วารสารวิชาการสาธารณสุข
ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 มีนาคม - เมษายน 2565

Journal of Health Science
Vol. 31 No. 2, March - April 2022

บทความพิเศษ *Special article*

หลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์

ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย พ.บ., วว. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา, บธ.ม., น.บ.ท., น.ด.
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

วันรับ: 14 ม.ค. 2565
วันแก้ไข: 1 มี.ค. 2565
วันตอบรับ: 7 มี.ค. 2565

บทคัดย่อ ทั้งศีลธรรมและจริยธรรมเป็นกิ่งก้านของหลักปรัชญา ศีลธรรมเป็นข้อห้ามชี้ความดีเลว จริยธรรมเป็นเครื่องมือของสังคมชี้ความถูกผิดของพฤติกรรมบุคคล เปลี่ยนแปลงตามความเชื่อและกาลเวลา การปฏิบัติทางการแพทย์มีพื้นฐานจากความเป็นวิทยาศาสตร์ แต่เป็นส่วนประกอบหนึ่งของสังคมที่สำคัญของผู้ก่อและผู้รับผลกระทบ ภาพปรากฏ (จินตภาพ) ในบทบาทของจริยธรรมสะท้อนหลักคิด (มโนทัศน์) จากอดีตถึงปัจจุบัน บทความนี้ได้รวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์ เพื่อการถ่ายทอดและอาจปรับใช้ตามบริบทของแต่ละบุคคล แสดงหลักคิดทางจริยธรรมโดยเน้นไปที่ “จริยธรรมทางการแพทย์” ซึ่งเป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ พัฒนาจากยุคดั้งเดิมที่อาศัยภูมิปัญญา ประเพณี ความเชื่อ ประสบการณ์และอิทธิพลทางศาสนา ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อกันคล้ายบิดาดูแลบุตร ถึงยุคจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐาน กลายเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการหรือผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภค มีมาตรฐานการดูแล มาตรฐานวิชาการ มาตรฐานและระดับความระมัดระวังสิทธิของผู้ป่วย และหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ ประกอบกันเป็นหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและแนวปฏิบัติที่ต้องยึดถือ การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ที่มีทั้งการพิจารณาตัดสินใจและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะคำนึงถึงความเป็นอิสระของผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน อันเป็นแก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ปฏิบัติต่อกันมาในยุคจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐาน เมื่อเข้าสู่ยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ยังคงเป็นหลักเพราะมีความยืดหยุ่นเชิงสัมพันธภาพ แต่ถูกวิพากษ์ว่าอาจจะขัดกับทฤษฎีทางด้านศีลธรรม การใช้เหตุผลเชิงนามธรรมถูกเชื่อว่าไม่ถูกต้องเมื่อพิจารณาในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจากล่างขึ้นบน เกิดหลักคิดที่แก้ไขเรียกว่า การใช้เหตุผลที่เชื่อว่าไม่ถูกต้อง ยังมีหลักคิดเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสตรี ผู้พิการ และหลักสิทธิมนุษยชนหลายกรณีต้องอ้างถึงแง่มุมของศาสนา แง่มุมการใช้เหตุผลร่วมกันที่ชุมชนสังคมต้องการเรียกว่า กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน โดยอ้างถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิของชีวิตมนุษย์ และบทบาทของพระเจ้า การใช้จริยธรรมทางการแพทย์จึงต้องอาศัยการผสมผสานหลักคิดต่าง ๆ สู่การพัฒนาและปฏิบัติจริง

คำสำคัญ: **จริยธรรมทางการแพทย์; หลักคิด (มโนทัศน์); ภาพปรากฏ (จินตภาพ); แก่นของจริยธรรม**

บทนำ

จริยธรรมทางการแพทย์เป็นเครื่องมือเช่นเดียวกับกฎหมายในการควบคุมสังคม เป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ที่สอดคล้องกับบริบทด้านการแพทย์ มีที่มาจากจริยธรรมทั่วไป ประกอบด้วยหลักคิดต่าง ๆ ที่มีความเชื่อมโยงกัน โดยมีจุดเริ่มต้นจากหลักปรัชญาซึ่งเป็นรากฐานแห่งศาสตร์ทั้งปวง การรวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์และศึกษาหลักคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจะสามารถแก้ปัญหาข้อขัดข้องในทางปฏิบัติกับยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ได้

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ปกครองโดยกฎหมาย เรียกว่านิติรัฐ (legal state) กฎหมายสร้างขึ้นจากฝ่ายปกครองคือกฎหมายบ้านเมืองหรือปฏิฐานนิยม (positive

law)[1] ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (civil law) เหมือนในกลุ่มประเทศภาคพื้นยุโรป แตกต่างจากระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common law) ของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ กฎหมายเป็นเครื่องมือในการควบคุมสังคม กฎหมายลายลักษณ์อักษรแยกออกจากหลักศีลธรรมและจริยธรรม ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 4 แต่เมื่อใดกฎหมายเปิดโอกาสให้ใช้ดุลยพินิจ นักกฎหมายใช้ดุลยพินิจสอดคล้องกับศีลธรรม คุณธรรมและความต้องการสังคม ในขณะที่กฎหมายเป็นเครื่องมือควบคุมขั้นต่ำจากภายนอกด้วยลายลักษณ์อักษรโดยสังคมกำหนดภาระหน้าที่และลงโทษ ส่วนจริยธรรมเป็นเครื่องมือระดับสูงควบคุมด้วยจิตสำนึกจากภายใน ลงโทษโดยความเชื่อทางสังคม[2]

นักปรัชญากรีกชื่อเพลโตระบุว่า “ความจริง” เบื้องบนเป็นผู้กำหนด อริสโตเติ้ลระบุว่า “ความจริง”รอให้มนุษย์เข้าค้นหา[3] ในขณะที่โสกราติสระบุว่า “ความดี” นั้นคนทำเลวเพราะไม่รู้ แต่อริสโตเติ้ลระบุว่าคนที่รู้ก็ทำเลวได้ ในขณะที่ “ความจริง” คือวิทยาศาสตร์ แต่ “ความดี” คือสังคมศาสตร์ นั้น สังคมเป็นผู้กำหนดความดีเลว ตามความเชื่อและค่านิยมในสังคมหนึ่ง ๆ ผ่านทาง “ศีลธรรม” ให้ยึดถือและ “แสดงภาพลักษณ์” เป็นวัฒนธรรมและวิถีชีวิตอันเป็น “นามธรรม” ส่วน “พฤติกรรม” นั้นสังคมต้องมีเครื่องมือในการกำหนดกรอบให้ผู้คนในสังคมปฏิบัติและห้ามปฏิบัติ คือ “กฎหมาย” และ “จริยธรรม” กฎหมายและจริยธรรมเป็นเครื่องมือที่ชี้ “ความถูกและความผิด” เช่น สังคมเป็นผู้กำหนดความดีเลวผ่านทางศีลธรรมว่าห้ามโกง เมื่อพลเมืองในสังคมยึดถือศีลธรรมจะส่งผลถึง “คุณค่า” สังคมกำหนด “คุณค่า” เป็นเป้าหมายจากการตีความหมายของศีลธรรมโดยอาศัยกระบวนการที่เรียกว่า “อภิจริยศาสตร์” เมื่อยึดถือการห้ามโกงจะส่งผลถึงคุณค่าคือความซื่อตรง แต่ละสังคมอาจจะมีความเชื่อที่ต่างกัน ประชาชนแต่ละคนในสังคมหนึ่ง ๆ ก็อาจจะมีความเชื่อไม่เหมือนกัน ต้องอาศัยสัดส่วนของประชาชนโดยรวม อาจจะต้องใช้การสำรวจสังคมและอธิบายเชิงพรรณาเป็นขั้นตอนที่เรียกว่า “จริยศาสตร์เชิงพรรณา” ก่อนที่จะนำมากำหนดเป็นแนวปฏิบัติเมื่อไปโกงเขาเป็นความผิด เรียกว่า “จริยศาสตร์เชิงบรรทัดฐาน” เพื่อใช้ยึดถือชี้ความถูกผิดจริยธรรมในสังคมนั้น เมื่อใดมีการโต้แย้งในพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สงสัยว่ากระทำผิดจริยธรรม จะมีการพิสูจน์พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลนั้น ส่วนใหญ่ก็จะพิสูจน์ถึงสภาวะทางจิตใจของผู้กระทำด้วย คือ “คุณธรรม” ที่มีอยู่ในจิตใจ การแสดงความซื่อสัตย์ต่อ ผู้อื่นเป็นคุณธรรมและคุณค่าความซื่อตรงนี้จะเป็นการสร้างความไว้วางใจส่งผลถึงความสัมพันธ์ที่เข้มแข็ง นักจริยศาสตร์เชิงบรรทัดฐานได้แบ่งจุดเน้นการพิสูจน์ทางจริยธรรมจากทฤษฎีทางศีลธรรมเป็น 3 ประเภทได้แก่ จริยศาสตร์ที่พิจารณาผลการกระทำที่เรียกว่า อันตวิทยา (teleology) จริยศาสตร์ที่เชิงหน้าที่ที่ไม่พิจารณาผล เรียกว่า กรณียธรรม (deontology) และจริยศาสตร์เชิงคุณธรรม (virtue ethics)[4] ทั้งศีลธรรมที่เป็นข้อห้ามทำในสิ่งเลวและจริยธรรมที่ชี้ถูกผิดของการปฏิบัติ เป็นผลสืบเนื่องจากหลักทางปรัชญาที่เป็นต้นตอแห่งศาสตร์ทั้งปวง

