำหนดวิถีของตน และใช้สอยทรัพย์สินของตนตามที่ตนเห็นสมควร ภายในกรอบของกฎหมายธรรมชาติ คือ ทุกคนมีอิสระและเสมอภาคเท่าเทียมกัน แต่ละคนย่อมมีอำนาจที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติและลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมายได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดความไม่เหมาะสม เพราะมนุษย์มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันก็แต่เฉพาะในสิทธิที่ตนมีอยู่เท่านั้น แต่ไม่ได้มีความสามารถด้านอื่น ๆ รวมถึงความสามารถในการเข้าใจกฎหมายธรรมชาติได้เท่าเทียมกันและการลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืนกฎหมายธรรมชาติ เท่ากับว่าแต่ละคนมีอำนาจพิพากษาคดีได้ด้วยตนเอง อาจทำให้ตัดสินลงโทษผู้กระทำความผิดเพื่อเป็นการแก้แค้นที่รุนแรงเกินไป ประการสุดท้าย คือ มนุษย์แต่ละคนอาจไม่มีพลังกำลังเพียงพอที่จะปฏิบัติการให้เป็นไปตามคำตัดสินชี้ขาดของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นเหตุให้มนุษย์ตกลงเข้าทำสัญญาประชาคม จัดตั้งสังคมการเมืองและรัฐบาลขึ้น และต่างยอมสละอำนาจของตน ในอันที่จะบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายธรรมชาติให้แก่รัฐบาล

คำสอนของสำนักกฎหมายธรรมชาติ โดยเฉพาะคำสอนของ John Locke ถือเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญต่อการจัดทำเอกสารสำคัญของรัฐธรรมนูญในเวลาต่อมา ได้แก่ Bill of Right ค.ศ.1776 ของรัฐ Virginia ที่ประกาศไว้ตั้งแต่ข้อแรกว่า “โดยธรรมชาติแล้วมนุษย์ทุกคนมีเสรีภาพและอิสรภาพเท่าเทียมกันและมีสิทธิบางประการติดตัวมาแต่กำเนิด แม้เมื่อได้ตกลงดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม โดยสัญญาประชาคมใด ๆ แล้วก็ตาม มนุษย์ไม่อาจจะพรากสิทธิเหล่านี้ไปจากอนุชนรุ่นหลังได้ สิทธิเหล่านี้ ได้แก่ สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพ สิทธิในการแสวงหา และการเป็นเจ้าของทรัพย์สินและสิทธิในการแสวงหาความสุขให้แก่ตนเอง” คำประกาศอิสรภาพแห่งสหรัฐอเมริกา ค.ศ.1776 (The Declaration of Independence of the United States 1776) ที่ว่า “ความจริงดังต่อไปนี้มีความชัดเจนในตัวของมนุษย์ ทุกคนถูกสร้างขึ้นมาให้เท่าเทียมกัน พระผู้เป็นเจ้าประทานสิทธิอันมีอรรถสละ ละทิ้งได้ สิทธิเหล่านี้ ได้แก่ สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพ สิทธิในการแสวงหาความสุขให้แก่ตนเอง” คำประกาศสิทธิมนุษยชนและสิทธิพลเมือง ค.ศ.1789 (The

Declaration of the right of men and of the citizen 1789) ยืนยันว่ามนุษย์เกิดมามีเสรีภาพและมีสิทธิต่าง ๆ เท่าเทียมกัน

จึงเห็นได้ว่าสิทธิมนุษยชน มีรากฐานมาจากหลักของกฎหมายธรรมชาติ หรือสิทธิตามธรรมชาติที่ว่ามนุษย์มีความเสมอภาค มีสิทธิเสรีภาพเสมอภาคเท่าเทียมกัน อำนาจสูงสุดของมนุษย์คือธรรมชาติ มนุษย์ถือกำเนิดขึ้นมาพร้อมกับสิทธิในชีวิต สิทธิในทรัพย์สิน เสรีภาพในร่างกายและความเสมอภาคกัน สิทธิและเสรีภาพเหล่านี้เป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิด ผู้ใช้อำนาจปกครองไม่มีอำนาจที่จะลบล้างและมีอาจจะก้าวล่วงได้ การกระทำใด ๆ ที่เป็นการลดทอนหรือทำลายสิ่งเหล่านี้เป็นการกระทำที่ผิด⁹

2) ความเป็นมาของสิทธิมนุษยชน

อาจกล่าวได้ว่าสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติ และโดยการรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนในปี ค.ศ.1948 คำนี้ได้นำมาใช้แทนคำว่าสิทธิธรรมชาติ (Natural Rights) ตามแนวคิดในเรื่องกฎหมายธรรมชาติ แนวคิดของสิทธิมนุษยชนในยุคโบราณความคิดเรื่องกฎหมายธรรมชาติของกรีก ถือได้ว่าใกล้เคียงกับคำว่า สิทธิมนุษยชนในยุคนี้ ตามความคิดของนักคิดสำนักสโตอิก (Stoic) ถือว่าธรรมชาติสร้างมนุษย์และสรรพสิ่งในจักรวาลไม่อาจลบล้างได้โดยกฎใด ๆ¹⁰

แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นครั้งแรกในสังคมตะวันตก โดยเฉพาะยุโรป การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่เป็นรูปธรรม คือ การปฏิวัติอังกฤษใน ค.ศ. 1688 และผลของการออกกฎหมาย Bill of Rights ทำให้เกิดการเรียกร้องสิทธิทางการเมือง และสิทธิพลเมืองในยุโรปหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประกาศอิสรภาพของอเมริกาใน ค.ศ.1789¹¹ สำหรับปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนนี้ได้มีการประกาศในปี ค.ศ.1948 และสมัชชาสหประชาชาติรับรองเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ.1948 โดยก่อนหน้านั้นในกฎบัตรสหประชาชาติที่ลงนามกันไว้ ได้มีการอ้างถึงสิทธิมนุษยชนอยู่แล้วในข้อ 1 วรรค 3 ดังนี้

⁹ จาก ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ) (น. 16 –18), โดย นิสารัตน์ ท้าวโสม, 2555, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

¹⁰ จาก “พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน,” โดย วิชัย ศรีรัตน์, 2544, คุณพาท, น. 24.

¹¹ แหล่งเดิม.

“เพื่อให้รวมถึงการร่วมมือระหว่างประเทศในอันที่จะแก้ปัญหาระหว่างประเทศทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม หรือนุชยธรรมและในการส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและต่ออิสรภาพมูลฐานสำหรับทุกคน โดยไม่เลือกปฏิบัติในเรื่องเชื้อชาติ ภาษา หรือศาสนา”

ทศวรรษก่อนจัดตั้งสหประชาชาติ ถือได้ว่าเป็นยุคโหดร้ายสำหรับมนุษยชาติ ประชาชนถูกข่มเหงและถูกเข่นฆ่าอย่างทารุณ เนื่องจากรัฐบาลดังกล่าวยึดถือลัทธิชาตินิยมและลัทธิเหยียดเผ่าพันธุ์อันนำไปสู่การปกครองแบบเผด็จการทหารในสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี สาธารณรัฐอิตาลี แต่สิ่งที่สะท้อนใจมนุษยชาติมากที่สุด คือ เหตุการณ์ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้คนทั่วโลกเห็นว่าจำเป็นต้องสถาปนาระบบกฎหมายสิทธิมนุษยชนอันเป็นสากลขึ้นและก่อนสงครามโลกจะสิ้นสุดลงไม่กี่ปีประธานาธิบดีแฟรงคลิน ดี รูสเวลท์ แห่งสหรัฐอเมริกา ได้ปราศรัยต่อสภาองเกรสว่าระเบียบโลกใหม่ (New World Order) จะต้องจัดขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 และต้องเป็นสถาบันหลักที่ทำหน้าที่คุ้มครองสิทธิมนุษยชน ความคิดนี้นำมาซึ่งการจัดตั้งสหประชาชาติเมื่อสงครามโลกสิ้นสุด กฎบัตรสหประชาชาติอันเป็นธรรมนูญก่อตั้งสหประชาชาติ จึงได้บัญญัติภารกิจสำคัญไว้ในข้อ 1 ว่า บรรดาระัฐสมาชิกของสหประชาชาติ เชื่อมมั่นในมนุษยชน และหน้าที่ของบรรดาระัฐสมาชิกจะส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นมูลฐาน โดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ เพศ ภาษา หรือศาสนา¹²

2.1.2.2 ขอบเขตของสิทธิมนุษยชน

จากการศึกษาของ L.J.M. Cooray พบว่าขอบเขตความหมายของสิทธิมนุษยชนประกอบด้วยสิทธิ 3 ประเภท คือ¹³

1) สิทธิและเสรีภาพของพลเมือง (Civil Liberties)

สิทธิและเสรีภาพพลเมืองเป็นสิทธิพื้นฐานที่บางประเทศได้บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญเพื่อคุ้มครองสิทธิของบุคคลหรือกลุ่มสังคม โดยมีสิทธิพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่

1.1) สิทธิในการแสดงความคิดเห็น สิทธิไม่ถูกจำกัดและจับกุมคุมขัง โดยไม่มีกฎหมายบัญญัติว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด สิทธิไม่ได้รับการปฏิบัติที่ทารุณ โหดร้ายผิด

¹² แหล่งเดิม.

¹³ จาก สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: ศึกษากรณี ปัญหาสิทธิปฏิเสศการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต) (น. 29-30), โดย ชัชวาล มีเมตตา, 2553, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

มนุษยชาติการถูกลงโทษการดำเนินคดีอย่างเป็นทางการเป็นธรรมจากศาลที่มีเขตอำนาจและศาลที่มีความเป็นอิสระในการพิจารณาคดี

- 1.2) สิทธิในทรัพย์สินตามกฎหมาย
- 1.3) สิทธิในความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ
- 1.4) สิทธิในการชุมนุมทางการเมือง สิทธิทางการเมือง
- 1.5) สิทธิในความคิด การนับถือศาสนา
- 1.6) สิทธิในการทำการค้าขายประกอบอาชีพและการศึกษา
- 1.7) สิทธิในการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานภายในราชอาณาจักรและนอกราชอาณาจักร

2) สิทธิในเชื้อชาติ (Ethnic Right)

มนุษย์มีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนา จึงจำเป็นต้องมีการคุ้มครองสิทธิดังกล่าวไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ ค.ศ.1948 (Universal Declaration of Human Rights of 1948) เพื่อดำรงไว้ซึ่งความเสมอภาค และความเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา สิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่สำคัญของสิทธิมนุษยชน

3) สิทธิในสังคมเศรษฐกิจ (Socio - Economic Rights)

บางประเทศถือว่าสิทธิในสวัสดิการสังคม (Socio - Welfare Rights) เป็นนโยบายของรัฐที่มีหน้าที่ต้องอำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชน และถือเป็นหน้าที่ของฝ่ายนิติบัญญัติที่ต้องตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิดังกล่าว ได้แก่ สวัสดิการสังคมในการทำงานของพลเมือง การใช้แรงงานเด็ก มาตรฐานการครองชีพของพลเมือง การศึกษาและการพัฒนาประเทศ เป็นต้น สิทธิเหล่านี้เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับการจัดการของรัฐโดยตรงตามสิทธิมนุษยชน

ขอบเขตความหมายของสิทธิมนุษยชนดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าสิทธิและเสรีภาพของประชาชนทุกคน มีพื้นฐานมาจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามกฎหมายธรรมชาติและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มีการรับรองไว้ในกฎหมายของแต่ละประเทศ เช่น กฎหมายรัฐธรรมนูญ สิทธิและเสรีภาพขั้นพื้นฐานเหล่านั้นยังรวมถึงสิทธิทางสังคม สิทธิทางเศรษฐกิจ และสิทธิต่าง ๆ ที่รัฐมีหน้าที่ต้องดำเนินการให้ด้วย

2.1.2.3 หลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ปรัชญาอันเป็นที่มาของสิทธิมนุษยชน อาจค้นพบได้จากปฏิญญาสากลและตราสารสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ ปฏิญญาสากลข้อ 1 ถือได้ว่าเป็นการประกาศหลักการที่สำคัญในตราสารฉบับแรก ๆ ของสังคมระหว่างประเทศ หลักการนั้นก็คือหลักความเสมอภาค หลักเสรีภาพ และ

หลักกรรภาพ แต่จะขอกว่าเพียง 2 หลักแรก¹⁴

หลักการไม่เลือกปฏิบัติ : ระหว่างเสมอภาคตามตัวหนังสือกับเสมอภาคตามข้อเท็จจริง หลักการนี้ประกาศครั้งแรกในกฎบัตรสหประชาชาติ โดยกำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ด้วยเหตุผลด้านเผ่าพันธุ์ เพศ ภาษา และศาสนา หลักการนี้ต่อมาได้บรรจุอยู่ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มาตรา 3 ว่า “ทุกคนมีสิทธิและเสรีภาพอย่างเท่าเทียมกัน”

หลักเสรีภาพ : ปัญหาความชอบธรรมของรัฐในการจำกัดสิทธิมนุษยชน

สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิประจำตัวมนุษย์ที่ไม่อาจพรากหรือโอนไปจากเจ้าของได้ อย่างไรก็ตามสิทธินี้หาได้เป็นสิทธิเด็ดขาด (absolute) คือ สิทธินี้อาจถูกจำกัดการใช้โดยรัฐได้ในบางกรณี และในความเป็นจริงอิสรภาพหาได้เป็นสิทธิที่สมบูรณ์ไม่มีขอบเขต เพราะการใช้สิทธิแห่งอิสรภาพย่อมกระทบถึงบุคคลอื่นหรือสังคมโดยรวม ดังนั้น กฎหมายระหว่างประเทศจึงยอมรับการจำกัดสิทธิในอิสรภาพ

ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน มีบทบัญญัติจำกัดสิทธิเสรีภาพเป็นหลักการทั่วไปในมาตรา 29(2) ว่า “ในการใช้สิทธิและเสรีภาพ บุคคลต้องอยู่ภายใต้เพียงเช่นที่จำกัดโดยกำหนดแห่งกฎหมายเฉพาะ เพื่อความมุ่งประสงค์ให้ได้มาซึ่งการยอมรับและการเคารพโดยชอบในสิทธิเสรีภาพของผู้อื่นและเพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดอันยุติธรรมของศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชาติและสวัสดิการโดยทั่ว ๆ ไปในสังคมประชาธิปไตย”

นอกจากเรื่องสิทธิและเสรีภาพซึ่งถือเป็นรากฐานของสิทธิมนุษยชนแล้ว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็ถือเป็นองค์รวมของสิทธิมนุษยชนด้วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) หมายถึง ความมีค่าของมนุษย์แต่ละคนทั้งในแง่ของความมีค่าในตัวของผู้คนและในสถานะภาพของความเป็นมนุษย์ของแต่ละคนด้วย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ย่อมเป็นส่วนที่เป็นสาระสำคัญของมนุษย์แต่ละคนอันไม่อาจพรากเสียได้ ทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์กลายเป็นความหมายเฉพาะและเป็นตัวกำหนดความหมายของความเป็นมนุษย์ไปโดยปริยาย ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นี้มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน โดยไม่คำนึงถึงเพศ วัย สีผิว สัญชาติหรือศาสนา ไม่คำนึงถึงความสามารถทางสติปัญญาในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของผู้นั้น เรียกได้ว่าความเป็นมนุษย์เท่านั้นที่เป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความมีศักดิ์ศรีดังกล่าว ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่มีอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคนจึงถือได้ว่าเป็นแก่น

¹⁴ พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน (น. 32-36). เล่มเดิม.

สาระสำคัญตามธรรมชาติของความเป็นมนุษย์อย่างปฏิเสธไม่ได้และเมื่อเป็นเช่นนี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ไม่อาจถูกพรากหรือสูญเสียไปด้วยวิธีการใด ๆ ได้¹⁵

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในสมัยกรีกและโรมัน ลัทธินุษยชนเป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมซึ่งมีที่มาจากปรัชญากรีกโบราณเกี่ยวกับกฎหมายธรรมชาติหรือปรัชญาของสำนักสโตอิก (Stoics) ที่มีอิทธิพลของนักคิดโรมัน เป็นสำนักปรัชญากรีกโบราณที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ปรัชญากฎหมาย

ธรรมชาติความเชื่อมั่นของสโตอิกต่อเหตุผล (Reason) ในฐานะที่เป็นแก่นสาร (Substance) ของจักรวาลซึ่งหมายความรวมถึงธรรมชาติทั้งปวง โลกและมนุษย์ทำให้พิจารณามนุษยชาติในแง่ความมีเหตุมีผล (All Rational Human Beings) เสมอเหมือนกัน ดังนั้น โดยธรรมชาติเป็นสากล มนุษย์ในฐานะเป็นสมาชิกในชุมชนของโลกด้วยกันจึงสมควรมีสถานะแห่งความเป็นพลเมืองเท่าเทียมกัน หลักคิดข้อนี้ของสโตอิกนับเป็นรากเหง้าต้นตออันสำคัญมากอันหนึ่งต่อการพัฒนาลัทธินุษยชน โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แนวคิดนี้มีผลต่อนักคิดโรมันโดยซิเซโร (Cicero) ซึ่งย้ำถึงความเท่าเทียมกันของมนุษย์ แนวคิดของซิเซโรเรื่องความเท่าเทียมกันของมนุษย์ดังกล่าวมีผู้ตีความให้เสมือนการเริ่มต้นของทฤษฎีว่าด้วยธรรมชาติมนุษย์และสังคม ซึ่งได้แสดงออกต่อมาเป็นคำขวัญของการปฏิวัติฝรั่งเศสในศตวรรษที่ 18 อันว่าด้วย “อิสรภาพเสมอภาคและภราดรภาพ”¹⁶

แนวความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในสมัยกลางของอิตาลี ซึ่งมีการกล่าวถึงกันมาตั้งแต่สมัยกรีกและโรมันแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม ในแง่ที่จะตั้งเป็นข้อเรียกร้องถึงระดับที่ว่าเป็นสิทธิอันแตะต้องไม่ได้นั้นอาจกล่าวได้ว่ายังไม่เป็นที่รู้จักกันในสมัยนั้น แม้แต่แนวคิดของ Stoic ในสมัยโรมันซึ่งกล่าวถึงความเสมอภาคของมนุษย์ และแนวความคิดดังกล่าวก็เป็นเพียงแนวความคิดในเชิงจริยธรรมทางสังคม มิใช่เป็นข้อเรียกร้องทางการเมืองหรือเศรษฐศาสตร์เหมือนในปัจจุบันแต่อย่างใด ในสมัยกลางของยุโรปซึ่งแนวความคิดทั้งหลายถูกรอบงำโดยความเชื่อทางศาสนา นักบุญโรมาส อไควนัส ซึ่งเป็นนักปราชญ์ที่มีชื่อเสียงในสมัยนั้นได้เริ่มใช้คำว่า Dignitas Humana ซึ่งความหมาย คือ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์นั่นเอง ในช่วงปลายของยุคกลางซึ่งมีการค้นพบ

¹⁵ จาก *กฎหมายรัฐธรรมนูญ* (น. 482), โดย บุญศรี มีวงศ์อุโฆษ, 2552, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

¹⁶ จาก *ลัทธินุษยชนไร้พรหมแดนปรัชญากฎหมายและความเป็นจริงทางสังคม* (น. 94-9), โดย จรัญ โฆษณานันท์, 2545, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม.

