

แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม สหสาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ORGAN DONATION SYSTEMS AS A SOLUTION TO THE ORGAN SHORTAGE IN THAILAND



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in Human and Social Development

Inter-Department of Human and Social Development

GRADUATE SCHOOL

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย
โดย	น.ส.ปวีตรา กรีธาธร
สาขาวิชา	พัฒนามนุษย์และสังคม
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ดร.มนทกานต์ ฉิมมามี

บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธรรมนุญ หนูจักร)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อรุโณทัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร.มนทกานต์ ฉิมมามี)	
.....	กรรมการ
(ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานิสวรรค์ โคโนะ)	

ปวีตรา กริธาธร : แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย. (ORGAN DONATION SYSTEMS AS A SOLUTION TO THE ORGAN SHORTAGE IN THAILAND) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ดร.มน ทกานต์ ฉิมมามี

สถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยที่มีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อจำนวนอวัยวะบริจาคไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชากรไทย ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้ได้เน้นศึกษาเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยและต่างประเทศ ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ตลอดจนอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

ผลการศึกษาเอกสารต่าง ๆ พบว่า ค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะส่งผลอย่างมากต่ออัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ การบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายอวัยวะ ค่าเฉลี่ยดังกล่าวของประเทศไทยที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมสูงกว่าประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามกับประชาชนในเขตกรุงเทพฯ เฉพาะผู้มีอายุระหว่าง 20 - 70 ปี จำนวน 404 คน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 - 30 พฤศจิกายน 2562 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาพบว่า อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 42.64 ปี โดยกว่าร้อยละ 90.10 นับถือศาสนาพุทธ คะแนนเฉลี่ยของความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะเท่ากับ 6.20 จาก 10 คะแนน ระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 72.52 อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะเท่ากับ 41.29 จาก 50 คะแนน ระดับทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 74.01 อยู่ในระดับเป็นกลาง อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยร้อยละ 25.00 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่า ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ แผนงานและงบประมาณ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม สามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

ดังนั้น หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะควรต้องประเมินความคุ้มค่าประเมินทางสุขภาพและผลกระทบต่อต่าง ๆ ก่อนการปรับเปลี่ยนระบบการบริจาคอวัยวะ เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย แม้สุดท้ายการเปลี่ยนเป็นระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมไม่อาจเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย แต่หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะควรต้องดำเนินการเบื้องต้นบางอย่างเพื่อผ่อนคลายผลกระทบของสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคให้ได้มากที่สุด เช่น การทบทวนและออกแบบแนวทางใหม่ของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัว และการทบทวนแผนงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พัฒนามนุษย์และสังคม
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5987168420 : MAJOR HUMAN AND SOCIAL DEVELOPMENT

KEYWORD: Organ Donation, Opt-Out Organ Donation Policy, Opt-In Organ Donation Policy

Pawitra Kreethathorn : ORGAN DONATION SYSTEMS AS A SOLUTION TO THE ORGAN SHORTAGE IN THAILAND.

Advisor: Montakarn Chimmamee, Ph.D.

A woefully inadequate supply of donor organs in Thailand continues to worsen, especially when there are just not enough donor organs available to meet the nation's needs. This study primarily adopts an international comparison approach, to understand how organ donation policy is expressed in different countries. Specifically, it explores the knowledge, attitudes, and practices of Bangkokians towards presumed consent policy. Lastly, the study aims as well to investigate the success and failure factors of presumed consent policy implementation in Thailand.

A systematic review of available evidence suggested that defaults matter in organ donation. Many of the prior studies have been done indicating that rates of consent, donation, and transplantation were higher under presumed consent policies than under explicit consent policies. In answers to the second question, an individual survey was carried out between January and November 2019 with a representative sample of 404 Bangkokians (ages 20 to 70). Analysis of the responses demonstrated that the average age of the participants to be approximately 42.64 years. Nearly all participants (90.10%) were Buddhist. Importantly, our findings indicated that 72.52% of participants had moderately adequate knowledge, but merely 14.36% had favorable attitudes towards organ donation. While the sample averages for the knowledge and attitudes sections were 6.20 (out of 10) and 41.29 (out of 50), respectively. Furthermore, the study also determined that a majority of participants favoured a mandated choice policy and presumed consent policy over an explicit consent policy. Additionally, qualitative interview analysis revealed that these factors, including health human resources, medical equipment, hospital infrastructure, public health strategy, government budget, and socio-cultural beliefs and attitudes influenced presumed consent policy implementation in Thailand.

On this basis, it is recommended that policymakers must balance several other considerations to ensure that shifting to another system will boost donation and transplantation rates. This study also underscores the importance of an initial solution to the organ shortage crisis. Besides providing goods and services like prominent advertising campaigns, online donation tools, or an end-of-life conversation with family, initial feasible solutions vary. Most importantly, governments ought to focus on national public health campaigns' performance, shortage of public health specialists, while simultaneously investing in health care infrastructure to support organ procurement and transplantation.

Field of Study: Human and Social Development

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลหลายท่าน ทั้งนี้ ต้องขอกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.มนทกานต์ ฉิมمامิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนรองศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อรุโณทัย ดร.สุรางค์รัตน์ จำเนียรพล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานิสวรรค์ โคนะ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ผู้กรุณามอบแนวทาง คำปรึกษา ความช่วยเหลือ ตลอดจนข้อสังเกตต่าง ๆ ด้วยความความเอาใจใส่อย่างยิ่ง จนวิทยานิพนธ์นี้สามารถพัฒนาสำเร็จด้วยความเรียบร้อยสมบูรณ์ดี

นอกจากนี้ ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ถูกสัมภาษณ์ทุก ๆ ท่าน สำหรับการเป็นแหล่งข้อมูลอันสำคัญของการศึกษาค้นคว้านี้ ตลอดจนขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำหรับความเอื้ออาทร การสนับสนุน และคำแนะนำต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นกตัญญูตราบูชาแต่บิดา มารดา และครูอาจารย์ ในการประสิทธิ์ประสาทความรู้ คุณธรรม และจริยธรรม นับแต่อดีตจวบจนปัจจุบัน

ปวีตรา กรีธาธร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	6
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	6
1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร.....	6
1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา.....	7
1.4.4 ขอบเขตด้านพื้นที่.....	7
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความตาย	10
2.1.1 ความตายในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม.....	10
2.1.2 ความตายในมิติทางการแพทย์.....	12

2.1.3 ความตายในมิติทางกฎหมาย	13
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกาย	16
2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางกฎหมาย	16
2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางศาสนา	17
2.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
2.3.1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล.....	20
2.3.2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว.....	27
2.3.3 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้าง.....	28
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	34
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
3.1.1 ประชากร (Population)	35
3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample).....	35
3.1.3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)	37
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
3.2.1 แบบสอบถาม	38
3.2.2 แบบสัมภาษณ์.....	39
3.2.3 เทคนิคการให้คะแนนและการแปลความหมาย	39
3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40
3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	41
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.5.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)	41
3.5.2 การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research).....	42
3.5.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview).....	42

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	43
3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	43
3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	43
บทที่ 4 ระบบการบริจาคอวัยวะ.....	44
4.1 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะ	44
4.1.1 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะของโลก	44
4.1.2 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะของไทย.....	49
4.2 ระบบการบริจาคอวัยวะ	53
4.2.1 การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง	53
4.2.2 การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง: สหรัฐอเมริกา.....	54
4.2.3 การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม	55
4.2.4 การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม: สเปน.....	56
4.2.5 การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง	58
4.2.6 การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง: รัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา	58
4.2.7 มาตรการสนับสนุนระบบการบริจาคอวัยวะ.....	59
4.3 ระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทย	65
4.3.1 เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะบริจาค	66
4.3.2 เกณฑ์การเลือกผู้บริจาคอวัยวะ	68
4.3.3 การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	69
4.3.4 ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย.....	71
บทที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	75
5.1.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร.....	75

5.1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในเขต กรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ.....	79
5.1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในเขต กรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม จำแนกตามการแสดงความ จำนงบริจาคอวัยวะ	87
5.1.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับความรู้ความ เข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาค อวัยวะแบบถ้อยยินยอม.....	91
5.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ.....	92
5.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	92
5.2.2 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย	93
บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	108
6.1 ระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยและต่างประเทศ	108
6.2 ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการ บริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม	111
6.2.1 ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ	111
6.2.2 ทักษะคิดของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ	112
6.2.3 พฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ.....	115
6.3 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม เพื่อ แก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย	116
6.3.1 ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่	116
6.3.2 แผนงานและงบประมาณ	117
6.3.3 อิทธิพลทางสังคม.....	118
6.4 ข้อเสนอแนะ	122
บรรณานุกรม.....	123

ภาคผนวก.....	130
ประวัติผู้เขียน.....	162



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ	32
ตารางที่ 2 จำนวนประชากรกรุงเทพมหานครจากการทะเบียน จำแนกตามรุ่นอายุ ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561.....	36
ตารางที่ 3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จำแนกตามรุ่นอายุ (Generation).....	37
ตารางที่ 4 สัดส่วนของแบบสอบถามแบบกระดาษและแบบสอบถามออนไลน์ต่อกลุ่มตัวอย่างของแต่ละรุ่นอายุ	42
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราการบริจาคอวัยวะ - การปลูกถ่ายอวัยวะ พ.ศ. 2560	48
ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบลำดับเหตุการณ์การปลูกถ่ายอวัยวะของต่างประเทศและประเทศไทย	49
ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมองตาย ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	51
ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการบริจาคอวัยวะภายใต้พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (HOTA) และพระราชบัญญัติทางการแพทย์เพื่อการบำบัดโรคการศึกษา และการวิจัย (MTERA)	60
ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะ	65
ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์.....	76
ตารางที่ 11 ร้อยละของการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามรุ่นอายุ.....	78
ตารางที่ 12 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ.....	82
ตารางที่ 13 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ (รายชื่อ)	82
ตารางที่ 14 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ.....	84

ตารางที่ 15 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ.....	84
ตารางที่ 16 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ (รายข้อ)	85
ตารางที่ 17 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ.....	86
ตารางที่ 18 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ แบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ.....	86
ตารางที่ 19 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค อวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ.....	89
ตารางที่ 20 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค อวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ.....	89
ตารางที่ 21 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำ แนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	90
ตารางที่ 22 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ.....	90
ตารางที่ 23 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ แบบถือว่ายินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	91
ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และ พฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะ	92
ตารางที่ 25 อิทธิพลต่อสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายิน ยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย	106
ตารางที่ 26 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	141
ตารางที่ 27 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายตับ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	142

ตารางที่ 28 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายหัวใจ หัวใจและปอด ปอด ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.143

ตารางที่ 29 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561..... 143

ตารางที่ 30 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับอ่อน ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 144

ตารางที่ 31 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกวิสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561..... 144

ตารางที่ 32 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสมทบศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561..... 145



สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1	จำนวนผู้รออวัยวะ ผู้บริจาคอวัยวะ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) ของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	2
แผนภูมิที่ 2	จำนวนผู้รออวัยวะรายใหม่ ผู้เสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ และผู้รออวัยวะ (ทุกอวัยวะ) ของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	3
แผนภูมิที่ 3	จำนวนผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	53
แผนภูมิที่ 4	การเปรียบเทียบแหล่งที่รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560	70
แผนภูมิที่ 5	จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560	71
แผนภูมิที่ 6	จำนวนผู้รอรับไต ผู้บริจาคไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	132
แผนภูมิที่ 7	จำนวนผู้รอรับตับ ผู้บริจาคตับ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	133
แผนภูมิที่ 8	จำนวนผู้รอรับหัวใจ ผู้บริจาคหัวใจ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	134
แผนภูมิที่ 9	จำนวนผู้รอรับหัวใจและปอด ผู้บริจาคหัวใจและปอด และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจและปอด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561.....	135
แผนภูมิที่ 10	จำนวนผู้รอรับปอด ผู้บริจาคปอด และผู้ได้รับการปลูกถ่ายปอด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	136
แผนภูมิที่ 11	จำนวนผู้รอรับตับและไต ผู้บริจาคตับและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับและไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	137
แผนภูมิที่ 12	จำนวนผู้รอรับตับอ่อนและไต ผู้บริจาคตับอ่อนและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561	138

แผนภูมิที่ 13 จำนวนผู้รับหัวใจและไต ผู้บริจาคหัวใจและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจและไต
ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 139

แผนภูมิที่ 14 จำนวนผู้รับตับอ่อน ผู้บริจาคตับอ่อน และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อน ตั้งแต่ 1
มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 140



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

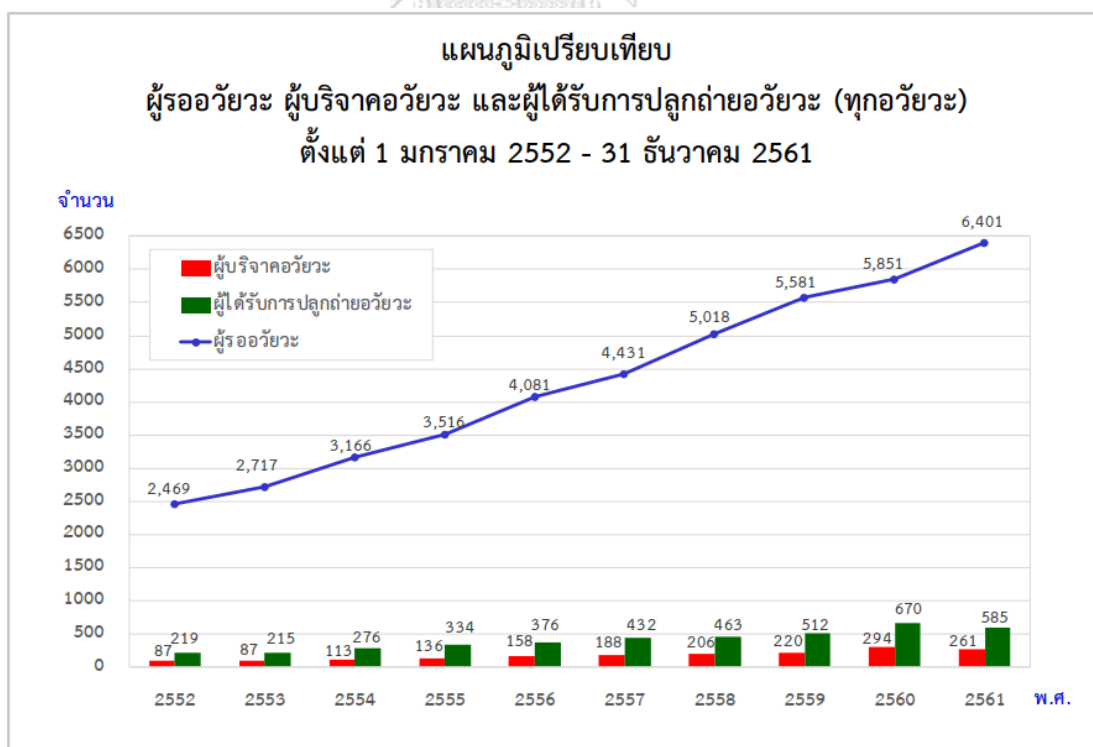
แม้วิวัฒนาการทางการแพทย์และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ได้ช่วยให้เฝ้าพันธุ์มนุษย์สามารถดำรงอยู่ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพและยาวนานมากยิ่งขึ้น แต่การมีชีวิตยืนยาวอาจต้องสะดุดหยุดลง หากเกิดกรณีที่อวัยวะสำคัญนั้น ๆ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรืออาจหยุดการทำงานโดยสมบูรณ์ จนทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อร่างกาย ก่อปรกักับการรักษาด้วยการสร้างเสริมและดำรงประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะนั้น ๆ ได้ผลไม่ดีนัก จนกลายเป็นความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และการต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลระยะยาว ด้วยเหตุนี้การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Transplantation) ได้กลายเป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับอวัยวะมนุษย์ที่เสื่อมถอยจนไม่อาจฟื้นกลับคืนดังเดิม อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการปลูกถ่ายอวัยวะมิได้ขึ้นอยู่กับความก้าวหน้าของระบบสาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์อันทันสมัยเท่านั้น หากแต่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดหาอวัยวะบริจาคให้กับผู้รอรับอวัยวะที่มีอยู่เป็นจำนวนมากอีกด้วย

ปัจจุบัน แม้เทคโนโลยีด้านอวัยวะเทียม (Artificial Organ Technology) และการพิมพ์ชีวภาพสามมิติ (3D Bioprinting) ได้เจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็ว แต่อวัยวะสังเคราะห์ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างการพัฒนาเพื่อศึกษาผลการทำงานและความปลอดภัย ดังนั้น ในการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะบางอย่างแก่ผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวระยะสุดท้าย ผู้ป่วยต้องรออวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะ 2 กลุ่มคือ ‘ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (Living Donor)’ อวัยวะที่ผู้บริจาคประเภทนี้สามารถบริจาคได้ประกอบด้วยไตและตับเพียงบางส่วน นอกจากนี้ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้รับอวัยวะ หรือต้องเป็นสามีภรรยาอันชอบด้วยกฎหมายอย่างน้อย 3 ปี หรืออยู่กินฉันสามีภรรยาอย่างเปิดเผยกับผู้รับอวัยวะอย่างน้อย 3 ปี เว้นแต่กรณีมีบุตรธิดาร่วมกันเท่านั้น ฉะนั้น หากปราศจากญาติทางสายเลือดหรือคู่สมรสที่สามารถบริจาคอวัยวะให้กันได้ เนื่องจากความเข้ากันไม่ได้ของเนื้อเยื่อ หรือสุขภาพของผู้บริจาคไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยรายนี้ต้องรออวัยวะจาก ‘ผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor)’ อันประกอบด้วยผู้บริจาคอวัยวะที่ระบบการไหลเวียนเลือดหยุดทำงาน (Donation after Circulatory Death - DCD) และกลุ่มผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย (Donation after Brain Death - DBD) อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวถือว่าน้อยมากเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย ผลการสำรวจกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ปี 2559 โดย Global

Observatory on Donation and Transplantation (2019) พบว่า กว่าร้อยละ 80.23 ของกลุ่มผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตทั่วโลก 34,854 ราย เป็นผู้เสียชีวิตสมองตาย

บุคคลที่สมองตายถือเป็นผู้ถึงแก่ความตายในทางกฎหมายและทางการแพทย์ เนื่องจากอาการสมองตาย (Brain Death) เป็นอาการที่ก้านสมองถูกทำลายจนสูญเสียการทำงานโดยสิ้นเชิงตลอดไป ไม่สามารถเยียวยารักษาให้กลับคืนได้อีก แต่ขณะที่สมองตายหากหัวใจเต้นอยู่ อวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด ตับ ไต ตับอ่อน และกระเจกตา จะสามารถทำงานต่อเนื่องไปอีกสักระยะ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยสมองตายได้กลายเป็นสภาพที่เหมาะสมต่อการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ อย่างไรก็ตาม การได้มาซึ่งอวัยวะบริจาคจากผู้เสียชีวิตด้วยอาการสมองตายถือเป็นเรื่องยากในทางปฏิบัติ เนื่องจากอวัยวะที่เหมาะสมสำหรับการปลูกถ่ายอวัยวะต้องอยู่ในสภาพสมบูรณ์มากที่สุด และต้องผ่านการตรวจสอบเนื้อเยื่อ (Human Leukocyte Antigen) เพื่อดูความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อระหว่างผู้บริจาคและผู้รับอวัยวะ อีกทั้งเมื่อความละเอียดซับซ้อนทางการแพทย์ผนวกเข้ากับค่านิยม ความเชื่อ ทัศนคติ การขาดความรู้ความเข้าใจ และความต้องการอวัยวะมนุษย์ที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี การขาดแคลนอวัยวะบริจาคจากผู้ป่วยสมองตายจึงกลายเป็นปัญหาสากลที่พบในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย

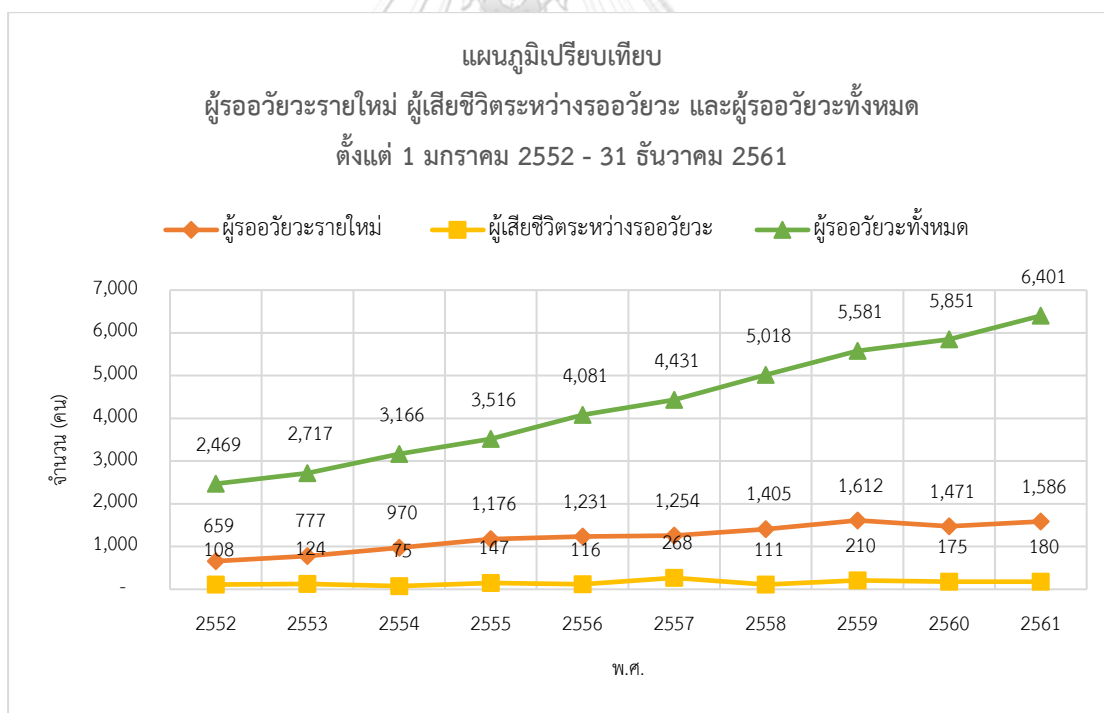
แผนภูมิที่ 1 จำนวนผู้รออวัยวะ ผู้บริจาคอวัยวะ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) ของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

สำหรับภาพรวมสถานการณ์การบริจาคอวัยวะ การรอรับอวัยวะบริจาค และการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยตามรายงานประจำปี 2561 ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย พบว่าจำนวนผู้รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะได้พุ่งสูงถึง 6,401 ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 9.40 จากปีก่อน ส่วนผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) กลับเหลือจำนวนเพียง 585 คน จากจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ (Actual Deceased Organ Donor) 261 คน หรือคิดเป็นจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ 3.9 คนต่อประชากร 1 ล้านคน สถิติข้างต้นบ่งชี้ถึงอัตราการยินยอมบริจาคอวัยวะ (Consent Rate) ของคนไทยอยู่ในระดับต่ำมาก จนส่งผลกระทบต่อความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานอวัยวะบริจาคทำยที่สุดกลายเป็นชนวนไปสู่วิกฤติการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย นอกจากนี้ อัตราการขยายตัวของช่องว่างระหว่างอุปสงค์และอุปทานอวัยวะบริจาคที่ขยายตัวต่อเนื่องทุกปี (แผนภูมิที่ 1) ได้สะท้อนชัดถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคอย่างเร่งด่วน เพื่อลดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์อันมีค่าจากการเสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ

แผนภูมิที่ 2 จำนวนผู้รออวัยวะรายใหม่ ผู้เสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ และผู้รออวัยวะ (ทุกอวัยวะ) ของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

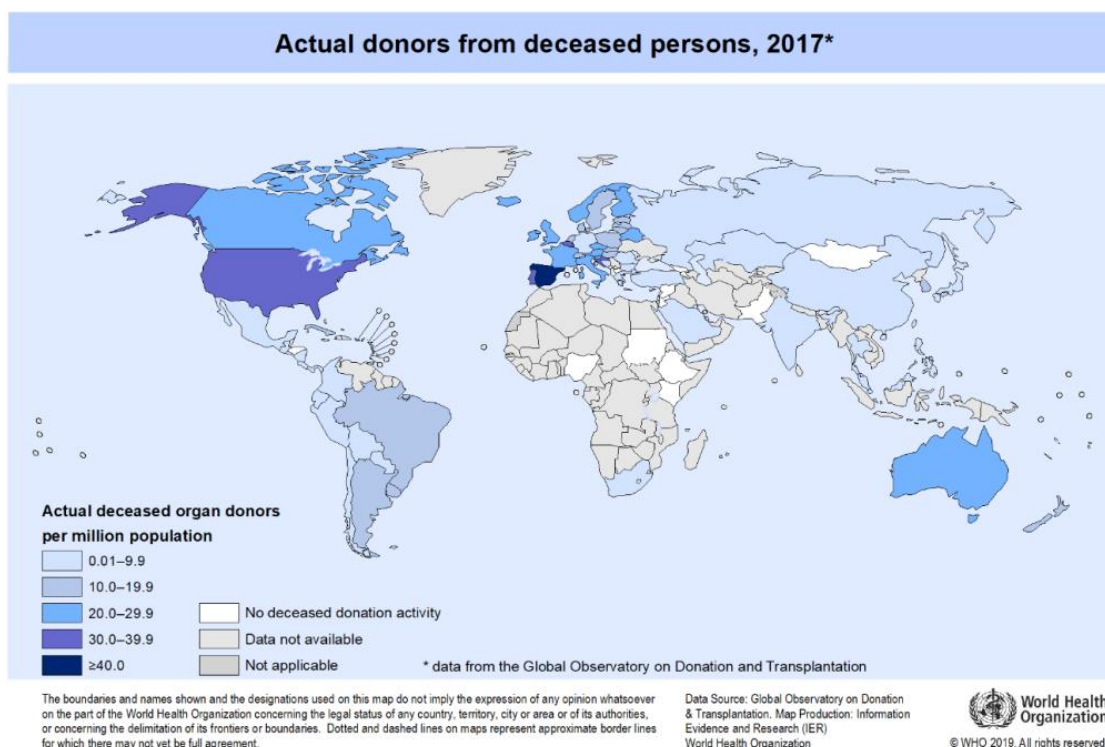


ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

อย่างไรก็ดี แม้ตัวเลขคาดการณ์ผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor) ของประเทศไทยสูงถึงปีละกว่า 2,000 คน (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย, 2561) แต่เนื่องจากการปลูกถ่ายอวัยวะประกอบด้วยกระบวนการหลายขั้นตอน ตั้งแต่การเสาะหาผู้มี

คุณสมบัติเหมาะสมในการบริจาคอวัยวะ การวินิจฉัยสมองตาย การขอบริจาคอวัยวะ การดูแลรักษาอวัยวะให้มีสภาพที่เหมาะสมที่สุดก่อนนำไปปลูกถ่าย ตลอดจนการประสานงานเพื่อให้ได้มาซึ่งความร่วมมือในกระบวนการบริจาคอวัยวะ กระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่ผ่านกระบวนการบริจาคอวัยวะจนสามารถผ่าตัดสำเร็จ (Actual Donor) และผู้บริจาคอวัยวะที่สามารถนำอวัยวะไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นได้จริง (Utilized Donor) ให้น้อยลงจากเดิม จนส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการเสียชีวิตของผู้รอรับอวัยวะจำนวนมากจากการไม่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างทันท่วงที

ปัจจุบัน แนวทางและตัวอย่างการจัดการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคปรากฏออกมามากมายหลายรูปแบบ บ้างถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักถึงความไม่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การใช้อวัยวะจากนักโทษประหารของจีนในอดีต ก่อนที่รัฐบาลจีนได้ออกมาประกาศยกเลิกโดยให้มีผลอย่างสมบูรณ์ภายในปี 2558 การเสนอให้การซื้อขายอวัยวะมนุษย์เป็นเรื่องถูกกฎหมายตามหลักการคิดแก้ปัญหาแบบเศรษฐศาสตร์ หรือการสร้างแรงจูงใจในการบริจาคอวัยวะแก่สาธารณชนด้วยสิ่งตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น เงิน เกียรติบัตรเชิดชูเกียรติ พวงหรีด ทิปศพ หรือสิทธิพิเศษ (Higher Priority) บนระบบรายชื่อผู้รอรับอวัยวะในยามที่เขาเหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ฯลฯ บ้างเป็นแนวทางที่ถือปฏิบัติกันมาอย่างยาวนาน เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชนผ่านภาพยนตร์โฆษณา เอกสารเผยแพร่ งานบรรยาย และกิจกรรมการประกวดสื่อรณรงค์ ตลอดจนการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านช่องทางต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการติดตั้งระบบการยื่นแบบผ่านอินเทอร์เน็ต การให้บริการรับบริจาคอวัยวะพ่วงกับการยื่นคำร้องขอมีบัตรประจำตัวประชาชนหรือใบอนุญาตขับขี่ และการออกหน่วยเคลื่อนที่บริการประชาชน ในขณะที่บางประเทศตัดสินใจเลือกใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Presumed Consent System หรือ Opt-Out System) โดยปกติระบบดังกล่าวจะกำหนดให้ประชาชนทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ ส่วนผู้ไม่มีความประสงค์จะบริจาคอวัยวะสามารถแสดงความจำนงถอนชื่อออกจากระบบได้ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมนี้ถูกใช้กันอย่างแพร่หลายในหลาย ๆ ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย เบลเยียม สาธารณรัฐเช็ก ฟินแลนด์ ฝรั่งเศส ฮังการี อิตาลี โปแลนด์ โปรตุเกส สิงคโปร์ สเปน ฯลฯ อีกทั้งเมื่อพิจารณารายงานการศึกษาเรื่อง Defaults and Donation Decisions ของเอริก จอห์นสัน และแดน โกลด์สไตน์ (Johnson & Goldstein, 2004) พบว่า ประชาชนในประเทศออสเตรเลีย ฝรั่งเศส ฮังการี โปแลนด์ และโปรตุเกส เพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่แสดงความจำนงไม่ขอร่วมบริจาคอวัยวะ ดังนั้น อาจไม่ใช่เรื่องแปลกที่จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน (Per Million Population: PMP) ในกลุ่มประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมจะพุ่งสูงติดอันดับโลกแทบทุกปี



ภาพที่ 1 แผนที่แสดงจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน พ.ศ. 2560
ที่มา : Global Observatory on Donation and Transplantation (2019)

อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคถือเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมถูกปรับใช้ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมอันหลากหลายของประเทศไทย ระบบดังกล่าวจะสามารถนำพาให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านการเพิ่มอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Consent Rate หรือ Registration Rate) อัตราการบริจาคอวัยวะ (Donation Rate หรือ Procurement Rate) และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplantation Rate) เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ จนสามารถคลี่คลายสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศได้หรือไม่ นอกจากนี้ ด้วยข้อแตกต่างในสาระสำคัญเมื่อเทียบกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง (Explicit Consent System หรือ Opt-In System) ที่ใช้กันปัจจุบันในประเทศไทย การศึกษาค้นคว้าอย่างละเอียดรอบคอบในมิติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมย่อมนำไปสู่ผลการศึกษาที่ก่อให้เกิดประโยชน์แก่หน่วยงานภาครัฐ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ นักวิชาการ และผู้รู้ผู้เชี่ยวชาญในแขนงต่าง ๆ ในการวางแผนพัฒนาระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยให้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยจำนวนมากที่รอคอยความหวังในการกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติอีกครั้ง

1.2 คำถามในการวิจัย

1. ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย
3. รูปแบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิแขนงต่าง ๆ มีลักษณะเช่นใด

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยและต่างประเทศ
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม
3. เพื่อค้นหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มุ่งเน้นการค้นหาคำตอบเกี่ยวกับข้อดีข้อด้อยของระบบการบริจาคอวัยวะประเภทต่าง ๆ ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ตลอดจนอิทธิพลแวดล้อมต่าง ๆ อันเป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

การศึกษานี้ครอบคลุมความหลากหลายของตัวแปรด้านประชากรศาสตร์ เช่น เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในขอบเขตการศึกษานี้ ได้แก่ บุคคลสัญชาติไทยอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 70 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ส่วนผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ในการศึกษานี้แบ่งย่อยออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ลงทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ 2) ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 3) ญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต 4) ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 5) ญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ และ 6) ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialists) หรือผู้ทรงคุณวุฒิอื่นประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์รับบริจาค

อวัยวะ สภาวิชาชีพไทย บุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย

1.4.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ เริ่มตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2560 - 30 พฤศจิกายน 2563 ระยะเวลาการดำเนินโครงการศึกษา 3 ปี 3 เดือน

1.4.4 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครเท่านั้น เนื่องจากกรุงเทพมหานครถือเป็นศูนย์กลางเครือข่ายการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทย ดังจะเห็นได้จากจำนวนโรงพยาบาลสมาชิก ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ที่ตั้งอยู่เป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ตลอดจนสถานที่ตั้งของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ นั้นเอง

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กระบวนการบริจาคอวัยวะ หมายถึง การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งอวัยวะบริจาค เริ่มตั้งแต่การพิจารณาหาผู้ที่จะบริจาคได้ การประเมินสภาพของผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัยสมองตาย การให้ข้อมูลและการเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากญาติ การจัดสรรอวัยวะ การผ่าตัดนำอวัยวะออก ตลอดจนการดูแลญาติและร่างผู้บริจาคภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น โดยในแต่ละรายอาจจะมีการเรียงลำดับของกิจกรรมที่แตกต่างกัน

2. การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง (Explicit Consent System หรือ Opt-In System) หมายถึง การให้อวัยวะ เช่น หัวใจ ตับ ไต ปอด และอวัยวะอื่น ๆ เพื่อนำไปเปลี่ยนถ่ายแก่ผู้รอรับอวัยวะเมื่อผู้บริจาคอวัยวะเสียชีวิต ระบบการบริจาคอวัยวะนี้กำหนดให้การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะสามารถกระทำได้ตั้งแต่ตอนยังมีชีวิตอยู่ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยสมองตายมิได้ดำเนินการขณะมีชีวิตอยู่ ให้ถือว่าการได้รับความยินยอมจากผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (Surrogate Decision Maker) เป็นที่สุด

3. การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Presumed Consent System หรือ Opt-Out System) หมายถึง การให้อวัยวะ เช่น หัวใจ ตับ ไต ปอด และอวัยวะอื่น ๆ เพื่อนำไปเปลี่ยนถ่ายแก่ผู้รอรับอวัยวะเมื่อผู้บริจาคอวัยวะเสียชีวิต ระบบการบริจาคอวัยวะนี้กำหนดให้ประชาชนทุกคนที่คุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์ถือเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ ส่วนผู้ไม่มีความประสงค์จะบริจาคอวัยวะสามารถแสดงความจำนงถอนชื่อของตนออกจากระบบได้ตลอดเวลา

4. ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (Living Donor) หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตที่ยินยอมบริจาคอวัยวะของตน อันได้แก่ ไต หรือตับบางส่วน เพื่อนำไปเปลี่ยนถ่ายแก่ผู้รอรับอวัยวะ ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริจาคที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดที่สามารถพิสูจน์ได้ทางกฎหมาย หรือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Living Related Donor) และผู้บริจาคที่ไม่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันทางสายเลือด (Living Unrelated Donor) เช่น มิตรสหาย เพื่อนร่วมงาน หรือคู่สมรสของผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ เพื่อป้องกันปัญหาการค้าอวัยวะมนุษย์ (Human Organ Trafficking) บางประเทศได้กำหนดให้ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตเป็นได้เพียงญาติทางสายเลือด หรือคู่สมรสของผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะเท่านั้น

5. ผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) หมายถึง ผู้เสียชีวิตสมองตาย (Brain-Dead Person) บางประเทศหมายรวมถึงผู้เสียชีวิตจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว ที่ยินยอมบริจาคอวัยวะด้วยตนเอง หรือได้รับความยินยอมจากผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (Surrogate Decision Maker) ให้หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะนำไปจัดสรรแก่โรงพยาบาลสมาชิก เพื่อนำไปเปลี่ยนถ่ายแก่ผู้รับอวัยวะต่อไป

6. อาการสมองตาย (Brain Death) หมายถึง การที่แกนสมองถูกทำลายจนสิ้นสุดการทำงานโดยสิ้นเชิงตลอดไป บุคคลที่อยู่ในอาการสมองตายเป็นที่ยอมรับได้ว่าเป็น ‘การตายของบุคคล’ ตามบทนิยามในข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2551 เนื่องจากการรักษาใด ๆ ก็มีโอกาสทำให้บุคคลที่อยู่ในอาการสมองตายกลับฟื้นคืนชีวิตได้ ทั้งนี้ โดยปกติเมื่อสมองตายอวัยวะอย่างอื่นจะค่อย ๆ ลดการทำงานลง และหยุดทำงานในที่สุด

8. ผู้รับอวัยวะ หมายถึง ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนรับการปลูกถ่ายอวัยวะไว้กับหน่วยงานกลางด้านการบริจาคอวัยวะอย่างศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (The Thai Red Cross Organ Donation Centre)

9. ความสำเร็จของการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม หมายถึง การบรรลุเป้าหมายจากการเปลี่ยนสู่ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ทั้งนี้ ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามระบบดังกล่าวแบ่งเป็น 2 ระดับ ระดับแรกเป็นความสำเร็จเบื้องต้นของภาคประชาชน กล่าวคืออัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Consent Rate หรือ Registration Rate) เพิ่มขึ้น ส่วนความสำเร็จระดับต่อมาอิงจากการเพิ่มของอัตราการบริจาคอวัยวะ (Donation Rate หรือ Procurement Rate) และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplantation Rate) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการบริหารจัดการทางการแพทย์

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถอธิบายระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ตลอดจนสามารถระบุอิทธิพลแวดล้อมต่าง ๆ

อันเป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการนำระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมไปปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพในประเทศไทย

2. ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนกลยุทธ์ การรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงระบบการรับบริจาคอวัยวะของประเทศไทย เพื่อเพิ่ม อัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาค และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ

3. สามารถนำเสนอแนวทางการพัฒนารูปแบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมที่มี ประสิทธิภาพในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิแขนงต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาคาดแคลนอวัยวะบริจาค ของประเทศไทยอย่างยั่งยืน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการปรับจูนวิถีชีวิตเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนวัยชราของประเทศไทย’ ผู้ศึกษาได้ทบทวนกรอบแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความตาย
2. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกาย
3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับความตาย

การเกิด การแก่ การเจ็บ และการตาย สิ่งเหล่านี้เป็นวัฏจักรธรรมชาติของมนุษย์ แม้ความตายถือเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องพบเจอในชีวิต แต่มนุษย์จะเดินถึงจุดดังกล่าวของชีวิตตอนอายุที่แตกต่างกันด้วยสาเหตุหลายอย่าง ทั้งนี้ ‘ตาย’ ตามความหมายของพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. พ.ศ. 2554 หมายถึง สิ้นใจ, สิ้นชีวิต, ไม่เป็นอยู่ต่อไป, สิ้นสภาพของการมีชีวิต, เช่น สภาวะสมองตาย ส่วนความตายตามความหมายของ United Nations Department of Economic and Social Affairs (2014) หมายถึง การสูญหายอย่างถาวรของหลักฐานทั้งหมดแห่งชีวิต ณ เวลาใดเวลาหนึ่งหลังการเกิดรอด กล่าวคือระบบสำคัญของร่างกายหยุดทำงานโดยไม่สามารถช่วยให้ฟื้นคืนได้ ทั้งนี้ นิยามความตายของสำนักงานกิจการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติไม่รวมถึงการตายของทารกในครรภ์ (Foetal Death) อย่างไรก็ตามจากความหมายของความตายดังกล่าวมาข้างต้น แนวคิดสำคัญเกี่ยวกับความตายในด้านต่าง ๆ รายละเอียดดังนี้

2.1.1 ความตายในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

แม้ความตายถือเป็นความอัปมงคลที่ประชาชนบางส่วนมองว่าไม่ควรนำมาพูดเล่นกัน แต่ปัจจุบันประชาชนบางส่วนเปิดใจกับความตายมากขึ้น ความตายถูกพูดถึงด้วยความหลากหลาย เช่น การระลึกถึงความตาย การจัดการภาระเมื่อไร้ลมหายใจ การบริหารจัดการศพ ตลอดจนความตายแบบที่เลือกได้เอง

เมื่อความตายสามารถเกิดขึ้นกับมนุษย์ได้ตลอดเวลา การเรียนรู้จัดการความตายด้วยการระลึกถึงความตาย หรือ ‘มรณานุสติ’ กลายเป็นกิจกรรมที่ได้รับความนิยมจากประชาชนบางส่วน ทั้งนี้ เทศนาธรรมของพระราชาวิสุทธิประชาณาถ (ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, 2560) พบว่า มรณานุสติภาวนาสามารถปฏิบัติได้ด้วยการเจริญสติให้รู้ถึงความเป็นจริงของสภาวะธรรมและเหตุการณ์ต่าง ๆ

เนื่องจากความแก่ชรา ความเจ็บป่วย หรือความเสื่อมของสังขารย่อมทำให้เกิดเวทนาและความทุกข์ ดังนั้น เมื่อต้องการพ้นจากทุกข์ควรต้องฝึกเตรียมตัวตายด้วยการกำหนดลมหายใจเพื่อไปถึงแก่นของมรณานุสติ การเกิดดับอันเกิดจากการกำหนดลมหายใจเข้าออกย่อมทำให้เกิดอารมณ์ปีติคล้ายกับมองเห็นสภาวะธรรมที่เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป ด้วยเหตุนี้การหมั่นระลึกถึงความตายไม่ใช่เพื่อจะกลัวความตาย แต่เพื่อจะให้ผู้เจริญมรณานุสติภาวนารู้จักการดำรงชีวิตอยู่ในปัจจุบันขณะอย่างดีที่สุด กล่าวคือการดำรงชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาทนั่นเอง

นอกจากการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจสำหรับการเผชิญกับความตายอย่างรู้เท่าทันด้วยการเจริญมรณานุสติ การเตรียมความพร้อมทางด้านของนอกกายด้วยแนวคิด Döstädning หรือ Death Cleaning เองได้รับความสนใจจากคนจำนวนไม่น้อย Death Cleaning คือแนวคิดแบบมินิมอลลิสม์ (Minimalism) ว่าด้วยการจัดการสิ่งของก่อนความตายมาถึงตามแบบฉบับประเทศสวีเดน หลักการเบื้องต้นของแนวคิดคือการยอมรับว่าต้องตายอยู่ดีก่อนเข้าจัดการกับของขนาดใหญ่แต่แทบไม่ได้ใช้ในลำดับแรก นอกจากนี้ แนวคิด Death Cleaning ไม่เพียงแต่หมายถึงการจัดระเบียบสิ่งของแต่หมายรวมถึงการพิจารณาสิ่งของในความครอบครองอย่างละเอียดว่าอะไรต้องทิ้ง อะไรต้องมอบให้ใคร อะไรต้องขาย และอะไรที่พอเก็บไว้เพื่อการมีชีวิตอยู่จนจบจนบั้นปลาย ด้วยเหตุนี้แนวคิดดังกล่าวย่อมไม่ใช่แค่เรื่องของกาทิ้งสิ่งของแบบค่อยเป็นค่อยไป เพื่อลูกหลานไม่ต้องเหนียวกับการจัดการสิ่งของมากมายที่เหลืออยู่ แต่นับเป็นเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการซื้อขายและการเก็บรักษาด้วยเช่นกัน (ดวงกมล คงชนะเจริญชัย & พัทธมน วงษ์รัตน์, 2562)

อย่างไรก็ดี เมื่อการตายของมนุษย์ผูกโยงกับความเชื่อและวัฒนธรรม การจัดการกับร่างกายของผู้ตายแต่ละรายย่อมต่างกันออกไป ปัจจุบันการกำจัดร่างผู้ตายแบ่งออกได้อย่างน้อย 4 แบบ ได้แก่ การฝัง การเผา การทิ้งร่างเพื่อเป็นอาหารของสัตว์ป่า หรือเวหาฌาปนกิจ (Sky Burial) และการฌาปนกิจแบบอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม (Green Burial) นอกจากนี้ แม้ตัวเลือกอื่นอย่างการบริจาคร่างกายเพื่อสาธารณกุศลสำหรับคนที่ไม่ได้เคร่งศาสนา หรือเชื่อเรื่องภพชาติมากนัก แต่ท้ายที่สุดการจัดการกับร่างผู้ตายก็สอดคล้องตรงตามพิธีกรรมทางศาสนาของบุคคลดังกล่าวอยู่ดี (วรากรณ์ สามโกเศศ, 2561)

อย่างไรก็ตาม การฝังตามขนบนิยมของคริสต์ศาสนิกชน อิสลามิกชน โลกตะวันตก และกลุ่มอารยธรรมเอเชียสายจีน ตลอดจนการเผาที่แพร่หลายอย่างกว้างขวางในอารยธรรมเอเชียสายอินเดีย การจัดการกับร่างของผู้ตายด้วยแบบแผนข้างต้นกลับไม่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมเท่าใดนัก ทั้งนี้เนื่องจากการฝังศพตามแบบฉบับดังกล่าวโดยมากไม่ได้วางร่างลงเป็นเนื้อเดียวกับธรรมชาติ เพื่อให้ร่างเปื่อยยุ่ยย่อยสลายไปพร้อมกับดิน แต่กลับสรรหาวัสดุจำพวกคอนกรีต ไม้ หิน และเหล็ก สำหรับการทำหลุมและโลงศพ หรือแม้แต่ฟอร์มาลดีไฮด์สำหรับดองศพ เพื่อไม่ให้ศพเน่าเปื่อยเร็ว นอกจากนี้การเผาแต่ละครั้งกลับส่งผลกระทบต่อชั้นบรรยากาศโลกโดยตรง ด้วยเหตุนี้การฌาปนกิจแบบอนุรักษ์

สิ่งแวดล้อม (Green Burial) ได้กลายเป็นทางเลือกสำหรับผู้ต้องการลดภาระต่อสิ่งแวดล้อมเมื่อต้องจากโลกนี้ไป

ปัจจุบัน กระแสการมาปนกิจแบบอนุรักษสิ่งแวดล้อมได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น บางประเทศออกประกาศอนุญาตให้ประชาชนสามารถมาปนกิจร่างแบบอนุรักษสิ่งแวดล้อมบางประเภทได้ เช่น การเปลี่ยนร่างกายเป็นปุ๋ยตามธรรมชาติ (Human Composting) การแช่แข็งด้วยไนโตรเจนเหลว (Cryopreservation) แทนการเผาด้วยไฟแบบเดิม การจัดการศพแบบธรรมชาติในสุสานหน้าตาล้ำลายป่า (Woodland Burial) ตลอดจนการมาปนกิจด้วยน้ำ (Water Cremation) หรือการจัดการกับร่างของผู้ตายด้วยกระบวนการอัลคาไลน์ไฮโดรไลซิส (Alkaline Hydrolysis) ทั้งนี้ การมาปนกิจด้วยน้ำสามารถลดปัญหามลพิษทางอากาศที่เกิดจากการเผา เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวทิ้งคาร์บอนฟุตพริ้นท์ (Carbon Footprint) ไว้ในปริมาณน้อยกว่าจากการละลายร่างด้วยน้ำด่าง (Potassium Hydroxide) และความร้อน (เทพพิทักษ์ มณีพงษ์, 2560)

นอกจากร่างกายที่ต้องถูกบริหารจัดการเมื่อตายจากโลกนี้ไป ต้องอย่าลืมข้อมูลสารสนเทศจำนวนมากที่อาจหลงเหลืออยู่บนอินเทอร์เน็ต เนื่องจากปัจจุบันกิจกรรมและการดำเนินชีวิตของคนเปลี่ยนจากออฟไลน์มาเป็นออนไลน์มากขึ้น ดังนั้น การจัดการข้อมูลหลังความตาย (Cyber Funeral) เช่น ภาพถ่าย ข้อความ ตลอดจนข้อมูลส่วนตัวที่เคยลงทะเบียนไว้กับเว็บไซต์ต่าง ๆ นับว่าสำคัญอย่างยิ่ง กล่าวคือนอกจากข้อมูลดิจิทัลสำคัญกับทายาทในฐานะ ‘มรดก’ การจัดการจัดการข้อมูลหลังความตายอย่างรอบคอบย่อมเป็นการป้องกันไม่ให้นำข้อมูลของผู้ตายไปกระทำการอื่นใดด้วยเจตนาอันไม่บริสุทธิ์ หรือขัดความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน (ธเนศ รัตนกุล, 2562)

