

The “Do No Harm” Principle and Ethical Theory

SORAJ HONGLADAROM*

The “Do No Harm” Principle, also known as the Principle of Nonmaleficence, is a basic principle in medical ethics⁽¹⁾. What doctors need to do in the first place is that they do no harm to the patients. This principle is known in Latin as “Primum non nocere”, which is translated as “First, do no harm”⁽²⁾. This principle is capable of various interpretations, and it has become a debating issue in medical ethics. In the various scenarios in which doctors need to make decisions, what do they have to do actually in order to follow this principle? Can staying still and letting patients die without doing anything be considered as following the “Do No Harm” principle? In this case doctors do not cause the patients to die, but they merely allow them to die. Examples like this one prompt medical ethicists to distinguish between positive responsibility and negative responsibility. The former is a direct responsibility of the agent of an act. For example, a robber intentionally shoots a man to kill him. The robber must be responsible for what he has done. Negative responsibility, on the other hand, arises when the agent intentionally omits an act which is his duty or obligation to perform, and such omission causes damage to arise. Examples include doctors who let

their patients die when they are in a position to help, or policemen who neglect to perform their duty when there is a crime which is under his responsibility to take action.

The examples above are those in which the right and the wrong are easily distinguishable however, there are many other cases where such a binary distinction cannot be fully applied. Suppose that someone, A, who can swim somewhat but is not a good swimmer, sees another one, B, falling into water and apparently drowning. A does not jump into the water to help B, but instead yelling for help. In this case is A doing something wrong? A might be thinking that if he jumps to help, he is uncertain that he will be able to help B as well as himself. But if there are no other persons around when this happens, A's yelling is of absolutely no use. In this case, is A doing something wrong when he decides not to jump? Examples like this are often found in medical ethics, and are useful as models when health care workers encounter real situations in which they need to decide.

Studying medical ethics, one connects real life situations such as the ones above with ethical theory in order for one to understand clearly the principles involved in ethical decision making. The

Key word : Do No Harm, Ethics

HONGLADAROM S
J Med Assoc Thai 2000; 83: 1278-1282

* Department of Philosophy, Faculty of Arts, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

major ethical theories consist of the Kantian theory and the Utilitarian theory. The former basically says that an action is a right one when it follows the principle without paying any heed to any consequences the action might cause⁽³⁾. The Utilitarian theory, on the other hand, claims that whether an action is right or wrong depends on its consequences⁽⁴⁾.

Therefore, the Do No Harm Principle is right according to the Kantian theory if within this theory it is found that the principle itself is right. That is, if we find out that according to the theory this principle is a right one, then we do not need to see what kind of consequences "doing no harm" has caused. On the other hand, according to the Utilitarian theory, the "Do No Harm" Principle is only a good and just one if the consequences of following this principle for the majority of people are also good and just. It can be seen that both theories tell us that the "Do No Harm" principle is a good one. The only difference lies in how the theories explain how and why the principle is good.

Apart from these two major ethical theories, there are many other theories. Some of them oppose the Kantian theory; some oppose the Utilitarian or Millian. Many other theories propose new angles from which one could see aspects which are not discussed in either the Kantian or Millian theories. Those interested in this topic can read further on ethical theory.

When the major theories all agree that the "Do No Harm" principle is a right one, what should practitioners such as doctors and other health care workers do when they need to make decisions on how to treat the patients? The principle is altogether a right one, but its meaning and application is so wide ranging that practitioners need to think for themselves how they should decide and practice in concrete situations. Depending on theory alone can help only to a certain extent, which is to clarify the complexity of the situation. Theory cannot tell in detail how practitioners should decide. A widely discussed example is caring for a patient with terminal cancer. The prognosis states that the patient will live for no longer than one month. Which action is the best thing to do between the doctor finding all the possible means to fight the disease so as to prolong her life for as long as possible, and letting the patient and her relatives realize the situation and face the imminent end with calmness and mindfulness.