อารยธรรมเก่าสมัยกรีกและโรมัน และมีการศึกษาสิ่งที่มีการค้นพบอย่างจริงจังจนได้ชื่อว่าเป็นยุคแห่งการฟื้นฟูหรือการเกิดใหม่ของอารยธรรมโบราณดังกล่าว มีนักคิดได้ให้แนวความคิดในเรื่องนี้ว่ามนุษย์ต่างจากสัตว์ตรงที่มนุษย์มีความสามารถในการใคร่ครวญเกี่ยวกับเหตุและผลได้ อันเป็นหลักของมนุษย์โดยแท้และทำให้มนุษย์สามารถสร้างสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ความสามารถดังกล่าวนี้ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาตนเองขึ้นมาในบริบทที่เปี่ยมไปด้วยเสรีภาพบนพื้นฐานของความเป็นตัวของตัวเองจนสำเร็จได้ ความสามารถเหล่านี้ประกอบกันขึ้นมาเป็นศักดิ์ศรีของมนุษย์ ความสามารถในการใช้เหตุผล และความคิดนี้เองที่ทำให้มนุษย์สามารถยกตนเองต่างจากสัตว์อื่นได้ และจากสติปัญญาของมนุษย์นี้เองที่ทำให้มนุษย์มีจิตสำนึกของตนเอง ทำให้สามารถกำหนดความเป็นไปของตัวเองได้ สามารถสร้างสรรค์ตัวเอง สรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ในที่สุด¹⁷

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี มีนักคิดหลายคนเป็นผู้บุกเบิกความคิดเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้แก่ Immanuel Kant ได้นำแนวคิดสำคัญที่นำมาพิจารณาคือ “ความเป็นตัวเองตามจารีตประเพณี” กล่าวคือการที่มนุษย์เราสามารถมีความเป็นตัวเองของตัวเองได้ตามจารีตประเพณี ย่อมเป็นที่มาของศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ แนวคิดของ Kant เริ่มต้นจากความคิดคำนึงของตนเองตามเหตุผลว่า “มนุษย์นั้น . . . มีอยู่ (Exist) โดยมีวัตถุประสงค์ในตัวเองมิใช่มีอยู่เพื่อเป็นเครื่องมือของเจตจำนงอื่นใด การกระทำใด ๆ ก็ตามของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นการกระทำต่อตนเองหรือต่อผู้อื่นซึ่งเป็นผู้ที่มีเหตุผลเช่นกันก็ต้องพิจารณาว่าย่อมประกอบด้วยวัตถุประสงค์เช่นเดียวกัน” และได้มีการแปลงมาเป็นโครงการเชิงปฏิบัติ (Practical Imperative) ว่า “จงปฏิบัติต่อมนุษยชาติไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติต่อตัวเองหรือต่อบุคคลอื่นและไม่ว่าเวลาใดในฐานะที่ผู้นั้นมีวัตถุประสงค์ในตัวเองมิใช่ทำให้ผู้นั้นกลายเป็นเพียงเครื่องมือสำหรับวัตถุประสงค์อื่นไป”

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีได้ผ่านเหตุการณ์มากมายรวมถึงสงครามโลกทั้งสองครั้ง จึงมีการพัฒนาโดยเป็นประเทศแรกที่บัญญัติการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ในรัฐธรรมนูญ

แนวความคิดทางทฤษฎีเกี่ยวกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามความเชื่อทางศาสนาคริสต์มีคำสอนทางเทววิทยาเกี่ยวกับ Imago Dei ที่ว่าพระเจ้าทรงสร้างมนุษย์ขึ้นมาให้มีรูปลักษณะที่เหมือนกับพระองค์เอง จากพื้นฐานความเชื่อดังกล่าวทำให้มนุษย์มีคุณค่าในตัวเองที่เหนือกว่าสิ่งอื่นใดที่พระเจ้าทรงสร้างขึ้น มนุษย์จึงเป็นเสมือนสิ่งมีค่าจากสรวงสวรรค์ที่ประกอบด้วยจิตวิญญาณอันเปี่ยมด้วยเหตุผลและมีเจตจำนงอันเป็นเสรี ทำให้มนุษย์เป็นนายแห่งสิ่งสร้างสรรค์

¹⁷ กฎหมายรัฐธรรมนูญ. (น. 482). เล่มเดิม.

ทั้งหลายของพระผู้เป็นเจ้าอันมองเห็นด้วยตาได้ พื้นฐานดังกล่าวนี้เองที่นำมาสู่ข้อสรุปที่มาของการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิตามธรรมชาติของมนุษยชน¹⁸

2.1.2.4 การรับรองสิทธิมนุษยชนตามหลักสากล

หลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการจัดตั้งองค์การสหประชาชาติซึ่งให้ความสำคัญต่อการเคารพสิทธิมนุษยชน เพื่อเป็นการประกันความมั่นคงและสันติภาพของโลกและมวลมนุษยชาติ กฎบัตรสหประชาชาติได้กำหนดมาตราที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจนอยู่หลายข้อ รวมทั้งการจัดตั้งกลไกต่าง ๆ เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนโดยกลไกเหล่านี้ได้มีการพัฒนามาโดยตลอด และได้รับรองกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวกับด้านสิทธิมนุษยชนในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ กติการะหว่างประเทศ อนุสัญญา รวมทั้งแนวปฏิบัติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งรัฐสมาชิกมีพันธกรณีตามกฎหมาย และ/หรือทางจริยธรรมที่จะต้องปฏิบัติตาม ดังนั้น องค์การสหประชาชาติจึงถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการพัฒนากฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ แนวทางปฏิบัติและมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ

1) กฎบัตรสหประชาชาติ

กฎบัตรสหประชาชาติมิได้ให้คำนิยามหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนไว้ แต่อย่างไรก็ตาม คุณลักษณะของสิทธิมนุษยชนที่กล่าวไว้ คือ สิทธิมนุษยชนเป็นสิทธิตามธรรมชาติ สิทธิที่ไร้พรมแดน สิทธิของมนุษย์ทุกคน สิทธินิรันดร สิทธิเฉพาะตัวของมนุษย์ สิทธิที่ปราศจากสภาพบังคับ ดังนั้น ตามกฎบัตรสหประชาชาติจึงเป็นแนวทางด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นภาพกว้างครอบคลุมในมิติหลายมิติ

องค์การสหประชาชาติได้ออกกฎบัตรสหประชาชาติ ที่มีเนื้อหาระบุถึงเรื่องการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ ดังนี้

“สมาชิกทั้งปวงให้คำมั่นว่าจะดำเนินการร่วมกันและแยกกันในการร่วมมือกับองค์การเพื่อให้บรรลุผลแห่งความมุ่งหมายดังที่กำหนดไว้ในมาตรา 55”

หน้าที่ของภาคีสมาชิกตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 56 ของกฎบัตรสหประชาชาติระบุไว้ ดังนี้

ให้ความร่วมมือต่อสหประชาชาติในการดำเนินมาตรการใด ๆ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนทั่วโลก เช่น ไม่กระทำการเป็นปฏิปักษ์ต่อมดีของสหประชาชาติที่ให้ประณามนโยบายการแบ่งแยกสีผิวของประเทศแอฟริกาใต้ เป็นต้น

¹⁸ แหล่งเดิม.

ส่งเสริมและสนับสนุนต่อการเคารพสิทธิมนุษยชนภายในประเทศของปวงสมาชิก ได้แก่ การให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิมนุษยชน การปรับปรุงระบบกฎหมายภายในประเทศให้ได้ตามมาตรฐานของสหประชาชาติ เป็นต้น รวมทั้งหน้าที่ในการตรวจสอบในกรณีที่มีการละเลยต่อการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้นอีกด้วย (United Nations Organization, 2012)

บทบัญญัติในกฎบัตรที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนดังกล่าว ทำให้มีการจัดทำปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขึ้น

2) ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ. 1948 (Universal Declaration of Human Rights of 1948)

ภายหลังที่ได้มีการก่อตั้งองค์การสหประชาชาติเมื่อปี ค.ศ. 1945 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่ง คือ ตามกฎบัตรสหประชาชาติข้อ 1 “ว่าบรรดารัฐสมาชิกของสหประชาชาติเชื่อมั่นในสิทธิมนุษยชนและหน้าที่ของบรรดารัฐสมาชิก จะส่งเสริมและสนับสนุนการเคารพต่อสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นมูลฐาน โดยปราศจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ เพศ ภาษา หรือศาสนา”¹⁹

ด้วยบทบัญญัติของสหประชาชาติดังกล่าว จึงได้มีความร่วมมือในการจัดทำปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights) ขึ้น และได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม ค.ศ. 1948²⁰ โดยที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยสามัญครั้งที่ 31 ได้มีมติรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งมีเจตนารมณ์เพื่อรับรองและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของประชาชนทั่วโลกอย่างแท้จริง ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนดังกล่าวมิใช่กฎหมายจึงขาดสภาพบังคับในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนเกิดขึ้น แต่โดยเนื้อหาของปฏิญญาสากลถือได้ว่าเป็นมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนที่นานาประเทศยอมรับ หลายประเทศได้นำหลักการของปฏิญญาสากลดังกล่าวไปเป็นต้นแบบในการจัดทำระบบกฎหมายของตนให้สอดคล้องกับมาตรฐานของนานาอารยประเทศในระยะเวลาต่อมา

สิทธิมนุษยชนที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากล มีหลักการเช่นเดียวกับทฤษฎีกฎหมายธรรมชาติ โดยระบุว่า “ทุกคนมีสิทธิ...” เป็นการยอมรับว่ามนุษย์เกิดมามีสิทธิอะไรติดตัวมาบ้าง ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้ประเทศต่าง ๆ นำไปบัญญัติไว้เป็นสิทธิตามกฎหมายให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียม และระบบกฎหมายท้องถิ่นของตน และเมื่อใดที่ประเทศ

¹⁹ พัฒนาการของสิทธิมนุษยชน (น. 32-36). เล่มเดิม.

²⁰ แหล่งเดิม.

เหล่านั้นนำสิทธิมนุษยชนไปบัญญัติรับรองไว้ในกฎหมายแล้ว สิทธิประเภทนั้น ๆ ก็จะเป็นทั้งสิทธิมนุษยชนและสิทธิตามกฎหมายไปพร้อม ๆ กัน²¹

จึงอาจสรุปได้ว่า การคุ้มครองสิทธิมนุษยชนนั้นมีมานานแล้วตั้งแต่สมัยโบราณ สิทธิดังกล่าวถูกอ้างเพื่อต่อสู้หรือยื่นผู้มีอำนาจปกครอง และมีความพยายามที่จะกำหนดสิทธิต่าง ๆ ที่บุคคลควรได้รับจากรัฐในฐานะที่เป็นมนุษย์ซึ่งมีความเท่าเทียมและเสมอภาคกัน สิทธิพื้นฐานดังกล่าวสืบเนื่องมาจากกฎหมายธรรมชาติ โดยแนวคิดตามกฎหมายธรรมชาติ ทำให้บุคคลเรียกร้องเพื่อให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิ จึงมีการจัดทำเอกสารรับรองสิทธิที่สำคัญหลายฉบับรวมทั้งปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน จึงถือได้ว่าแนวคิดตามกฎหมายธรรมชาติทำให้เกิดความคิดเกี่ยวกับสิทธิธรรมชาติ ซึ่งเป็นสิทธิที่ไม่อาจโอนให้แก่ใครได้ และไม่มีใครมาล่วงละเมิดได้ สิทธิเหล่านั้น ได้แก่ สิทธิในชีวิต เสรีภาพ เป็นต้น

2.2 แนวความคิดทางกฎหมายเรื่องสิทธิของผู้ป่วย

2.2.1 ความหมายของสิทธิด้านสุขภาพอนามัย

องค์การอนามัยโลกมีบทบัญญัติที่ว่าด้วยเรื่องสิทธิด้านสุขภาพว่า “การมีสุขภาพตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อทางการเมือง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นหนึ่งในสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน”

สิทธิด้านสุขภาพ ไม่ได้หมายถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงเรื่องอื่น ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพด้วย เช่น การมีน้ำดื่มที่สะอาด การมีบ้านและการสุขาภิบาลที่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังหมายถึงความอิสระและการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ ความอิสระหมายถึงการมีสิทธิที่จะไม่รับการรักษาทางการแพทย์หากไม่ยินยอม เช่น ในการทดลองและการวิจัย สิทธิที่จะไม่รับการรักษาที่ทารุณก่อให้เกิดความทรมาน หรือทำให้เกิดความอับอาย ส่วนสิทธิประโยชน์ ได้แก่ สิทธิด้านการป้องกันโรคและการรักษาสิทธิด้านการควบคุมโรค การเข้าถึงยาที่จำเป็น และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง²²

²¹ ปัญหาเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของคนต่างด้าวตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 (น. 32). เล่มเดิม.

²² มยุรี ผิวสุวรรณ และคณะ. (2556). *CBR Guidelines* ขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (Community Based Rehabilitation). สืบค้น 15 มีนาคม 2557, จาก http://snmrc57.snmrc.go.th/images/Download/CBR_Guidelines/01_CBR_Introductory_Thai.pdf

2.2.2 ความเป็นมาของสิทธิผู้ป่วย

การกำหนดสิทธิผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญในแต่ละประเทศที่จะกำหนดไว้ซึ่งอาจแตกต่างกันไป แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิผู้ป่วยตามกฎหมายจะแตกต่างกัน แต่สิทธิผู้ป่วยด้านจริยธรรมควรมีแนวทางที่คล้ายกัน ทั้งนี้ เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยมีแนวคิดมาจากสิทธิมนุษยชน (Human right) ที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่คิดตัวมาตามธรรมชาติ โดยไม่มีใครกำหนดและไม่สามารถโอนสิทธิ์ดังกล่าวไปยังบุคคลอื่นได้

สิทธิผู้ป่วยมีความเป็นมายาวนาน มีวิวัฒนาการควบคู่กับกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์²³ ในยุคอารยธรรมกรีก ซึ่งถือกันว่าเป็นต้นกำเนิดของวิชาการสมัยใหม่หลายสาขา ได้มีครูแพทย์ผู้หนึ่งนามว่า ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ปัจจุบันได้รับการยอมรับว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล โรงเรียนแพทย์ของเขาได้กำหนดคำสาบานให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาได้สาบานตัวก่อนออกไปเป็นแพทย์ คำสาบานนั้นจึงมีชื่อเรียกว่า คำสาบานของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) เนื้อหาของคำสาบานนี้นับเป็นจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด และเป็นรากฐานของจรรยาแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ และแพทยสมาคมโลกได้ประมวลหลักสำคัญมากำหนดเป็นคำประกาศกรุงเจนีวา เมื่อ ค.ศ.1947 (The Geneva Declaration 1947)²⁴

คำสาบานของฮิปโปเครติส แสดงให้เห็นถึงการรับรองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งเป็นรากฐานของกฎหมายควบคุมวิชาชีพทางการแพทย์ที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน คำสาบานของฮิปโปเครติสที่แสดงถึงการเคารพสิทธิของผู้ป่วยโดยตรงมีอยู่ 2 ข้อ คือ

I will carry out that regimen, which according to my power and discernment, shall be for the benefit of the sick and will keep them from harm and wrong.

ข้าฯ จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์แห่งคนไข้ของข้าฯ ด้วยความสามารถและสติปัญญาของข้าฯ และจะไม่ก่ออันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

I will keep silence regarding that which , within or without my practice , I shall see or hear in the lives of men which should not be made public; holding such things unfit to be spoken.

ข้าฯ จะไม่แพร่งพรายสิ่งที่ข้าฯ ได้เห็น หรือได้ยินเกี่ยวกับเรื่องราวของชีวิตคน ซึ่งไม่ควรจะเปิดเผยในการปฏิบัติ หรือนอกการปฏิบัติวิชาชีพของข้าฯ และจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ²⁵

²³ จาก *สิทธิผู้ป่วย* (น. 9), โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

²⁴ แหล่งเดิม.

²⁵ แหล่งเดิม.

การไม่ก่ออันตรายให้ผู้ป่วยแสดงถึงการเคารพสิทธิในร่างกาย การรักษาความลับแสดงถึงสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยที่เรื่องราวส่วนตัวของเขาจะไม่ถูกเปิดเผยไปสู่ผู้อื่น

จากแนวคิดที่ว่าแพทย์จะต้องไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย จริยธรรมของฮิปโปเครติสดังกล่าวนำมาซึ่งแนวคิดทางกฎหมายในปัจจุบันของนักกฎหมายในหลายประเทศที่ว่าภาระกระทำของแพทย์ในการตรวจรักษาผู้ป่วย หากไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว การกระทำของแพทย์นั้นถือว่าเป็นการทำร้ายร่างกาย

สำหรับการเก็บรักษาความลับของผู้ป่วยนั้น ต่อมาได้นำมาเป็นบทบัญญัติในกฎหมายอาญาของประเทศต่าง ๆ และกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ. 127 ของไทย จึงเห็นได้ว่าการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในทางกฎหมายอาญาดังกล่าว มีที่มาจากจริยธรรมของแพทย์ในดั้งเดิมนั่นเอง²⁶

สมัยก่อนอำนาจการตัดสินใจรักษาหรือไม่และจะรักษาโดยวิธีใด เป็นอำนาจของแพทย์ แพทย์ไม่จำเป็นต้องถามความสมัครใจ หรือความยินยอมของผู้ป่วย แพทย์จะตัดสินใจแทนผู้ป่วย และรักษาผู้ป่วยเหมือนดูแลลูกของตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงครอบครัวย ต่อมาเมื่อมีกฎหมายออกมารองรับทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย เป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) กฎหมายในเรื่องนี้คือเรื่องหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ซึ่งเป็นหลักกฎหมายของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ อีกหลายประเทศ เป็นการยอมรับรู้สิทธิที่จะรู้ (right to know) ของผู้ป่วย คือ แพทย์ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วยเข้าใจในกระบวนการรักษา เหตุผลหรือข้อบ่งชี้ในการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดจากการรักษาหรือไม่รักษา เป็นต้น นอกจากนี้แพทย์ต้องให้โอกาสผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งก็ได้ รวมไปถึงสิทธิปฏิเสธการรักษาด้วยเครื่องมือช่วยชีวิต

ต่อมาได้มีการประกาศใช้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเมื่อ ค.ศ.1948 (The Universal Declaration of Human Right, 1948) อันเป็นการยอมรับในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความเท่าเทียมกันของมนุษย์ โดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ การเกิดเสรีภาพ ความเสมอภาคของมนุษย์ นอกจากนี้ในหลักการที่ถือปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (The World Health Organization: WHO) ก็ให้ความสนใจเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยควรมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The Right to Health Care) อันถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ รวมถึงสิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา (The right to information) เพื่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The right to refuse treatment) และ

²⁶ แหล่งเดิม.

มีสิทธิส่วนบุคคล (Privacy right) ในการที่จะไม่ถูกเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย²⁷

ในต่างประเทศประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้มีการกล่าวถึงกันอย่างแพร่หลาย และให้ความสำคัญในสิทธิดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากสิทธิผู้ป่วยซึ่งถูกร่างเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1959 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The National League of Nursing) และต่อมาเมื่อ ค.ศ.1975 สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ประกาศสิทธิบัตรผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ บริการทางสุขภาพที่ดี สร้างความพึงพอใจเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย นอกจากนี้ยังได้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วยขึ้น ทั้งในรูปกฎหมายและคำประกาศสิทธิผู้ป่วยในองค์กร ระหว่างประเทศ เช่น การกำหนดสิทธิและความรับผิดชอบของผู้ป่วย (Rights and Responsibilities of Patient) โดยองค์การควบคุมมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ (The Joint Commission of Accreditation of Health Care Organization, J.C.A.H) ของสหรัฐอเมริกา คำประกาศของ แพทยสมาคมโลกว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย (The world Medical Association's Declaration on the Right of the Patient) ญัตติบัตรยุโรปว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในปี ค.ศ.1979 (European Charter on Right of Patient in Hospitals) ซึ่งประกาศโดยคณะกรรมการว่าด้วยโรงพยาบาลของกลุ่มประเทศ ตลาดร่วมยุโรป (The Hospitals Committee: EEC)²⁸

ปัจจุบันประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เนื่องจาก สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น การดูแลรักษาผู้ป่วยจึงมีเรื่องของธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งผู้ป่วยเองก็มีการเรียกร้องสิทธิ ของตนเองมากขึ้น เนื่องจากบางครั้งถูกบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขละเมิดหรืองดเว้น การกระทำต่อสิทธิอันพึงมีพึงได้ของตน ต่อมาองค์กรวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทยสภา สภาการ พยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้เล็งเห็นถึงความจำเป็นในการที่จะต้องมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วย จึงได้ร่วมกันออกประกาศ เพื่อรับรองสิทธิของผู้ป่วยขึ้น เป็นคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและ เป็นที่ไว้วางใจกัน

²⁷ แหล่งเดิม.

²⁸ แหล่งเดิม.

2.2.3 สิทธิผู้ป่วยในสังคมไทย

การแพทย์ของไทยตั้งแต่สมัยอดีต ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการแพทย์พื้นบ้านซึ่งผู้เป็นแพทย์มักเป็นผู้มีความรู้ทางไสยศาสตร์ที่ผู้ป่วยยอมรับนับถือ โดยผู้ให้การรักษาสมัยนั้นจะไม่ยอมรับรู้ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ต่อมาเมื่อการแพทย์ตะวันตกได้แพร่หลายเข้าสู่ประเทศไทย โดยผู้สอนศาสนาหรือที่เรียกว่า “มิชชันนารี” ทำให้เกิดการแพทย์สมัยใหม่ขึ้น ประกอบกับระบบกฎหมายของประเทศไทยก็ได้รับอิทธิพลจากตะวันตกเช่นกัน มีการปรับปรุงกฎหมายในรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีแนวคิดเรื่องการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในลักษณะสากล เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วยที่ได้นำมาบัญญัติไว้ในกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ.127 ปัจจุบันอยู่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 323²⁹ มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระทำโดยประมาทตามมาตรา 43 วรรค 3 ซึ่งบัญญัติว่า³⁰

“ที่ว่าการกระทำโดยประมาทนั้น ท่านอธิบายว่าบุคคลกระทำโดยมิได้ตั้งใจ แต่กระทำโดยอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ

1) ผู้หาเลี้ยงชีพด้วยศิลปศาสตร์ ในกิจการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น เปนหมอ หรือ เปนช่าง เปนต้น ละเลยการอันควรต้องทำให้ดีในทางศิลปศาสตร์ นั้นเสียก็ดี

2) ฯ”

ปัจจุบันบัญญัติไว้ในมาตรา 59 วรรค 4 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ต่อมามีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะฉบับแรก ที่ได้แสดงถึงแนวคิดเรื่องสิทธิของผู้ป่วยไว้ โดยเห็นได้จากคำปรารภที่ว่า “มีพระบรมราชโองการในพระบาทสมเด็จพระรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราวุธฯ พระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว คำรัสเหนือเกล้าฯ โดยที่การประกอบโรคศิลปะ ย่อมมีสิทธิผลอันสำคัญแก่สวัสดิภาพของประชาชน โดยที่ ณ กาลบัดนี้ ในกรุงสยามยังไม่มีระเบียบบังคับควบคุมการประกอบกิจเช่นนี้ปล่อยให้มหาชนปราศจากความคุ้มครองจากอันตราย อันเกิดแก่การประกอบกิจแห่งผู้ที่ไร้ความรู้และมีได้ฝึกหัด และโดยที่ทรงพระราชดำริเห็นสมควรควบคุมวางระเบียบบังคับ และเลื่อนฐานะแห่งการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะให้สูงยิ่งขึ้นไป จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติไว้ดังต่อไปนี้...”³¹

²⁹ แหล่งเดิม.