2.1.2 ความตายในมิติทางการแพทย์

ความตายทางกายที่ถือว่าตายในทางการแพทย์ต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ กล่าวคือ 1) แกนสมองของระบบประสาทกลางต้องหยุดทำงาน 2) ระบบไหลเวียนโลหิต หรือหัวใจต้องหยุดทำงาน และ 3) ระบบการหายใจ (ปอด) ต้องหยุดทำงาน (สุริยน มิ่งแก้ว, 2558) อย่างไรก็ตาม การกำหนดเกณฑ์การตายแบบดั้งเดิม (Classical Criteria) ที่ถือเอาการหยุดหายใจและอาการหัวใจหยุดเต้นอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากระบบดังกล่าวอาจได้รับการช่วยเหลือให้กลับฟื้นคืนมาได้ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ (CPR) หรือการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าหัวใจ (AED) แต่ระบบการทำงานของสมองไม่อาจใช้เครื่องมือทางการแพทย์ใดแทนได้ ด้วยเหตุนี้หากก้านสมอง (Brain Stem) หยุดการทำงานอย่างถาวร อวัยวะต่างๆ ในร่างกายย่อมหยุดการทำงานตามไปด้วย เนื่องจากก้านสมองเป็นศูนย์กลางควบคุมการนอนหลับ ความรู้สึกตื่นตัว สติสัมปชัญญะ ตลอดจนการทำงานของอวัยวะภายในบางชนิด การรักษาด้วยยาออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของหัวใจและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์บางอย่าง เช่น เครื่องช่วยหายใจ ย่อมกลายเป็นการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ หากการวินิจฉัยอาการสมองตายอ้างอิงเกณฑ์ตามประกาศแพทยสภาที่ 7/2554 เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตาย คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 4200/2559 (กองผู้ช่วยผู้พิพากษาศาลฎีกา, 2560) ออกมาว่า บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตายย่อมถือว่าบุคคลดังกล่าวถึงแก่ความตาย ส่วนการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างกายของผู้ที่อยู่ในอาการสมองตาย เพื่อนำเอาอวัยวะดังกล่าวไปทำการเปลี่ยนถ่ายแก่บุคคลอื่น ถือเป็นการกระทำต่อบุคคลที่ตายจากไปไม่มีสภาพเป็นบุคคลที่สามารถถูกฆ่าได้อีก ดังนั้น แพทย์ผู้ดำเนินการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างกายของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตายตามประกาศแพทยสภา ไม่ถือว่ากระทำความผิดฐานทำร้ายร่างกายผู้อื่นตามมาตรา 295 และความผิดฐานฆ่าผู้อื่นตามมาตรา 288 แห่งประมวลกฎหมายอาญา

2.1.3 ความตายในมิติทางกฎหมาย

เมื่อพิจารณาประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 วรรค 1 บัญญัติว่า ‘สภาพบุคคล ..สิ้นสุดลงเมื่อตาย’ อาจกล่าวได้ว่าการตายของบุคคลธรรมดาตามมาตรา 15 แบ่งออกเป็น 2 กรณี ได้แก่

1. การตาย (Death) หรือการสิ้นสภาพบุคคลตามธรรมชาติ กล่าวคือบุคคลจะถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ เมื่อหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ทั้งนี้ การประชุมโต๊ะกลมเรื่อง ‘การตายทางการแพทย์กับทางกฎหมาย’ ณ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม พ.ศ. 2531 ต่างเห็นพ้องต้องกันว่า การตายเป็นปัญหาข้อเท็จจริงทางการแพทย์ไม่ใช่ปัญหาข้อกฎหมาย (ส่วนนิติการมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 2561)

2. การสาบสูญ (Disappearance) หรือการสิ้นสภาพบุคคลด้วยผลของกฎหมาย กล่าวคือหากผู้ใดถูกศาลสั่งให้เป็นคนสาบสูญเท่ากับว่าถึงแก่ความตาย

ส่วนการตายผิดธรรมชาติตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 148 หมายถึง การที่บุคคลถึงแก่ความตายด้วยเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ กล่าวคือ 1) การฆ่าตัวตาย 2) การถูกผู้อื่นทำให้ตาย 3) การถูกสัตว์ทำร้ายตาย 4) การตายโดยอุบัติเหตุ และ 5) การตายโดยยังมีปรากฏเหตุ การตายผิดธรรมชาติด้วยสาเหตุเหล่านี้ต้องได้รับการชันสูตรพลิกศพจากพนักงานสอบสวนและแพทย์นิติเวชศาสตร์อย่างเร่งด่วน

1. ผลทางกฎหมายของการสิ้นสภาพบุคคล

ทั้งนี้ เนื่องจากประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 15 วรรคแรก บัญญัติว่า ‘สภาพบุคคลย่อมเริ่มแต่เมื่อคลอดแล้วอยู่รอดเป็นทารกและสิ้นสุดลงเมื่อตาย’ ดังนั้น การตายของบุคคลย่อมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบของคนรอบตัวในทางแพ่งและอาญา ดังนี้

สำหรับคดีแพ่ง (Civil Case) หรือคดีเกี่ยวกับการโต้แย้งสิทธิ หรือความจำเป็นต้องใช้สิทธิทางศาล เพื่อรับรองคุ้มครองสิทธิของตน เช่น การฟ้องให้ผู้กู้ชำระเงินตามสัญญา การฟ้องให้ผู้ทำ

ละเมิดخذใช้ค่าเสียหาย หรือการร้องขอให้ศาลมีคำสั่งแสดงกรรมสิทธิ์ในที่ดินโดยการครอบครอง
 ประปักษ์ (กองสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานศาลยุติธรรม, 2560) ความตายของบุคคลไม่ทำ
 ให้คดีที่ค้างพิจารณาอยู่สิ้นสุดไป เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้สามารถรับมรดกความกันได้ ตามหลัก
 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความแพ่งมาตรา 42 อย่างไรก็ตาม คดีที่ทายาทจะรับมรดกความได้
 ต้องเป็นคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน หรือสิทธิเกี่ยวกับทรัพย์สินของผู้ตายที่เป็นมรดกตกทอดไปสู่ทายาทได้
 ดังนั้น หากคดีใดเป็นคดีเกี่ยวกับสิทธิเฉพาะตัวของผู้ตายโดยแท้ เช่น สิทธิอาศัย สิทธิเก็บกิน หรือการ
 ถอนคืนการให้ ย่อมไม่อาจเข้าแทนที่รับมรดกความต่อไปได้

‘มาตรา 42 ถ้าคู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในคดีที่ค้างพิจารณาอยู่ในศาลได้มรณะเสียก่อนศาล
 พิพากษาคดี ให้ศาลเลื่อนการนั่งพิจารณาไปจนกว่าทายาทของผู้มรณะหรือผู้จัดการทรัพย์สินมรดกของผู้
 มรณะ หรือบุคคลอื่นใดที่ปกครองทรัพย์สินมรดกไว้ จะได้เข้ามาเป็นคู่ความแทนที่ผู้มรณะ โดยมีคำขอ
 เข้ามาเอง หรือโดยที่ศาลหมายเรียกให้เข้ามา เนื่องจากคู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีคำขอฝ่ายเดียว คำขอ
 เช่นว่านี้จะต้องยื่นภายในกำหนดหนึ่งปีนับแต่วันที่คู่ความฝ่ายนั้นมรณะ

ถ้าไม่มีคำขอของบุคคลดังกล่าวมาแล้ว หรือไม่มีคำขอของคู่ความฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งภายในเวลา
 ที่กำหนดไว้ ให้ศาลมีคำสั่งจำหน่ายคดีเรื่องนั้นเสียจากสารบบความ’

สำหรับคดีอาญา (Criminal Case) หรือคดีเกี่ยวกับการกระทำอันฝ่าฝืนข้อห้ามของกฎหมาย
 ที่บัญญัติว่าการกระทำดังกล่าวเป็นความผิด และปรากฏบทลงโทษทางอาญาเกี่ยวกับความผิดและ
 โทษอันกำหนดไว้ในประมวลกฎหมายอาญาและกฎหมายอื่น ๆ (กองสารนิเทศและประชาสัมพันธ์
 สำนักงานศาลยุติธรรม, 2560) ความตายของผู้กระทำผิด (จำเลย) ระหว่างการดำเนินคดีย่อมเป็นเหตุ
 ให้สิทธิในการดำเนินคดีกับผู้กระทำผิดระงับลง ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
 มาตรา 39 (1) เนื่องจากความรับผิดชอบทางอาญาและโทษทางอาญาถือเป็นเรื่องเฉพาะตัวของผู้กระทำ
 ความผิดโดยแท้ แต่หากผู้เสียหาย (โจทก์) ยื่นฟ้องต่อศาลและตายลง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา
 ความอาญา มาตรา 29 อนุญาตให้บุพการี ผู้สืบสันดานตามสายโลหิต ตลอดจนสามีหรือภริยาอันชอบ
 ด้วยกฎหมาย สามารถดำเนินคดีต่างผู้ตายต่อไป

‘มาตรา 29 เมื่อผู้เสียหายได้ยื่นฟ้องแล้วตายลง ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน สามีหรือภริยาจะ
 ดำเนินคดีต่างผู้ตายต่อไปก็ได้

ถ้าผู้เสียหายที่ตายนั้นเป็นผู้เยาว์ ผู้วิกลจริต หรือผู้ไร้ความสามารถ ซึ่งผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้
 อนุบาลหรือผู้แทนเฉพาะคดีได้ยื่นฟ้องแทนไว้แล้ว ผู้ฟ้องแทนนั้นจะว่าคดีต่อไปก็ได้’

2. การตายดี (Good Death)

ทั้งนี้ แม้ความตายเป็นสิ่งที่ทุกสรรพชีวิตบนโลกไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ แต่การตายอย่างสงบและ
 คงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ควรเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลสามารถเลือกได้เองหรือไม่ แนวคิดทำนองนี้
 นำไปสู่การเรียกร้องสิทธิการตาย (Right to Die) อันเป็นส่วนประกอบสำคัญของศักดิ์ศรีความเป็น

มนุษย์ (Human Dignity) บนแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ในส่วนของเสรีภาพ (Liberty) (อนัญพร พุทธิพิพร, 2558) ปัจจุบัน หลาย ๆ ประเทศ เช่น เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม ลักเซมเบิร์ก สวิตเซอร์แลนด์ หรือแม้แต่ประเทศไทย ต่างตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นของการตายดี หรือการมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต (Good Death) ทั้งนี้ ประเทศไทยรับรองสิทธิการตายดี (Right to a Good Death) ผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 อันบัญญัติว่า

‘มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่ากระทำความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง’

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ออกกฎกระทรวง ณ วันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2553 กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553 เพื่อกำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (Living Will) ตามมาตราดังกล่าว (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) อย่างไรก็ตาม อาจเนื่องจากการไม่แพร่หลายของพระราชบัญญัติ หรือการขาดการประชาสัมพันธ์และสื่อสารข้อมูลที่สร้างความเข้าใจแก่ประชาชนในวงกว้าง จนก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่ามาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 อนุญาตให้ทำการุณยฆาต (Euthanasia) หรือที่เรียกกันว่า Mercy Killing ได้

ทั้งนี้ หากจำแนกการุณยฆาตตามลักษณะของการกระทำอันเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตาย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การุณยฆาตเชิงรุก (Active Euthanasia) หรือการกระทำอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยตาย เพื่อให้พ้นจากความเจ็บปวดทรมานอย่างแสนสาหัส เช่น การให้ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท เพื่อให้ผู้ป่วยรายดังกล่าวหลับและจากไปอย่างสงบ 2) การุณยฆาตเชิงรับ (Passive Euthanasia) หรือการงด/ระงับการรักษาอันเป็นการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป ด้วยการไม่นำเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปบริการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่เน้นการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เพื่อให้ผู้ป่วยรายดังกล่าวพ้นจากความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต และจากไปอย่างสงบ และ 3) การุณยฆาตเชิงสงบ (Non - Aggressive Euthanasia) หรือการยุติการให้สิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ หากจำแนกการุณยฆาตตามเจตนาของบุคคลก่อนถึงแก่ความตาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) Voluntary

Euthanasia หรือการกระทำอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบตามความประสงค์ของบุคคลดังกล่าวที่ใคร่ครวญและตัดสินใจด้วยความรู้สดีอยู่ หรือตามความประสงค์ที่ผู้ป่วยได้ร้องขอเอาไว้ และ 2) Non - Voluntary Euthanasia หรือการกระทำอันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่อยู่ในสภาพที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ เช่น ออการหมดสติ (Coma) ตายโดยสงบตามความประสงค์ของผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (ยงยุทธ ภูประดับกฤต, 2563)

เมื่อพิจารณาบทบัญญัติมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบกับแนวคิดเรื่องการุณยฆาต อาจกล่าวได้ว่ามาตรา 12 บัญญัติออกมารองรับการกระทำในลักษณะการุณยฆาตเชิงรับเท่านั้น เนื่องจากบุคคลสามารถแสดงความต้องการไว้ล่วงหน้าด้วยการเขียนเอกสารแสดงเจตนาล่วงหน้าเกี่ยวกับการเลือกรูปแบบการรักษาสุขภาพในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living Will) หรือบางครั้งเรียกว่า Advance Directives ดังนั้น หลักการของมาตรา 12 ย่อมไม่ใช่การเร่งการตาย การยื้อความตายออกไปเรื่อย ๆ หรือแม้แต่การทอดทิ้งผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลรักษาแบบประคับประคองได้กระทำอย่างต่อเนื่องตลอดวาระสุดท้ายของชีวิต

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกาย

แนวความคิดด้านสิทธิในชีวิตและร่างกายอันเกี่ยวเนื่องกับพื้นฐานความคิด ทศนคติ และการแสดงออกของบุคคลต่อระบบการบริจาคอวัยวะประเภทต่าง ๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางกฎหมาย และแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางศาสนา

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางกฎหมาย

คำว่า ‘สิทธิ’ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม เช่น บุคคลมีสิทธิและหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญ เขามีสิทธิในที่ดินแปลงนี้ ในทางกฎหมาย ‘สิทธิ’ หมายถึง อำนาจที่กฎหมายรับรองให้กระทำการใด ๆ โดยสุจริตได้อย่างอิสระ แต่ต้องไม่กระทบกระเทือนถึงสิทธิของผู้อื่น ส่วน ‘เสรีภาพ’ หมายถึง ความสามารถที่จะกระทำการใด ๆ ได้ตามที่ตนปรารถนาโดยไม่มีอุปสรรคขัดขวาง เช่น เสรีภาพในการพูด เสรีภาพในการนับถือศาสนา, ความมีสิทธิที่จะทำอะไรก็ได้โดยไม่ละเมิดสิทธิของผู้อื่น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556)

ทั้งนี้ โดยพื้นฐานการรับรองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลแบ่งออกเป็น 3 แบบ ได้แก่ การบัญญัติรับรองเป็นลายลักษณ์อักษรโดยแจ้งชัดในรัฐธรรมนูญ การรับรองโดยปริยาย และการรับรองโดยคำวินิจฉัยของศาลรัฐธรรมนูญ สำหรับการรับรองสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของปวงชนชาวไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติรับรองอย่างชัดแจ้งในมาตรา 28 วรรคหนึ่งว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย นั้นแปลว่าตนเองเท่านั้นที่มีสิทธิเป็นเจ้าของชีวิตและร่างกายของตนเอง บุคคลอื่นใดไม่มีสิทธิมาพรากชีวิตไปจากตน หรือกระทำ

ทารุณกรรมต่อร่างกายของตนได้ ขณะเดียวกันก็มีเสรีภาพในการดำเนินชีวิตและใช้ร่างกายของตนได้อย่างอิสระตามที่ตนเองประสงค์และปรารถนาโดยปราศจากการบีบบังคับหรือบงการ นอกจากนี้ ด้วยเหตุที่รัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายไว้อย่างชัดเจนในหมวด 3 ได้ก่อให้เกิดผลโดยตรงต่อการจำกัดอำนาจรัฐในการกระทำการใดอันเป็นการละเมิด หรือกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของปวงชนชาวไทย โดยหากเกิดกรณีการใช้อำนาจรัฐจำกัดสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง บุคคลนั้นย่อมสามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญเพื่อใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้

อย่างไรก็ดี มาตรา 26 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้อนุญาตให้รัฐมีอำนาจออกกฎหมายเพื่อจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนได้ แต่ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ส่วนสิทธิและเสรีภาพประเด็นใดที่รัฐธรรมนูญมิได้บัญญัติเงื่อนไขไว้ กฎหมายดังกล่าวต้องมีลักษณะครบถ้วนดังต่อไปนี้ 1) ต้องไม่ขัดกับหลักนิติธรรม 2) ต้องไม่เพิ่มภาระหรือจำกัดสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลเกินสมควรแก่เหตุ 3) ต้องไม่กระทบต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ 4) ต้องระบุมเหตุผลความจำเป็นในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพไว้ด้วย และ 5) ต้องมีผลใช้บังคับเป็นการทั่วไปกับบุคคลทุกคน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันมิให้การจำกัดสิทธิและเสรีภาพเกินเลยจนกลับกลายเป็นการละเมิดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเสียเอง

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอมโดยพื้นฐานมิได้ส่งผลกระทบต่อภาวะอิสระ (Autonomy) ของปัจเจกบุคคลในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะ เนื่องจากผู้ไม่มีความประสงค์จะอุทิศอวัยวะสามารถแสดงความจำนงถอนชื่อของตนออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะได้ตลอดเวลา

ส่วนสิทธิเกี่ยวกับการจัดการร่างกายของผู้เสียชีวิต ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 1649 ได้กำหนดให้บุคคลตามลำดับก่อนหลังดังต่อไปนี้เป็นผู้มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดการศพ 1) บุคคลที่ผู้ตายกำหนดไว้ในพินัยกรรมให้เป็นผู้จัดการศพ 2) ผู้จัดการมรดกโดยพินัยกรรม 3) ทายาทโดยธรรมของผู้ตาย 4) บุคคลผู้ได้รับทรัพย์มรดกโดยพินัยกรรมเป็นจำนวนมากที่สุด และ 5) บุคคลที่ได้รับแต่งตั้งจากศาลให้เป็นผู้จัดการศพ ด้วยเหตุนี้การบริจาคอวัยวะของประเทศไทยอาจก่อให้เกิดสถานการณ์ย่อนแย้งได้ในหลายๆ ครั้ง โดยเฉพาะเมื่อญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไม่ลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะต่าง ๆ ของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะที่ได้เสียชีวิตลง จนการบริจาคอวัยวะดังกล่าวต้องเป็นอันยกเลิก

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในชีวิตและร่างกายทางศาสนา

ความคิดความเชื่อหลักของสังคมไทยอยู่บนรากฐานของแนวคิดและโลกทัศน์ของศาสนาผี ศาสนาพราหมณ์-ฮินดู และศาสนาพุทธ โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องการเวียนว่ายตายเกิด อันเป็นความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องชาติภพ ความเชื่อเรื่องบุญทำกรรมแต่ง และความเชื่อเรื่องผีสงนางไม้

การผสมผสานความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้คนไทยจำนวนมากนิยมสะสมบุญบารมีด้วยการทำบุญตักบาตร การสวดมนต์ไหว้พระ การรักษาศีล และการเจริญภาวนา เนื่องจากเชื่อว่าสัตว์โลกทั้งหลายต่างต้องเวียนว่ายตายเกิดในภพภูมิต่าง ๆ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด จนกว่าจะสิ้นกิเลสบรรลุนิพพาน ส่วนสิ่งมีชีวิตที่ไม่อาจหลุดพ้นจากสังสารวัฏจำต้องเพียรสะสมบุญบารมีไว้สำหรับชาติต่อไป เพราะบุญหรือบาปจะมีผลต่อการไปเกิดในภพต่อไป

ทั้งนี้ คำสอนทางพุทธศาสนาได้มุ่งเน้นให้พุทธศาสนิกชนขัดเกลากิเลสอันเป็นเครื่องร้อยรัดจิตใจให้จมในวัฏฏะ โดยพุทธศาสนิกชนควรพึงระลึกอยู่เสมอว่า กายนี้มีได้เป็นของผู้ใด หากเป็นเพียงกระแสบริจจสมุปปาท อันหมายถึงสิ่งที่ปัจจัยต่าง ๆ ประชุมตั้งขึ้น จนทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ขึ้น (พุทธทาสภิกขุ, 2546) ดังนั้น การฝึกการปล่อยวางจากความคิดเห็นว่าร่างกายนี้เป็นของตน (สักกายทิฎฐิ) ย่อมทำให้ผู้ละได้มองเห็นสภาพความเป็นจริงของสังขารได้อย่างชัดเจน กล่าวคือสิ่งหนึ่งสิ่งใดเกิดขึ้นเป็นธรรมดา สิ่งนั้นล้วนย่อมดับไปเป็นธรรมดา นอกจากนี้ การบริจาควัยวะเพื่อเพื่อนมนุษย์มิได้ปรากฏว่าเป็นข้อห้ามในทางพระพุทธศาสนาแต่อย่างใด ในทางกลับกันการบริจาควัยวะเป็นคุณธรรมสำคัญในหลาย ๆ คำสอน เช่น ทศพิธราชธรรม ทศบารมี ปัญจมหาบริจาค สังคหวัตถุ 4 และฆราวาสธรรม 4 โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริจาควัยวะถือเป็นบุญระดับสูงหรือ ‘อุปปารมี’ เนื่องจากการเสียสละอย่างใหญ่หลวงเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น ดังนั้น หากการบริจาควัยวะเกิดจากจิตอันเมตตาอย่างแท้จริงย่อมถือเป็นบุญอันยิ่งใหญ่ตามหลักพระพุทธศาสนา ส่วนความเชื่อเรื่องการบริจาควัยวะจะทำให้ชาติหน้ามีอวัยวะไม่ครบ สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตโต) (2542) ระบุว่า เรื่องดังกล่าวไม่เป็นความจริง โดยหากพิจารณาจากการบำเพ็ญบารมีของพระโพธิสัตว์ใน ‘สรีรราชชาดก’ การบริจาคนัยน์ตาของพระเจ้าสิริราชกลับส่งผลดีต่อพระองค์ เนื่องจากการบริจาควัยวะดังกล่าวเป็นเหตุให้พระองค์ทรงได้ ‘สมันตจักขุ’ หรือดวงตาอันมองเห็นโดยรอบในเวลาต่อมา นอกจากนี้ ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าจิตใจเป็นส่วนสำคัญในการปรุงแต่งสร้างสรรค์ ดังนั้น หากการบริจาควัยวะเป็นไปด้วยความยินดีเบิกบาน ความปรารถนาดี และความเมตตา จินตของผู้บริจาควัยวะได้สะสมความโน้มเอียงและพัฒนาความสามารถในทางที่ดีจนฝังลึก เมื่อไปเกิดใหม่จิตย่อมปรุงแต่งชีวิตของตนเองไปในทางอันดีงามสมบูรณ์

ส่วนศาสนาอิสลามถือว่าร่างกายของมนุษย์มิใช่กรรมสิทธิ์ของมนุษย์ตามข้อเท็จจริง หากแต่เป็นกรรมสิทธิ์ของพระองค์อัลลอฮ์ โดยมนุษย์เป็นเพียงผู้รับผิดชอบในการดูแลรักษาร่างกายของตนตลอดจนเป็นผู้ที่ถูกใช้ให้ดำเนินการตามขอบเขตแห่งความรับผิดชอบนั้นด้วยความเหมาะสม หากมนุษย์คนใดก้าวล่วงขอบเขตและดำเนินการกับร่างกายของตนด้วยสิ่งที่ค้านกับความเหมาะสม ถือว่ามนุษย์ผู้นั้นได้ทุจริตต่อความรับผิดชอบที่พระองค์อัลลอฮ์ได้ทรงมอบหมายเอาไว้ ดังนั้น การซื้อขายอวัยวะมนุษย์ถือเป็นเรื่องต้องห้ามอย่างเด็ดขาด โดยนอกจากจะเป็นการละเมิดต่อเกียรติของ

พระองค์ การซื้อขายอวัยวะมนุษย์ถือว่าเข้าข่ายการดำเนินการในกรรมสิทธิ์ที่เป็นของพระองค์อัลลอฮ์ โดยมีได้รับอนุญาต

ด้านการบริจาคอวัยวะของอิสลามิกชนในประเทศไทย คำวินิจฉัย (ฟัตวา) จุฬาราชมนตรี ที่ 11/2556 ระบุว่า ในภาวะปกติการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตและผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตเป็นสิ่งต้องห้าม ทั้งนี้ เพื่อเป็นการปกป้องศักดิ์และสิทธิ์แห่งความเป็นมนุษย์ การรักษาเกียรติของผู้เสียชีวิต ตลอดจนเพื่อมิให้เกิดการกระทำใด ๆ อันนำไปสู่การประทุษร้ายต่อศพ เว้นแต่กรณีที่มีความจำเป็นขั้นอุกฤษฏ์ตามคำชี้ขาดของแพทย์ผู้ชำนาญการ กล่าวคือผู้ป่วยรายดังกล่าวอาจเสียชีวิตหรือได้รับภัยร้ายแรงหากไม่ได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ อย่างไรก็ตาม การเอาประโยชน์จากอวัยวะของผู้เสียชีวิตจำเป็นต้องได้รับอนุญาตเสียก่อน กล่าวคือผู้เสียชีวิตได้สั่งเสียหรือทำพินัยกรรมในเรื่องดังกล่าวเอาไว้ก่อนการเสียชีวิต หรือญาติใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตยินยอมพร้อมใจให้ดำเนินการในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ การอนุญาตหรือการยินยอมให้ผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตต้องเป็นไปเพื่อการบริจาคเท่านั้น

ส่วนคริสต์ศาสนาเชื่อว่าชีวิตเป็นสิ่งสร้างของพระเจ้า โดยคริสต์ศาสนิกชนทุกคนควรดำเนินชีวิตตามพระกิตติคุณของพระเยซูคริสต์ด้วยการแสดงความรัก ความเมตตา และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์ ทั้งนี้ เมื่อสำนักวาติกันได้ประกาศยอมรับการปลูกถ่ายอวัยวะ การบริจาคอวัยวะและเนื้อเยื่อจึงถือเป็นการแสดงความรักและความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์ในอีกรูปแบบหนึ่ง โดยสมเด็จพระสันตะปาปาจอห์น ปอลที่ 2 (Pope John Paul II) ได้กล่าวถึงการบริจาคอวัยวะว่า คริสตจักรคาทอลิกสนับสนุนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการมีอยู่จริงของความต้องการผู้บริจาคอวัยวะ และบรรดาคริสเตียนควรยอมรับเรื่องนี้เป็น ‘ความท้าทายต่อความโอบอ้อมอารีและความรักฉันพี่น้อง’ トラบเท่าที่หลักจริยธรรมได้รับการถือปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด (United Network for Organ Sharing, 2000)

อาจกล่าวได้ว่า ความแตกต่างหลากหลายด้านการนับถือศาสนาของสังคมไทยส่งผลให้แต่ละหมู่เหล่าล้วนมีวิถีชีวิตที่ต่างกันไปตามความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม เฉกเช่นเดียวกับการยินยอมบริจาคอวัยวะของผู้ป่วยสมองตายแก่แพทย์ หรือแม้แต่การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อันเป็นเรื่องเกี่ยวกับร่างกาย ความตาย ความสูญเสีย ความโศกเศร้า รวมถึงความอยู่รอดของผู้ป่วยจำนวนมากที่อวัยวะเดิมเสื่อมสภาพจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ ความเชื่อและหลักธรรมคำสอนทางศาสนาได้ส่งอิทธิพลต่อการตัดสินใจในเรื่องดังกล่าวของคนไทยจำนวนมากไม่น้อย โดยความเชื่อและหลักธรรมคำสอนของศาสนาพุทธ ศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ บ้างถูกนำมาเป็นเครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนร่วมแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ขณะเดียวกันความเชื่อและหลักธรรมคำสอนของบางศาสนากลับเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขอรับบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยสมองตาย เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยรายอื่นต่อไป

2.3 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แม้ปริมาณการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยในรอบกว่า 10 ปี จะถือว่ามากพอสมควร แต่บทความวิชาการ รายงานการวิจัย และวิทยานิพนธ์โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาอิทธิพลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างในลักษณะต่าง ๆ ขณะที่งานวิจัยของไทยอีกบางส่วนมักกล่าวถึงอิทธิพลที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการขอรับบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายอวัยวะของบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมในบริบทของประเทศไทยกลับปรากฏให้เห็นไม่มากนัก อย่างไรก็ตาม เอกสารและงานวิจัยข้างต้นที่ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเพื่อนำมาปรับใช้ในการศึกษาครั้งนี้ สามารถจำแนกตามลักษณะการส่งผลต่อการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.3.1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับเอกสารและงานวิจัยด้านปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยวิทยานิพนธ์ บทความวิจัย และบทความวิชาการใน 5 หมวดหมู่ ได้แก่

1. เอกสารและงานวิจัยด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์

การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Research) ในกลุ่มผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จำนวน 400 คน ผลการศึกษาด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์พบว่า ระดับการศึกษาของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย สัมพันธ์กับความรู้และทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติจะแปรผันตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ($p = 0.001$) นอกจากนี้ ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ด้านระยะเวลาในการบริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างด้านอายุ ระยะเวลาในการบริจาคโลหิต และจำนวนครั้งที่บริจาคโลหิต มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้ ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะ ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

2. เอกสารและงานวิจัยด้านความเชื่อทางศาสนา

อาจกล่าวได้ว่า การตัดสินใจบริจาคอวัยวะของคนไทยจำนวนไม่น้อยได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนา อิทธิพลดังกล่าวนี้เห็นได้ชัดจากข้อค้นพบจากการศึกษาเรื่อง ‘วิกฤตการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ โดย สกานต์ บุณนาค (2556) พบว่า อุปสรรคของการบริจาคอวัยวะส่วนหนึ่งมาจากปัญหาด้านประชาชน โดยเฉพาะความเชื่อที่ว่าหากบริจาคอวัยวะไปชาติหน้าร่างกายจะไม่สมประกอบ ความเชื่อเช่นนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่อง ‘ทุนทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย’ โดย รพีพรรณ โพธิ์ประทับ (2557) พบว่า ความเชื่อถูกนำมาใช้เป็นเหตุผลหลักในการพิจารณาตัดสินใจบริจาคอวัยวะ โดยความเชื่อที่ครอบครัวผู้ป่วยสมองตายหยิบยกขึ้นมาใช้ได้แก่ ความเชื่อเรื่องบุญกุศล ความเชื่อเรื่องภพชาติหน้า และความเชื่อเรื่องตายไปโดยมีอวัยวะครบ 32 ส่วน ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) เรื่อง ‘ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข’ โดยพบว่า วัฒนธรรมและความเชื่อในสังคมมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยสมองตายในช่วงเวลาที่จำกัด กล่าวคือญาติผู้ป่วยสมองตายมีความเชื่อว่าการบริจาคอวัยวะอาจทำให้ชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ 32 บ้างก็กลัวว่าผู้ป่วยสมองตายจะเจ็บปวด จะมีแผลผ่าตัด จะดูไม่สวย นอกจากนี้ รายงานการวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุขเมธกุล และคณะ (2559) ได้แสดงข้อค้นพบไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยข้างต้น โดยการศึกษาเป็นการศึกษาแบบ Multi-Center Prospective Cohort Study ในโรงพยาบาลกว่า 19 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ญาติผู้ป่วยสมองตายปฏิเสธการยินยอมบริจาคอวัยวะ ได้แก่ ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับผลของการบริจาคอวัยวะในชาติหน้า ร้อยละ 38.7 กลัวผู้ป่วยเจ็บ ร้อยละ 22.3 และทำใจไม่ได้ ร้อยละ 21.2 ส่วนเหตุผลสำคัญที่ญาติผู้ป่วยยินยอมลงนามบริจาคอวัยวะ ได้แก่ ความต้องการให้ผู้ป่วยทำบุญเป็นครั้งสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ร้อยละ 77.5 และความต้องการให้อวัยวะเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ร้อยละ 11.3 นอกจากนี้ ในการคัดเลือกประชากรผู้ป่วยอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ได้รับบาดเจ็บทางสมองอย่างรุนแรงโดยประเมินจาก Glasgow Coma Scale (GCS) = 2T พบว่า จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor) สูงถึง 975 ราย และกว่า 799 ราย หรือประมาณร้อยละ 81.9 ปราศจากข้อห้ามต่อการบริจาคอวัยวะ แต่จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่สามารถนำอวัยวะไปใช้ในการปลูกถ่ายได้อย่างน้อย 1 อวัยวะ ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 16.3 เท่านั้น โดยเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อด้วยการวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างอิสระและควบคุมตัวกวนที่อาจเกิดขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอื่นที่ไม่ใช่ศาสนาพุทธจะสัมพันธ์กับการเป็นผู้บริจาคอวัยวะที่สามารถนำอวัยวะไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นได้จริง (Utilized Donor) ได้เป็น 2.97 เท่า (95% CI 1.68-5.28) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนงานวิจัยของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) เรื่อง ‘ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ กลับพบว่า ผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โดยส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่ดีต่อการบริจาคอวัยวะ กว่าร้อยละ 84.25 ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่าหากบริจาคอวัยวะไปแล้วเกิดใหม่ชาติหน้าจะมีอวัยวะไม่ครบ โดยกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 1.75 เห็นว่าการบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเองให้อายุสั้น นอกจากนี้ ผู้บริจาคโลหิตกว่าร้อยละ 83.75 ไม่เห็นด้วยในเรื่องการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้เสียชีวิตสมองตายจะทำให้สภาพศพไม่สวยงาม ข้อค้นพบข้างต้นใกล้เคียงกับการศึกษาเรื่อง ‘กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะ’ โดย ทวีป ลิ้มปกรณวัฒน์ (2547) พบว่าความเชื่อเรื่องบุญกุศลและผลบุญส่งถึงชาติหน้ามีผลต่อการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจบริจาคอวัยวะเพราะเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ได้อันส่งผลบุญมาก และผลบุญนี้จะส่งไปถึงชาติหน้า ส่วนความเชื่อที่ว่าหากบริจาคแล้วชาติหน้าจะมีร่างกายไม่สมบูรณ์ครบถ้วน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายไม่มีความเชื่อในเรื่องดังกล่าว เนื่องจากเชื่อว่าเมื่อเสียชีวิตทุกอย่างก็สิ้นสุดในชาตินี้ เมื่อเกิดใหม่ก็เท่ากับเริ่มต้นใหม่หมด

สำหรับอิทธิพลความเชื่อทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของประชาชนชาวไทย การศึกษาเรื่อง ‘การให้คุณค่าและความเชื่อของครอบครัวมุสลิมเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ: การศึกษาเบื้องต้น’ ของ สุพรพรรณ กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, and ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ (2557) พบว่า การให้คุณค่าและความเชื่อของครอบครัวมุสลิมเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะตามทฤษฎีค่านิยมพื้นฐานของมนุษย์ของสวอร์ตซ (Shalom H. Schwartz's Theory of Basic Human Values) สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การคล้อยตาม (Conformity) ความปลอดภัย (Security) และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (Benevolence) โดยเมื่อนำค่านิยมพื้นฐานของมนุษย์ข้างต้นมาจัดระเบียบความสัมพันธ์ตามทฤษฎีของสวอร์ตซพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมโดยภาพรวมยึดมั่นในหลักการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เช่นเดียวกับการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมที่ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อทางศาสนาที่ฝังรากลึกในสังคม กล่าวคือครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมส่วนใหญ่เชื่อว่าการบริจาคอวัยวะเป็นสิ่งขัดต่อหลักศาสนา แต่ก็ไม่ปฏิเสธว่าการบริจาคอวัยวะเป็นสิ่งดีงาม โดยกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยมุสลิมที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยส่วนใหญ่ 12 ใน 15 คน ตัดสินใจที่จะไม่บริจาคอวัยวะ หากมีการขอเกิดขึ้น

ทั้งนี้ ข้อค้นพบในหลายงานวิจัยข้างต้นเป็นไปในทิศทางเดียวกับ ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เมื่อสอบถามประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะว่าขัดกับทัศนคติหรือความเชื่อทางศาสนาหรือไม่ ประชาชนในทุกภาคโดยรวมร้อยละ 65.5 เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ แต่เมื่อพิจารณาในแต่ละศาสนากลับพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธเห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ

67.6 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 55.1 ส่วนผู้นับถือศาสนาอิสลามเห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะเพียงร้อยละ 27.7 สำหรับความเชื่อที่ว่า การบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง ผลการสำรวจพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาคกว่าร้อยละ 78.7 ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อในเรื่องดังกล่าว เมื่อพิจารณาในแต่ละศาสนาพบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธไม่เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่า การบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 79.6 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 65.6 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ เมื่อสอบถามประชาชนเกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า การบริจาคอวัยวะจะทำให้ชาติหน้ามีอวัยวะไม่ครบ ผลการสำรวจพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาคร้อยละ 72.1 ระบุว่าไม่เห็นด้วย โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละศาสนาพบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธระบุว่าไม่เห็นด้วยกับความเชื่อในเรื่องดังกล่าวในสัดส่วนที่สูงกว่าศาสนาอื่นคือร้อยละ 72.6 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 65.2 และศาสนาคริสต์ ร้อยละ 61.1

3. เอกสารและงานวิจัยด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ

การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฬามาส ปิ่นมงคล (2547) พบว่า ความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.95 ความรู้ในระดับมาก ร้อยละ 12.75 และความรู้ในระดับน้อย ร้อยละ 8.30 ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะที่กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรู้ในระดับดีมาก ได้แก่ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแสดงเจตนาarmiให้ใช้อวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะเมื่อตนเองเสียชีวิต โดยกลุ่มตัวอย่างตอบถูกในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 94.00 ตามมาด้วยการทราบว่าผู้รับอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมควรมีหมู่เลือดและเนื้อเยื่อตรงกันหรือใกล้เคียงกันกับผู้บริจาคอวัยวะ ร้อยละ 90.00 ส่วนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับน้อย ได้แก่ ลักษณะของผู้เสียชีวิตที่สามารถนำอวัยวะไปปลูกถ่ายได้ ที่ต้องเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตายและใส่เครื่องช่วยหายใจอยู่ในโรงพยาบาล โดยผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ตอบถูกเพียงร้อยละ 26.00 รองลงมาคือความแตกต่างระหว่างภาวะสมองตายกับสภาพผัก (Vegetative State) โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าใจความแตกต่างระหว่างสองภาวะนี้เพียงร้อยละ 37.00 ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะพบว่า คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ แต่คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับข้อค้นพบจากการศึกษาเรื่อง ‘วิกฤตการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ โดย สกานต์ บุณนาค (2556) พบว่า ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะของประชาชนถือเป็นอุปสรรคสำคัญของการบริจาคอวัยวะในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่เข้าใจภาวะสมองตาย โดยประชาชนบางส่วนเข้าใจว่าภาวะสมองตายเป็นภาวะเดียวกับสภาพผัก หรือที่เรียกกันทั่วไปว่าเจ้าหญิงหรือเจ้าชายนิทรา บ้างก็กลัว

ผู้ป่วยสมองตายจะเจ็บหรือกลัวจะเป็นการรบกวนผู้ป่วย แม้ในความเป็นจริงทางการแพทย์ได้ถือได้ว่าผู้ป่วยสมองตายเป็นผู้เสียชีวิต ไม่สามารถมีความรู้สึกรับรู้ใด ๆ ได้อีก

ส่วนการศึกษาเรื่อง ‘ทุนทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย’ ของ รพีพรรณ โปธิ์ประทับ (2557) พบว่า นอกจากความเชื่อทางศาสนาที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้ ปัจจัยภายในอื่น ๆ ที่ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยสมองตายตัดสินใจบริจาคอวัยวะ ได้แก่ ความเข้าใจเรื่องความตาย ภาวะสมองตาย และกระบวนการบริจาคอวัยวะ บุคลิกของผู้ป่วยสมองตาย ความตั้งใจของผู้ป่วยสมองตายที่มีต่อการบริจาคร่างกาย (Body Donation) หรือการบริจาคอวัยวะก่อนประสบเหตุ สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว และความไว้วางใจในแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาล ส่วนทุนทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะสามารถจำแนกออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ทุนความรู้ ได้แก่ มุมมองความตาย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองตาย และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการบริจาคอวัยวะ 2) ทุนทางภูมิปัญญาและวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ และการมีจิตสำนึกเพื่อสังคม และ 3) ทุนด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยสมองตายกับครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับครอบครัวผู้ป่วยสมองตาย รวมถึงความไว้วางใจของครอบครัวผู้ป่วยสมองตายที่มีต่อแพทย์และโรงพยาบาล

นอกจากนี้ ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) พบว่า ความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับภาวะสมองตายถือเป็น 1 ใน 5 อุปสรรคสำคัญของการขอรับบริจาคอวัยวะในประเทศไทย โดยเฉพาะเมื่อญาติผู้ป่วยสมองตายเป็น ร้อยละ 22.3 ปฏิเสธการให้ผู้ป่วยบริจาคอวัยวะ เพราะกลัวผู้ป่วยเจ็บปวดทรมาน, รู้สึกสงสาร, ต้องการให้ไปสบาย ตัวเลขข้างต้นสะท้อนอย่างชัดเจนว่าญาติผู้ป่วยสมองตายจำนวนไม่น้อยไม่เข้าใจว่าผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าสมองตายคือผู้ถึงแก่ความตาย ส่วน ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เมื่อสอบถามประชาชนเกี่ยวกับการทราบเรื่องการบริจาคอวัยวะ เช่น หัวใจ ตับ ไต ปอด และอวัยวะอื่น ๆ ให้แก่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยรายอื่น ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาคร้อยละ 70.9 ทราบเรื่องการบริจาคอวัยวะ ทั้งนี้ ประชาชนในกรุงเทพมหานครทราบเรื่องการบริจาคอวัยวะในสัดส่วนที่สูงกว่าทุกภาคคือร้อยละ 82.8 รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 74.1 ภาคเหนือ ร้อยละ 67.6 ภาคใต้ ร้อยละ 67.6 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 66.7 สำหรับการทราบสถานที่รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ประชาชนโดยรวมในทุกภาคร้อยละ 62.3 ทราบสถานที่รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอยู่ที่สภากาชาดไทย หรือสำนักงานเหล่ากาชาดจังหวัดของแต่ละจังหวัด เมื่อพิจารณารายภาคพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานครทราบสถานที่รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะในสัดส่วนที่สูง

ถึงร้อยละ 85.9 ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 66.2 ภาคใต้ ร้อยละ 59.6 ภาคเหนือ ร้อยละ 55.4 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 54.4

4. เอกสารและงานวิจัยด้านทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะ

ในด้านทัศนคติของประชาชนชาวไทยต่อการบริจาคอวัยวะ การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) พบว่า ทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิตในการศึกษานี้อยู่ในระดับเป็นกลางคิดเป็นร้อยละ 72.50 ทัศนคติแง่บวก ร้อยละ 14.50 และทัศนคติแง่ลบ ร้อยละ 13.00 โดยระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนระดับทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่ไม่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอยู่ในแง่ลบมากกว่าแง่บวก เมื่อจำแนกรายประเด็นพบว่า ทัศนคติแง่บวกในเรื่องการบริจาคอวัยวะควรบริจาคด้วยใจอันเป็นกุศลไม่ควรหวังสิ่งตอบแทน กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุดถึงร้อยละ 69.25 ตามมาด้วยการบริจาคอวัยวะเป็นแบบอย่างที่ดีในการเสียสละเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยอย่างยิ่งกว่าร้อยละ 63.75

ส่วนข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานด้านประชาสัมพันธ์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย และกลุ่มบุคคลผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ จำนวน 40 ราย ในการศึกษาเรื่อง ‘กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะ’ ของ ทวีป ลิมปรกรณ์วณิช (2547) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มองว่าการบริจาคอวัยวะเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากเมื่อเสียชีวิตร่างกายและอวัยวะภายในร่างกายยอมเนาเพื่อยุพียงไปโดยเปล่าประโยชน์ แต่หากสามารถนำอวัยวะไปช่วยผู้อื่นได้ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์มหาศาล นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างบางรายมองว่าการบริจาคอวัยวะเป็นการทำบุญอย่างหนึ่งด้วย ข้อค้นพบนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาเรื่อง ‘ทุนทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย’ โดย รพีพรรณ โปธิ์ประทับ (2557) พบว่า แม้ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้ป่วยสมองตายที่ได้บริจาคอวัยวะอยู่ในระดับผิวเผิน แต่ทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปในทางที่ดี โดยส่วนใหญ่มองว่าการบริจาคอวัยวะเป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ให้รอดพ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาเรื่อง ‘วิกฤติการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ ของ สกานต์ บุณนาค (2556) พบว่า ประชาชนบางส่วนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทย เนื่องจากเชื่อว่าอวัยวะบริจาคจะถูกนำไปช่วยคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น คนรวย หรือข้าราชการ บ้างก็เชื่อว่าการบริจาคอวัยวะอาจเกี่ยวพันกับขบวนการค้าอวัยวะ รวมถึงบางส่วนเชื่อว่าการจัดสรรอวัยวะดำเนินไปอย่างไม่เป็นธรรม

ส่วน ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า สำหรับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะให้แก่บุคคลอื่นเป็นสิ่งที่ดีงามและเป็นประโยชน์ต่อสังคม ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาค เห็นด้วยกว่าร้อยละ 93.2 ส่วนร้อยละ 6.8 ระบุว่าไม่เห็นด้วย เมื่อพิจารณาในแต่ละศาสนาพบว่า ผู้นับถือศาสนาพุทธกว่าร้อยละ 94.6 ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 90.9 ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 65.5 เห็นด้วยกับความเชื่อที่ว่า การบริจาคอวัยวะเป็นสิ่งที่ดีงามและเป็นประโยชน์ต่อสังคม แต่เมื่อสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการเห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วย ประชาชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 80.2 ระบุว่าเห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ โดยเมื่อพิจารณา รายภาคพบว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 87.3 ภาคเหนือ ร้อยละ 83.2 และภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 81.1 เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะเพื่อนำไปปลูกถ่ายให้กับผู้ป่วยใน สัดส่วนที่ค่อนข้างสูง รองลงมาเป็นภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 79.2 และภาคใต้ ร้อยละ 67.6 สำหรับความคิดเห็นที่จะบริจาคอวัยวะของตนเองให้กับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย พบว่า ประชาชนเพียงร้อยละ 29.9 ระบุว่าคิดจะบริจาค ร้อยละ 30.5 ไม่คิดจะบริจาค และร้อยละ 39.6 ไม่ แน่ใจ เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครคิดจะบริจาคอวัยวะในสัดส่วนที่ สูงกว่าทุกภาคคือร้อยละ 42.5 รองลงมาเป็นภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 32.9 ภาคเหนือ ร้อย ละ 29.7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 25.8 และภาคใต้ ร้อยละ 21.2 นอกจากนี้ เมื่อสอบถาม ประชาชนเกี่ยวกับโอกาสหรือความคิดว่า เราอาจได้เป็นผู้รับบริจาคอวัยวะจากผู้อื่นมากกว่าการเป็น ผู้ให้อวัยวะหรือไม่อย่างไรพบว่า ประชาชนในทุกภาคกว่าร้อยละ 41.1 ไม่คิดว่าอาจต้องเป็นผู้รับ บริจาคอวัยวะจากผู้อื่น ร้อยละ 20.8 คิดว่าอาจเป็นผู้รับบริจาค และร้อยละ 38.1 ไม่แน่ใจ

5. เอกสารและงานวิจัยด้านการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ บริจาค

สำหรับความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศ ไทย ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการทราบว่า อวัยวะที่ได้รับจากการบริจาคมีไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้รอรับอวัยวะ ประชาชนโดยรวมใน ทุกภาคร้อยละ 50.5 หรือกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทราบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.5 ไม่ทราบ และ ร้อยละ 14.0 ไม่แน่ใจ โดยประชาชนในกรุงเทพมหานครทราบว่าอวัยวะที่ได้รับจากการบริจาคมีไม่ เพียงพอในสัดส่วนที่สูงกว่าทุกภาคคือร้อยละ 60.7 นอกจากนี้ ผลการสำรวจความคิดเห็นของ ประชาชนเกี่ยวกับการขาดแคลนอวัยวะเป็นปัญหาสำคัญของสังคมเพียงใด พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ ในทุกภาคกว่าร้อยละ 64.5 มองว่าการขาดแคลนอวัยวะเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสังคมมาก ร้อยละ

27.4 มองว่าเป็นปัญหาระดับปานกลาง ร้อยละ 4.5 มองว่าเป็นปัญหาน้อย และร้อยละ 3.6 มองว่าไม่เป็นปัญหา

2.3.2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว

ความยินยอมจากครอบครัว (Family Consent) ถือเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการขอรับบริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบที่การผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างของผู้บริจาคขึ้นอยู่กับ การอนุญาต หรือการปฏิเสธคำขอรับบริจาคอวัยวะของญาติผู้ป่วยสมองตาย สำหรับแนวโน้มความยินยอมจากครอบครัวผู้ป่วยสมองตายของประเทศไทย การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) พบว่า หากผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย จำนวน 400 คน อยู่ในฐานะผู้ตัดสินใจแทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (Surrogate Decision Maker) ร้อยละ 61.25 ระบุว่ายินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในภาวะสมองตาย ร้อยละ 31.50 ไม่แน่ใจ และร้อยละ 7.25 ไม่ยินยอม ส่วนทัศนคติของผู้บริจาคโลหิต เกี่ยวกับการออกกฎหมายให้ผู้เสียชีวิตบริจาคอวัยวะได้โดยไม่ต้องขอบริจาคจากญาติ ผู้บริจาคโลหิต ส่วนใหญ่ตอบเห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 34.00 และ 36.75 ตามลำดับ