สังคมจะนำหลักทั่วไปของจริยธรรมมาปรับใช้กับความหลากหลายของแต่ละอาชีพ เรียกว่าจริยธรรมประยุกต์ เช่น จริยธรรมอนาธิปไตย จริยธรรมทางทหาร จริยธรรมสัตว์ จริยธรรมบริหารรัฐกิจ จริยธรรมเชิงปฏิบัติ จริยธรรมเครื่องจักร จริยธรรมเทคโนโลยี จริยธรรมวิวัฒนาการ จริยธรรมการบรรยาย รวมถึงจริยธรรมทางการแพทย์ เป็นจริยธรรมประยุกต์ที่ใช้กับภารกิจการแพทย์และสาธารณสุข เน้นมาตรฐานแนวทางการดูแลคือจริยธรรมการดูแล จริยธรรมธุรกิจซึ่งรวมถึงธุรกิจรักษาพยาบาล เน้นผลลัพธ์ด้านบวกคือลัทธิอัตถประโยชน์ (utilitarianism ethics)

การแพทย์ยึดทั้งหลักความจริงทางวิทยาศาสตร์และความดีทางสังคมศาสตร์ ต้องมีความรู้ในวิชาชีพและกติกาทางสังคมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ข้อกำหนดจริยธรรมทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้จัดระบบ ใช้แก้ต่างและใช้เป็นข้อชี้แนะด้วย จริยธรรมมีคุณธรรมด้านจิตใจและจรรยาบรรณซึ่งเป็นข้อกำหนดการกระทำเป็นองค์-

ประกอบ[5] คุณธรรมจะส่งผลถึงคุณค่าที่ตนเองและสังคมเชิดชู ความเชื่อจากประสบการณ์และเหตุผลของตนอาจไม่บรรลุคุณค่าอันแท้จริง ต้องมีการหล่อหลอมจากความเชื่อที่สังคมยึดถือด้วย[4] การยึดถือความเชื่อในคุณค่าใด ๆ ให้บรรลุจะส่งผ่านทางจิตใจที่มีคุณธรรมและการปฏิบัติได้ตามข้อกำหนดจริยธรรมนั้น การพิสูจน์ทางจริยธรรมทางการแพทย์ใช้หลักจริยธรรมการกระทำตามภาระหน้าที่และจริยธรรมที่คำนึงถึงผลลัพธ์ประกอบด้วย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการถ่ายทอดหลักคิดทางจริยธรรมทางการแพทย์ โดยรวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์ที่ผสมผสานแสดงหลักคิดต่าง ๆ เพื่อเป็นฐานความรู้ให้สามารถนำไปปรับใช้ได้ตามบริบทของแต่ละบุคคล

แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์

จริยธรรมทางการแพทย์มีวิวัฒนาการ[6]จากจริยธรรมทางการแพทย์แบบดั้งเดิม (traditional medical ethics) ด้วยรูปแบบ ความรู้และความเชื่อที่สืบต่อกันมา แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษาและตัดสินใจด้วยอำนาจความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าโดยปรารถนาดีประหนึ่งบิดาดูแลบุตร (paternalism) ผู้ป่วยก็ยอมรับในการตัดสินใจ ปฏิบัติต่อตน ต่อมาเมื่อมีบรรทัดฐานการรักษาผู้ป่วยด้วยแนวปฏิบัติเดียวกันโดยมีความรู้และฐานข้อมูลสนับสนุน มีการควบคุมดูแลการประกอบวิชาชีพจากสภาวิชาชีพและมีกฎหมายควบคุมเฉพาะ เป็นจริยธรรมเชิงบรรทัดฐานทางการแพทย์ (normative medical ethics) เช่น การที่แพทย์ใช้อำนาจตัดสินใจโดยมีกฎหมายรองรับ (decision-making capacity and legal competence) การให้ข้อมูลและได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย (informed consent) การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย (disclosure confidentiality) การรายงาน (reporting) ไม่ทุรเวทปฏิบัติ (malpractice) ไม่ประพฤติมิชอบ (misconduct) ไม่บกพร่องของตัวแพทย์ (physician impairment) ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) การส่งต่อการรักษา (referral of patients) การวิจัยในกลุ่มเปราะบาง (research in vulnerable populations) ไม่มีการยืนยันอย่างไม่สมัครใจ (involuntary commitment) การออกสื่อสาธารณะของแพทย์ (use social media by physicians)

จากประสบการณ์ข้อขัดข้องและทางออกที่เกิดขึ้นในประเด็นต่าง ๆ นั้นได้ถูกหยิบยกขึ้นพิจารณาเป็นแนวทางปฏิบัติและโดยคำนึงถึงความรู้ มาตรฐานวิชาชีพและการดูแล ความระมัดระวัง เจตจำนง สภาวะทางจิตใจ ความเห็นของสังคมและหลักจริยธรรม กำหนดเป็นจริยธรรมทางการแพทย์เชิงบรรทัดฐานเพื่อใช้ยึดถือปฏิบัติ

แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ใช้เป็นหลักการให้ยึดถือแนวทางปฏิบัติและมีคุณธรรมกำกับอยู่ให้ส่งผลถึงคุณค่าอย่างน้อย 4 ประการได้แก่ การคำนึงถึงความเป็นอิสระของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความประสงค์และความยินยอมร่วมตัดสินใจ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับทั้งในผลการรักษาและประโยชน์อื่นโดยสอดคล้องกับสังคมสิ่งแวดล้อมและไม่กระทบบุคคลอื่น การไม่ก่ออันตรายหรือมีจิตใจที่ไม่ชั่วร้ายกำกับด้วยคุณธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย และความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน[7]

เมื่อมาถึงยุคชีวจริยธรรมทางการแพทย์ (biomedical ethics) การแพทย์เจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพจนส่งผลถึงการตรวจรักษา กลับต้องเผชิญกับข้อโต้แย้งทั้งด้านศีลธรรมหรือจริยธรรม แก่นของจริยธรรมในยุคจริยธรรมเชิงบรรทัดฐานทางการแพทย์เกิดข้อวิพากษ์อย่างมาก กระทบกับกระบวนการพิจารณาและการตัดสินใจในการประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีชีวภาพ เช่น การโคลนนิ่ง (cloning) การรักษาด้วยยีน (gene therapy) วิศวพันธุศาสตร์ (genetic engineering) การใช้ชีวิตในอวกาศ (life in space) การตกแต่งแก้ไข DNA, RNA หรือโปรตีน การดัดแปลงตัวอ่อน (modified embryos) ประเด็นเกี่ยวกับวาระสุดท้ายของชีวิต (end-of-life issues) เป็นต้น การเป็นแพทย์ที่ดีและการประกอบวิชาชีพที่ดี มีมาตรฐาน มีศีลธรรมและมีจริยธรรม ยังมีข้อถกเถียงอยู่มาก