³⁰ จาก *ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรมในการรักษาโรคร้ายแรงของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณีการณษฆาต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต) (น. 22), โดย ผดุงพล อรรถกิจไพบูรณ์, 2555, ชลบุรี: มหาวิทยาลัยศรีปทุมวิทยาเขตชลบุรี.

³¹ จาก *กฎหมายการแพทย์* (น. 22), โดย แสง บุญเฉลิมวิภาส และเอนก ชมจินดา, 2540, กรุงเทพฯ : วิทยุชน.

เห็นได้ว่าในอดีตสังคมไทยมิได้พิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วย แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการรักษาให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วยเท่านั้น ต่อมาจึงมีการรับรองสิทธิของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยมีกฎหมายอาญาบัญญัติว่าเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ รวมทั้งแนวคิดในการลงโทษผู้กระทำโดยประมาทซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในทางวิชาชีพการแพทย์ ต่อมาจึงมีกฎหมายทางวิชาชีพฉบับแรกซึ่งเป็นต้นกำเนิดของกฎหมายวิชาชีพของไทยต่อ ๆ มาที่แสดงให้เห็นว่าสิทธิของผู้ป่วยได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยกฎหมาย โดยมีเจตนารมณ์ในอันที่จะคุ้มครองความปลอดภัยของประชาชนจากการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ ด้วยการควบคุมโดยกฎหมายวิชาชีพ

2.2.4 สิทธิผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน

มนุษย์ทุกคนควรมีสสิทธิต่างๆ อันเป็นสิทธิประจำตัวที่ไม่อาจโอนให้แก่กันได้ และไม่อาจถูกทำลายล้างโดยอำนาจใด ๆ สิทธิมนุษยชนในยุคปัจจุบันมีความหมายที่ขยายกว้างออกไป ซึ่งหมายรวมถึงสิทธิอันจำเป็นที่มนุษย์พึงมี เพื่อให้มนุษย์มีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี การที่มนุษย์จะมีชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี หากได้มีความหมายเพียงการมีชีวิต หรือการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่มนุษย์ต้องมีสิทธิที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้บรรลุถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีด้วย³²

การเคารพสิทธิมนุษยชนเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความเป็นมนุษย์และการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข³³ สิทธิผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์อันสืบเนื่องมาจากมนุษย์มีเสรีภาพและความเสมอภาคอย่างเท่าเทียมกันและสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรมีสสิทธิตั้งแต่รู้หรือสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อการมีส่วนร่วมต่อขบวนการตัดสินใจรักษา และใช้ข้อมูลที่ได้รับประกอบการตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเองที่จะยอมรับการรักษาหรือปฏิเสธการรักษา โดยแพทย์ต้องเคารพในการตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ว่าผู้ป่วยจะตัดสินใจไปในทางใดก็ตาม

³² ศูนย์ศึกษาและพัฒนาสันติวิธีมหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). รายงานการศึกษาสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามกรอบรัฐธรรมนูญ ในบริบทของสังคมไทย และมาตรฐานสากลระหว่างประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชน. สืบค้น 11 มกราคม 2557, จาก <http://www.peace.mahidol.ac.th/th/document/Reliability/2.pdf>

³³ แหล่งเดิม.

2.2.5 บริการสาธารณสุขตามหลักสากล

อาจจำแนกบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากลได้ 4 ประการ คือ³⁴

ประการแรก หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้นจะต้องยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องรายได้ หรือถิ่นที่อยู่ และรัฐต้องขยายการบริการสาธารณสุขให้เพียงพอและทั่วถึงทั่วประเทศ

ประการที่ 2 หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชน โดยความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีความแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง (Felt needs) ประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้องได้รับบริการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน

ประการที่ 3 หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่าย (Ability to pay) ของแต่ละบุคคล ซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชน ย่อมขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

ประการสุดท้าย หลักประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยหลักประสิทธิภาพนี้จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด

2.2.6 รูปแบบระบบบริการสาธารณสุขตามหลักสากล

ระบบบริการสาธารณสุขของสังคมประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก อาจแบ่งออกได้เป็น 4 รูปแบบคือ³⁵

³⁴ จาก “สิทธิในการรักษาพยาบาล,” โดย กองบรรณาธิการ, 2545, *วารสารจุลนิติ*, 8(3), น. 1, สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาเจ้าของลิขสิทธิ์.

³⁵ แหล่งเดิม.

รูปแบบที่ 1 การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกการบริการ มุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ค่าบริการสุขภาพจะมีราคาแพง ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูง ระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ

รูปแบบที่ 2 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุข ที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบประชาชนมีส่วนร่วม ในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่น ๆ และสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงกำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้ ประชาชนจะมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงการบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม

รูปแบบที่ 3 การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central planning System) ในระบบนี้รัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม ในทางทฤษฎีแล้วอุปทานของบริการสุขภาพ (Supply of Health Care) จะขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชน ซึ่งบริการทุกอย่างจะถูกกำหนดหรือวางแผนมาจากส่วนกลาง รัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่าตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ระบบนี้โดยหลักการแล้วค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ และในทางปฏิบัติผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ส่งผลทำให้ระบบนี้ค่อนข้างที่จะมีประสิทธิภาพต่ำ ระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการ ทุกคนมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันหมด

รูปแบบที่ 4 การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชน โดยการจัดบริการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และครอบคลุมบริการทุกชนิด รัฐจะเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข

2.2.7 ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มีบทบัญญัติเรื่องสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุขและสวัสดิการต่อรัฐ โดยมาตรา 51 บัญญัติว่า บุคคลมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและรัฐธรรมนูญยังได้บัญญัติอีกว่าการบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จึงเห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญได้ให้การรับรองและคุ้มครองเพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานจากรัฐ

สำหรับประเทศไทยนั้นนอกจากกล่าวได้ว่าในช่วงระยะเวลาก่อนปี พ.ศ. 2544 แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคม เป็นแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยม ที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการสุขภาพได้อย่างเสรี แต่ภายหลังนับตั้งแต่ ปี 2544 เป็นต้นมา ทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย ได้พยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (UC) ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 แก่ประชาชนชาวไทยเพิ่มเติมจากเดิม ที่มีระบบหลักประกันสุขภาพเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” (CSMBS) และ “ระบบประกันสังคม” ส่งผลให้ประชาชนที่มีข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือผู้ประกันตนตามกฎหมายประกันสังคม มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขตามโครงการ พระราชบัญญัตินี้ กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างเสมอภาค โดยผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และมุ่งเน้นให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อสนับสนุนส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยกันเงินส่วนหนึ่งไว้เป็นเงินช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้รับบริการสาธารณสุขที่ได้รับความเสียหายจากการบริการสาธารณสุขด้วย ต่อมาได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีเจตนารมณ์เพื่อวางระบบดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชน ให้มีความเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม ไม่ได้มุ่งเน้นที่การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลเพียงด้านเดียว เพราะจะทำให้รัฐและประชาชนต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ขณะเดียวกัน

โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง และมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น จำเป็นต้องดำเนินการให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันและมีส่วนร่วม มีระบบเสริมสร้างสุขภาพและระวังป้องกันอย่างสมบูรณ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสามารถดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง³⁶

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข โดยการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข มีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิกระจายครอบคลุมทุกจังหวัด และมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน

2.3 สิทธิปฏิเสศการรักษาพยาบาลและสิทธิการตายอย่างสงบ

2.3.1 สิทธิ

2.3.1.1 ความหมายของคำว่าสิทธิ

คำนิยามของคำว่า “สิทธิ” (right) ได้มีผู้ให้ความหมายแตกต่างในหลายทัศนะ อาทิ ความหมายตามพจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมายว่า “อำนาจอันชอบธรรม ความสำเร็จ” ศาสตราจารย์วรพจน์ วิศรุตพิชญ์ ได้ให้ความหมายไว้ว่า “สิทธิ” หมายถึง อำนาจที่กฎหมายรับรองคุ้มครองให้แก่บุคคล ในอันที่เรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิจึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่นด้วย³⁷

โดยสรุปคำว่า “สิทธิ” หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่บุคคลอาจใช้ยันกับผู้อื่นเพื่อรับรองคุ้มครอง หรือบังคับให้เป็นไปตามประโยชน์อันพึงมีพึงได้ของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือประโยชน์หรืออำนาจอันชอบธรรมที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้ตนเอง³⁸

³⁶ แหล่งเดิม.

³⁷ จาก *สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ* (น. 21), โดย วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, 2538, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

³⁸ จาก “สิทธิที่จะตาย,” โดย วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2539, *คูลพาท*, น. 90. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

2.3.1.2 ประเภทของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ³⁹

1) สิทธิทางกฎหมาย (Legal Right) เป็นอำนาจที่มีความชอบธรรม โดยมีกฎหมายรับรอง หมายถึง อำนาจหรือผลประโยชน์รับรองว่ามีอยู่ หรือคุ้มครองให้ตามกฎหมาย สิทธิตามกฎหมาย เป็นการยืนยันว่ามนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกกระทำบางอย่างได้ เช่น การทำอวัยวะบริจาคกรรม ซึ่งในแง่กฎหมายไทย การกระทำดังกล่าวไม่เป็นความผิดตามกฎหมาย สิทธิตามกฎหมายจึงเป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมิให้มีการละเมิดสิทธิ

2) สิทธิทางจริยธรรม (Moral Right) เป็นสิทธิโดยธรรมชาติที่เกิดขึ้นเอง โดยไม่ต้องมีผู้ใดมากำหนด สิทธิทางจริยธรรมมีความเท่าเทียมกันและไม่สามารถเปลี่ยนมือได้

สิทธิทางจริยธรรมมีลักษณะที่แตกต่างจากสิทธิทางกฎหมายอยู่ 4 ประการ คือ⁴⁰

ประการแรก สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิสากล มนุษย์ทุกคนในโลกมีสิทธิโดยไม่มีข้อยกเว้น ส่วนสิทธิทางกฎหมายมีขอบเขต

ประการที่ 2 สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิแห่งความเสมอภาค ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน

ประการที่ 3 สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิ่งที่เปลี่ยนมือไม่ได้ แต่สิทธิทางกฎหมายเปลี่ยนมือได้ คือ สามารถซื้อขายหรือโอนสิทธิได้

ประการสุดท้าย สิทธิทางจริยธรรมเป็นสิทธิทางธรรมชาติ มนุษย์ไม่ได้สร้าง การมีสิทธิทางจริยธรรมมิได้ด้วยการเกิดเป็นมนุษย์เท่านั้น ไม่ต้องมีองค์กรใดมากำหนดสิทธินี้ แต่สิทธิทางกฎหมายเป็นสิทธิที่ได้จากการที่มนุษย์เป็นผู้กำหนดและบัญญัติขึ้นมา

2.3.1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิในกฎหมายมหาชน

“สิทธิ” ตามกฎหมายมหาชน หมายถึง อำนาจตามรัฐธรรมนูญที่ได้บัญญัติให้การรับรองและคุ้มครองไว้แก่บุคคล ในอันที่จะกระทำการใด หรือไม่กระทำการใด การให้อำนาจแก่บุคคลดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดสิทธิเรียกร้อง ที่จะไม่ให้บุคคลอื่นใดมาแทรกแซงในสิทธิตามรัฐธรรมนูญของตน ในบางกรณีการรับรองและคุ้มครองดังกล่าว ได้ก่อให้เกิดสิทธิให้รัฐดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิตามรัฐธรรมนูญ เป็นสิทธิที่ผูกพันองค์กรผู้ใช้อำนาจรัฐทั้งหลายให้ต้องเคารพ

³⁹ สิทธิผู้ป่วย (น. 171). เล่มเดิม.

⁴⁰ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (น.17-18). เล่มเดิม.

ปกป้อง และคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญ⁴¹

สิทธิตามกฎหมายมหาชน ได้แก่

- 1) สิทธิของบุคคลที่จะดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อรัฐ เช่น สิทธิในการเลือกตั้ง เป็นต้น
- 2) สิทธิของบุคคลที่จะได้รับความคุ้มครองจากรัฐ เป็นสิทธิที่ราษฎรจะได้รับความคุ้มครองจากรัฐ โดยรัฐจะต้องควั่นไม่ใช้อำนาจไปล่วงละเมิด หรือไปจำกัดสิทธิเหล่านั้นซึ่งได้แก่ สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ เช่น สิทธิในการเสนอเรื่องราวร้องทุกข์ สิทธิในร่างกาย สิทธิในทรัพย์สิน สิทธิในการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

2.3.2 สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

2.3.2.1 แนวคิดเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วย

สำหรับแนวความคิดในเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาในสังคมไทย มีการกล่าวถึงกันมาเป็นเวลานาน มีการโต้เถียงกันทั้งในประเด็นทางกฎหมายและจริยธรรมของแพทย์ เกี่ยวกับเรื่องปฏิเสธการรักษา เคยมีกรณีที่คณะกรรมการกฤษฎีกาได้รับข้อหารือจากกระทรวงสาธารณสุขว่าผู้นับถือศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา (Jehovah's Witness) ทำหนังสือปฏิเสธการรักษาโดยให้งดเว้นการให้เลือดเข้าสู่ร่างกายทุกกรณี โดยจะมีบัตรประจำตัวระบุชื่อ และข้อความว่าเขาเป็นผู้นับถือศาสนานี้ และในกรณีอุบัติเหตุหรือป่วยหนักที่ทำให้เขาไม่มีสติสัมปชัญญะแล้ว หากแพทย์พบเห็นบัตรประจำตัวของเขาที่ปฏิเสธการรักษาโดยใช้เลือดทุกกรณี ให้งดเว้นการให้เลือด (เพราะการรับเลือดขัดกับหลักคำสอนทางศาสนาของเขา) คณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาตอบข้อหารือดังกล่าวเป็น 2 กรณี ตามบันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสร็จ ที่ 250/2546 โดยสรุปคือ คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาว่าการแสดงเจตจำนงดังกล่าวขัดหรือเป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมืองและขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือไม่ โดยได้ข้อสรุปว่าหากผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต การแสดงเจตนาดังกล่าวสามารถทำได้ แต่หากผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และตามมาตรฐานการรักษาแพทย์จำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยการให้เลือด การแสดงเจตนาดังกล่าวไม่มีผล หากแพทย์ดำเนินการตามเจตจำนงนั้นอาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา และฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมตามข้อบังคับแพทยสภา⁴²

⁴¹ จาก หลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ (น. 45), โดย บรรเจิด สิงคนดี, 2547, กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

⁴² จาก ก่อนวันพลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (น. 124 - 125), โดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2552, กรุงเทพมหานคร: บริษัทเอมีเอ็นเตอร์ไพรส์จำกัด.

ต่อมาประเทศไทยมีการรับรองและยืนยันสิทธิการตายอย่างสงบ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ได้บัญญัติเรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยหรือที่เรียกว่า “Living Will” โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550 เรื่องการใช้สิทธิในการทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยมิใช่เรื่องใหม่ มีการถกเถียงและอภิปรายกันในสังคมไทย บางคนไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลตนเองได้ บางคนเข้าใจว่าเป็นเรื่องการช่วยให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือเป็นกรณี Active Euthanasia หรือที่เรียกว่า “การุณยฆาต” (Mercy Killing) ซึ่งเป็นเรื่องที่ขัดต่อจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เช่น การฉีดยาหรือกระทำการใด ๆ เพื่อเร่งให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย แต่มีนักวิชาการบางส่วนที่เห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมายจริยธรรมแห่งวิชาชีพ และความเชื่อทางศาสนา เพราะเป็นการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามอาการที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อเหนี่ยวรั้งความตาย สิทธิตามมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินั้นมีความสอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2550⁴³

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมาตรา 12 วรรคสอง กำหนดให้ออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ร่วมกับศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ดำเนินการจัดประชุมหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมจัดทำร่างกฎกระทรวงดังกล่าวตั้งแต่กลางปี 2551 และได้ดำเนินการสร้างความรู้ความเข้าใจในการใช้สิทธิดังกล่าว มีการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และผู้แทนหน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุข สภาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง องค์กรต่าง ๆ รวมถึงผู้แทนฝ่ายผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในวาระสุดท้าย และจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นสาธารณะต่อร่างกฎกระทรวงและแนวทางปฏิบัติ โดยเชิญผู้แทนสถานพยาบาล แพทย์พยาบาล ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย และประชาชนผู้สนใจ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตายในบริบททางสังคม วัฒนธรรม และสิทธิในการปฏิเสธการรักษา ทั้ง 4 ภาค เพื่อพัฒนาปรับปรุงร่างกฎกระทรวงดังกล่าวให้รอบด้าน

⁴³ จาก “สิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 2550,” โดย ไพศาล ลิ้มสถิตย์, 2552, *ศาลพาห*, น.141. กระทรวงยุติธรรมเจ้าของลิขสิทธิ์.

หลังจากนั้น จึงส่งร่างกฎกระทรวงไปยังสภาวิชาชีพ ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน คณะแพทยศาสตร์ทุกแห่ง วิทยาลัยพยาบาล สถาบันการศึกษา หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง นักกฎหมาย นักวิชาการ และประชาชนที่สนใจ จนกระทั่งในปี 2553 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออกกฎกระทรวงกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 22 ตุลาคม 2553 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2554

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขหรือที่เรียกว่า “Living Will” หรือ “Advance Directives” เป็นเอกสารที่แสดงเจตจำนงล่วงหน้า ซึ่งทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบันทึกเจตนาประสงค์ปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ที่เกินจำเป็น ที่ไม่มีประสิทธิผลหรือยืดระยะเวลาออกไป⁴⁴ เช่น ผู้ป่วยที่มีสภาพฟื้นไม่ได้ตายไม่ลง มีชีวิตอยู่ด้วยเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงผู้ป่วยที่ต้องทุกข์ทรมานจากโรคบางโรคในระยะยาว โดยไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดหนักลงเรื่อย ๆ การรักษาบางวิธีอาจเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น และทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก โดยไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ นอกจากนั้น ยังเป็นภาระต่อระบบบริการสาธารณสุขของประเทศโดยรวม อย่างไรก็ดี แพทย์ พยาบาล หรือผู้เกี่ยวข้องที่ปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนา มีได้ละทิ้งผู้ป่วยแต่อย่างใด ยังให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อระงับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า Living Will หมายถึง การแสดงความประสงค์ หรือความต้องการของผู้ป่วยว่าเมื่อตนเองเจ็บป่วยถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ประสงค์ให้มีการดูแลรักษาตนเองอย่างไรบ้าง และไม่ยอมให้ใช้วิธีการรักษาอย่างใดแก่ตนเองบ้าง

2.3.2.2 ผู้ป่วยที่หมดหวังหรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย

ความหมายของผู้ป่วยที่หมดหวัง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ยังไม่มีคำจำกัดความที่แน่นอนหรือเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป มีการให้ความหมายไว้ในหลายลักษณะ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าสถานะของการป่วยไข้เป็นระยะลุกลามเรื้อรัง หรือเป็นการป่วยไข้ที่เข้าสู่ระยะท้าย ๆ ของโรคซึ่งไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ หรือเป็นผู้ป่วยที่ได้นำเอามาตรการของการบำบัดชนิดต่าง ๆ เท่าที่มีอยู่ในขณะนั้น รวมถึงความพยายามในการรักษาให้หายได้ ถูกนำมาใช้จนหมดสิ้น⁴⁵

⁴⁴ ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. (น. 100). เล่มเดิม.