อย่างไรก็ดี สัดส่วนการยินยอมจากครอบครัวที่ได้ระบุไว้ข้างต้นถือว่าดีกว่าข้อค้นพบใน ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า เมื่อสอบถามประชาชนเกี่ยวกับการยอมรับว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิต จากภาวะสมองตาย ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาคกว่าร้อยละ 77.5 ยอมรับได้ว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิต อีก ร้อยละ 22.5 ยอมรับไม่ได้ เมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในแต่ละภาคยอมรับได้ ว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตจากภาวะสมองตายในสัดส่วนไม่แตกต่างกัน กล่าวคือประมาณร้อยละ 71 - 81 นอกจากนี้ เมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลใน ครอบครัวกรณีเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ประชาชนโดยรวม ในทุกภาคกว่าร้อยละ 56.0 ยินยอมบริจาค อีกร้อยละ 44.0 ไม่ยินยอมบริจาค เนื่องจากกลัวว่าเกิด ชาติหน้าญาติจะมีอวัยวะไม่ครบถ้วน ร้อยละ 10.8 ทำใจไม่ได้ว่าญาติเสียชีวิต ร้อยละ 10.3 สมาชิกใน ครอบครัวไม่เคยบริจาค ร้อยละ 8.2 ตัดสินใจเองไม่ได้ต้องถามญาติ/สมาชิกในครอบครัวก่อน ร้อยละ 5.5 และอื่น ๆ ร้อยละ 9.2

ส่วนการศึกษาเรื่อง ‘การให้คุณค่าและความเชื่อของครอบครัวมุสลิมเกี่ยวกับการบริจาค อวัยวะ: การศึกษาเบื้องต้น’ ของ สุพรรณพรณ์ กิจบรรจงเลิศ et al. (2557) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วย มุสลิมที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะ จำนวน 15 คน ได้ให้คุณค่าและความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับการ บริจาคอวัยวะด้านการคล้อยตาม (Conformity) ความปลอดภัย (Security) และความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

(Benevolence) สูงเป็น 3 อันดับแรก สำหรับการให้คุณค่าและความเชื่อด้านความปลอดภัย ครอบครัวยุคใหม่ผู้ป่วยมุสลิมแสดงให้เห็นว่าการบริจาคอวัยวะเป็นสิ่งศุกคามหรือเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ครอบครัวยุคใหม่ผู้ป่วยมุสลิมมองว่าการบริจาคอวัยวะควรเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก โดยครอบครัวพร้อมทำตามความต้องการบริจาคอวัยวะของผู้ป่วยที่ได้แจ้งไว้ล่วงหน้า นอกจากนี้ การให้คุณค่าและความเชื่อด้านความปลอดภัยได้รวมเอาการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวยุคใหม่ผู้ป่วยมุสลิมที่ต้องรับฟังความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดา สามี ภรรยา บุตร รวมถึงญาติ ๆ ของครอบครัวทุกฝ่าย

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติรายงานการวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) พบว่า ในจำนวนผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor) 975 ราย กว่า 799 ราย หรือประมาณร้อยละ 81.9 ปราศจากข้อห้ามต่อการบริจาคอวัยวะ เมื่อติดตามต่อไปพบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายสำเร็จเหลือเพียงร้อยละ 28.6 ส่วนจำนวนญาติผู้เสียชีวิตที่ตกลงยินยอมบริจาคอวัยวะคิดเป็นร้อยละ 18.2 เท่านั้น

2.3.3 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้าง

สำหรับเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยด้านโครงสร้างประกอบด้วยวิทยานิพนธ์ บทความวิจัย และบทความวิชาการใน 5 หมวดหมู่ ได้แก่

1. เอกสารและงานวิจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ

การศึกษาเรื่อง ‘2 ทศวรรษการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลรามารัตนบดินทร์: บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย’ ของ นันทวรรณ เหลืองธาดา (2558) พบว่า ปัจจัยความสำเร็จในการผ่าตัดอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตายประกอบด้วย การปฏิบัติงานเป็นทีม ความพร้อมของนั้ยาลดมออวัยวะและสารน้ำแช่แข็ง ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด และการประสานงานที่ภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา ส่วนปัญหาและอุปสรรคของการพยาบาลผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่มีประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลห้องผ่าตัดที่มีประสบการณ์และทักษะในการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย ความพร้อมของอุปกรณ์ในการบรรจุเก็บและขนส่งอวัยวะที่ได้รับบริจาค รวมถึงการขาดความร่วมมือในการบรรจุ จัดเก็บ และการขนส่งอวัยวะที่ได้รับบริจาค

นอกจากนี้ การศึกษาเรื่อง ‘ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข’ ของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้เสียชีวิตของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) นโยบายอันชัดเจนและต่อเนื่องในระดับกระทรวง

และระดับโรงพยาบาล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการประกาศนโยบายของกระทรวงฯ เป็นอันดับแรก 2) การกำหนดโครงสร้างการทำงานภายในโรงพยาบาลให้เป็นงานประจำที่มีความก้าวหน้าทางวิชาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้างสายบังคับบัญชาและความก้าวหน้าทางวิชาชีพของตำแหน่งพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ และ 3) การมอบหมายงานแก่แพทย์เฉพาะทางและพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นผู้รับผิดชอบงานหลักในระบบงานรับบริจาคอวัยวะ ส่วนอิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายประกอบด้วยการทำงานร่วมกันของเครือข่าย การสื่อสารประชาสัมพันธ์ วัฒนธรรมความเชื่อถือของคนในสังคม รวมถึงทัศนคติของบุคลากรในโรงพยาบาลต่อระบบการบริจาคอวัยวะ ข้อค้นพบข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ‘วิกฤตการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ โดย สกานต์ บุนนาค (2556) พบว่า นอกจากปัญหาด้านประชาชนที่เป็นอุปสรรคของการบริจาคอวัยวะในประเทศไทย ปัญหาด้านบุคลากรทางการแพทย์ก็ถือเป็นอีกอุปสรรคสำคัญของการบริจาคอวัยวะเช่นกัน โดยเฉพาะภาระงานที่มากและการขอรับบริจาคอวัยวะไม่ใช่งานหลักที่ได้รับมอบหมาย การไม่เห็นความสำคัญของการขอรับบริจาคอวัยวะ การไม่เป็นที่ยอมรับและการขาดความก้าวหน้าทางสายวิชาชีพของพยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ การปฏิบัติผิดขั้นตอนอันซับซ้อนของระบบขอรับบริจาคอวัยวะ รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor)

นอกจากนี้ รายงานการวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) พบว่า กว่า 3 ใน 5 สาเหตุสำคัญของการขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) ในประเทศไทยเป็นสาเหตุในระดับโรงพยาบาลและระบบสาธารณสุข โดยสาเหตุสำคัญเหล่านี้ ได้แก่ 1) การขาดความร่วมมือจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ 2) การขาดแคลนผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplant Coordinator) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการขาดแคลนเป็นอย่างมาก และ 3) ระบบการทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการขอรับบริจาคอวัยวะ กล่าวคือโรงพยาบาลจำนวนมากประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในการวินิจฉัยสมองตาย การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยสมองตาย รวมถึงการไม่แจ้งข้อมูลผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะแก่พยาบาลผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ

2. เอกสารและงานวิจัยด้านงบประมาณด้านสาธารณสุข

รายงานการวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) พบว่า การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการขอรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายอันมี

ประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญอย่างระบบการตรวจพบผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ ระบบการดูแลผู้บริจาคอวัยวะอวัยวะ (Donor Management) และระบบการจัดสรรอวัยวะอย่างเป็นธรรม โดยการดำเนินการกิจการเหล่านี้ต้องมีการประสานงานจากหน่วยงานทุกระดับ นับตั้งแต่ระดับประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ รวมถึงทุก ๆ กองทุนที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

3. เอกสารและงานวิจัยด้านการมีพร้อมของผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor Availability)

รายงานประจำปี 2560 ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของผู้บริจาคอวัยวะของประเทศไทย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 กว่าร้อยละ 62.1 เกิดจากอุบัติเหตุ โดยเป็นอุบัติเหตุจากการจราจร เช่น รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน และรถยนต์ อุบัติเหตุจากการถูกทำร้ายร่างกาย รวมถึงการทำอัตวินิบาตกรรม ส่วนสาเหตุการเสียชีวิตตามธรรมชาติกว่าร้อยละ 37.9 ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเลือดออกในสมอง (CVA) ทั้งนี้ ในรอบ 5 ปี นอกจากอุบัติเหตุจะเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้บริจาคอวัยวะโดยไม่เปลี่ยนแปลง สัดส่วนและแนวโน้มดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2557 - 2559

ส่วนรายงานการวิจัยเรื่อง ‘การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย’ ของ วสันต์ สุมธกุล และคณะ (2559) พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ 975 ราย กว่า 799 ราย หรือประมาณร้อยละ 81.9 ปราศจากข้อห้ามต่อการบริจาคอวัยวะ แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายสำเร็จเหลือเพียงร้อยละ 28.6 การวินิจฉัยไม่สำเร็จ ร้อยละ 21.0 ส่วนจำนวนผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเนื่องจากไม่มีแพทย์ดำเนินการสูงถึง 403 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 50.4

4. เอกสารและงานวิจัยด้านระบบบริหารจัดการศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ

การศึกษาเรื่อง ‘กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะ’ ของ ทวีป ลิ้มปกรณวัฒน์ (2547) พบว่า กลยุทธ์การสื่อสารที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ใช้โน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะประกอบด้วย 5 กลยุทธ์ คือ 1) กลยุทธ์การใช้สื่อ โดยแบ่งเป็นการใช้สื่อบุคคลด้วยการเลือกใช้บุคคลที่น่าเชื่อถือและมีชื่อเสียง และการใช้สื่อมวลชน 2) กลยุทธ์การบรรยายให้ความรู้ เพื่อให้บุคคลทั่วไปได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะที่ถูกต้อง 3) กลยุทธ์การหาพันธมิตร เพื่อเผยแพร่งานด้านการบริจาคอวัยวะให้เป็นที่รู้จักมากขึ้น ตลอดจนเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานให้ เป็นไปด้วยความสะดวก รวดเร็ว และคล่องตัวมากขึ้น 4) กลยุทธ์การใช้หน่วยรับบริจาคเคลื่อนที่ และ 5) กลยุทธ์การจัดอบรมสัมมนา โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรทางการแพทย์เรียนรู้ขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะ รวมถึงการประสานงานกับทางศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ

ส่วนความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ ของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า ความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ในการจัดสรรอวัยวะให้แก่ผู้รอรับอวัยวะอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค ประชาชนโดยรวมในทุกภาคร้อยละ 42.2 ระบุว่าเชื่อมั่น ร้อยละ 19.4 ระบุว่าไม่เชื่อมั่น และร้อยละ 38.4 ระบุว่าไม่แน่ใจ โดยประชาชนในกรุงเทพมหานครเชื่อมั่นในการจัดสรรอวัยวะให้แก่ผู้รอรับอวัยวะของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ในสัดส่วนที่สูงกว่าทุกภาคคือร้อยละ 46.3 รองลงมา ได้แก่ ภาคเหนือ ร้อยละ 45.9 ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 43.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 41.3 และภาคใต้ ร้อยละ 32.0

5. เอกสารและงานวิจัยด้านสิทธิและประโยชน์จากการบริจาคอวัยวะ

การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) พบว่า กว่าร้อยละ 85 ของผู้เดินทางมาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ไม่เห็นด้วยกับการที่ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะควรจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะ ร้อยละ 3.75 ระบุว่าเห็นด้วยกับการจ่ายผลตอบแทนการบริจาคอวัยวะ ส่วนร้อยละ 11.25 ระบุว่าไม่แน่ใจ อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบข้างต้นตรงข้ามกับ ‘รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547’ โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) พบว่า สำหรับความคิดเห็นของประชาชนต่อการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการให้เงินช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้บริจาคอวัยวะ ภายหลังจากที่ผู้บริจาคเสียชีวิต เพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริจาคอวัยวะมากขึ้น ประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาคกว่าร้อยละ 85.8 ระบุว่าเห็นด้วยกับการแก้ไขกฎหมาย อีกร้อยละ 14.2 ระบุว่าไม่เห็นด้วย ทั้งนี้ ประชาชนในภาคเหนือ ร้อยละ 91.7 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 90.8 ระบุว่าเห็นด้วยกับการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวในสัดส่วนที่สูงกว่าทุกภาค รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง (ยกเว้น กทม.) ร้อยละ 84.3 ภาคใต้ ร้อยละ 77.2 และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 76.6

กล่าวโดยสรุป แม้ทัศนคติของคนไทยต่อการบริจาคอวัยวะเป็นไปในทางบวก โดยส่วนใหญ่มองว่าการบริจาคอวัยวะให้แก่บุคคลอื่นเป็นสิ่งที่ดีงามต่อตนเองและผู้อื่น แต่สถิติล่าสุดของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561) พบว่า จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) นับตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 รวมกันเพียง 2,375 คน ส่วนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะรวมทั้งหมดเพียง 941,327 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของประชากรทั้งประเทศ ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนได้อย่างชัดเจนถึงการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของประชาชนที่ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย โดยนอกจากทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชน ปัจจัยต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเป็นลักษณะทางประชากรศาสตร์ ความเชื่อทางศาสนา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ การตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาค ความยินยอมจาก

ครอบครัว (Family Consent) โครงสร้างพื้นฐานด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplantation Infrastructure) งบประมาณด้านสาธารณสุข (Health Care Spending) การมีพร้อมของผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor Availability) ระบบบริหารจัดการศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ รวมถึงสิทธิและประโยชน์จากการบริจาคอวัยวะ ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของประชาชนชาวไทยและประสิทธิภาพการบริหารจัดการอวัยวะบริจาค แม้สัดส่วนตัวเลขจะแตกต่างกันไปในแต่ละงานวิจัย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยข้างต้นไม่อาจสะท้อนภาพรวมของระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของคนไทยต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมได้อย่างชัดเจน รวมถึงอาจแตกต่างกันไปจากปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

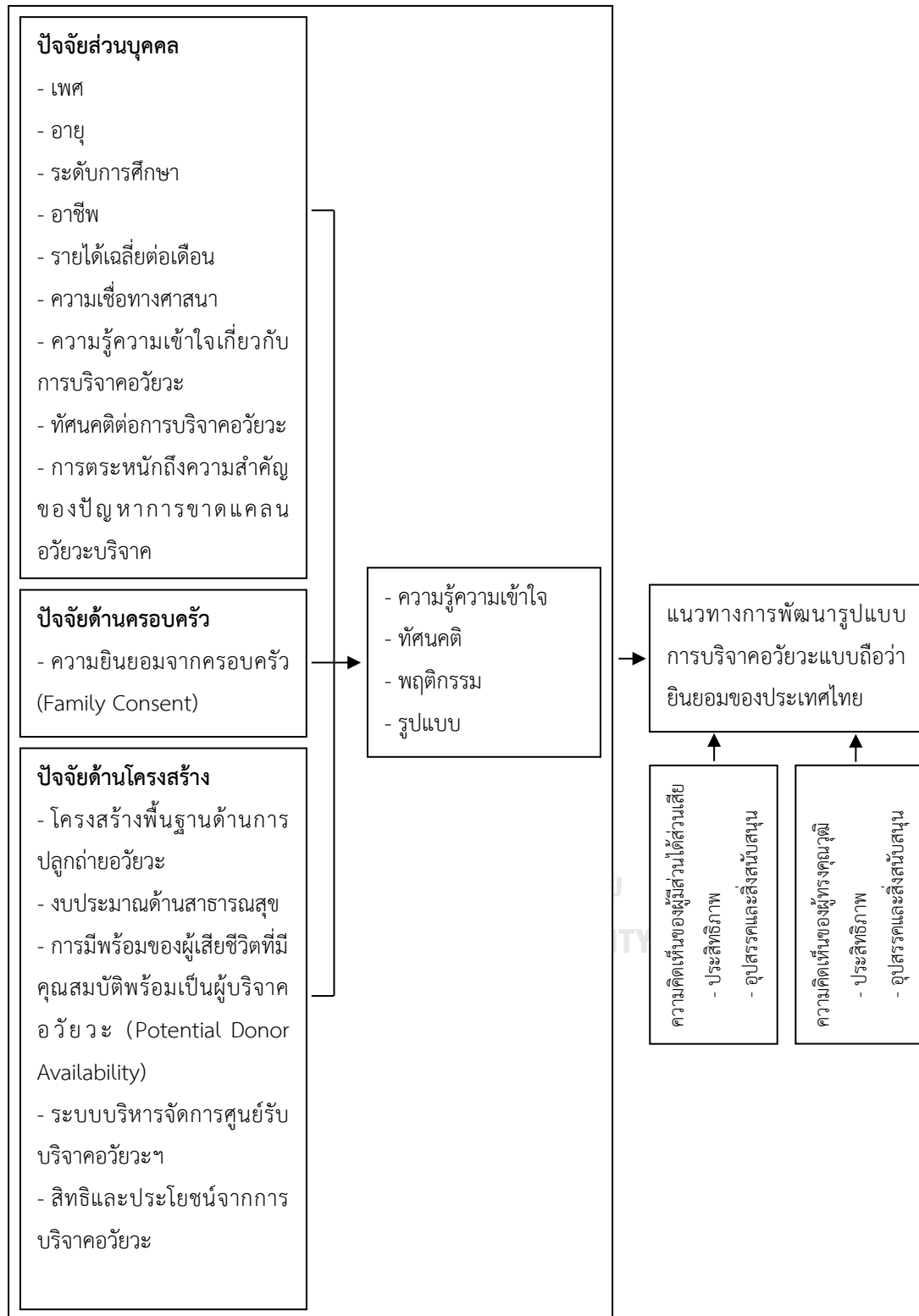
ตารางที่ 1 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ

เจ้าของผลงาน	เรื่อง	สาขาการศึกษา
1. Abadie and Gay (2006)	The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. Bramhall (2011)	Presumed consent for organ donation: a case against	สังคมศาสตร์
3. Centre for Public Impact (2016)	Legislating to encourage organ donation in Israel	สังคมศาสตร์
4. Johnson and Goldstein (2003)	Do defaults save lives?	สังคมศาสตร์
5. Johnson and Goldstein (2004)	Defaults and donation decisions	สังคมศาสตร์
6. Matesanz (2003)	Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
7. Molina-Pérez et al. (2019)	Public knowledge and attitudes towards consent policies for organ donation in Europe. A systematic review	สังคมศาสตร์
8. Nordfalk, Olejaz, Jensen, Skovgaard, and Hoeyer (2016)	From motivation to acceptability: A survey of public attitudes towards organ donation in Denmark	สังคมศาสตร์
9. Rodríguez-Arias, Wright, and Paredes (2010)	Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation	สังคมศาสตร์

ตารางที่ 1 (ต่อ) เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ

เจ้าของผลงาน	เรื่อง	สาขาการศึกษา
10. Shepherd, O'Carroll, and Ferguson (2014)	An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: A panel study	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
11. Steffel, Williams, and Tannenbaum (2019)	Does changing defaults save lives? Effects of presumed consent organ donation policies	สังคมศาสตร์
12. van Dalen and Henkens (2014)	Comparing the effects of defaults in organ donation systems	สังคมศาสตร์
13. Zúñiga-Fajuri (2015)	Increasing organ donation by presumed consent and allocation priority: Chile	สังคมศาสตร์
14. จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547)	ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย	สังคมศาสตร์
15. ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558)	ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
16. ทวีป ลิมปกรณวัฒน์ (2547)	กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะ	นิเทศศาสตร์
17. นันทวรรณ เหลืองธาดา (2558)	2 ทศวรรษการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลรามาริบัติ: บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
18. รพีพรรณ โพธิ์ประทับ (2557)	ทุนทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย	สังคมศาสตร์
19. วสันต์ สุ่มชุกุล และคณะ (2559)	การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
20. สกานต์ บุณนาค (2556)	วิกฤตการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย	สังคมศาสตร์/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ
21. สุพรรณรณ์ กิจบรรยงเลิศ et al. (2557)	การให้คุณค่าและความเชื่อของครอบครัวมุสลิมเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ: การศึกษาเบื้องต้น	สังคมศาสตร์

2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) อันประกอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้การวิจัยเอกสาร (Documentary Research) แบบสอบถาม (Questionnaires) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นเครื่องมือเพื่อค้นหาข้อดีข้อด้อยของระบบการบริจาคอวัยวะประเภทต่าง ๆ ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ตลอดจนอิทธิพลแวดล้อมต่าง ๆ อันเป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร (Population)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ในการศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ ได้แก่ บุคคลสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 20 ปี บริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 70 ปี ประชากรเป้าหมายเหล่านี้ต้องมีชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร หรืออาจเป็นประชากรแฝงกลางคืน (Non-Registered Population) ที่อาศัยอยู่ประจำในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่มีชื่อและรายการบุคคลในทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

ตัวอย่างในการศึกษานี้ถูกพิจารณาคัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นที่เป็นสัดส่วนกับขนาด (Probability Proportional to Size (PPS) Sampling) เนื่องจากการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการดังกล่าวส่งผลให้แต่ละหน่วยของประชากรเป้าหมายถูกสุ่มด้วยความน่าจะเป็นที่แตกต่างกันออกไปตามขนาด ดังนั้น เมื่อกำหนดให้จำนวนรวมของประชากรในรุ่นอายุ (Generation) ที่ครอบคลุมอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 70 ปี เป็นขนาด (Size) หรือค่าของตัวแปรช่วย (Auxiliary Variable) ตัวอย่างในการศึกษานี้จะประกอบด้วยประชากรเป้าหมายที่อยู่ในรุ่นเบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer) เจเนอเรชัน เอ็กซ์ (Generation X) และเจเนอเรชัน วาย (Generation Y) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรกรุงเทพมหานครจากการทะเบียน จำแนกตามรุ่นอายุ ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2561

รุ่นอายุ (Generation)	ปี พ.ศ. เกิด ¹	อายุขณะสำรวจ	จำนวนประชากร ²
ไซเลนต์ เจเนอเรชัน (Silent Generation)	2468 - 2485	77 - 94 ปี	208,597
เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer)	2486 - 2503	59 - 76 ปี	881,701
เจเนอเรชัน เอ็กซ์ (Generation X)	2504 - 2524	38 - 58 ปี	1,849,447
เจเนอเรชัน ยาย (Generation Y)	2525 - 2548	14 - 37 ปี	1,792,546
เจเนอเรชัน ซี (Generation Z)	พ.ศ. 2549 ขึ้นไป	13 ปี หรือน้อยกว่า	740,662

ที่มา : 1) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2559)

2) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2561a)

สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จำนวน 400 คน ได้จากการคำนวณด้วยสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane) โดยกำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (Allowable Error) เท่ากับ 0.05 และจำนวนประชากรเป้าหมายตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร (N) เท่ากับ 4,523,694 คน ในสูตรดังต่อไปนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{4,523,694}{1 + 4,523,694(0.05^2)}$$

$$n = \frac{4,523,694}{1 + 11,309.235}$$

$$n = \frac{4,523,694}{11,310.235}$$

$$n = 399.96$$

โดย n หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N หมายถึง จำนวนประชากรทั้งหมด

e หมายถึง ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

อย่างไรก็ดี เมื่อเปรียบเทียบขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ข้างต้นกับจำนวนประชากรกรุงเทพมหานคร ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในบางรุ่นอายุได้ถูกปรับเพิ่ม เพื่อให้เกิดความสมดุลของแบบสอบถามแบบกระดาษ แบบสอบถามออนไลน์ ตลอดจนสัดส่วนเพศชายและเพศหญิง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample Size) จำแนกตามรุ่นอายุ (Generation)

รุ่นอายุ (Generation)	จำนวนประชากร ¹	p_i	ขนาดตัวอย่าง	ขนาดตัวอย่างจริง
เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer)	881,701	0.19	77.96	80
เจนเนอร์ชัน เอ็กซ์ (Generation X)	1,849,447	0.41	163.53	164
เจนเนอร์ชันวาย (Generation Y)	1,792,546	0.40	158.50	160
รวม	4,523,694	1.00	400	404

หมายเหตุ : p_i หมายถึง ความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างที่ i จะถูกเลือก และความน่าจะเป็นที่เป็นสัดส่วนกับขนาดที่มาจาก : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2561a)

3.1.3 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

สำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้คัดเลือกบุคคลเหล่านี้ด้วยการเลือกหน่วยตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball Sampling) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ได้รับผลกระทบทางบวกและลบจากการบริจาคอวัยวะประกอบด้วยผู้ลงทะเบียนรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะ 2 คน ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 2 คน ญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต 2 คน ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 1 คน และญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 1 คน

2. ผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิแบ่งออกเป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย บุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย เช่น นักวิชาการด้านกฎหมาย ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความ และนิติกรภาครัฐ รวมผู้ทรงคุณวุฒิ 16 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เนื่องจากการศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ ประกอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ดังนั้น เพื่อให้ได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละหัวข้อ ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกใช้เครื่องมือในการวิจัยดังต่อไปนี้

3.2.1 แบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ออกแบบและพัฒนาแบบสอบถามสำหรับการศึกษานี้จากการศึกษาดำรง เอกสาร และบทความต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยนิยอม แบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกและลบ และข้อคำถามตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลในการตอบ แบบสอบถาม เพื่อคัดกรองคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลจากการวิจัยออกจากการตอบ แบบสอบถามแบบด้วยความไม่ตั้งใจ ความไม่จริงใจในการให้ข้อมูล หรือการให้ผู้อื่นตอบ แบบสอบถามแทนตนเอง ทั้งนี้ แบบสอบถามสำหรับการวิจัยนี้แบ่งออกเป็นแบบสอบถามการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 404 ชุด และแบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 24 ชุด

1. แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสอบถามที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) โดยแบบสอบถามฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม (Screening Questionnaires) แบบสอบถามส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสัญชาติ อายุ และถิ่นพำนักของผู้ตอบแบบสอบถาม เพื่อคัดเลือกรูปแบบตัวอย่างผู้มีคุณสมบัติตรงตามข้อบังคับที่ได้กำหนดไว้

ตอนที่ 2 แบบสอบถามหลัก (Main Questionnaires) สำหรับแบบสอบถามหลัก ประกอบด้วยคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน คำถามส่วนนี้กลุ่มตัวอย่างต้องเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่ได้ระบุไว้ (Multiple Choice Questions) จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 - 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะรูปแบบต่าง ๆ รูปแบบของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 - 4 ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบ (Multiple Choice Questions) แบบตรวจสอบรายการ (Checklist Questions) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 24 ข้อ

2. แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ผู้ทรงคุณวุฒิ) ประกอบด้วยชุดคำถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และอายุงาน คำถามส่วนนี้ผู้ทรงคุณวุฒิต้องเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่ได้ระบุไว้ (Multiple Choice Questions) จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามเพื่อสอบถามพฤติกรรมของผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม และความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมรูปแบบต่าง ๆ ลักษณะของแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบ (Multiple Choice Questions) แบบตรวจสอบรายการ (Checklist Questions) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 3 ข้อ

3.2.2 แบบสัมภาษณ์

แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญกลุ่มต่าง ๆ จำนวน 13 ข้อ ถูกรวบรวมและพัฒนาจากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การบริจาคอวัยวะของประเทศไทย ตลอดจนเอกสาร บทความ งานวิจัย และหนังสือวิชาการภาษาอังกฤษเกี่ยวกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมในต่างประเทศ โดยแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด (Open-Ended Questions) เกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ อันเป็นอุปสรรคและสิ่งสนับสนุนการนำระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมไปปฏิบัติอย่างเต็มประสิทธิภาพในประเทศไทย

3.2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

ในการให้คะแนนและการแปลความหมายระดับความรู้ความเข้าใจและทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนแต่ละด้านเป็นเกณฑ์ โดยเกณฑ์ $\bar{X} \pm SD$ เป็นตัวกำหนดในการแบ่งช่วงระดับคะแนน

1. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะ

ความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างวัดจากความรู้พื้นฐานอันเกิดจากการศึกษา การสังเกต และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะ โดยแบบสอบถามวัดระดับความรู้ความเข้าใจต่อการบริจาคอวัยวะประกอบด้วยคำถาม จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ผู้ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมที่ได้จะถูกนำมาคำนวณและจัดแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรเป็นเกณฑ์

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-SD$	หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย
คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm SD$	หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนมากกว่า $\bar{X}+SD$	หมายถึง ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับสูง

2. เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมายทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะ

ทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างวัดจากความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการบริจาคอวัยวะ โดยแสดงออกมาในลักษณะเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความมาตราส่วน

ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 26, 28, 29, 30 และ 32 และข้อคำถามเชิงลบ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24, 25, 27 และ 31 กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

คะแนนรวมที่ได้จะถูกนำมาคำนวณและจัดแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรเป็นเกณฑ์

คะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-SD$	หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงลบ
คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm SD$	หมายถึง ระดับทัศนคติเป็นกลาง
คะแนนมากกว่า $\bar{X}+SD$	หมายถึง ระดับทัศนคติเชิงบวก

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เมื่อแบบสอบถามการวิจัยได้รับการตรวจสอบและการแก้ไขเบื้องต้นจากคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ แบบสอบถามการวิจัยดังกล่าวจะถูกนำไปทดสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) จากผู้เชี่ยวชาญสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความจำเพาะเจาะจง ตลอดจนความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) พร้อมกับขอคำแนะนำในการปรับปรุงคุณภาพของแบบสอบถามสำหรับสถานการณ์จริง ค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ผู้ทรงคุณวุฒิ) และแบบสัมภาษณ์ได้เท่ากับ 0.76, 0.81 และ 0.81 ตามลำดับ

แบบสอบถามการวิจัยที่ถูกปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์จนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยจะนำไปทดสอบหาความน่าเชื่อถือ (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามการวิจัยดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นคนในรุ่นเบบี้บูมเมอร์ เจเนอเรชัน เอ็กซ์ และเจเนอเรชัน วาย รุ่นอายุละ 10 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามการวิจัยฉบับนี้พบว่า แบบสอบถามนี้ได้คุณภาพ น่าเชื่อถือ และ

พร้อมนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง เนื่องจากผลการคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.583

ส่วนการตรวจสอบคุณภาพแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบแนวคำถามในด้านต่าง ๆ เช่น ความจำเพาะเจาะจง (Definition) ความเหมาะสมของการจัดเรียงลำดับคำถาม ความสอดคล้องต่อวัตถุประสงค์ของการศึกษา ตลอดจนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

3.4 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษานี้เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวในการให้ข้อมูลด้านการบริจาคอวัยวะของผู้ป่วยสมองตายเพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นเรื่องขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในภาคการศึกษาต้น ปีการศึกษา 2561 ทั้งนี้ เมื่อโครงการศึกษานี้ได้รับการรับรองตามใบรับรองโครงการวิจัยที่ 301/2561 ผู้วิจัยได้เข้าผูกพันตนในการพิทักษ์สิทธิ์และสวัสดิภาพของผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยการแนะนำตัว พร้อมกับอธิบายผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจปฏิเสธเข้าร่วม หรือถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการขอถอนตัวออกดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย ส่วนข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากการวิจัยจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ประกอบด้วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) รายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลแต่ละประเภทสามารถจำแนกได้ ดังนี้

3.5.1 การวิจัยเอกสาร (Documentary Research)

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เกี่ยวกับสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาค นโยบายการบริจาคอวัยวะประเภทต่าง ๆ และการดำเนินมาตรการเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาค ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมองค์ความรู้จากวิทยานิพนธ์ วารสารทางวิชาการ จุลสาร หนังสือพิมพ์ และบทความต่าง ๆ จากอินเทอร์เน็ต โดยเน้นเอกสารภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่ได้จากแหล่งข้อมูลอันน่าเชื่อถือในทางวิชาการ เพื่อนำมาเป็น

ข้อมูลประกอบการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย แบบสอบถามการวิจัย ตลอดจนแนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

3.5.2 การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

สำหรับการวิจัยแบบสำรวจเพื่อรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) สำหรับใช้ในการวิเคราะห์และแปลผลระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคมวาระแบบถ้อยแถลง ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามแบบกระดาษ (Paper Questionnaires) ในการรวบรวมโดยตรงจากกลุ่มตัวอย่างในสถานที่ต่าง ๆ เช่น ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ ฯลฯ ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaires) ที่ถูกสร้างด้วยโปรแกรม Google Forms ผู้วิจัยจะส่งต่อ URL ของแบบสอบถามออนไลน์ด้วยการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball Sampling) ผ่านบุคคลที่คุ้นเคยกับลักษณะของประชากรเป้าหมายจนครบตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความผิดพลาด ความลำเอียง และความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลสถิติ สัดส่วนการแจกแบบสอบถามด้วยตนเองและการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ต่อกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงใน 3 รุ่นอายุ จะเป็นสัดส่วนครึ่งต่อครึ่งดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สัดส่วนของแบบสอบถามแบบกระดาษและแบบสอบถามออนไลน์ต่อกลุ่มตัวอย่างของแต่ละรุ่นอายุ

รุ่นอายุ (Generation)	แบบสอบถามกระดาษ		แบบสอบถามออนไลน์		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	
เบบี้บูมเมอร์ (Baby Boomer)	20	20	20	20	80
เจนเนอเรชั่น เอ็กซ์ (Generation X)	41	41	41	41	164
เจนเนอเรชั่น วาย (Generation Y)	40	40	40	40	160

3.5.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-Depth Interview)

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ถูกดำเนินการควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยลำดับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเป็นไปตามการยืนยันวัน เวลา และสถานที่นัดหมายของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ส่วนรูปแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกอยู่ในระดับกึ่งทางการ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถเสริมรายละเอียดเพิ่มเติมในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างอิสระ อย่งไรก็ดี ในกรณีที่ข้อมูลจาก

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ในส่วนที่ขาดด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพิ่มเติม

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและค่าสถิติที่ใช้ในการวิจัยเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วน ความถูกต้อง ตลอดจนความแนบเนียนของข้อมูล (Consistency) ที่เก็บรวบรวมจากการวิจัยเอกสาร แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจนเป็นที่เรียบร้อย ข้อมูลเชิงปริมาณจะถูกนำมาประมวลผลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ถูกนำมาอธิบายข้อมูลประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม

2. การแจกแจงแบบตารางไขว้ (Cross Tabulation) และการวัดด้วยค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ถูกนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างกับระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การทบทวนสิ่งบันทึกเสียง และเอกสารรายงานต่าง ๆ จะถูกนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการถอดข้อความ การให้รหัสตามประเด็นที่น่าสนใจ การสังเคราะห์ข้อมูล จนท้ายที่สุดนำมาเรียบเรียงนำเสนอในรูปแบบพรรณนาความ (Descriptive Approach) เพื่ออธิบายคำตอบของคำถามในการวิจัยข้อที่ 2

บทที่ 4

ระบบการบริจาคอวัยวะ

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร วารสาร บทความทางวิชาการ ตลอดจนสิ่งพิมพ์ต่างประเทศ เพื่อนำมาศึกษาเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะ ผลการศึกษาดังกล่าวแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะ ระบบการบริจาคอวัยวะ และระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทย

4.1 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะ

สำหรับความเป็นมาของการรักษาพยาบาลด้วยเปลี่ยนถ่ายอวัยวะแบ่งการนำเสนอตามลำดับดังนี้

4.1.1 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะของโลก

ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของมนุษย์อย่างมหาศาล โดยเฉพาะในด้านการตรวจวินิจฉัยโรค การบำบัดรักษาโรค และการควบคุมและป้องกันโรค ความเจริญดังกล่าวเป็นผลให้ความต้องการของมนุษย์ได้รับการตอบสนองอย่างกว้างขวาง เช่น การตั้งครุฑโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ การเลือกเพศบุตรโดยวิธีทางห้องปฏิบัติการ การตัดต่อพันธุกรรมตัวอ่อนมนุษย์ เพื่อหยุดยั้งโรคบางชนิด เรื่อยไปถึงการปลูกถ่ายอวัยวะ อันที่จริงรากฐานด้านการปลูกถ่ายอวัยวะได้เริ่มก่อตัวขึ้นมานานนับพันปี ดังเห็นได้จากเนื้อความในตำนานการกำเนิดมนุษย์คู่แรกตามพระคัมภีร์เก่า (The Old Testament) ที่ระบุว่า พระเจ้าทรงสร้างอีฟ (Eve) มนุษย์ผู้หญิงคนแรกขึ้นมาจากการแบ่งกระดูกซี่โครงของอดัม (Adam) มนุษย์คนแรกของโลกที่พระองค์ทรงสร้างจากดิน นอกจากนี้ ในหนังสือโบราณเรื่อง ‘ตำนานทอง (Legenda Aurea)’ หนังสือชีวประวัตินักบุญจากโลกยุคกลางของ Jacobus de Voragine นักประวัติศาสตร์ชาวอิตาลีและอาร์คบิชอปแห่งเจนัว ได้บรรยายถึงคุณความดีของเซนต์คอสมัสและเดเมียน (Saints Cosmas and Damian) สองนักบุญฝาแฝดผู้ผ่าตัดเปลี่ยนขาให้แก่ผู้ดูแลโบสถ์ที่ป่วยด้วยโรคแบคทีเรียกินเนื้อ (Flesh-Eating Disease) โดยผู้ดูแลโบสถ์คนดังกล่าวได้รับขาใหม่จากชายแอฟริกันผิวสีที่เสียชีวิตไปได้ไม่นาน (World Digital Library, 2016) หรือแม้แต่ตำราการแพทย์อินเดียอย่าง ‘สุศรุตะ สัมหิตา (Sushruta Samhita)’ ผลงานของสุศรุตะ (Sushruta) บิดาแห่งศัลยศาสตร์อินเดียผู้มีชีวิตอยู่ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 6 ก่อนคริสตกาล ก็กล่าวถึงการปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin Graft) ให้กับผู้สูญเสียจมูกจากการต้องรับโทษในคดีลักทรัพย์และคดีชู้สาว กล่าวคือผู้เข้ารับการผ่าตัดจะได้รับการซ่อมแซมจมูกให้คืนสภาพเดิมด้วยการใช้แผ่นเนื้อบริเวณ

หน้าผาก (Forehead Flap Rhinoplasty) โดยเทคนิคการผ่าตัดแบบดังกล่าวได้ถูกใช้เรื่อยมาจวบจนปัจจุบัน (Columbia University Department of Surgery, 2015)

อย่างไรก็ตาม แม้เป็นการยากหากต้องการพิสูจน์ความจริงกับตำนานเรื่องเล่าเหล่านี้จนสิ้นสงสัย แต่แนวคิดเกี่ยวกับการปลูกถ่ายอวัยวะก็ได้รับการพัฒนาต่อยอดเรื่อยมา จนเมื่อโลกก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 20 พัฒนาการด้านการปลูกถ่ายอวัยวะได้รุดหน้าอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศทางตะวันตก จนอาจกล่าวได้ว่าการผ่าตัดเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะมิใช่เป็นไปเพื่อการทดลองทางการแพทย์ (Medical Experiment) อีกต่อไป หากแต่เป็นไปเพื่อการรักษาพยาบาล (Medical Care) อย่างแท้จริง ทั้งนี้ ความสำเร็จครั้งแรกของโลกของการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์เริ่มต้นจากการผ่าตัดเปลี่ยนไต เพื่อทดแทนไตที่เสื่อมสมรรถภาพในการกำจัดของเสียออกจากร่างกาย โดยเมื่อวันที่ 23 ธันวาคม พ.ศ. 2497 ณ โรงพยาบาลปีเตอร์ เบนท์ บริกแฮม (Peter Bent Brigham Hospital) นครบอสตัน รัฐแมสซาชูเซตส์ (ปัจจุบันคือ Brigham and Women's Hospital) นพ.โจเซฟ อี. เมอร์เรย์ (Dr. Joseph E. Murray) ศัลยแพทย์ชาวอเมริกันได้ร่วมกับ J. Hartwell Harrison, David Hume และ John P. Merrill ผ่าตัดเปลี่ยนไตให้กับนายริชาร์ด เจ. เฮอร์ริค (Richard J. Herrick) โดยได้รับไตบริจาคจากนายโรนัลด์ ลี เฮอร์ริค (Ronald Lee Herrick) ผู้เป็นฝาแฝดเหมือน (Identical Twins) การรักษาความเจ็บป่วยด้วยการเปลี่ยนอวัยวะนี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตมนุษย์ จนส่งผลให้นายแพทย์ท่านนี้ได้รับรางวัลโนเบลสาขาศัลยกรรมประจำปี พ.ศ. 2533

ส่วนการบุกเบิกการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนตับเริ่มต้นเมื่อ นพ.โทมัส อี. สตาร์ซล (Dr. Thomas E. Starzl) ทำการทดลองผ่าตัดเปลี่ยนตับในคนในระหว่างเดือนมีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2506 ก่อนจะประสบความสำเร็จเป็นครั้งแรกของโลกเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2510 โดย นพ.โทมัส อี. สตาร์ซล และทีมศัลยแพทย์จากมหาวิทยาลัยโคโลราโด (University of Colorado) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนตับที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งให้กับจูเลีย โรดริเกซ (Julie Rodriguez) ทารกเพศหญิงอายุ 19 เดือน โดยทารกคนดังกล่าวสามารถอยู่ได้นานประมาณ 1 ปี ก่อนจะเสียชีวิตในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2511 จากสาเหตุอื่น

สำหรับการรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจได้ประสบความสำเร็จเป็นครั้งแรกของโลกเมื่อวันที่ 3 ธันวาคม พ.ศ. 2510 โดย นพ.คริสเตียน เอ็น. บาร์นาร์ด (Dr. Christiaan N. Barnard) ศัลยแพทย์ชาวแอฟริกาใต้จากโรงพยาบาลกรูท ซูร์ (Groote Schuur Hospital) นครเคปทาวน์ สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจให้กับนายหลุยส์ วอชแคนสกี (Louis Washkansky) พ่อค้าขายของชำผู้ได้รับหัวใจใหม่จากเหยื่ออุบัติเหตุ อย่างไม่รู้ตัว หลังการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้มีชีวิตอยู่ได้เพียงแค่ 18 วัน ส่วน Dr. Philip Blaiberg ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจเป็นรายที่ 2 จากฝีมือของนายแพทย์ท่านนี้อยู่ได้นานกว่า 19 เดือน

นอกจากนี้ ในการผ่าตัดเปลี่ยนปอด 4 ประเภท อันได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนปอดข้างเดียว (Single Lung Transplantation) การผ่าตัดเปลี่ยนปอดสองข้าง (Double Lung Transplantation) การผ่าตัดเปลี่ยนปอดสองข้างพร้อมกัน (Bilateral Sequential Lung Transplantation) และการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปอดพร้อมกัน (Heart- Lung Transplantation) ล้วนเริ่มจากจุดเดียวกัน กล่าวคือเมื่อ พ.ศ. 2506 ณ ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยมิสซิสซิปปี (University of Mississippi Medical Center) นพ.เจมส์ ดี. ฮาร์ดี้ (Dr. James D. Hardy) ศัลยแพทย์ชาวอเมริกันได้ทดลองผ่าตัดเปลี่ยนถ่ายปอดมนุษย์เป็นครั้งแรก แต่นายจอห์น อาร์. รัสเซล (John R. Russell) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกลับมีชีวิตอยู่ได้เพียง 18 วัน จนเมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2524 นพ.บรูซ เอ. ไรทซ์ (Bruce A. Reitz) และทีมแพทย์จากศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด (Stanford University Medical Center) ได้ผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปอดพร้อมกันให้กับ Mary Gohlke หญิงกลางคนจากรัฐแอริโซนา ผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตเลือดในปอดสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary Pulmonary Hypertension) หลังการผ่าตัดเธออยู่รอดได้นานกว่า 5 ปี ต่อมาในวันที่ 3 พฤศจิกายน พ.ศ. 2526 นพ.โทมัส อาร์.เจ. ทอดด์ (Dr. Thomas R.J. Todd) และทีมแพทย์จากโรงพยาบาลโตรอนโต เจเนอรัล (Toronto General Hospital) สามารถสร้างประวัติศาสตร์ในการผ่าตัดเปลี่ยนปอดข้างเดียวให้กับนายทอม ฮอลล์ (Tom Hall) ได้เป็นผลสำเร็จ โดยผู้ป่วยรายนี้อยู่รอดนานถึง 6 ปี นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2529 นพ.โทมัส อาร์.เจ. ทอดด์ สามารถผ่าตัดเปลี่ยนปอดสองข้างได้สำเร็จเป็นครั้งแรกของโลกอีกครั้ง

ปัจจุบัน การพัฒนาเทคนิคทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ ความก้าวหน้าในการผลิตสกัด และปรุงยาทดแทนด้านทานเพื่อลดการต่อต้านอวัยวะใหม่ที่ได้รับ การบริหารจัดการการรับบริจาคอวัยวะ เทคนิคการเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตาย ตลอดจนการบรรจุและการขนส่งอวัยวะมีประสิทธิภาพ ล้วนส่งผลต่อความอยู่รอดอย่างสมบูรณ์แข็งแรงของผู้คนจำนวนมาก ดังเช่นทุกวันนี้ โดยรายงานล่าสุดของ Global Observatory on Donation and Transplantation (2019) ระบุว่า สถิติการปลูกถ่ายอวัยวะ (Solid Organ Transplantation) ปี 2559 ใน 110 ประเทศสมาชิก สูงถึงกว่า 135,860 ราย หรือเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 7.25 จากปีก่อนหน้า ในบรรดาการปลูกถ่ายอวัยวะเหล่านี้ ปริมาณการปลูกถ่ายไตถือว่ามากที่สุด โดยมีจำนวนมากถึง 89,823 ราย รองลงมา ได้แก่ ตับจำนวนกว่า 30,352 ราย หัวใจ 7,626 ราย ปอด 5,497 ราย ตับอ่อน 2,342 ราย และลำไส้เล็ก (Small Bowel) 220 ราย อย่างไรก็ตาม แม้อัตราการขยายตัวของ การปลูกถ่ายอวัยวะจะเพิ่มมากขึ้น แต่ก็อยู่ในระดับน้อยกว่าร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับความต้องการอวัยวะทั่วโลก นอกจากนี้ หากพิจารณาจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) อันหมายถึงความรวมถึงผู้บริจาคอวัยวะที่ระบบการไหลเวียนเลือดหยุดทำงาน (DCD) และผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย (DBD) จาก รายงานฉบับเดียวกันของ Global Observatory on Donation and Transplantation พบว่า 10

อันดับประเทศสมาชิกที่มีจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน (PMP) สูงสุดประจำปี 2560 ได้แก่ สเปน 47.05 คนต่อประชากร 1 ล้านคน ตามมาด้วย โปรตุเกส 34.08 คนต่อประชากร 1 ล้านคน โครเอเชีย 33.33 คนต่อประชากร 1 ล้านคน สหรัฐอเมริกา 31.70 คนต่อประชากร 1 ล้านคน เบลเยียม 30.53 คนต่อประชากร 1 ล้านคน มอลตา 30 คนต่อประชากร 1 ล้านคน ฝรั่งเศส 29.74 คนต่อประชากร 1 ล้านคน อิตาลี 28.86 คนต่อประชากร 1 ล้านคน สาธารณรัฐเช็ก 25.38 คนต่อประชากร 1 ล้านคน และออสเตรเลีย 24.48 คนต่อประชากร 1 ล้านคน ตามลำดับ ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมแทบทั้งสิ้น เว้นแต่เพียงสหรัฐฯ และมอลตา อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน (PMP) ดังกล่าวถือว่าสูงกว่าอีกหลายประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะกระบวนการทางการแพทย์อันมีประสิทธิภาพมากกว่า นับตั้งแต่การจับคู่ผู้บริจาคกับผู้รับอวัยวะ การบรรจุ จัดเก็บ และเคลื่อนย้ายอวัยวะ การผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ ฯลฯ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการกำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) โดยถือว่าประชาชนทุกคนต้องการบริจาคอวัยวะ ย่อมมีโอกาสเป็นสิ่งเดียวที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการปลูกถ่ายอวัยวะ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ทางสถิติโดยสองนักเศรษฐศาสตร์ชื่ออะบาดีและเกย์ (Abadie & Gay, 2006) พบว่า ในกรณีที่อิทธิพลด้านอื่นไม่เปลี่ยนแปลง จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน (PMP) ของประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมเฉลี่ยสูงกว่าประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนประมาณ 3.10 ในขณะที่เอริก จอห์นสัน และแดน โกลด์สไตน์ (Johnson & Goldstein, 2003) ก็ได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อทำการวิเคราะห์ประเทศต่าง ๆ ที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมและระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนพบว่า ค่าเริ่มต้นส่งผลอย่างยิ่งต่ออัตราการยินยอม ทั้งนี้ หากค่าเริ่มต้นกำหนดให้ประชาชนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาคอวัยวะจะเพิ่มขึ้น 16.3 เปอร์เซ็นต์ ($P < 0.02$)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบอัตราการบริจาคอวัยวะ - การปลูกถ่ายอวัยวะ พ.ศ. 2560