Which action should be regarded as being in accordance with the "Do No Harm" principle? The first line of action can be seen as one where doctors try their best, though they know how the end will be. However, such a line can also be seen as interfering with the patient's course of life, and the patient may need calmness as she is approaching her death. The second line of action can also be seen as one where doctors do not perform their duty to the fullest extent. It can nonetheless be seen as according dignity to the patient, who then understands that death is not something to fear at all cost. In this case death is not seen as the doctor's defeat, but a fact of life.

The problem with medical ethics is that, this discipline can only tell us which action is performed with what kind of reasoning and under which principles. Thus those who think that medical ethics could provide ready made answers for all situations are often disappointed. But at least thinking and discussing these complex problems where decisions are needed is better than not talking and discussing at all. Most hospitals and medical schools have a medical ethics group which acts as consultant in cases where doctors have to decide. This group can be an adviser in cases where doctors need to know the regulations of the Medical Council, in cases where the regulations need to be interpreted or do not cover, or in cases where the Medical Council needs to deliberate a course of action. This advising group can clarify the matter very well. Thus it is a good idea to have this kind of advising group on medical ethics in hospitals and medical schools.

In conclusion, ethical theory is an attempt to understand the complexity of ethical decision making, which concerns the rightness and wrongness of actions. Theory alone, however, cannot tell practitioners what they need to do in every case. Studying the theory, on the contrary, will familiarize practitioners with models or examples which may resemble those they find in real life.

Further Readings

- 1) Harris J. *The value of life : An introduction to medical ethics*. London : Routledge & Kegan Paul, 1985.
- 2) Campbell AV. *Moral dilemmas in medicine*. Edinburgh : Churchill Livingstone, 1975.
- 3) Campbell A, Charlesworth M, Gillett G, Jones G. *Medical ethics*. Auckland : Oxford University Press, 1997.

4) Fulton GB, Metress EK. *Perspectives on death and dying*. Boston : Jones and Bartlett, 1995.

5) Ridley A. *Beginnings bioethics: A text with integrated readings*. New York: St. Martin's Press, 1998.

6) Engelhardt HT. *The Foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press, 1986.

7) Brody H. *Ethical decisions in medicine*. 2nd Editon. Boston : Little Brown Company, 1981.

8) Kuebler - Ross E. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. New York : Macmillan, 1969.

9) Boyd KM, Roger H, Pinching DJ. *The new dictionary of medical ethics*. BMJ Publishing Group, 1997.

(Received for publication on July 31, 2000)

REFERENCES

1. Rancich AM, Perez ML, Gelpi RJ, Mainetti JA. Analysis of the ethical principles of beneficence and no harm in medical oaths in relation with the Hippocratic one. *Gac Med Mex* 1999; 135: 345-51.
2. Beaucham P, Tom L, James F. Childress. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1989: 120-38.
3. Kant I. *Duty and Reason*. In : Albert EM, Denise TC, Peterfreund SP, eds. *Great traditions in ethics*. Belmont, CA: Wadsworth, 1988: 178-97.
4. Mill JS. *The Greatest Happiness Principle*. In : Albert EM, Denise TC, Peterfreund SP, eds. *Great traditions in ethics*. Belmont, CA : Wadsworth, 1988: 198-217.
5. Phaosavasdi S, Pruksapong C, Tannirandorn Y, Taneepanichskul S, Wild H. How do you help your patients to a good death? *J Med Assoc Thai* 1999; 821: 1060-2.
6. Holstein M. *Reflections on death and dying*. *Acad Med* 1997; 72: 848-55.