⁴⁵ แหล่งเดิม.

ผู้ป่วยที่หมดหวัง หมายถึง ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกายและ/หรือทางใจที่ไม่มีโอกาสจะฟื้นทุกซ์ทรมาณ และไม่สามารถใช้เวลาที่เหลือในชีวิตของตนให้เป็นประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้⁴⁶

ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เจ็บหนักจะมีผู้ป่วยประเภทหนึ่งที่เรียกว่าผู้ป่วย NR. (Do Not Resuscitate or No Resuscitation) หมายถึง ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ คำสั่ง NR. มีความหมายว่า “ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิต” การตัดสินใจของแพทย์ในกรณียอมให้ผู้ป่วยตาย โดยเขียนคำว่า NR. ต้องขึ้นอยู่กับข้อเท็จจริงเป็นกรณีไป คำสั่งที่ไม่ต้องช่วยฟื้นชีวิตนี้ เป็นเพียงการบอกกล่าวว่าจะไม่ต้องใช้เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยเท่านั้น แต่การดูแลรักษาพยาบาลโดยทั่วไปยังคงต้องมีอยู่กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ No Resuscitation ไม่ได้หมายความว่า No Treatment ดังนั้น หน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องดูแลรักษาและป้องกันมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจึงยังคงต้องมีอยู่⁴⁷

ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตายจะมีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยรวมแล้วความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นจะเป็นไปในลักษณะที่ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ง่วงตลอดจนเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารกับดื่มน้ำน้อยลง ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมากกว่าที่จะเป็นผลร้าย นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกลึกซึ้งก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบข้างได้ เพียงแต่ผู้ป่วยไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้เท่านั้น บางครั้งการที่ผู้ป่วยร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวก็ไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองในด้านจิตใจ ผู้ป่วยหนักจะมีอาการป่วยทางใจด้วยเสมอ สิ่งที่ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะใกล้ตายต้องการที่สุด คือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ด้วยเมื่อต้องการ⁴⁸

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้ตาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยไม่มีความทุกข์ ไม่ต้องเจ็บปวดทรมานจากอาการต่าง ๆ โดยทั่วไปเมื่อกายป่วยใจก็จะป่วยด้วยเสมอ ยิ่งคนที่ป่วยหนักใกล้ตายแล้วยังต้องการการดูแลประคับประคองใจเป็นอย่างมาก จากการศึกษาต่าง ๆ พบตรงกันว่า สิ่งที่คุณใกล้ตายกลัวที่สุด คือ การถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว และสิ่งที่คุณใกล้ตายต้องการคือ ใครสักคนที่เข้าใจและอยู่ข้าง ๆ เขาเมื่อเขาต้องการ แต่ละคนอาจมีความรู้สึกและความต้องการที่แตกต่างกันไป ดังนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดควรให้ออกาสคนใกล้ตายได้แสดงความรู้สึกและความต้องการ

⁴⁶ สันต์ หัตถิรัตน์. (2541). สิทธิที่จะอยู่หรือตายและการดูแลผู้ป่วยที่หมดหวัง. สืบค้น 10 มิถุนายน 2557, จาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/2525>

⁴⁷ กฎหมายการแพทย์. (น. 154). เล่มเดิม.

⁴⁸ ก่อนวันพลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. (น. 15). เล่มเดิม.

โดยการพูดคุยและเป็นผู้รับฟังที่ดี และควรปฏิบัติตามความต้องการของคนใกล้ตาย ซึ่งหมายรวมถึงความต้องการในด้านการรักษา ทั้งนี้ ควรต้องประเมินก่อนว่าความต้องการนั้นเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานใด หากเป็นการตัดสินใจบนพื้นฐานของอารมณ์ ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง ก็ควรชะลอการปฏิบัติไว้ก่อน และควรให้การประคับประคองจิตใจจนสบายใจ ทั้งให้โอกาสผู้ใกล้ตายเปลี่ยนความต้องการและความตั้งใจได้เสมอ

มีการสำรวจความต้องการของผู้ใกล้ตายจำนวนหนึ่ง ว่าพวกเขาต้องการได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ช่วยให้การดูแล ครอบครัวและผู้ใกล้ชิดอย่างไรบ้าง ผลการสำรวจเป็นดังนี้

- 1) ได้รับการดูแลเอาใจใส่เช่นเดียวกับผู้ป่วยธรรมดาทั่วไปจนวินาทีสุดท้าย
- 2) ถึงแม้จะรู้ว่าการดูแลรักษาจะเปลี่ยนรูปแบบเป็นการดูแลแบบประคับประคอง แต่ยังคงต้องการได้รับการดูแลและการพุดจาที่ทำให้เกิดความหวัง (แต่ไม่ใช่คำพูดที่หลอกลวง)
- 3) ได้รับการดูแลและให้การบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ หรือทรมานอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะอาการปวด
- 4) ได้รับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดการมีความรู้สึกว่ามีคามมั่นคงและปลอดภัย
- 5) ไม่ถูกกระทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ หรือสังคม
- 6) เป็นที่ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ไม่ใช่ส่วนเกิน)
- 7) ได้รับความรักและความอบอุ่นจากผู้ใกล้ชิด และสามารถมีโอกาสดูแลถึงความรักต่อบุคคลใกล้ชิดเช่นกัน
- 8) ได้รับสิทธิในการแสดงถึงความรู้สึกและอารมณ์เกี่ยวกับความตายในรูปแบบของตนเอง
- 9) มีสิทธิในการคาดหวังว่ายังคงได้รับการดูแลรักษาในรูปแบบของการรักษาอย่างเต็มรูปแบบ ถึงแม้จุดมุ่งหมายในการบำบัดจะถูกมุ่งไปสู่การบำบัดเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ และให้มีความสุขสบายตามอัตภาพเท่านั้น
- 10) เมื่อมีปัญหาต้องการได้รับคำตอบ หรือคำอธิบายอย่างตรงไปตรงมาไม่หลอกลวง และสามารถออกความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่และวิธีบำบัดได้
- 11) มีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือและดูแลจากครอบครัว รวมถึงการทำให้ครอบครัวยอมรับถึงความตาย
- 12) มีสิทธิที่จะตายอย่างสงบมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (การทำพิธีกรรมชีวิต)

13) มีสิทธิที่จะได้รับดูแลจากบุคคลที่มีความรู้และเข้าใจถึงความต้องการ รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความพึงพอใจจนวาระสุดท้าย

14) มีสิทธิในการพูดคุยถึงความเชื่อ ศาสนา จิตวิญญาณอย่างอิสระ แม้จะไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของผู้อื่น

15) ยังคงมีสิทธิในการเป็นปัจเจกบุคคล มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในทุก ๆ กรณี ถึงแม้ว่าการตัดสินใจนั้นอาจไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้อื่นหรืออาจไม่ถูกต้องก็ตาม

16) ไม่ถูกปล่อยให้เสียชีวิตอย่างโดดเดี่ยว

17) ได้รับการเคารพในร่างกาย แม้ขณะที่สิ้นลมหายใจ⁴⁹

2.3.2.3 หลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจโดยบอกข้อมูล

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (the right to know) หรือได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่ตนจะได้รับก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งตรงกับหลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ที่ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยทราบ⁵⁰ ปัจจุบันทั้งในเชิงจริยธรรมและกฎหมาย ล้วนถือว่าหลักการให้ผู้ป่วยตัดสินใจเองโดยบอกข้อมูล (Informed Decision) เป็นมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่เป็นสากล ภายใต้หลักการนี้แพทย์หรือผู้รักษาจะต้องแจ้งข้อมูล 5 ประการแก่ผู้ป่วย ดังนี้

1) ผู้ป่วยเป็นโรคอะไรหรือมีปัญหาอะไรบ้าง

2) การพยากรณ์โรคว่าอนาคตจะจบลงอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากไม่ได้รับการรักษา (natural course)

3) การรักษาที่แนะนำให้ทำนั้นคืออะไร ทำอย่างไร

4) มีทางเลือกอย่างอื่นอีกก็อย่าง อะไรบ้าง

5) ทางเลือกแต่ละอย่างมีประโยชน์ (benefit) และความเสี่ยง (risk) อย่างไร

เมื่อได้แจ้งแล้ว ควรให้เวลาผู้ป่วยไตร่ตรองตัดสินใจเลือกเอง โดยเปิดโอกาสให้ได้ตัดสินใจในลักษณะที่อิงกับกรอบความคิดเชิงวัฒนธรรม และค่านิยมดั้งเดิมของผู้ป่วยด้วย ในสถานะที่ความประสงค์ของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน ให้ผู้รักษาทำการรักษาเรื่องที่เป็นการเร่งด่วนไปก่อนจนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในสภาพพร้อมที่จะตัดสินใจได้

⁴⁹ จาก คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น. 24-25), โดย สตาพร ลีลำนันทกิจ, 2547, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

⁵⁰ สิทธิผู้ป่วย (น. 29), เล่มเดิม.

2.3.2.4 หลักสิทธิโดยอิสระของผู้ป่วย

ความยินยอมของผู้ป่วยซึ่งยอมให้บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสุเคราะห์ทำต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าว หรือคำอธิบายให้เข้าใจว่าการกระทำนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้าง ผลที่จะเกิดกับผู้ป่วยในภายหลัง และผลร้ายที่อาจเกิดจากการกระทำนั้นมีมากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นสิทธิประการหนึ่งของผู้ป่วย แต่อาจมีบางกรณีที่แพทย์สามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม คือ กรณีจำเป็นเร่งด่วน หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในฐานะที่จะให้ความยินยอมได้ หากเห็นเป็นการประจักษ์ว่าเป็นการกระทำเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย⁵¹

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 ระบุเรื่องการให้ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์มีเนื้อหา คือ แพทย์ที่ให้การรักษามีหน้าที่แจ้งข้อมูลที่เพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจรับบริการด้านสาธารณสุขของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ซึ่งเรียกว่าหลักความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หลักการในเรื่องนี้สอดคล้องกับหลักสากล คือ ปฏิญญาอิสบอนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Statement on Advance Directives (Living Will)) ซึ่งระบุว่า เป็นสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง⁵² โดยแพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษา ผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้ ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจข้อมูลคำอธิบายนั้นด้วย ผู้ป่วยที่เข้าใจวิธีการรักษาแล้วจะยินยอมให้แพทย์รักษาหรือไม่ก็ได้ และมาตรา 8 วรรคท้าย บัญญัติข้อยกเว้นในเรื่องการแจ้งข้อมูลเพื่อขอความยินยอมจากผู้ป่วย 2 กรณี คือ

กรณีที่ 1 มีความจำเป็นเร่งด่วน ซึ่งต้องช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต แพทย์ก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ในกรณีฉุกเฉิน โดยสันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว และควรพิจารณาตามหลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (the best interest of the patient) หรือ

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยไม่อาจสื่อสารกับผู้อื่นได้ให้ขอความยินยอมจากผู้มีอำนาจปกครองดูแล หรือญาติผู้ป่วยแทน ซึ่งเป็นแนวปฏิบัติที่ยอมรับกันทั่วไป

2.3.3 แนวคิดทางกฎหมายเรื่องสิทธิการตายอย่างสงบ

สิทธิการตาย (Right to die) เป็นสิทธิทางธรรมชาติ ที่มนุษย์แต่ละคนมีสิทธิและเสรีภาพโดยสมบูรณ์ในการกำหนดการกระทำของตนเอง มนุษย์ผู้เป็นเจ้าของร่างกายและจิตใจมีอำนาจ

⁵¹ กฎหมายการแพทย์ (น. 64-65). เล่มเดิม.

⁵² ก่อนวันพลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (น. 92). เล่มเดิม.

และมีอิสระในการตัดสินใจ เพื่อกำหนดชะตาชีวิตของตนเองว่าจะมีชีวิตอยู่หรือจะตาย โดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับความยินยอมของใครทั้งสิ้น เพื่อบังคับการตามสิทธิที่ตนมีตามธรรมชาติ สิทธิการตาย ซึ่งเป็นสิทธิทางธรรมชาตินี้ หลายประเทศได้พัฒนาเป็นสิทธิทางกฎหมาย โดยมีการบัญญัติกฎหมายรับรองสิทธิดังกล่าว มีแนวคิดในการพัฒนาสิทธิในการปฏิเสธการรักษา (Right to Refuse Treatment) โดยการนำรูปแบบของเอกสารที่เรียกว่าคำสั่งล่วงหน้าเพื่อการรักษา หรือพินัยกรรมเพื่อชีวิต หรือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าสำหรับการรักษามาใช้⁵³ เช่น หลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกา ออกกฎหมายยอมรับการตายอย่างมีศักดิ์ศรี หรือกฎหมายสิทธิที่จะตาย ได้แก่ รัฐบัญญัติว่าด้วยการตายตามธรรมชาติ (Natural Death Acts) ที่มีหลักการว่าผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว สามารถทำหนังสือแสดงเจตจำนงเป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อให้แพทย์หยุดการใช้เครื่องมือเพื่อช่วยชีวิต หรือไม่ใช้เครื่องมือดังกล่าวกับตน เมื่อผู้นั้นตกอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หนังสือแสดงเจตจำนงดังกล่าว เรียกว่าหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต⁵⁴ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต ได้ถูกนำมาใช้ในสหรัฐอเมริกาหลังจากเกิดคดีของ Karen Ann Quinlan ซึ่งนอนสลบอยู่ในสภาพอย่างพืชอยู่หลายปี ผู้ปกครองของเคเรนแอน ควินแลน เรียกร้องให้แพทย์ยุติเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งแพทย์ไม่ยินยอม จึงมีการนำเรื่องขึ้นสู่ศาลแล้วศาลรับรองให้ทำได้ สุดท้ายเมื่อหยุดเครื่องช่วยหายใจแล้ว เคเรน ก็ยังหายใจได้เอง บิดามารดาจึงต้องให้อาหารต่อไปทางสายยาง และเคเรนมีชีวิตอยู่อย่างไม่รู้สึกตัวต่อไปอีกถึง 10 ปี จึงเสียชีวิต เมื่อมีคดีประเภทนี้เกิดขึ้นในรัฐต่าง ๆ มากขึ้น หลายมลรัฐในสหรัฐอเมริกาจึงออกกฎหมายรับรองการแสดงเจตนาของบุคคล ซึ่งทำให้ล่วงหน้าที่ไม่ประสงค์จะได้รับการรักษาโดยเครื่องมือหรือกรรมวิธีเพื่อยืดการตายออกไป⁵⁵

สิทธิที่จะตายในสังคมตะวันตก ก้าวไปไกลถึงขนาดเป็นสิทธิเรียกร้องให้แพทย์ทำให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ หรือที่เรียกว่า การุณยฆาต (Mercy Kill) ทางวิชาการเรียกว่า Active Euthanasia เช่น ในมลรัฐ โอเรกอน สหรัฐอเมริกา ซึ่งอนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้ ในส่วนของแพทยสมาคมโลก (World Medical Association-WMA) ในฐานะองค์กร

⁵³ สิทธิเสรีภาพของปวงชนชาวไทยตามรัฐธรรมนูญ ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550: ศึกษากรณีปัญหาสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (น. 76). เล่มเดิม.

⁵⁴ หนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต (น. 45-46). เล่มเดิม.

⁵⁵ ก่อนวันผลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (น. 69-70). เล่มเดิม.

วิชาชีพระหว่างประเทศ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแทนแพทย์ในประเทศสมาชิกทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ได้จัดทำนโยบายและมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่เข้มงวด สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อช่วยให้องค์กรวิชาชีพของแพทย์ หน่วยงานของรัฐและองค์กรในประเทศอื่น ๆ นำไปปรับใช้ตามความเหมาะสม โดยได้เน้นย้ำว่าการกระทำหรืองดเว้นการกระทำที่มีเจตนาทำลายชีวิตมนุษย์ รวมถึงการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ถือเป็นเรื่องที่ขัดต่อหลักจริยธรรมทางการแพทย์ สำหรับกรณีสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายนั้น ปัจจุบันประเทศสมาชิกจำนวนมาก ได้ออกกฎหมายหรือแนวปฏิบัติ ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการตายตามธรรมชาติ (Right to Die) แพทยสมาคมโลกได้วางกรอบทางจริยธรรม และนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วย โดยแยกเรื่องสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยไว้ ดังนี้⁵⁶

ปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient)

แพทยสมาคมโลกออกปฏิญญา “สิทธิผู้ป่วย” ตั้งแต่ ค.ศ.1981 ปรับปรุงแก้ไขล่าสุดเมื่อ ค.ศ.2005 มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้อง หัวใจสำคัญคือ แพทย์ต้องปฏิบัติงานด้วยความสำนึกรับผิดชอบ เคารพผู้ป่วย เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย เนื้อหาของปฏิญญาสิทธิผู้ป่วยแต่ละข้อล้วนมีความเกี่ยวข้องกับสิทธิปฏิเสธการรักษาของผู้ป่วยทั้งสิ้น เช่น ข้อ 10 ของปฏิญญานี้รับรองสิทธิผู้ป่วยที่จะกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้าย อย่างมีมนุษยธรรมและมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้สิ้นชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้ ข้อ 3 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น⁵⁷

สำหรับประเทศไทย ได้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ซึ่งรับรองให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาที่จะปฏิเสธการรักษาล่วงหน้าได้ โดยมาตรา 12 บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

⁵⁶ แหล่งเดิม.

⁵⁷ แหล่งเดิม.

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง”

ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวเป็นการยืนยันว่าประเทศไทยรับรองสิทธิปฏิเสธการรักษาพยาบาล โดยเปิดโอกาสให้บุคคลสามารถแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าได้ และแพทย์ผู้กระทำตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วยไม่ต้องรับผิด โดยมีนักวิชาการหลายท่านเห็นว่า สิทธิปฏิเสธการรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 แตกต่างจากกฎหมายการุณยฆาตของรัฐโอเรกอน สหรัฐอเมริกา ซึ่งอนุญาตให้เร่งความตายในผู้ป่วยที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ได้ ซึ่งการกระทำดังกล่าวถือเป็นเรื่องที่ผิดศีลธรรมและผิดกฎหมายในประเทศไทย⁵⁸

ความหมายของ Euthanasia

Euthanasia คือ การให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างสงบคำว่า Euthanasia เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำในภาษากรีกคือ eu+ thanatos แปลว่า Good Death หมายถึงการให้ผู้ป่วยที่ทนทุกข์ทรมานจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ ตายลงโดยไม่เจ็บปวด เพื่อให้พ้นจากความทุกข์ทรมานนั้นในทางปรัชญามีการบัญญัติศัพท์โดยเรียกว่าการุณยฆาต⁵⁹

ใน Webster Dictionary แปลคำว่า Euthanasia ว่า “การตายอย่างสบายหรือการทำให้คนที่ป่วยด้วยโรคที่ทุกข์ทรมาน และรักษาไม่หายเสียชีวิตด้วยวิธีการที่ไม่สร้างความเจ็บปวด” ส่วน Dorland 's Medical Dictionary ให้อีกความหมายหนึ่งของ Euthanasia ว่าคือ Mercy Killing ซึ่งหมายถึง การทำให้บุคคลตายโดยเจตนาด้วยวิธีการที่ไม่รุนแรง หรือวิธีการที่ทำให้ตายอย่างสะดวก หรือการงดเว้นการช่วยเหลือ หรือรักษาบุคคล โดยปล่อยให้ตายไปเองอย่างสงบ ทั้งนี้ เพื่อระงับความเจ็บปวดอย่างสาหัสของบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลนั้นป่วยเป็นโรคอันไร้หนทางเยียวยา การแปลความหมายของ Euthanasia เช่นนี้ จึงเป็นสาเหตุให้มีการแปลคำว่า Euthanasia ว่า “การุณยฆาต”

Euthanasia เป็นกรณีที่แพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยได้รับอนุญาต เป็นผู้กระทำ ให้ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตนตายด้วยความรู้สึกเมตตาสงสาร ซึ่งสามารถแยกออกได้เป็น 2 กรณี คือ⁶⁰

⁵⁸ แหล่งเดิม.

⁵⁹ กฎหมายการแพทย์ (น. 155). เล่มเดิม.

⁶⁰ แหล่งเดิม.