	ระบบการบริจาคอวัยวะ	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (PMP) ^๑	จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (PMP) ^๑	จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (PMP) ^๑	จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะทั้งหมด (PMP) ^๑	การปลูกถ่ายไตจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (PMP) ^๑	การปลูกถ่ายตับจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต (PMP) ^๑	สัดส่วนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต
สเปน	Opt-Out ^๒	47.05	105.77	7.53	113.38	7.16	0.37	93.29%
โปรตุเกส	Opt-Out ^๒	34.08	78.25	7.67	86.89	7.48	0.19	90.06%
โครเอเชีย	Opt-Out ^๓	33.33	73.82	2.86	76.67	2.62	0.24	96.27%
เบลเยียม	Opt-Out ^๒	30.53	85.17	8.42	93.86	5.53	2.89	90.75%
ฝรั่งเศส	Opt-Out ^๒	29.74	84.23	9.68	94.02	9.40	0.28	89.59%
สาธารณรัฐเช็ก	Opt-Out ^๒	25.38	73.67	4.81	78.49	4.81	-	93.87%
สิงคโปร์	Opt-Out ^๒	6.84	15.26	9.83	25.09	7.02	2.81	60.84%
สหรัฐอเมริกา	Opt-In ^๒	31.70	90.63	19.02	109.65	17.91	1.11	82.64%
แคนาดา	Opt-In ^๒	21.91	67.41	14.57	81.97	12.90	1.67	82.23%
ออสเตรเลีย	Opt-In ^๒	20.82	60.00	11.14	71.14	11.06	0.08	84.34%
ไอร์แลนด์	Opt-In ^๒	20.63	54.17	10.63	64.79	10.63	-	83.60%
ลิทัวเนีย	Opt-In ^๒	13.79	34.48	2.07	36.55	2.07	-	94.34%
ไทย	Opt-In ^๓	4.26	9.73	2.91	12.65	2.49	0.42	76.98%
มาเลเซีย	Opt-In ^๒	0.41	0.94	1.77	2.72	1.68	0.09	34.88%
ค่าเฉลี่ย Opt-Out (PMP)		29.56	73.74	7.26	81.20			87.81%
ค่าเฉลี่ย Opt-In (PMP)		16.22	45.34	8.87	54.21			77.00%
ค่ามัธยฐาน Opt-Out (PMP)		30.53	78.25	7.67	86.89			
ค่ามัธยฐาน Opt-In (PMP)		20.63	54.17	10.63	64.79			

หมายเหตุ : 1) PMP หมายถึง ต่อประชากร 1 ล้านคน

2) - หมายถึง Data Not Available หรือ Not Applicable

3) การปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตประกอบด้วยไตและตับ

ที่มา : ก) Eurotransplant International Foundation (2013)

ข) Shepherd et al. (2014)

ค) ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ง) Global Observatory on Donation and Transplantation (2018)

4.1.2 พัฒนาการการปลูกถ่ายอวัยวะของไทย

อาจกล่าวได้ว่า การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะของประเทศไทยพัฒนาช้ากว่าประเทศในโลกระหว่างเกือบ 20 ปี โดยยุคแห่งการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะของวงการแพทย์และสาธารณสุขไทยเริ่มต้นเมื่อศ.นพ.ชัยโณ เพ็ญชาติ และคณาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สามารถผ่าตัดเปลี่ยนไตสำเร็จเป็นรายแรกของประเทศไทย ณ ห้องผ่าตัดตึกธนาคารกรุงเทพ เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2515 นอกจากนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ถือเป็นสถานพยาบาลแห่งแรกของประเทศไทยที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดเปลี่ยนตับ โดยความสำเร็จเมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2530 เป็นผลจากความสามารถ ความมุ่งมั่น ตลอดจนความร่วมมือของผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.วรวิทย์ ศรีวัฒนาวงษา และทีมแพทย์ ต่อมาในวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2530 ศ.กิตติคุณ นพ.ชวลิต อ่องจรีต และทีมแพทย์จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจสำเร็จเป็นรายแรกของประเทศไทยและของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การผ่าตัดนี้ถือเป็นการเริ่มต้นการใช้อวัยวะบริจาคจากผู้เสียชีวิตสมองตายเป็นครั้งแรกในประเทศไทย โดยผลจากความสำเร็จดังกล่าวส่งผลให้การปลูกถ่ายอวัยวะอื่นๆ เช่น ไต ตับ และปอด เพิ่มมากขึ้น วงการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเกิดการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างครบวงจรดังเช่นปัจจุบัน ส่วนสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถีสามารถผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจและปอดพร้อมกัน (Heart-Lung Transplantation) ผ่าตัดแบบ Domino Heart Transplantation และผ่าตัดเปลี่ยนปอดสองข้าง (Double Lung Transplantation) ได้สำเร็จเป็นครั้งแรกของประเทศไทยและภูมิภาคเอเชียในปี พ.ศ. 2532, 2533 และ 2536 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบลำดับเหตุการณ์การปลูกถ่ายอวัยวะของต่างประเทศและประเทศไทย

อวัยวะ	การปลูกถ่ายอวัยวะของต่างประเทศ	การปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทย
1. ไต	ธันวาคม พ.ศ. 2497 โดยนพ.โจเซฟ อี. เมอร์เรย์ และทีมแพทย์ โรงพยาบาลปีเตอร์ เบนท์ บริกแฮม ¹	มีนาคม พ.ศ. 2515 โดยศ.นพ.ชัยโณ เพ็ญชาติ และทีมแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ⁵
2. ตับ	กรกฎาคม พ.ศ. 2510 โดยนพ.โทมัส อี. สตาร์ซล และทีมแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโคโลราโด ²	พฤศจิกายน พ.ศ. 2530 โดยผศ.นพ.วรวิทย์ ศรีวัฒนาวงษา และทีมแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ⁶
3. หัวใจ	ธันวาคม พ.ศ. 2510 โดยนพ.คริสเตียน เอ็น. บาร์นาร์ด และทีมแพทย์ โรงพยาบาลกรูท ซูร์ ³	ธันวาคม พ.ศ. 2530 โดยศ.กิตติคุณ นพ.ชวลิต อ่องจรีต และทีมแพทย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ⁷

ตารางที่ 6 (ต่อ) การเปรียบเทียบลำดับเหตุการณ์การปลูกถ่ายอวัยวะของต่างประเทศและประเทศไทย

อวัยวะ	การปลูกถ่ายอวัยวะของต่างประเทศ	การปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทย
4. ปอด	มีนาคม พ.ศ. 2524 โดยนพ.บรูซ เอ. โรทซ์ โรงพยาบาลโตรอนโตเจเนอรัล ⁴	พ.ศ. 2532 โดยสถาบันโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ⁸

ที่มา : 1) อีร์วัฒน์ บุระวัฒน์ (2552) 5) หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2556)
2) Pearce (2017) 6) ปาจารย์ อ่อนสอาด (2559)
3) Altman (2001) 7) หอประวัติคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2558)
4) Wykes (2016) 8) อรรถภูมิ สุธงษอรอด (2558)

ทั้งนี้ เมื่อองค์ความรู้ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะได้ถูกพัฒนาและถ่ายทอดสู่บุคลากรทางการแพทย์อย่างกว้างขวาง จำนวนผู้ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะของประเทศไทยได้ปรับตัวเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปี สถิติการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมองตายตามรายงานของศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561) นับตั้งแต่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ เริ่มดำเนินงานเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 พบว่า การปลูกถ่ายไตมีจำนวนมากถึง 4,768 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 78.11 ของการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้เสียชีวิตสมองตายกว่า 6,104 ราย รองลงมา ได้แก่ การปลูกถ่ายตับ 1,004 ราย การปลูกถ่ายหัวใจ 223 ราย การปลูกถ่ายหัวใจพร้อมปอด 40 ราย การปลูกถ่ายปอด 27 ราย การปลูกถ่ายตับพร้อมไต 23 ราย การปลูกถ่ายตับอ่อนพร้อมไต 13 ราย การปลูกถ่ายหัวใจพร้อมไต 3 ราย การปลูกถ่ายตับอ่อน 2 ราย และการปลูกถ่ายหัวใจพร้อมตับและไต 1 ราย

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบจำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้เสียชีวิตสมองตาย ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

พ.ศ.	ไต	ตับ	หัวใจ	หัวใจและปอด	ปอด	ตับและไต	ตับอ่อนและไต	หัวใจและไต	ตับอ่อน	หัวใจ ตับ และไต	รวม
2537	24	9	6	3	3	-	-	-	-	-	45
2538	36	4	7	5	3	-	-	-	-	-	55
2539	36	9	7	6	1	-	-	-	-	-	59
2540	87	18	14	2	3	-	-	-	-	-	124
2541	90	12	5	3	2	-	-	-	-	-	112
2542	129	13	3	2	3	-	-	-	-	-	150
2543	91	11	3	3	2	-	-	-	-	-	110
2544	115	7	5	3	-	-	-	-	-	-	130
2545	167	21	1	2	2	-	-	-	-	-	193
2546	175	40	3	-	2	-	-	-	-	-	220
2547	126	32	3	1	1	1	-	-	-	-	164
2548	87	20	3	2	-	2	-	-	-	-	114
2549	114	24	5	-	-	1	-	-	-	-	144
2550	165	27	5	1	1	1	1	-	-	-	201
2551	149	45	5	1	-	1	-	-	-	-	201
2552	155	55	8	1	-	-	-	-	-	-	219
2553	163	43	5	-	-	2	-	1	1	-	215
2554	202	60	8	-	1	3	2	-	-	-	276
2555	246	72	12	-	-	1	2	1	-	-	334
2556	287	73	12	-	1	3	-	-	-	-	376
2557	330	76	18	4	1	1	2	-	-	-	432
2558	364	71	24	1	-	1	-	1	1	-	463
2559	414	79	15	-	-	2	2	-	-	-	512
2560	543	105	20	-	1	-	-	-	-	1	670
2561	473	78	26	-	-	4	4	-	-	-	585
รวม	4,768	1,004	223	40	27	23	13	3	2	1	6,104

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

อย่างไรก็ดี แม้จำนวนการปลูกถ่ายไตจากผู้เสียชีวิตสมองตายในแต่ละปีคิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าการปลูกถ่ายอวัยวะอื่น แต่เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้รอรับไต ผู้บริจาคไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 (แผนภูมิที่ 6) พบว่า สถานการณ์การขาดแคลนไตถือว่าร้ายแรงที่สุดในบรรดาอวัยวะทั้งหลาย เนื่องจากแม้จำนวนผู้บริจาคไตและผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 10 ปี แต่การเพิ่มขึ้นดังกล่าวนับว่าไม่เพียงพอกับปริมาณความต้องการไตที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ได้รับการปลูกถ่ายไตเพียง 473 ราย จากผู้รอรับไต 6,082 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 7.78 ของผู้รอรับไตทั้งหมด

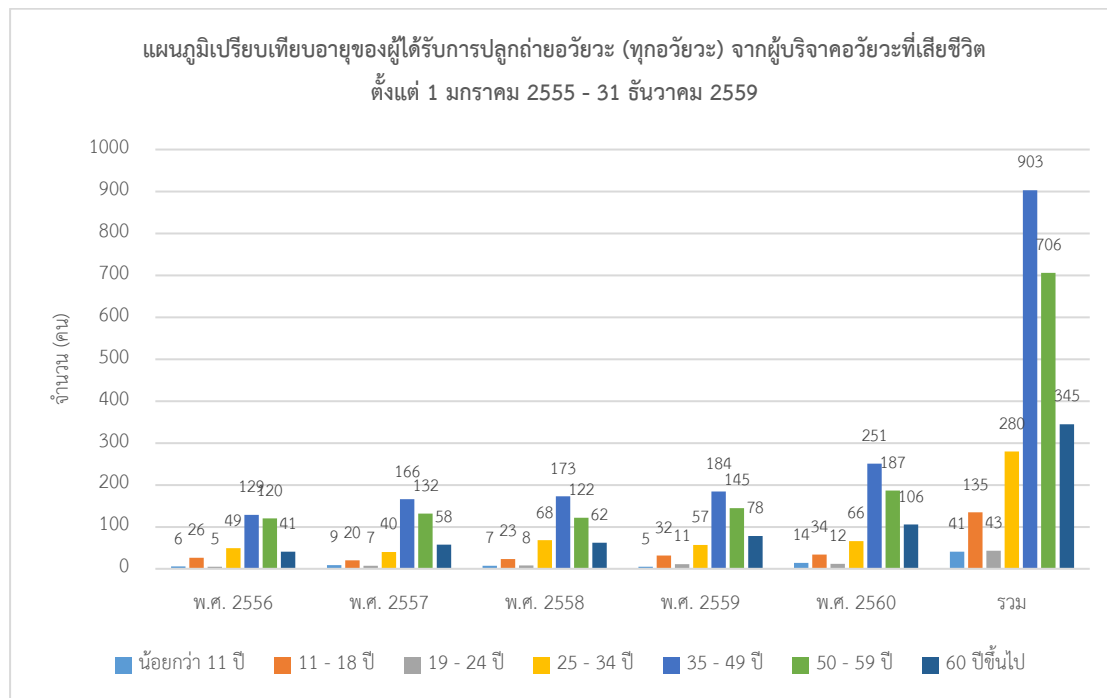
สำหรับจำนวนการปลูกถ่ายตับจากผู้เสียชีวิตสมองตายในแต่ละปีถือว่าเป็นรองเพียงการปลูกถ่ายไตเท่านั้น โดยหากพิจารณาจำนวนผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับจากผู้เสียชีวิตสมองตาย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 (แผนภูมิที่ 7) พบว่า ผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับเฉลี่ยเพียง 71 ราย จากผู้รอรับตับโดยเฉลี่ยประมาณ 200 ราย โดยใน พ.ศ. 2561 มีผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับ 78 ราย จากผู้รอรับตับ 257 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 30.35 ของผู้รอรับตับทั้งหมด

ส่วนสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายหัวใจ หัวใจและปอด ตับและไต ตับอ่อนและไต หัวใจและไต ตลอดจนถึงตับอ่อน (

แผนภูมิที่ 8 - แผนภูมิที่ 14) ถือได้ว่ารุนแรงน้อยกว่าการขาดแคลนไตและตับ เนื่องจากจำนวนผู้บริจาคอวัยวะในกลุ่มนี้ถือว่ามากกว่ามากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รอรับอวัยวะในกลุ่มนี้ที่อยู่ในหลักสิบต้น ๆ หรือน้อยกว่า

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้เสียชีวิตสมองตาย ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561 พบว่า จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) ในระยะเวลาดังกล่าวสูงถึงกว่า 2,662 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 43.61 ของการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้เสียชีวิตสมองตายทั้งหมด โดยหากจำแนกการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้เสียชีวิตสมองตายตามกลุ่มอายุ (แผนภูมิที่ 3) พบว่า ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้เสียชีวิตสมองตายโดยส่วนใหญ่ ได้แก่ ประชากรวัยกลางคน (Middle Adult) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 35 - 49 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 36.81 รองลงมาเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Older Adult) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี ร้อยละ 28.78 ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 14.06 ประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Young Adult) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 - 34 ปี ร้อยละ 11.41 ประชากรวัยรุ่น (Adolescence) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 11 - 18 ปี ร้อยละ 5.50 ประชากรในช่วงก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่ (Emerging Adulthood) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 19 - 24 ปี ร้อยละ 1.75 และ ประชากรวัยเด็ก (น้อยกว่า 11 ปี) ร้อยละ 1.67 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 3 จำนวนผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ (ทุกอวัยวะ) จากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



ที่มา : ดัดแปลงจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

4.2 ระบบการบริจาคอวัยวะ

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาเอกสารของกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไอร์แลนด์ (Ireland Department of Health, 2014) ตลอดจนเอกสารหลักฐานอื่น ๆ พบว่า ระบบการบริจาคอวัยวะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง (Explicit Consent System หรือ Opt-In System) การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Presumed Consent System หรือ Opt-Out System) และการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Mandated Choice System)

4.2.1 การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง

แนวคิดของระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้งกำหนดให้ประชาชนสามารถแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้า หรืออาจมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับการพิจารณาบริจาคอวัยวะให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้กระทำการแทนภายหลังจากการเสียชีวิตของตน ดังนั้น หากผู้เสียชีวิตมิได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ขณะมีชีวิตอยู่ ญาติของผู้เสียชีวิตย่อมกลายเป็นผู้มีสิทธิตัดสินใจแทน ทั้งนี้ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนระดับเข้มแบบปราศจากการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Hard Opt-In System without Family Consultation) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตที่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม การบริจาคอวัยวะนี้ขึ้นอยู่กับเจตนาของแต่ละบุคคลว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ เนื่องจากญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไม่สามารถคัดค้านความประสงค์ดังกล่าวได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

2. การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนระดับอ่อนพ่วงด้วยอำนาจการยับยั้งของครอบครัว (Soft Opt-In System with Family Veto) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตที่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม การบริจาคอวัยวะนี้ขึ้นอยู่กับเจตนาของแต่ละบุคคลว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ โดยระบบการบริจาคอวัยวะนี้ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ต้องบอกกล่าวเจตนาของครอบครัวการบริจาคอวัยวะของบุคคลดังกล่าวแก่ญาติของผู้บริจาคอวัยวะ และการบริจาคอวัยวะดังกล่าวเป็นอันยกเลิกหากญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะคัดค้าน

3. การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนระดับอ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-In System with Family Consultation) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคที่เสียชีวิตที่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม การบริจาคอวัยวะนี้ขึ้นอยู่กับเจตนาของแต่ละบุคคลว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ โดยระบบการบริจาคอวัยวะนี้ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติให้แพทย์ต้องบอกกล่าวเจตนาของครอบครัวการบริจาคอวัยวะของบุคคลดังกล่าวแก่ญาติของผู้บริจาคอวัยวะ และแพทย์สามารถตัดสินใจไม่ดำเนินการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะได้ หากญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะคัดค้าน แม้แพทย์จะมีสิทธิตามกฎหมายในการดำเนินการตามเจตนาของครอบครัวก็ตาม

4.2.2 การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน: สหรัฐอเมริกา

‘สหรัฐอเมริกา’ ถือเป็นประเทศระดับแนวหน้าของระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนท่ามกลางความโดดเด่นของประเทศต่าง ๆ ที่รับระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอม ทั้งนี้ การศึกษาของ Bramhall (2011) พบว่า นอกจากศักยภาพของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ความครอบคลุมกว้างขวางของเครือข่ายเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ การทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะเกี่ยวกับการขอรับบริจาคอวัยวะ และระบบการจ่ายค่าชดเชยพิเศษแก่สถานพยาบาล สิ่งสนับสนุนความสำเร็จประการสำคัญของระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนของสหรัฐฯ คือการกำหนดอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการเสาะหาและการรายงานผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะต่อองค์การ

บริจาคอวัยวะ (Organ Donation Organization - ODO) ตลอดจนการเรียกค่าปรับกรณีสถานพยาบาลละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวอีกด้วย

4.2.3 การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม

แนวคิดของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมถือว่าประชาชนทุกคนเป็นผู้บริจาคอวัยวะ อย่างไรก็ตาม ประชาชนสามารถลงทะเบียนเพื่อปฏิเสธการบริจาคอวัยวะได้อย่างง่ายดาย ทั้งนี้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมแบ่งย่อยออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมระดับเข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System without Exemption) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตได้ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะไว้ อย่างไรก็ตาม ระบบการบริจาคอวัยวะนี้ได้ครอบคลุมถึงกรณีที่ญาติของผู้บริจาคอวัยวะรู้ว่าบุคคลดังกล่าวคัดค้านการบริจาคอวัยวะ แต่มิได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะขณะมีชีวิตอีกด้วย ตัวอย่างประเทศที่เลือกรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมระดับเข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น ได้แก่ ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และสิงคโปร์

2. การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมระดับเข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตได้ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะไว้ หรือบุคคลดังกล่าวถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นตามบทบัญญัติของกฎหมาย ตัวอย่างเช่น อิสลามิกชนในประเทศสิงคโปร์ (Singaporean Muslims) ก่อนหน้าที่พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ค.ศ. 2008 หรือ Human Organ Transplant (Amendment) Act 2008 จะส่งผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551

3. การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมระดับอ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System without Family Consultation) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตได้ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะไว้ หรือญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตแจ้งการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะแก่แพทย์ อย่างไรก็ตาม การปฏิเสธการบริจาคอวัยวะดังกล่าวขึ้นอยู่กับการบอกกล่าวของญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต เนื่องจากแพทย์จะสอบถามความยินยอมจากญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตหรือไม่ก็ได้

4. การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมระดับอ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System with Family Consultation) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่แพทย์สามารถผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตได้ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะไว้ อย่างไรก็ตาม ระบบการบริจาคอวัยวะนี้ได้กำหนด

แนวทางปฏิบัติให้แพทย์ต้องสอบถามความยินยอมจากญาติของผู้บรรลุนิติภาวะที่เสียชีวิต ณ เวลา การเสียชีวิต ตัวอย่างประเทศที่เลือกรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนพ่วงด้วย การปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว ได้แก่ สเปน โปแลนด์ อังกฤษ และเนเธอร์แลนด์

4.2.4 การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม: สเปน

‘สเปน’ ถือเป็นประเทศต้นแบบของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เนื่องจาก ความโดดเด่นของอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาคอวัยวะ และอัตราการ ปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ นอกจากตัวระบบการบริจาคอวัยวะที่ส่งผลต่อความสำเร็จดังกล่าว การศึกษา ของ Rodríguez-Arias et al. (2010) และ Matesanz (2003) พบว่า สิ่งสนับสนุนความสำเร็จ ประการอื่น ๆ ได้แก่ ทรัพยากรทางการแพทย์ (Medical Resources) ระบบบริหารจัดการของ องค์การปลูกถ่ายอวัยวะแห่งชาติ (Organización Nacional de Trasplantes) การขยายเกณฑ์อายุ ของผู้บริจาคอวัยวะ การจ่ายค่าตอบแทนของโรงพยาบาล (Hospital Reimbursement) และ อิทธิพลทางสังคม

ทั้งนี้ ทรัพยากรทางการแพทย์ (Medical Resources) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสัดส่วนแผนก ผู้ป่วยวิกฤตและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากรพันคน ศักยภาพของผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ สิ่งเหล่านี้นับเป็นสิ่งสำคัญ พื้นฐานที่ส่งผลต่อความสำเร็จของสเปนซิโมเดล (Spanish Model) กล่าวคือเนื่องจากผู้บริจาค อวัยวะส่วนมากมาจากโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น ด้วยสัดส่วนแผนกผู้ป่วย วิกฤตและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ต่อประชากรพันคนที่ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ย่อม เอื้อต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการเสาะหาและการดูแลผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor) ก่อนการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างกาย ส่วนผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศสเปน ต้องเข้ารับการอบรมพัฒนา ศักยภาพการทำงานด้านต่าง ๆ อันจะส่งผลต่อการขยายตัวของอัตราการบริจาคอวัยวะ เช่น การ เสาะหาผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ การตรวจวินิจฉัยอาการสมองตาย การบริหาร จัดการผู้บริจาคอวัยวะ แนวทางการเข้าหาญาติผู้บริจาคอวัยวะ การสื่อสารเรื่องไม่พึงประสงค์หรือ ข่าวร้าย การบริหารจัดการการปฏิเสธการบริจาคอวัยวะ ข้อกังวลด้านวัฒนธรรม การจัดสรรปันส่วน อวัยวะบริจาค แนวทางการเข้าหาสื่อมวลชน ตลอดจนข้อกังวลด้านกฎหมาย นอกจากนี้ นอกจาก จำนวนเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะอย่างน้อย 1 คน ต่อโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศสเปนส่วนมากคือแพทย์สาขาเวชบำบัดวิกฤตและวิสัญญี วิทยา ดังนั้น ความชำนาญ สิทธิการเข้าพบ และอำนาจหน้าที่ของแพทย์สาขาดังกล่าว ย่อมช่วยลด การเพิกเฉยต่อการเสาะหาผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ นอกจากนี้ หากเจ้าหน้าที่ ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นคนเดียวกับแพทย์เจ้าของไข้ ความสนิทคุ้นเคยกับญาติคนไข้

ความพึงพอใจต่อการรักษาพยาบาล ตลอดจนความไว้วางใจต่อแพทย์ ย่อมเพิ่มความสะดวกต่อกระบวนการขอรับบริจาคอวัยวะ

ระบบบริหารจัดการขององค์การปลูกถ่ายอวัยวะแห่งชาติ (Organización Nacional de Trasplantes) ถือเป็นอีกสิ่งสนับสนุนความสำเร็จอันสำคัญของระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศสเปน กล่าวคือแผนงานขององค์การปลูกถ่ายอวัยวะแห่งชาติเน้นการพัฒนาศักยภาพด้านการบริจาคอวัยวะของสถานพยาบาลสมาชิก ตลอดจนการวิเคราะห์และประเมินตนเองของสถานพยาบาลเกี่ยวกับสาเหตุการไม่อาจผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ

สำหรับมาตรการขยายเกณฑ์อายุของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) ด้วยการไม่กำหนดเพดานอายุสูงสุดของผู้บริจาคอวัยวะ นอกจากส่งผลต่อการขยายตัวของอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ และสัดส่วนผู้บริจาคอวัยวะสูงอายุที่ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น (European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare (EDQM), 2020) มาตรการดังกล่าวกลับไปลดคะแนนประสิทธิภาพ (Effectiveness Score) จากการคำนวณจำนวนการฟื้นตัวของอวัยวะบริจาค และการทิ้งอวัยวะบริจาคที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

นอกจากนี้ แม้การตรา Real Decreto 2070/1999 ได้วางกรอบให้การบริจาคอวัยวะอยู่บนพื้นฐานของการเห็นแก่ผู้อื่น (Altruism) ด้วยการห้ามมิให้บุคคลใด ๆ รับการจ่ายค่าตอบแทนจากการบริจาคอวัยวะ อย่างไรก็ตาม ในบางพื้นที่ของประเทศอนุญาตให้สำนักงานสาธารณสุขของท้องถิ่นมอบค่าตอบแทนแก่ญาติของผู้บริจาคอวัยวะชาวต่างชาติ แต่ค่าตอบแทนดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะค่าจัดการศพและค่าขนส่งศพกลับประเทศบ้านเกิดเท่านั้น นอกจากนี้ โรงพยาบาลของแคว้นที่สคานีได้ออกมาตรการกระตุ้นอัตราการบริจาคอวัยวะด้วยการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษ (Incentive Bonus) แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อกรณีการบริจาคอวัยวะในความรับผิดชอบของตน

ส่วนอิทธิพลทางสังคมที่สนับสนุนความสำเร็จของระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศสเปน ได้แก่ การจัดเนื้อหาของระบบการศึกษา การติดต่อสื่อสาร การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และความไว้วางใจต่อระบบสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป แม้ผลการดำเนินงานด้านการบริจาคอวัยวะของประเทศสเปนโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์แก่ประชาคมโลก แต่การลอกเลียนแบบสเปนมิใช่โมเดลบางอย่างอาจเป็นเรื่องยากลำบากสำหรับบางประเทศ ทั้งนี้ เนื่องจากภาพรวมของระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศสเปนอาศัยงบประมาณและการอุทิศทุ่มเทของกำลังเจ้าหน้าที่อย่างมาก กล่าวคือเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศสเปนส่วนมากคือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่วนประเทศอื่น ๆ ส่วนมากมักเป็นพยาบาล นอกจากนี้ การเข้าหาครอบครัวผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะของเจ้าหน้าที่ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่กินเวลาค่อนข้างนานอย่างน้อย 3 ชั่วโมง หรือมากกว่า (Chua, 2016)

4.2.5 การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง

เมื่อการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยแถลงยินยอมต้องเผชิญกับแรงกดดันบางส่วนจากสังคม เนื่องจากคนจำนวนไม่น้อยคัดค้านการที่หักเอาเองในประเด็นที่อ่อนไหวเช่นนี้ ด้วยเหตุนี้การบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งได้กลายเป็นอีกทางเลือกในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาค โดยแนวคิดของการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งกำหนดให้ประชาชนแสดงความจำนงว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ ส่วนใหญ่มักพ่วงกับการยื่นคำร้องขอมีบัตรประจำตัวประชาชน การขอรับใบอนุญาตขับรถ หรือการยื่นแบบภาษีประจำปี ทั้งนี้ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งระดับเข้ม (Hard Mandated Choice System) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่ประชาชนถูกร้องขอให้แสดงความจำนงว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง และต้องเลือกเพียงตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น

2. การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งระดับอ่อน (Soft Mandated Choice System) หรือระบบการบริจาคอวัยวะที่ประชาชนถูกร้องขอให้แสดงความจำนงว่าจะบริจาคอวัยวะหรือไม่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง และสามารถเลือกได้ว่าจะตอบรับการบริจาค ปฏิเสธ หรือคัดค้านการแสดงความจำนง

3. การบริจาคอวัยวะแบบร้องขอ (Required Request System) สำหรับเจตนาสมัครใจการบริจาคอวัยวะของบุคคลใด ๆ ภายใต้การบริจาคอวัยวะแบบร้องขอจะต้องถูกตัดสติใจก่อนการเสียชีวิต โดยผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor) จะถูกระบุตัวภายในโรงพยาบาล ทั้งนี้ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accident and Emergency Department: AED) แผนกผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care Unit: ICU) บุคคลดังกล่าว หรือญาติของบุคคลดังกล่าว ต้องได้รับการทบทวนก่อนการตัดสินใจบริจาคอวัยวะจะเกิดขึ้น

4.2.6 การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง: รัฐอิลลินอยส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

ต้นทศวรรษ 1990s รัฐเท็กซัสของสหรัฐฯ เริ่มทดลองระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างเป็นทางการครั้งแรก อย่างไรก็ตาม เนื่องจากปราศจากการสร้างความเข้าใจกับสาธารณชนอย่างเพียงพอ ประชาชนของรัฐเท็กซัสกว่าร้อยละ 80 ตัดสินใจกากบาทช่องไม่ประสงค์บริจาคอวัยวะ จนท้ายที่สุดระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งของรัฐเท็กซัสเป็นอันยกเลิก (Katznelson, 2018) ส่วนรัฐอิลลินอยส์ได้ปรับเปลี่ยนเป็นระบบการบริจาคอวัยวะแบบดังกล่าวเมื่อ พ.ศ. 2549 อย่างไรก็ตาม ก่อนหน้าการปรับเปลี่ยนระบบการบริจาคอวัยวะ หน่วยงานของรัฐอิลลินอยส์ได้ทำแผนรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อกระตุ้นการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เช่น การออกแบบเว็บไซต์ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการ

บริจาคอวัยวะ ตลอดจนหยิบยกบรรทัดฐานทางสังคมอันดั้งเดิมขึ้นพูด เพื่อสะกิดประชาชนให้เกิดการตัดสินใจช่วยต่อชีวิตคนอื่นแบบหลีกเลี่ยงการบีบบังคับจากทางการ ทั้งนี้ ผลการศึกษาของ Thaler and Sunstein (2009) พบว่า การวางแผนการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างเป็นระบบเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจแก่สาธารณชนของทางการ ส่งผลต่อประชาชนผู้มาติดต่อทำบัตรประจำตัวประชาชนหรือขอรับใบอนุญาตขับรถกว่าร้อยละ 60 ตัดสินใจจากบาทช่องประสงค์บริจาคอวัยวะ

4.2.7 มาตรการสนับสนุนระบบการบริจาคอวัยวะ

นอกเหนือจากระบบการบริจาคอวัยวะรูปแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น สถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคได้ผลักดันให้บางประเทศดำเนินการบังคับใช้มาตรการอื่น ๆ เพิ่มเติมควบคู่ไปกับระบบการบริจาคอวัยวะของตน เพื่อกระตุ้นอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาคอวัยวะ และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การคุ้มครองเจตนาธรรมณ์การบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล การจัดสรรตามลำดับความสำคัญ (Allocation Priority) และการจ่ายค่าตอบแทน

1. การคุ้มครองเจตนาธรรมณ์การบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล

ทั้งนี้ เพื่อปกป้องเจตนาธรรมณ์การบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคลตามหลักสิทธิมนุษยชน และลดอัตราการปฏิเสธคำขอบริจาคอวัยวะของญาติของผู้เสียชีวิตที่คุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Family Refusal Rate) บางประเทศได้ผลักดันมาตรการเพื่อคุ้มครองสิทธิดังกล่าว The University of Chicago Medicine (2013) รายงานว่า รัฐบาลกลางของสหรัฐฯ ได้ตราพระราชบัญญัติ Revised Uniform Anatomical Gift Act (2006) เพื่อคุ้มครองสิทธิขาดในการตกลงยินยอมบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล (First Person Authorization หรือ Donor Designation) นอกจากนี้ กว่า 50 รัฐของสหรัฐฯ และเขตปกครองพิเศษโคลัมเบีย (D.C.) ได้ลงมติยอมรับ และบัญญัติกฎหมายของตนเองที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติดังกล่าว ทั้งนี้ คุณสมบัติเด่นของพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวคือการป้องกันไม่ให้อาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะสามารถคัดค้านความประสงค์ดังกล่าวได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ รวมถึงการมอบอำนาจให้โรงพยาบาลสามารถดำเนินการผ่าตัดอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะได้ แม้ปราศจากการยินยอมบริจาคอวัยวะของญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

2. การจัดสรรตามลำดับความสำคัญ

การจัดสรรตามลำดับความสำคัญถือเป็นการให้สิ่งจูงใจทางกฎหมาย (Legal Incentives) หรือที่ตามกฎหมายไทยเรียกว่า ‘สิทธิและประโยชน์’ ทั้งนี้ ลักษณะการจัดสรรตามลำดับความสำคัญแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ดังนี้

การจัดสรรตามลำดับความสำคัญของประเทศสิงคโปร์ถูกดำเนินการควบคู่ไปกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (Human Organ Transplant Act: HOTA) และพระราชบัญญัติทางการแพทย์เพื่อการบำบัดโรค การศึกษา และการวิจัย (Medical (Therapy, Education and Research) Act: MTERA) สำหรับ

พลเมืองสิงคโปร์และผู้มีถิ่นพำนักถาวรในสิงคโปร์ (Singapore Permanent Resident) ที่มีได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะ พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (HOTA) กำหนดให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้รับสิทธิพิเศษ (Higher Priority) ในการจัดสรรอวัยวะบนระบบรายชื่อผู้รออวัยวะ (Organ Transplant Waiting List) ในยามที่เขาเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้ พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) พ.ศ. 2552 (Human Organ Transplant (Amendment) Act 2009) ได้อนุญาตให้ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตได้รับการชดใช้ (Defrayment) หรือการจ่ายคืน (Reimbursement) เป็นตัวเงินหรือเทียบเท่าเงิน สำหรับต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับค่าพาหนะเดินทาง บ้านพักอาศัย ผู้รับใช้ (Domestic Help) การดูแลเด็ก และการสูญเสียรายได้

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการบริจาคอวัยวะภายใต้พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (HOTA) และพระราชบัญญัติทางการแพทย์เพื่อการบำบัดโรค การศึกษา และการวิจัย (MTERA)

เกณฑ์	HOTA	MTERA
1. อายุ	อายุ 21 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป	อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป หรือญาติใกล้ชิดของผู้เสียชีวิต (ไม่จำกัดอายุ) ลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะ
2. อวัยวะ	ไต ตับ หัวใจ และกระจกตา	อวัยวะและเนื้อเยื่อทุกประเภท เช่น ไต ตับ หัวใจ กระจกตา ปอด กระดูก ผิวหนัง ฯลฯ
3. จุดประสงค์	เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ	เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะ การรักษาพยาบาล การศึกษา และการวิจัย
4. สัญชาติ	พลเมืองสิงคโปร์ และผู้มีถิ่นพำนักถาวรในสิงคโปร์ (Permanent Resident)	ไม่จำกัดสัญชาติ
5. ศาสนา	ไม่จำกัดศาสนา ทั้งนี้ พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ค.ศ. 2008 ได้บัญญัติครอบคลุมกลุ่มอิสลามิกชนในประเทศสิงคโปร์ นับตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป	ไม่จำกัดศาสนา ทั้งนี้ คำวินิจฉัย (ฟัตวา) ของสภาศาสนาอิสลามแห่งสิงคโปร์ (Islamic Religious Council of Singapore: MUIS) ได้ระบุให้การบริจาคไต ตับ หัวใจ และกระจกตา เป็นเรื่องที่ยอมรับได้

ตารางที่ 8 (ต่อ) การเปรียบเทียบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการบริจาคอวัยวะภายใต้พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย์ (HOTA) และพระราชบัญญัติทางการแพทย์เพื่อการบำบัดโรค การศึกษา และการวิจัย (MTERA)

เกณฑ์	HOTA	MTERA
6. ความยินยอม	Opt-Out: บุคคลใดที่เข้าเกณฑ์ข้างต้นจะถือเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะ	Opt-In: บุคคลใดที่ไม่อยู่ภายใต้ HOTA รวมถึงบุคคลที่ยินดีสละอวัยวะหรือเนื้อเยื่อใด ๆ ที่ไม่อยู่ภายใต้ HOTA จะได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกก็ต่อเมื่อได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะแล้วเท่านั้น

ที่มา : Singapore Ministry of Health (2018)

ในทำนองเดียวกันกับประเทศสิงคโปร์ การจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะแห่งชาติ (National Transplant Coordinating Committee) และการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมของประเทศซิวีเกิดขึ้นหลังจากการประกาศบังคับใช้กฎหมายหมายเลข 20413 (Law No 20413) ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2553 ส่วนการบังคับใช้กฎหมายหมายเลข 20673 (Law No 20673) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2556 ได้ส่งผลให้มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญถูกนำมาใช้อย่างเป็นทางการในสาธารณรัฐซิวี กล่าวคือประชาชนชาวซิวีที่มีได้แสดงความจำนงขอถอนตัวออกจากระบบผู้บริจาคอวัยวะ กฎหมายฉบับดังกล่าวกำหนดให้คนเหล่านี้ได้รับสิทธิพิเศษในการจัดสรรอวัยวะเมื่อต้องเข้ารับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายอวัยวะ

ส่วนประเทศอิสราเอลได้บังคับใช้มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญควบคู่กับระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตาย-ระบบการไหลเวียนเลือดหยุดทำงาน พ.ศ. 2551 (Cerebro-Respiratory Death Act 2008) และพระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะ พ.ศ. 2551 (Organ Transplant Act 2008) โดยการศึกษาของศูนย์ผลกระทบสาธารณะ (Centre for Public Impact, 2016) พบว่า กฎหมายเหล่านี้ถูกตราขึ้นด้วยเจตนารมณ์อันแน่วแน่ในการแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาค การลดระยะเวลาการรับการปลูกถ่ายอวัยวะที่นานเกินไป ตลอดจนความต้องการสร้างการยอมรับการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ด้วยเหตุนี้พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะ พ.ศ. 2551 ได้กำหนดการจัดสรรตามลำดับความสำคัญออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) สิทธิพิเศษอันดับ 1 (First Priority) ในการปลูกถ่ายอวัยวะสำหรับผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต และสมาชิกครอบครัวของผู้บริจาค

อวัยวะ 2) สิทธิพิเศษอันดับ 2 (Second Priority) ในการปลูกถ่ายอวัยวะสำหรับผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Registered Donor) เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 3 ปี และ 3) สิทธิพิเศษอันดับ 3 (Third Priority) ในการปลูกถ่ายอวัยวะสำหรับสมาชิกครอบครัวของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

อย่างไรก็ดี แม้การตราพระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะ พ.ศ. 2551 จะผ่านกระบวนการปรึกษาหารือเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก เช่น ผู้นำศาสนาต่าง ๆ หน่วยงาน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ แต่พระราชบัญญัตินี้ตั้งกล่าวต้องเผชิญแรงต่อต้านบางส่วนจากชาวยิวออร์ทอด็อกซ์ (Orthodox Jews) เนื่องจากโดยมากตีความการบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องต้องห้ามตามบทบัญญัติทางศาสนายูดาห์ โดยกลุ่มผู้ต่อต้านเหล่านี้ได้นิยามระบบการจัดสรรตามลำดับความสำคัญว่าเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

ทั้งนี้ แม้การบังคับใช้มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญควบคู่กับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมในปี พ.ศ. 2530 ได้ส่งผลให้ประเทศสิงคโปร์ประสบความสำเร็จในการขยายจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ (Donor Pool) โดยจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ณ ปี พ.ศ. 2560 สูงถึงกว่าร้อยละ 97 ของประชากรอาศัย (Resident Population) ส่วนอัตราการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะโดยเฉลี่ยต่อปีนับแต่การบังคับใช้พระราชบัญญัติการปลูกถ่ายอวัยวะมนุษย (HOTA) พุ่งเป็น 196 ครั้ง เมื่อเทียบกับในอดีตที่การผ่าตัดเปลี่ยนไตโดยเฉลี่ยเกิดขึ้นเพียงปีละ 5 ครั้ง (Liu, 2017) แต่มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญได้ก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางถึงความจำเป็นและเหมาะสม โดยประชาชนบางส่วนวิตกกังวลเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกระบวนการบริจาคอวัยวะของผู้บริจาคอวัยวะ บางเคลือบแคลงเกี่ยวกับการได้รับการรักษาที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (Suboptimal Care) ในกรณีฉุกเฉินวิกฤต โดยบุคลากรทางการแพทย์อาจไม่ทำการรักษาผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอย่างสุดความสามารถ เนื่องจากความต้องการอวัยวะบริจาคเพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น นอกจากนี้ ประชาชนบางส่วนมองว่าการตัดสินใจบริจาคอวัยวะควรอยู่บนพื้นฐานของการเห็นแก่ผู้อื่น (Altruism) โดยมาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญถือเป็นการลดคุณค่าการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์

อย่างไรก็ดี การศึกษาของ Zúñiga-Fajuri (2015) เรื่อง Increasing Organ Donation by Presumed Consent and Allocation Priority: Chile พบว่า มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญถือเป็นการยืนหยัดต่อแนวคิดความยุติธรรมรูปแบบ ‘การเห็นประโยชน์ต่างตอบแทนกัน (Reciprocal Altruism)’ โดยเมื่ออวัยวะมนุษย์ถูกจัดให้เป็นทรัพยากรทางสังคมอันหายาก การแลกเปลี่ยนความเต็มใจเป็นผู้บริจาคอวัยวะกับการมีสิทธิเข้ารับการจัดสรรอวัยวะจึงถือเป็นความจำเป็นทางศีลธรรม ชูนิกา-ฟาจูรีระบุอีกด้วยว่า การตอบแทนกันและกัน (Reciprocity) สามารถผนุงความยุติธรรมในแง่ของผู้กระทำการเพื่อความ เป็นธรรมย่อมมีสิทธิ์ได้รับความ เป็นธรรม ส่วนผลกระทบด้านลบของมาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญอาจช่วยตัดตัวเลือกที่มักถูกเลือก

โดยปราศจากการใคร่ครวญถึงผลลัพธ์ที่ตามมา ด้วยเหตุนี้ทำให้มาตรการทางกฎหมายสามารถชักนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมอันพึงปรารถนา ตลอดจนนำมาซึ่งสังคมที่เป็นปึกแผ่น อี้อาหาร และมีความรับผิดชอบกันมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป อาจกล่าวได้ว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมได้รับเสียงสนับสนุนจากบุคลากรหลายสาขาอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลักดันอย่างต่อเนื่องจากผู้พัฒนาแนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยม (Libertarian Paternalism) กล่าวคือ ดร. ริชาร์ด เอช. เธเลอร์ (Richard H. Thaler) นักเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมผู้คว้ารางวัลโนเบลสาขาเศรษฐศาสตร์ประจำปี พ.ศ. 2560 และ แคสส์ อาร์. ซันสไตน์ (Cass R. Sunstein) ศาสตราจารย์จากโรงเรียนกฎหมายฮาร์วาร์ด (Sunstein & Thaler, 2003) ระบุว่า แนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยมประกอบด้วยหลักการพื้นฐาน 2 ส่วน ได้แก่ แนวคิดพ่อปกครองลูก (Paternalism) และแนวคิดเสรีนิยม (Liberalism) แนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยมมิได้เป็นเพียงคำปฏิพจน์ (Oxymoron) เท่านั้น หากแต่เป็นการนำข้อดีของแนวคิดที่ย้อนแย้งกันมารวมกัน ความเป็นเสรีนิยมในแนวคิดนี้หมายถึงการเพิ่มหรือรักษาไว้ซึ่งเสรีภาพในการเลือก (Freedom of Choice) โดยรวมถึงเสรีภาพในการปฏิเสธตัวเลือกที่ไม่พึงปรารถนาด้วย ส่วนแง่มุมความเป็นพ่อปกครองลูกในแนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยมอยู่ที่การเรียกร้องให้นักออกแบบทางเลือก (Choice Architect) อันหมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่จัดวางองค์ประกอบต่าง ๆ ของสภาพแวดล้อมที่จะมีการตัดสินใจเกิดขึ้น มีสิทธิเต็มทีในการพยายามชักจูงและนำทางพฤติกรรมของคนในสังคมเพื่อช่วยให้พวกเขามีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพและมีความสุขมากขึ้น ดังนั้น อาจถือได้ว่าแนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยมเป็นแนวทางอันละมุนละม่อมในการพยายามสะกิดผู้คน (Nudge) เพื่อให้พฤติกรรมที่พึงประสงค์เกิดขึ้น โดยเริ่มจากการสังเกตพฤติกรรมการตัดสินใจ การเสนอทางเลือกที่เหมาะสมให้ และการพยายามผลักดันผู้คนไปในทิศทางที่จะสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของพวกเขาให้ดีขึ้น การสะกิดดังกล่าวมิใช่การเข้าไปขัดขวางการตัดสินใจของปัจเจกบุคคล การกดดันให้รู้สึกผิด การทำให้สถานการณ์มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นด้วยการปิดกั้นทางเลือกอื่นใด หรือการปรับเปลี่ยนแรงจูงใจทางเศรษฐศาสตร์แบบหน้ามือเป็นหลังมือ แต่การสะกิดเป็นการแทรกแซงที่ผู้คนสามารถหลีกเลี่ยงได้โดยง่ายและไม่มีค่าใช้จ่ายมากนัก

นอกจากนี้ แนวคิดพ่อปกครองลูกแบบเสรีนิยมเชื่อว่ามนุษย์สามารถตัดสินใจได้ดีกว่าในสถานการณ์ที่คุ้นเคย มีข้อมูลครบถ้วน และรู้ผลลัพธ์จากการตัดสินใจได้ทันที แต่จะตัดสินใจได้ไม่ดีนักเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ขาดข้อมูล และใช้เวลานานกว่าจะรู้ผลลัพธ์จากการตัดสินใจ หรือบางกรณีอาจไม่รู้เลย กอปรกับการตัดสินใจของมนุษย์มิได้เกิดขึ้นอย่างมีเหตุมีผลเสมอไป หากแต่

โดยส่วนใหญ่มนุษย์มักมีความยึดติดกับสภาพที่เป็นอยู่ (Status Quo Bias)¹ กล่าวคือผู้คนมีแนวโน้มอย่างยิ่งที่จะเอาออกไปกับสภาพปัจจุบัน หรือค่าเริ่มต้น (Default Option) ที่ถูกกำหนดมาให้ มุมมองดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง Status Quo Bias in Decision Making โดยวิลเลียม แซมมวลสัน และริชาร์ด เซ็กเฮาเซอร์ (Samuelson & Zeckhauser, 1988) พบว่า การตัดสินใจที่แท้จริงโดยส่วนใหญ่มักอิงกับทางเลือกที่ถูกกำหนดเป็นค่าเริ่มต้น กล่าวคือเป็นการตัดสินใจโดยการอยู่เฉย ๆ รวมถึงการดำรงรักษาสิ่งที่อยู่ในครอบครองอันเกิดจากการตัดสินใจ ณ ปัจจุบัน หรือก่อนหน้า ดังนั้น トラบใดที่มนุษย์ไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างสมบูรณ์แบบ การออกแบบทางเลือกอย่างรอบคอบจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพวกเขาอย่างมาก

ในทางกลับกันการแสดงออกถึงการคัดค้าน ความเคลือบแคลง ตลอดจนความหวังกังวลในแนวคิดฟอปครองลูกแบบเสรีนิยมได้ปรากฏออกมามากมาย เช่น ความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์ได้คืบเอาศอกของรัฐบาล กล่าวคือหากยินยอมให้รัฐบาลออกนโยบายสะกิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจทำให้การแทรกแซงรูปแบบอื่น ๆ ตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีการสะกิดที่เลยเถิดจนเกินขอบเขตที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ รศ.ดร.เกล็น วิตแมน (Whitman, 2010) อาจารย์ด้านเศรษฐศาสตร์จาก California State University Northridge (CSUN) ได้ระบุว่า มนุษย์ปกติทั่วไปมักปล่อยใจไปกับความลำเอียงทางการรับรู้ (Cognitive Bias) และไม่มีมนุษย์คนใดที่มีภูมิคุ้มกันต่ออคติเช่นว่านั้น ไม่ว่าจะเป็นนักวิทยาศาสตร์สังคม (Social Scientist) เจ้าหน้าที่รัฐ หรือแม้แต่นักออกแบบทางเลือก ความลำเอียงทางการรับรู้อาจนำพาให้การแปลความหมายพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Science) ไปสู่นโยบายต่าง ๆ ออกนอกกรอบนอกทางจากเรื่องที่ต้องการแก้ไข นักวิชาการท่านนี้ระบุเพิ่มเติมด้วยว่า บรรดานโยบายอันเกิดจากแนวคิดฟอปครองลูกแบบเสรีนิยม และกรอบการใช้เหตุผล (Intellectual Framework) ของแนวคิดนี้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการสิ้นเปลืองไปสู่ระบบฟอปครองลูกแบบก้าวก่ายได้ (Intrusive Paternalism) นอกเหนือจากข้อคัดค้านข้างต้น ผู้เคลือบแคลงในแนวคิดฟอปครองลูกแบบเสรีนิยมได้แสดงความกังวลเกี่ยวกับความเป็นกลาง ผลประโยชน์ทับซ้อน ความชอบธรรมทางศีลธรรม (Moral Legitimacy) ตลอดจนความกังวลว่านโยบาย ข้อบังคับ หรือคำสั่งต่าง ๆ อาจมีลักษณะเหมาโหล โดยใช้แนวทางเดียวกับทุก ๆ คน โดยไม่คำนึงความต้องการเฉพาะบุคคล