หลักการ "ไม่ทำอันตราย" กับทฤษฎีทางจริยศาสตร์

ดร. วงศ์ลดา รุ่งโรจน์*

หลักการ "ไม่ทำอันตราย" เป็นหลักการพื้นฐานของเวชจริยศาสตร์ ข้อพึงปฏิบัติข้อแรกของแพทย์ก็คือว่า จะต้อง "ไม่ทำอันตรายแก่ผู้ป่วย"⁽¹⁾ หลักการเป็นที่รู้จักกันเป็นค่าทาง醫德 ตินว่า Primum non nocere ซึ่งแปลว่า "สิ่งแรก (ที่แพทย์ต้องทำ) คือไม่ทำอันตราย"⁽²⁾ หลักการนี้อาจดีความไปได้ทุกหลาด แต่ก็เป็นหัวข้อให้มีการอภิปรายให้เห็นผลในวงการเวชจริยศาสตร์ว่า ในกรณีต่างๆ ที่เกิดขึ้น แพทย์ควรจะปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวในอย่างไร การอยู่เฉยๆ และปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปต่อหน้าต่อตาโดยไม่ทำอะไร จะถือได้ว่า เป็นการปฏิบัติตามหลัก "ไม่ทำอันตราย" ได้หรือไม่ เนื่องจากว่าแพทย์ไม่ได้ไปทำให้ผู้ป่วยตาย แต่ปล่อยให้ตายไปเอง ด้วยอย่างเช่นนี้ ทำให้บังเวชจริยศาสตร์แยกแยะระหว่าง "ความรับผิดชอบเชิงลบ" (positive responsibility) กับ "ความรับผิดชอบเชิงบวก" (negative responsibility) อย่างแรกคือความรับผิดชอบในการณ์ที่เจ้าตัวเป็นผู้กระทำโดยตรง เช่น ผู้ร้ายยิงคนตายโดยเจตนา ผู้ร้ายย่อมต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตน ส่วนความรับผิดชอบเชิงลบนั้น เกิดจากการที่ผู้กระทำจะใจจะวันการปฏิบัติหน้าที่โดยชอบของตน ซึ่งผลของการจะเสื่อมลง ถ้าให้ความเลี้ยงหายขึ้น เช่น การที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยตายไปเอง หรือตัวร่วมทำเป็นไม่สนใจว่าเกิดคดีอาญาขึ้น ไม่ได้ใช้ความผิดที่เกิดขึ้น เป็นต้น

กรณีเช่นนี้เป็นกรณีที่แยกแยะความผิดได้อย่างชัดเจน แต่ก็มีอีกหลาดกรณ์ที่การแยกแยะทำไม่ได้ชัดเจนเท่านั้น สมมติว่า คนๆ หนึ่ง (สมมติว่าชื่อ ก) ซึ่งวัยน้ำพอดีเป็นแต่ไม่แข็งนัก เห็นคนอีกคนตกน้ำ (สมมติว่าชื่อ ข) และกำลังจะจมน้ำตาย การที่เขาไม่กระโดดลงน้ำไปช่วย แต่ร้องตะโกนให้คนอื่นช่วย ก็เป็นการทำถูกต้องตามหลักการ "ไม่ทำอันตราย" หรือไม่ในกรณีนี้ ก ทำความผิดทางจริยธรรมหรือไม่ ก อาจคิดว่า ถ้าเขากระโดดลงไปช่วย เขายังแน่ใจว่าจะว่ายน้ำเก่งพอจะช่วย ข ด้วย และเราตัวเองให้รอดด้วยได้จริงๆ แต่ถ้าในบริเวณนั้นไม่มีคนอื่นๆ อยู่เลย การตะโกนของ ก ก็ไม่มีผลในกรณีนี้ ก ทำผิดหรือไม่ที่ไม่กระโดดลงไปช่วย ด้วยอย่างท่านนั้นเป็นเรื่องที่พอบร้อยในวิชาเวชจริยศาสตร์ และก็มีประโยชน์ในการเป็นแบบจำลองให้แก่ผู้ปฏิบัติเมื่อพบกับสถานการณ์จริงที่ต้นต้องตัดสินใจ

ในการศึกษาวิชาเวชจริยศาสตร์ จะมีการเรียนอย่างการตัดสินใจในสถานการณ์จริงท่านองนี้ กับทฤษฎีทางจริยศาสตร์ ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจหลักการต่างๆ ของการตัดสินใจทางจริยธรรมได้อย่างชัดเจนถ่องแท้ ทฤษฎีหลักๆ ในจริยศาสตร์มีทฤษฎีของคนทั่วไป ที่เน้นการกระทำที่ถูกต้องตามหลักการโดยไม่คำนึงถึงผลของการกระทำนั้น กับทฤษฎีประโยชน์นิยมของมิลล์ ที่เสนอว่า การตัดสินใจการกระทำโดยถูกหรือไม่ถูก ให้ดูที่ผลของการกระทำนั้น

ดังนั้น หลักการ "ไม่ทำอันตราย" จึงถูกต้องตามทฤษฎีของคนทั่วไป ที่เน้นการกระทำตามทฤษฎีเรaphael ได้ว่าการกระทำตามหลักการนี้เป็นสิ่งที่ถูกต้อง นั้นคือถ้าเราพบว่า ตามทฤษฎีแล้วหลักการนี้ถูกต้องก็ไม่ต้องคุ้ว่าผลของการ "ไม่ทำอันตราย" เป็นอย่างไร⁽³⁾ แต่ตามทฤษฎีของมิลล์แล้ว หลักการ "ไม่ทำอันตราย" นี้จะเป็นหลักการที่ดี ถูกต้อง ก็ต่อเมื่อผลที่ได้จากการกระทำตามหลักการนี้ เป็นผลดีแก่คนหมู่มาก จะเห็นได้ว่า ทั้งสองทฤษฎีต่างกันออกเรื่อว่า หลักการ "ไม่ทำอันตราย" นี้เป็นหลักการที่ดี ทั้งคู่ เพียงแต่ต่างกันตรงคำอธิบายว่า ที่ว่า "ดี" นั้นดีได้เพราเหตุใด

นอกจากทฤษฎีหลักทางจริยศาสตร์ทั้งสองทฤษฎีแล้ว ก็ยังมีทฤษฎีอื่นๆ อีกมากมาย ซึ่งบางทฤษฎีก็คัดค้าน คานท์ บางทฤษฎีก็คัดค้านมิลล์ แต่อีกหลาดทฤษฎีก็เสนอแง่มุมใหม่ๆ ไปเลย ที่หัวคนทั่วไปและมิลล์ไม่ได้พูดถึง ผู้ที่สนใจเรื่องนี้ สามารถค้นคว้าต่อไปจากหนังสือและงานวิจัยทางทฤษฎีจริยศาสตร์ต่อไปได้

เมื่อทฤษฎีหลักๆ ต่างกันกว่าหลักการ “ไม่ทำอันตราย” ดังนี้คือ ผู้ปฏิบัติ ซึ่งก็ได้แก่แพทย์และนักวิชาชีพทางการคุ้มครองสุขภาพอื่นๆ จะทำด้วยอย่างไร เมื่อต้องเผชิญกับการตัดสินใจทำการใดๆ แก่ผู้ป่วย หลักการ “ไม่ทำอันตราย” นั้นเป็นหลักการที่ถูกต้องอยู่แล้ว แต่ความหมายของหลักการนี้ก็ขึ้นอย่างครอบคลุมมากเสียจนผู้ปฏิบัติต้องมาคิดด้วยตนเอง ว่าควรจะตัดสินใจและปฏิบัติต้องอย่างไร การพึงทบทวนที่เพียงอย่างเดียวคงช่วยได้เพียงระดับหนึ่ง คือช่วยให้เข้าใจความซับซ้อนของกรณีที่ต้องตัดสินใจว่าเป็นอย่างไรมาอย่างไรเท่านั้น แต่ไม่สามารถช่วยนักในรายละเอียดได้ว่า ผู้ปฏิบัติต้องตัดสินใจอย่างไร ด้วยอย่างที่ผู้สนใจกันมากก็ได้แก่ การถูและผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต⁽⁵⁾ สมมติว่าแพทย์ท่านหนึ่งเป็นผู้ดูแลคนไข้โรคมะเร็งระยะสุดท้าย คาดว่าจะมีอายุต่อไปอีกไม่เกินหนึ่งเดือน การกระทำแบบใดจะถูกต้องมากกว่ากัน ระหว่างการพยายามหานทางรักษาด้วยวิธีการต่างๆ เท่าที่จะมีอยู่ เพื่อต่ออายุของผู้ป่วยออกไปให้นานที่สุดกับการให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสถานการณ์ และเผชิญกับความลับสุดที่จะมาถึงอย่างมีสติการกระทำแบบใดถือว่า เป็นการกระทำที่ถูกต้องตามหลัก “ไม่ทำอันตราย” การกระทำแบบแรกมองในแง่หนึ่งก็เป็นการที่แพทย์ท่านหนึ่งที่ของตนอย่างเดิมที่ แม้ว่าจะทราบว่าผลสุดท้ายจะเป็นอย่างไร แต่มองอีกแง่หนึ่งก็อาจเป็นการไปรบกวนวิถีชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอาจต้องการความสงบในวาระสุดท้าย การกระทำแบบที่สองมองในแง่หนึ่ง ก็เหมือนกับว่าแพทย์ไม่ใส่ใจดูแลผู้ป่วยจนชีวิตลงโดยไม่พยายามทำอะไรอย่างเดิมที่ แต่มองอีกแง่หนึ่ง ก็เป็นการให้ศักดิ์ศรีแก่ผู้ป่วย ให้เกิดความเข้าใจว่าความตายไม่ใช่สิ่งน่าสะพรึงกลัว และความตายก็ไม่ได้แสดงว่าแพทย์ล้มเหลวหรือพ่ายแพ้ แต่เป็นเรื่องของลัจจุบันของชีวิต

ปัญหาของเวชริยศาสตร์คือว่า วิชาชีพที่ได้เพียงดูแลรักษาที่ต้องการกระทำแบบใดทำไปด้วยเหตุผลและหลักการแบบใด ดังนั้นผู้ที่หันว่าเวชริยศาสตร์จะบอกได้ว่า ในกรณีต่างๆ ควรจะตัดสินใจอย่างไร จึงมักจะผิดหวัง แต่ด้วยน้อยกว่าคิดการอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาหากาๆ ที่ต้องตัดสินใจ คือต้องดีกว่าไม่คิดไม่พูดกันเลย โรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่จะมีกลุ่มเวชริยศาสตร์ ให้เป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ปฏิบัติพนักงานสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ กลุ่มทำงานนี้ทำได้ทั้งเป็นที่ปรึกษาในกรณีที่การตัดสินใจนั้นๆ ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ของแพทย์สภาก ที่ได้วางไว้แล้วหรือไม่ หรือในกรณีหากาๆ ที่เกณฑ์ของแพทย์สภารอบคลุมไม่ป้องกัน นอกจากนั้นก็มีปัญหาว่าแพทย์สภารอบออกกฎหมายเบียนอย่างไร เมื่อมีปัญหาใหม่ๆ เกิดขึ้นซึ่งกฎหมายเบียนเดิมครอบคลุมไม่ป้องกัน หรือมีปัญหาทางการตีความ กลุ่มนี้ก็จะช่วยให้เกิดความกระจายของเรื่องได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ การมีกลุ่มทำงานนี้ในโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นแนวคิดที่ดี

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีทางจิริยศาสตร์เป็นความพยายามที่จะเข้าใจความซับซ้อนของการตัดสินใจทางจิริยะ ซึ่งได้แก่ การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับความถูกความผิดของการกระทำ ทฤษฎีแต่เพียงอย่างเดียวไม่ได้ว่าผู้ปฏิบัติควรทำด้วยอย่างไรในทุกกรณี แต่ช่วยได้เมื่อผู้ปฏิบัติต้องค้นหาด้วยตนเองว่าควรทำอย่างไร เพราะการศึกษาทฤษฎีจะช่วยให้คุ้นเคยกับตัวอย่างซึ่งอาจจะคล้ายคลึงกับสถานการณ์ที่ประสบอยู่บ้าง

คำสำคัญ : ไม่ทำอันตราย, จริยธรรม

索引 ทางศึกษา

จริยธรรมทางแพทย์ ๔ ๒๕๔๓; ๘๓: ๑๒๗๘-๑๒๘๒

* ภาควิชาปรัชญา คณะวิชาชีรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