Passive Euthanasia เป็นกรณีที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ และเทคโนโลยีสมัยใหม่เพื่อช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยออกไป

Active Euthanasia เป็นการทำให้ผู้ป่วยตายโดยการลงมือกระทำ เช่น การที่แพทย์ฉีดยา หรือให้ยาเพื่อทำให้ผู้ป่วยตายโดยไม่เจ็บปวด หรือการหยุดเครื่องช่วยเพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ

ทั้ง Passive Euthanasia และ Active Euthanasia มุ่งผลให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบเช่นเดียวกัน แต่หากพิจารณาในข้อกฎหมายแล้วทั้ง 2 คำ มีความแตกต่างกัน เพราะกรณี Passive Euthanasia นั้น แพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยทำเพียงเพื่อระงับความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตได้ตายอย่างสงบ โดยไม่ใช่เครื่องมือช่วยชีวิต ส่วนกรณีของ Active Euthanasia เป็นกรณีที่หาข้อสรุปได้ยาก เพราะการใช้ยา หรือการหยุดเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ถือเป็น การเร่งการตายและเป็นการกระทำโดยตรง

การแบ่งแยกประเภทของการทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ ตามลักษณะของการกระทำ เช่นนี้ เป็นเหตุให้การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบมีความใกล้เคียงกับการยุติการใช้เครื่องมือช่วยชีวิต ในการบำบัดรักษา นักกฎหมายบางท่านเห็นว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยตายโดยธรรมชาติ โดยไม่นำเครื่องมือหรือเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้าไปช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นการกระทำที่เรียกว่า Passive Euthanasia

จำแนกประเภทตามเจตนา สามารถแบ่งได้ 3 ประเภท คือ⁶¹

ประเภทที่ 1 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยสมัครใจ (Voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบ ตามความประสงค์ของผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะ (Competent Patient) หรือเป็นไปตามคำสั่งที่ผู้ป่วยได้ให้ล่วงหน้า (Advance Directive)

ประเภทที่ 2 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยปราศจากความสมัครใจ (non-voluntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะ (Incompetent Patient) ตายโดยสงบ ตามความประสงค์ของผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย (Patient's Surrogate)

ประเภทที่ 3 การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบโดยขัดต่อความสมัครใจ (Involuntary Euthanasia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยตายโดยสงบที่ขัดต่อความประสงค์ของผู้ป่วย หรือคำสั่งที่ผู้ป่วยให้ไว้ล่วงหน้า

พจนานุกรมกฎหมายของเฮนรี แคมป์เบลแบล็ก (Black's Law Dictionary) ได้จำแนกประเภทการุณฆาตไว้ ดังนี้⁶²

⁶¹ ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการตายโดยสงบ (น. 132). เล่มเดิม.

⁶² วิถีพิเศษ. (2557). การุณฆาต. สืบค้น 18 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <https://th.wikipedia.org>

1) การุณฆาตโดยตัดการรักษา (Passive Euthanasia หรือ Negative Euthanasia) คือ การปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันทั่วไปในสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้รหัส “90” (เก้าศูนย์) เขียนไว้ในบันทึกการรักษา มีความหมายว่าผู้ป่วยคนนี้ไม่ต้องให้การรักษาอีกต่อไป และไม่ต้องช่วยยืดชีวิตในวาระสุดท้ายอีก ปล่อยให้ให้ออนตายสบาย

2) การุณฆาตโดยเร่งให้ตาย (Active Euthanasia หรือ Positive Euthanasia)

2.1) การุณฆาตโดยเจตจำนงและโดยตรง (Voluntary and Direct Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยเลือกปลงชีวิตตนเอง (Chosen and Carried Out by The Patient) เช่น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขวางยาที่มีปริมาณมากเกินขนาดจนทำให้ผู้ป่วยเข้าไปตายได้ หรือวางยาอันเป็นพิษไว้ใกล้ ๆ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจหยิบกินเอง

2.2) การุณฆาตโดยเจตจำนงแต่โดยอ้อม (Voluntary and Indirect Euthanasia) คือ การที่ผู้ป่วยตัดสินใจล่วงหน้าว่าถ้าไม่รอดก็ขอให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข กระทำการุณฆาตแก่ตนเสีย โดยอาจแสดงเจตจำนงเช่นว่าเป็นหนังสือหรือเป็นพินัยกรรม ซึ่งเรียกว่าพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ก็ได้

2.3) การุณฆาตโดยไร้เจตจำนงและโดยอ้อม (Involuntary and Indirect Euthanasia) คือ ผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอความตาย แต่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขสงเคราะห์ให้ เพราะความสงสาร

ในประเทศไทยมีนักวิชาการเห็นว่า Passive Euthanasia เป็นเรื่องที่ยอมรับได้ สอดคล้องกับกฎหมายจริยธรรมแห่งวิชาชีพและความเชื่อทางศาสนา เพราะคือการดูแลแบบประคับประคองตามอาการที่เกิดขึ้น บรรเทาความเจ็บปวดให้แก่ผู้ป่วย และช่วยให้เขาจากไปตามวิถีแห่งธรรมชาติ โดยไม่ใช่เครื่องมือจากเทคโนโลยีสมัยใหม่เหนี่ยวรั้งความตาย⁶³ แต่ยังไม่มีกฎหมายรับรองเรื่องการทำการุณฆาต (Mercy Killing) หรือ Active Euthanasia ที่ถือเป็นการเร่งการตาย การุณฆาตจึงแตกต่างจากการทำหนังสือแสดงเจตนา (Living Will หรือ Advance Directives) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งถือเป็นการแสดงเจตนาของบุคคล เพื่อที่จะกำหนดวิธีการดูแลรักษาของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right to self-determination) ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ

การตายอย่างสงบและเรียบง่าย ตามความหมายของ Euthanasia นั้น นำมาซึ่งแนวทางการรักษาผู้ป่วยแบบฮอสปิซ (Hospice Care) โดยเน้นเพียงการรักษาแบบประคับประคองให้กำลังใจในการเผชิญกับความตายอย่างสงบ เพื่อให้เป็นไปโดยธรรมชาติอย่างแท้จริง เพราะผู้ป่วยที่กำลังจะตาย ต้องการวิธีการรักษาจัดการจากบุคคลที่เป็นมนุษย์มากกว่าจากบุคคลในฐานะนักเทคนิค (Technician) โดยไม่ใช่เครื่องมือทางเทคนิคใด ๆ เลยต่อผู้ป่วย

ผู้สนับสนุนแนวทางการรักษาผู้ป่วยดังกล่าว ยอมรับถึงสิทธิที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยตาย แต่คัดค้านการออกกฎหมายรับรองการุณยฆาตโดยทางอ้อม ต่างกับการกระทำโดยตรง เหตุผลของการคัดค้านการกระทำโดยตรงมีอยู่ 2 ประการที่สำคัญคือ แพทย์ไม่ควรมีเจตนาจะทำลายชีวิตผู้ป่วย และการมีกฎหมายรับรองให้ทำการุณยฆาตโดยสมัครใจจะปฏิบัติกันเกินเลยแก่ผู้ไม่สมัครใจเข้าไปด้วย⁶³

2.4 ทฤษฎีที่สำคัญทางจริยศาสตร์

ทฤษฎีจริยศาสตร์ สามารถช่วยให้ข้อคิดและข้อเสนอแนะในการตัดสินใจของมนุษย์⁶⁴ ซึ่งผู้เขียนจะขอเสนอในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เพียง 2 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม และทฤษฎีของค่าน้ำ

2.4.1 ทฤษฎีของสำนักประโยชน์นิยม

Jeremy Bentham (1748-1832) เป็นนักปรัชญาศีลธรรมชาวอังกฤษ ผู้ก่อตั้งลัทธิอรรถประโยชน์ (Utilitarianism) ความคิดหลักของลัทธิประโยชน์นิยม คือการสร้างความสุขให้ได้มากที่สุด ความสุข หมายถึง สมดุลระหว่างความเพลิดเพลินกับความเจ็บปวด เบนแธมมองว่าการกระทำที่ถูกต้อง คือ การกระทำที่สร้างประโยชน์สูงสุด คำว่า “อรรถประโยชน์” ในแนวคิดของเบนแธม คือ อะไรก็ตามที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความสุข และอะไรก็ตามที่ป้องกันความเจ็บปวดหรือความทุกข์⁶⁵

หลักการพื้นฐานของสำนักนี้เรียกว่า “หลักมหสุข” (The Greatest Happiness Principle) คือ การกระทำที่ถูกต้อง หมายถึง การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขหรือประโยชน์มากที่สุด แก่คนจำนวนมากที่สุด เมื่อใดที่คนเราตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ประโยชน์นิยมเห็นว่าต้องเลือกการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่คนจำนวนมากที่สุด บางครั้งหากการกระทำที่ต้องเลือกนั้นอาจก่อให้เกิดทั้งสุขและทุกข์ เราต้องประเมินว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดความสุขเท่าใด ความทุกข์เท่าใด แล้วนำมาเปรียบเทียบว่าผลออกมานั้นก่อให้เกิดความสุขมากที่สุดหรือทุกข์น้อยที่สุดเราจึงเลือกทำสิ่งนั้น⁶⁶

⁶³ ก่อนวันพลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย (น. 91-92). เล่มเดิม.

⁶⁴ จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (น. 1). เล่มเดิม.

⁶⁵ Justice (น. 52-53). เล่มเดิม.

⁶⁶ แหล่งเดิม.

ประโยชน์นิยมถือว่าผลที่เราคาดว่าเกิดจากการกระทำสำคัญกว่าแรงจูงใจ⁶⁷ เช่น คนที่ช่วยเพื่อนมนุษย์ให้พ้นจากการจมน้ำตาย ได้ทำสิ่งที่ถูกต้องไม่ว่าแรงจูงใจของเขาจะเกิดจากสำนึกในหน้าที่ของมนุษย์ที่จะต้องช่วยกัน หรือเกิดจากความหวังที่ผู้กระทำการได้รับสิ่งตอบแทนจากการช่วยเหลือนั้นก็ตาม ซึ่งตัวอย่างดังกล่าวอาจขัดกับความรู้สึกของคนทั่วไปหลาย ๆ คน เพราะหลายคนคิดว่าคนที่ทำเพราะสำนึกน่าจะเป็นคนดีกว่าคนที่ทำเพราะหวังสิ่งตอบแทน แต่ประโยชน์นิยมเห็นว่าการกระทำทั้ง 2 อย่างนี้ดีเท่ากัน เพราะผลที่ได้คือ การรอดชีวิตของเพื่อนมนุษย์

ตามแนวคิดของประโยชน์นิยม การกระทำที่ดี คือ การกระทำที่ก่อให้เกิดความสุขมากที่สุด ซึ่งความสุขนี้มีใช้เป็นเพียงความสุขของผู้กระทำเท่านั้น แต่ความสุขนี้ต้องกระจายไปสู่คนจำนวนมากที่สุดด้วย คือ ก่อให้เกิดความสุขปริมาณมากที่สุด

ประโยชน์นิยมมองว่าในสังคมทุกสังคม คุณเหมือนจะมีกฎเกณฑ์บางอย่างเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าผู้ที่อยู่ในสังคมต้องปฏิบัติตาม เช่น การทำลายชีวิตมนุษย์ เป็นข้อห้ามทั้งจารีตประเพณีและศาสนา แต่การกระทำบางอย่าง เช่น การร่วมประเวณีของชายหญิงก่อนแต่งงาน กฎหมายไม่ถือว่าผิด แต่ประเพณีและศาสนาถือว่าไม่ดี ข้อห้ามต่าง ๆ เหล่านี้ได้สั่งสมเป็นประสบการณ์ของคนในสังคมและเห็นว่ามิใช่ประโยชน์ คือ นำความสุขมาให้แก่คนทั่วไป ประโยชน์นิยมจึงเห็นว่ากฎเกณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้เราควรปฏิบัติตาม เพราะส่วนใหญ่ทำแล้วจะเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ คือ ให้ความสุขมากกว่าความทุกข์

ประโยชน์นิยมไม่ถือว่าจารีตประเพณีเป็นตัวชี้ขาดกำหนดความถูกต้องความผิดของการกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่าประเพณีทุกอย่างเป็นเรื่องไร้สาระ จารีตอย่างหนึ่งจะดีหรือเลว ถูกหรือผิด ต้องได้รับการทดสอบเสียก่อน ในสภาพปัจจุบันจารีตประเพณีใดก่อให้เกิดความสุขที่มีปริมาณมากที่สุดแก่คนจำนวนมากที่สุด ประเพณีนั้นก็ใช้ได้ ถ้าศาสนาสอนว่าคำสอนอันเป็นบทบัญญัติของศาสนานั้นเป็นสิ่งเด็ดขาดจะละเมิดมิได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ เช่น สอนว่าจงอย่าทำลายชีวิตไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เพราะการทำลายชีวิตเป็นสิ่งผิด และผิดโดยไม่มีข้อแม้ ถ้าสอนอย่างนี้ประโยชน์นิยมจะไม่เห็นด้วย สำหรับชาวประโยชน์นิยม การยุติชีวิตไม่ผิดไม่ถูกในตัวมันเอง แต่อยู่ที่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น ประโยชน์นิยมอาจยอมรับว่าโดยทั่วไป จงอย่าฆ่า แต่ในบางกรณี ถ้าการฆ่านั้นจะได้ประโยชน์มากกว่าโทษ ก็จำเป็นต้องทำ เช่น การประหารชีวิตอาชญากรในคดีอุกฉกรรจ์ เพราะเชื่อว่าจะเกิดความสุขสงบสุขแก่คนทั่วไปมากกว่า⁶⁸

⁶⁷ แหล่งเดิม.

⁶⁸ แหล่งเดิม.

ตัวอย่างแนวคิดของประโยชน์นิยม เช่น สมมุติว่าคนกลุ่มหนึ่งหลงทางและขาดอาหารเป็นเวลาหลายวัน ทุกคนคาดการณ์ว่าหากปล่อยไว้เช่นนั้นต่อไปทุกคนจะตายหมด คนเหล่านั้นจึงปรึกษากันและทุกคนเห็นพร้อมกันว่าจะมีการจับสลากเพื่อคัดเลือกให้คน ๆ หนึ่งในกลุ่มฆ่าตัวตายเพื่อให้อีกคนอื่น ๆ ได้กินเนื้อเป็นอาหาร เพื่อประทังให้ชีวิตรอดต่อไป เพราะหากไม่ทำเช่นนั้นทุกคนจะตายหมด แต่ถ้าทำตามทีตกลงกันจะมีคนตายเพียงคนเดียว ถ้าคิดตามหลักประโยชน์นิยมการกระทำดังกล่าวก็น่าจะเป็นสิ่งที่ชอบและถูกต้อง เพราะก่อให้เกิดประโยชน์สุขมากกว่า แต่ในความเป็นจริงจะมีกี่คนที่ยอมรับแนวคิดแบบนี้ได้ เพราะรู้สึกว่าจะขัดกับมนุษยธรรม⁶⁹

2.4.2 ทฤษฎีของคานท์

Immanuel Kant (1724-1804) นักปรัชญาชาวเยอรมัน คานท์เสนอทางเลือกในการมองหน้าที่และสิทธิ แนวคิดของคานท์ เป็นแนวคิดที่ทรงพลังและมีอิทธิพลมาก เพราะไม่ได้ตั้งอยู่บนความคิดที่ว่ามนุษย์เป็นเจ้าของตัวเอง หรือข้ออ้างที่ว่าชีวิตและอิสรภาพของมนุษย์ คือของขวัญจากพระเจ้า แต่ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า “มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผล”⁷⁰ คานท์เสนอว่าทุกคนควรค่าแก่การเคารพไม่ใช่เพราะมนุษย์เป็นเจ้าของตัวเอง แต่เพราะมนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีเหตุผล ใช้เหตุผลเป็น นอกจากนี้มนุษย์ยังเป็นสิ่งมีชีวิตที่เป็นอิสระ สามารถทำตัวและเลือกสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ⁷¹

คานท์มีความเห็นตรงข้ามกับสำนักประโยชน์นิยม และเห็นว่าการที่อรรถประโยชน์นิยมวางสิทธิไว้บนการคำนวณว่าอะไรจะสร้างความสุขสูงสุดนั้น ทำให้สิทธิอ่อนแอ หลักความสุขสูงสุดของอรรถประโยชน์นิยม ไม่ได้ช่วยอะไรเลยในการวางกรอบศีลธรรม การทำให้คนมีความสุขเป็นคนละเรื่องกับการทำให้เขาเป็นคนดี การวางศีลธรรมไว้บนผลประโยชน์นั้นเป็นการทำลายศักดิ์ของศีลธรรม⁷² คานท์สอนว่าการกระทำจะดีหรือไม่ดี ชอบหรือไม่ชอบ ไม่อยู่ที่ผลที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าผลนั้นจะเป็นประโยชน์สุขเพียงใดแก่คนมากน้อยเท่าใด เมื่อได้เลือกทำอะไรลงไปแล้ว บอกได้เลยว่าในแง่ศีลธรรมการกระทำนั้นผิดหรือถูก

⁶⁹ แหล่งเดิม.

⁷⁰ *Justice* (น. 140). เล่มเดิม.

⁷¹ แหล่งเดิม.

⁷² แหล่งเดิม.

ค้ำหนักเห็นว่าดี ชั่ว ผิด ถูก ซึ่งเป็นค่าทางศีลธรรมนั้นต้องตายตัว คือ ถ้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือ การกระทำอันหนึ่งอันใดดี ต้องดีอยู่เสมอ ไม่เลือกเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อมหรือตัวบุคคลแต่อย่างใด เช่น การพูดความจริง ถ้าถือว่าการพูดความจริงบางเวลาที่ดี บางเวลาที่ไม่ดี เช่นนี้ก็เท่ากับยอมรับว่า โดยตัวของมันเองแล้วการพูดความจริงไม่มีค่าอะไรเลย ค่านั้นขึ้นอยู่กับเวลา ความดีเปลี่ยนไป เปลี่ยนมาตามกาลเวลา ค้ำหนักเห็นว่า การพูดความจริงเป็นของดี ไม่ว่าจะพูดเมื่อใด ที่ไหน กับใคร และพูดในสถานการณ์อย่างไร การที่ค้ำหนักไม่ยอมรับเอาผลของการกระทำเป็นสิ่งตัดสินความดี ของการกระทำนั้น เพราะว่าถ้ายอมรับเช่นนั้นก็เท่ากับยอมรับว่าความดีเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว และถ้า สิ่งนั้นไม่ตายตัวก็เท่ากับว่าสิ่งนั้นไม่เป็นความจริง ตามความเห็นของค้ำหนัก เมื่อเชื่อว่าค่าทาง จริยธรรมเป็นจริงก็ต้องเชื่อว่าต้องมีอะไรสักอย่างที่ไว้วัดหรือตัดสิน และสิ่งที่ไว้วัดหรือตัดสิน ก็ต้องตายตัว ประเด็นก็คืออะไรที่จะใช้ตัดสินค่าทางศีลธรรม อะไรคือสิ่งที่ดีตายตัว ดีโดยปราศจาก ข้อแม้ พอที่จะเป็นเกณฑ์ตัดสินได้ว่าการกระทำอย่างนี้ถูกหรือผิด ซึ่งค้ำหนักเห็นว่าคุณค่าทาง ศีลธรรมของการกระทำไม่ได้อยู่ที่ผลของการกระทำ แต่อยู่ที่เจตนา สิ่งสำคัญ คือ การทำดีเพราะดี ไม่ใช่เพราะมีเจตนาแอบแฝง⁷³

เมื่อมีการกระทำเกิดขึ้นเรามองการกระทำได้ 2 แง่ คือแง่แรกมองที่ผล เช่น มองว่าผล ก่อให้เกิดประโยชน์หรือโทษมากน้อยแค่ไหน แต่ประโยชน์เป็นเรื่องไม่ตายตัวดังที่กล่าวมาแล้ว ในข้างต้น แง่ที่สองมองว่าการกระทำนั้นเกิดจากเจตนาอย่างไร อะไรเป็นแรงจูงใจให้เกิดการกระทำ นั้นขึ้น เจตนาดีไม่ว่าเป็นเจตนาดีหรือไม่ดี เมื่อผลก่อกำเนิดให้เกิดการกระทำแล้ว การกระทำนั้นเป็น “เจ้าของ” ไม่ว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลอะไร สิ่งนั้นเกิดมาจากเจตนาดี ดังนั้นเจตนาของการกระทำ จึงเป็นสิ่งที่ตายตัวติดอยู่กับการกระทำนั้นตลอดเวลา เป็นเกณฑ์ตายตัวที่จะวัดได้ว่าการกระทำนั้น มีค่าทางศีลธรรมที่ตายตัวเป็นอะไร ดี หรือชั่ว ผิด หรือถูก⁷⁴

สำหรับค้ำหนักการกระทำดี หรือการกระทำที่ถูก คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี⁷⁵ เจตนาดีในจริยศาสตร์ของค้ำหนัก มีความหมายไม่เหมือนที่คนเราเข้าใจกัน เจตนาดีมิได้หมายความว่า ปราบปรามอย่างที่เรเข้าใจกันเสมอไป สำหรับค้ำหนักการกระทำที่เกิดจากเจตนาดี คือ การกระทำ ตามหน้าที่ การกระทำของเพศฆราวาสที่ประหารนักโทษนั้น แม้ว่าเขาจงใจทำให้นักโทษถึงแก่ความตาย แต่การกระทำนั้นเป็นการกระทำตามหน้าที่ ดังนั้น จึงถือได้ว่าเป็นเจตนาดีตามความหมายของ ค้ำหนัก สำหรับค้ำหนักการทำตามหน้าที่กับการกระทำด้วยเจตนาดีเป็นเรื่องเดียวกัน ดังนี้

⁷³ แหล่งเดิม.