¹ ความยึดติดกับสภาพที่เป็นอยู่ (Status Quo Bias) หรือความเฉื่อยชา หมายถึง ความปรารถนาอยากรักษาสถานภาพแบบเดิม ๆ เอาไว้ เนื่องจากพึงพอใจกับสถานะภาพปัจจุบันอย่างที่เป็นอยู่มากกว่า ความยึดติดกับสภาพที่เป็นอยู่มักทำให้คนจำนวนมากลงเอยกับทางเลือกที่ถูกกำหนดเป็น 'ค่าเริ่มต้น' ไม่ว่าทางเลือกดังกล่าวจะส่งผลดีต่อตนเองหรือไม่ก็ตาม นอกจากนี้ คนส่วนใหญ่จะไม่ปรับเปลี่ยนอะไรถ้าค่าเริ่มต้นคล้ายจะบ่งบอกว่า นี่เป็นทางเลือกที่คนส่วนใหญ่นิยม หรือเป็นทางเลือกที่เหมาะสมสำหรับเรื่องนี้แล้ว ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญของความยึดติดกับสภาพที่เป็นอยู่มากจากความเกลียดชังการสูญเสีย (Loss Aversion) กับความไร้สติ (Thaler & Sunstein, 2009)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะ

	Option A: Opt-Out	Option B: Opt-In	Option C: Mandated Choice
1. ประเภท	A1: Hard Opt-Out System without Exemption A2: Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions A3: Soft Opt-Out System without Family Consultation A4: Soft Opt-Out System with Family Consultation	B1: Hard Opt-In System without Family Consultation B2: Soft Opt-In System with Family Veto B3: Soft Opt-In System with Family Consultation	C1: Hard Mandated Choice System C2: Soft Mandated Choice System C3: Required Request System
2. ประเทศ/ รัฐ: จำนวนผู้ บริจาคอวัยวะ ที่ เสีย ชี วิ ต (PMP)	สเปน : 47.05 โปรตุเกส : 34.08 โครเอเชีย : 33.33 เบลเยียม : 30.53 ฝรั่งเศส : 29.74 สาธารณรัฐเช็ก : 25.38 สิงคโปร์ : 6.84	สหรัฐอเมริกา : 31.70 แคนาดา : 21.91 ออสเตรเลีย : 20.82 ไอร์แลนด์ : 20.63 ลิทัวเนีย : 13.79 ไทย : 4.26 มาเลเซีย : 0.41	รัฐอิลลินอยส์ รัฐนิวยอร์ก
3. ข้อเด่น	- ประสิทธิภาพสูงสุดต่อการเพิ่มอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาคอวัยวะ และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ - เอื้อต่อการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	- ความสมัครใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดูชัดเจนจากมุมมองครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะ	- อาจเพิ่มอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ การบริจาคอวัยวะ และการปลูกถ่ายอวัยวะ (Field Data ค่อนข้างน้อย) - ความสมัครใจแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งดูชัดเจนจากมุมมองของบุคคลภายนอก - ส่งผลกระทบต่อเกี่ยวกับ Political Blowback น้อย
4. ข้อด้อย	- ความสมัครใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดูคลุมเครือจากมุมมองของบุคคลภายนอก - ส่งผลกระทบต่อเกี่ยวกับ Political Blowback บ้าง	- ประสิทธิภาพน้อยสุดต่อการเพิ่มอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อัตราการบริจาคอวัยวะ และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ - ต้องลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนหากต้องการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ	- ต้องลงมือปฏิบัติตามขั้นตอนหากต้องการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ - อาจสร้างความลำบากใจหากต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง - อาจไร้ประสิทธิภาพหากประชาชนไม่แสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง

ที่มา : ดัดแปลงจาก Ireland Department of Health (2014) และ (Steffel et al., 2019)

4.3 ระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทย

การบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยเป็นไปตามระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้งระดับอ่อนพ่วงด้วยอำนาจการยับยั้งของครอบครัว (Soft Opt-In System with Family Veto) กล่าวคือเมื่อศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้รับแจ้งว่าผู้แสดงความจำนง

บริจาคอวัยวะเสียชีวิตด้วยภาวะสมองตาย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จะทำการประเมินผลความเหมาะสมในการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ และขอความเห็นชอบในบริจาคอวัยวะจากญาติ กรณีที่ญาติไม่เห็นด้วยกับเจตนาของผู้อย่างเสียชีวิต และไม่ลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ถือว่าเป็นการยกเลิกบริจาค

ทั้งนี้ ขั้นตอนและกระบวนการอันเนื่องเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะชนิดต่าง ๆ ล้วนถูกควบคุมดูแลด้วยระเบียบข้อบังคับของแพทยสภา (The Medical Council of Thailand) และศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จำนวนหลายฉบับ แต่ระเบียบข้อบังคับของแพทยสภาเท่าที่บังคับใช้อยู่ ณ ปัจจุบันประกอบด้วย 1) ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 2) ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2560 3) ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2551 เรื่อง การตายของบุคคล และ 4) ประกาศแพทยสภาที่ 7/2554 เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการวินิจฉัยสมองตาย ส่วนศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้ออกระเบียบสภาอากาศชาติไทย ว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภาอากาศชาติไทย พ.ศ. 2545 และระเบียบสภาอากาศชาติไทย ว่าด้วยศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภาอากาศชาติไทย แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 1) พ.ศ. 2556 เพื่อกำกับดูแล ตรวจสอบ และสอบทานงานให้เป็นไปตามแผนงานที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ วางไว้

นอกจากโครงสร้างการบริหารจัดการส่วนกฎหมายที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้การดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รอรับอวัยวะจำนวนมาก ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นในการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ โดยอำนาจหน้าที่ในการปลูกถ่ายอวัยวะแตกต่างกันไปตามที่กำหนด ดังนี้

1. โรงพยาบาลสมาชิกสามัญ หรือโรงพยาบาลสมาชิกที่พร้อมทำการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิตและผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย
2. โรงพยาบาลสมาชิกวิสามัญ หรือโรงพยาบาลสมาชิกที่พร้อมทำการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต
3. โรงพยาบาลสมาชิกสมทบ หรือโรงพยาบาลที่สมัครเป็นสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ แต่คณะอนุกรรมการวิชาการศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ พิจารณาเห็นว่ายังมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน

4.3.1 เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะบริจาค

การจัดสรรอวัยวะถือเป็นงานที่ยากลำบากงานหนึ่งในกระบวนการบริจาคอวัยวะ เนื่องจากอวัยวะบริจาคเป็นทรัพยากรอันมีค่าที่มีอยู่จำกัด ด้วยเหตุนี้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้ดูแลการจัดสรรอวัยวะจำเป็นต้องดำเนินการอย่างระมัดระวัง เพื่อให้สามารถนำอวัยวะบริจาคไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง ตลอดจนเป็นไปตามนโยบายของศูนย์รับบริจาค

ออกด้วย โดยเกณฑ์การจัดสรรไตจะพิจารณาคะแนนที่คำนวณจากความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ ระยะเวลาในการรอไต ระดับภูมิคุ้มกันต่อเนื้อเยื่อ และอายุของผู้รับอวัยวะ

4. การจัดสรรไตพร้อมอวัยวะอื่น

กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะอื่นพร้อมกับไต เช่น หัวใจ ตับ และตับอ่อน ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จะจัดสรรอวัยวะให้ตามลำดับการจัดสรรอวัยวะอื่นที่ปลูกถ่ายพร้อมกับไต

4.3.2 เกณฑ์การเลือกผู้บริจาคอวัยวะ

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้ออกข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติและเงื่อนไขของการเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Deceased Donor) ดังนี้

- อายุไม่เกิน 60 ปี
- เสียชีวิตจากภาวะสมองตายด้วยสาเหตุต่าง ๆ และใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ปราศจากการติดเชื้อที่ถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ไวรัสเอชไอวี (HIV) ไวรัสตับอักเสบบี (HBV) ไวรัสตับอักเสบนี (HCV) ไวรัสเอดส์ ฯลฯ
- ไม่เป็นโรคมะเร็ง เว้นแต่มะเร็งสมองปฐมภูมิ มะเร็งผิวหนังแบบไม่แพร่กระจาย และมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
- ไม่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
- อวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องทำงานได้ดี

นอกจากนี้ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้กำหนดคุณสมบัติปลีกย่อยของผู้บริจาคอวัยวะแต่ละประเภทดังต่อไปนี้

1. ผู้บริจาคไต

- อายุน้อยกว่า 70 ปี
- การทำงานของไตปกติ
- ไม่มีประวัติโรคไตเรื้อรัง

2. ผู้บริจาคตับ

- อายุน้อยกว่า 65 ปี กรณีจำเป็นอาจใช้ได้ถึงอายุ 75 ปี
- การทำงานของตับปกติ หรือใกล้เคียงปกติ
- ไม่ติดสุราและสารเสพติด

3. ผู้บริจาคหัวใจ

- อายุน้อยกว่า 50 ปี
- การทำงานของหัวใจปกติ

- ไม่มีประวัติโรคหัวใจ

4. ผู้บริจาคหัวใจและปอด

คุณสมบัติเบื้องต้นเหมือนผู้บริจาคหัวใจ และเพิ่มคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- ไม่มีประวัติโรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Disease)
- ไม่มีประวัติสูบบุหรี่จัด
- ไม่มีการติดเชื้อในปอด (Pulmonary Infection) โดยการตรวจเอกซเรย์ (X-Ray)

และการย้อมสีแกรม (Gram Stain)

- การทำงานของปอดปกติ
- ขนาดของปอดเหมาะสมกับผู้รับอวัยวะ เมื่อเปรียบเทียบกับความจุปอดรวม

(Total Lung Capacity)

5) ผู้บริจาคตับอ่อน/ลำไส้เล็ก

- อายุไม่เกิน 45 ปี
- ไม่มีประวัติโรคเบาหวาน
- ไม่มีประวัติโรคตับอ่อนอักเสบ
- ไม่มีประวัติการติดเชื้อเรื้อรัง
- ไม่มีการบาดเจ็บต่อตับอ่อน

4.3.3 การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเพื่อช่วยชีวิตผู้อื่น ด้วยการจัดให้มีแหล่งรับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะหลายรูปแบบ ดังนี้

1. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะทางไปรษณีย์ กล่าวคือประชาชนสามารถขอรับใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยการดาวน์โหลดเอกสารดังกล่าวผ่านทางเว็บไซต์ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ หรือการโทรแจ้งให้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จัดส่งใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะตามที่อยู่ของตนเองผ่านสายด่วน 1666 หรือ 0 2256 4045-6 โดยเมื่อเสร็จสิ้นการกรอกรายละเอียดการลงชื่อท้ายเอกสาร และการส่งไปรษณีย์กลับมาที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ เจ้าหน้าที่ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จะส่งบัตรประจำตัวผู้มีความจำนงบริจาคอวัยวะให้ตามที่อยู่ที่ได้ระบุไว้

2. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยตนเองที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ

3. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านสำนักงานเหล่ากาชาดหรือกิ่งกาชาดทุกจังหวัด

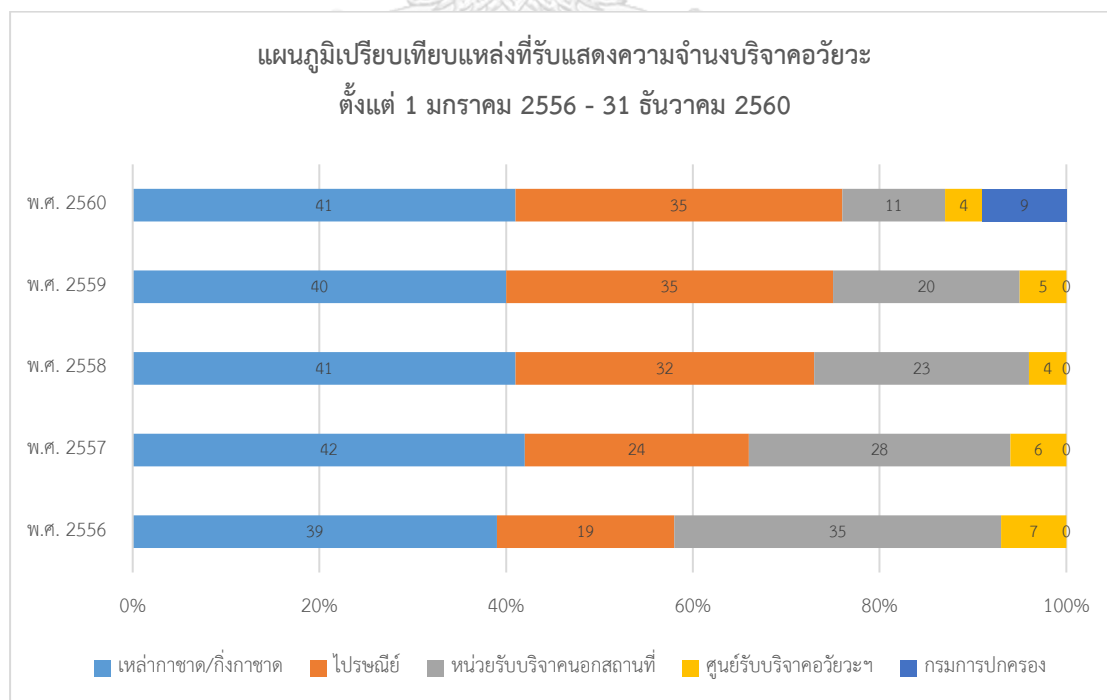
4. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านหน่วยรับบริจาคนอกสถานที่ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ

5. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านแอปพลิเคชัน ‘บริจาคอวัยวะ’

6. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กล่าวคือ ประชาชนสามารถแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เช่น ดวงตา หัวใจ ตับ ไต ปอด และอวัยวะอื่น ๆ พร้อมกับการยื่นคำร้องขอมิบัตรประจำตัวประชาชน หรือการขอรับบริการงานทะเบียนอื่น ๆ ณ ที่ว่าการอำเภอ สำนักงานเขต เทศบาล และเมืองพัทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป

อย่างไรก็ดี แม้จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 สูงถึง 8,639 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 0.085 ของจำนวนผู้มีบัตรประจำตัวประชาชน (Smart Card) ในช่วงเวลาเดียวกัน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2561b) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านแหล่งอื่น ๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านกรมการปกครอง คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 9 และลดลงเหลือร้อยละ 6 ในปี 2562 โดยการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านเหล่ากาชาดหรือกิ่งกาชาดอยู่ในสัดส่วนที่สูงกว่าการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านแหล่งอื่น ๆ รองลงมาเป็นการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านโรงพยาบาลทั่วประเทศ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะผ่านทางไปรษณีย์ หน่วยรับบริจาคคนอกสถานที่ และการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยตนเองที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ตามลำดับ

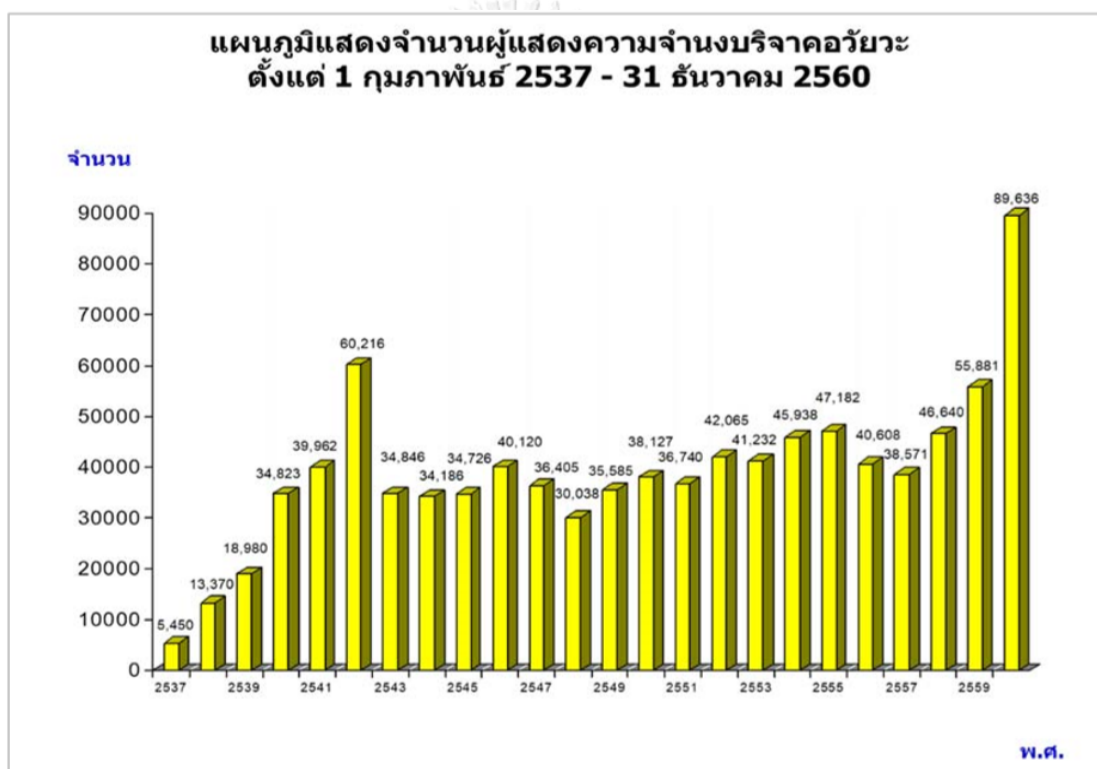
แผนภูมิที่ 4 การเปรียบเทียบแหล่งที่รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560



ที่มา : ดัดแปลงจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ทั้งนี้ นับตั้งแต่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้เปิดให้ประชาชนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของตนเมื่อเสียชีวิต เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้อื่น ภาพรวมจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดีขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะพุ่งสูงถึง 89,636 ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.41 จากปีก่อน ตัวเลขดังกล่าวถือเป็นสถิติสูงสุดของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ นับตั้งแต่ก่อตั้งมา 23 ปี ส่วนจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 รวมทั้งสิ้นกว่า 941,327 ราย

แผนภูมิที่ 5 จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560



ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

4.3.4 ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ถือเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนการบริจาคอวัยวะให้มากขึ้นเพื่อต่อการปลูกถ่ายอวัยวะภายในประเทศ การจัดสรรอวัยวะที่ได้รับบริจาคด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม โดยไม่มีการซื้อขายอวัยวะ ตลอดจนการมุ่งเน้นการสร้างประโยชน์สูงสุดในการนำอวัยวะต่าง ๆ ไปใช้ ทั้งนี้ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้เริ่มปฏิบัติงานเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 ตามขอบข่ายหน้าที่และความรับผิดชอบงาน ดังนี้

1. เป็นศูนย์รับแจ้งความจำนงในการบริจาคอวัยวะจากผู้มีจิตกุศลขณะมีชีวิตอยู่

2. เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างโรงพยาบาลที่มีผู้เสียชีวิตจากสมองตายกับโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยรอรับการปลูกถ่ายอวัยวะในการขอรับบริจาคอวัยวะ การผ่าตัดนำอวัยวะออก การเดินทางของทีมผ่าตัด และการขนส่งอวัยวะบริจาค

3. เป็นศูนย์กลางรับลงทะเบียนผู้รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะจากโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะทั่วประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการลงทะเบียนซ้ำซ้อน และเพื่อให้ทราบจำนวนผู้รอรับบริจาคอวัยวะตามความเป็นจริง ทั้งนี้ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จะไม่รับลงทะเบียนจากผู้รอรับการปลูกถ่ายอวัยวะโดยตรง

4. เป็นศูนย์กลางในการจัดสรรอวัยวะที่ได้รับบริจาคมาอย่างเสมอภาค และถูกต้องตามหลักวิชาการที่กำหนดโดยคณะอนุกรรมการวิชาการ

5. เป็นศูนย์ส่งเสริมและสนับสนุนการบริจาคอวัยวะ โดยการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ และการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ

ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าโครงสร้างของระบบการปลูกถ่ายอวัยวะถือเป็นกุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทย แม้ที่ผ่านมามองค์กรภาคีด้านการบริจาคอวัยวะต่าง ๆ ได้จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานด้านการรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะ ตลอดจนการออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อวางรากฐานระบบการปลูกถ่ายอวัยวะที่ดีให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ แต่เพื่อยกระดับมาตรฐานคุณภาพการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศให้ทัดเทียมนานาชาติ โครงสร้างบางอย่างจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะการกระจุกตัวของโรงพยาบาลสมาชิกในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตลอดจนข้อจำกัดของการผ่าตัดบางชนิดที่สามารถทำได้เฉพาะในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ สิ่งเหล่านี้ล้วนสะท้อนถึงความร้ายแรงของความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในสังคมไทย สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่ออย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ต่อความสำเร็จในการปลูกถ่ายอวัยวะ เนื่องจากการปลูกถ่ายอวัยวะถือเป็นภารกิจที่ต้องเร่งดำเนินการภายใต้ข้อจำกัดด้านเวลา เพื่อรักษาสภาพที่ดีที่สุดของอวัยวะนั้น ๆ ด้วยเหตุนี้การเดินทางด้วยระยะทางอันยาวไกลของทีมผ่าตัดผู้บริจาคอวัยวะ (Harvesting Team) ที่ต้องอยู่เวรทำหน้าที่ผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างของผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย ณ โรงพยาบาลที่มีผู้บริจาคอวัยวะ และการขนส่งอวัยวะบริจาคข้ามเขตจังหวัด อาจนำไปสู่ความล่าช้าในการดำเนินการปลูกถ่ายอวัยวะได้

นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าหากการส่งเสริมให้ประชาชนเปิดใจยอมรับและเต็มใจบริจาคอวัยวะประสบผลสำเร็จอย่างล้นหลาม โรงพยาบาลสมาชิกเหล่านี้จะสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการบริหารจัดการเพื่อรองรับปริมาณงานที่มากขึ้นได้หรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหมุนเวียนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ความพร้อมของอุปกรณ์ในการผ่าตัด การบรรจุเก็บ และการขนส่งอวัยวะบริจาค ตลอดจนงบประมาณด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ การสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขจากส่วน

ราชการแก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ต้องถือว่าไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการทรัพยากรในโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่ง เนื่องจากอัตราค่ารักษาพยาบาลกรณีการปลูกถ่ายอวัยวะตามความเป็นจริงถือว่าสูงกว่ามากเมื่อเทียบกับงบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรร โดยงบบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัวของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 สำหรับดูแลประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 48.79 ล้านคน ได้เพิ่มเป็น 3,197.32 บาทต่อหัวประชากร หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 2.81 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่ได้รับเพียง 3,109.87 บาทต่อหัวประชากร (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ในส่วนการเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการประกันสังคม คณะกรรมการประกันสังคมได้พิจารณาปรับเพิ่มค่าบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัวจากเดิม 1,460 บาทต่อคนต่อปี เป็น 1,500 บาทต่อคนต่อปี ส่วนการรักษาผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายเกิน 1 ล้านบาท คณะกรรมการประกันสังคมได้เพิ่มค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลในอัตราร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายที่เกิน 1 ล้านบาท ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด โดยอัตราค่าบริการทางการแพทย์เหมาะสมจ่ายรายหัวแบบใหม่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป (สำนักงานประกันสังคม, 2560) ดังนั้น แม้จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยจะเพิ่มสูงขึ้นจากความสำเร็จในการรับบริจาคอวัยวะ แต่โรงพยาบาลต้นสังกัดของผู้รับอวัยวะ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) และโรงเรียนแพทย์ต่าง ๆ อาจต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก จนอาจนำไปสู่การขาดสภาพคล่องทางการเงินอย่างรุนแรงได้

ทั้งนี้ สำนักงานประกันสังคมได้ขยายความคุ้มครองการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่ผู้ประกันตนรวมกว่า 8 รายการ ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา การปลูกถ่ายไขกระดูก การผ่าตัดเปลี่ยนไต การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ การผ่าตัดเปลี่ยนปอด การผ่าตัดเปลี่ยนตับ การผ่าตัดเปลี่ยนตับอ่อน และการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะมากกว่าหนึ่งอวัยวะพร้อมกัน ได้แก่ หัวใจและปอด หัวใจและไต ตับและไต ตับอ่อนและไต ส่วนสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองด้านการปลูกถ่ายไต การปลูกถ่ายตับ การปลูกถ่ายหัวใจ การปลูกถ่ายกระจกตา และการปลูกถ่ายไขกระดูก

นอกจากนี้ การปฏิเสธค่าขอบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Family Refusal Rate) ถือเป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญต่อการแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย แม้ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ จะมีได้เผยแพร่สถิติการคัดค้านค่าขอบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ แต่การที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ได้กำหนดให้ครอบครัวของผู้ป่วยสมองตายต้องลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะเป็นลายลักษณ์อักษรอีกครั้ง แม้ว่าผู้ป่วยสมองตายรายดังกล่าวจะได้ลงทะเบียนบริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้าก็ตาม เมื่อการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากร่างของผู้บริจาคอวัยวะไม่อาจกระทำได้ หากครอบครัวของ

ผู้ป่วยสมองตายไม่ยินยอม กอปรกับข้อเท็จจริงที่ว่าผู้บริจาคอวัยวะ 1 ราย สามารถบริจาคอวัยวะโดยเฉลี่ยได้เพียง 2.3 อวัยวะ (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย, 2561) ดังนั้น การคัดค้านคำขอบริจาคอวัยวะแม้แต่เพียงรายเดียวย่อมส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการคอยอวัยวะบริจาคที่นานขึ้น หรือในกรณีร้ายแรงผู้ป่วยเหล่านี้ อาจต้องเสียชีวิตระหว่างรออวัยวะ

อาจกล่าวได้ว่า สาเหตุของวิกฤตการณ์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะของประเทศไทยในปัจจุบัน มิได้เป็นเรื่องขององค์ความรู้ด้านการแพทย์ โดยหากไม่นับอัตราการยินยอมบริจาคอวัยวะของคนไทยที่อยู่ในระดับต่ำ โครงสร้างพื้นฐานด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplantation Infrastructure) และงบประมาณด้านสาธารณสุขถือเป็นเรื่องน่ากังวลต่อความสำเร็จในการแก้ไขวิกฤตการณ์ดังกล่าว ทั้งนี้ เมื่อรัฐมีหน้าที่ที่มีอาจหลีกเลี่ยงได้ในการกำหนดจุดตั้งต้นในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งให้กับประชาชนอยู่เสมอ ไม่ว่าจะเป็นการออกมาตรการ ระเบียบข้อบังคับ และคำสั่งต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อทางเลือกของผู้คนและผลลัพธ์ที่ตามมา ดังนั้น การแก้ไขวิกฤตการณ์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะนอกจากจะต้องพิจารณามาตรการกระตุ้นจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ รัฐควรต้องพิจารณาแก้ไขเรื่องอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เพื่อรองรับและผลักดันให้ผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะกลายเป็นผู้บริจาคอวัยวะที่สามารถนำอวัยวะไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่นได้จริง (Utilized Donor)

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามแบบกระดาษและแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อค้นหาคำตอบเกี่ยวกับระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม ผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร
2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ
3. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

5.1.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

การนำเสนอลักษณะประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างแบ่งการนำเสนอตามคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ 1) คุณลักษณะด้านประชากร 2) คุณลักษณะด้านสังคม 3) คุณลักษณะด้านเศรษฐกิจ และ 4) คุณลักษณะด้านสุขภาพ

1. คุณลักษณะด้านประชากร

ผลการศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรด้วยสถิติพรรณนาพบว่า กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นเพศชาย 202 คน และเพศหญิง 202 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 42.64 ปี

2. คุณลักษณะด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 90.10 เป็นผู้นับถือศาสนาพุทธ รองลงมานับถือศาสนาอื่น ๆ รวมถึงผู้ไม่มีศาสนา ร้อยละ 5.45 และนับถือศาสนาคริสต์ ร้อยละ 3.47 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.59 มีทะเบียนบ้านในกรุงเทพฯ และกว่าร้อยละ 91.83 สำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดย

ร้อยละ 49.01 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และร้อยละ 42.82 สำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเกินกว่า 1 ใน 3 หรือร้อยละ 35.40 เป็นลูกจ้าง/พนักงานเอกชน ตามมาด้วยข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 21.29 และอาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 19.31

3. คุณลักษณะด้านเศรษฐกิจ

ผลการศึกษาคูณลักษณะด้านเศรษฐกิจพบว่า ระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหรือร้อยละ 44.06 อยู่ในช่วง 35,001 บาทขึ้นไป รองลงมาได้แก่ รายได้ต่ำกว่า 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 16.58 และ 15,001 - 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 14.60

4. คุณลักษณะด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาคูณลักษณะด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 76.73 สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 70.54 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือนก่อนหน้านี

ส่วนผลการศึกษาคูณลักษณะด้านสุขภาพเกี่ยวกับการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 30.94 แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นที่เรียบร้อย ในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 56.00 ติดต่อบริจาคอวัยวะด้วยตนเองผ่านศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย อย่างไรก็ตามหากพิจารณาการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรุ่นอายุพบว่า คนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะมากที่สุดถึงร้อยละ 42.68 รองลงมาคือคนกลุ่มเจนเนอเรชันวาย ร้อยละ 23.13 และคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ ร้อยละ 22.50 โดยกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 49.82 สนใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะในอนาคต ร้อยละ 39.07 ระบุว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ และร้อยละ 11.11 ระบุว่าไม่สนใจ ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 80.58 ยืนยันจะแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะต่อไป แม้ครอบครัวของตนไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ รองลงมาคือ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ ร้อยละ 15.83 และไม่ยืนยัน ร้อยละ 3.60

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	202	50.00
หญิง	202	50.00

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ศาสนา		
พุทธ	364	90.10
คริสต์	14	3.47
อิสลาม	4	0.99
อื่น ๆ	22	5.45
3. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน		
กรุงเทพฯ	265	65.59
อื่น ๆ	139	34.41
4. ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	9	2.23
มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า	24	5.94
ปริญญาตรี	198	49.01
สูงกว่าปริญญาตรี	173	42.82
5. อาชีพ		
ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน	143	35.40
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	86	21.29
อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว	78	19.31
รับจ้างทั่วไป	11	2.72
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	14	3.47
นักเรียน/นิสิต-นักศึกษา	27	6.68
ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	18	4.46
อื่น ๆ	27	6.68

ตารางที่ 10 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามลักษณะทางประชากรศาสตร์

ลักษณะประชากรศาสตร์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า15,000 บาท	67	16.58
15,001 - 20,000 บาท	59	14.60
20,001 - 25,000 บาท	32	7.92
25,001 - 30,000 บาท	41	10.15
30,001 - 35,000 บาท	27	6.68
35,001 บาทขึ้นไป	178	44.06
7. โรคประจำตัว		
ไม่มี	310	76.73
มี	94	23.27
8. อาการเจ็บป่วยตลอดระยะเวลา 6 เดือนก่อนหน้า		
ไม่มี	285	70.54
มี	119	29.46

ตารางที่ 11 ร้อยละของการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ จำแนกตามรุ่นอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(n = 404)

การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
1. ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เรียบร้อยแล้วหรือไม่				
ใช่	30.94	22.50	42.68	23.13
ไม่ใช่	69.06	77.50	57.32	76.88

ตารางที่ 11 (ต่อ) ร้อยละของการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ
จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
1.1 ถ้าใช่ ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยวิธีการใด				
ผ่านเหล่ากาชาดจังหวัด/กิ่งกาชาดอำเภอ	4.00	0.00	2.86	8.11
ผ่านกรมการปกครอง	3.20	0.00	2.86	5.41
ผ่านทางไปรษณีย์	4.00	0.00	2.86	8.11
ผ่านหน่วยรับบริจาคอวัยวะนอกสถานที่	32.80	27.78	28.57	43.24
ติดต่อบริจาคอวัยวะด้วยตนเองที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย	56.00	72.22	62.86	35.14
1.2 ถ้าไม่ใช่ ท่านสนใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะในอนาคตหรือไม่				
สนใจ	49.82	41.94	56.38	48.78
ไม่สนใจ	11.11	19.35	9.57	8.13
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	39.07	38.71	34.04	43.09
1.3 ถ้าสนใจ หากครอบครัวของท่านไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ ท่านยืนยันจะแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะหรือไม่				
สนใจ	80.58	80.77	81.13	80.00
ไม่สนใจ	3.60	0.00	5.66	3.33
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	15.83	19.23	13.21	16.67

5.1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ

การนำเสนอผลการศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ แบ่งการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ

ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หรือร้อยละ 72.52 รองลงมาคือ ระดับความรู้ความเข้าใจมาก ร้อยละ

16.34 และระดับความรู้ความเข้าใจน้อย ร้อยละ 11.14 โดยความรู้ความเข้าใจต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์อยู่ในระดับน้อยมากที่สุดถึงร้อยละ 20.00 ส่วนความรู้ความเข้าใจต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์อยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 21.34 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมความรู้ของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของแต่ละรุ่นอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 12)

เรื่องที่ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุเข้าใจดีมาก ได้แก่ ความหมายของการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ คุณสมบัติของผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) และสาเหตุของการปลูกถ่ายอวัยวะ กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามดังกล่าวถูกสูงถึงร้อยละ 90.35 ร้อยละ 83.91 และร้อยละ 81.19 ตามลำดับ ส่วนเรื่องที่ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะมากที่สุด ได้แก่ คุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะด้านสาเหตุการตาย กล่าวคือบุคคลดังกล่าวต้องเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย พร้อมกับใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล คำถามนี้ตอบถูกเพียงร้อยละ 32.67 รองลงมาคือ ความแตกต่างระหว่างภาวะสมองตาย (Brain Death) กับภาวะผัก (Vegetative State) ร้อยละ 36.14 และคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะด้านสุขภาพ ร้อยละ 43.32 (ตารางที่ 13)

นอกจากนี้ ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 41.34 เคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมมาก่อน อย่างไรก็ตาม ในจำนวนนี้เพียงร้อยละ 32.93 เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมกับการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน โดยคนกลุ่มเจนเนอเรชันวายเข้าใจถึงความแตกต่างดังกล่าวมากที่สุดถึงร้อยละ 50.98 รองลงมาคือ คนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์ ร้อยละ 30.77 และคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ ร้อยละ 13.16 (ตารางที่ 14)

2. ทักษะคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ

ทักษะคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับเป็นกลาง หรือร้อยละ 74.01 รองลงมาคือ ทักษะคติเชิงบวก ร้อยละ 14.36 และทักษะคติเชิงลบ ร้อยละ 11.63 โดยทักษะคติต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์อยู่ในระดับลบมากที่สุดถึงร้อยละ 20.00 ส่วนทักษะคติต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์อยู่ในระดับบวกมากที่สุดถึงร้อยละ 20.12 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมทักษะคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของแต่ละรุ่นอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 15)

นอกจากนี้ ทักษะคติด้านบวกที่ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ การบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องที่ดั่งงามและเป็นประโยชน์กับสังคม ($\bar{X} = 4.61$) รองลงมาคือ การบริจาคอวัยวะควรทำด้วยใจบริสุทธิ์ไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ ($\bar{X} = 4.56$) และการขาดแคลน

อวัยวะบริจาคของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ($\bar{X} = 4.20$) ส่วนทัศนคติด้านลบที่ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง ($\bar{X} = 4.53$) รองลงมาคือ หากบริจาคอวัยวะชาติหน้าเกิดมาอวัยวะจะไม่ครบ 32 ($\bar{X} = 4.49$) และอวัยวะบริจาคจะถูกนำไปช่วยคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้มีอิทธิพล นักการเมือง ไฮโซ หรือข้าราชการ ($\bar{X} = 4.10$) (ตารางที่ 16)

3. พฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ

ข้อค้นพบจากการศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของทุกรุ่นอายุพบว่า กว่าร้อยละ 61.88 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Mandated Choice System) รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ร้อยละ 25.00 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง ร้อยละ 13.12 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของแต่ละรุ่นอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 17)

อย่างไรก็ดี หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต เว้นแต่กรณีแสดงความประสงค์เป็นอื่น ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 52.23 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System with Family Consultation) รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System without Exemption) ร้อยละ 18.56 ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System without Family Consultation) ร้อยละ 15.59 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions) ร้อยละ 13.61 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมของแต่ละรุ่นอายุไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 18)

ตารางที่ 12 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
 ปรึกษาอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ระดับความรู้ (เต็ม 10 คะแนน)	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
ระดับความรู้ความเข้าใจน้อย (น้อยกว่า 4 คะแนน หรือ $\bar{X}-SD$)	11.14	20.00	7.93	10.00
ระดับความรู้ความเข้าใจปานกลาง (ระหว่าง 4-8 คะแนน หรือ $\bar{X} \pm SD$)	72.52	71.25	70.73	75.00
ระดับความรู้ความเข้าใจมาก (มากกว่า 8 คะแนน หรือ $\bar{X}+SD$)	16.34	8.75	21.34	15.00

หมายเหตุ \bar{X} เท่ากับ 6.20, SD เท่ากับ 2.13, Min เท่ากับ .00, Max เท่ากับ 10.00

ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 40.551, P-value เท่ากับ .004

ตารางที่ 13 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
 ปรึกษาอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ (รายข้อ)

(n = 404)

ความรู้ความเข้าใจ	รวม (ตอบถูก)	Gen-B (n = 80)		Gen-X (n = 164)		Gen-Y (n = 160)	
		ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก
1. การปรึกษาอวัยวะ หมายถึง การให้อวัยวะโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่รอรับอวัยวะ	73.02	33.75	66.25	15.85	84.15	35.00	65.00
2. การปลูกถ่ายอวัยวะควรดำเนินการเมื่ออวัยวะเสื่อมสภาพ จนไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้	81.19	50.22	77.50	63.14	85.37	25.21	78.75
3. สาเหตุการเสียชีวิตที่แพทย์สามารถนำอวัยวะของผู้บริจาคไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้รอรับอวัยวะได้ต้องเกิดจากการเสียชีวิตจากภาวะสมองตาย โดยใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับการดูแลอยู่ในโรงพยาบาล	32.67	78.75	21.25	61.59	38.41	67.50	32.50
4. ภาวะสมองตาย (Brain Death) กับภาวะผัก (Vegetative State) หรือที่เรียกกันว่าเจ้าหญิง/เจ้าชายนิทรา ไม่เหมือนกัน	36.14	65.00	35.00	58.54	41.46	68.75	31.25

ตารางที่ 13 (ต่อ) ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ (รายข้อ)

(n = 404)

ความรู้ความเข้าใจ	รวม (ตอบถูก)	Gen-B		Gen-X		Gen-Y	
		ตอบผิด (n = 80)	ตอบถูก (n = 80)	ตอบผิด (n = 164)	ตอบถูก (n = 164)	ตอบผิด (n = 160)	ตอบถูก (n = 160)
5. ปัจจุบัน อวัยวะที่สามารถนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้รอรับอวัยวะในประเทศไทยได้แก่ หัวใจ ไต ตับอ่อน	65.10	37.50	62.50	31.71	68.29	36.88	63.13
6. คุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะต้องอายุไม่เกิน 60 ปี และอวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องทำงานได้ดี	43.32	66.25	33.75	50.00	50.00	58.75	41.25
7. หากผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะได้เสียชีวิตลง แต่ญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไม่เห็นยินยอมให้บริจาคอวัยวะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยไม่สามารถดำเนินการผ่าตัดนำอวัยวะออกมาได้	49.75	52.50	47.50	43.29	56.71	56.25	43.75
8. ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) ต้องเป็นผู้มีหมู่เลือดและเนื้อเยื่อเหมือนหรือใกล้เคียงกับผู้บริจาคอวัยวะมากที่สุด	83.91	25.00	75.00	16.46	83.54	11.25	88.75
9. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ หมายถึง การแสดงเจตนาขออวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะเมื่อตนเองเสียชีวิต	90.35	22.50	77.50	6.71	93.29	6.25	93.75
10. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาด-ไทย เป็นหน่วยงานกลางในการรับแจ้งความจำนงบริจาคอวัยวะจากผู้มีจิตกุศล	64.36	41.25	58.75	26.22	73.78	42.50	57.50

ตารางที่ 14 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
 ปรึกษาอวัยวะแบบถ้อยยินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ความรู้ความเข้าใจ	รวม (เคย)	Gen-B		Gen-X		Gen-Y	
		เคย (n = 80)	ไม่เคย (n = 80)	เคย (n = 164)	ไม่เคย (n = 164)	เคย (n = 160)	ไม่เคย (n = 160)
1. ท่านเคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยรับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการปรึกษาอวัยวะแบบถ้อย ยินยอม (Opt-Out System) มาก่อน	41.34	47.50	52.50	47.56	52.44	31.88	68.13

ความรู้ความเข้าใจ	รวม (ตอบถูก)	Gen-B		Gen-X		Gen-Y	
		ตอบผิด (n = 80)	ตอบถูก (n = 80)	ตอบผิด (n = 164)	ตอบถูก (n = 164)	ตอบผิด (n = 160)	ตอบถูก (n = 160)
1.2 ถ้าเคย การปรึกษาอวัยวะแบบถ้อย ยินยอมแตกต่างจากระบบการปรึกษา อวัยวะของประเทศไทยในปัจจุบันตรงการ กำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) โดย ถือว่าประชาชนอยู่ในสถานะผู้ปรึกษา อวัยวะ	32.93	84.86	16.13	23.69	77.30	02.49	98.50

ตารางที่ 15 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการปรึกษาอวัยวะ
 จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ระดับทัศนคติ (เต็ม 50 คะแนน)	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
ระดับทัศนคติเชิงลบ (น้อยกว่า 36 คะแนน หรือ $\bar{X}-SD$)	11.63	20.00	10.37	8.75
ระดับทัศนคติเป็นกลาง (ระหว่าง 36-46 คะแนน หรือ $\bar{X} \pm SD$)	74.01	70.00	69.51	80.63
ระดับทัศนคติเชิงบวก (มากกว่า 46 คะแนน หรือ $\bar{X}+SD$)	14.36	10.00	20.12	10.63

หมายเหตุ \bar{X} เท่ากับ 41.29, SD เท่ากับ 4.84, Min เท่ากับ 25.00, Max เท่ากับ 50.00

ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 63.811, P-value เท่ากับ .027

ตารางที่ 16 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ
จำแนกตามรุ่นอายุ (รายชื่อ)

ทัศนคติ	\bar{X}	Gen-B (n = 80)					Gen-X (n = 164)				Gen-Y (n = 160)					
		สูงอายุน้อยกว่า 30 ปี	อายุ 30-40 ปี	อายุ 40-50 ปี	อายุ 50-60 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	สูงอายุน้อยกว่า 30 ปี	อายุ 30-40 ปี	อายุ 40-50 ปี	อายุ 50-60 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	สูงอายุน้อยกว่า 30 ปี	อายุ 30-40 ปี	อายุ 40-50 ปี	อายุ 50-60 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป
1. การบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องน่ากลัว	4.04	0.00	7.50	31.25	32.50	28.75	1.22	6.71	10.98	37.20	43.90	1.88	5.63	15.00	43.13	34.38
2. หากบริจาคอวัยวะ ขาดทุนเกิดมาจะมีอวัยวะไม่ครบ 32	4.49	1.25	1.25	27.50	26.25	43.75	0.00	0.61	9.15	18.90	71.34	0.00	1.25	9.38	21.25	68.13
3. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง	4.53	0.00	1.25	22.50	28.75	47.50	0.61	2.44	6.71	20.73	69.51	0.00	1.25	3.75	23.13	71.88
4. การบริจาคอวัยวะควรทำด้วยใจบริสุทธิ์ไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ	4.56	78.75	15.00	3.75	1.25	1.25	73.78	17.07	2.44	1.83	4.88	64.38	26.88	5.63	2.50	0.63
5. อวัยวะบริจาคจะถูกนำไปช่วยคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้มีอิทธิพล นักการเมือง ไฮโซ หรือข้าราชการ	4.10	1.25	3.75	31.25	23.75	40.00	2.44	4.27	18.29	20.12	54.88	1.25	4.38	25.00	26.88	42.50
6. การบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องที่ตึง และ เป็นประโยชน์กับสังคม	4.61	77.50	18.75	2.50	1.25	0.00	76.22	18.90	1.83	0.00	3.05	61.25	32.50	3.75	1.25	1.25
7. ท่านยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจากภาวะสมองตาย	3.90	23.75	32.50	36.25	5.00	2.50	46.95	18.90	27.44	3.66	3.05	33.13	27.50	34.38	1.88	3.13
8. ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ	3.20	1.25	15.00	65.00	15.00	3.75	14.02	13.41	57.32	9.15	6.10	13.75	21.25	52.50	8.75	3.75
9. ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะควรจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะ	3.66	3.75	13.75	28.75	27.50	26.25	4.88	7.93	28.05	18.29	40.85	2.50	13.13	34.38	28.13	21.88
10. ท่านคิดว่ากรมการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน	4.20	46.25	35.00	13.75	5.00	0.00	48.17	32.93	15.24	2.44	1.22	38.75	41.88	15.00	4.38	0.00

ตารางที่ 17 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค
อวัยวะ จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ระบบการบริจาคอวัยวะ	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง (Opt-In System)	13.12	6.25	11.59	18.13
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Opt- Out System)	25.00	17.50	23.17	30.63
การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดง ความจำนองอย่างใดอย่างหนึ่ง (Mandated Choice System)	61.88	76.25	65.24	51.25

หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 16.163, P-value เท่ากับ .003

ตารางที่ 18 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค
อวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ระบบการบริจาคอวัยวะ	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับ เข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น (Hard Opt- Out System without Exemption)	18.56	22.50	17.07	18.13
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับ เข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions)	13.61	8.75	12.80	16.88
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับ อ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือ ร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System without Family Consultation)	15.59	10.00	14.02	20.00

ตารางที่ 18 (ต่อ) ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค
อวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามรุ่นอายุ

(n = 404)

ระบบการบริจาคอวัยวะ	รวม	Gen-B (n = 80)	Gen-X (n = 164)	Gen-Y (n = 160)
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับ อ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับ ครอบครัว (Soft Opt-Out System with Family Consultation)	52.23	58.75	56.10	45.00

หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 10.178, P-value เท่ากับ .117

5.1.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนใน เขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามการแสดงความ จำนงบริจาคอวัยวะ

การนำเสนอผลการศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง
ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ แบ่ง
การนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตาม การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ปานกลาง หรือร้อยละ 72.52 รองลงมาคือ ระดับความรู้ความเข้าใจมาก ร้อยละ 16.34 และระดับ
ความรู้ความเข้าใจน้อย ร้อยละ 11.14 โดยความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
บริจาคอวัยวะของผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อยู่ในระดับน้อยมากที่สุดถึงร้อยละ 13.26 ส่วน
ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของผู้แสดงความจำนงบริจาค
อวัยวะ อยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 28.00 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์
พบว่า คะแนนรวมความรู้ของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนสองกลุ่ม
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 19)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 41.34 เคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยรับทราบข้อมูล
เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมมาก่อน อย่างไรก็ตาม ในจำนวนนี้เพียงร้อยละ 32.93
เข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมกับการบริจาค
อวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง โดยผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเข้าใจถึงความแตกต่างดังกล่าว

มากที่สุดถึงร้อยละ 41.67 ส่วนผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับความแตกต่างดังกล่าวเพียงร้อยละ 28.04 (ตารางที่ 20)

2. ทศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

ทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะส่วนใหญ่อยู่ในระดับเป็นกลางหรือร้อยละ 74.01 รองลงมาคือ ทัศนคติเชิงบวก ร้อยละ 14.36 และทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 11.63 โดยทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อยู่ในระดับลบมากที่สุดถึงร้อยละ 13.98 ส่วนทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ อยู่ในระดับบวกมากที่สุดถึงร้อยละ 28.80 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 21)

3. พฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

ข้อค้นพบจากการศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะพบว่า กว่าร้อยละ 61.88 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Mandated Choice System) รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ร้อยละ 25.00 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน ร้อยละ 13.12 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 22)

อย่างไรก็ดี หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต เว้นแต่กรณีแสดงความประสงค์เป็นอื่น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 52.23 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System with Family Consultation) รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System without Exemption) ร้อยละ 18.56 ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System without Family Consultation) ร้อยละ 15.59 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions) ร้อยละ 13.61 ทั้งนี้ เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ระหว่างคนสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 23)

ตารางที่ 19 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
บริจาคอวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ระดับความรู้ (เต็ม 10 คะแนน)	รวม	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)	ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)
ระดับความรู้ความเข้าใจน้อย (น้อยกว่า 4 คะแนน หรือ \bar{X} -SD)	11.14	13.26	6.40
ระดับความรู้ความเข้าใจปานกลาง (ระหว่าง 4-8 คะแนน หรือ $\bar{X} \pm SD$)	72.52	75.63	65.60
ระดับความรู้ความเข้าใจมาก (มากกว่า 8 คะแนน หรือ $\bar{X} + SD$)	16.34	11.11	28.00