จริยธรรมทางการแพทย์ทั่วไป

ความสัมพันธ์ดั้งเดิมที่แพทย์เป็นผู้ให้ เมื่อความเจ็บป่วยนำพาผู้ป่วยมาขอความช่วยเหลือแพทย์เป็นผู้กำหนดแนวทางแก้ไขความเดือดร้อน ผู้ป่วยเป็นผู้รับที่มีความศรัทธาต่อแพทย์ บางครั้งประดุจเทพ วิธีการรักษามีความแตกต่างกันตามภูมิปัญญาของแต่ละบุคคลแต่ละพื้นที่ชุมชนตามประเพณีความเชื่อและประสบการณ์ รวมถึงอิทธิพลทางศาสนาที่แพทย์ต้องรับผิดชอบต่อความรู้และความเชื่อของตนกับความเชื่อ การยอมรับและตรวจสอบโดยสังคม มีหลักฐานจากคำปฏิญาณของฮิปโปเครติสเมื่อก่อนคริสตกาล[8] ที่กล่าวว่า “ฉันจะให้การรักษาเพื่อช่วยผู้เจ็บป่วยตามความสามารถและการตัดสินใจของฉัน แต่จะไม่ทำสิ่งใดที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ หรือทำผิดต่อเขา” เป็นไปตามหลักคุณค่าที่ว่า ไม่ทำสิ่งที่เป็นอันตรายหรือมีผลเสียหายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence) ฮิปโปเครติสกล่าวว่า แพทย์จะต้องมีจริยธรรมในการรักษาที่ดีที่สุดต่อคนไข้ (Best Practice) ตามหลักคุณค่าประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence) ดร.อัลเบิร์ต ชไวเซอร์[9] เป็นหมอเยอรมันอุทิศทั้งครอบครัวและชีวิตไปอยู่ในแอฟริกาด้วยความเชื่อในมิชชั่นนารีว่าคนเราต้องรักเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเท่าเทียมกัน ดูแลผู้ป่วยทุกรายเสมือนดูแลตนเอง ตามหลักคุณค่าความเป็นธรรมในการดูแลผู้ป่วยเสมอกัน (Justice)

จนกระทั่งความเชื่อเริ่มถูกแทนที่ด้วยวิทยาศาสตร์การแพทย์มากขึ้น โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ธุรกิจรักษาพยาบาลโดดเด่นขึ้น ระบบหลักประกันสุขภาพเปิดโอกาสให้สิทธิการรักษาพยาบาลเข้าถึงประชาชนทุกคน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์มากขึ้น มีทางเลือกในการรักษาหลากหลาย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงตามบริบททางสังคม ในอดีตแพทย์ไม่สนใจความยินยอมของผู้ป่วยเพราะถือว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเป็นผู้รู้ในวิชาชีพ แพทย์ต้องปรับเปลี่ยนให้ความสำคัญกับความประสงค์ ความยินยอมและการร่วมตัดสินใจตามหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วยมากขึ้น (patient autonomy) แต่ในความเป็นจริงนั้นความสัมพันธ์ที่มีความใกล้ชิดและความศรัทธาลดน้อยลง ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดมากขึ้น แนวทางปฏิบัติจึงต้องได้รับความยินยอมทุกขั้นตอนของการตรวจรักษา แต่ผู้ป่วยไม่ได้รู้ในวิชาชีพ หลายครั้งที่การให้ความสำคัญกับอำนาจอิสระของผู้ป่วยกับข้อกำหนดมาตรฐานการประกอบวิชาชีพอาจขัดแย้งกัน คุณค่าที่เคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วยกับคุณค่าของประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับขัดแย้งกันเอง การพิจารณาความถูกผิดทางจริยธรรรมทางการแพทย์อาจจะมีปัญหา จะเลือกผิดจริยธรรมในการละเมิดต่อความยินยอมหรือละเมิดต่อการประกอบวิชาชีพที่ถูกต้อง ทางออกที่สำคัญคือการปรึกษาหารือร่วมกันกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาร่วมกันผ่านขั้นตอนการสื่อสารข้อมูลด้วยอำนาจที่เท่าเทียมกัน ตามแบบจำลองที่มีการนำเสนอ เช่น Mutuality Model[10] และ Deliberative Model[11] ซึ่งหากการเจรจาไม่ประสบผลสำเร็จ อาจจบลงที่ผู้ป่วยล้มเลิกการรักษา ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกที่จะไปรักษาที่อื่นโดยไม่มีผลเสีย ก็จะยังคงรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ได้

การละเมิดต่อแนวปฏิบัติรวมถึงการไม่ให้ข้อมูลอย่างเพียงพอก่อนให้ความยินยอม (Informed consent) เป็นการละเลยต่อคุณค่าที่เคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วยเป็นการละเมิดต่อจริยธรรมทางการแพทย์เชิงบรรทัดฐาน มีหลักกฎหมายรองรับการตรวจรักษาโดยความยินยอมของผู้ป่วยไม่ให้ผู้กระทำต้องรับผิดคือ “ความยินยอมไม่เป็นละเมิด” ตามสุภาษิตกฎหมาย volenti non fit injuria(no wrong is done to one who consents)[12] การแสดงออกด้วยวาจาหรือการกระทำแม้ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก็เป็นความยินยอมได้ แต่อาจจะต้องพิสูจน์ว่าเป็นความยินยอมโดยแท้ ต้องไม่ใช่ความยินยอมที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือไม่ต้องห้ามชัดแจ้งโดยกฎหมายและต้องไม่ขัดต่อสำนึกในศีลธรรมอันดีของประชาชน กรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้ แต่มีข้อยกเว้นคือ ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึง

ชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการเร่งด่วน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 8[13] แพทย์จะต้องบอกวิธีการรักษาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้ตามมาตรฐานที่แพทย์จะเลือกใช้ในการรักษาแก่ผู้ป่วย และบอกวิธีรักษาทางเลือกอื่นให้ด้วย[14] ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจให้ความยินยอมตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ.2558 โดย 7 สภาวิชาชีพร่วมกัน[15] การเคารพความเป็นอิสระของผู้ป่วย (Respect of autonomy)

สำหรับการคำนึงถึงประโยชน์ (Beneficence) ของผู้ป่วยเป็นสำคัญอันเป็นคุณค่าที่อยู่ในคุณธรรม โดยคำนึงประโยชน์ที่ครอบคลุมถึงครัวเรือน ชุมชน และระบบสาธารณสุขด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์นอกจากจะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามแนวปฏิบัติหรือมาตรฐานที่ต้องพิสูจน์จริยธรรมเชิงหน้าที่ พิสูจน์จริยศาสตร์เชิงคุณธรรมในการประกอบหน้าที่นั้นแล้ว ยังต้องคำนึงถึงผลลัพธ์และต้องพิสูจน์จริยธรรมผลลัพธ์ที่เป็นด้านบวก หรือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับนั้นด้วย แพทย์จะใช้อำนาจตัดสินใจโดยมีกฎหมายรองรับ (decision-making capacity and legal competence) หลายครั้งที่ยากแก่การตัดสินใจ เช่น การแจ้งความจริงโรคร้ายที่ตรวจพบแก่ญาติโดยไม่แจ้งผู้ป่วย เพราะเกรงว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดจากการรู้โรคที่ตนเองต้องประสบนั้นอาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวหรือตัดสินใจทั้งในด้านการรักษาหรือด้านการจัดการชีวิตที่เหลืออยู่ และอาจจะเป็นการละเมิดต่อคุณค่าการรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ที่ผู้ป่วยเองต้องการให้ปกปิด แต่การเปิดเผยข้อมูล (disclosure confidentiality) เพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้อื่นอาจจำเป็น เช่น โรคที่ผู้ป่วยเป็นอาจก่อให้เกิดโรคกับบุคคลอื่นก็ตอบคุณค่าประโยชน์ที่ได้รับ (beneficence)

บางครั้งการคำนึงถึงคุณค่าด้านประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับเพียงอย่างเดียวจะขัดต่อจริยธรรมทางการแพทย์เชิงบรรทัดฐาน การตัดสินใจเลือกวิธีสุดท้ายที่มีโอกาสรักษาชีวิตผู้ป่วยในขณะที่ขัดต่อวิชาการที่ยังอยู่ระหว่างทดลอง ขัดต่อการยอมรับทางสังคมหรือขัดต่ออำนาจหน้าที่ของตน เมื่อแพทย์ประเมินผลประโยชน์ หลายครั้งที่มีสภาวะหรือมีเงื่อนไขข้อจำกัดที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพไม่สามารถปกป้องผลประโยชน์ของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ แต่ผู้ประกอบวิชาชีพยังจะต้องให้การดูแลรักษาที่สมเหตุสมผลตามหลักเกณฑ์มาตรฐานแห่งวิชาชีพภายใต้วิสัยพฤติการณ์ ที่มีอยู่ในขณะนั้น

เมื่อมีการโต้แย้งเรื่องทุรเวชปฏิบัติเข้าสู่ความขัดแย้งหรือปรากฏข้อบกพร่องจากสภาวะจิตใจของผู้ประกอบวิชาชีพกับผลกระทบหรือประโยชน์ที่ไม่ได้รับตามที่คาดหวัง ใครเป็นผู้พิสูจน์และจะใช้วิธีการการพิสูจน์จริยธรรมอย่างไร องค์กรกำกับจริยธรรมตามกฎหมายเริ่มขึ้น ในปี ค.ศ.1815 มีพระราชบัญญัติร้านขายยาเกิดขึ้นในสหราช-อาณาจักร (Apothecaries Act) เป็นจุดเริ่มต้นของการตรวจสอบแพทย์ทางกฎหมาย[16] ในปี ค.ศ.1847 แพทย-สมาคมของสหรัฐอเมริกาได้ออกกฎจริยธรรมทางการแพทย์ขึ้น (code of medical ethics)[17] ระบบทุนนิยมที่มีธุรกิจรักษาพยาบาลขยายตัวแต่ก็มีระบบรัฐสวัสดิการการรักษาพยาบาลควบคู่กันรวมถึงประเทศไทย ก่อเกิดวัฒนธรรมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการและผู้บริโภค ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางการแพทย์ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีกระบวนการรักษาพยาบาลและการรับบริการที่ผู้ป่วยและผู้ประกอบวิชาชีพต้องพึ่งพาการใช้เหตุผลและการยอมรับซึ่งกันและกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการจากธุรกิจรักษาพยาบาลได้สะดวกโดยต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ผู้มีรายได้น้อยอาจจะไม่สามารถเข้าถึงได้ รัฐสวัสดิการโดยการจัดการระบบสาธารณสุขภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดของประเทศ ได้บูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐและโรงพยาบาลเอกชน ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันโดยไม่เลือกชาติ ศาสนา ชั้นวรรณะ หรือเศรษฐฐานะ

บุคคลมีสิทธิพื้นฐานเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยไม่เลือกปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญและตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องดูแลผู้ป่วยแต่ละคนเสมอกันด้วยความเป็นธรรม อันเป็นอีกหนึ่งคุณค่าที่สำคัญ (Justice) ไม่นำผล

ประโยชน์ของผู้ประกอบวิชาชีพเองอยู่เหนือคุณค่าความเป็นธรรมซึ่งเป็นคุณธรรมต้องเสียไป เช่น การเห็นแก่ค่าตอบแทนของตนหรือทำการตรวจรักษาโดยไร้ประโยชน์ต่อผู้ป่วย การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตนอยู่เหนือประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นการละเมิดต่อคำสอนของสมเด็จพระราชบิดากรมหลวงสงขลานครินทร์ เบี่ยงเบนจากเจตจำนงร่วมกันระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพและผู้ป่วย (common will) แสดงถึงจิตใจที่ตำหนิได้ ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพต้องยึดถือและเป็นคุณค่าการที่ไม่ก่ออันตราย (non-maleficence) นอกจากไม่มีเจตนาเบี่ยงเบนจากความคาดหวังร่วมกันแล้ว ผู้ประกอบวิชาชีพยังต้องใช้ความระมัดระวังไม่ให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย หลายครั้งที่แพทย์เห็นว่าการรักษาเช่นการผ่าตัดมีความเสี่ยงสูงมากที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิต แต่จำเป็นและไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าแล้ว การก่ออันตรายจึงสมเหตุสมผลเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

บ่อยครั้งเกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ (medical error) ซึ่งมักเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ[18] หลายครั้งเป็นเหตุสุดวิสัย หลายครั้งเป็นความเสียหายที่ไม่สามารถป้องกันได้หรือไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่บางครั้งสามารถป้องกันได้หรือหลีกเลี่ยงได้ จำเป็นต้องพิสูจน์เพื่อค้นหาสาเหตุมาพัฒนาคุณภาพและเพิ่มมาตรการความปลอดภัย บางครั้งความผิดพลาดทางการแพทย์อาจจะเกิดขึ้นจากความประมาท การพิสูจน์ความระมัดระวังมีความจำเป็นที่จะต้องพิสูจน์ตามวิธีพิจารณาคดีจริยธรรมหรือคดีแพ่งหรืออาญา นอกจากพิสูจน์ระดับความระมัดระวัง (level of caution) และมาตรฐานความระมัดระวัง (standard of caution) ยังต้องพิสูจน์มาตรฐานการดูแล (standard of care) และมาตรฐานการรักษา (standard of treatment) การพิสูจน์การกระทำอันเป็นทุรเวชปฏิบัติ (malpractice) การประพฤติมิชอบ (misconduct) ความบกพร่องของตัวแพทย์ (physician impairment) ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ในคดีจริยธรรมที่จำเป็นต้องพิสูจน์การรักษาคุณค่าซึ่งเป็นคุณธรรมของผู้กระทำอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการกระทำถูกต้องตามจริยธรรมแล้ว ในโครงสร้างการพิจารณาคดีอาญานอกจากพิสูจน์องค์ประกอบภายนอกภายใน อำนาจที่สามารถกระทำได้และไม่มีเหตุยกเว้นความรับผิดแล้ว ยังต้องพิสูจน์การฝ่าฝืนคุณธรรมที่อยู่ในจิตใจที่ตำหนิได้ของผู้กระทำด้วย อาจเข้ากรณีประมาทโดยจงใจ หรือเป็นความประมาทโดยจงใจหรืออย่างร้ายแรง ยังมีคุณค่าอื่น ๆ ที่จำเป็นที่ต้องไตร่ตรองในการปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงคุณค่าเหล่านั้น เช่น มีความซื่อสัตย์ (veracity) เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่อันตรายที่ไม่คาดคิดหรือไม่ได้ตั้งใจ แพทย์ต้องพูดความจริงกับผู้ป่วยและญาติ แสดงความเสียใจอย่างจริงใจ การสื่อสารภายใต้สภาวะจิตใจด้วยคุณธรรมที่ดี ความระมัดระวังในขั้นตอนปฏิบัติต่าง ๆ รวมถึงสื่อสาธารณะหรือแพทย์ออนไลน์ (using social media by physicians)

ชีวจริยธรรมทางการแพทย์

ปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์มีความก้าวหน้ามาก โดยเฉพาะเทคโนโลยีชีวภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรวจรักษาด้วยวิทยาการใหม่และประสบผลสำเร็จมากขึ้นแต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมและผลกระทบที่ซับซ้อน ในขณะเดียวกัน เข้าสู่ยุคของชีวจริยธรรมทางการแพทย์[19] ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพต้องปรับตัวกับการปฏิบัติการแพทย์ทางคลินิกและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อโต้แย้งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ทั้ง 4 คือ การเคารพในอำนาจอิสระของผู้ป่วย ประโยชน์ที่จะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความเป็นธรรมในการรักษาผู้ป่วยเสมอกัน ที่จะส่งผลถึงคุณค่าต่าง ๆ ที่จะได้รับ แต่เทคโนโลยีชีวภาพได้เพิ่มโอกาสที่แก่นจริยธรรมขัดแย้งกันเองเป็นอุปสรรคต่อคุณค่าที่จะได้รับ และยังต้องเผชิญกับความขัดแย้งกับหลักจริยธรรมอื่น ๆ เพิ่มขึ้นด้วย ความตั้งใจดีที่จะต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้ได้ผลดีที่สุด แต่จะตัดสินใจได้อย่างไรในความซับซ้อนนั้นว่าอะไรคือผลที่ดีที่สุดนั้น[20] การจับหลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์จึงต้องทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งในแต่ละประเด็นทางการแพทย์เกี่ยวกับคุณค่าของ

ชีวิต ความเป็นบุคคลตามกฎหมายกับความเป็นมนุษย์ทางชีวภาพเริ่มต้นจากจุดใด การตายทางกฎหมายกับการตายทางการแพทย์เพื่อประโยชน์ต่อการบริจาคอวัยวะ นโยบายสาธารณะและการควบคุมด้านวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการสร้างและทำลายมนุษย์ การสร้างและทำลายตัวอ่อน การตกแต่งพันธุกรรม การพัฒนาเซลล์ต้นกำเนิดโดยเฉพาะจากเซลล์ตัวอ่อน การคัดเพศและการแปลงเพศ เทคโนโลยีเจริญพันธุ์และการอุ้มบุญ การให้ความสำคัญของฝ่ายปกครองและความรับผิดชอบของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการค้ามนุษย์หรืออวัยวะมนุษย์ การเคลื่อนจากหลักความเชื่อในอดีตสู่ความเป็นอิสระของผู้ป่วยและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสูงไปสู่การคำนึงถึงการสาธารณสุขในวงกว้าง ระดับใดที่จะยอมรับต่อการยุติการรักษาผู้ป่วยที่แทบจะไม่มีความรู้สึกตัว พินัยกรรมชีวิต การอนุญาตให้บิดามารดาคัดเพศบุตร กฎเกณฑ์อะไรที่ควรกำหนดขึ้นเกี่ยวกับการเข้าถึงการทำแท้งได้ อะไรคือความชอบด้วยกฎหมายเพียงใดเกี่ยวกับการุณยฆาต

เมื่อเข้าสู่ยุคของชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการแพทย์และข้อวิพากษ์ (principlism and its critics)[21] ที่ใช้ต่อกันมาปรากฏข้อวิพากษ์หลายประการเมื่อประเมินความเป็นธรรมและความเหมาะสม เช่น แก่นของจริยธรรมซึ่งเป็นจริยธรรมประยุกต์ไม่ได้รับการใส่ใจมากพอในความสัมพันธ์เชิงตรรกะระหว่างทฤษฎีทางจริยธรรมกับข้อปฏิบัติทางศีลธรรม เกิดความล้มเหลวที่จะให้คำอธิบายได้เชิงระบบของหลักอำนาจอิสระ ประโยชน์ การไม่ก่ออันตรายและการให้ความเป็นธรรม เช่น ข้อห้ามของแพทย์เข้าไปมีส่วนทำการุณยฆาตเป็นหลักการไม่ก่ออันตราย ในขณะที่มีข้อโต้แย้งว่าการช่วยทำการุณยฆาตเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่หนักกว่าจากความทุกข์ทรมานก่อนตาย การปลูกถ่ายไตเพื่อช่วยต่อชีวิตผู้ป่วยไตวาย บางประเทศกำหนดการบริจาคไตเป็นหน้าที่ ตามหลักประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญอย่างเคร่งครัด ในสถานการณ์ของความไม่เพียงพอของระบบสาธารณสุขของประเทศ ยังจำเป็นต้องให้โอกาสเลือกเปลี่ยนปอดทั้งผู้ที่ชอบสูบบุหรี่กับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เท่าเทียมกันแม้จะขัดต่อความรู้สึกอย่างมากตามหลักการให้ความเป็นธรรมผู้ป่วยเสมอกัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาการใช้ดุลพินิจเมื่อประโยชน์ของผู้ป่วยกับประโยชน์ต่อสังคมโดยรวมขัดกัน มีผู้ที่ต้องการเพิ่มเติมหลักที่ 5 ที่เรียกว่าผลประโยชน์ร่วม (common good) เช่น ปกป้องสิ่งแวดล้อม โรคระบาด ตัวอย่างหลักที่ขัดกันเองเช่น ผู้ป่วยต้องการฆ่าตัวตาย ตามหลักอำนาจอิสระของผู้ป่วย แต่ถ้าแพทย์ไม่ห้าม กลับมีส่วนช่วยตามประสงค์ก็จะขัดต่อหลักการไม่ก่ออันตราย หากผู้ป่วยไม่ยินยอมรับการรักษาที่ถูกวิธี หากแพทย์เคารพในหลักอำนาจอิสระของผู้ป่วยก็จะขัดกับหลักประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหลักคิดแก่นจริยธรรมเป็นหลักที่ประยุกต์ขึ้นเพื่อใช้ในการปฏิบัติแตกต่างจากทฤษฎีทางศีลธรรม (moral theories) ซึ่งเป็นนามธรรม แต่ก็สามารถใช้ร่วมกันและผสมผสานกันได้เพื่อใช้เป็นทางออก เช่น ปัญหาการช่วยการฆ่าตัวตายหรือการุณยฆาตจะไม่สามารถกระทำได้เมื่อหยิบยกทฤษฎีทางศีลธรรมขึ้นพิจารณา การใช้ดุลพินิจสนับสนุนว่าการุณยฆาตเป็นความผิดจึงจำเป็นต้องมีเหตุผลทางศีลธรรมกำกับไว้ ศีลธรรมจะกำกับความต้องการผลลัพธ์เชิงบวก กำกับการปฏิบัติหน้าที่และกำกับสภาวะจิตใจให้มีคุณธรรม

แนวคิดผลลัพธ์เชิงบวกคือลัทธิอัตถประโยชน์ (utilitarianism)[22] เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีอันตวิทยา (teleological theories) ความถูกผิดดูจากผลที่เกิดขึ้นต้องผลบวกเท่านั้นเพื่อให้มนุษย์มีสุขภาวะสูงสุด มีความสุข มีความเป็นอยู่ที่ดีและมีความเท่าเทียม ต้องการให้คาดการณ์ล่วงหน้าถึงผลกระทบและเลือกทางที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย วลีที่ว่าต้องไม่กระทำใด ๆ ที่ก่ออันตราย (all do no harm) ยืนยันที่จะไม่ฆ่าผู้ป่วยหนึ่งรายเพื่อรักษาชีวิตในการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะให้กับผู้ป่วยรายอื่น หลายครั้งก็ยากที่จะบ่งบอกความถูกต้องระหว่างความต้องการผลลัพธ์หนึ่งมากกว่าอีกผลลัพธ์หนึ่ง

นักปรัชญาชาวเยอรมันชื่อ Immanuel Kant ผู้ก่อตั้งทฤษฎีค้านท์ (Kantianism)[23] เป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

จริยศาสตร์เชิงหน้าที่ (deontological theories) ศีลธรรมกำกับการกระทำตามภารกิจที่ถูกกำหนดไว้ พิจารณาความถูกผิดของการปฏิบัติหน้าที่ เช่น กฎหมายการุณยฆาตอยู่เหนือหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วย การกระทำอย่างดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนั้นเป็นหลักการสากล ดังนั้นการกระทำต่อมนุษยชาติไม่ว่าต่อตัวเองหรือผู้อื่นไม่ใช่แค่เพียงต้องกระทำด้วยแนวปฏิบัติวิธีเดียวกันแต่ต้องกระทำให้ไปถึงที่สุดหรือจนสุดทางอย่างสม่ำเสมอและยุติธรรม สภาวิชาชีพมีส่วนสำคัญในการกำหนดข้อบังคับตามทฤษฎีจริยศาสตร์เชิงหน้าที่

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างแก่นจริยธรรมซึ่งมีความยืดหยุ่นในการใช้กับทฤษฎีทางศีลธรรมซึ่งเป็นนามธรรม การเคารพอำนาจอิสระของผู้ป่วยอาจเปรียบเทียบได้กับหลักจริยธรรมเชิงหน้าที่โดยไม่คำนึงถึงผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของของผู้ป่วย หลักประโยชน์ที่จะได้รับกับหลักไม่ก่ออันตรายตรงกับหลักต้องการผลลัพธ์ของทฤษฎีทางศีลธรรม จริยธรรมเชิงคุณธรรมเกี่ยวข้องกับการมีคุณธรรมในการทำความดีเข้าได้กับหลักผลประโยชน์ที่จะได้รับและหลักความเป็นธรรมต่อผู้ป่วยเสมอกัน

หลักจริยธรรมคุณธรรม (virtue ethics)[24] คือคุณธรรมอยู่ในจิตใจของผู้กระทำขณะกระทำจะเป็นแรงจูงใจแต่ละคนที่จะมองเห็นการบรรลุถึงคุณค่าที่จะได้รับจากผลลัพธ์ที่ดี กระทำสิ่งที่ถูกด้วยเหตุผลที่ถูกด้วย ไม่ใช่ทำตามความยินยอมทั้งที่ไม่ถูกต้อง[25] คุณธรรมทั้งหลายบ่งชี้ถึงคุณค่า เช่น ความซื่อตรง ความเห็นอกเห็นใจ ความกรุณา ความยุติธรรม และความกล้าหาญ การทำแท้งด้วยเหตุผลทางสังคมไม่อาจอ้างเหตุผลทางคุณธรรมได้แต่สามารถอ้างได้ด้วยเหตุผลที่ทารกที่เกิดมาไม่สามารถดำรงชีวิตปกติได้ เมื่อแพทย์รู้ผลทดสอบว่าเด็กไม่ใช่บุตรที่แท้จริงของบิดา แพทย์จะใช้คุณธรรมความซื่อตรงต่อเฉพาะสามี หรือต่อเฉพาะภรรยาหรือไม่ใช่ต่อทั้งคู่ การยกเลิกการรักษามะเร็งต่อผู้ป่วยโดยไม่มีการแสดงความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ป่วย ทฤษฎีด้านศีลธรรมแม้บุคคลทั่วไปเป็นผู้กำหนดด้วยเหตุผลที่ตอบสนองความต้องการสังคมแต่เข้มงวดกับข้อกำหนด

ทฤษฎีทางด้านศีลธรรมที่เป็นนามธรรมและแก่นของจริยธรรมประยุกต์การปฏิบัติล้วนเป็นหลักการที่ส่งผ่านจากบนลงล่าง แต่ในทางปฏิบัติ แพทย์มักให้ความสนใจกับผู้ป่วยเป็นแต่ละราย ตอบสนองเชิงรูปธรรมแบบเฉพาะเจาะจง พิเคราะห์ด้วยเหตุผลโดยมีทิศทางจากล่างขึ้นบน ให้เหตุผลจากรายผู้ป่วยเป็นฐาน ในอดีตที่มีความได้เปรียบของกลุ่มคนรวยที่ยึดศีลธรรมนั้นมักมีความอ่อนไหวต่อปัญหาทางจริยธรรมในชีวิตจริงเกี่ยวกับการพูดความจริง แสดงถึงความเสื่อมของตรรกะทางจริยธรรมที่สนองตอบผู้ได้เปรียบทางสังคม ผุดภาพความโต้แย้งและความหย่อนของศีลธรรม เกิดความคลาดเคลื่อนไม่ถูกต้องในการใช้เหตุผลจากบนลงล่าง ก่อเกิดหลักทฤษฎีที่เรียกว่า “การใช้เหตุผลเพื่อทำให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง” (casuistry)[26] ใช้ตรวจจับความบกพร่องของหลักการทฤษฎีที่เป็นหลักการตรงกับแนวทางเดียวกันกับการพิจารณาของระบบกฎหมายจารีตประเพณี (common law) เช่นการพิเคราะห์ผู้ป่วยรายใหม่ที่คล้ายคลึงอย่างถ่องแท้ที่มีความแตกต่างกับรายก่อน บางรายที่เหมือนกันแต่ปฏิบัติต่างกันเนื่องจากถูกยกเว้นจากการแทรกแซงการอนุญาตของแพทย์สมัยนาซีที่ปฏิบัติต่อฝ่ายตรงข้ามหรือบางรายที่เหมือนกันและสนับสนุนด้วยเหตุผลอย่างเดียวกันแต่ถูกขีดเส้นแบ่งกำหนดให้ต่างกัน เช่น การทำแท้งเป็นสิ่งผิดในขณะที่การคุมกำเนิดเป็นสิ่งถูกทั้งที่เป็นการทำลายชีวิตที่มีขีดเส้นแบ่งของระยะเวลา จะทำอย่างไรกับผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรับเลือดทั้งที่จำเป็น มีผู้ที่รอดพ้นจากการทำแท้งอาจจะเติบโตขึ้นมาเป็นบุคคลสำคัญ ในขณะที่การยกเหตุผลที่อาจก่อเกิดความคาดหวังสูงเกินจริง ดังนั้นหากยึดเพียงหลักการที่ไม่คำนึงถึงแต่ละรายก็จะพบว่าในผู้ป่วยบางรายที่ถูกให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หลักการนี้จึงถูกกำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นทางแก้ในการปฏิบัติ

สังคมส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับกลุ่มเปราะบาง เช่น สตรี ผู้พิการ เพื่อให้ได้รับการใส่ใจดูแลรักษา ทางการแพทย์มากกว่าประชาชนทั่วไป หลักคิดจริยธรรมทางการ

แพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีสตรีนิยม (feminism) เกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมทางเพศ ท้องไม่พร้อม การบริจาคร่างกายหรืออวัยวะ การถูกกดขี่ เทคโนโลยีเจริญพันธุ์ การอุ้มบุญ ทฤษฎีนี้ปฏิเสธแบบจำลองความอิสระของผู้ป่วยเฉพาะราย (individualistic model of patient autonomy) แต่เป็นการเน้นการปรับตัวด้านความสัมพันธ์และภาวะความพึ่งพิงระหว่างกัน เช่น การตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูเด็ก ความเป็นอิสระของผู้ป่วย ความเปราะบาง อำนาจอิสระในเสรีภาพการประนีประนอม ทฤษฎีจริยธรรมความพิการ (disability bioethics)[27] ผู้พิการแม้ต้องการการดูแล แต่ชีวิตความพิการไม่ใช่ภาพโศกนาฏกรรมที่ไม่สิ้นสุด ในแง่มุมของจริยธรรมชีวภาพทางการแพทย์ ไม่ใช่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพและตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ทั้งสังคม สถาบันและโลกทางกายภาพต้องทำงานร่วมกัน สังคมยังให้ความสำคัญและก่อตั้งทฤษฎีสิทธิมนุษยชน (human rights) ทฤษฎีนี้มีความเป็นสากลจากองค์กรระหว่างประเทศให้ความสำคัญโดยมีการคำนึงถึงการสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนและวาทกรรมประกอบกับการขับเคลื่อนด้านการเมืองและการใช้แง่มุมทางกฎหมายประกอบด้วย[28]

บุคคลในสังคมใช้เหตุผลในการก่อตั้งหลักคิดทั้งหลายที่กล่าวถึง แต่สังคมมีทั้งการใช้เหตุผลและการใช้ความเชื่อในการขับเคลื่อนสังคม ความเชื่อนำมาสู่การยึดถือปฏิบัติได้เช่นกันโดยก่อตั้งเป็นศาสนา ซึ่งมีคำสอนของศาสนาที่ให้ประชาชนยึดถือ หลักคิดชีวจริยธรรมทางการแพทย์ จึงมีแง่มุมของศาสนาที่นำมาใช้อ้างอิงได้เมื่อมีการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างชีวจริยธรรมทางการแพทย์ในแง่มุมศาสนา (religious bioethics)[29] แง่มุมศาสนานั้นไม่ได้ล้าสมัย ยังคงมีประโยชน์ต่อการบังคับใช้กับจริยธรรมใหม่ ๆ ที่ปรากฏขึ้น เพื่อช่วยลดความอ่อนไหวจากข้อโต้เถียงในทางปฏิบัติหรือลดผลกระทบได้ เช่น หลักการยึดถือความรักต่อเพื่อนบ้าน การยึดถือว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างและคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน วาทกรรมทางศาสนาที่ว่าชีวิตเป็นของขวัญที่เราไม่อาจทำลายได้ แม้แต่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ก็สร้างสรรค์จากพระเจ้า ศาสนายูดามีหลักการว่าร่างกายเป็นของพระเจ้า การรักษาความเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ ศาสนาอิสลามมีหลักว่าการบริจาคอวัยวะเป็นส่วนหนึ่งที่สังคมบังคับให้ปฏิบัติ ตามน้ำหนักความเชื่อของสังคมหรือกลุ่มคนที่ศรัทธาต่อศาสนาหรือลัทธิมากกว่าการอธิบายด้วยเหตุผล

สังคมได้รับผลกระทบจากความซับซ้อนและต้องปรับตัวกับวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ซึ่งเป็นการแพทย์สมัยใหม่กระทบการอยู่ร่วมกันในสังคมชุมชนอย่างมาก เช่น เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์โดยเฉพาะการตั้งครรภ์แทน อาจจะกระทบต่อการค้ามนุษย์ การโคลนนิ่งหรือเทคโนโลยีสเต็มเซลจากการสร้างตัวอ่อนจะกลายเป็นสร้างมนุษย์ การคัดเพศกระทบต่อความสมดุลประชากร การตกแต่งยีนหรือโปรตีน เทคโนโลยีการคัดเลือกพันธุ์หรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับแผนที่พันธุกรรม การุณยฆาต สังคมชุมชนจะเอาอย่างไรกับเรื่องเหล่านี้ จุดไหนหรือระดับไหนที่ต้องการหรือปฏิเสธ ทิศทางหรือยุทธศาสตร์ของสังคมจะไปทางไหน สังคมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมและใช้เหตุผลร่วมกันในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์นี้ เรียกว่า “กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน” (common justificatory strategies) ประเด็นที่สำคัญและถูกหยิบยกขึ้นถกเถียงบ่อยได้แก่ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิของชีวิตมนุษย์ และบทบาทของพระเจ้า เช่น กรณีการุณยฆาต โคลนนิ่ง หรือการทำแท้งอาจหยิบยกประสงค์ของพระเจ้าหรือเป็นอภิสิทธิของพระเจ้าขึ้นกล่าวอ้าง[30] กรณีอ้างว่าขัดต่อความศักดิ์สิทธิของชีวิตมนุษย์ที่เลือกระหว่างการแพทย์เข้าไปแทรกแซงหรือควรปล่อยให้ธรรมชาติดำเนินไป ซึ่งก็จะเป็นการเปิดประเด็นความขัดแย้งต่อหลักความเท่าเทียม ต่อการใช้เหตุผลทางวิชาการหรือความจริงทางวิทยาศาสตร์ แม้ผู้ที่มีความรอบรู้จะมีความสามารถโต้แย้งกับหลักอื่น ๆ ได้ แต่ความขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์อาจเป็นการกระทำที่ขัดแย้งกับความศักดิ์สิทธิของชีวิตมนุษย์นั้น[31] การช่วยการสืบพันธุ์ด้วยเทคโนโลยีเจริญพันธุ์อาจขัดแย้งกับธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่ควรแทรกแซงหรือไม่ การทำหัตถการที่เปิดเผยร่างกายโจ่งแจ้งไม่ว่าจะเกิดจากความ

ตั้งใจหรือไม่ เป็นสิ่งที่ขัดแย้งต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

หลายครั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นยังไม่สามารถอธิบายผลลัพธ์หรือวิธีการตรวจรักษาได้ด้วยเหตุผลทางวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมถึงการแพทย์ทางเลือก ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายก่อนที่ไม่เคยปรากฏว่าจะมีอันตรายหรือความผิดปกติทางเทคนิคใดตั้งแต่แรก เปรียบเสมือนกับการขึ้นทางลาดที่ไม่เห็นมีอันตรายใด ๆ แต่กลับร่วงหล่นมา (the slippery slope)[32] และไม่สามารถอธิบายได้ในภายหลัง แต่อาจจะเกิดความเสียหายกับผู้ป่วยรายอื่นอีกหากต้องรอให้ค้นพบเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ก่อน เมื่อใช้กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกันและไม่มีเหตุผลใดที่จะยกเลิกวิธีการตรวจรักษาที่มีประโยชน์นั้น สังคมอาจตกลงกันใช้วิธีกำหนดแนวปฏิบัติได้อย่างมีเงื่อนไข เป็นข้อกำหนดชีวจริยธรรมทางการแพทย์เพื่อตอบสนองการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเหมาะสมได้เช่นกัน

สรุป

การประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ เป็นการใช้ความรู้ซึ่งเป็นความจริงทางวิทยาศาสตร์ในการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วยอยู่ในสังคมหนึ่ง ๆ ที่มีประเพณี ค่านิยมและความเชื่อที่สังคมกำหนดว่าเป็นความดีเลวผ่านข้อศีลธรรม ในขณะที่จริยธรรมเป็นเครื่องมือที่สังคมกำหนดความถูกผิดของพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงคุณธรรมในจิตใจของผู้กระทำที่ส่งผลถึงคุณค่าต่าง ๆ จริยธรรมทางการแพทย์มีวิวัฒนาการจากยุคจริยธรรมทางการแพทย์แบบดั้งเดิม แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษาและตัดสินใจด้วยอำนาจความสัมพันธ์ที่เหนือกว่า ยุคที่สองคือจริยธรรมทางการแพทย์แบบบรรทัดฐานความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการหรือผู้ประกอบธุรกิจกับผู้บริโภค มีมาตรฐานการดูแล มาตรฐานวิชาการ มาตรฐานและระดับความระมัดระวัง สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ ประกอบกันเป็นหลักเกณฑ์เงื่อนไขและแนวปฏิบัติที่ต้องยึดถือ ยุคที่สามคือชีว-จริยธรรมทางการแพทย์ ที่มีความซับซ้อนในการปฏิบัติและตัดสินใจทางการแพทย์ภายใต้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีชีวภาพที่ซับซ้อนยากต่อการตัดสินใจเลือกว่าอะไรคือผลที่ดีที่สุดนั้น จากการรวบรวมความรู้ทางสังคมศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง จากหลักคิดจริยธรรมทั่วไปที่มีพื้นฐานการพัฒนาจากหลักปรัชญาสู่หลักคิดจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งเป็นจริยธรรมแบบประยุกต์ ให้สอดคล้องกับการปฏิบัติที่เป็นการเฉพาะสำหรับด้านการแพทย์ โดยมีแก่นของจริยธรรมทางการแพทย์ที่ได้ใช้เป็นเครื่องมือทางจริยธรรมที่สืบต่อกันมาเพื่อให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ใช้ยึดถือปฏิบัติ อ้างอิงและตรวจสอบความถูกผิดที่เน้นถึงหลักความเป็นอิสระของผู้ป่วย ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การไม่ก่ออันตรายและความเป็นธรรมในการดูและผู้ป่วยเสมอกัน หลายครั้งที่มีข้อโต้แย้งในทางปฏิบัติ หรือขัดแย้งกันเองของแต่ละหลัก แต่ก็มีความยืดหยุ่นในการใช้เหตุผลประกอบทางเลือกผ่านเงื่อนไขข้อจำกัดต่าง ๆ ไปได้ แต่กลับมีความยากยิ่งขึ้นมากจากการแพทย์ชีวภาพที่ก้าวหน้าในปัจจุบันเข้าสู่ยุค-ชีวจริยธรรมทางการแพทย์ แก่นของจริยธรรมทางการ-แพทย์ที่ยืดหยุ่นถูกวิพากษ์อย่างมากว่ามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับทฤษฎีทางศีลธรรมซึ่งเป็นหลักจริยธรรมทั่วไปเพียงใด อันเป็นหลักการที่บางครั้งยังต้องกลับไปหยิบยกขึ้นมาใช้อ้างอิงได้ ประกอบด้วยหลักจริยธรรมเชิงหน้าที่ ทั้งที่ไม่ต้องการผลลัพธ์เพียงปฏิบัติได้ครบถ้วน และที่ต้องการผลลัพธ์ซึ่งต้องเป็นด้านบวก ยังมีข้อวิพากษ์ที่แสดงถึงลักษณะเป็นนามธรรมของการพิจารณาจากบนลงล่างของทฤษฎีทั้งสองข้างต้น ก่อให้เกิดความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเมื่อเปรียบเทียบกับความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในแต่ละรายจากล่างขึ้นบนเมื่อต้องเผชิญกับความซับซ้อนของการแพทย์ชีวภาพ ก่อเกิดหลักทฤษฎีที่เรียกว่า “การใช้เหตุผลเพื่อทำให้เชื่อในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง” ไว้เป็นทางแก้และทางเลือก ทฤษฎีสตรีนิยม ทฤษฎีจริยธรรมความพิการ และทฤษฎีสิทธิมนุษยชน มีความเฉพาะเจาะจงที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษในการให้การดูแล ชีวจริยธรรมทางการแพทย์ข้างต้นเป็นหลักที่ใช้เหตุผลในการอ้างอิง แต่สังคม

มีความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาแม้ในอดีตมักใช้เป็นหลักในการอ้างอิง แต่ปัจจุบันก็ยังมีที่ใช้แง่มุมศาสนาต่อการบังคับใช้กับจริยธรรมใหม่ ๆ ที่ปรากฏขึ้น เพื่อช่วยลดความอ่อนไหวจากข้อโต้เถียงในทางปฏิบัติหรือลดผลกระทบได้ นอกจากความซับซ้อนของการแพทย์ชีวภาพที่กระทบต่อทางเลือกของหลักชีวจริยธรรมทางการแพทย์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยแล้วยังกระทบต่อชุมชนสังคมด้วย สังคมชุมชนจึงเข้ามามีส่วนร่วมและใช้เหตุผลร่วมกันในการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์เกี่ยวกับจริยธรรมทางการแพทย์โดยหลัก “กลยุทธ์การใช้เหตุผลร่วมกัน”ที่อ้างถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความศักดิ์สิทธิของชีวิตมนุษย์และบทบาทของพระเจ้า รวมถึงกรณีสังคมอาจตกลงกันใช้วิธีกำหนดแนวปฏิบัติได้อย่างมีเงื่อนไข เมื่อมีความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ไม่เคยปรากฏว่าจะมีอันตรายหรือความผิดปกติทางเทคนิคใดตั้งแต่แรก และไม่สามารถอธิบายได้ในภายหลังเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. จรัญ โฆษณานันท์. นิติปรัชญา Law 4007. พิมพ์ครั้งที่ 20. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2561.
2. จินตนา บุญบงการ. จริยธรรมทางธุรกิจ (business ethics). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
3. Bondanella JC, Bondanella P, editors. The Philosophy Behind Raphael’s “School Of Athens”. Oxford: Oxford University Press; 1991.
4. Wikipedia. Ethics [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Ethics
5. พิศาล เทพสิทธา. จริยธรรมในการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์. ใน: คณาจารย์ผู้ทรงคุณวุติและคณาจารย์คณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, บรรณาธิการ. เอกสารประกอบการเรียนรายวิชา ทพคร 542 กฎหมายและนิติทันตวิทยา (เล่ม 1) ของนักศึกษาทันตแพทย์ชั้นปีที่ 5 ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2559; 2559; คณะทันตแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: 2559. หน้า 90-4.
6. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. จรรยาแพทย์มาถึงยุคชีวจริยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร. วิญญูชน; 2559.
7. Wikipedia. Medical ethics [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Medical_ethics
8. Lefer G. Hippocrates’ Oath (translated by Amelia Arenas) [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.bu.edu/arion/files/2010/03/Arenas_05Feb2010_Layout-3.pdf
9. Schweitzer A. The Nobel Peace Prize 1952. In: Jahn G, editor. Award ceremony speech. The Nobel Prize; 1953 Dec 10; Auditorium of the University of Oslo, Oslo: 1953 [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 23]. Available from: https://www.nobelprize.org/prizes/peace/1952/ceremony-speech/
10. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. 2nd ed. Westport: Praeger Publishers; 2006.
11. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992;267(16): 2221-6.
12. Jaffey AJE. Volenti non fit injuria. The Cambridge Law Journal 1985;44(1):87-110.
13. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 124, ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550).
14. Jones CJ. Autonomy and informed consent in medical decision making: toward a new self-fulfilling prophecy. Wash Lee Law Rev 1990;47(2):379-430.
15. แพทยสภา. สิทธิผู้ป่วย คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ลงวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2558. [อินเทอร์เน็ท]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://

www.tmc.or.th/privilege.php

16. Parliament of the United Kingdom. The Apothecaries Act 1815. Citation 55 Geo.lll, c.194.
17. American Medical Association. Code of Medical Ethics overview. Philadelphia: TK and PG Collins Printers; 1848.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health care system. [Internet]. Washington: National Academy Press; 1999.
19. Rothman DJ. Stranger at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision-making. New York: Basic Books; 1991.
20. Snyder L, Leffler C. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. Ethics manual. Fifth edition. Ann Intern Med 2005;142(7):560-82.
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2013.
22. Häyry M. Utilitarianism and bioethics. In: Ashcroft RE, Dawson A, Draper H, McMillan JR, editors. Principles of health care ethics. 2nd ed. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 200. p. 57-64.
23. Secker B. The appearance of Kant's deontology in contemporary Kantianism: concepts of patient autonomy in bio-ethics. J Med Philos 1999;24(1):43-66.
24. Hursthouse R. Virtue theory and abortion. Philos Public Aff 1991;20(3):223-46.
25. Dworkin R. Life's Dominion: An Argument about Abortion and Euthanasia. London: HarperCollins; 1993.
26. Arras JD. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. J Med Philos 1991;16(1):29-51.
27. Scully JL. Disability and vulnerability: on bodies, dependence, and power. In: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S, editors. Vulnerability: new essays in ethics and feminist philosophy. Oxford: Oxford University Press; 2014. p. 201-21.
28. Fenton E, Arras JD. Bioethics and human rights: curb your enthusiasm. Camb Q Healthc Ethics 2010;19(1): 127-33.
29. Callahan D. Religion and secularization of bioethics. Hastings Center Report 1990;20(4):2-4.
30. Chadwick RF. Playing god. Cogito 1989;3(3):186-93.
31. Beyleveld D, Brownsword R. Human dignity in bioethics and biolaw. Oxford: Oxford University Press; 2001.
32. Schauer F. Slippery slopes. Harvard Law Review 1985; 99(2):361-83.

Abstract: Medical Ethics Concept

Pairoj Boonsirikamchai, M.D., Dip. Obstetrics and Gynecology, M.B.A., Bar-at-law., LL.D.

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University, Thailand

Journal of Health Science 2022;31(2):376-88.

Both morality and ethics are branches of philosophy. Whereas morality is a taboo pointing out the good and the bad, ethics is a tool for society to determine right and wrong in the behavior of a person that changed over time. Medical practice based on science is one of the most important components of society both the cause and the affected person at the same time. The image appears in the role of ethics reflecting on the concept from past to present. This article gathers knowledge of the social sciences for the transmission and may apply according to the context of the individual, emphasis on "medical ethics"which is an applied ethics. Early traditional medical ethics based on wisdom, belief tradition, experience and religious influence. Relationships between doctor and patient are mutual faith, trust & believe like paternalism. Come to the normative medical ethics that become the provider and the recipient or business operators and consumer's relation. There are standard of care and practice, standard and level of caution, patient's right and duties of a practitioner, together as a criterion terms and practices that must be adhered. In medical practice with consideration decision making and treatment of patients. Will take into the respect of patient's autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, which is the core of medical ethics call "principlism" practiced continuously in normative medical ethics era. In the bio-medical ethics era. "principlism" still, primarily because of its relational flexibility. But there are criticisms that may be contrary to "moral theory". There is also an argument for abstract reasoning and believe that it is not correct when considering the care of each patient in "bottom-up" direction. Another revised concept is "casuistry theory". Some ethical principles specific to females or disability persons and human rights theory. Many cases need to be referred to the aspect of religion. Many times, it must be taken into account of the common reasoning aspect that the social community needs. That are common justificatory strategies focusing on the debate about human dignity, the sanctity of human life, and playing god. Using medical ethics therefore requires a combination of these principles.

Keywords: medical ethics; concept; image; principlism