⁷⁴ จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (น. 10). เล่มเดิม.

⁷⁵ แหล่งเดิม.

1) การกระทำที่เกิดจากแรงกระตุ้นหรือความรู้สึก มิใช่การกระทำที่เกิดจากหน้าที่และไม่ถือว่าเป็นเจตนาดี แรงกระตุ้นในที่นี้หมายถึงสัญชาตญาณ ความอยาก ความปรารถนา อารมณ์ และความรู้สึก

สำหรับค่าน้ำ การกระทำที่เกิดจากอารมณ์และความรู้สึก ไม่ว่าจะเป็ทางบวก เช่น ความเมตตา สงสาร หรือทางลบ เช่น ความโกรธ จะถือว่าเป็นเจตนาดีหรือเป็นหน้าที่ไม่ได้ ค่าน้ำ ถือว่าการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์นั้นเป็นหน้าที่ของเรา แต่การกระทำที่เกิดจากความรู้สึกส่วนตัว จะถือว่าเป็นการทำหน้าที่ไม่ได้ เช่น ไฟไหม้บ้านศัตรูของเราแล้วเราเข้าไปช่วย อย่างนี้ถือว่าเป็นการทำหน้าที่ คือ หน้าที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ทั้ง ๆ ที่ความรู้สึกในใจของเราอาจรู้สึกว่าจะไม่ช่วย แต่ความรู้สึกนี้ถูกฝืนด้วยสำนึกในหน้าที่ที่มนุษย์มีต่อกัน เราช่วยศัตรูทั้ง ๆ ที่เกลียด ทั้ง ๆ ที่ไม่รู้สึก สงสารเห็นใจ ทั้ง ๆ ที่ไม่ช่วย อย่างนี้ถือว่าการกระทำนี้เกิดจากสำนึกในหน้าที่ คือ หน้าที่ที่มนุษย์จะต้องช่วยเพื่อนมนุษย์ แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าค่าน้ำเห็นการกระทำที่เกิดจากความเมตตาสงสารเป็นการกระทำผิด ค่าน้ำบอกเพียงว่าการกระทำอย่างนั้น ถ้ามองในแง่จริยธรรม ย่อมไม่มีค่าอะไรเลย การกระทำนั้นอาจมีประโยชน์ คือ ทำให้มนุษย์มีความสุขสบายขึ้น แต่สำหรับค่าน้ำ นั้น มิใช่เรื่องสำคัญที่สุดของมนุษย์ ชีวิตที่สมบูรณ์สำหรับค่าน้ำ คือ ชีวิตที่อยู่กับศีลธรรม คือ อยู่กับหน้าที่มิใช่อยู่กับความสุขหรือความรู้สึก ศีลธรรมเกิดขึ้น เมื่อความสำนึกในหน้าที่ ซึ่งฝืนแรงผลักดันของอารมณ์

2) การกระทำตามหน้าที่ต้องมิใช่การกระทำที่มุ่งตรงไปที่เป้าหมายใดเป้าหมายหนึ่ง คือ ต้องมิใช่การกระทำที่คาดหวังผลสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จะเกิดขึ้น ไม่ว่าจะผลนั้นจะเป็นประโยชน์หรือเป็นโทษ ไม่ว่าจะผลนั้นจะเกิดแก่ตัวเองหรือเกิดแก่ผู้อื่น เช่น พ่อค้าคนหนึ่งเป็นคนซื้อสัตย์ต่อลูกค้า สิ่งที่ต้องพิจารณา คือ อะไรเป็นแรงจูงใจให้เขาซื้อสัตย์ ถ้าเขาซื้อสัตย์เพราะต้องการให้คนเชื่อถือ ความเชื่อถือ จะทำให้กิจการของเขาเจริญรุ่งเรืองและเขาจะได้กำไรมาก ๆ ในกรณีนี้ความซื้อสัตย์ของพ่อค้า มิใช่เป้าหมายคือผลกำไรเป็นแรงจูงใจ ความซื้อสัตย์เป็นเพียงนโยบายในการดำเนินการ ฉะนั้นค่าน้ำ เห็นว่าการซื้อสัตย์แบบนี้ไม่มีอะไรน่าสรรเสริญในแง่ศีลธรรม เพราะความซื้อสัตย์ของเขามีได้เกิดขึ้นเพราะความสำนึกว่ามนุษย์นั้นจะต้องซื้อสัตย์ต่อกัน แต่ทำเพราะหวังผลบางอย่าง แต่หากว่าพ่อค้าทำเพราะเชื่อว่าในสภาพของชุมชนที่เขาดำเนินกิจการอยู่ การโกงเป็นทางที่ดีที่สุด จะทำให้เขาได้กำไร แต่เขาไม่ทำเพราะขัดกับสำนึกดีชั่วของเขา ที่ว่ามนุษย์ต้องซื้อสัตย์ต่อกัน ดังนั้น ความซื้อสัตย์ของพ่อค้ามีค่าทางจริยธรรมที่แท้จริง เพราะแรงจูงใจที่ผลักดันให้เขาทำมิใช่ผลอันเกิดขึ้น แต่เป็นความสำนึกในหน้าที่⁷⁶

⁷⁶ แหล่งเดิม.

แนวคิดของค่านัสนั้น การกระทำตามหน้าที่นั้นไม่เพียงแต่ต้องไม่คำนึงถึงประโยชน์ของตนเท่านั้น แต่ต้องไม่คำนึงถึงผลใด ๆ ทั้งสิ้น การกระทำที่ถูกไม่ใช่ว่าการกระทำที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือความสุขของใคร ๆ แต่เป็นการกระทำตามหน้าที่และถูกต้อง ส่วนจะก่อให้เกิดคุณหรือโทษแก่ใครนั้นเป็นคนละเรื่องกัน จริยศาสตร์ของค่านัสนั้นเข้มงวดมาก สำหรับค่านัสนั้นที่ไม่นับบอกความจริงเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยสบายใจไม่ต้องวิตกกังวล และหายจากอาการเจ็บป่วย แม้คนทั่วไปเห็นว่าแพทย์ทำเพราะความปรารถนาดี แต่สำหรับค่านัน การพูดปดจะเรียกว่าเจตนาดีไม่ได้ ไม่ว่าจะพูดปดเพื่ออะไร การพูดปดนั้นผิดตั้งแต่พูดปดออกมาแล้ว เพราะมนุษย์มีหน้าที่พูดความจริง ส่วนผลที่จะเกิดขึ้นนั้นไม่ใช่ตัวตัดสินความถูกต้องของการกระทำ

สำหรับการทำหน้าที่ คือ การทำตามเหตุผล มนุษย์นั้นมี 2 แรง ที่ผลักดันให้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ แรงผลักดันแรก คือ อารมณ์และความปรารถนา แรงผลักดันที่ 2 คือ เหตุผล หรือหน้าที่ การกระทำจากแรงอย่างแรกไม่ถือเป็นหน้าที่ แต่กรณีที่สองถือเป็นหน้าที่⁷⁷ สำหรับค่านัน การกระทำที่ถูก คือ การกระทำที่เกิดจากเจตนาดี การกระทำที่เกิดจากเจตนาดีก็คือ การกระทำที่เกิดจากสำนึกในหน้าที่ การกระทำที่เกิดจากหน้าที่ คือ การกระทำที่เกิดจากเหตุผล การกระทำที่ตั้งอยู่บนเหตุผล คือ การกระทำที่เกิดจากกฎศีลธรรม

ค่านันมองว่าอัตวินิบาตกรรม (การฆ่าตัวตาย) เป็นการละเมิดกฎคำสั่งแบบเด็ดขาด หากคนต้องการจบชีวิตของตัวเองลง เพราะอยากหนีจากความทุกข์ทรมาน เป็นการที่เรากำลังใช้ตัวเองเป็นเครื่องมือปลดทุกข์ของตัวเอง ค่านันเตือนว่าบุคคลไม่ใช่สิ่งของ ไม่ใช่สิ่งที่จะใช้เป็นเครื่องมือเท่านั้น เราไม่มีสิทธิปลิดความเป็นมนุษย์ของตนเองรวมถึงผู้อื่น ค่านันมองว่าอัตวินิบาตกรรมผิดเหมือนกับฆาตกรรม การกระทำทั้ง 2 อย่าง เป็นการปฏิบัติต่อคนเหมือนสิ่งของ ไม่เคารพ ในความเป็นมนุษย์⁷⁸

2.5 หน้าที่และจริยธรรมของแพทย์ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2.5.1 หน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

วิชาชีพเป็นคำที่แปลมาจากภาษาอังกฤษว่า Profession มาจากคำกริยา to profess จากคำลาติน pro+fateri แปลว่า ยอมรับว่าเป็นของตน ศัพท์คำนี้ เดิมใช้ในทางศาสนา เป็นการประกาศตน

⁷⁷ จริยธรรมในเวชปฏิบัติ (น. 9-16). เล่มเดิม.

⁷⁸ Justice (น. 149). เล่มเดิม.

ว่ามีศรัทธาในศาสนา หรือการประกาศปฏิญาณตน⁷⁹ ในตอนแรกใช้ศัพท์ภาษาไทยว่า “อาชีวะปฏิญาณ”⁸⁰ ที่มาของคำนี้ คือ การปฏิญาณตน ต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายว่าจะประกอบวิชาชีพตามธรรมเนียม ที่วางไว้เป็นบรรทัดฐาน หาใช่การทำมาหากิน หรือทำมาหาเลี้ยงชีพเพียงอย่างเดียว

ลักษณะเฉพาะของการเป็นวิชาชีพ

1) เป็นงานที่มีการอุทิศตนทำไปตลอดชีวิต โดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวมเป็นสิ่งสำคัญ เป็นงานที่มีเจตนารมณ์เพื่อรับใช้ประชาชน⁸¹

2) การงานนั้น ๆ ต้องได้รับการอบรมสั่งสอนเป็นเวลานานหลายปี คือ ผู้ที่จะประกอบวิชาชีพต้องศึกษาโดยเฉพาะในวิชานั้น ๆ ไม่ใช่การงานที่คนทั่ว ๆ ไปทำได้ แต่ต้องมีการศึกษาอบรมในแบบวิทยาศาสตร์ช่วงระยะเวลาหนึ่ง (Prolonged Formal Scientific Training) เป็นการศึกษาอบรมทางความคิดยิ่งกว่าการใช้แรงงาน

3) มีชุมชนหรือหมู่คณะ ที่มีขนบธรรมเนียมประเพณี ที่สำนึกในจรรยาบรรณ และมีองค์กรที่ทำหน้าที่คอยควบคุมดูแลการประกอบวิชาชีพ ทั้งนี้ เนื่องจากลักษณะของวิชาชีพเป็นงานที่ใช้ความรู้อันมีลักษณะเฉพาะ และการประกอบวิชาชีพต้องมีจริยธรรม ดังนั้น การมีองค์กรควบคุมจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อเป็นการคุ้มครองประชาชนและรักษาเกียรติยศแห่งวิชาชีพในขณะเดียวกัน เป็นการควบคุมกันเองในหมู่คณะ หากองค์กรวิชาชีพสามารถควบคุมดูแลให้สมาชิกอยู่ในกรอบแห่งจริยธรรม ความน่าเชื่อถือและเกียรติยศแห่งวิชาชีพก็ย่อมดำรงอยู่ได้⁸²

แพทย์เป็นวิชาชีพที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข วิชาชีพแพทย์แตกต่างจากวิชาชีพอื่นตรงที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของคน ทั้งทางร่างกายจิตใจรวมถึงชีวิตด้วย แพทย์เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพของคนในสังคม การประกอบวิชาชีพของแพทย์เรียกว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การประกอบวิชาชีพต้องเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และต้องมีคุณธรรม จริยธรรม ควบคู่กันไปด้วย โดยมี “แพทยสภา” เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลการประกอบวิชาชีพของแพทย์ ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลด้านจริยธรรม สนับสนุนทางด้านวิชาการ สำหรับกฎหมายที่ควบคุมการประกอบวิชาชีพของแพทย์ คือ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม โดยประกาศใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ.2511 ต่อมาได้ถูกยกเลิกในปี พ.ศ.2525 โดย

⁷⁹ กฎหมายการแพทย์ (น. 119). เล่มเดิม.

⁸⁰ จาก กฎหมายสุขภาพและการรักษาพยาบาล (น. 136), โดย ฉัตรสุมน พฤติภิญโญ, 2555, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

⁸¹ กฎหมายการแพทย์ (น. 220). เล่มเดิม.

⁸² แหล่งเดิม.

ประกาศพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ใช้บังคับแทน⁸³ มาตรา 4 ของพระราชบัญญัติดังกล่าวได้ให้คำนิยามคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ไว้ว่า

“วิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์ เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็ม หรือการฝังเข็ม เพื่อบำบัดโรค หรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึง การกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกายทั้งนี้ เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย”

“ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา”

จากคำนิยามข้างต้น จะเห็นได้ว่าการประกอบวิชาชีพของแพทยนั้น เป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายของมนุษย์ โดยตรงแพทย์มีหน้าที่ตรวจค้นหาสาเหตุหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรค เพื่อให้สามารถรักษาและแนะนำผู้ป่วยเรื่อง การปฏิบัติตนที่จำเป็น เพื่อรักษาสุขภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติ การประกอบวิชาชีพของแพทย์ ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา จึงจะสามารถประกอบวิชาชีพได้ ทั้งนี้ แพทยสภาได้ออกประกาศแพทยสภา เกี่ยวกับข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ที่ดี (Good Medical Practice for Thai Physicians)⁸⁴ เพื่อให้แพทย์ปฏิบัติตามโดยใช้วิจารณญาณในการประยุกต์ใช้หลักการต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ข้อพึงปฏิบัติดังกล่าวมีทั้งข้อพึงปฏิบัติโดยทั่วไป เช่น การเคารพสิทธิผู้ป่วยสำหรับการยอมรับ หรือปฏิเสธการรักษาการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเป็นวิชาชีพอิสระ และธำรงรักษามาตรฐานแห่งวิชาชีพที่ดีที่สุดในสถานการณ์นั้น ๆ ภายใต้ความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัย และพฤติการณ์ที่มีอยู่ ข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วย เช่น การประกอบวิชาชีพโดยตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตมนุษย์ การบริหารทางการแพทย์โดยใส่ใจในความต้องการของผู้ป่วย ให้การบริหารผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินโดยหลักมนุษยธรรม เว้นแต่ ในกรณีที่มีผู้อื่นสามารถให้การดูแลได้ และข้อพึงปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ เช่น ละเว้นการชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน เป็นต้น

2.5.2 ความเป็นมาของจริยธรรมแห่งวิชาชีพกับสิทธิของผู้ป่วย

แต่ละอาชีพไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล นักการเมือง ครู นักเขียน พ่อค้า สื่อสารมวลชน ผู้พิพากษา นักกฎหมาย นักกีฬา เป็นต้น ล้วนต้องมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพของอาชีพตน เพื่อยึดมั่น

⁸³ แหล่งเดิม.

⁸⁴ ประกาศแพทยสภา ที่ 45/2555

ในความถูกต้องของอาชีพตน ผู้ที่บกพร่องด้านจริยธรรมในวิชาชีพ ไม่ซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพ เช่น ประกอบวิชาชีพโดยคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนมากกว่าส่วนรวม กระทำการใด ๆ โดยมีผลประโยชน์แอบแฝงทั้งทางตรงและทางอ้อม ย่อมทำให้ตนเองเสื่อมเสียชื่อเสียงและถูกลงโทษทางสังคม

แพทย์เป็นบุคคลที่สังคมให้การยอมรับยกย่องนับถือว่าเป็นผู้เสียสละ เป็นผู้มีจริยธรรม และคุณธรรมสูง เนื่องจากวิชาชีพแพทยนั้นเกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์โดยตรง การประกอบวิชาชีพของแพทย์เป็นงานที่ต้องผูกพันอยู่กับเรื่องของจริยธรรมและความถูกต้องตามกฎหมาย⁸⁵ หากแพทย์ประกอบวิชาชีพผิดจากมาตรฐานหรือหาผลประโยชน์โดยไม่ชอบจากการประกอบวิชาชีพ จนเกิดความเสียหายต่อประชาชนก็จะเกิดภาพลักษณ์ในทางที่ไม่ดี และขาดศรัทธาจากประชาชนได้ ดังนั้น แพทย์จึงต้องอยู่ภายใต้หลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ซึ่งแพทยสภาได้กำหนดจริยธรรมแห่งวิชาชีพออกมาเป็นข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม เป็นการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้ถูกต้องตามหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ดังนั้น จริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ต้องมี เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการประกอบวิชาชีพ

จริยธรรมแห่งวิชาชีพ มิได้ถูกกำหนดโดยตัวบทกฎหมาย แต่กำหนดขึ้นจากความสำนึกและเต็มใจ ภายใต้ความเห็นร่วมกันของกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางรากฐานและสร้างไว้ซึ่งรูปแบบที่มีเกียรติของพฤติกรรมที่เหมาะสมแห่งวิชาชีพ

คำว่า “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ” หรือ “จรรยาบรรณวิชาชีพ” เป็นคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ เป็นระเบียบข้อบังคับที่สมาชิกทุกคนในวิชาชีพต้องนำไปปฏิบัติ บางครั้งเรียกว่า “มรรยาทวิชาชีพ” เดิมแพทยสภาเคยใช้คำว่า “มรรยาทวิชาชีพ” ในความหมายเดียวกับ “จริยธรรมแห่งวิชาชีพ” ซึ่งคำว่า “มรรยาทแห่งวิชาชีพ” นั้นมีความหมายอย่างเดียวกับคำว่า “Etiquette” ในภาษาอังกฤษที่แปลว่า ความประพฤติที่งดงาม มีศักดิ์ศรี มีเกียรติสมควรแก่การยกย่อง วิชาชีพของแพทย์และพยาบาลจำเป็นที่จะต้องมรรยาท สำหรับประพฤติดุปฏิบัติแก่คนทั่วไปและแก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ เช่น การพูดจาสุภาพ อ่อนน้อม ไม่แสดงอาการโกรธต่อผู้ป่วย เป็นต้น⁸⁶

ส่วนคำว่า “จริยศาสตร์” นั้นพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ได้ให้ความหมาย “จริยศาสตร์” ว่าปรัชญาสาขาหนึ่งว่าด้วยความประพฤติ และการครองชีวิต ว่าอะไรดี อะไรถูก

⁸⁵ กฎหมายการแพทย์ (น. 21). เล่มเดิม.

⁸⁶ ทองจันทร์ หงส์ศคารมภ์. (ม.ป.ป.). *จริยธรรมแห่งวิชาชีพและจริยศาสตร์*. สืบค้น 20 มีนาคม 2557, จาก

อะไรผิด หรืออะไรควรทำ อะไรไม่ควรทำ ซึ่งตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Ethics” จึงอาจกล่าวได้ว่า “จริยศาสตร์” เป็นเนื้อหาความรู้ทางปรัชญา ซึ่งเป็นพื้นฐานหรือแนวความคิดเบื้องต้น ที่นำไปสู่การกำหนดหัวข้อจริยธรรมเพื่อการปฏิบัติ เช่น ในข้อจริยธรรมหรือจรรยาบรรณของวิชาชีพแพทย์และพยาบาล ซึ่งกำหนดไว้ว่าแพทย์และพยาบาลต้องเก็บรักษาเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบไม่ได้ นอกจากผู้ป่วยยินยอม เหตุผลที่แพทย์หรือพยาบาลต้องทำเช่นนั้น เพราะเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นสิทธิของบุคคล ซึ่งผู้ป่วยจะบอกหรือไม่บอกให้ใครรู้ก็ได้ แต่ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องบอกกับแพทย์หรือพยาบาล ก็เพื่อให้แพทย์และพยาบาลรักษาเขาให้หายจากความเจ็บป่วย และผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์หรือพยาบาลผู้นั้นจะเก็บรักษาความลับเขาไว้ เหล่านี้ คือ การใช้หลักการของจริยศาสตร์ที่ว่าด้วยเรื่องการเคารพในสิทธิส่วนตัว⁸⁷

หลักการจรรยาแพทย์ เริ่มปรากฏให้เห็นในยุคของฮิปโปเครติส มีลักษณะเป็นเรื่องของการวางกฎเกณฑ์ ความเมตตา กรุณา ความเป็นแพทย์ที่ดี และแนวทางการทำเวชปฏิบัติ ที่อยู่ในกรอบของจริยธรรมตามคุณค่าที่ยอมรับกันในยุคนั้น โดยได้กำหนดไว้เป็นลายลักษณ์อักษรในรูปแบบคำสาบานที่ใช้กันในโรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocratic Oath) ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ของจรรยาบรรณแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุด⁸⁸ ในสมัยก่อนทางยุโรปต้องกล่าวคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส ก่อนที่จะมีการเริ่มประกอบวิชาชีพเสมอ คำสาบานดังกล่าวคือ “..ข้าสาบานต่อทวยเทพว่า ข้าจะเคารพครูผู้ประสาทวิชาเยี่ยงพ่อแม่ มิอะไรก็จะแบ่งให้ครูกินและใช้ จะใส่ใจสอนลูกหลานของครูเหมือนพี่น้องของข้าเอง จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์ต่อคนไข้ให้ดีที่สุดเท่าที่ความสามารถและคุณพินิจของข้าจะทำได้ จะไม่ทำอะไรให้เกิดผลร้ายแก่คนไข้ จะไม่ให้ยาเบื่อหรือทำให้ใครตาย แม้ว่าเขาจะร้องขอ จะไม่เอาอะไรสอดคให้ผู้หญิงเพื่อทำแท้ง และไม่สอนให้ใครทำด้วย จะดำรงชีพและประกอบวิชาชีพอย่างซื่อตรง อะไรที่ตัวเองทำไม่เป็นจะไม่ทำ แต่จะละไว้ให้คนที่เขาเชี่ยวชาญกว่าทำ จะเข้าบ้านคนไข้ก็เพื่อประโยชน์ของคนไข้เท่านั้น จะห้ามใจไม่ให้ไขว่เขว หรือยอมตามสิ่งชั่วชวน และจะไม่หาความเพลิดเพลินทางกามากับคนไข้ ไม่ว่าหญิงหรือชาย เสรีชน หรือทาส จะรักษาความลับของคนไข้ ถ้าข้าทำตามนี้ได้ก็ขอให้ข้าเจริญ ถ้าข้าทำตรงกันข้ามก็ขอให้ข้าฉิบหาย ... เพียง”

สรุปสาระสำคัญของคำปฏิญาณของฮิปโปเครติส (The Hippocratic Oath) ที่แสดงถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วยโดยตรง มี 2 ข้อ คือ⁸⁹

⁸⁷ แหล่งเดิม.

⁸⁸ สิทธิผู้ป่วย (น. 11). เล่มเดิม.

⁸⁹ แหล่งเดิม.

ข้อ 1 จะทำการรักษาเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย ด้วยความสามารถและสติปัญญา จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายและความบกพร่องแก่ผู้ใด

ข้อ 2 การรักษาความลับของผู้ป่วย ไม่เปิดเผยเรื่องราวของผู้ป่วยให้แก่ผู้อื่นทราบ

จรรยาบรรณแนวนิโปลีเครติส เป็นรากฐานของจรรยาบรรณแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์ในทุกประเทศ โดยแพทย์สมาคมโลกได้วางหลักสำคัญมากำหนดไว้เป็นคำประกาศกรุงเจนีวาเมื่อปี ค.ศ. 1947 (The Geneva Declaration 1947)⁹⁰ ต่อมาเมื่อมีแพทย์เกิดขึ้นเป็นปึกแผ่น ประกอบกับมีจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระบบการปกครอง ระบบกฎหมายของสังคมก็พัฒนาไปเรื่อย ๆ นำไปสู่แนวความคิดที่จะควบคุมจรรยาของแพทย์จากฝ่ายกฎหมายบ้านเมือง ดังนั้น รัฐจึงมีการตรากฎหมายควบคุมการประกอบวิชาชีพแพทย์ขึ้น เช่น ในประเทศอิตาลีสมัยกษัตริย์โรเจอร์ที่ 2 (Roger II) เริ่มมีการประกาศใช้กฎหมายควบคุมวิชาชีพในปี ค.ศ.1140⁹¹ ในอังกฤษให้อำนาจพระบิชอปเป็นผู้รับจดทะเบียนแพทย์ใน ค.ศ.1511 และต่อมาอีกไม่นานก็ได้มีการก่อตั้งราชวิทยาลัยอายุรแพทย์และราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ขึ้น จนกระทั่ง ค.ศ.1858 ก็ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ (Medical Act 1858) ซึ่งบัญญัติให้มีแพทยสภา (General Medical Council) ทำหน้าที่ควบคุมจรรยาแพทย์โดยเฉพาะ กฎหมายวิชาชีพในลักษณะดังกล่าว ต่อมาได้มีการตราขึ้นใช้ในเกือบทุกประเทศ จรรยาแพทย์จึงกลายมาเป็นกฎเกณฑ์ที่แพทย์ต้องนำมาประพฤติปฏิบัติเช่นเดียวกับกฎหมาย ผู้ฝ่าฝืนจะได้รับโทษโดยถูกจำกัดสิทธิในการประกอบวิชาชีพ ดังนั้น จรรยาแพทย์ จึงแปรสภาพจากคำสาบานดั้งเดิม ซึ่งยึดถือคุณค่าทางคุณธรรมและความดีงามมาเป็นข้อบังคับทางความประพฤติในวิชาชีพ ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ตามมาตรการทางกฎหมาย และมีผลในทางการคุ้มครองตามกฎหมายแก่สิทธิของผู้ป่วย

2.5.3 จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทย

ก่อนตัดสินใจให้การรักษาแก่ผู้ป่วย แพทย์มีหลักการที่พึงพิจารณา และดำเนินการด้านจริยธรรมวิชาชีพ 4 ด้าน ดังนี้

⁹⁰ แหล่งเดิม.

⁹¹ แหล่งเดิม.

<p>Autonomy</p> <p>สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง</p>	<p>Beneficence</p> <p>พึงรักษาผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นอันดับแรก</p>
<p>Non-maleficence</p> <p>ต้องไม่กระทำการที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย</p>	<p>Justice</p> <p>จัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมโดยไม่เลือกปฏิบัติ</p>

Autonomy เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ แพทย์ต้องคิดว่าผู้ป่วยทุกคนมีศักยภาพที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เมื่อมีความเข้าใจถึงปัญหาของตนเองอย่างถ่องแท้ และแนวทางในการแก้ไข ภายหลังจากได้รับการชี้แจงจากแพทย์อย่างครบถ้วน เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย ซึ่งต้องครอบคลุมถึงข้อดีข้อเสียของทางเลือกแต่ละทาง ควรให้ผู้ป่วยคิดและตัดสินใจอย่างอิสระด้วยตนเอง โดยไม่มีการชักจูงไปในทางที่แพทย์ต้องการ (the patient has the capacity to act intentionally, with understanding and without controlling influences that would militate against a free and voluntary act)

Beneficence พึงถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ป่วย ด้วยความบริสุทธิ์ใจ รวมถึงการป้องกันอันตรายให้กับผู้ป่วยด้วย (the duty of health care providers to be of a benefit to the patient, as well as to take positive steps to prevent and to remove harm from the patients.

Non – maleficence ต้องไม่ยอมให้การตัดสินใจใด ๆ ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออันตราย หรือได้รับการบาดเจ็บ ไม่ว่าจะเป็อันตรายที่เกิดจากการกระทำ หรือละเว้นการกระทำ (a needless harm or injury to the patient, either through acts of commission or omission.)

Justice แพทย์มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสังคมโดยรวม จัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดอย่างเป็นธรรม (the fair distribution of goods in society and requires that we look at the role of entitlement.)⁹²

⁹²รัตนวดี ฌ นคร. (ม.ป.ป.). *หลักทางจริยศาสตร์และแนวทางในการพิจารณา*. สืบค้น 10 มีนาคม 2557, จาก www.ped.si.mahidol.ac.th.

2.5.3.1 แนวความคิดเรื่องจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

การประกอบอาชีพทางการแพทย์ในประเทศไทยตั้งแต่อดีต เป็นการประกอบอาชีพในลักษณะแพทย์แผนโบราณ ซึ่งอาศัยการเล่าเรียนโดยการอบรมสั่งสอนจากครูอาจารย์และตำราสืบทอดกันมา และไม่มีกฎเกณฑ์แน่นอนที่จะใช้ควบคุมผู้เรียน อีกทั้งในอดีตนั้นทางฝ่ายรัฐเองก็ยังไม่มีความหมายออกมาควบคุม ดังนั้น การควบคุมการประกอบอาชีพในทางการแพทย์ของไทยจึงเป็นการควบคุมระหว่างครูกับลูกศิษย์ โดยใช้พิธีการไหว้ครู และการอบรมสั่งสอนให้ยึดมั่นในศีลธรรมจรรยาของอาชีพ จนกระทั่งปี พ.ศ.2430 การแพทย์แผนปัจจุบันเริ่มก่อกำเนิดขึ้นในประเทศไทย โดยอิทธิพลจากคณะมิสชันนารีหรือหมอสอนศาสนาของฝรั่งเศส ซึ่งเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย พร้อมกับได้นำเอาการแพทย์แผนปัจจุบันเข้ามาเผยแพร่ด้วย และในปี พ.ศ.2432 ได้มีการเริ่มก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นในประเทศไทย เมื่อการแพทย์ของไทยเริ่มเจริญขึ้น ทำให้เกิดแนวคิดถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมความประพฤติของผู้ประกอบวิชาชีพขึ้น โดยระยะเริ่มแรกกลุ่มผู้ประกอบอาชีพด้วยกันเองได้กำหนดกฎเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการประพฤติปฏิบัติของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ที่เรียกว่า “จรรยาแพทย์” ต่อมาได้มีการนำจรรยาแพทย์มาสอนในโรงเรียนแพทย์ในปี พ.ศ. 2450 ตั้งแต่สมัยโรงเรียนราชแพทยาลัย และยังได้มีการพิมพ์คำสอนจรรยาแพทย์เป็นตำราขึ้นเล่มหนึ่งชื่อว่า “จรรยาแพทย์” แต่งโดยพระยาวิสุทธสุริยศักดิ์⁹³

อย่างไรก็ดีในส่วนของการควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์โดยรัฐนั้น ในปี พ.ศ.2466 ได้มีการออกกฎหมายวิชาชีพมาควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ซึ่งเป็นกฎหมายทางการแพทย์ของไทยฉบับแรกที่ใช้ควบคุมการประกอบอาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองการประกอบวิชาชีพกับคุ้มครองประชาชน⁹⁴ และพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้กำหนดให้มีองค์กรวิชาชีพทางการแพทย์ขึ้นเรียกว่า “สภาการแพทย์” และกำหนดให้สภาการแพทย์ทำหน้าที่ร่างกฎเสนาบดี ออกเป็นกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทในการประกอบอาชีพทางการแพทย์ ซึ่งต่อมาในปี พ.ศ.2472 จึงได้มีประกาศกฎเสนาบดี ซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับดังกล่าว ออกกฎข้อบังคับสำหรับมรรยาทของผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์ไว้ในหมวด 9 ต่อมาพระราชบัญญัติการแพทย์ พุทธศักราช 2466 ได้ถูกยกเลิกโดยพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479 ก็ได้มีการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติดังกล่าว กำหนด

⁹³ การเปิดเผยความลับผู้ป่วย (น. 18). เล่มเดิม.

⁹⁴ กฎหมายการแพทย์ (น. 22). เล่มเดิม.

มรรยาแห่งวิชาชีพแพทย์ขึ้นใหม่ และในกฎกระทรวงดังกล่าว ได้กำหนดให้ผู้ประกอบอาชีพทางการแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะ ต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพ โดยไม่ประพฤติหรือกระทำการเปิดเผยความลับผู้ป่วยไว้ในข้อ 26 (2) ข้อ 27 (2) และข้อ 29 (1) ต่อมาเมื่อได้มีกฎหมายวิชาชีพเกี่ยวกับการแพทย์ประกาศใช้บังคับเพิ่มขึ้น ได้แก่ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 พระราชบัญญัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 พระราชบัญญัติวิชาชีพเภสัชกรรม เป็นต้น⁹⁵

2.5.3.2 จริยธรรมและจรรยาแพทย์

จริยธรรมและจรรยาแพทย์ เป็นเรื่องกำกับความประพฤติของแพทย์ให้สง่างามในทุกสถานที่และเวลา แพทย์ได้เรียนรู้จริยธรรมและจรรยาแพทย์ ตั้งแต่ก้าวเข้ามาในสถานการศึกษา โดยรับฟังจากอาจารย์อาวุโสซึ่งมีประสบการณ์ การดูตัวอย่างจากอาจารย์ที่ใกล้ชิด และมีโอกาสสัมผัสกับพระบรมราชาบาทของสมเด็จพระบรมราชชนกเจ้าฟ้ามหิดล อุดมเดชมหิตลาธิเบศรอุดมเดชวิกรม พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย ผู้บุกเบิกให้กำเนิดโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทย จากถ่ายทอดจากอาจารย์ผู้สอนจริยธรรม จรรยาแพทย์มิ่วไว้ให้พึงปฏิบัติกับบุคคล 2 กลุ่ม คือ

1) จริยธรรมและจรรยาแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ

- 1.1) ให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วย โดยใช้หลักวิชาที่ถูกต้อง
- 1.2) ถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ของตนเองเสมอ
- 1.3) ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อรักษาแล้วผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ควรพยายามปรึกษาผู้ที่รู้ดีกว่า
- 1.4) ช่วยรักษาอาการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานโดยรีบด่วน
- 1.5) ความพอเพียง แพทย์ควรคิดค่าเหนื่อยหรือค่าตอบแทนวิชาชีพ ในอัตราที่เหมาะสมไม่ควรใช้วิชาชีพเอาเปรียบผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้แพทย์จะทำได้ต้องมีศีลธรรมกำกับใจตนเอง โดยไม่ยากได้ในวัตถุนคิดค่าตอบแทนเกินควร ดังพระโอวาทของสมเด็จพระบรมราชชนกที่กล่าวไว้ว่า “แพทย์ที่ดีจะไม่รวยแต่ไม่อดตาย”

- 1.6) ช่วยเหลือ เอื้อเฟื้อ ให้กำลังใจ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย ในโรคที่เขาเป็นอยู่ ยกย่องให้เกียรติในฐานะเพื่อนมนุษย์

- 1.7) ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยถูกต้องเหมาะสม เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจการวางแผนทางชีวิตของผู้ป่วย

⁹⁵ การเปิดเผยความลับผู้ป่วย (น. 18). เล่มเดิม.

1.8) ให้ข้อมูลหลักฐานรวบรวมให้แก่แพทย์อื่น ๆ ซึ่งอาจต้องดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ

1.9) รักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

1.10) การเรียนรู้ต่อเนื่อง แพทย์ต้องพยายามเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองรอบรู้ในวิชาแพทย์ โดยเฉพาะในสาขาวิชาที่ตนเองปฏิบัติอยู่ ทั้งนี้ เพื่อนำความรู้มาใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีปัญหาในการรักษา การวินิจฉัยผู้ป่วย ต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

2) จรรยาแพทย์กับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงาน

2.1) ไม่กล่าวติเตียน ทับถม วิจารณ์ การกระทำของเพื่อนแพทย์ต่อผู้ป่วย หรือบุคคลอื่นในเรื่องการรักษาพยาบาล เพราะทำให้เกิดความแตกแยก

2.2) ให้เกียรติ ให้คำแนะนำ ที่เป็นประโยชน์ มีความจริงใจ และยกย่องช่วยเหลือเพื่อนร่วมอาชีพ

2.3) แพทย์ไม่คิดค่ารักษาพยาบาลจากเพื่อนร่วมอาชีพและครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร และธิดาของแพทย์

ดังนั้น ผู้ที่เป็นแพทย์จะต้องฝึกจิตใจให้นิ่งมีสติ มีความอดทน เข้าใจ เห็นใจ มีเมตตา แพทย์จึงต้องรักษาผู้ป่วยทั้งตัว ทั้งโรคทางกายและปัญหาทางจิตใจ (Body and Mind) พร้อม ๆ กัน เสมอ (Psychosomatic Medicine) มีเวลาให้ผู้ป่วยได้ซักถาม (Two-way Communication) มีศิลปะในการพูดจาเข้าใจผู้ป่วยได้ บางเวลาต้องรวมบทบาทเป็นทั้งแพทย์และเป็นที่ปรึกษาให้ผู้ป่วยด้วยตามความเหมาะสม

ปัจจุบันมีสาขาวิชาแพทย์ที่เรียกว่า Humanized Medicine หรือ Humanistic Medicine หรือเวชศาสตร์ความเป็นมนุษย์ คือ วิชาการแพทย์ที่เน้นให้เห็นว่า “แพทย์ต้องมีจิตวิญญาณในการรักษาผู้ป่วย เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน”⁹⁶ ไม่ว่าผู้ป่วยนั้นจะอยู่ในสถานะใด ภาวะใด หรือเมื่อหายจากสภาพผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้ว ก็ควรมีแพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปดูแลช่วยเหลือ รวมทั้งการให้ความรู้คำแนะนำในการดูแลตนเองและการป้องกันโรคที่บ้านและในชุมชน วิชานี้ได้มีบทบาทในการใช้สอนแพทย์พยาบาลให้มีความรู้สึกนึกคิดรับผิดชอบที่ดีต่อผู้ป่วยและเพื่อนมนุษย์ มีจิตวิญญาณของการทำหน้าที่แพทย์พยาบาลมีมนุษยธรรมต่อผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้วก็ตาม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ดูแลผู้ป่วยด้วยจิตวิญญาณของความเป็น

⁹⁶ อาทิ เครือวิทย์. (2552). *นักศึกษาแพทย์กับจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical Student and Medical Ethics)*. สืบค้น 2 มีนาคม 2557, จาก The Medical Council of Thailand.

มนุษย์ ไม่ให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บปวด แม้ว่าจะอยู่ในสภาพสิ้นหวังและเป็นภาระของครอบครัว เช่น ผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรงทางสมอง จนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และเมื่อผู้ป่วยจะจากไปก็ให้เป็นการตายที่ดี มีจิตที่สงบไม่เจ็บปวดทรมาน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้หยุดหายใจเองก็ไม่ต้องช่วยให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป (DNR, Do No Resuscitation) ตามความประสงค์ของผู้ป่วยและญาติที่ได้ลงบันทึกไว้ก่อนแล้ว พร้อมพยานบุคคล การแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) อาจจะมีบทบาทมากขึ้นในการรักษาผู้ป่วยแม้ว่าจะได้ผลหรือไม่ได้ผลก็ตาม หรือแม้แต่ความเชื่อตามศรัทธาของแต่ละบุคคล เช่น การทรงเจ้าเข้าทรง ซึ่งขัดกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ หากผู้ป่วยเห็นว่าเป็นทางออกหนึ่งก็ไม่ใช่เรื่องที่แพทย์จะเข้าไปปกป้องสิทธิของผู้ป่วย (Advocacy) แต่แพทย์ควรให้คำแนะนำที่สร้างสรรค์แก่ผู้ป่วยและญาติ วิชาชีพแพทย์ต้องมีทั้งศาสตร์ (Science) และศิลป์ (Art) และทุกคนต้องมีสามัญสำนึกในการปฏิบัติหน้าที่จิตแพทย์ในขอบเขตที่เหมาะสมไปด้วยในตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นไม่ทำให้เกิดความท้อแท้หมดหวังจนอาการทรุดหนัก แพทย์ต้องพูดความจริง แสดงข้อเท็จจริง (Veracity) รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา (Empathy) ควรอธิบายให้ญาติสนิทของผู้ป่วยเข้าใจในความจริงของโรคขณะนั้นด้วยความเห็นใจและจริงใจที่จะช่วยเหลือ (Sympathy) ในทางปฏิบัติ แพทย์ต้องรักษาผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ (Body and Mind) ด้วยทีมงานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างสาขา หรืออาจจะกล่าวได้ว่ามีทีมงานที่ทุ่มเท ร่วมมือร่วมใจ เข้าใจได้อย่างลึกซึ้งถึงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย โดยให้การรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Approach, Multidisciplinary Care)⁹⁷

2.5.3.3 จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย

ในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย สิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องคำนึงถึงและหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือจริยธรรมในการดูแล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ชนิดของโรค การพยากรณ์โรค วิธีการและสุดท้ายคือ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับวิธีการรักษาอย่างอิสระ การตัดสินใจของผู้ป่วยถือเป็นวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม สะท้อนถึงการเคารพสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย⁹⁸ แพทย์ส่วนใหญ่มักเกิดความลังเลใจในการเปิดเผยผลการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคร้ายแรงและการพยากรณ์โรคไม่ดี ส่วนมากจะยอมเปิดเผยการวินิจฉัยโรค เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่จะทำให้ผู้ป่วยยินยอมหรือร่วมมือในการบำบัดรักษาแล้ว ส่วนทางด้านจริยธรรม แพทย์มีหน้าที่ในการแจ้งถึงการพยากรณ์โรค โดยเฉพาะ

⁹⁷ แหล่งเดิม.

⁹⁸ คู่มือการรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น. 71). เล่มเดิม.

เมื่อสภาพการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย คำถามที่เกิดขึ้นประจำคือข้อมูลการพยากรณ์โรค ควรให้เท่าใดจึงจะเหมาะสม และบ่อยครั้งที่ญาติผู้ป่วยมักขอร้องไม่ให้แพทย์บอกความจริงกับผู้ป่วย การขอร้องเช่นนี้ควรได้รับการปฏิเสธ สิ่งที่แพทย์ต้องทำคือการพูดคุยกับคนในครอบครัวผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่และมีเหตุผล อธิบายถึงผลเสียจากการปิดบังความจริง โดยเฉพาะการเตรียมตัวเตรียมใจของผู้ป่วย

แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่คุกคามชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค แพทย์จำเป็นต้องเข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับจริยธรรมในด้านการดูแลแบบประคับประคอง สำหรับการวางแผนการบำบัดต่อไป ก่อนที่จะรู้ถึงการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากต้องรู้ขอบเขตความสามารถกับการตัดสินใจของผู้ป่วยแล้ว ยังต้องคำนึงถึงเรื่องดังต่อไปนี้⁹⁹

- 1) ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการมีชีวิต และความตายเพียงพอหรือไม่กับสถานการณ์ในขณะนั้น
- 2) ผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อดีและความเสี่ยง จากมาตรการบำบัดที่แพทย์แจ้งให้ทราบ รวมถึงทางเลือกอื่นมากน้อยเพียงใด
- 3) ผู้ป่วยทราบดีเพียงใดว่า การปฏิเสธการบำบัดรักษา ที่แพทย์แนะนำอาจทำให้จบลงด้วยความตาย
- 4) เหตุใดผู้ป่วยจึงเลือกปฏิเสธวิธีบำบัดรักษาที่แพทย์แนะนำ
- 5) ผู้ป่วยมีเวลาในการตัดสินใจ สำหรับการเลือกถึงการมีชีวิตและความตายเพียงพอหรือไม่

จะเห็นได้ว่าจากคำถามตามที่กล่าวมาในข้างต้น ไม่มีคำถามใดที่สามารถตอบได้ง่ายแต่อย่างใดก็ตาม แพทย์ที่ให้การดูแลต้องสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย ก่อนที่จะยอมปฏิบัติตามเจตนาของของผู้ป่วย โดยเฉพาะมาตรการบำบัดรักษาเพื่อช่วยให้ชีวิตคงอยู่ต่อไป รวมทั้งหลักการที่เกี่ยวกับความมีอิสระและสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถปฏิเสธการบำบัดรักษาได้ แม้การปฏิเสธนั้นจะเป็นทางเลือกที่ไม่ดี ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับความต้องการครั้งแรกของผู้ป่วยก็ตาม หากผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง เกี่ยวกับแผนการบำบัดรักษา เช่น หมดสติ ไม่รู้สึกตัว หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้แพทย์ถือปฏิบัติในรูปแบบที่กระทำกับผู้ที่บรรลุนิติภาวะที่มีความสามารถเพียงพอ และที่สำคัญ คือ ควรปฏิบัติตามความต้องการของผู้ป่วย ที่ได้แสดงเจตนาไว้กับแพทย์ผู้ให้การรักษา สำหรับการดูแลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Advance care planning) หรือแม้แต่พินัยกรรมชีวิต (Living will) ซึ่งส่วนมากเป็นขบวนการที่ผู้ป่วย คนในครอบครัวและแพทย์

⁹⁹ แหล่งเดิม.

ได้ร่วมกันปรึกษา ตกลงวางแผนไว้ล่วงหน้าในการตัดสินใจถึงเรื่องการบำบัดรักษา ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการตกลงไว้ก่อน เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมในการตัดสินใจได้อีกต่อไป¹⁰⁰ พบว่าการชี้แนะหรือตกลงกันไว้ล่วงหน้า เป็นมาตรการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เหตุผลส่วนหนึ่ง คือ ไม่ได้เขียนคำสั่งไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หรือเขียนไว้แต่ไม่สมบูรณ์และญาติปฏิเสธคำสั่งดังกล่าว

2.5.3.4 แนวทางปฏิบัติ เพื่อการร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า และการดูแลแบบประคับประคอง

ในทางปฏิบัติร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า ทำให้เกิดการสื่อสาร เพื่อเลือกแนวทางรักษาของผู้ป่วย รวมทั้งเป็นการติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เมื่อการดำเนินโรคเปลี่ยนแปลงไปแม้จะไม่ได้ใช้หนังสือแสดงเจตนา เนื่องจากผู้ป่วยยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ แต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนกันทำให้ญาติและแพทย์ทุกคนเข้าใจเจตนาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ทำให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนร่วมกันเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ในอนาคต ซึ่งไม่มีใครทราบแน่ชัดว่าจะเกิดเหตุไม่คาดฝันใดขึ้น

การร่วมกันวางแผนเตรียมการล่วงหน้า เป็นการผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ให้เข้ากับคุณภาพชีวิตที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการสื่อสารกันทางการแพทย์และสังคม เพื่อหาเป้าหมายการดูแลร่วมกันอันถ้อยแถลงมิตร ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยวิกฤตก่อนเข้าสู่ภาวะสุดท้ายทุกราย กฎหมายที่รับรองสิทธิในการเลือกรับการรักษาที่เหมาะสมในวาระสุดท้าย เป็นกลไกสำคัญ เพื่อทำให้เกิดการสื่อสารและทบทวนเป้าหมายเป็นระยะ ๆ โดยเน้นที่คุณค่าและความหมายที่แท้จริงตามเจตนาของผู้ป่วย มากกว่าการยึดตายตัวตามสิ่งที่เขียนอย่างปราศจากการทบทวนเป้าหมายภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) หมายถึง การใส่ใจเพื่อให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ต้องทนทุกข์ทรมาน เช่น การให้ยาระงับความเจ็บปวด เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น ตลอดจนการเอื้ออาหาร ปลอดภัย ชี้นะผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นจริงของโรค¹⁰¹ การดูแลแบบประคับประคอง เน้นให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่ไม่อาจบำบัดให้หายขาดได้

¹⁰⁰ แหล่งเดิม.

¹⁰¹ จาก คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น. 3), โดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2547, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹⁰² ของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การดูแลต้องตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว ในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการรักษา และเป้าหมายของการดูแลรักษาตรงกับความต้องการของตนเอง

จากการดูแลของแพทย์ พยาบาล และคนในครอบครัว ด้วยขบวนการดูแลแบบประคับประคองที่ดีและถูกต้อง ขบวนการของการตายจะดำเนินไปอย่างช้า ๆ ด้วยความสงบ อาจใช้เวลาหลายวัน ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจใช้เวลาส่วนใหญ่ในการหลับ และอาจหมดสติเป็นระยะเวลาหนึ่ง อาจเป็นวัน ๆ รูปแบบการหายใจอาจมีการเปลี่ยนไปจากปกติบ้าง เช่น หายใจถี่และสั้น อาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ บางครั้งมีสารคัดหลั่งที่เป็นน้ำในหลอดลมหรือในลำคอ อาจทำให้เกิดเสียงครีคราดตามจังหวะการหายใจเข้าออก มือเย็นกว่าปกติ ผิวหนังอาจมีสีเปลี่ยนไปจากปกติ การไหลเวียนของเลือดในร่างกายช้าลง แต่อาการเหล่านี้ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยใกล้ตายเกิดความรู้สึกทรมานเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ถึงการสัมผัสอาจจะมีอยู่ แม้ว่าผู้ป่วยจะหมดสติ ดังนั้น การจัดให้มีบุคคลอันเป็นที่รักของผู้ป่วยอยู่ใกล้ ๆ พร้อมกับการสัมผัสหรือจับกุมมือผู้ป่วยไว้เบา ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญ การปฏิบัติทุกอย่างกับผู้ป่วยเหมือนที่เคยปฏิบัติมาเป็นสิ่งที่ดีที่สุด โดยเฉพาะการบอกหรือกระซิบข้างหูให้รู้ว่าใครอยู่ข้าง ๆ ในขณะนั้นเพราะการรับรู้เกี่ยวกับการได้ยินจะเป็นสิ่งสุดท้ายของการรับรู้ที่ผู้ใกล้เสียชีวิตจะสูญเสียไป

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามความหมายการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นการดูแลที่รวมถึงสิ่งดังต่อไปนี้

- 1) ให้รวมถึงการบรรเทาความปวดและอาการอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดความทุกข์
- 2) กำหนัดถึงการมีชีวิตและความตาย ให้ดำเนินไปตามกระบวนการปกติของธรรมชาติ
- 3) ไม่ช่วยเร่งหรือเหนี่ยวรั้งการเสียชีวิต
- 4) นำอาการดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณเข้ามารวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล
- 5) จัดให้มีระบบสำหรับการช่วยเหลือคำจูนแก่ผู้ป่วย ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขมากที่สุดเท่าที่จะกระทำใ้ได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- 6) จัดให้มีถึงระบบสำหรับการช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วย ในการรับมือกับสิ่งต่าง ๆ ตลอดช่วงเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วย และช่วงเวลาที่ไม่ไกลจากเวลาที่ผู้ป่วยเสียชีวิต

¹⁰² แหล่งเดิม.

7) จัดให้มีทีมงานค้นหาความต้องการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงการช่วยให้คำปรึกษา ชี้แนะ สำหรับช่วงเวลาโศกเศร้าหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยถ้ามีข้อบ่งชี้

8) สามารถนำมาปรับใช้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วย ร่วมกับการบำบัดชนิดอื่นที่มีความมุ่งหมายในการคงชีวิตให้อยู่ยาวนาน อาทิเช่น ผ่าตัด เคมีบำบัด และหรือรังสีรักษาและยังรวมถึงการตรวจสอบชนิดต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เพื่อให้ได้ถึงความเข้าใจที่ดีขึ้นรวมถึงการบำบัดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์

การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มีพัฒนาการมาหลายสิบปีในประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตาม การให้คำนิยามและรูปแบบการจัดบริการมีความหลากหลาย ในทวีปยุโรป อังกฤษ มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบสมัยใหม่ในช่วงทศวรรษ 960 และเริ่มจัดบริการแบบ Hospice เพื่อดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในปี ค.ศ.1967 จากนั้นมา¹⁰³

องค์การอนามัยโลก ได้เผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งในปี ค.ศ. 1986 และได้มีการประชุมนานาชาติที่ประเทศอิตาลีในปี ค.ศ. 1988 พร้อมกับได้มีการจัดตั้งสมาคมบริหารแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นในปี ค.ศ. 1999 สหภาพยุโรปได้ให้การรับรองเอกสารการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิต ค.ศ. 2003 และได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิก เกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในทวีปอเมริกาเหนือได้เริ่มจากการมุ่งให้การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ สหรัฐอเมริกาได้เริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. 1970 และบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ Medicare สำหรับผู้ที่จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน โดยให้เป็นการดูแลทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาลแบบต่าง ๆ ในรัฐเคราลาประเทศอินเดีย ได้มีการจัดบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นทางการภายใต้การสนับสนุนโดยนโยบายของรัฐบาล ซึ่งครอบคลุมการบริการไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคทางจิต ในประเทศไต้หวัน ได้มีการจัดบริการด้านนี้โดยได้มีการกำหนด Good Death Score ขึ้น

แม้ว่ารูปแบบการจัดบริการของแต่ละประเทศมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่เป้าหมายที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย คือ การยอมรับเวลาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย โดยไม่ไปเร่งหรือพยายามยืดชีวิต และเน้นช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเน้นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ในประเทศไทยนับว่าอยู่ในระยะเริ่มต้น เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์ใกล้เคียงกัน เช่น มาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ จากการสำรวจสถานพยาบาลทั่วไปประเทศพบว่ามีเพียง 528 แห่งเท่านั้น การบริการ

¹⁰³ คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย (น. 55). เล่มเดิม.

ดังกล่าวในระดับที่แตกต่างกัน¹⁰⁴ แม้ในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังคงมีความไม่สะดวกบางประการ เช่น การขาดผู้ดูแลหลัก จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้น การจัดระบบบริการในลักษณะสถานพยาบาลกึ่งบ้านจึงอาจมีความจำเป็นในระดับหนึ่ง

2.5.4 ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจากอดีตสู่ปัจจุบัน

ในยุคดึกดำบรรพ์ที่ยังไม่มีแพทย์หรือโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ลักษณะของการรักษาพยาบาลเป็นกิจกรรมในครอบครัว ทุกคนต้องดูแลรักษาตนเองและดูแลรักษาบุตรหลานที่เกิดมาจนเมื่อมนุษย์ได้รวมตัวกันเป็นชุมชน พระหรือหมอผี (Witch Doctor) ได้เข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการรักษาคนในชุมชน ทั้งยังเป็นผู้ที่มีหน้าที่กำหนดกฎเกณฑ์ รวมทั้งพิจารณาตัดสินการกระทำของสมาชิกในชุมชนที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ตลอดจนเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมตามลัทธิความเชื่อของชุมชนนั้นด้วย แสดงให้เห็นว่าพระในยุคนั้นแสดงออกซึ่งบทบาทหน้าที่ของแพทย์และผู้พิพากษาพร้อมกันไปด้วย โดยทั่วไปพระหรือหมอผีที่ทำหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลคนป่วยนั้นจะมีฐานะทางสังคมสูงกว่าสมาชิกของชุมชนสังคม คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือและมีความศรัทธาเลื่อมใส (Trustworthy) พระหรือหมอผีดังกล่าวจึงต้องเป็นผู้ทรงคุณธรรมสูงกว่าคนทั่วไป ตามมาตรฐานความเชื่อของชุมชนนั้น ๆ ลักษณะของการบริการที่ผู้ป่วยเป็นศาสตร์ที่ลึกลับเกินกว่าความเข้าใจของผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยจึงมอบความไว้วางใจด้วยความศรัทธาให้กับผู้รักษาให้เป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกกรณี โดยเชื่อว่าผู้รักษาจะรักษาผลประโยชน์อย่างดีที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย จึงมีลักษณะเป็นเชิงเกื้อกูลทำนองพ่อแม่ดูแลรักษาบุตรหลานของตนเอง การรักษาในลักษณะนี้มีได้มุ่งไปที่คำตอบแทน ซึ่งผู้รักษาจะได้รับจากผู้ป่วย¹⁰⁵

ต่อมาการแพทย์ได้แยกตัวออกจากพระและหมอผี โดยการเรียนแพทย์นั้น นอกจากจะมีการเรียนการสอนสืบต่อกันมาแล้วก็ยังมีโรงเรียนแพทย์เกิดขึ้น ซึ่งโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียงคือโรงเรียนแพทย์ในประเทศกรีก ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ของฮิปโปเครติส (Hippocrates) หลักในการรักษาของฮิปโปเครติส เชื่อว่าโรคเป็นขบวนการของธรรมชาติ การรักษาโรคของเขาจะใช้การสังเกตธรรมชาติ และหาทางอธิบายสาเหตุและผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วิธีการนี้นับได้ว่าเป็นพื้นฐานของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ปัจจุบัน ฮิปโปเครติสจึงได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์

¹⁰⁴ เต็มศักดิ์ พิงระพี, และคณะ. (2555). การสำรวจข้อมูลบุคลากรและบริการด้าน palliative care ในประเทศไทย ปี 2555, สืบค้น 15 กรกฎาคม 2557, จาก

http://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/main_gooddeath_17_Dec_final.pdf

¹⁰⁵ สิทธิผู้ป่วย (น. 10). เล่มเดิม.

สากล อย่างไรก็ตาม แม้แพทย์สมัยนั้นจะมีทัศนคติต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นองค์รวมของบุคคล แต่อาชีพแพทย์ก็มักจำกัดอยู่ในกลุ่มของชนชั้นนำ ซึ่งมีฐานะทางสังคมสูงกว่าคนทั่วไป ดังนั้น ลักษณะความสัมพันธ์โดยสถานภาพที่แตกต่างกันนี้ แพทย์จะเป็นผู้ออกคำสั่งและอีกฝ่ายหนึ่งคือผู้ป่วยจะเป็นผู้ปฏิบัติตาม แต่ทั้งนี้ก็อยู่ภายใต้กรอบของจริยธรรมที่ยอมรับกันในยุคนั้น กรอบจรรยาแพทย์ดังกล่าว แพทย์ผู้ให้การรักษาเท่านั้นจะเป็นผู้ที่สามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วย แม้จะไม่ได้ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยก็ตาม ทั้งนี้ ก็ด้วยเหตุผลที่ว่า แพทย์มีคุณสมบัติที่จะตัดสินใจดำเนินการได้ เมื่อแพทย์ประเมินว่าการบำบัดรักษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย การกระทำนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเมตตากรุณา รวมทั้งไม่ถือเป็นการทำอันตรายต่อผู้ป่วย ผู้ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ค่อนข้างอ่อนความสามารถ เนื่องจากความเจ็บป่วยของเขา การปกปิดข่าวร้ายนับเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเป็นผู้ที่จะใช้สิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ (Autonomous Moral Agent) หรือมีส่วนร่วมในการรักษาแต่อย่างใด¹⁰⁶

หลังจากยุคของฮิปโปเครติส การแพทย์ในยุโรปได้พัฒนาไปตามแนวทางของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ โดยใช้วิชาชีววิทยา เคมี ฟิสิกส์ มาเป็นพื้นฐาน และตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา การแพทย์แนวนี้ก็แผ่ขยายไปทั่วโลก จนอาจเรียกได้ว่าเป็นการแพทย์สากล (Cosmopolitan Medicine) ซึ่งมุ่งการศึกษาส่วนปลีกย่อยของร่างกาย โดยสนใจส่วนที่เล็กลงไป ด้วยเหตุนี้การแพทย์แผนใหม่จึงมักจะรู้สึกต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ และลดทอนเรื่องสุขภาพลงเป็นเพียงการทำงานของเครื่องยนต์กลไกเท่านั้น¹⁰⁷ การที่วงการแพทย์ได้อาศัยเทคนิควิธีความรู้ใหม่ ๆ และเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัยในการรักษา อันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้บทบาทของแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตและการตายของผู้ป่วยมากขึ้น ประชาชนเริ่มเห็นว่าแพทย์มิใช่บุคคลสำคัญแต่ผู้เดียวในระบบการให้การรักษาพยาบาล แต่แพทย์ต้องอาศัย บุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมตลอดถึงแพทย์จะต้องให้คำอธิบายที่มีเหตุผลได้ในการรักษาอีกด้วย¹⁰⁸ ขณะเดียวกันการมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมก็เข้ามามีบทบาทเปลี่ยนลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ส่งผลให้แพทย์และผู้ป่วยมีความเท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวจึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของสัญญาะหว่างกัน (Contractual relationship) และด้วยความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไปนี้

¹⁰⁶ ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรม ในการรักษาโรคร้ายแรง ของ ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณี การณษมาต (น.18). เล่มเดิม.

¹⁰⁷ สิทธิผู้ป่วย (น. 3). เล่มเดิม.

¹⁰⁸ ปัญหาทางกฎหมายและจริยธรรม ในการรักษาโรคร้ายแรง ของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์: ศึกษากรณี การณษมาต (น. 19). เล่มเดิม.

ทำให้แพทย์ต้องเพิ่มความรับผิดชอบด้วยการให้ข้อมูลต่าง ๆ หรือบอกกล่าวถึงผลดีผลเสียของวิธีการตรวจรักษา ตลอดจนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจในสิ่งที่ดีที่สุด ตามความประสงค์ของผู้ป่วย อันเป็นการยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการของการรักษาพยาบาลที่มีอำนาจและอิสระในการตัดสินใจ เลือกรักษาด้วยตนเอง ความยินยอมของผู้ป่วยในลักษณะดังกล่าวนี้ เรียกว่าความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed Consent) ในทางเวชปฏิบัติหมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพในทางการแพทย์กระทำต่อร่างกายของตน ตามวิธีในวิชาชีพแต่ละประเภท โดยที่ผู้ป่วยที่ให้ความยินยอมนั้นได้รับการอธิบายหรือบอกกล่าวให้เข้าใจว่าการกระทำของผู้ประกอบวิชาชีพว่ามีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดในการกระทำเป็นอย่างไร ผลที่เกิดจากการกระทำที่ผู้ป่วยจะได้รับเป็นอย่างไร รวมทั้งผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าวให้ทราบถึงอันตรายหรือผลร้ายที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ว่ามีมากน้อยเพียงใดด้วย ต่อมาได้พัฒนาเป็นหลักกฎหมายที่สำคัญของสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่น ๆ หลายประเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในลักษณะเป็นคู่สัญญา ในทางกฎหมายดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงการเคารพสิทธิในความอิสระของมนุษย์ ซึ่งอาจแยกออกเป็นสิทธิในร่างกายและเสรีภาพ ตลอดจนสิทธิส่วนตัวของมนุษย์ที่เป็นผู้ป่วย¹¹⁰

¹¹⁰ สิทธิผู้ป่วย (น. 104-105). เล่มเดิม.