หมายเหตุ \bar{X} เท่ากับ 6.20, SD เท่ากับ 2.13, Min เท่ากับ .00, Max เท่ากับ 10.00

ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 35.700, P-value เท่ากับ .000

ตารางที่ 20 ตารางแสดงร้อยละของความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการ
บริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ความรู้ความเข้าใจ	รวม (เคย)	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)		ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)	
		เคย	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย
1. ท่านเคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยรับทราบ ข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะแบบถ้อย คำยินยอม (Opt-Out System) มาก่อน	34.41	35.38	65.61	00.48	00.52
ความรู้ความเข้าใจ	รวม (ตอบถูก)	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)		ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)	
		ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก
1.2 ถ้าเคย การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำ ยินยอมแตกต่างจากระบบการบริจาค อวัยวะของประเทศไทยในปัจจุบันตรงการ กำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) โดย ถ้อยคำประชาชนอยู่ในสถานะผู้บริจาค อวัยวะ	93.32	96.71	04.28	33.58	67.41

ตารางที่ 21 ตารางแสดงร้อยละของทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ
จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ระดับทัศนคติ (เต็ม 50 คะแนน)	รวม	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)	ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)
ระดับทัศนคติเชิงลบ (น้อยกว่า 36 คะแนน หรือ \bar{X} -SD)	11.63	13.98	6.40
ระดับทัศนคติเป็นกลาง (ระหว่าง 36-46 คะแนน หรือ $\bar{X} \pm SD$)	74.01	78.14	64.80
ระดับทัศนคติเชิงบวก (มากกว่า 46 คะแนน หรือ $\bar{X}+SD$)	14.36	7.89	28.80

หมายเหตุ \bar{X} เท่ากับ 41.29, SD เท่ากับ 4.84, Min เท่ากับ 25.00, Max เท่ากับ 50.00

ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 64.744, P-value เท่ากับ .000

ตารางที่ 22 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค
อวัยวะ จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ระบบการบริจาคอวัยวะ	รวม	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)	ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)
การบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัด แจ้ง (Opt-In System)	13.12	13.98	11.20
การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Opt-Out System)	25.00	23.30	28.80
การบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดง ความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง (Mandated Choice System)	61.88	62.72	60.00

หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 1.657, P-value เท่ากับ .437

ตารางที่ 23 ตารางแสดงร้อยละของพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาค
อวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอม จำแนกตามการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ระบบการบริจาคอวัยวะ	รวม	ผู้ไม่แสดงความจำนงบริจาค (n = 279)	ผู้แสดงความจำนงบริจาค (n = 125)
การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอมระดับ เข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น (Hard Opt- Out System without Exemption)	18.56	14.70	27.20
การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอมระดับ เข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น (Hard Opt-Out System with Provision for Exemptions)	13.61	15.77	8.80
การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอมระดับ อ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือ ร่วมกับครอบครัว (Soft Opt-Out System without Family Consultation)	15.59	15.77	15.20
การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอมระดับ อ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับ ครอบครัว (Soft Opt-Out System with Family Consultation)	52.23	53.76	48.80

หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญ 0.05, Pearson Chi-Square เท่ากับ 10.777, P-value เท่ากับ .013

5.1.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาค อวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอม

ข้อค้นพบจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรศาสตร์ของประชาชนในเขต
กรุงเทพฯ เฉพาะด้านเพศ ศาสนา ที่พักอาศัย ณ ปัจจุบัน ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ระดับการศึกษา
อาชีพ และโรคประจำตัว กับระดับความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขต
กรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยว่ายินยอม เมื่อทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติไคสแควร์
พบว่า 1) คะแนนรวมพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนที่
พัก/ไม่พักอาศัยในเขตกรุงเทพฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) คะแนนรวม
ทศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนที่ระดับการศึกษาสูงสุด

แตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 3) คะแนนรวมความรู้ของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะระหว่างคนที่มิ/ไม่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 24)

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรศาสตร์กับระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะ

(n = 404)

ลักษณะประชากรศาสตร์	ความรู้ความเข้าใจ		ทัศนคติ		พฤติกรรม	
	χ^2	P-value	χ^2	P-value	χ^2	P-value
1. เพศ	9.114	.521	14.434	.885	3.481	.175
2. ศาสนา	21.784	.862	48.884	.943	3.860	.696
3. ที่พักอาศัย ณ ปัจจุบัน	7.652	.663	23.709	.363	7.321	.026
4. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน	4.513	.921	23.729	.362	.007	.996
5. ระดับการศึกษาสูงสุด	41.368	.081	98.497	.006	8.630	.195
6. อาชีพ	65.357	.635	155.869	.443	7.968	.891
7. โรคประจำตัว	19.121	.039	21.064	.517	1.028	.598

หมายเหตุ ระดับนัยสำคัญ 0.05, χ^2 หมายถึง Pearson Chi-Square

5.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อค้นหาอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ผลการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
2. ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม

เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

5.2.1 ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผลการศึกษาลักษณะประชากรศาสตร์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วนตามประเภทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ผลการศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรด้วยสถิติพรรณนาพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่คุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์ จำนวน 8 คน แบ่งเป็นผู้ลงทะเบียนรับการปลูกถ่ายอวัยวะ 2 คน ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ 2 คน ญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต 2 คน ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 1 คน และญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ 1 คน ในบรรดาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนเป็นหญิง และนับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างละครั้งสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า และระดับปริญญาตรี นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพียงครั้งแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

2. ลักษณะทั่วไปของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการศึกษาคุณลักษณะด้านประชากรด้วยสถิติพรรณนาพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิที่คุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์ จำนวน 16 คน แบ่งเป็นเจ้าหน้าที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย 5 คน บุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ 8 คน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย 3 คน ในบรรดาผู้ทรงคุณวุฒิแบ่งเป็นเพศชาย 5 คน และเพศหญิง 11 คน เกือบทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

5.2.2 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

ผลการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 24 ราย เพื่อค้นหาและรวบรวมอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย แบ่งการนำเสนอตามคุณลักษณะของตัวแปร ได้แก่ 1) ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ 2) แผนงานและงบประมาณ และ 3) อิทธิพลทางสังคม

1. ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ความพร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ ส่งผลต่อการรองรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ผลการศึกษาแบ่งการนำเสนอตามความแตกต่างระหว่างทรศนะของบุคคล ดังนี้

1) กลุ่มที่เห็นถึงความพร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่

บุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนอาคารสถานที่ ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มแจสำคัญของการขับเคลื่อนระบบการบริจาคอวัยวะของทุก ๆ ระบบ อย่างไรก็ตาม หากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมถูกพัฒนา และส่งผลบังคับใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

บางส่วนเชื่อว่า ด้วยขนาด จำนวน และคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ อุปกรณ์ และอาคารสถานที่ต่าง ๆ ของประเทศไทย ณ ปัจจุบัน นับว่าพร้อมรองรับการเข้าสู่ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม กล่าวคือจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้เกี่ยวข้องกับสัมผัสนิติการบริจาคอวัยวะ คุณภาพและปริมาณของทรัพยากรเหล่านี้อยู่ในเกณฑ์ดี จนส่งผลต่อความพึงพอใจและการคาดการณ์ด้านบวกต่อการให้บริการด้านการปลูกถ่ายอวัยวะในบริบทของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม

“... คิดว่าพร้อม เพราะพี่ตูนวิ่งบริจาคเครื่องมือแพทย์เยอะ ก่อนหน้านี้ก็บริจาคพยาบาลลือตใหญ่ น่าจะมีบุคลากรเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 1 (สัมภาษณ์เมื่อ 10 สิงหาคม 2563)

“... จากประสบการณ์การรักษาที่โรงพยาบาลรามารัตนาธิเบศร์ อุปกรณ์ สถานที่ และบุคลากรทางการแพทย์ดีมาก ๆ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 3 (สัมภาษณ์เมื่อ 11 สิงหาคม 2563)

“... เพียงพอมาก ๆ โดยเฉพาะด้านบุคลากร อย่างตอนคุณพ่อเสีย ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ก็มารับอวัยวะเร็ว สามารถส่งต่ออวัยวะไปช่วยคนอื่น ๆ ได้ 3 คน เจ้าหน้าที่อธิบายเกี่ยวกับอาการสมองตายอย่างดี มีการทดสอบว่าสมองตายจริง ๆ จากแพทย์หลายท่าน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 5 (สัมภาษณ์เมื่อ 25 สิงหาคม 2563)

“... พร้อม ๆ คือทีมแพทย์เราเก่ง ทุกครั้งที่มิชชั่นจะเห็นว่าทีมแพทย์ที่ไปเอาอวัยวะทำงานไว อย่างลูกพี่ที่ตอบตกลงตอนวันพฤหัสบดีบ่าย เข้าวันเสาร์ก็ได้จัดงานทำบุญแล้ว ใช้เวลาแค่ 2 คืน 1 วัน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 6 (สัมภาษณ์เมื่อ 21 ตุลาคม 2563)

2) กลุ่มที่เห็นถึงความไม่พร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ ความไม่พร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนอาคารสถานที่ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเกิดการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ผลการศึกษาพบปัญหาและอุปสรรคหลายด้าน ดังนี้

ความไม่พร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่งผลต่อการรองรับระบบการบริการโรคอวัยวะแบบถาวรในประเทศไทย ได้แก่ 1) ข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลัง ข้อจำกัดดังกล่าวทำให้จำนวนบุคลากรทางการแพทย์เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ไม่เพียงพอกับความต้องการในแต่ละปี และ 2) การขาดแคลนพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ทั้งนี้ เนื่องจากโครงสร้างและอัตรากำลังของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกัน บางโรงพยาบาลปราศจากการจัดตั้งศูนย์รับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะโดยเฉพาะ ข้อจำกัดนี้ส่งผลให้พยาบาลที่ปกติประจำการในตำแหน่งอื่นถูกมอบหมายงานเพิ่มเติม เช่น พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พยาบาลแผนกไตเทียม ฯลฯ นอกจากนี้ความยากลำบากในการจัดหาพยาบาลประจำให้กับตำแหน่งงานที่ไม่ปรากฏในโครงสร้างขององค์กร ผู้ปฏิบัติงานอาจพบกับอุปสรรคต่อโอกาสความก้าวหน้าในสายอาชีพจากสายการบังคับบัญชาที่ไม่ชัดเจนนี้ด้วย

ทั้งนี้ สำหรับความไม่พร้อมของทรัพยากรด้านอุปกรณ์-สถานที่ที่ส่งผลต่อการรองรับระบบการบริการโรคอวัยวะแบบถาวรในประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมองว่าสาเหตุหลักมาจากความแออัดของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ที่ต้องพบความยากลำบากในการสำรองเตียงและครุภัณฑ์กรณีพบผู้ป่วยสมองตาย รวมถึงการสำรองเตียงแก่ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะระยะพักฟื้น

“... ความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่นี้ไม่น่าพอ ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุเยอะ ๆ โดยเฉพาะเรื่องสถานที่ จำนวนเตียง ตอนนี้ผู้ป่วยก็ล้นโรงพยาบาลอยู่” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 2 (สัมภาษณ์เมื่อ 10 สิงหาคม 2563)

“... ที่พร้อมรองรับการบริการโรคอวัยวะแบบถาวรน่าจะเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ ๆ แต่ตามต่างจังหวัดเรื่องของบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่น่าจะไม่ได้ เพราะการปลูกถ่ายอวัยวะต้องแข่งกับเวลา” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 4 (สัมภาษณ์เมื่อ 13 สิงหาคม 2563)

“... ไม่พร้อมหรอก แต่ระบบธรรมดาเปอร์เซ็นต์ในการปลูกถ่ายอวัยวะยังน้อย ทุกวันนี้ไม่ใช่ทุกโรงพยาบาลที่สามารถปลูกถ่ายอวัยวะได้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 7 (สัมภาษณ์เมื่อ 31 สิงหาคม 2563)

“... โดยรวมไม่น่าพร้อมรองรับ โรงพยาบาลขนาดใหญ่อาจไม่มีปัญหา แต่บางโรงพยาบาลอาจไม่มีเวิร์ดเฉพาะ ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การเทิร์นเตียงอาจล่าช้ากว่าปกติ ต้องรอผู้ป่วยรายนี้ออกก่อน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 9 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทยยังไม่มีบุคลากรที่สามารถดำเนินการเรื่องการบริจาคอวัยวะได้ ส่วนใหญ่ปัจจุบันทำได้เฉพาะในส่วนโรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ โรงพยาบาลที่มีผู้รออวัยวะ หรือโรงพยาบาลที่มีพยาบาลประสานงาน เรื่องอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยสมองตายก็น่าจะยังไม่เพียงพอ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ส่วนเรื่องสถานที่อย่างโรงพยาบาลเล็ก ๆ อาจไม่สามารถดำเนินการได้ หากไม่มีเครื่องช่วยหายใจ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 10 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... ปัจจุบัน ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ มีเครือข่ายพยาบาลประสานงานอยู่ทั่วประเทศ แต่มีเพียงไม่กี่โรงพยาบาลที่มีตำแหน่งพยาบาลประสานงานแบบฟูลไทม์ ต้องอาศัยพยาบาลจาก ICU หรือหน่วยไตเทียมในการประสานงาน ในส่วนของทีมผ่าตัดนำอวัยวะออกอาจยังไม่พร้อม เนื่องจากปัจจุบันยังขาดแคลนทีม ในส่วนของโรงพยาบาลที่สามารถทำการปลูกถ่ายอวัยวะได้ โดยเฉพาะโรงพยาบาลรัฐบาลส่วนมากยังมีขีดจำกัดในด้านห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ เพราะอัตราการครองเตียงหลังผ่าตัดค่อนข้างนาน ทำให้ไม่สามารถรับเคสใหม่ ๆ ได้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 14 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

2. แผนงานและงบประมาณ

ผลการศึกษาพบว่า ความพร้อมของแผนงานและงบประมาณด้านระบบการบริจาคอวัยวะ ส่งผลต่อการรองรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถาวรยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ทั้งนี้ หากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถาวรยินยอมส่งผลบังคับใช้กับประเทศไทย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นพ้องต้องกันว่าต้องเพิ่มประสิทธิภาพและปรับปรุงคุณภาพของแผนงานและงบประมาณด้านระบบการบริจาคอวัยวะ

1) แผนงานด้านการบริจาคอวัยวะ

ข้อค้นพบเกี่ยวกับแผนงานด้านการบริจาคอวัยวะที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญสามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้ 1.1) ยุทธศาสตร์ด้านการจัดระบบบริการของสถานบริการสุขภาพ ทั้งนี้ รัฐต้องกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย หรือแผนงานต่าง ๆ อย่างชัดเจนเพื่อรองรับการเพิ่มปริมาณของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายและการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการของโรงพยาบาลสมาชิกเดิมของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ และดำเนินการขยายผลเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลสมาชิกใหม่ในพื้นที่ต่างจังหวัด และ 1.2) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการด้านการบริจาคอวัยวะ กล่าวคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเน้นการจัดหลักสูตรฝึกอบรม การประชุมสัมมนาวิชาการ หรือโครงการศึกษาดูงานต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะอันจำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนมองว่าการเข้ามาของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมย่อมส่งผลต่อศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ควรดำเนินการเรื่องการขยายขนาดองค์กร การเพิ่มจำนวนพนักงาน ตลอดจนการพัฒนาาระบบบริหารจัดการองค์กร เพื่อเพิ่มความคล่องตัวและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างทันท่วงที

2) งบประมาณด้านการบริจาคอวัยวะ

ข้อค้นพบสำคัญเกี่ยวกับงบประมาณด้านการบริจาคอวัยวะพบว่า การจัดสรรงบประมาณด้านการบริจาคอวัยวะต้องอาศัยรายละเอียดข้อมูลอันถูกต้องตรงตามความต้องการจริง ทั้งนี้ ภาครัฐควรต้องลดหรือตัดทอนรายจ่ายบางด้านที่มากเกินไปจนจำเป็น เพื่อจัดสรรเงินอุดหนุนเพิ่มเติมแก่หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรต้องกระจายงบประมาณด้านการบริจาคอวัยวะ เพื่อให้ทุกสายการทำงานสามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเต็มประสิทธิภาพและราบรื่น นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนมองว่าการจัดตั้งองค์กรเฉพาะเพื่อระดมทุนจากสาธารณะสถาบัน หรือหน่วยงานต่าง ๆ นับว่าเป็นอีกทางเลือกของการหารายได้ของภาครัฐ เพื่อนำมาใช้จ่ายในการบริหารการบริจาคอวัยวะ

“... ต้องขยายให้โรงพยาบาลตามต่างจังหวัดสามารถดำเนินการผ่าตัดได้ และกระจายแพทย์ไปในพื้นที่ต่างจังหวัดห่างไกลและขาดแคลน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 3 (สัมภาษณ์เมื่อ 11 สิงหาคม 2563)

“... น่าเป็นห่วงว่าอาจรับมือไม่ทัน เพราะถ้าวันหนึ่งคนเสียชีวิตจากอาการสมองตายเยอะ งานอาจหนักเกินไป อาจต้องกระจายศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ไปในภูมิภาคต่าง ๆ ทั้งภาคเหนือ ภาคใต้ ตะวันออก และตะวันตก” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 4 (สัมภาษณ์เมื่อ 13 สิงหาคม 2563)

“... การปลูกถ่ายอวัยวะเป็นเรื่องที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า รัฐต้องไป ทบทวนนโยบายที่สามารถดูแลทุกฝ่ายให้ทำงานอย่างราบรื่น อย่างเราเป็น ตัวกลางในการประสานงานก็เจอสถานการณ์แบบหัวใจสะดอกวันนี้ แต่เดี๋ยวก็นี้ หมอติดเคสผ่าตัดอื่น ส่วนตัวผู้บริจาคโรงพยาบาลบอกไม่ไหวแล้วให้รับมา อาจไปดูเรื่องการออกกฎหมายและผลักดันนโยบายสนับสนุนการบริจาคอวัยวะ อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม นำเรื่องการบริจาคอวัยวะเข้าสู่ระบบการศึกษา บรรจุในหลักสูตรตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา จนถึง มหาวิทยาลัย” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 9 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... รัฐต้องกำหนดเป็นนโยบายอย่างชัดเจนของภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ด้านงบประมาณต้องไปสำรวจข้อมูลและ ปรับงบประมาณตามความเหมาะสม ส่วนการพัฒนาบุคลากรต้องจัดฝึกอบรม ให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข รวมถึงการศึกษาดูงานต่างประเทศ เพื่อนำ ความรู้มาประยุกต์ใช้ในงาน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 10 สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... จัดสรรงบประมาณเพื่อรองรับการเพิ่มขึ้นของอวัยวะจากระบบการบริจาค อวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม กล่าวคือเพิ่มงบประมาณโดยประมาณการการบริจาค อวัยวะจากจำนวนผู้เสียชีวิต ส่วนโครงสร้างบริหารจัดการของศูนย์รับบริจาค อวัยวะฯ ยังไม่สามารถรองรับการบริจาคอวัยวะที่เพิ่มขึ้นจำนวนมากได้ หาก การบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมถูกนำมาใช้ ระบบการบริหารจำเป็นต้อง ปรับตัวเพื่อรองรับ คือต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างระบบการจัดการ ของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ให้มีความรวดเร็วและทันสมัยมากขึ้น เพื่อก้าวสู่ การเป็นองค์กรระดับชาติที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 11 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... งบประมาณค่อนข้างน่าเป็นห่วงอย่างมาก โดยเฉพาะงบประมาณด้านการ บริหารจัดการงาน Donor และ Recipient รวมถึงการเอื้ออำนาจงานด้านการ

ผ่าตัดนำอวัยวะออก” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 15 สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

“... จัดตั้งศูนย์รับบริจาคงบประมาณ เพื่อระดมทุนจากภาครัฐและเอกชน สำหรับการบริจาคงบประมาณจากบุคคลทั่วไปควรมีการมอบของตอบแทนเพื่อจูงใจ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 20 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

3. อิทธิพลทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ได้แก่ 1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ 2) ความยินยอมจากครอบครัว (Family Consent) 3) ทักษะจิตของประชาชน และ 4) ทักษะจิตของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ

1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์

การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะรูปแบบต่าง ๆ ต้องเน้นการสร้างความเข้าใจ การเผยแพร่บรรทัดฐานที่ดีของสังคม และการชักจูงให้ประชาชนให้ความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้ ความคิด ทักษะจิต และพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อการบริจาคอวัยวะในทางบวกมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เองย่อมส่งผลดีในระยะยาวต่อการปฏิบัติงานด้านการบริจาคอวัยวะที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย

“... ต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ เพราะตอนนี้คนไปบริจาคเลือดกับร่างกายมากกว่า” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 5 (สัมภาษณ์เมื่อ 25 สิงหาคม 2563)

“... เนื่องด้วยความเชื่อว่าหากเราบริจาคอวัยวะ เกิดมาชาติหน้าจะมีอวัยวะไม่ครบ จำเป็นต้องปลูกฝังความเชื่อที่ถูกต้อง หากสามารถแก้ไขความเชื่อนี้ได้จะมีผู้บริจาคมากขึ้น” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 19 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

“... ต้องรณรงค์ประชาสัมพันธ์ทั้งทางสื่อออนไลน์และตามสถานที่ต่าง ๆ เกี่ยวกับความจำเป็นของการบริจาคอวัยวะ ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ประชาชน เพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อการบริจาคอวัยวะ เพื่อช่วยต่อคุณภาพชีวิต

แก่ผู้ที่มีความจำเป็นในการรับบริจาค” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 20 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

“... รัฐควรประชาสัมพันธ์ข้อดีของการบริจาคอวัยวะมากกว่านี้ เมื่อประชาชนเห็นความสำคัญก็จะบริจาคอวัยวะกันมากขึ้นเอง คนไทยใจบุญอยู่แล้ว ขอดี ๆ เขาก็ให้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 23 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

2) ความยินยอมจากครอบครัว (Family Consent)

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Donor Families) ยินยอมบริจาคอวัยวะต่าง ๆ ของบุคคลอันเป็นที่รัก เพราะต้องการให้ผู้ตายได้ทำบุญใหญ่เป็นครั้งสุดท้าย พร้อมหวังว่าบุญกุศลดังกล่าวจะนำทางดวงวิญญาณของญาติตนสู่สุคติภูมิ ทั้งนี้ ญาติของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตเห็นตรงกันว่า อย่างไรก็ตามก็ดี ความแตกต่างระหว่างญาติของผู้บริจาคอวัยวะ 2 ราย คือ การลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะต่าง ๆ ของญาติของผู้บริจาคอวัยวะรายที่ 1 เกิดจากการหารือพูดคุยกับคนอื่น ๆ ในครอบครัวก่อนร่วมกันตัดสินใจ ส่วนญาติของผู้บริจาคอวัยวะรายที่ 2 ด้วยความเป็นคุณแม่เลี้ยงเดี่ยว (Single Mom) เลี้ยงดูบุตรสาวตามลำพังกลับลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะต่าง ๆ แม้ถูกคัดค้านจากเครือญาติจากความกลัวเรื่องการบริจาคอวัยวะชาติหน้าเกิดมาอวัยวะอาจไม่ครบ

32

3) ทศนคติของประชาชน

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ทศนคติและความคิดเห็นเกี่ยวกับบริจาคอวัยวะของประชาชนอยู่ในด้านบวก ส่วนใหญ่มองว่าการบริจาคอวัยวะถือเป็นการทำความดีในอีกรูปแบบ แต่การบริจาคอวัยวะควรมาจากการเสียสละด้วยจิตใจที่สะอาดบริสุทธิ์ และพร้อมมอบให้โดยไม่คาดหวังสิ่งใดตอบแทน ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนได้แสดงท่าทีไม่เห็นด้วยกับมาตรการกระตุ้นการบริจาคอวัยวะอย่างการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต เนื่องจากมาตรการดังกล่าวถือได้ว่าลดทอนคุณค่าและความหมายของการบริจาค บริการทางการแพทย์ถูกทำให้กลายเป็นเรื่องผลประโยชน์เงินทอง และอาจกลายเป็นต้นตอของปัญหาต่าง ๆ เช่น การซื้อ-ขายอวัยวะมนุษย์ การล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชน และการทุจริตคอร์รัปชันของเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามก็ดี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนสนับสนุนการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของค่าตอบแทนดังกล่าวคล้ายกับสินน้ำใจตอบแทนความดี ค่าจัดการศพ และสิ่งจูงใจในการบริจาคอวัยวะ

“... แต่ถึงไม่มีมาตรการนี้ก็เชื่อว่าคนน่าจะบริจาคอวัยวะเยอะอยู่แล้ว ส่วนตัวคิดว่าไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาท คนรุ่นใหม่คิดดีคิดถึงผู้อื่น เทรนด์ของคนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะก็อายุน้อยลงเรื่อย ๆ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 2 (สัมภาษณ์เมื่อ 10 สิงหาคม 2563)

“... คือการบริจาคอวัยวะอาจกลายเป็นธุรกิจ ส่งผลต่อความรู้สึกของญาติผู้บริจาคอวัยวะ โดยเฉพาะความรู้สึกอึดอัดจะลดน้อยลงไป ส่วนตัวเลยไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาท เพราะการให้ต้องมาจากใจ อาจจะเปลี่ยนเป็นการตอบแทนแบบอย่างอื่น ถ้าโปรโมตดี ๆ ก็ดึงคนมาบริจาคได้อยู่แล้ว เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 5 (สัมภาษณ์เมื่อ 25 สิงหาคม 2563)

“... เรื่องนี้ไม่ควรทำ ไม่ควรมี เพราะเป็นดาบสองคม เงินอาจเป็นสิ่งล่อตาล่อใจให้คนทำเรื่องไม่ดี เช่น ฆ่าคนเอาเงิน ไปเปลี่ยนไปช่วยคำรักษาพยาบาลดีกว่า และรัฐก็ไม่น่าดูแลได้ สุดท้ายอาจกลายเป็นเรื่องการคอร์รัปชัน แห่หาเงินให้คนของรัฐอีกทีหนึ่ง” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 6 (สัมภาษณ์เมื่อ 21 ตุลาคม 2563)

“... แต่ตามบริบทสังคมไทย การรับบริจาคน่าจะเกิดจากการยินยอมและเต็มใจ เนื่องจากเป็นเรื่องที่อ่อนไหว และมีความเสี่ยงที่จะเกิดความไม่เข้าใจมากขึ้น” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 9 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... สังคมไทยเป็นสังคมพุทธ การทำดีได้ดี การทำด้วยใจ และการทำดีโดยไม่หวังผลตอบแทนเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นน่าจะเหมาะสมกับการทำดีแบบการบริจาคอวัยวะมากกว่าการบริจาคเพื่อหวังค่าตอบแทน สังคมจะเห็นคุณค่ามากกว่า ดังนั้น ไม่ควรจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาท เพราะอาจถูกมองว่าเป็นการซื้อขายอวัยวะ ส่วนตัวมองว่าปัจจุบันค่าตอบแทนไม่น่าเป็นปัญหาหลัก การที่ญาติไม่บริจาคอวัยวะอาจเป็นเพราะความเชื่อส่วนบุคคลอย่างเกิดชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ผู้เสียชีวิตไม่ได้แจ้งความจำนงไว้ หรือญาติผู้เสียชีวิตทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทจึงไม่น่าจะตอบโจทย์

ของการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 10 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... สังคมไทยส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อด้านบุญ ถ้าหากมีการจ่ายค่าตอบแทนจะส่งผลให้วัฒนธรรมความเชื่อเรื่องคุณงามความดีในคนไทยลดลง และยังเพิ่มรายจ่ายของภาครัฐด้วย ส่วนตัวเลยคิดว่าไม่เห็นด้วยในการมีส่วนนี้ คืออาจจะช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนได้ แต่กังวลในเรื่องของประเด็นที่ญาติยินยอม เพราะไม่ต้องการเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 14 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

“... รัฐควรยกเลิกหลักการขอความยินยอมจากทายาท และไม่ควรมีนโยบายจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต แต่ไปสร้างแรงจูงใจด้านอื่นแทน เช่น ผู้แสดงเจตจำนงบริจาคอวัยวะจะได้สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ หากขณะนี้สิทธิประโยชน์อยู่แล้ว ก็พิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ให้มากขึ้น รวมถึงประชาสัมพันธ์เรื่องการบริจาคอวัยวะเพิ่มขึ้น และทำให้เรื่องการแสดงความประสงค์บริจาคอวัยวะเป็นเรื่องธรรมดาหรือ normalisation สำหรับทุกคน” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 22 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

“... การจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทน่าจะช่วยเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะได้ โดยไม่ต้องเปลี่ยนมาเป็น opt-out ด้วยซ้ำ โดยเฉพาะกับชนกลาง-รายได้น้อย เพราะตัวครอบครัวผู้บริจาคอวัยวะได้รับทั้งความภาคภูมิใจและเงินช่วยเหลือ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 1 (สัมภาษณ์เมื่อ 10 สิงหาคม 2563)

“... เหมือนเป็นการตอบแทนสินน้ำใจให้แก่ทายาท เนื่องจากการนำอวัยวะผู้บริจาคไปใช้อาจมีผลต่อจิตใจของทายาทผู้บริจาค แต่ทายาทบางรายอาจคิดว่าเป็นการซื้อ-ขายอวัยวะมากกว่าการบริจาค” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 20 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

ส่วนมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อมาตรการกระตุ้นการบริจาคอวัยวะอย่างการจัดสรรตามลำดับความสำคัญพบว่า สาเหตุที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญสนับสนุนการใช้มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญควบคู่ไปกับการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เนื่องจากมองว่ามาตรการดังกล่าว

สมเหตุสมผลกับหลักการให้และการรับ รวมถึงการคิดถึงความเป็นในการใช้อวัยวะในอนาคตย่อมเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนมองว่าการจัดสรรตามลำดับความสำคัญอาจเพิ่มความไม่ไว้วางใจ ความวิตกกังวล และความสงสัยเคลือบแคลงในกระบวนการจัดสรรอวัยวะบริจาคของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ มาตรการนี้อาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการยินยอมบริจาคอวัยวะเพื่อให้ได้สิทธิพิเศษดังกล่าวขัดต่อความเชื่อทางศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีของตน

“... เพราะหลัก Give and Take น่าจะเพิ่มจำนวนผู้ลงทะเบียนบริจาคได้ คือต้องให้ก่อนถึงจะได้มา แต่ว่าอาจเกิดปัญหาในช่วงแรก ๆ กับอะไรที่พึงเปลี่ยนแปลง” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 4 (สัมภาษณ์เมื่อ 13 สิงหาคม 2563)

“... การให้สิทธิพิเศษตามมาตรการจัดสรรตามลำดับความสำคัญอาจเพิ่มความไม่มั่นใจในกระบวนการจัดสรรอวัยวะบริจาค ความกังวลเกี่ยวกับการแสวงคิว ข้อยกเว้น และสิทธิพิเศษต่าง ๆ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 9 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

“... อาจเป็นประโยชน์แก่ผู้บริจาคและครอบครัวเมื่อเกิดเหตุจำเป็นในการรับบริจาคอวัยวะ แต่การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมรับบริจาคอวัยวะแม้ไม่ได้เป็นผู้บริจาคเอง อาจถูกมองว่าเหลื่อมล้ำ ดังนั้น ควรตั้งเกณฑ์ให้คนในครอบครัวที่สามารถรับบริจาคได้เป็นญาติสายตรงเท่านั้น” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 20 (สัมภาษณ์เมื่อ 30 ตุลาคม 2563)

“... อาจเกิดความไม่เท่าเทียมในการได้รับสิทธิพิเศษ เนื่องจากเหตุผลของการไม่บริจาคหรือลงทะเบียนบริจาคค่อนข้างหลากหลาย และเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น การบริจาคอวัยวะขัดต่อหลักคำสอนของศาสนาบางศาสนา หรือขัดต่อแนวปฏิบัติของการปฏิบัติต่อร่างของผู้เสียชีวิต หรือขัดต่อวิถีชีวิต หรือขัดต่อเหตุผลและความจำเป็นในเชิงเศรษฐกิจของผู้บริจาค-ผู้ลงทะเบียน หรือแม้แต่กรณีของการไม่ตัดสินใจเกี่ยวกับการรับบริจาคเนื่องจากไม่ทราบนโยบายนี้ เป็นต้น ดังนั้น การกำหนดนโยบายในเชิงต่างตอบแทนในลักษณะนี้จึงอาจขัดต่อหลักความ

เสมอภาคได้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 22 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

ด้านมุมมองของผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อมาตรการการคุ้มครองสิทธิขาดการตกลงยินยอมบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล (First Person Authorization) พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่มองว่า มาตรการดังกล่าวสามารถลดการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยได้ เนื่องจากการไม่ยินยอมให้ทีมแพทย์ผ่าตัดนำอวัยวะออกจำนวนไม่น้อยเกิดจากการตัดสินใจของญาติผู้ป่วยสมยอมตาย นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาในมุมมองทางกฎหมายมาตรการนี้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของหลักการสิทธิมนุษยชน อย่างไรก็ตาม ภาครัฐควรสร้างมาตรการเพื่อให้แน่ใจว่าผู้แสดงความประสงค์บริจาคอวัยวะได้ตัดสินใจในขณะที่เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ และได้รับข้อมูลรอบด้านอย่างแท้จริง พร้อมกับส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการสื่อสารพูดคุยปรึกษาหารือร่วมกันของครอบครัวก่อนตัดสินใจลงทะเบียนบริจาคอวัยวะ อย่างไรก็ตาม มาตรการนี้อาจก่อให้เกิดการต่อต้าน ความไม่ลงรอยกันทางความคิดในครอบครัว ตลอดจนความไม่สบายใจแก่ผู้ที่ผูกติดกับความเชื่อและข้อจำกัดทางศาสนา

“... เรื่องนี้ไม่น่ามีผลอะไร คือต้องเคารพความตั้งใจของแต่ละบุคคล คือถ้าญาติไม่มาเกี่ยวข้อง พอเสียชีวิตก็สามารถเอาอวัยวะไปได้เลย แต่ก็ต้องเซ็คดี ๆ เพราะญาติอาจมีความเชื่อบางอย่าง” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 4 (สัมภาษณ์เมื่อ 13 สิงหาคม 2563)

“... การคุ้มครองงดลดการขาดแคลนอวัยวะได้ แต่แม้บริจาคอวัยวะไว้จริง สถานการณ์จริงก็ขึ้นอยู่กับคุณภาพอวัยวะ ณ ตอนเสียชีวิตด้วย คือมันเป็นสิ่งที่ดี แต่อาจจะส่งผลต่อภาระงบประมาณ หรือความช่วยเหลืออื่น ๆ ที่เข้ามาช่วยเหลือ รวมถึงเสียงวิพากษ์วิจารณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 5 (สัมภาษณ์เมื่อ 25 สิงหาคม 2563)

“... คิดว่าการคุ้มครองนี้โอเคเลย เพราะตอนนี้ก็มีปัญหาเรื่องญาติมายกเลิกเยอะ มาตรการนี้น่าจะทำให้คนเห็นความสำคัญของการลงทะเบียนบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น เพราะได้รับการเคารพความต้องการในการบริจาคอวัยวะ” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 7 (สัมภาษณ์เมื่อ 31 สิงหาคม 2563)

“... เพราะญาติคือส่วนสำคัญมาก ๆ ถ้าญาติไม่เห็นด้วยก็ไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่นำอวัยวะไปปลูกถ่ายได้ การคุ้มครองคงทำให้อวัยวะได้มากขึ้น รวมถึงลดความขัดแย้งระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ไม่เกิดปัญหาตามที่หลัง” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 8 (สัมภาษณ์เมื่อ 1 ตุลาคม 2563)

“... การคุ้มครองส่งผลบวกทำให้จำนวนผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะมากขึ้น ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น แต่ก็มีความเสี่ยงในเรื่องของการติดเชื้อมากยิ่งขึ้นเช่นกัน และในกรณีที่บางครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ อาจจะมีการออกมาต่อต้านเรื่องนี้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 14 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

“... อาจเกิดข้อถกเถียงได้ เนื่องจากสังคมไทยมีแนวโน้มเป็นสังคมรวมหมู่ ทำให้การตัดสินใจในเรื่องของตนเองของผู้บริจาคไม่เป็นเรื่องส่วนตัวจริง ๆ แต่เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นด้วย โดยเฉพาะในเรื่องความเชื่อทางศาสนาและขนบธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบพิธีกรรมที่เกี่ยวกับการเสียชีวิต ความจริงแล้วการบริจาคอวัยวะในกรณีที่ผู้บริจาคได้แสดงความประสงค์บริจาคอวัยวะไว้ล่วงหน้าในขณะที่มีความสามารถตัดสินใจได้อย่างเต็มที่ ไม่ควรต้องได้รับความยินยอมจากทายาทของผู้เสียชีวิต เนื่องจากเป็นสิทธิในการตัดสินใจอยู่ในส่วนหนึ่งของสิทธิในความเป็นส่วนตัวของบุคคล อันเป็นสิทธิมนุษยชนที่มีความสำคัญเป็นอย่างสูง อีกทั้งในบริบทของกฎหมายอาญาในระบอบกฎหมายไทย แม้ศพจะเป็นทรัพย์สิน เนื่องจากมีรูปร่าง มีราคา มีคุณค่า และอาจถือเอาได้ แต่ก็ยังเป็นข้อถกเถียงว่าเป็นทรัพย์สินของผู้ใด เนื่องจากทายาทมิได้หวงกันศพในลักษณะการถือกรรมสิทธิ์ แต่หวงกันเพื่อที่จะนำไปประกอบพิธีกรรมที่เกี่ยวกับความตาย ดังนั้น เมื่อมิได้เป็นเจ้าของ ก็ไม่ควรให้หรือไม่ให้ความยินยอมได้” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 22 (สัมภาษณ์เมื่อ 4 ตุลาคม 2563)

4) ทักษะคติของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ทักษะคติของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะให้ความสำคัญกับความดีงามและคุณค่าของการบริจาค แต่บางส่วนไม่ได้ให้ความสำคัญกับการบริจาคอวัยวะ เนื่องจากภาระงานที่มาก และงานด้านการบริจาคอวัยวะไม่ใช่งานหลักในขอบเขตความรับผิดชอบของตน

“... ในแง่คนทำงานด้านนี้หากเราตามญาติของผู้ป่วยสมองตายไม่ได้ เราถือว่าผู้ป่วยที่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคอวัยวะยินยอมบริจาค แต่ในสถานการณ์จริงเราจะตามจนพบญาติ ไม่เคยนำอวัยวะออกไปเองเลยตลอดเวลากว่า 20 ปี นับตั้งแต่ก่อตั้งศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ แห่งนี้ เราทำแบบนี้เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ญาติ เพราะผู้ป่วยสมองตายที่มีบัตรประจำตัวผู้บริจาคอวัยวะมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสมองตายที่ญาติยินยอมบริจาค คือเราต้องไม่เห็นแก่คนที่จะได้รับอวัยวะมากกว่าคนที่สูญเสีย แต่คนทำงานบางส่วนก็เคยเจอที่บอกว่าการผ่าตัดนำอวัยวะแกสำคัญกว่าการผ่าตัดคลอดอย่างไร” - ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ หมายเลข 9 (สัมภาษณ์เมื่อ 27 ตุลาคม 2563)

ตารางที่ 25 อิทธิพลต่อสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

องค์ประกอบ	อิทธิพลต่อความสำเร็จ	อิทธิพลต่ออุปสรรค
1. ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่		<ul style="list-style-type: none"> - ข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลัง, การขาดแคลนพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ - การขาดแคลนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ - ความแออัดของสถานพยาบาล
2. แผนงานและงบประมาณ		<ul style="list-style-type: none"> - ปรับแผนงานด้านการจัดระบบบริการของสถานบริการสุขภาพ - ปรับแผนงานด้านการพัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการด้านการบริจาคอวัยวะ
3. อิทธิพลทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - ความยินยอมจากครอบครัว - ทักษะจิตของประชาชน - การจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต - การจัดสรรตามลำดับความสำคัญ - การคุ้มครองสิทธิขาดการตกลงยินยอมบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล - ทักษะจิตของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความยินยอมจากครอบครัว - การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ - การจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต - การจัดสรรตามลำดับความสำคัญ - ทักษะจิตของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ

กล่าวโดยสรุป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปริมาณพบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 72.52 อยู่ในระดับปานกลาง ทศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 74.01 อยู่ในระดับเป็นกลาง และกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 61.88 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง รองลงมาคือระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ร้อยละ 25.00 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน ร้อยละ 13.12 ทั้งนี้ ข้อค้นพบด้านพฤติกรรมดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างสอดคล้องกับการให้ความเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญกว่าร้อยละ 45.83 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ร้อยละ 33.33 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน ร้อยละ 20.83

ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพพบว่า ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ แผนงานและงบประมาณ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม สามารถส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม อิทธิพลทางสังคมบางประเภทอย่างการสื่อสารประชาสัมพันธ์อาจส่งผลต่อการเพิ่ม/คงตัวของอัตราการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (Consent Rate หรือ Registration Rate) อันถือว่าเป็นความสำเร็จเบื้องต้นของภาคประชาชน แต่เมื่อความสำเร็จระดับต่อมาอิงจากการเพิ่มของอัตราการบริจาคอวัยวะ (Donation Rate หรือ Procurement Rate) และอัตราการปลูกถ่ายอวัยวะ (Transplantation Rate) อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความพร้อมของทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่ การบริหารจัดการแผนงานและงบประมาณ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคมอื่น ๆ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเร่งพัฒนาคุณภาพและลงทุนในทรัพยากรต่าง ๆ ตลอดจนรณรงค์เสริมสร้างทัศนคติทางบวก เพื่อให้การดำเนินงานตามระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมเป็นไปอย่างราบรื่นมากที่สุด

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’ เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยและต่างประเทศ ตลอดจนค้นหาระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม และรวบรวมปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ทั้งนี้ สามารถสรุปผลการศึกษาค้นคว้าตามลำดับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

6.1 ระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยและต่างประเทศ

ระบบการบริจาคอวัยวะโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม และระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง ความแตกต่างพื้นฐานของระบบเหล่านี้ขึ้นอยู่กับค่าเริ่มต้น (Default Option) หรือตัวเลือกที่ผู้คนจะได้รับหากไม่ทำการเลือกเอง กล่าวคือค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้งกำหนดให้ประชาชนทุกคนเป็นผู้ไม่ประสงค์บริจาคอวัยวะ ส่วนค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมกำหนดให้ประชาชนที่คุณสมบัติครบตามหลักเกณฑ์อยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะ แม้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมดูเหมือนเป็นข้อตรงข้ามกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้ง แต่ความคล้ายคลึงของสองระบบข้างต้นอยู่ที่ผู้ที่ไม่พอใจกับค่าเริ่มต้นต้องลงทะเบียนเพื่อเปลี่ยนแปลง ส่วนค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ถูกกำหนด แต่ประชาชนต้องเลือกเองตามความประสงค์

ทั้งนี้ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดแจ้งได้รับการสนับสนุนจากคนจำนวนมาก ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กล่าวคือคนจำนวนไม่น้อยให้ความสำคัญและความสำคัญของการให้ โดยมองการให้ในความหมายของการหยิบยื่นบางสิ่งบางอย่างแก่ผู้อื่นที่กำลังขาดหรือด้อยกว่าด้วยความเต็มใจ นอกจากนี้ ตามหลักการพื้นฐานของประชาธิปไตยรัฐต้องให้ความเคารพเสรีภาพในการตัดสินใจเลือก ดังนั้น การบริจาคอวัยวะอยู่บนพื้นฐานของการปล่อยให้ประชาชนตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเอง ด้วยการจำกัดการแทรกแซงหรือการสะกดจากรัฐบาลน้อยที่สุด

อย่างไรก็ดี พบหลักฐานว่าคนจำนวนไม่น้อยที่อยากบริจาคอวัยวะ แต่ไม่ได้ลงมือปฏิบัติ ตามลำดับขั้นตอนอันจำเป็น เช่น สถิติการบริจาคอวัยวะของคนอเมริกันจากการสำรวจของ Health Resources and Services Administration (2020) พบว่า ผู้ใหญ่ในสหรัฐอเมริกากว่าร้อยละ 90 สนับสนุนการบริจาคอวัยวะ แต่จำนวนผู้ลงทะเบียนบริจาคอวัยวะกลับเหลือเพียงร้อยละ 60 ส่วน การศึกษาเรื่อง ‘ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย’ ของ จุฬามาส ปีนมมงคล (2547) พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่า ร้อยละ 63.75 เห็นด้วยอย่างมากว่าการบริจาคอวัยวะเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการเสียสละเพื่อ ช่วยเหลือผู้อื่น แต่สัดส่วนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นที่เรียบริ้อยกลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 26.25 และอีกร้อยละ 70.25 ไม่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ แต่อาจแสดงความจำนงบริจาค อวัยวะในอนาคต ผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษาฉบับนี้ กล่าวคือ ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ กว่าร้อยละ 70.54 เห็นด้วยอย่างมากว่าการบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องที่ดีงาม และเป็นประโยชน์กับสังคม แต่ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 69.06 กลับไม่ได้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ในจำนวนนี้เพียงร้อยละ 49.82 สนใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะในอนาคต ร้อยละ 39.07 ระบุว่า ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ และร้อยละ 11.11 ระบุว่าไม่สนใจ

สถิติเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าความตั้งใจดีดังกล่าวไม่ได้ผลักดันให้เกิดการกระทำเสมอไป ขึ้นตอนต่าง ๆ กลับกลายเป็นอุปสรรคต่อการลงทะเบียนของผู้นิยมบริจาคเสียเอง จนส่งผลให้คน จำนวนมากไม่ได้ลงทะเบียนเป็นผู้บริจาคอวัยวะตามความตั้งใจ อาจกล่าวได้ว่าการยึดติดในสภาพที่ เป็นอยู่ (Status Quo Bias) หรือเรียกอีกชื่อว่าความเฉื่อยชา (Inertia) ส่งผลอย่างมาก และการ กำหนดค่าเริ่มต้นอย่างรอบคอบอาจสามารถพลิกสถานการณ์ได้ กล่าวคือนอกจากช่วยต่อชีวิตให้กับ คนอีกจำนวนมาก ค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมย่อมช่วยให้ผู้ที่บริจาค อวัยวะได้สมปรารถนา

อย่างไรก็ดี ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางจริยธรรม และสังคมหลายด้าน กล่าวคือ ผู้ป่วยสมองตายบางส่วนอาจถูกเข้าใจผิดได้ว่าต้องการบริจาคอวัยวะ เนื่องจากไม่ได้ถอนตัวเองออกจากระบบไว้ก่อนเสียชีวิต หรือญาติของผู้ป่วยสมองตายอาจไม่พอใจ จากการถูกเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์นำอวัยวะของสามี ภรรยา หรือลูกของตนไปบริจาคให้กับคนอื่น ๆ โดยที่ตนเองไม่มีสิทธิ์ห้าม นอกจากนี้ ระบบการบริจาคอวัยวะนี้อาจทำให้ประชาชนบางส่วนตั้งคำถาม ถึงความเคร่งครัดในการปฏิบัติตามมาตรฐานทางจริยธรรมทางการแพทย์ กล่าวคือบุคลากรทางการแพทย์ อาจไม่ทำการรักษาผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอย่างสุดความสามารถ เนื่องจากต้องการ สำรองอวัยวะบริจาคเพื่อนำไปปลูกถ่ายแก่ผู้ป่วยรายอื่น

ทั้งนี้ เนื่องจากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอมต้องเผชิญกับความยากลำบากใน การสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากประชาชน เพราะคนจำนวนไม่น้อยคัดค้านการที่หักเอาเอง

ในเรื่องอันละเอียดอ่อน ด้วยเหตุนี้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งได้กลายเป็นอีกทางเลือกในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาค โดยการบังคับให้เลือกรับเลือกถูกพ่วงเข้ากับกระบวนการทำบัตรประจำตัวประชาชน การขอรับใบอนุญาตขับรถ หรือการยื่นแบบภาษีประจำปี

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาเฉพาะผลลัพธ์ของค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะ ผลการศึกษาของต่างประเทศ เช่น การศึกษาของเอริก จอห์นสัน และแดน โกลด์สไตน์ (Johnson & Goldstein, 2003) ตลอดจนการศึกษาของอัลแบร์โต อะบาดีและเซบาสเตียน เกย์ (Abadie & Gay, 2006) ล้วนได้ผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือค่าเริ่มต้นส่งผลอย่างยิ่งต่ออัตราการบริจาคอวัยวะ และค่าเฉลี่ยดังกล่าวของประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมสูงกว่าประเทศที่ใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของเฮนดริก ฟาน ดาเลน และคีน เฮนเกนส์ (van Dalen & Henkens, 2014) กล่าวคือการศึกษาของเนเธอร์แลนด์กับกลุ่มตัวอย่างกว่า 2069 คน พบว่า ค่าเริ่มต้นสำคัญต่อระบบการบริจาคอวัยวะ นอกจากนี้ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมและระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง สามารถเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะอย่างได้ผลดีมากว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน

นอกจากนี้ หากพิจารณาระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนของประเทศไทย ตามรายงานผลการดำเนินงานของ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561) นับได้ว่าค่าเริ่มต้นของระบบดังกล่าวส่งผลอย่างมากต่อพฤติกรรมกรรมการบริจาคอวัยวะของประชาชน เนื่องจากข้อมูลสะสมของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะนับตั้งแต่การเปิดดำเนินการศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ อย่างเป็นทางการเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวนเพียง 941,327 คน ส่วนจำนวนผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิตต่อประชากร 1 ล้านคน (PMP) เท่ากับ 3.9 นับว่าสถานการณ์น่าเป็นห่วงอย่างมาก กอปรกับผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ พบว่า สัดส่วนของอวัยวะบริจาคจากการเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากญาติผู้ป่วยสมองตาย นับว่ามากกว่าการได้จากผู้ป่วยสมองตายที่เคยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะก่อนการเสียชีวิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นประเทศไทยควรต้องเริ่มพิจารณาเปลี่ยนแปลงค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะ พร้อมกับเร่งตรากฎหมายเกี่ยวกับการบริจาคและเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ควบคู่กับการป้องกันการค้าอวัยวะมนุษย์ (Human Organ Trafficking) เพื่อขับเคลื่อนและพัฒนาการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ

ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยถูกกำกับดูแลด้วยระเบียบข้อบังคับของแพทยสภาและศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ระเบียบข้อบังคับเหล่านี้เป็นระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับจริยธรรมของวิชาชีพเวชกรรม เกณฑ์การวินิจฉัยสมองตาย เกณฑ์โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ เกณฑ์การลงทะเบียนของผู้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ เกณฑ์การจัดสรรอวัยวะบริจาค

เกณฑ์การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ตลอดจนเกณฑ์การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลที่มีผู้บริจาคอวัยวะ แม้เนื้อหาสาระของระเบียบข้อบังคับอาจกว้างขวางครอบคลุม แต่ระเบียบข้อบังคับเหล่านี้อยู่ในระดับของผู้ประกอบวิชาชีพ ดังนั้น การยกระดับระเบียบข้อบังคับเป็นกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับการบริจาคและเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ ควบคู่กับการป้องกันการค้าอวัยวะมนุษย์ นอกจากส่งผลดีต่อการคุ้มครองเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จากการถูกฟ้องร้องดำเนินคดีเกินความจำเป็น การออกกฎหมายดังกล่าวย่อมสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้บริจาคว่า อวัยวะของตนจะถูกส่งต่อไปยังผู้รับบริจาคอย่างเหมาะสมสมดังเจตนารมณ์ ในขณะที่เดียวกัน ผู้รับอวัยวะก็ได้รับความคุ้มครองในด้านคุณภาพของอวัยวะบริจาค และความปลอดภัยจากกระบวนการเปลี่ยนถ่าย

กล่าวโดยสรุป การกำหนดค่าเริ่มต้นอย่างเหมาะสมสามารถเพิ่มจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ และบรรเทาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคได้ แต่ค่าเริ่มต้นของระบบการบริจาคอวัยวะย่อมมิใช่ข้อพิพาทเพียงอย่างเดียวที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคได้ เนื่องจากกระบวนการปลูกถ่ายอวัยวะประกอบด้วยหลายขั้นตอน ตลอดจนอาศัยความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายและองค์ประกอบเกื้อหนุนหลายอย่าง ดังนั้น เพื่อให้การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคเป็นระบบและเกิดประสิทธิภาพ บุคคลากร หน่วยงาน และองค์ประกอบอื่น ๆ จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาควบคู่กัน

6.2 ระดับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม

ผลการศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม สามารถสรุปสาระสำคัญของแต่ละด้านได้ ดังนี้

6.2.1 ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุเท่ากับ 6.20 ถือว่าเกินครึ่งเพียงเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม เมื่อแบ่งระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ พบว่า ความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด หรือร้อยละ 72.52 รองลงมาคือ ระดับความรู้ความเข้าใจมาก ร้อยละ 16.34 และระดับความรู้ความเข้าใจน้อย ร้อยละ 11.14 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ของ จุฬามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือระดับความรู้โดยรวมของผู้บริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด หรือร้อยละ 78.95 รองลงมาคือ ระดับความรู้ความเข้าใจมาก ร้อยละ 12.75 และระดับความรู้ความเข้าใจน้อย ร้อยละ 8.30

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของแต่ละรุ่นอายุพบว่า ระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์อยู่ในระดับน้อยมากที่สุดถึงร้อยละ 20.00 ส่วนระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์อยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 21.34 อาจกล่าวได้ว่าระดับความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ สอดคล้องกับการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เนื่องจากคนกลุ่มเจนเนอเรชันเอกซ์แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะมากที่สุดถึงร้อยละ 42.68 รองลงมาคือ คนกลุ่มเจนเนอเรชันวาย ร้อยละ 23.13 และคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ ร้อยละ 22.50 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะเพิ่มมากขึ้น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ทราบสาเหตุการเสียชีวิตอันเป็นคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะด้านสาเหตุการตาย ความแตกต่างระหว่างภาวะสมองตายกับภาวะผัก และคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะด้านสุขภาพในระดับน้อยถึงน้อยมาก กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างตอบถูกเพียงร้อยละ 32.67 ร้อยละ 36.14 และร้อยละ 43.32 ตามลำดับ ความไม่รู้ในเรื่องคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะอาจเกิดจากความสับสนระหว่างการบริจาคอวัยวะกับการบริจาคร่างกายเพื่อให้นักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาสายวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ศึกษา หรือที่เรียกกันว่า ‘อาจารย์ใหญ่’ เนื่องจากคุณสมบัติของผู้บริจาคร่างกายต้องเสียชีวิตจากสาเหตุธรรมชาติ อวัยวะครบ และต้องแจ้งให้คณะแพทยศาสตร์ของโรงพยาบาลนั้น ๆ ไปรับร่างกายใน 24 ชั่วโมง ส่วนความรู้เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างภาวะสมองตายกับสภาวะผัก หรือบางคนเรียกว่า ‘เจ้าชาย/เจ้าหญิงนิทรา’ ค่อนข้างลึกและจำเพาะเฉพาะกลุ่มงานบริการด้านการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองตาย

6.2.2 ทักษะคิดของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะคิดต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุอยู่ในระดับเป็นกลางมากที่สุด หรือร้อยละ 74.01 รองลงมาคือ ทักษะคิดเชิงบวก ร้อยละ 14.36 และทักษะคิดเชิงลบ ร้อยละ 11.63 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือทักษะคิดของผู้บริจาค์โลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย อยู่ในระดับเป็นกลางมากที่สุด หรือร้อยละ 72.50 รองลงมาคือ ทักษะคิดเชิงบวก ร้อยละ 14.50 และทักษะคิดเชิงลบ ร้อยละ 13.00

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาระดับทักษะคิดต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของแต่ละรุ่นอายุพบว่า ระดับทักษะคิดต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเบบี้บูมเมอร์อยู่ในระดับลบ

มากที่สุดถึงร้อยละ 20.00 ส่วนทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของคนกลุ่มเจเนอเรชันเอกซ์อยู่ในระดับ บวกมากที่สุดถึงร้อยละ 20.12 ทั้งนี้ เช่นเดียวกับข้อค้นพบด้านความรู้ต่อการบริจาคอวัยวะของ ประชาชนในเขตกรุงเทพฯฯ ทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯฯ สอดคล้องกับ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ กล่าวคือคนกลุ่มเจเนอเรชันเอกซ์แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ มากที่สุดถึงร้อยละ 42.68 รองลงมาคือ คนกลุ่มเจเนอเรชันวาย ร้อยละ 23.13 และคนกลุ่มเบบี้บูม เมอร์ ร้อยละ 22.50 ด้วยเหตุนี้อาจเป็นไปได้ว่าทัศนคติด้านลบเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างบางส่วนยัง ลังเลในการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

ทั้งนี้ หากพิจารณาทัศนคติต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯฯ รายข้อพบว่า คะแนนเฉลี่ยของทัศนคติด้านบวกของประชาชนในเขตกรุงเทพฯฯ สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การ บริจาคอวัยวะเป็นเรื่องที่ดีงาม และเป็นประโยชน์กับสังคม ($\bar{X} = 4.61$) รองลงมาคือ การบริจาค อวัยวะควรทำด้วยใจบริสุทธิ์ไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ ($\bar{X} = 4.56$) และการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของ ประเทศไทยเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ($\bar{X} = 4.20$) ทัศนคติด้านบวกของประชาชน ในเขตกรุงเทพฯฯ เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือผู้บริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เห็นด้วยอย่างมากว่าการบริจาค อวัยวะควรบริจาคด้วยใจอันเป็นกุศลไม่ควรหวังสิ่งตอบแทน ร้อยละ 69.25 และการบริจาคอวัยวะ เป็นแบบอย่างที่ดีในการเสียสละเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 63.75 ด้วยเหตุนี้ อาจมองได้ว่าศาสนา และความเชื่อล้วนส่งผลต่อการกำหนดทัศนคติของแต่ละบุคคลไม่มากก็น้อย เนื่องจากประชาชนใน เขตกรุงเทพฯฯ กว่าร้อยละ 90.10 นับถือศาสนาพุทธ และการบริจาคอวัยวะเพื่อเพื่อนมนุษย์มิได้ ปรากฏว่าเป็นข้อห้ามในทางพระพุทธศาสนาแต่อย่างใด ในทางกลับกันการบริจาคถือเป็นคุณธรรม สำคัญในหลาย ๆ คำสอน เช่น ทศพิธราชธรรม ทศบารมี ปัญจมหาบริจาค สังคหวัตถุ 4 และฆราวาส ธรรม 4 นอกจากนี้ การบริจาคอวัยวะถือเป็นบุญระดับสูงหรือ ‘อุปัชฌาย์’ เนื่องจากการเสียสละ อย่างใหญ่หลวงเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น (สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต), 2542)

ด้านคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติด้านลบของประชาชนในเขตกรุงเทพฯฯ สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง ($\bar{X} = 4.53$) รองลงมาคือ หากบริจาค อวัยวะชาติหน้าเกิดมาอวัยวะจะไม่ครบ 32 ($\bar{X} = 4.49$) และอวัยวะบริจาคจะถูกนำไปช่วยคนบางกลุ่ม เท่านั้น เช่น ผู้มีอิทธิพล นักการเมือง ไฮโซ หรือข้าราชการ ($\bar{X} = 4.10$) ทัศนคติด้านลบของประชาชน ในเขตกรุงเทพฯฯ เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือผู้บริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ไม่เห็นด้วยอย่างมากว่าการ แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเองให้อายุสั้น ร้อยละ 59.75 และถ้าบริจาคอวัยวะไป ชาติหน้าเกิดมาอวัยวะจะไม่ครบถ้วน ร้อยละ 56.5 ด้วยเหตุนี้ อาจกล่าวได้ว่าความเชื่อบางประการ

เกี่ยวกับการสาปแช่งและการเวียนว่ายตายเกิดส่งผลต่อทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ส่วนน้อย

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาคะแนนเฉลี่ยอันดับสุดท้ายของทัศนคติด้านบวกของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ เกี่ยวกับการคาดการณ์โอกาสการได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะของตนเอง ($\bar{X} = 3.20$) ทัศนคติดังกล่าวสอดคล้องกับสถิติอันน่าเป็นห่วงเกี่ยวกับจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เนื่องจากสถิติล่าสุดของ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561) พบว่า จำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะสะสมนับตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ทั้งหมดเพียง 941,327 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.4 ของประชากรทั้งประเทศ อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงและความไม่แน่นอนด้านสุขภาพของตนเองและครอบครัว อาการเจ็บป่วยในระดับต้องเปลี่ยนอวัยวะเป็นเรื่องใกล้ตัว จนกลายเป็นความเฉื่อยชาในการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ส่วนคะแนนเฉลี่ยอันดับสุดท้ายของทัศนคติด้านลบของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ เกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะโดยผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ($\bar{X} = 3.66$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) กล่าวคือผู้บริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เห็นด้วยอย่างมากว่าผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะควรจ่ายเงินตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะเพียงร้อยละ 1.00 ส่วนร้อยละ 2.75 ระบุว่าเห็นด้วย และร้อยละ 11.25 ระบุว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

นอกจากนี้ เมื่อสอบถามประชาชนในเขตกรุงเทพฯ เกี่ยวกับการยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจากอาการสมองตาย กลุ่มตัวอย่างเพียงบางส่วนที่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย และไม่แน่ใจกับการยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจากอาการสมองตาย หรือคิดเป็นร้อยละ 36.88 ร้อยละ 25.00 และร้อยละ 31.93 ตามลำดับ สัดส่วนดังกล่าวนี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547) อย่างมาก กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 61.25 ระบุว่ายินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่อยู่ในอาการสมองตาย ร้อยละ 31.50 ระบุว่าไม่แน่ใจ และร้อยละ 7.25 ไม่ยินยอม อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบดังกล่าวนี้ดีกว่าผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) กล่าวคือเมื่อสอบถามความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวกรณีเสียชีวิตจากอาการสมองตาย เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยรายอื่น ประชาชนโดยรวมในทุกภาคกว่าร้อยละ 56.0 ยินยอมบริจาค ส่วนอีกร้อยละ 44.0 ไม่ยินยอมบริจาค ด้วยเหตุนี้หากพิจารณาจากปริมาณการไม่ยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจากอาการสมองตาย ตลอดจนจำนวนความลังเลไม่แน่ใจ ตัวเลขดังกล่าวแทบไม่ลดน้อยถอยลงนานเกินกว่า 10 ปี ดังนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะควรร่วมกันวางแผนศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับใช้มาตรการคุ้มครองสิทธิขาดการตกลงยินยอมบริจาคอวัยวะของแต่ละบุคคล (First Person Authorization) กล่าวคือครอบครัวของผู้แสดงความจำนง

บริจาคอวัยวะไม่สามารถคัดค้านความประสงค์ได้ไม่ไว้ในสถานการณ์ใด เพื่อรับประกันว่าครอบครัวจะเคารพความปรารถนาของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

6.2.3 พฤติกรรมของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ของทุกรุ่นอายุส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 61.88 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม ร้อยละ 25.00 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจน ร้อยละ 13.12 ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของฟรานซิสกา นอร์ดฟอล์ก และคณะ (Nordfalk et al., 2016) กล่าวคือการสำรวจทางโทรศัพท์ของเดนมาร์กกับกลุ่มตัวอย่างกว่า 1195 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 63.9 เห็นด้วยอย่างมาก/เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง ส่วนอีกร้อยละ 24.6 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก/ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9.2 เป็นกลาง และร้อยละ 9.2 ตัดสินใจไม่ได้ ทั้งนี้ สัดส่วนผู้เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งสูงกว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมเท่าตัว กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 30.4 เห็นด้วยอย่างมาก/เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม อีกร้อยละ 58.6 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก/ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 8.5 เป็นกลาง และร้อยละ 2.5 ตัดสินใจไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบบางส่วนของศึกษานี้ได้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกับการศึกษาของอัลแบร์โต โมลิโน-เปเรส และคณะ (Molina-Pérez et al., 2019) กล่าวคือในบรรดาตัวเลือกระบบการบริจาคอวัยวะ กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบยินยอมอย่างชัดเจนและระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่ง มากกว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม

อย่างไรก็ดี หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต เว้นแต่กรณีแสดงความประสงค์เป็นอื่น ประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ร้อยละ 52.23 เห็นด้วยกับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนพ่วงด้วยการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว รองลงมาคือ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มแบบปราศจากข้อยกเว้น ร้อยละ 18.56 ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับอ่อนแบบปราศจากการปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 15.59 และระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมระดับเข้มพ่วงด้วยข้อยกเว้น ร้อยละ 13.61 ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า ความยินยอมจากญาติไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จในการปลูกถ่ายอวัยวะในบริบทของระบบการบริจาคอวัยวะปัจจุบัน แต่ย่อมส่งผลต่อเนื่องหากประเทศไทยปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมในรูปแบบที่กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป อาจมองได้ว่าระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งอาจเป็นทางออกที่ดีกว่าในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย เพราะนอกจากระบบดังกล่าวสามารถเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะได้อย่างรวดเร็วจากการอำนวยความสะดวกในการติดต่อขอบริจาคอวัยวะ ระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งถือเป็นการสะกิดให้เกิดการตัดสินใจช่วยชีวิตผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้การบีบบังคับ

6.3 ความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย

ผลการศึกษาอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย สามารถสรุปสาระสำคัญของแต่ละด้านได้ ดังนี้

6.3.1 ทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่

เมื่อทรัพยากรด้านบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ ตลอดจนอาคารสถานที่ ถือเป็นส่วนประกอบสำคัญของความสำเร็จของกระบวนการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ดังนั้น หากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอมถูกออกแบบ พัฒนา และนำมาใช้ เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ภาพรวมผู้ให้ข้อมูลสำคัญมองว่าทรัพยากรบางส่วนต้องได้รับการพัฒนา สนับสนุน และปรับปรุงซ่อมแซม เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและระบบสุขภาพของประเทศ

ทั้งนี้ ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญต่อสภาพความพร้อมของทรัพยากรดังกล่าวข้างต้น เพื่อรองรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือกลุ่มแรกเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ อุปกรณ์ และอาคารสถานที่ต่าง ๆ พร้อมรองรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญในกลุ่มแรกเกือบทั้งหมดเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้น อาจเป็นไปได้ว่าความคิดเห็นดังกล่าวมาจากประสบการณ์ที่บุคคลเหล่านี้ได้รับจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐบาล ด้วยความเชี่ยวชาญของบุคลากรเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อันทันสมัย ตลอดจนความพร้อมของสถานที่ ย่อมส่งผลต่อความประทับใจ ความพึงพอใจ และความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับบริการ ญาติ และเจ้าหน้าที่

อย่างไรก็ดี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญอีกกลุ่มกลับมองว่า บุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ อุปกรณ์ และอาคารสถานที่ต่าง ๆ ไม่พร้อมรองรับระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจุบันภาพรวมของระบบสาธารณสุขไทยค่อนข้างน่ากังวล กล่าวคือระบบสาธารณสุขไทยประสบกับสถานการณ์การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การขาดแคลนพยาบาล

ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ความแออัดของโรงพยาบาล ตลอดจนการขาดแคลนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อจำกัดเหล่านี้นี้อาจก่อให้เกิดข้อติดขัดในการดำเนินงานภายใต้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมในอนาคตได้

ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) กล่าวคือ 3 สาเหตุสำคัญของการขาดแคลนผู้บริจาคอวัยวะของประเทศไทย ได้แก่ 1) การขาดความร่วมมือจากแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ โดยการดูแลผู้ป่วยสมองตายก่อนการผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะควรต้องจัดหาทีมแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะ แยกออกจากแพทย์ผู้ตรวจรักษาโรคเดิมของผู้ป่วยสมองตาย 2) การขาดแคลนพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะแบบเต็มเวลา และ 3) ระบบการทำงานในโรงพยาบาลที่ไม่เอื้อต่อการขอรับบริจาคอวัยวะ กล่าวคือโรงพยาบาลจำนวนมากประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในการวินิจฉัยสมองตาย การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยสมองตาย รวมถึงการไม่แจ้งข้อมูลผู้ป่วยสมองตายที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะแก่พยาบาลประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ นอกจากนี้ ข้อค้นพบของการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) นันทวรรณ เหลืองธาดา (2558) ตลอดจนการศึกษาของ สกานต์ บุญนาค (2556) อีกด้วย

6.3.2 แผนงานและงบประมาณ

ผลการสัมภาษณ์พบว่า หากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมส่งผลบังคับใช้กับประเทศไทย หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรต้องพัฒนาประสิทธิภาพของแผนงาน ตลอดจนจัดสรรงบประมาณด้านระบบการบริจาคอวัยวะอย่างรอบคอบ กล่าวคือแผนงานเกี่ยวกับการจัดระบบบริการของสถานบริการสุขภาพควรต้องถูกกำหนดอย่างชัดเจนเพื่อรองรับการเพิ่มปริมาณของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายและการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการของโรงพยาบาลสมาชิกเดิมของศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ และดำเนินการขยายผลเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลสมาชิกใหม่ในพื้นที่ต่างจังหวัด ส่วนแผนงานเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรและหน่วยบริการด้านการบริจาคอวัยวะควรต้องเน้นการจัดหลักสูตรฝึกอบรม การประชุมสัมมนาวิชาการ หรือโครงการศึกษาดูงานต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะอันจำเป็นของผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ เมื่อการเข้ามาของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมส่งผลต่อศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ควรต้องดำเนินการเกี่ยวกับการขยายขนาดองค์กร การเพิ่มจำนวนพนักงาน ตลอดจนการพัฒนาระบบบริหารจัดการองค์กร เพื่อเพิ่มคล่องตัวและความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างทั่วถึง ทั้งนี้ ข้อค้นพบบางส่วนเกี่ยวกับแผนงานของการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) กล่าวคือนโยบายอันชัดเจนและต่อเนื่องในระดับกระทรวงและระดับ

โรงพยาบาล ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการประกาศนโยบายของกระทรวงฯ เป็นอันดับแรก

ส่วนผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับงบประมาณด้านการบริจาคอวัยวะพบว่า รัฐอาจต้องลดหรือตัดทอนรายจ่ายบางด้านที่มากเกินไปจนจำเป็น เพื่อจัดสรรเงินอุดหนุนเพิ่มเติมแก่หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะ ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) กล่าวคือการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐในการจัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้องถือเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านการบริจาคอวัยวะในประเทศไทย

6.3.3 อิทธิพลทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการปรับใช้ระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ได้แก่ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ความยินยอมจากครอบครัว (Family Consent) ทัศนคติของประชาชน และทัศนคติของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ

1. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์

ผลการสัมภาษณ์พบว่า หากระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมส่งผลบังคับใช้กับประเทศไทย หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องควรต้องเพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะรูปแบบต่าง ๆ ต้องเน้นการสร้างความเข้าใจ การเผยแพร่บรรทัดฐานที่ดีของสังคม และการชักจูงให้ประชาชนให้ความร่วมมือ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้ ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมต่าง ๆ ต่อการบริจาคอวัยวะในทางบวกมากขึ้น ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) กล่าวคือการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและทัศนคติอันดีต่อการบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ถือเป็นอิทธิพลทางสังคมที่ส่งผลโดยตรงต่อความสำเร็จในการดำเนินการขอรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ ข้อค้นพบของการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อเสนอแนะของการศึกษาของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) สกานต์ บุนนาค (2556) ตลอดจนการศึกษาของ จุฑามาส ปิ่นมงคล (2547)

อย่างไรก็ดี แม้การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การประกาศเชิญชวน หรือการโฆษณาของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ ตลอดจนยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวกรณีเสียชีวิตจากอาการสมองตาย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนไทยอยู่บ้าง สังเกตเห็นได้จากการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ ตลอดจนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ (ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย, 2561) อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ

(2559) กลับพบข้อค้นพบสำคัญบางอย่าง กล่าวคือเหตุผลของญาติในการลงนามแสดงความยินยอมบริจาคเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารบริจาคจากสื่อโทรทัศน์เพียงร้อยละ 1.10 ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าการขอความร่วมมือด้วยรูปแบบบางอย่างอาจส่งผลไม่เป็นวงกว้างมากนัก เนื่องจากอาจส่งผลเฉพาะผู้เสฟสื่อ ผู้นิยมชมชอบดาราดารา หรือผู้นิยมชมชอบคนทรงอิทธิพลในโลกออนไลน์ (Influencer) นอกจากนี้ การขอความร่วมมืออาจได้ผลแค่ระยะสั้น ๆ ตามกระแสของสังคม เว้นเสียแต่ผู้นำเสนอการรณรงค์ประชาสัมพันธ์มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของเหล่าผู้ติดตามจริง ๆ หรือประชาชนเกิดความตระหนักรู้อย่างถ่องแท้ต้องการร่วมกันดูแลช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

2. ความยินยอมจากครอบครัว (Family Consent)

เมื่อพิจารณาข้อค้นพบจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตามการอธิบายในข้อ 6.2.2 ทศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อการบริจาคอวัยวะ (วรรคท้าย) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า การลงนามแสดงความยินยอมบริจาคอวัยวะของครอบครัวอันเกิดจากอิทธิพลของศาสนา ความเชื่อเรื่องบุญ-บาป ตลอดจนความรักความปรารถนาดีต่อคนที่ตนรัก ส่งผลกระทบไม่น้อยต่อการเพิ่มของอัตราการบริจาคอวัยวะ (Donation Rate หรือ Procurement Rate) ใดๆ ก็ดี การถึงพร้อมของผู้เสียชีวิตที่มีคุณสมบัติพร้อมเป็นผู้บริจาคอวัยวะ (Potential Donor Availability) นอกจากมาจากความยินยอมจากครอบครัว แต่แนวทางการดูแลรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ถือว่าสำคัญด้วยเหมือนกัน

ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพรพรรณ กิจบรรจงเลิศ et al. (2557) กล่าวคือครอบครัวผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นผู้บริจาคอวัยวะให้คุณค่าและความเชื่อส่วนบุคคลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะด้านการคล้อยตาม (Conformity) หรือการให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตนตามวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี 2) ความปลอดภัย (Security) หรือการรวมเอาการยินยอมบริจาคอวัยวะของครอบครัวที่ต้องรับฟังความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร รวมถึงญาติ ๆ ของครอบครัวทุกฝ่าย และ 3) ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ (Benevolence) สูง 3 อันดับแรก

3. ทศนคติของประชาชน

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่มองว่าการบริจาคอวัยวะถือเป็นการทำความดีอีกรูปแบบ แต่การบริจาคอวัยวะควรมาจากการเสียสละด้วยจิตใจที่สะอาดบริสุทธิ์ และพร้อมมอบให้โดยไม่คาดหวังสิ่งใดตอบแทน ด้วยเหตุนี้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนได้แสดงท่าทีไม่เห็นด้วยกับมาตรการกระตุ้นการบริจาคอวัยวะอย่างการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต ข้อค้นพบดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วสันต์ สุเมธกุล และคณะ (2559) กล่าวคือเหตุผลของญาติในการลงนามแสดงความยินยอมบริจาคเกิดจากความต้องการให้ผู้ป่วยได้ทำบุญสร้างกุศลครั้งสุดท้ายสูงถึงร้อยละ 77.50 ใดๆ ก็ดี ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางส่วนสนับสนุนการจ่าย

ค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของค่าตอบแทนดังกล่าว คล้ายกับสินน้ำใจตอบแทนความดี ค่าจัดการศพ และสิ่งจูงใจในการบริจาคอวัยวะ ข้อค้นพบส่วนนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2547) กล่าวคือประชาชนส่วนใหญ่ในทุกภาค กว่าร้อยละ 85.8 ระบุว่าเห็นด้วยกับการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการให้เงินช่วยเหลือแก่ครอบครัวของผู้บริจาคอวัยวะหลังจากการเสียชีวิตของผู้บริจาค เพื่อส่งเสริมให้เกิดการบริจาคอวัยวะมากขึ้น

4. ทศนคติของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะ

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ทศนคติของบุคลากรในสายงานการบริจาคอวัยวะให้ความสำคัญกับความดีงามและคุณค่าของการบริจาค แต่บางส่วนไม่ได้ให้ความสำคัญกับการบริจาคอวัยวะ เนื่องจากภาระงานที่มาก และงานด้านการบริจาคอวัยวะไม่ใช่งานหลักในขอบเขตความรับผิดชอบของตน ข้อค้นพบส่วนนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ (2558) ตลอดจน การศึกษาของ สกานต์ บุณนาค (2556)

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนเป็นระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมหรือระบบอื่นใด เพื่อแก้ไขสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทย ควรต้องพิจารณาถึงต้นทุนต่อภาครัฐในดำเนินมาตรการ (Enforcement Cost) กล่าวคือมาตรการเพื่อการพยายามผลักดัน ประชาชนสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อให้เกิดต้นทุนต่อรัฐบาลมากน้อยเพียงใด ต้นทุนดังกล่าวอาจ อยู่ในรูปของตัวเงิน กำลังคน เวลา และความยากง่ายในการปฏิบัติของภาครัฐเอง ดังนั้น เมื่อ มาตรการกระตุ้นการบริจาคอวัยวะอาจเป็นไปได้ในทิศทางของการออกกฎหมาย (Laws and Regulations) การขอความร่วมมือ/สร้างแรงจูงใจ (Incentive Measures) หรือการผสมผสาน มาตรการระหว่างการบังคับใช้และการบรรเทาผลกระทบจากการบังคับใช้ (Policy Mix) ด้วยเหตุนี้ ในทางปฏิบัติภาครัฐควรพิจารณาทางเลือกมาตรการต่าง ๆ อย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดการเลือกและการผสมผสานมาตรการอันจะนำไปสู่เป้าหมายด้วยต้นทุนที่ต่ำ และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึง ประสงค์

อย่างไรก็ดี นอกจากการคำนึงถึงต้นทุนต่อภาครัฐในดำเนินมาตรการ (Enforcement Cost) ‘ความร่วมมือของภาคประชาชนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม’ นับเป็นอีกสิ่งสำคัญที่ภาครัฐและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะต้องพิจารณาหากต้องการปรับเปลี่ยนระบบการ บริจาคอวัยวะ เนื่องจากความร่วมมือดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อผลลัพธ์ของการแก้ไขสถานการณ์การ ขาดแคลนอวัยวะบริจาค ด้วยเหตุนี้มาตรการของภาครัฐในการผลักดันให้ประชาชนร่วมมือกัน เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริจาคอวัยวะอย่างระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม หรือ มาตรการอื่นใด ควรต้องได้รับการพิจารณาศึกษา ตรวจสอบ และประเมินผล ด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ เพื่อ คัดกรองมาตรการที่เหมาะสมที่สุด

ตัวอย่างเกณฑ์การตรวจสอบมาตรการของภาครัฐเพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคประชาชน ได้แก่ 1) ความมากน้อยของการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Impact) กล่าวคือมาตรการดังกล่าวสามารถผลักดันให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริจาคอวัยวะได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความเป็นจริงที่ภาคประชาชนสามารถปฏิบัติตามได้ด้วย (Compliance) 2) การขยายผลของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Scalability) กล่าวคือมาตรการดังกล่าวสามารถส่งผลให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริจาคอวัยวะไปในวงกว้างมากน้อยเพียงใด เนื่องจากต้องไม่ลืมว่าความเจ็บป่วยไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่ม หรือขึ้นอยู่กับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมใด ๆ ดังนั้น หากคนบางส่วนไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริจาคอวัยวะ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบแก่คนอื่น ๆ ในระบบเช่นกัน ดังนั้น มาตรการใด ๆ ที่ออกมาควรคำนึงถึงลักษณะทางสังคม ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความหลากหลายของระบบความเชื่อ ตลอดจนสถานะทางเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่ทั่วประเทศไปพร้อม ๆ กัน มิเช่นนั้นอาจส่งผลให้บางมาตรการได้ผลดีในเมืองขนาดใหญ่ แต่ในท้องถิ่นทุรกันดารห่างไกลกลับไม่ค่อยเห็นผล และ 3) ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Sustainability) กล่าวคือมาตรการดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้นานเพียงใด มิเช่นนั้นอาจได้ผลแค่ระยะสั้น ๆ ตามกระแสของสังคม

ดังนั้น แม้สุดท้ายการเปลี่ยนเป็นระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมไม่อาจเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย แต่หากมาตรการอื่น ๆ ที่ออกมาผ่านกระบวนการผสมผสานความเข้าใจทางด้านพฤติกรรม ประเพณีวัฒนธรรม คติความเชื่อ การชั่งน้ำหนักระหว่างผลประโยชน์และต้นทุน/ความเสี่ยงของแต่ละมาตรการ การผสมผสานมาตรการแนวบังคับและการขอความร่วมมือ ตลอดจนการบูรณาการความร่วมมือในแก้ปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของหน่วยงานต่าง ๆ สถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคย่อมคลี่คลายกลับสู่ภาวะปกติในไม่ช้าอย่างแน่นอน

นอกจากนี้ ระหว่างเส้นทางการเปลี่ยนผ่านระบบการบริจาคอวัยวะในอนาคตอันใกล้ หรือการเลือกไม่รับการปรับเปลี่ยนเป็นระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาคอวัยวะควรต้องดำเนินมาตรการเบื้องต้นบางอย่าง เพื่อผ่อนคลายผลกระทบของสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาคให้ได้มากที่สุด เช่น การทบทวนและออกแบบแนวทางใหม่ของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในครอบครัว เพื่อลดอัตราการปฏิเสธค่าขอบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้ป่วยสมองตาย การปรับปรุงและพัฒนาสิทธิประโยชน์แก่ผู้บริจาคอวัยวะที่มีชีวิต ครอบครัวของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต และผู้ลงทะเบียนบริจาคอวัยวะ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการบริจาคอวัยวะ ตลอดจนการทบทวนแผนงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ด้านการปลูกถ่ายอวัยวะ

6.4 ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะควรเร่งรณรงค์ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การขาดแคลนอวัยวะบริจาค ความจำเป็นของผู้รอรับอวัยวะ และข้อดีเมื่อได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ เพื่อสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนไทยเกิดทัศนคติด้านบวกมากพอต่อการสนับสนุนส่งเสริมการบริจาคอวัยวะ

2. หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะควรร่วมศึกษาแนวทาง และวางแผนขับเคลื่อนระบบการบริจาคอวัยวะแบบบังคับให้ต้องแสดงความจำนงอย่างใดอย่างหนึ่งในประเทศไทย เพื่อรองรับปัญหาการขาดแคลนอวัยวะบริจาคในอนาคต

3. หน่วยงานด้านการบริจาคอวัยวะควรร่วมศึกษาแนวทาง และวางแผน เพื่อยกระดับของระเบียบข้อบังคับของแพทยสภาและศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ ไปสู่ร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการบริจาคและเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

4. การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายผลการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางเชื้อชาติและวัฒนธรรม เช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลาม กลุ่มชาติพันธุ์ และชนเผ่าต่าง ๆ ตลอดจนประชาชนในภูมิภาคอื่น ๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียด ครบคลุม และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนไทยให้ดีขึ้นต่อไป

บรรณานุกรม

- Abadie, A., & Gay, S. (2006). The impact of presumed consent legislation on cadaveric organ donation: A cross-country study. *Journal of Health Economics*, 25(4), 599-620. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.01.003>
- Altman, L. K. (2001). Christiaan Barnard, 78, surgeon for first heart transplant, dies. Retrieved from <http://www.nytimes.com/2001/09/03/world/christiaan-barnard-78-surgeon-for-first-heart-transplant-dies.html>
- Bramhall, S. (2011). Presumed consent for organ donation: A case against. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 93(4), 270-272. doi:10.1308/147870811X571136b
- Centre for Public Impact. (2016). Legislating to encourage organ donation in Israel. Retrieved from <https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/organ-donation-israel/>
- Chua, J. (2016). Presumed consent in organ donation: Pros and cons. Retrieved from <https://ca.news.yahoo.com/presumed-consent-in-organ-donation-pros-and-cons-191306524.html>
- Columbia University Department of Surgery. (2015). History of medicine: Ancient Indian nose jobs & the origins of plastic surgery. Retrieved from <http://columbiasurgery.org/news/2015/05/28/history-medicine-ancient-indian-nose-jobs-origins-plastic-surgery>
- European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare (EDQM). (2020). Newsletter Transplant 2019. Retrieved from <https://freepub.edqm.eu/publications/PUBSD-87/detail>
- Eurotransplant International Foundation. (2013). Legislation. Retrieved from <https://www.eurotransplant.org/cms/index.php?page=legislation1>
- Global Observatory on Donation and Transplantation. (2018). Data (Charts and tables). Retrieved from <http://www.transplant-observatory.org/data-charts-and-tables/>
- Global Observatory on Donation and Transplantation. (2019). Executive summary of 2017 activity data. Retrieved from <http://www.transplant->

- observatory.org/download/2017-activity-data-report/
- Health Resources and Services Administration. (2020). Organ donation statistics. Retrieved from <https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics.html>
- Ireland Department of Health. (2014). Consent for organ donation. Retrieved from <http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/04/consentoptions.pdf>
- Johnson, E. J., & Goldstein, D. G. (2003). Do defaults save lives? *SCIENCE*, *302*(5649), 1338. doi:<https://doi.org/10.1126/science.1091721>
- Johnson, E. J., & Goldstein, D. G. (2004). Defaults and donation decisions. *Transplantation*, *78*(12), 1713-1716. Retrieved from <http://ezproxy.car.chula.ac.th/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.ftciteserx.oai.CiteSeerX.psu.10.1.1.352.5028&site=eds-live>
- <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15614141>
- Katznelson, G. (2018). Rethinking organ donation: When altruism isn't enough. Retrieved from <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2018/04/06/rethinking-organ-donation-when-altruism-isnt-enough/>
- Liu, J. (2017). Commentary: Timely to review our opt-out organ donation policy. Retrieved from <https://www.channelnewsasia.com/news/singapore/commentary-timely-to-review-our-opt-out-organ-donation-policy-9317580>
- Matesanz, R. (2003). Factors influencing the adaptation of the Spanish Model of organ donation. *Transplant International*, *16*(10), 736-741. doi:10.1007/s00147-003-0623-1
- Molina-Pérez, A., Rodríguez-Arias, D., Delgado-Rodríguez, J., Morgan, M., Frunza, M., Randhawa, G., . . . Schicktanz, S. (2019). Public knowledge and attitudes towards consent policies for organ donation in Europe. A systematic review. *Transplantation Reviews*, *33*(1), 1-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.trre.2018.09.001>
- Nordfalk, F., Olejaz, M., Jensen, A. M. B., Skovgaard, L. L., & Hoeyer, K. (2016). From motivation to acceptability: A survey of public attitudes towards organ donation in Denmark. *Transplantation Research*, *5*(1), 5. doi:10.1186/s13737-016-0035-2
- Pearce, J. (2017). Dr. Thomas E. Starzl, pioneering liver surgeon, dies at 90. Retrieved

from <https://www.nytimes.com/2017/03/05/science/dr-thomas-e-starzl-pioneering-liver-surgeon-dies-at-90.html>

- Rodríguez-Arias, D., Wright, L., & Paredes, D. (2010). Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. *The Lancet*, *376*(9746), 1109-1112. doi:10.1016/S0140-6736(10)61342-6
- Samuelson, W., & Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty*, *1*(1), 7-59. doi:<https://doi.org/10.1007/BF00055564>
- Shepherd, L., O'Carroll, R. E., & Ferguson, E. (2014). An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: A panel study. *BMC Medicine*, *12*(131), 1-14. doi:<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0131-4>
- Singapore Ministry of Health. (2018). The Medical (Therapy, Education and Research) Act (MTERA). Retrieved from [https://www.moh.gov.sg/policies-and-legislation/the-medical-\(therapy-education-and-research\)-act-\(mtera\)](https://www.moh.gov.sg/policies-and-legislation/the-medical-(therapy-education-and-research)-act-(mtera))
- Steffel, M., Williams, E. F., & Tannenbaum, D. (2019). Does changing defaults save lives? Effects of presumed consent organ donation policies. *Behavioral Science & Policy*, *5*(1), 68-88. doi:10.1353/bsp.2019.0005
- Sunstein, C. R., & Thaler, R. H. (2003). Libertarian paternalism is not an oxymoron. *The University of Chicago Law Review*, *70*(4), 1159-1202. doi:<https://doi.org/10.2307/1600573>
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness* (Revised and Expanded ed.). New York: Penguin Books.
- The University of Chicago Medicine. (2013). When the living and the deceased don't agree on organ donation. Retrieved from <https://www.uchicagomedicine.org/forefront/news/when-the-living-and-the-deceased-dont-agree-on-organ-donation>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2014). Principles and recommendations for a vital statistics system. Retrieved from <https://unstats.un.org/unsd/demographic/standmeth/principles/m19rev3en.pdf>
- United Network for Organ Sharing. (2000). Theological perspective on organ and tissue donation. Retrieved from <https://unos.org/donation/facts/theological->

- perspective-on-organ-and-tissue-donation/
 van Dalen, H. P., & Henkens, K. (2014). Comparing the effects of defaults in organ donation systems. *Social Science & Medicine*, 106, 137-142.
 doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.052>
- Whitman, G. (2010). The rise of new paternalism. Retrieved from <https://www.cato-unbound.org/2010/04/05/glen-whitman/rise-new-paternalism>
- World Digital Library. (2016). A verger's dream: Saints Cosmas and Damian performing a miraculous cure by transplantation of a leg. Retrieved from <https://www.wdl.org/en/item/3251/>
- Wykes, S. (2016). 5 Questions: Bruce Reitz recalls first successful heart-lung transplant. Retrieved from <https://med.stanford.edu/news/all-news/2016/03/bruce-reitz-recalls-the-worlds-first-heart-lung-transplant.html>
- Zúñiga-Fajuri, A. (2015). Increasing organ donation by presumed consent and allocation priority: Chile. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 199-202.
 doi:<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.139535>
- เทพพิทักษ์ มณีพงษ์. (2560). ตายแล้ว (จะ) ไปไหน? : 5 วิธีจบชีวิตแบบกรีนๆ ที่ดีต่อโลก. Retrieved from <https://www.the101.world/green-burial/>
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2561a). สถิติประชากรและบ้าน - จำนวนประชากรแยกอายุ. Retrieved from http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2561b). หนังสือกรมการปกครอง ที่ มท 0309.2/ว 1898 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561. Retrieved from http://www.bora.dopa.go.th/images/snbt/book/61/mt03092_v1898.pdf
- กองผู้ช่วยผู้พิพากษาศาลฎีกา. (2560). คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 4200/2559. Retrieved from <https://deka.in.th/view-600625.html>
- กองสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานศาลยุติธรรม. (2560). คู่มือการติดต่อราชการศาลยุติธรรมฉบับประชาชน. Retrieved from <https://www.coj.go.th/th/file/get/file/20190218d41d8cd98f00b204e9800998ecf8427e004459.pdf>
- จุฬามาส ปิ่นมงคล. (2547). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการบริจาคอวัยวะของผู้ที่มาบริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

- ดวงกมล คงชนะเจริญชัย, & พัชรมน วงษ์รัตน์. (2562). Döstädning กระบวนการทิ้งสัมภาระและจัดบ้านให้เรียบร้อยก่อนความตายมาถึงตามแบบฉบับชาวสวีดิช. Retrieved from <https://adaybulletin.com/life-feature-departure-guide-05-dostadning-death-cleaning/32918>
- ดวงตา อ่อนสุวรรณ และคณะ. (2558). ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการรับบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 24(4), 779-792. Retrieved from <http://thailand.digitaljournals.org/tj/index.php/JHS/article/download/522/454>
- ทวีป ลิ้มปกรณวัฒน์. (2547). กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจบุคคลให้มาบริจาคอวัยวะ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนการ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ธเนศ รัตนกุล. (2562). ความตายไม่ได้ไกลตัว คนรุ่นใหม่เปิดใจและจัดการวันสุดท้ายของชีวิตอย่างไร? Retrieved from <https://thematter.co/science-tech/new-gen-are-highly-accept-death/91804>
- ธีรวัฒน์ บุระวัฒน์. (2552). บุคคลสำคัญทางการแพทย์ที่เกิดในเดือนเมษายน (ตอนที่ 1). Retrieved from <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/9345>
- นันทวรรณ เหลืองธาดา. (2558). 2 ทศวรรษการปลูกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลรามธิบดี: บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมความพร้อมการผ่าตัดนำอวัยวะออกจากผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย. รามาธิบดีพยาบาลสาร, 21(1), 12-20. Retrieved from https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2558/issue_01/21_2.pdf
- ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. (2560). “มรณานุสติ” ฝึกเจริญสติไปสู่กาย. Retrieved from <https://www.prachachat.net/prachachat-highlight/news-21022>
- ปาจริย์ อ่อนสอาด. (2559). การสื่อสารองค์กรสุขภาพ: ชมรมคนรักซ์ดับ ศูนย์โรคดับ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วารสารสุขภาพปริทัศน์, 30(94), 1-14. Retrieved from <http://www.dpu.ac.th/dpurc/assets/uploads/magazine/2k44wdqmrnswwcoco0.pdf>
- พุทธทาสภิกขุ. (2546). ปฏิจจสมุปบาท จากพระโอษฐ์ (6 ed.). กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.
- ยงยุทธ ภู่ประดับกฤต. (2563). การตายดี : สิทธิซึ่งทุกคนพึงได้รับกับปัญหาในทางปฏิบัติ. Retrieved from <https://www.krisdika.go.th/data/activity/act13459.pdf>
- รพีพรรณ โปธิ์ประทับ. (2557). ทูทางสังคมในการตัดสินใจบริจาคอวัยวะของครอบครัวผู้บริจาคที่มีภาวะสมองตาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). สาขาวิชาสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (2 ed.). กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- วรากรณ์ สามโกเศศ. (2561). อยู่ก็เป็นปัญหา ตายยังเป็นภาระ. Retrieved from <https://www.the101.world/green-burial-2/>
- วสันต์ สุเมธกุล และคณะ. (2559). การศึกษาปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการขอรับบริจาคอวัยวะและการปลูกถ่ายอวัยวะในประเทศไทย. Retrieved from http://www.transplantthai.org/upload/161201105733182_MNB.pdf
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). กฎกระทรวง กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย พ.ศ. 2553. Retrieved from <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/1213>
- ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย. (2561). รายงานประจำปี 2561. Retrieved from <https://www.organdonate.in.th/assets/files/odc2561.pdf>
- สกานต์ บุนนาค. (2556). วิฤตการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย. วชิรเวชสาร, 57(3), 179-184. Retrieved from <https://tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/17971>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). สุขภาพคนไทย 2559 : ตายดี วิธีที่เลือกได้ (1 ed.). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป. อ. ปยุตฺโต). (2542). พระพุทธศาสนากับการบริจาคอวัยวะ. Retrieved from <http://www.payutto.net/series/พุทธศาสนา-บริจาคอวัยวะ/>
- ส่วนนิติการ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์. (2561). กฎหมายว่าด้วยลักษณะบุคคล. Retrieved from <https://dla.wu.ac.th/th/archives/3626>
- สำนักงานประกันสังคม. (2560). กระทรวงแรงงาน เพิ่มค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยประกันสังคม เหมจ่ายรายหัว เป็น 1,500 บาท/คน/ปี. Retrieved from <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=762&id=4850>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ พ.ศ. 2547. Retrieved from http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/servopin/files/org_dnate47_rport.pdf
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). สปสช.ยืนยันงบประมาณจ่ายรายหัวบัตรทองปี 61 ได้รับเพิ่มขึ้นมากกว่าปี 60. Retrieved from <https://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjA5Nw=>

- สุพรรณรณ์ กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, & ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2557). การให้คุณค่าและความเชื่อของครอบครัวมุสลิมเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารสภาการพยาบาล, 29(1), 122-135. Retrieved from <https://www.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/18626>
- สุริยณ มิ่งแก้ว. (2558). กระบวนการตาย. Retrieved from <http://www.nbhospital.go.th/10704nbh/images/KnowledgeCenter/61/ipd/Ortho/OPK%20ปี%2058กระบวนการตาย.pdf>
- หน่วยศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). ประวัติความเป็นมา. Retrieved from <https://www.urochula.com/about/history>
- หอประวัติคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2558). มุมแห่งแรงบันดาลใจ. Retrieved from <http://mdcu.flexiplan.co.th/th/hof/detail/585>
- อนัญพร พูลนิติพร. (2558). หลักสิทธิมนุษยชนกับสิทธิการตายในสังคมไทย. Retrieved from https://ebook.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1531
- อรรถภูมิ สุธุสอรรถ. (2558). 50 ปี แห่งการผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี. สารกรมการแพทย์, 20(7), 5. Retrieved from <http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/dgnews/apr2015.pdf>



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 301/2561

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 255.1/61 : การบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมกับการแก้ไขปัญหาการขาดแคลน
อวัยวะบริจาคของประเทศไทย: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวปวีตรา กริธาธร

หน่วยงาน : สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม (สหสาขาวิชา)
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 27 ธันวาคม 2561

วันหมดอายุ : 26 ธันวาคม 2562

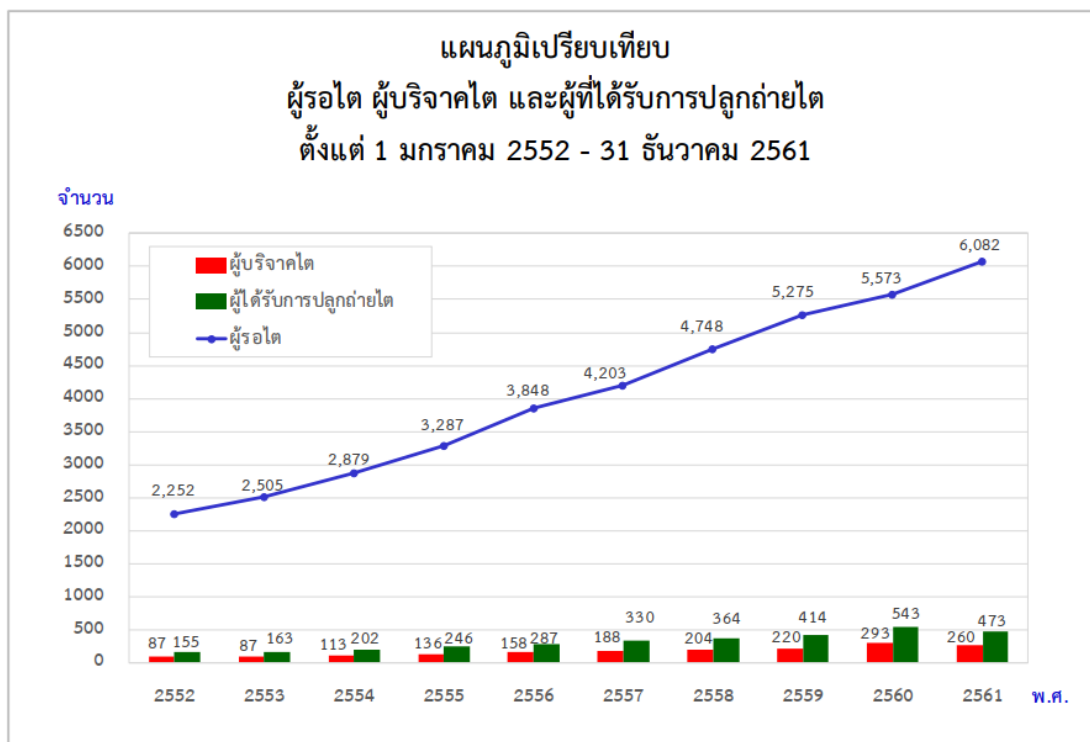
เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

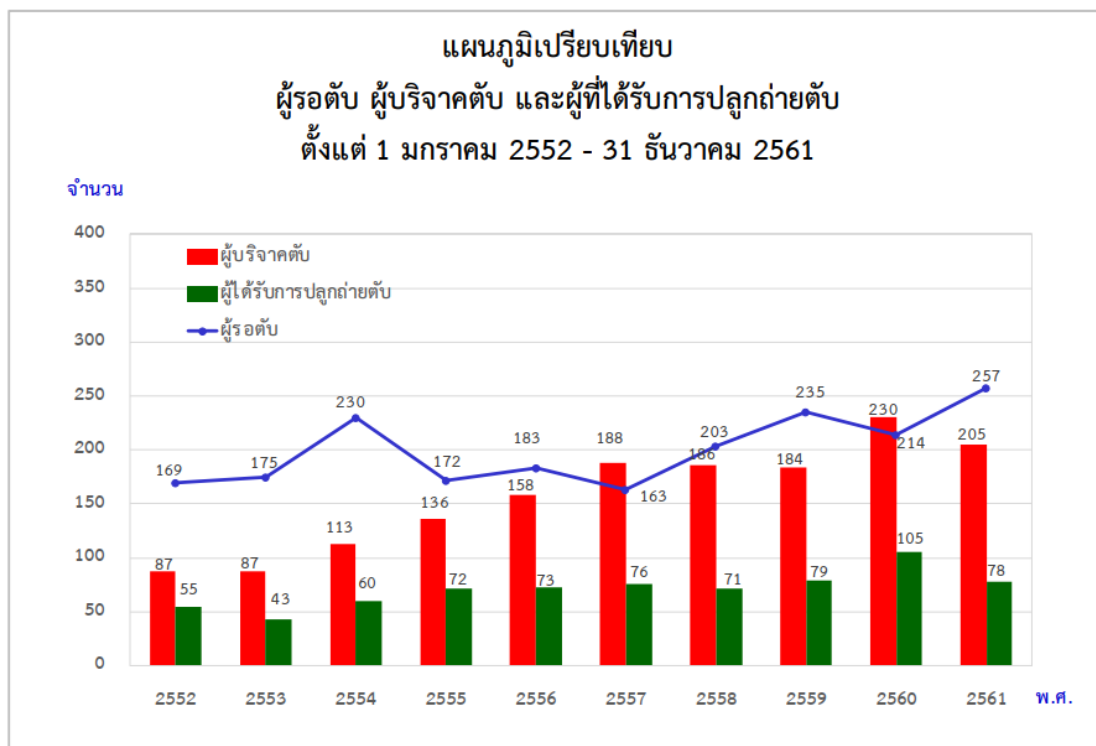
1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ยขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

แผนภูมิที่ 6 จำนวนผู้รอรับไต ผู้บริจาคไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



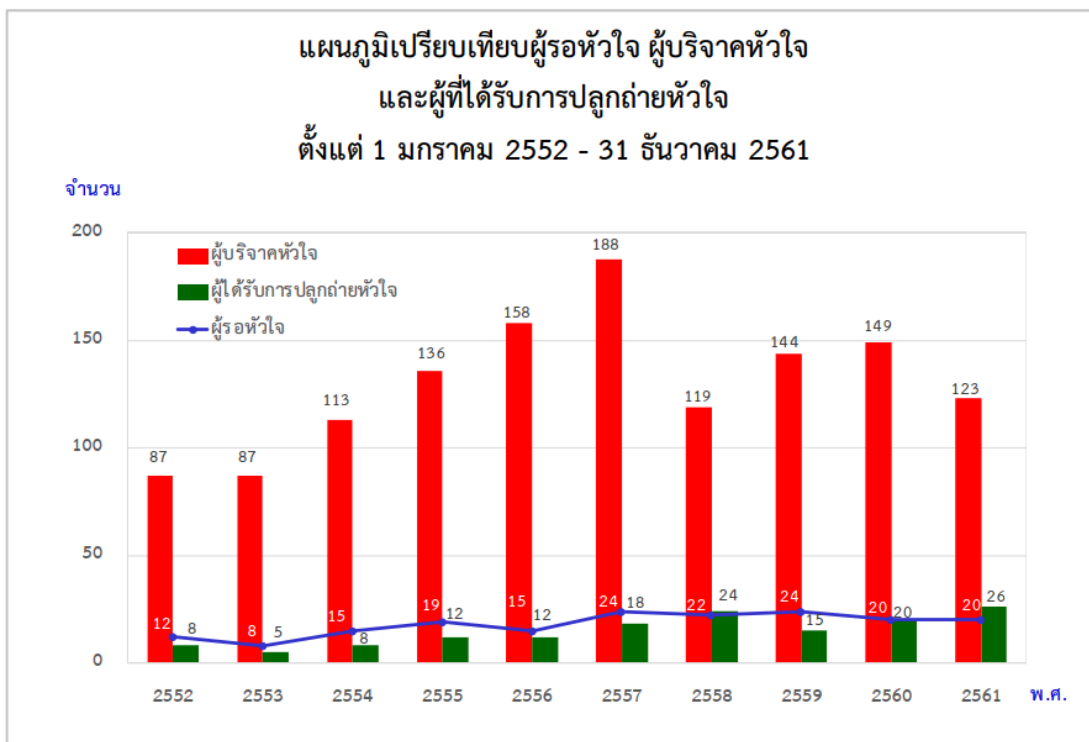
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 7 จำนวนผู้รอดับ ผู้บริจาคดับ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายดับ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



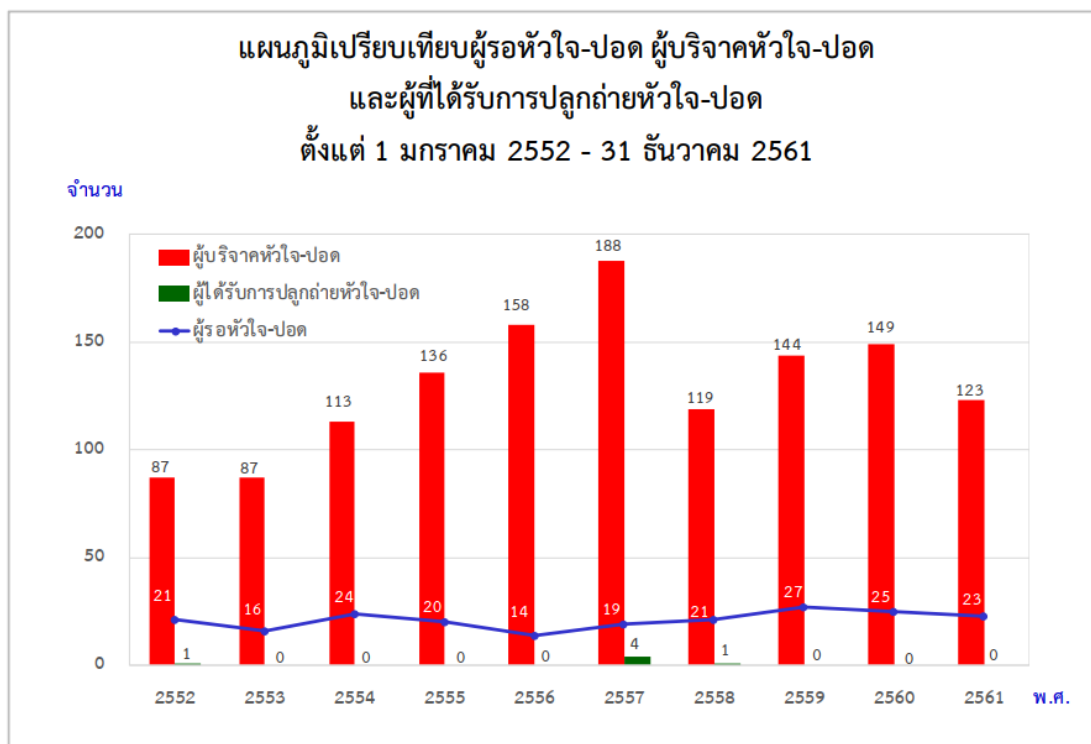
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 8 จำนวนผู้รอรับหัวใจ ผู้บริจาคหัวใจ และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจ ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



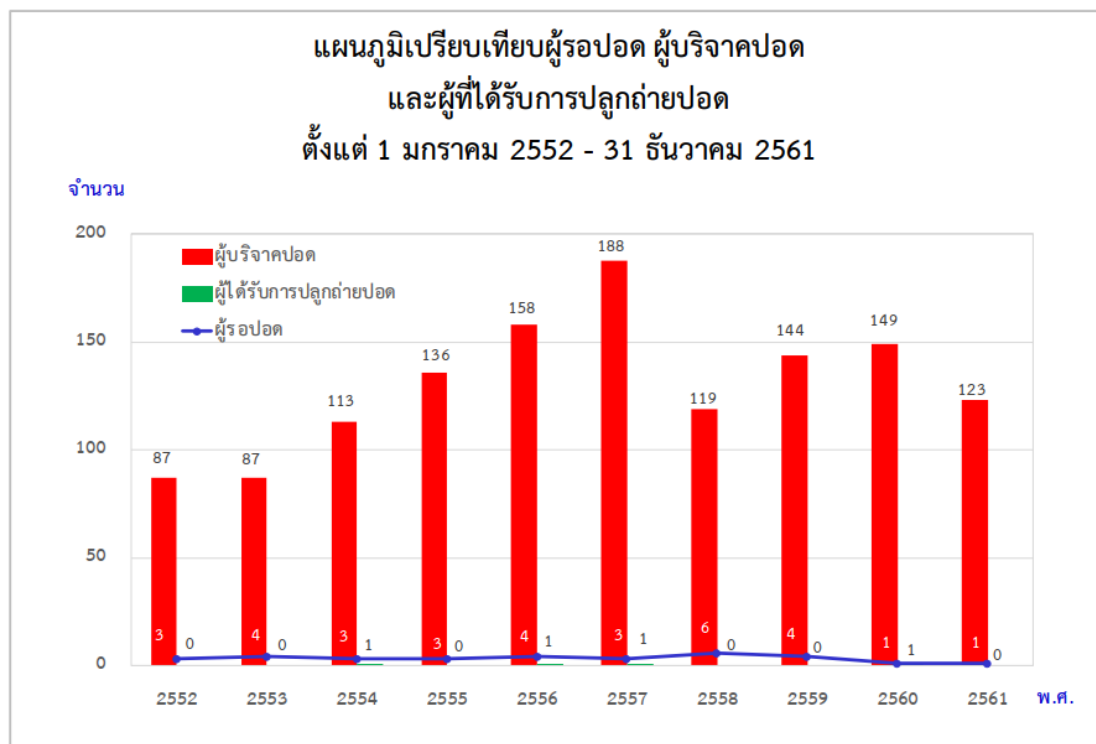
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 9 จำนวนผู้รับหัวใจและปอด ผู้บริจาคหัวใจและปอด และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจและปอด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



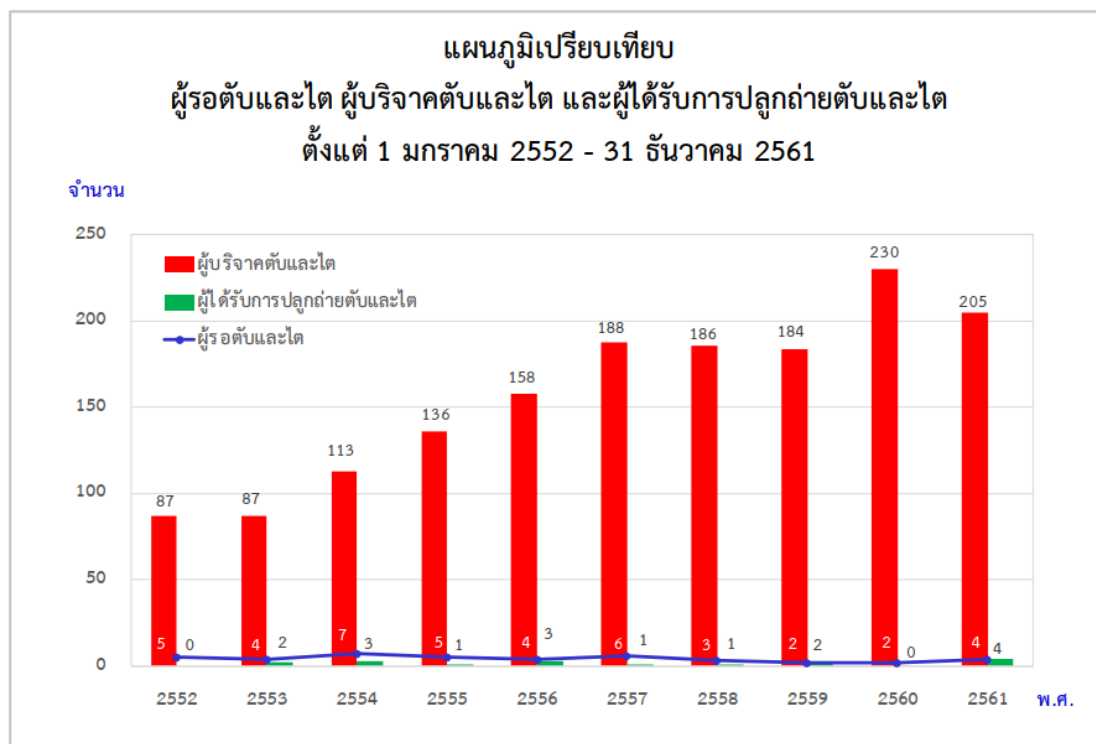
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 10 จำนวนผู้ร้อบปอด ผู้บริจาคปอด และผู้ได้รับการปลุกถ่ายปอด ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



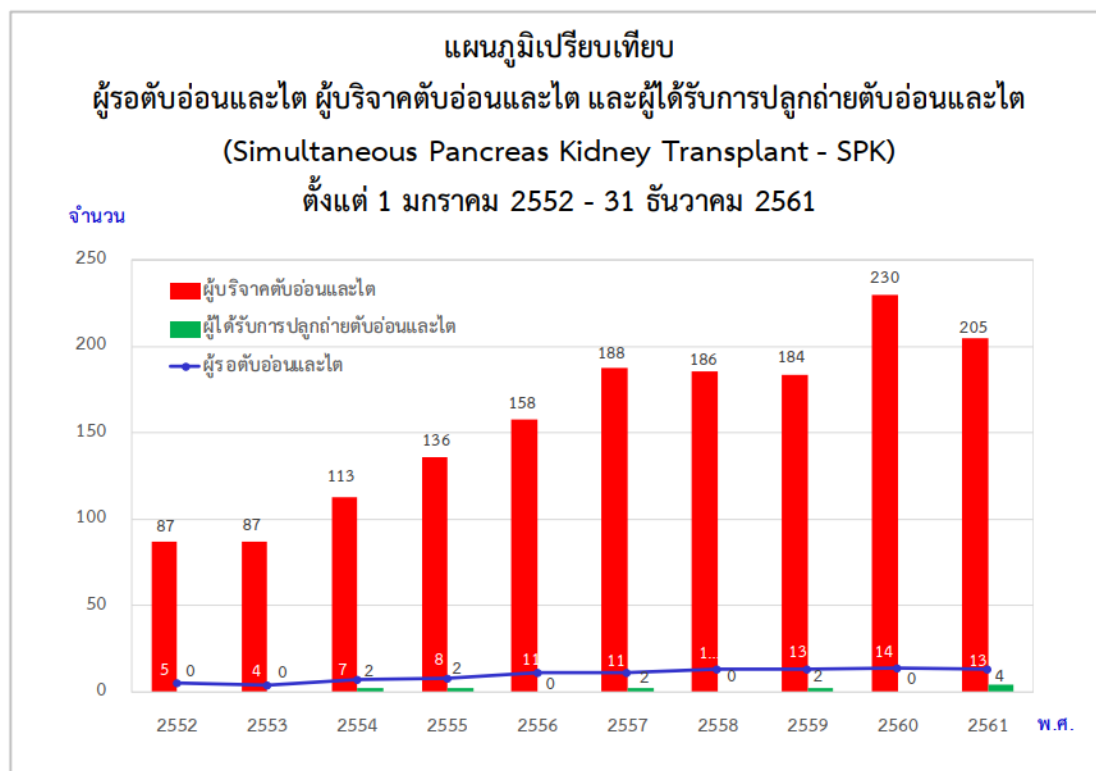
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 11 จำนวนผู้รดับดับและไต ผู้บริจาคดับและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายดับและไต ตั้ง
ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



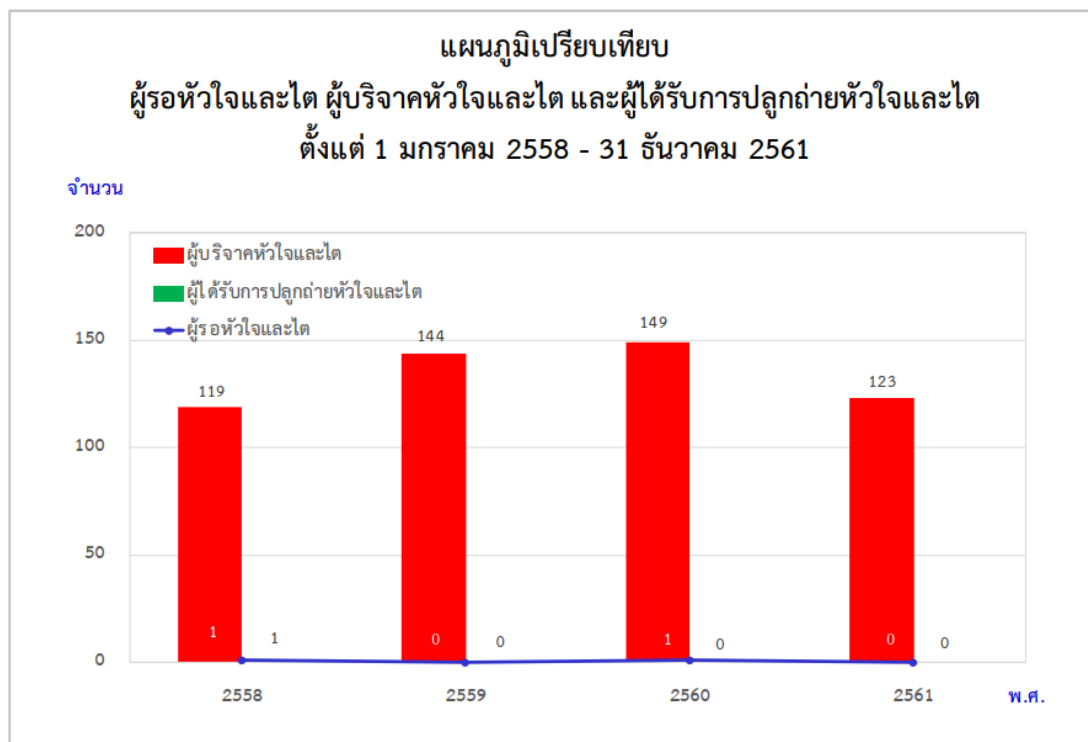
ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

แผนภูมิที่ 12 จำนวนผู้รอรับตับอ่อนและไต ผู้บริจาคตับอ่อนและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อนและไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

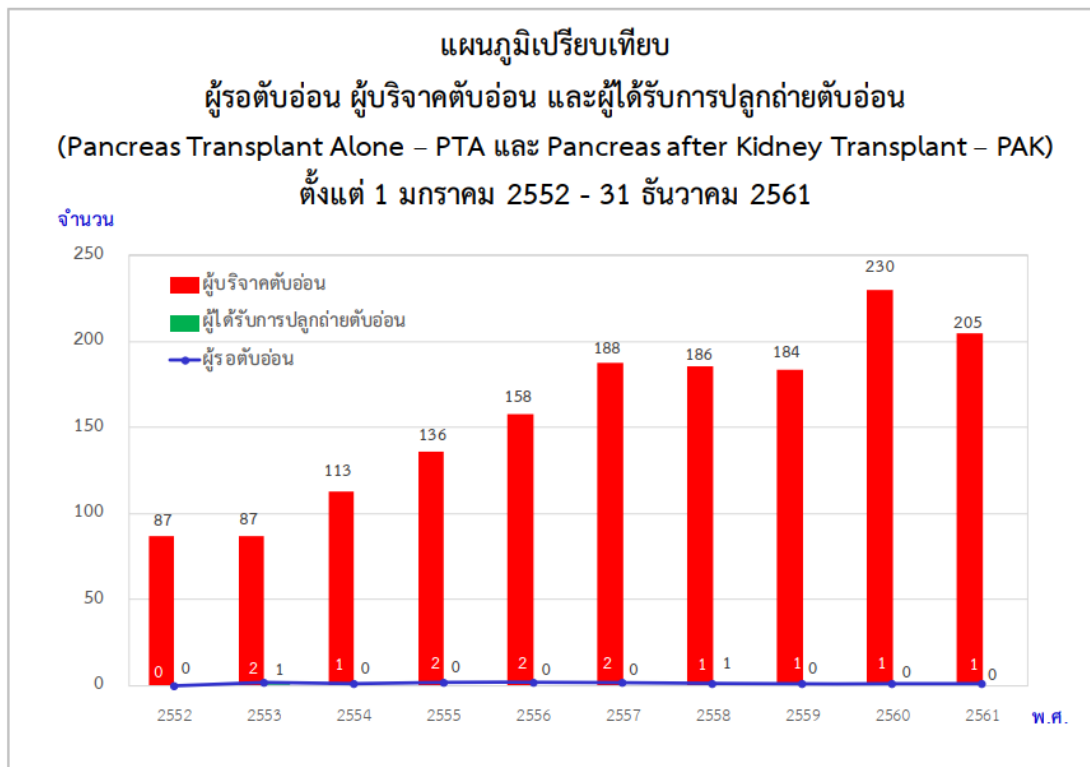
แผนภูมิที่ 13 จำนวนผู้รับหัวใจและไต ผู้บริจาคหัวใจและไต และผู้ได้รับการปลูกถ่ายหัวใจและไต ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)



แผนภูมิที่ 14 จำนวนผู้รอรับตับอ่อน ผู้บริจาคตับอ่อน และผู้ได้รับการปลูกถ่ายตับอ่อน ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2552 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561



ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)



ตารางที่ 26 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
2. โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
3. โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
4. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
5. โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่	ภาคเหนือ	1 กุมภาพันธ์ 2537
6. โรงพยาบาลศรีนครินทร์	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1 กุมภาพันธ์ 2537
7. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	ภาคใต้	1 กุมภาพันธ์ 2537
8. โรงพยาบาลตำรวจ	กรุงเทพมหานคร	30 สิงหาคม 2538
9. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	กรุงเทพมหานคร	11 กรกฎาคม 2540
10. โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
11. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
12. โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท*	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
13. โรงพยาบาลกรุงเทพ*	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
14. โรงพยาบาลพระรามเก้า*	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
15. โรงพยาบาลพญาไท 1*	กรุงเทพมหานคร	29 กรกฎาคม 2540
16. โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	กรุงเทพมหานคร	12 ตุลาคม 2541
17. โรงพยาบาลไทยนครินทร์*	กรุงเทพมหานคร	20 พฤศจิกายน 2543
18. โรงพยาบาลชลบุรี	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	20 ธันวาคม 2543
19. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9 เมษายน 2546
20. โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์*	กรุงเทพมหานคร	19 พฤษภาคม 2547
21. โรงพยาบาลพญาไท 2*	กรุงเทพมหานคร	25 มกราคม 2549
22. โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	7 พฤศจิกายน 2550
23. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ภาคใต้	18 มกราคม 2555
24. โรงพยาบาลหาดใหญ่	ภาคใต้	16 กรกฎาคม 2557
25. โรงพยาบาลขอนแก่น	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29 เมษายน 2558
26. โรงพยาบาลอุดรธานี	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	29 เมษายน 2558
27. สถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์	กรุงเทพมหานคร	15 สิงหาคม 2561

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต รวมทั้งสิ้น 27 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 17 แห่ง โรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด 10 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 19 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 8 แห่ง

ตารางที่ 27 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
2. โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
3. โรงพยาบาลรามาธิบดี	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
4. โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร	21 พฤศจิกายน 2538
5. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*	กรุงเทพมหานคร	25 มีนาคม 2545
6. โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท*	กรุงเทพมหานคร	9 เมษายน 2546
7. โรงพยาบาลวิชัยยุทธ*	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
8. โรงพยาบาลศรีนครินทร์	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	16 พฤษภาคม 2550
9. โรงพยาบาลกรุงเทพ*	กรุงเทพมหานคร	1 กรกฎาคม 2552
10. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	ภาคเหนือ	15 ตุลาคม 2557

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายตับ รวมทั้งสิ้น 10 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 8 แห่ง โรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด 2 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 6 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง

ตารางที่ 28 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายหัวใจ หัวใจและปอด ปอด ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
2. โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
3. โรงพยาบาลราชวิถี	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
4. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*	กรุงเทพมหานคร	1 กุมภาพันธ์ 2537
5. โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพมหานคร	22 กุมภาพันธ์ 2560

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายหัวใจ หัวใจและปอด ปอด รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 4 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

ตารางที่ 29 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับ ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
2. โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
3. โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
4. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล*	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับ รวมทั้งสิ้น 4 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 3 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

ตารางที่ 30 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับอ่อน ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
2. โรงพยาบาลรามธิบดี	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547
3. โรงพยาบาลศิริราช	กรุงเทพมหานคร	8 ธันวาคม 2547

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไตและตับอ่อน รวมทั้งสิ้น 3 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด และเป็นโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดเช่นกัน

ตารางที่ 31 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกวิสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	20 มิถุนายน 2544
2. โรงพยาบาลรามคำแหง*	กรุงเทพมหานคร	20 มิถุนายน 2544
3. โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	13 มิถุนายน 2555

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกวิสามัญศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต รวมทั้งสิ้น 3 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง โรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด 2 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 2 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง

ตารางที่ 32 รายชื่อโรงพยาบาลสมาชิกสมทบศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2561

โรงพยาบาล	ภาค	วันเริ่มสถานภาพสมาชิก
1. โรงพยาบาลระยอง	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	20 กันยายน 2543
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	20 มิถุนายน 2544
3. โรงพยาบาลลาดพร้าว*	กรุงเทพมหานคร	20 มิถุนายน 2544
4. โรงพยาบาลนนทเวช*	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	23 มกราคม 2545
5. โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล*	กรุงเทพมหานคร	13 มิถุนายน 2555
6. โรงพยาบาลมหาวิทาลัยนเรศวร	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	19 กันยายน 2555
7. โรงพยาบาลเวชธานี*	กรุงเทพมหานคร	19 กันยายน 2555
8. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ	กรุงเทพมหานคร	31 มีนาคม 2557
9. โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	19 สิงหาคม 2558
10. โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์	กรุงเทพมหานคร	27 มกราคม 2559
11. โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์	ภาคเหนือ	10 สิงหาคม 2559
12. โรงพยาบาลราชบุรี	ภาคกลาง (ไม่รวม กทม.)	22 พฤศจิกายน 2560
13. โรงพยาบาลปิยะเวท*	กรุงเทพมหานคร	15 สิงหาคม 2561

หมายเหตุ : * หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน

ที่มา : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย (2561)

ณ สิ้นปี 2561 จำนวนโรงพยาบาลสมาชิกสมทบศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย เพื่อปลูกถ่ายไต รวมทั้งสิ้น 13 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง โรงพยาบาลในเขตต่างจังหวัด 7 แห่ง และเป็นโรงพยาบาลรัฐ 8 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 5 แห่ง

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

เรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Screening Questionnaire)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ท่านถือสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (จบการทำแบบสอบถาม)

2. ท่านมีอายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่เกิน 70 ปี ใช่หรือไม่

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (จบการทำแบบสอบถาม)

3. ท่านมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพฯ หรือเข้ามาทำงาน/เรียนหนังสือ/อาศัยอยู่ประจำในกรุงเทพฯ แต่ไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตกรุงเทพฯ

1. ใช่ 2. ไม่ใช่ (จบการทำแบบสอบถาม)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามหลัก (Main Questionnaires)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม 11 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. วัน/เดือน/ปี เกิด (พ.ศ.) ปัจจุบัน อายุ ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

4. ที่พักอาศัย ณ ปัจจุบัน

1. กรุงเทพฯ 2. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

5. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

1. กรุงเทพฯ 2. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2. มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า
 3. ปริญญาตรี 4. สูงกว่าปริญญาตรี

7. อาชีพ

1. ลูกจ้าง/พนักงานเอกชน 2. ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 3. อาชีพอิสระ/ธุรกิจส่วนตัว 4. รับจ้างทั่วไป
 5. แม่บ้าน/พ่อบ้าน 6. นักเรียน/นิสิต-นักศึกษา
 7.ว่างงาน/ไม่มีงานทำ 8. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. น้อยกว่า 15,000 บาท 2. 15,001 - 20,000 บาท
 3. 20,001 - 25,000 บาท 4. 25,001 - 30,000 บาท
 5. 30,001 - 35,000 บาท 6. 35,001 บาทขึ้นไป

9. ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคประจำตัวหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (โปรดระบุ) 1. โรคเบาหวาน 2. โรคความดันโลหิตสูง
3. โรคหัวใจและหลอดเลือด 4. โรคไขมันในเลือดสูง
5. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

10. ตลอดระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยหรือไม่

1. ไม่มี
2. มี (โปรดระบุ)

11. ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเรียบร้อยแล้วหรือไม่

1. ใช่ (ตอบคำถามข้อ 11.1)
2. ไม่ใช่ (ตอบคำถามข้อ 11.2)

11.1 ถ้าใช่ ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยวิธีการใด

1. ผ่านเหล่ากาชาดจังหวัด/กิ่งกาชาดอำเภอ
2. ผ่านกรมการปกครอง (พร้อมกับการทำบัตรประจำตัวประชาชน)
3. ผ่านทางไปรษณีย์
4. ผ่านหน่วยรับบริจาคอวัยวะนอกสถานที่ เช่น ชั้น 1 ศูนย์บริการโลหิต

แห่งชาติ สภากาชาดไทย

5. ติดต่อบริจาคอวัยวะด้วยตนเองที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

11.2 ถ้าไม่ใช่ ท่านสนใจแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะในอนาคตหรือไม่

1. สนใจ (ตอบคำถามข้อ 11.3)
2. ไม่สนใจ (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)
3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปตอบส่วนที่ 2)

11.3 หากครอบครัวของท่านไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ ท่านยืนยันจะแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะหรือไม่

1. ยืนยัน
2. ไม่ยืนยัน
3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยคำยินยอม 11 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

12. ข้อใดกล่าวถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของการบริจาคอวัยวะ (Organ Donation)

- 1. การตัดแบ่งอวัยวะที่เสื่อมสภาพ เพื่อนำไปช่วยเหลือผู้ป่วย
- 2. การบริจาคร่างกายเพื่อการศึกษา การวิจัย และการรักษาทางการแพทย์
- 3. การให้อวัยวะโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยที่รอรับอวัยวะ
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

13. การปลูกถ่ายอวัยวะ (Organ Transplantation) ควรทำเมื่อใด

- 1. อวัยวะเดิมไม่สวยงาม
- 2. อวัยวะเดิมทำงานผิดปกติ
- 3. อวัยวะเดิมเสื่อมสภาพ จนไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

14. สาเหตุการเสียชีวิตแบบใดที่แพทย์สามารถนำอวัยวะของผู้บริจาคไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้รอรับอวัยวะได้

- 1. เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ แต่อวัยวะอยู่ครบสมบูรณ์
- 2. เสียชีวิตจากภาวะสมองตาย โดยใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับการดูแลอยู่ใน

โรงพยาบาล

- 3. เสียชีวิตจากสาเหตุธรรมชาติ โดยเจ้าหน้าที่ได้ตรวจรับร่างของผู้บริจาคภายใน 24 ชั่วโมงหลังการเสียชีวิต
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

15. ภาวะสมองตาย (Brain Death) กับภาวะผัก (Vegetative State) หรือที่เรียกกันว่าเจ้าหญิงหรือเจ้าชายนิทรา เหมือนกันหรือไม่

- 1. เหมือนกัน
- 2. ไม่เหมือนกัน
- 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

16. ปัจจุบัน อวัยวะใดบ้างที่สามารถนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้รอรับอวัยวะในประเทศไทย

- 1. ไต ปอด รั้งไข่
- 2. หัวใจ ไต ตับอ่อน
- 3. หลอดอาหาร ลำไส้เล็ก รั้งไข่
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

17. ข้อใดเป็นคุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะ

- 1. น้ำหนักโดยประมาณไม่ต่ำกว่า 40 กิโลกรัม
- 2. สามารถบริจาคอวัยวะได้ทุกคนโดยไม่มีข้อจำกัดใด ๆ
- 3. อายุไม่เกิน 60 ปี และอวัยวะที่จะนำไปปลูกถ่ายต้องทำงานได้ดี
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

18. ปัจจุบัน หากผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะได้เสียชีวิตลง แต่ญาติของผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไม่เห็นยินยอมให้บริจาคอวัยวะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยสามารถดำเนินการผ่าตัดนำอวัยวะออกมาได้หรือไม่

- 1. ได้
- 2. ไม่ได้
- 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

19. ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (Deceased Donor) ควรจะมีลักษณะอย่างไร

- 1. เป็นใครก็ได้
- 2. เป็นญาติทางสายเลือดของผู้บริจาคอวัยวะ
- 3. เป็นผู้มีหมู่เลือดและเนื้อเยื่อเหมือนหรือใกล้เคียงกับผู้บริจาคอวัยวะมากที่สุด
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

20. ข้อใด ถูกต้อง เกี่ยวกับการแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ

- 1. เป็นพันธุกรรมที่ไม่สามารถแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้
- 2. ไม่จำเป็นต้องแจ้งให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดทราบถึงเจตนารมณ์
- 3. เป็นการแสดงเจตนาอุทิศอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะเมื่อตนเองเสียชีวิต
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

21. หน่วยงานใดในประเทศไทยมีหน้าที่โดยตรงในการรับแจ้งความจำนงบริจาคอวัยวะจากผู้มีจิตกุศล

- 1. ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย
- 2. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 3. โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ฯลฯ
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

22. ท่านเคยเห็น/เคยได้ยิน/เคยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม (Opt-Out System) มาก่อนหรือไม่

- 1. เคย (ตอบคำถามข้อ 22.1)
- 2. ไม่เคย (**ข้ามไปตอบส่วนที่ 3**)

22.1 ถ้าเคย ท่านคิดว่าการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอมแตกต่างจากระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยในปัจจุบันในด้านใด

- 1. อวัยวะที่รับบริจาค
- 2. คุณสมบัติของผู้บริจาคอวัยวะ
- 3. การกำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) โดยถือว่าประชาชนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะ
- 4. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม 10 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
23. การบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องน่ากลัว					
24. หากบริจาคอวัยวะชาติหน้าเกิดมาจะมีอวัยวะไม่ครบ 32					
25. การแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเป็นการแข่งตัวเอง					
26. การบริจาคอวัยวะควรทำด้วยใจบริสุทธิ์ ไม่หวังสิ่งตอบแทนใด ๆ					
27. อวัยวะบริจาคจะถูกนำไปช่วยคนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ผู้มีอิทธิพล นักการเมือง ไฮโซ หรือข้าราชการ					
28. การบริจาคอวัยวะเป็นเรื่องที่ดีงาม และเป็นประโยชน์กับสังคม					
29. ท่านยินยอมบริจาคอวัยวะของบุคคลในครอบครัวที่เสียชีวิตจากภาวะสมองตาย					
30. ท่านคิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะ					
31. ผู้ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะควรจ่ายค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะ					
32. ท่านคิดว่าการขาดแคลนอวัยวะบริจาคของประเทศไทยเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม และระดับความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม 3 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

33. ภาครัฐควรกำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) หรือตัวเลือกที่ประชาชนจะได้รับหากไม่ทำการเลือกเองของระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยแบบใด

- 1. ประชาชนทุกคนเป็นผู้ไม่ประสงค์บริจาคอวัยวะ และพวกเขาเลือกได้ว่าจะยืนยันตามนั้นหรือเปลี่ยนแปลง
- 2. ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะ และพวกเขาเลือกได้ว่าจะยืนยันตามนั้นหรือเปลี่ยนแปลง
- 3. ค่าเริ่มต้นไม่ถูกกำหนด แต่ประชาชนทุกคนต้องเลือกเองตามความประสงค์

34. หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต หากไม่แสดงความประสงค์เป็นอื่น ท่านคิดว่าคุณสมบัติเริ่มต้นของผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติที่รัฐควรกำหนดในแต่ละด้านควรมีลักษณะอย่างไร

34.1 อายุ

- 1. อายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 3. อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

34.2 อวัยวะ

- 1. อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้
- 2. เฉพาะอวัยวะ (ตอบได้หลายคำตอบ)
 - 2.1 หัวใจ
 - 2.2 ตับ
 - 2.3 ไต
 - 2.4 ปอด
 - 2.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

34.3 จุดประสงค์ (ตอบได้หลายคำตอบ)

- 1. เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะและการรักษาพยาบาล
- 2. เพื่อการศึกษา
- 3. เพื่อการวิจัย
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

34.4 สัญชาติ (ตอบได้หลายคำตอบ)

- 1. บุคคลสัญชาติไทย
- 2. บุคคลไร้สัญชาติในประเทศไทย
- 3. ผู้มีถิ่นพำนักถาวรในประเทศไทย
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

34.5 ศาสนา

- 1. ทุกศาสนา
- 2. เฉพาะศาสนา (ตอบได้หลายคำตอบ)
 - 2.1 พุทธ
 - 2.2 อิสลาม
 - 2.3 คริสต์
 - 2.4 พราหมณ์-ฮินดู
 - 2.5 ซิกข์
 - 2.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

34.6 กลุ่มคนแบบใดบ้างควรได้รับการยกเว้นไม่ถือเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ (ตอบได้หลายคำตอบ)

- 1. ไม่ควรมีใครได้รับการยกเว้น
- 2. ผู้นับถือศาสนาอิสลาม
- 3. บุคคลวิกลจริต
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

35. หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต ในกรณีที่ไม่แสดงความประสงค์เป็นอื่น ท่านคิดว่าควรเพิ่มเงื่อนไขใดต่อไปนี้เป็นข้อยกเว้น

- 1. บุคคลบางประเภทกฎหมายไม่ถือเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ
- 2. สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตไม่มีสิทธิ์คัดค้านความประสงค์การบริจาคอวัยวะ
- 3. สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตมีสิทธิ์คัดค้านความประสงค์การบริจาคอวัยวะ แต่กรณีนี้ขึ้นอยู่กับกรบอกกล่าวของครอบครัวผู้เสียชีวิต เนื่องจากแพทย์จะสอบถามความยินยอมจากครอบครัวผู้เสียชีวิตหรือไม่ก็ได้
- 4. สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตมีสิทธิ์คัดค้านความประสงค์การบริจาคอวัยวะ แต่กรณีนี้ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่แพทย์ต้องสอบถามความยินยอมจากญาติของผู้เสียชีวิต ณ เวลาการเสียชีวิต

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (ผู้ทรงคุณวุฒิ)

เรื่อง ‘แนวทางการบริจาคอวัยวะเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของประเทศไทย’

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม 7 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. เพศ

1. ชาย 2. หญิง

2. วัน/เดือน/ปี เกิด ปัจจุบัน อายุ ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ 2. คริสต์
 3. อิสลาม 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2. มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/เทียบเท่า
 3. ปริญญาตรี 4. สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

1. เจ้าหน้าที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย
 2. บุคลากรทางการแพทย์ในสายงานการปลูกถ่ายอวัยวะ
วิชาชีพ 1. แพทย์
 2. พยาบาล
 3. อื่น ๆ (โปรดระบุ)
3. ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย
วิชาชีพ 1. นักวิชาการด้านกฎหมาย
 2. ผู้พิพากษา/พนักงานอัยการ
 3. ทนายความ
 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

6. ประสบการณ์การทำงาน ปี เดือน (นับตั้งแต่เริ่มทำงานเป็นต้นมา)

7. ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะเรียบร้อยแล้วหรือไม่

- 1. ใช่ (ตอบคำถามข้อ 7.1)
- 2. ไม่ใช่ (ตอบคำถามข้อ 7.2)

7.1 ถ้าใช่ ท่านแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะด้วยวิธีการใด

- 1. ผ่านเหล่ากาชาดจังหวัด/กิ่งกาชาดอำเภอ
- 2. ผ่านกรมการปกครอง (พร้อมกับการทำบัตรประจำตัวประชาชน)
- 3. ผ่านทางไปรษณีย์
- 4. ผ่านหน่วยรับบริจาคอวัยวะนอกสถานที่ เช่น ชั้น 1 ศูนย์บริการโลหิต

แห่งชาติ สภากาชาดไทย

- 5. ติดต่อบริจาคอวัยวะด้วยตนเองที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย

7.2 ถ้าไม่ใช่ ท่านคิดจะลงทะเบียนบริจาคอวัยวะในอนาคตหรือไม่

- 1. คิด (ตอบคำถามข้อ 7.3)
- 2. ไม่คิด (ข้ามไปตอบตอนที่ 2)
- 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ (ข้ามไปตอบตอนที่ 2)

7.3 หากครอบครัวของท่านไม่เห็นด้วยกับการบริจาคอวัยวะ ท่านยืนยันจะแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะหรือไม่

- 1. ยืนยัน
- 2. ไม่ยืนยัน
- 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมต่อระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม และระดับความคิดเห็นต่อความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะของระบบการบริจาคอวัยวะแบบถ้อยยินยอม 3 ข้อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

8. ภาครัฐควรกำหนดค่าเริ่มต้น (Default Option) หรือตัวเลือกที่ประชาชนจะได้รับหากไม่ทำการเลือกเองของระบบการบริจาคอวัยวะของประเทศไทยแบบใด

- 1. ประชาชนทุกคนเป็นผู้ไม่ประสงค์บริจาคอวัยวะ และพวกเขาเลือกได้ว่าจะยืนยันตามนั้นหรือเปลี่ยนแปลง
- 2. ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะ และพวกเขาเลือกได้ว่าจะยืนยันตามนั้นหรือเปลี่ยนแปลง
- 3. ค่าเริ่มต้นไม่ถูกกำหนด แต่ประชาชนทุกคนต้องเลือกเองตามความประสงค์

9. หากภาครัฐกำหนดให้ประชาชนทุกคนอยู่ในสถานะผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติเมื่อเสียชีวิต หากไม่แสดงความประสงค์เป็นอื่น ท่านคิดว่าคุณสมบัติเริ่มต้นของผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติที่รัฐควรกำหนดในแต่ละด้านควรมีลักษณะอย่างไร

9.1 อายุ

- 1. อายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 2. อายุตั้งแต่ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 3. อายุตั้งแต่ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

9.2 อวัยวะ

- 1. อวัยวะทุกส่วนของร่างกายที่ใช้เป็นประโยชน์ได้
- 2. เฉพาะอวัยวะ (ตอบได้หลายคำตอบ)
 - 2.1 หัวใจ
 - 2.2 ตับ
 - 2.3 ไต
 - 2.4 ปอด
 - 2.5 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

9.3 จุดประสงค์ (ตอบได้หลายคำตอบ)

- 1. เพื่อการปลูกถ่ายอวัยวะและการรักษาพยาบาล
- 2. เพื่อการศึกษา
- 3. เพื่อการวิจัย
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

9.4 สัญชาติ

- 1. บุคคลสัญชาติไทย
- 2. บุคคลไร้สัญชาติในประเทศไทย
- 3. ผู้มีถิ่นพำนักถาวรในประเทศไทย
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

9.5 ศาสนา

- 1. ทุกศาสนา
- 2. เฉพาะศาสนา (ตอบได้หลายคำตอบ)
 - 2.1 พุทธ 2.2 อิสลาม
 - 2.3 คริสต์ 2.4 พราหมณ์-ฮินดู
 - 2.5 ซิกข์ 2.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ)

9.6 กลุ่มคนแบบใดบ้างควรได้รับการยกเว้นไม่ถือเป็นผู้บริจาคอวัยวะโดยอัตโนมัติ (ตอบได้หลายคำตอบ)

- 1. ไม่ควรมีใครได้รับการยกเว้น
- 2. ผู้นับถือศาสนาอิสลาม
- 3. บุคคลวิกลจริต
- 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

รายละเอียดเงื่อนไข	ระดับความคิดเห็น									
10.3 สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตมีสิทธิ์คัดค้านความประสงค์ในการบริจาคอวัยวะ แต่กรณีนี้ขึ้นอยู่กับการบอกกล่าวของครอบครัวผู้เสียชีวิต เนื่องจากแพทย์จะสอบถามความยินยอมจากครอบครัวผู้เสียชีวิตหรือไม่ก็ได้	10.3.1 ท่านเห็นด้วยกับการเพิ่มเงื่อนไขนี้มากน้อยเพียงใด									
	น้อยที่สุด	ปานกลาง								มากที่สุด
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.4 สมาชิกในครอบครัวของผู้เสียชีวิตมีสิทธิ์คัดค้านความประสงค์ในการบริจาคอวัยวะ โดยกรณีนี้ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่แพทย์ต้องสอบถามความยินยอมจากครอบครัวผู้เสียชีวิต ณ เวลาการเสียชีวิต	10.4.1 ท่านเห็นด้วยกับการเพิ่มเงื่อนไขนี้มากน้อยเพียงใด									
	น้อยที่สุด	ปานกลาง								มากที่สุด
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	10.4.2 ท่านคิดว่าระบบการบริจาคอวัยวะที่เพิ่มเงื่อนไขนี้สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะในประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด									
	น้อยที่สุด	ปานกลาง								มากที่สุด
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ประเด็นคำถาม	ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ		วัตถุประสงค์
	STKH	ผู้ทรงฯ	
1. ความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ และสถานที่			
1.1 เพียงพอต่อการรองรับการบริจาคอวัยวะแบบ ถือว่ายินยอมหรือไม่	✓	✓	ข้อ 3
1.2 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
2. งบประมาณด้านสาธารณสุข			
2.1 เพียงพอต่อการรองรับการบริจาคอวัยวะแบบ ถือว่ายินยอมหรือไม่		✓	ข้อ 3
2.2 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร		✓	ข้อ 3
3. ระบบบริหารจัดการศูนย์รับบริจาคอวัยวะฯ			
3.1 เหมาะสมสำหรับการบริจาคอวัยวะแบบถือว่า ยินยอมหรือไม่	✓	✓	ข้อ 3
3.2 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
4. มาตรการค่าตอบแทนแก่ทายาทของผู้บริจาคอวัยวะผู้ บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต (DD)			
4.1 สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ บริจาคได้หรือไม่	✓	✓	ข้อ 3
4.2 ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
4.3 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
5. มาตรการการจัดสรรตามลำดับความสำคัญ (Allocation Priority) ควบคู่ไปกับการบริจาคอวัยวะแบบถือว่ายินยอม			
5.1 สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ บริจาคได้หรือไม่	✓	✓	ข้อ 3
5.2 ควรเป็นสิทธิพิเศษแก่ใคร: ผู้บริจาคอวัยวะที่มี ชีวิต สมาชิกในครอบครัวของผู้บริจาคอวัยวะที่เสียชีวิต หรือผู้ ลงทะเบียนบริจาคอวัยวะ	✓	✓	ข้อ 3
5.3 ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
5.4 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
6. มาตรการการคุ้มครองสิทธิขาดการตกลงยินยอมบริจาค อวัยวะของแต่ละบุคคล (First Person Authorization)			
6.1 สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนอวัยวะ บริจาคได้หรือไม่	✓	✓	ข้อ 3
6.2 ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยอย่างไร	✓	✓	ข้อ 3
6.3 รัฐควรจัดการดูแลเรื่องนี้อย่างไร	✓	✓	ข้อ 3

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปวีตรา กรีธาธร
วัน เดือน ปี เกิด	30 พฤษภาคม 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดราชบุรี
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2552 - 2556 : นิติศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	23/271 (ลุมพินีวิลล์ พหล-สุทธิสาร) ซอยอินทามระ 2 ถนนสุทธิสารวินิจฉัย เขตพญาไท จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY