

# ฐานคติของแพทย์ และสถาบันการแพทย์

## Premiss of Medical Profession and Institution

### ■ ศ.ดร.ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์

ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหิดล

Prof. Dr. Thavitong Hongvivatana

Director of Center for Health Policy Studies  
Mahidol University

บทความนี้ได้นำเสนอในการประชุมวิชาการเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ครั้งที่ 4 “สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ” ระหว่างวันที่ 24-27 พฤษภาคม 2537 ที่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หาดใหญ่ เป็นเสมือนกระจกเงาส่องให้กับวิชาชีพแพทย์ การดูแลตัวเองในกระจกเงาด้วยจิตใจที่เป็นกลาง จะช่วยยกระดับวิชาชีพให้เป็นที่พึงของประชาชนได้อย่างแท้จริง

“ความผันผวนในพลาสมาแห่งเหตุผล (ความรู้) ที่จะปลดปล่อยมนุษยชาติจากความขาดแคลน จากความโง่เขลา จากไสยศาสตร์ จากผู้ปกครองที่กดขี่ และกระทั่งจากโรคภัยไข้เจ็บ ไม่อาจเป็นจริงเต็มที่ได้ เพราะเหตุปัจจัย อำนาจ แม้ผลงานจากการใช้เหตุผล จะได้ขจัดความโหยหิวและเศร้าโศกไปได้ไม่น้อย แต่มันก็ได้สร้างอาณาจักรอำนาจใหม่ขึ้นมา ในอาณาจักรใหม่นี้ บางคนได้สถาปนาความเป็นใหญ่เหนือผู้อื่นในด้านความรู้และอำนาจ อีกทั้งเข้าควบคุมสถาบันทั้งหลายที่ได้พัฒนาขึ้นเพื่อจัดการกิจการใช้ความรู้นั้น ๆ การแพทย์สมัยใหม่นับเป็นตัวอย่างผลงานชิ้นใหญ่ของการใช้เหตุผล ทว่า การแพทย์สมัยใหม่ก็เป็นอาณาจักรอำนาจ ซึ่งบางคนได้รับรางวัลตอบแทนจากเหตุผลมากกว่าคนอื่น ๆ”

(Paul Starr, The social transformation of American medicine, P.3)

“มีผู้ตั้งคำถามกันมากกว่าในเมื่อท่านอาจารย์พุทธทาสไม่อยาก “หอบสังฆารหนีความตาย” ลูกศิษย์ที่ใกล้ชิดก็ไม่อยากนำท่านไปรักษาที่กรุงเทพฯ ทำไมท่านจึงถูกนำตัวไปรักษาที่กรุงเทพฯ คำตอบสั้น ๆ ก็คือ “เพราะแพทย์เป็นผู้มีอำนาจในสังคม...ใคร ๆ ก็กลัวหรือเกรงใจ”

(ประเวศ วะสี “ปัจฉิมอาพาธ ท่านพุทธทาสมหาเถระ” น.51-52)

คงเป็นจริงดังที่ท่านอาจารย์ประเวศได้เขียนไว้ว่า “ใครๆ ก็กลัว หรือเกรงใจแพทย์” เพราะแม้แต่เมื่อตอนเสนอหัวข้อการประชุมแยก เรื่อง “ฐานคติของแพทย์และสถาบันการแพทย์” ก็มีผู้ทักท้วงว่าเรื่องนี้ต้องระมัดระวังควรมีบทความที่สมบูรณ์เพียงพอสุดท้ายเมื่อหาใครไม่ได้ ผมซึ่งเป็นผู้เสนอหัวข้อเรื่องนี้จึงต้องอาสาเตรียมบทความเอง ก็ต้องยอมรับตรงๆ คว้าคิดว่าคิดมากหลายตลบที่เดียวว่าจะนำเสนออย่างไร จึงจะวิพากษ์อำนาจอิทธิ และภาพลักษณ์ของแพทย์และสถาบันการแพทย์ได้อย่างนุ่มนวล มีเหตุผลโดยไม่ถูกกล่าวหาว่าเป็น “negative approach” หรือทำให้ “เสียกำลังใจ” นักสังคมศาสตร์ที่ควรพร่ำสอนให้ผู้ที่ต้องให้บริการหรือทำงานกับประชาชนว่าต้องไวในการรับรู้และปรับการทำงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมที่หลากหลายของชุมชน แต่เมื่อถึงคราวตนเองปฏิบัติกลับดูเป็นเรื่องยากเย็นที่เดียวที่ต้องวิจารณ์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมแบบไม่ชอบการวิจารณ์ของสถาบันที่มีอำนาจมาก

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต) (2533) ได้จำแนกการพิจารณาการแพทย์ออกเป็น 2 ด้านด้วยกัน ด้านที่หนึ่งเป็นในแง่สังคม คือ หลักการหรือเนื้อหาสาระของวิชาการแพทย์สอดคล้องกับความเป็นจริงเพียงใด ด้านที่สองเป็นในแง่จริยธรรม คือการนำมาใช้ปฏิบัติในทางการแพทย์หรือเวชปฏิบัติได้ดำเนินไปอย่างไร ในประเทศไทยกระแสการวิพากษ์วิจารณ์การแพทย์ที่ผ่านมายังมีอยู่น้อย ที่มีอยู่ก็เอียงไปในด้านสังคมเป็นหลัก คือ วิจารณ์ระบบการแพทย์ชีวภาพ<sup>1</sup> (หรือระบบการแพทย์ตะวันตก หรือระบบการแพทย์แผนใหม่) ว่ามีข้อจำกัดและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสุขภาพและการรักษา

พยาบาลในสังคมอย่างไร และการแพทย์แบบองค์รวม (holistic) ตลอดจนระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ) จะมีส่วนพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่และสุขภาพของประชาชนต่อไปได้อย่างไร<sup>2</sup> แม้ในกรณีปัจฉิมอาพาธ การรักษาและมรณภาพของท่านพุทธทาส ซึ่งเกิดกรณีที่มีความแตกต่างทางความเห็นและการปฏิบัติระหว่างแพทย์ที่รับผิดชอบกับศิษยานุศิษย์ และเป็นที่น่าสนใจของประชาชนในวงกว้าง ประเด็นความแตกต่างและบทเรียนที่สรุปขึ้นก็นับเป็นหลักในด้านสังคมที่ด้านสังคมเท่านั้น<sup>3</sup> การวิพากษ์วิจารณ์หรือกระทั่งข้อสงสัยในเชิงจริยธรรมหรือเวชปฏิบัติมีน้อย หรือแทบไม่มี<sup>4</sup>

ในประเทศไทยการศึกษาและวิพากษ์วิจารณ์การแพทย์สมัยใหม่ในด้านเวชปฏิบัติ ไม่มีเป็นกอบเป็นกำเลยก็ว่าได้ งานทำนองนี้ที่เคยฮือฮากันก็คือ “แพทย์-เทพเจ้ากาลิ” (2523) ซึ่งเป็นงานแปลหนังสือ

ต่างประเทศ กระนั้นก็ยังมิมีแพทย์ไทยออกมาเขียนวิจารณ์ไม่เห็นด้วย ซึ่งไม่น่าแปลกใจนัก เพราะอิวาน อิลิช ผู้เขียนหนังสือเล่มนี้ นอกจากจะเน้นนักหนาเกี่ยวกับ “โรคหมอท่า” แล้วยังเสนอว่าทางออกในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอยู่ที่การลดบริการการแพทย์ และสลายความเป็นวิชาชีพแพทย์ (deprofessionalization) ข้อเสนอของอิลิชฟังดูน่ากลัว และเป็นไปได้ยาก แต่การวิเคราะห์ของเขาได้ผลถูกต้องทีเดียวโดยเฉพาะในประเด็นว่าอำนาจและการผูกขาดทางวิชาชีพแพทย์ (professional authority) ตลอดจนสถาบันการแพทย์ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ และระบบอุตสาหกรรมที่หล่อเลี้ยงมันขยายและเติบโตเป็นปฏิภาคกับความสามารถในการพึ่ง

**๖** มในกรณีที่ไม่แน่ใจ หรือแน่ใจน้อยในความสำเร็จ แพทย์ก็ยิ่งชอบที่จะทำอะไรบางอย่างมากกว่าจะไม่ทำอะไร

<sup>1</sup> นักสังคมวิทยาการแพทย์เรียกขานกันว่า “medical” model

<sup>2</sup> โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมจากพระไพศาล วิสาโล (2535); พระเทพเวที (2533); คาปรั้า (2529)

<sup>3</sup> ดู ประเวศ วะสี (2536); นิธิพัฒน์ เจียรกุล (2536)

<sup>4</sup> ข้อวิพากษ์เชิงเวชปฏิบัติที่มีอยู่แต่ก็เบาบาง ดูได้จาก ลันด์ หัตถ์รัตน (2536) และ ประเวศ วะสี (2536)

ตนเอง (รวมทางสุขภาพ) ของประชาชน ผลที่เกิดขึ้นคือ **เวชปฏิบัติกาลี**

ในทางสังคมวิทยา เราไม่อาจวิเคราะห์พฤติกรรมของแพทย์โดยไม่พิจารณาฐานะการเป็นวิชาชีพแพทย์ บริบทองค์การ (organization context) และเงื่อนไขเศรษฐกิจสังคมที่แวดล้อมเวชปฏิบัติของแพทย์อีกนัยหนึ่งคือ ต้องดูแพทย์กับสถาบันการแพทย์ไปพร้อม ๆ กัน ในบทความนี้จะจำกัดขอบเขตเฉพาะฐานคติซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็นวิชาชีพแพทย์เท่านั้น ฐานคติในที่นี้รวมความคือ ทรรศนะ สมมติฐาน ค่านิยมและความเชื่อ ซึ่งมีทั้งที่เปิดเผยและซ่อนเร้น (latent) ซึ่งมีอิทธิพลกำหนดเวชปฏิบัติ (clinical practice) ของแพทย์ในฐานะสมาชิกของวิชาชีพแพทย์ โดยนัยนี้วิชาชีพก็เหมือนกับชุมชน (ในความหมายที่เหนือขอบเขตกายภาพ) ที่มีระบบ และโครงสร้างทางสังคม และวัฒนธรรมซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของสมาชิกชุมชน

### อำนาจวิชาชีพแพทย์ไทย

ในทางสังคมวิทยาหัวใจของความเป็นวิชาชีพแพทย์ อยู่ที่อำนาจผูกขาดในการกำหนดว่าความเจ็บป่วยคืออะไร? บริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องคืออะไร? ใครคือผู้มีคุณสมบัติในการให้บริการนั้น ๆ? อำนาจในที่นี้มีทั้งเป็นทางการ (authority) และไม่เป็นทางการ (power) กล่าวคือเป็นอำนาจที่ได้รับการยอมรับทางการเมืองและกฎหมาย (เช่น พ.ร.บ. ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ) ขณะเดียวกันก็เป็นการยอมรับในทางสังคม คือการยอมรับของประชาชนต่อบริการและการตัดสินใจของแพทย์ในฐานะผู้ปฏิบัติวิชาชีพ โดยสรุปอำนาจวิชาชีพแพทย์คือ อำนาจที่เหนือกว่าหรือครอบงำในความสัมพันธ์กับคนไข้และหมอ (ที่ไม่ใช่แพทย์) ตลอดจนบุคลากรอาชีพอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับแพทย์ที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ วิชาชีพแพทย์ได้รับมอบอำนาจในการควบคุมกันเอง

โดยอาศัยองค์กรทางวิชาชีพ (เช่น แพทยสภา ในกรณีของประเทศไทย และ American Medical Association (AMA) ในกรณีสหรัฐอเมริกา)

การเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับประชาชน ในฐานะผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและความตาย ในด้านหนึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้วิชาชีพเป็นที่ยอมรับ อำนาจของวิชาชีพแพทย์ทวีมากยิ่งขึ้น หากประชาชนเพิ่มการพึ่งพิงแพทย์ในการกำหนดความหมายความเจ็บป่วยและกระบวนการรักษา อย่างไรก็ตามในสังคมที่ระบบการแพทย์เป็นพหุลักษณะ คือ นอกจากระบบการแพทย์สมัยใหม่แล้วยังมีระบบอื่นอยู่ด้วย การยอมรับทางสังคมต่ออำนาจวิชาชีพแพทย์จะไม่เด็ดขาด อย่างน้อยที่สุดก็ในจิตสำนึกของวิชาชีพในทางปฏิบัติ สังคมและวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชนจึงเป็นแหล่งดุคคามอำนาจวิชาชีพแพทย์ได้เช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าผู้นำหรือผู้แทนของวิชาชีพมีลักษณะหวาดผวาลสูง (paranoid)

เราไม่ควรหลงเข้าใจผิดไปกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในตะวันตกว่า ผู้ประกอบอาชีพเย็บวรายรักษา มีเกียรติยศและอำนาจสูงส่งต่อเนื่องมานานแล้วแต่อดีต แท้ที่จริงสถานภาพของผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปอยู่ในสภาพลำบากเร่ร่อน แข่งขันกันทำมาหากิน แนวคิดทฤษฎีการแพทย์ และเวชปฏิบัติก็มีกันอยู่หลากหลาย อีกทั้งประชาชนโดยส่วนใหญ่ เมื่อเทียบเคียงความรู้และประสบการณ์กับพวกหมอต่างๆแล้ว ก็ยังสามารถพึ่งตัวเองได้ในระดับสูง ต่อเมื่อได้มีการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพ เช่น การค้นพบทฤษฎี bacteriology ของปาสเตอร์ และการผ่าตัดที่ปลอดภัย ตลอดจนการจัดการแพทย์-ศาสตร์ศึกษาโดยอาศัยมหาวิทยาลัย ในตอนปลายศตวรรษที่ 19 เท่านั้น ที่วิชาชีพแพทย์สมัยใหม่ได้เริ่มสถาปนาความเป็นใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา<sup>5</sup> อำนาจวิชาชีพแพทย์แบบชีวภาพแข็ง

<sup>5</sup> อ่านเพิ่มเติมผลงานของ Friedson (1970 ; 1973) และ Starr (1982).

<sup>6</sup> ในสหรัฐอเมริกา บทรายงานของ Flexnor ในช่วงทศวรรษ 1910 และมูลนิธิรีดิกกีเฟลเลอร์ ได้มีบทบาทอย่างมากในการจัดการศึกษาแพทยศาสตร์ตามมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ให้เป็นระบบเดียวกัน หลังจากนั้นไม่นานมูลนิธิฯ ได้เข้ามามีอิทธิพลสำคัญในการสร้างระบบการศึกษาวินิจฉัยแพทยศาสตร์ ทำนองเดียวกันในประเทศจีน ไทย ฟิลิปปินส์ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน Brown (1979).

แกร่งขึ้นไปอีก เมื่อสังคมได้เปลี่ยนแปลงมาให้คุณค่ากับวิทยาศาสตร์และความชำนาญการ ท่ามกลางการพัฒนาอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 20 ในขณะเดียวกัน องค์กรวิชาชีพก็ได้ประสบความสำเร็จในการผลักดันกฎหมายควบคุมการจ่ายยาโฆษณาฯ เพื่อกำจัดคู่แข่งให้หมดไป (ดูรายละเอียดใน Starr (1982))

ในกรณีของประเทศไทย อิทธิพลของมูลนิธิโรคหืดที่เฟลเลอร์ต่อการจัดการศึกษาวิชาชีพ และการผลิตแพทย์ตามแนวการแพทย์ชีวภาพ ที่โรงเรียนแพทย์ศิริราชพยาบาล (ค.ศ.1924-1935) ส่งผลเป็นการวางรากฐานอย่างสำคัญยิ่งให้กับอำนาจของวิชาชีพแพทย์ (ดู Goldstein และ Donaldson (1979)) อิทธิพลและความสำเร็จของมูลนิธิในการสร้างโรงเรียนแพทย์ศิริราช ให้ผลิตแพทย์มาตรฐานความรู้สูง และปกป้องให้ปลอดภัยจากแรงกดดันของกระทรวงมหาดไทยนานพอต่อการรอเวลาขยายโรงพยาบาลมากขึ้นและที่สุดแยกก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ในปีพ.ศ.2485<sup>7</sup> เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างอำนาจวิชาชีพแพทย์ หลักฐานทางเอกสารปรากฏว่าเจตนาความช่วยเหลือของมูลนิธิในการผลิตแพทย์ระดับสูงก็คือ “การสร้างผู้นำทางการแพทย์ให้กับสยามในการพัฒนาสาธารณสุขและบริการการแพทย์” (อ้างไว้ใน Goldstein and Donaldson (1979)) ในปี พ.ศ.2474 ก่อนการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข 11 ปี คณะบดีโรงเรียนแพทย์ศิริราชคือศาสตราจารย์เอลลิส ซึ่งได้รับแต่งตั้งโดยมูลนิธิก็ได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าควรตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเป็นโครงสร้างรองรับการแพทย์สมัยใหม่

นอกจากนั้นยังวางกลยุทธ์ขยายโรงพยาบาลเพื่อรองรับบัณฑิตแพทย์รุ่นใหม่ ๆ ที่จบออกมาด้วย

อาจสรุปได้ว่ามูลนิธิโรคหืดที่เฟลเลอร์มีอิทธิพลสำคัญอย่างมากในการสถาปนาอำนาจวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทยแม้เมื่อจบความช่วยเหลือของมูลนิธิไปแล้ว การตั้งคณะแพทย์ใหม่ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (พ.ศ.2491) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พ.ศ.2500) โดยความช่วยเหลือของสหรัฐอเมริกา (ผ่าน University of Illinois) มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ.2505)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (พ.ศ.2516) และมหาวิทยาลัยขอนแก่น (พ.ศ.2521) ล้วนเป็นการเจริญรอยตามเส้นทางที่มูลนิธิได้วางไว้ทั้งสิ้น นอกจากนั้นการที่แพทย์ไทยได้ไปเรียนต่อและทำงานที่สหรัฐอเมริกา มากในช่วงทศวรรษ 1970 และแพทย์รุ่นแล้วรุ่นเล่าได้เข้าครอบงำบทบาทนำในทุกส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ก็เป็นแรงเสริมอย่างสำคัญให้อำนาจวิชาชีพแพทย์มีความแข็งแกร่งเพราะรับอิทธิพลความคิดเวชปฏิบัติอเมริกัน อย่างไรก็ตามในฐานะชนชั้นผู้นำใหม่ในสังคมไทย

และโดยความจำเป็นในการจรรโลงและขยายฐานการยอมรับทางการเมือง และสังคมให้แก่วิชาชีพ สถาบันการแพทย์ได้โยงใยกับกลุ่มอำนาจต่าง ๆ ในสังคมซึ่งยังผลให้วิชาชีพแพทย์มีอำนาจมากขึ้นไปอีก

วิวัฒนาการวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย มีแกนหลักอยู่ที่โรงเรียนแพทย์ ยังไม่เห็นแนวโน้มว่าฐานอำนาจของวิชาชีพแพทย์ไทยจะย้ายออกไปจากโรงเรียนแพทย์ หรือจะเกิดศูนย์อำนาจใหม่ขึ้น สุดยอดแห่งอำนาจวิชาชีพแพทย์ยังพบได้ที่ศิริราชและคณะแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งแม้จะอยู่ในมหาวิทยาลัยแต่ก็

**อ**  
**ก**  
อิทธิพลที่โรงเรียนแพทย์ศิริราชพยาบาล (ค.ศ.1924-1935) ส่งผลเป็นการวางรากฐานอย่างสำคัญยิ่งให้กับอำนาจของวิชาชีพแพทย์ (ดู Goldstein และ Donaldson (1979)) อิทธิพลและความสำเร็จของมูลนิธิในการสร้างโรงเรียนแพทย์ศิริราช ให้ผลิตแพทย์มาตรฐานความรู้สูง และปกป้องให้ปลอดภัยจากแรงกดดันของกระทรวงมหาดไทยนานพอต่อการรอเวลาขยายโรงพยาบาลมากขึ้นและที่สุดแยกก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ในปีพ.ศ.2485<sup>7</sup> เป็นกลยุทธ์สำคัญในการสร้างอำนาจวิชาชีพแพทย์ หลักฐานทางเอกสารปรากฏว่าเจตนาความช่วยเหลือของมูลนิธิในการผลิตแพทย์ระดับสูงก็คือ “การสร้างผู้นำทางการแพทย์ให้กับสยามในการพัฒนาสาธารณสุขและบริการการแพทย์” (อ้างไว้ใน Goldstein and Donaldson (1979)) ในปี พ.ศ.2474 ก่อนการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข 11 ปี คณะบดีโรงเรียนแพทย์ศิริราชคือศาสตราจารย์เอลลิส ซึ่งได้รับแต่งตั้งโดยมูลนิธิก็ได้วางแผนล่วงหน้าไว้แล้วว่าควรตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเป็นโครงสร้างรองรับการแพทย์สมัยใหม่

<sup>7</sup> ดูรายละเอียดเกี่ยวกับความแตกต่างทางความคิดในการผลิตแพทย์ ระหว่างกระทรวงมหาดไทย และเจ้าหน้าที่มูลนิธิโรคหืดที่เฟลเลอร์ โดยเฉพาะในประเด็นนำเสนองของกระทรวงมหาดไทย เกี่ยวกับการผลิตผู้ช่วยแพทย์ (Junior doctor) ในโคโคโนลสัน (2519) และ Wariya Siwasariyanon (1984).

เหนือมหาวิทยาลัย แม้ในภายหลัง กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นโครงสร้างที่มีความสำคัญมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพแพทย์ ยังต้องเกรงใจคณะแพทย์ต่าง ๆ อยู่ดี

อำนาจของวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย ได้ขยายและโยงใยกับอำนาจต่างๆ ในสังคมไทย แต่อำนาจถ้ามีมากเกินไปจนสมควรก็อาจสร้างปัญหาให้กับวิชาชีพได้ โดยเฉพาะเมื่อมีอำนาจเหนือคนไข้ และประชาชนมาก ๆ อย่างเกินจริง

**วิถีความคิดแบบคลินิก<sup>8</sup>**

“เจกเช่นเดียวกับอำนาจทางการเมือง อำนาจวิชาชีพแพทย์ ยืนโอนเอนอยู่ ระหว่างเกียรติยศความสำเร็จ กับความเสื่อมเสียล้มเหลว ดังนั้นจึงชอบอดอ้าง สำแดง ความสำเร็จ เช่นนี้เป็นเพราะต้องเสี่ยงกับความเสื่อมเสีย ล้มเหลวมากกว่า เพราะได้ประสบผลสำเร็จจริง ๆ”

(Friedson (1973) p. 170)

ฟริตสันสรุปว่าในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแพทย์โดยทั่วไปจะมีทัศนคติและค่านิยมสำคัญสองประการคือ “**ปฏิบัติการนิยม**” และ “**ประสพการณ์นิยม**” วัตถุประสงค์เฉพาะหน้าของเวชปฏิบัติมิใช่ความรู้ แต่เป็นปฏิบัติการ (action) เพื่อแก้ไขปัญหาที่คนไข้นำมาให้ ในเวชปฏิบัติแพทย์จึงนิยมจะกระทำกรอย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่าจะไม่ทำอะไร แน่แน่นอนแพทย์ย่อมอยากเห็นปฏิบัติการที่ประสบความสำเร็จ แต่แม้ในกรณีที่ไม่แน่ใจหรือแน่ใจน้อยในความสำเร็จ แพทย์ก็ยังชอบที่จะทำอะไรบางอย่างลงไปให้กับคนไข้มากกว่าไม่ทำอะไร เมื่อเราไปพบแพทย์เรามากก็ได้รับ

**จิตใจแบบคลินิกยังต่อต้านการถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือถูกตรวจสอบควบคุมโดยผู้อื่น**

บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง (ที่นอกเหนือคำปรึกษา) หรือหลายอย่าง ในหลายกรณีบริการโดยเฉพาะยา จะครอบคลุมจักรวาลหรือดักอากาศต่างๆ ไว้ เมื่อต้องบอกกับคนไข้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แพทย์มักบอกว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง แม้จะไม่แน่ใจว่าจะวินิจฉัยถูกต้องหรือไม่แต่แพทย์ก็ไม่เคยบอกว่าอาจเป็นโรคนั้น อาจเป็นโรคนี้ “**ปฏิบัติการนิยม**” ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาเมื่อค่านิยมนี้โน้มเอียงจะมีฐานะที่น่าการตัดสินใจของแพทย์ มากกว่าเหตุผลหรือมาตรฐานทางวิชาการเพราะทำให้แพทย์สั่งใช้ยา และวิธีการตรวจรักษาอื่น ๆ มากเกินความถูกต้อง ศัลยแพทย์ผู้หนึ่งกล่าวว่า “เป็นไปไม่ได้ที่จะให้เราอรจนกว่ายานั้น ๆ จะได้ผลแน่นอนและปลอดภัย”<sup>9</sup>

อาจจะมีผู้กล่าวว่าที่แพทย์ “**ปฏิบัติการนิยม**” ก็เพราะต้องสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วย แต่นี้เป็นปัญหา “**ไขกับไก่**” เพราะอาจพูดได้เช่นกันว่าแพทย์นิยมปฏิบัติการก็เพื่อสร้างศรัทธาต่อตนเอง อีกอย่างหนึ่งมีข้อสังเกตว่า ไม่ว่าจะในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลซึ่งเวชปฏิบัติถูกแรงกดดันจากคนไข้ต่างกัน แพทย์ก็มักปฏิบัติการนิยมเหมือน ๆ กัน<sup>10</sup>

ในทัศนะของฟริตสันปฏิบัติการนิยมของแพทย์ปรากฏควบคู่กับความมั่นใจของแพทย์ต่อปฏิบัติการที่สั่งการลงไปว่าจะเกิดผลแน่นอน และได้แสดงท่าทีเช่นนี้เป็นที่ปรากฏต่อคนไข้ ดังนั้นจึงทำหน้าที่สร้างผลพลาซีโบ (placebo) ประสานหนุนเนื่องกับความคาดหวังของคนไข้ว่าหมอจะสามารถเยียวยาความป่วยไข้ได้ การหายจากความเจ็บป่วยจำนวนมากจึงมีส่วนสืบเนื่องจากผลพลาซีโบโดยทั้งคนไข้และแพทย์

<sup>8</sup> หัวข้อนี้ได้อาศัยกรอบแนวความคิดจาก Friedson (1978) หน้า 158-184  
<sup>9</sup> ดู Dowling (1963) อ้างใน Friedson (1973) น. 163ff.  
<sup>10</sup> ในคลินิกเอกชน เวชปฏิบัติมีลักษณะ client - control มาก ขณะที่ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จะมีลักษณะ colleague - control มากกว่า

ก็ไม่รู้ตัวหลงไปทึกทักว่าเป็นผลเนื่องมาจากปฏิบัติกา  
ของแพทย์นั้น ๆ แต่เพียงอย่างเดียว

ค่านิยม “*ปฏิบัติการ*” นี้ถูกสร้างและฟุ้งพามา  
ตั้งแต่ในโรงเรียนแพทย์ (Friedson (1973)) และได้  
รับการตอกย้ำและยืนยันผลสำเร็จในเวชปฏิบัติที่  
แพทย์รับรู้ แม้นในหมู่แพทย์ที่ทำงานด้านสาธารณสุข  
“*ปฏิบัติการนิยม*” ก็ยังเป็นค่านิยมที่มีฐานะครอบงำ  
อยู่ดี ค่านิยมนี้เมื่อบวกกับแนวการแก้ไขปัญหาแบบ  
แทรกแซงรุกราน (invasive) ของหลักการแพทย์ชีว  
ภาพ ทำให้แพทย์ได้ชื่อว่าเป็น “*นักปฏิบัติการแทรก  
แซง*” ตัวยง (interventionist)

ปฏิบัติการ (action) ถ้าสอดคล้องกับความ  
เป็นจริง ก็เป็นสิ่งดี แต่ปฏิบัติการที่แทรกแซงมิใช่เป็น  
วิธีการที่มีประสิทธิผลเสมอไป “*ปฏิบัติการนิยม*”  
ของแพทย์จะมีปัญหามากเพียงไรขึ้นอยู่กับว่าแพทย์  
ใช้สังจธรรมเป็นพื้นฐานในการกำหนดปฏิบัติการของ  
ตนสักเพียงใด

ในทางทฤษฎี การแพทย์เป็นวิชาชีพชั้นสูง ซึ่ง  
ต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการที่สลับซับซ้อนและนี่  
คือเหตุผลสำคัญที่สนับสนุนอำนาจผูกขาดของวิชาชีพ  
แพทย์ ทว่า ในทางปฏิบัติเรากลับพบว่ามีความแตก  
ต่างหลากหลายค่อนข้างมากในหมู่แพทย์ในการ  
วินิจฉัยและรักษาโรคเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการ  
ผ่าตัดต่อมทอลซิล ไล้ตั้ง หรือปอด การสั่งจ่ายยา  
แก้ปวด ยานอนหลับ และยาปฏิชีวนะ จะใช้รังสี  
หรือผ่าตัด จะใช้ยาสลบในการทำคลอดหรือไม่ ฯลฯ  
ความแตกต่างเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นกับข้อจำกัดในองค์  
ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และผลการประยุกต์  
ใช้ในเวชปฏิบัติ (เช่นความรู้ทางระบาดวิทยาคลินิก  
ของโรคและการรักษา) แต่อีกส่วนหนึ่ง (ซึ่งสำคัญพอ ๆ  
หรือมากกว่าส่วนแรก) ขึ้นกับลักษณะประสมการณ  
นิยมของแพทย์แต่ละคน<sup>11</sup>

ค่านิยมของแพทย์นั้นเน้นประสมการณทาง  
คลินิกเป็นพิเศษ ประสมการณทางคลินิก หมายถึง

ประสมการณจริง ๆ ในการจัดการกับคนไข้และโรค  
ประสมการณทางคลินิกมีลักษณะเฉพาะตัว ลัทธิ  
ประสมการณนิยมของแพทย์เริ่มมีปัญหา เพราะ  
แพทย์เชื่อมั่นในประสมการณส่วนตัวมาก จนไม่  
พิจารณาข้อเท็จจริงในทางวิชาการ หรือเกิดอวิชชา  
ว่าประสมการณสำคัญกว่าความรู้ ประสมการณ  
นิยมทำให้แพทย์โดยทั่วไปเป็นพวกปฏิบัตินิยมแบบ  
หยาบ ๆ (pragmatist) ที่นิยมชมชอบประสมการณ  
ตรงมากกว่าความรู้แบบหนังสือ (book knowledge),  
รูปธรรมที่พึง่ายปฏิบัติได้ง่ายมากกว่านามธรรมที่ยุ่งยาก  
กล่าวโดยรวมแล้ว ประสมการณนิยมทำให้มีอดีต  
วิสัยอยู่น้อยในเวชปฏิบัติของแพทย์ เกิดการยึด  
มั่นในประสมการณเฉพาะ (รายคนไข้) ของตนเอง  
และกลายเป็นอุปสรรคสำหรับการเรียนรู้ข้อเท็จจริง  
ทางคลินิกในระดับกว้าง การนำวิชาการระบาดวิทยา  
คลินิกเข้ามานั้น เข้าใจว่าผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ  
มูลนิธิโรคก็เฟลเลอร์ คงได้ตระหนักปัญหาอดีตวิสัย  
ในเวชปฏิบัติและความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อสังคมและ  
คนไข้ นี้แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ในโรงพยาบาลโรงเรียน  
แพทย์ ลัทธิประสมการณนิยมก็เป็นจริงอยู่น้อย  
อย่างไรก็ดีเห็นทางสู่ความสำเร็จของระบาดวิทยาคลินิก  
ยังอยู่อีกยาวไกล เพราะเดินสวนทางกับลัทธิประสม  
การณนิยมทางคลินิก ผสมกับความเป็นปัจเจกบุคคล  
ของแพทย์อันเป็นค่านิยมพื้นฐานของวิชาชีพแพทย์

นอกเหนือจาก *ปฏิบัติการนิยม* และ *ประสม  
การณนิยม* แล้ว จิตใจแบบคลินิกยังต่อต้านการถูก  
วิพากษ์วิจารณ์ หรือถูกตรวจสอบควบคุมโดยผู้อื่น  
ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ด้วยกันหรือคนไข้ ในสหรัฐฯ การ  
วิพากษ์วิจารณ์ผลงานของแพทย์ด้วยกันในทางแจ้ง  
หรือทางลับเป็นสิ่งที่แพทย์มักไม่ทำ เหตุผลส่วนหนึ่ง  
มีผู้เคราะห์ว่าเกี่ยวกับลัทธิ “*ที่มึงข้าไม่ว่า ที่ข้ามึง  
อย่าไวย*” ที่พัฒนาขึ้น เพราะเวชปฏิบัติมีความเสี่ยง  
สูงต่อความเสียหายล้มเหลว (เพราะเกิดข้อผิดพลาด  
ในการให้การรักษา) การศึกษาค่านิยมแพทย์ในสหรัฐ

<sup>11</sup> ในที่นี้จะเว้นไม่กล่าวถึงความแตกต่างอันเนื่องมาจากบริบทของการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐ  
เป็นต้น

อเมริกา รายงานว่า แพทย์ให้คุณค่ากับความเป็นอิสระ (autonomy) ในการประกอบเวชปฏิบัติมาก สิ่งที่ไม่ชอบที่สุดคือ การถูกนิเทศงาน (supervision) โดยแพทย์ผู้อื่น (Friedson (1973))

สิ่งที่น่าแปลกใจยิ่งกว่าการไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ผลงานกันเองในหมู่แพทย์ด้วยกัน ก็คือ ในโรงพยาบาลจะไม่พบระบบการตรวจสอบควบคุมการทำงานของแพทย์ ในประเทศไทยเองเท่าที่ทราบ ไม่มีโรงพยาบาลใดแม้แต่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ที่มีระบบประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์ (quality assurance) แพทย์สภามิมีบทบาทในการควบคุมดูแลการทำงานของแพทย์ แต่เป็นความผิดพลาดในเวชปฏิบัติที่เกิดขึ้นแล้ว ซึ่งครอบคลุมเพียงความผิดพลาด ส่วนน้อยเท่านั้น

หลักการข้อหนึ่งของความเป็นวิชาชีพแพทย์ ก็คือสามารถควบคุมมาตรฐานการทำงานกันเอง เพื่อประโยชน์ต่อหลักประกันชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทว่าในทางปฏิบัติจริง ๆ การควบคุมกันเองในวิชาชีพกลับมีอยู่น้อยมาก ยกตัวอย่างเช่น ระบบ การ conference ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ควบคุมมาตรฐานการรักษาของแพทย์ด้วยกันเอง และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การ conference ประกอบด้วย อาจารย์ แพทย์ แพทย์อาวุโส แพทย์ฝึกหัด ซึ่งจะมีการพบปะเพื่อรายงานความคืบหน้า และซักถามถึงแนวทางการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีแพทย์ที่เข้าร่วม conference ช่วยได้สอน วิพากษ์วิจารณ์ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ถือเป็นเงื่อนไขที่ทำให้กระบวนการรักษาเยี่ยงยาของแพทย์ ถูกตรวจสอบทั้งในแง่ของความรู้และกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดวิธีการรักษาหรือเวชปฏิบัติต่างๆ อย่างไรก็ตามการใช้ระบบ conference ให้เกิดประโยชน์ในลักษณะนี้ยังมีอยู่น้อย หรือแทบไม่มีเลยก็ว่าได้ แม้แต่ในโรงเรียนแพทย์ซึ่งเป็นสถาบันวิชาชีพชั้นสูงที่ปฏิบัติกันอยู่ ก็เป็นเพียงรายงาน Case เพื่อแจ้งให้

ทราบมากกว่าจะให้เ็นกระบวนการตรวจสอบมาตรฐานการทำงานของแพทย์จริง ๆ ตามหลักการข้างต้น

ที่สุดแห่งการทนไม่ได้ รับผิดชอบของแพทย์โดยทั่วไปก็คือการวิจารณ์ การตั้งข้อสงสัย หรือแม้แต่คำถามของคนไข้และญาติพี่น้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไปต่อการตัดสินใจหรือคำอธิบายของแพทย์ ซึ่งสื่อไปในทางกังขาต่อความรู้หรือความถูกต้องแห่งการตัดสินใจของแพทย์ ข้อนี้ชาวบ้านต่างได้สัมผัสและตระหนักกันถ้วนหน้า "คนไข้ที่ดี คือ พวกที่

**ก** รณิท่านพุทธทาสตร  
เป็นข้อสังวรณ์ให้  
แพทย์ดีความคุณค่า  
การยึดชีวิตอย่างมีสติมากขึ้น  
กว่าเก่า

ปฏิบัติตามหมอสั่งลูกเดียว" เป็นความรู้ที่คุ้นกันอยู่ ถึงตอนนี้ควรยกเหตุการณ์กรณีปัจฉิมอาพาธของท่านพุทธทาสขึ้นมาอ้างอิงในจุดที่เกี่ยวข้อง นายแพทย์นิธิพัฒน์ เจียรกุล ได้บันทึกความเห็นในการถวายการรักษาไว้ว่า "...ในหลายกรณีที่ท่านอาจารย์ (พุทธทาส) ปฏิเสธวิธีการรักษาของแพทย์ แต่ก็เป็นการปฏิเสธด้วยความนุ่มนวลมิใช่

ท่าทีของปฏิปักษ์ และมีไข้ด้วยความต้อร้น ดั้งเดิมไม่ยอมฟังเหตุผล หรือไม่ยอมทำตามความเข้าใจสิ่งที่แพทย์เสนอ" (นิธิพัฒน์ หน้า 68) ความข้อนี้เป็นที่สงสัยว่าคนไข้อื่นๆ ซึ่งปฏิเสธวิธีการรักษาด้วยท่าที ปฏิปักษ์ ต้อร้น ฯลฯ ที่นายแพทย์นิธิพัฒน์ อ้างถึงนั้น โดยสาระแล้วเขาตั้งข้อสงสัยในภูมิปัญญาและความถูกต้องของแพทย์ด้วยหรือไม่? น่าเสียดายที่มิได้ขยายความส่วนนี้ไว้ เหตุการณ์อีกข้อหนึ่งที่ควรนำมาอ้างอิง คือ อาการช้ำชักของท่านสันติกโร ซึ่งอาจารย์ประเวศ วัชสี ได้เล่าไว้พร้อมจดหมายของท่านสันติกโร (ประเวศ วัชสี "ปัจฉิมอาพาธ ท่านพุทธทาสมหาเถระ" น.73 - 81)

"ท่านสันติกโร ด้วยความเป็นฝรั่งจึงช้ำชักช้ำชาก ช้ำชากและช้ำชากบันทึก ท่านบันทึกอาการและการรักษาพยาบาลท่านอาจารย์พุทธทาสอย่างละเอียดทุกวัน ความช้ำชักช้ำชากคงจะก่อความปวดหัวให้แพทย์มากที่สุด ที่จริงท่านตั้งคำถามมาก ซึ่งผมจะไม่นำมาเล่าในที่นี้"

“แพทย์มีความเคยชินในการอธิบายกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยอย่างทลวม ๆ เพราะผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยไม่มีวัฒนธรรมที่จะตั้งคำถามเอาากับแพทย์ เมื่อมาพบลูกศิษย์อาจารย์พุทธทาสที่ฉลาดสามารถตรวจสอบคำพูดของแพทย์ได้ จึงทำให้ลำบากใจเหมือนกัน” (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน ประเวศ วะสี “ปัจฉิมอาพาท ท่านพุทธทาสมหาเถระ”, น. 60-62)

อาการความรู้สึกไวต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ หรือข้อสงสัยในบริการทางการแพทย์นี้ ดูไปแล้วก็เป็นเรื่อง ธรรมดาในฐานะที่ต้องทำงานที่มีความรับผิดชอบสูง และใช้ความรู้มาก เพราะเกี่ยวกับชีวิตและความตายของคนนับเป็น ความรับผิดชอบที่ภาคภูมิใจ เป็น ความรุ่งโรจน์และมีอำนาจที่ใคร ๆ ก็กลัวและเกรงใจ แต่ขณะเดียวกัน ในเงื่อนไขเวชปฏิบัติแบบประสพ การณีนิยม และปฏิบัติการนิยม ย่อม มีโอกาสที่จะผิดพลาด ล้มเหลว ในทัศนะของฟริตสัน (1973) จิตวิทยาของวิชาชีพแพทย์คืออำนาจสูงสุดที่เปี่ยมด้วยความหวาดกลัวว่าจะร่วงหล่นลงมา อำนาจของวิชาชีพแพทย์มีลักษณะเป็น paranoid superiority คล้ายกับนักการเมืองที่มักหวาดกลัวคำวิจารณ์อย่างเกินเหตุ

อาการหวั่นไหวต่อคำถามหรือข้อสงสัยของคนไข้ต่อบริการของแพทย์นี้ นอกจากจะเกิดจากปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาในเวชปฏิบัติที่กล่าวถึงข้างต้นแล้ว ยังมีรากฐานจากหลักการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งใช้ทฤษฎีโรค (disease theory) ที่มองข้ามบทบาทของผู้ป่วย<sup>12</sup> และข้อมูลจากผู้ป่วย เทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและรักษา ยิ่งเร่งให้ความโน้มเอียงนี้รุนแรงยิ่งขึ้นไปอีก ขณะเดียวกันก็ทำให้อำนาจของแพทย์เหนือคนไข้มีความเด็ดขาดมากยิ่งขึ้น

## เกี่ยวกับความตายและจริยสังคม

ต่อกรณีปัจฉิมอาพาทของท่านอาจารย์พุทธทาส และข้อแตกต่างในการปฏิบัติต่อท่านอาจารย์ระหว่างคณะแพทย์และศิษยานุศิษย์ ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ได้สรุปบทเรียนทางธรรม การแพทย์ และสังคมวิทยาไว้อย่างน่าฟัง ในที่นี้จะขอขยายความในประเด็นทาง วรรณคดีและคุณค่าทางการแพทย์ และประเด็นสังคม วิทยา

การให้ความหมายทางการแพทย์สำหรับความตาย ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีในการยืดชีวิตคนไข้ออกไป ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เสียค่าใช้จ่ายมาก และสร้างความขัดแย้งในหมู่ญาติ เกี่ยวกับความจำเป็นในการรักษา ซึ่งมักไม่อาจคลี่คลายได้ง่ายๆ และผลสุดท้ายลงเอยที่ยอมยัดการรักษาและคนไข้ตายในโรงพยาบาล กรณีท่านพุทธทาส ควรเป็นข้อสังวรณให้แพทย์ตีความ

คุณค่าการยืดชีวิตอย่างมีสติมากขึ้นกว่าเก่า อันที่จริงในสมัยก่อนที่เทคโนโลยีการรักษากการช่วยชีวิตยังมีน้อย ค่านิยมการยืดชีวิตก็ดูสอดคล้องกับความ เป็นจริงทางสังคมเพราะช่วยไม่นานก็รู้ผลว่าจะอยู่หรือรอด แต่เมื่อเทคโนโลยีการรักษาพัฒนาขึ้นมามาก ก็ควรรู้จักปรับคุณค่าเดิมและใช้ให้เหมาะสม การที่แพทย์บางคนเดินหน้าสู้กับความตายของคนไข้อย่าง ตื้อดิ่ง ทำให้สามารถตีความได้ว่าอาจมีเหตุผลเชิงอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องนอกเหนือเหตุผลทางจริยธรรม

“เนื่องจากท่านอาจารย์พุทธทาสไม่ใช่เป็นพลเมืองส่วนตัว แต่เป็นคนของสังคมเป็นสถาบันไปแล้ว” (ประเวศ (2536)) ความพยายามในการยืดชีวิตของท่านจึงมีความสำคัญทางสัญลักษณ์ต่อฐานะอำนาจของวิชาชีพในความพยายามต่อสู้กับโรค และความตาย ผลของความพยายามนี้ถ้าสำเร็จคือ

**ค** วามตั้งใจของแพทย์ เป็นสิ่งที่วัดและพิสูจน์กันไม่ได้ ซึ่งไม่อาจเป็นเครื่องชี้ที่ดีของการปฏิบัติตามจรรยาแพทย์

<sup>12</sup> การมองร่างกายเสมือนเป็นเครื่องจักรที่ประกอบด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ และทฤษฎีสาเหตุโรคที่เฉพาะเจาะจง (specific disease etiology) ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุทางชีวภาพเป็นหลัก ดูเพิ่มเติมในคาปรั้า (2529), Berliner (1984)



เกียรติยศชื่อเสียงและอำนาจแห่งสถาบัน แต่ถ้าไม่สำเร็จ วัฒนธรรมไทยก็ยังให้โอกาสกับการแพทย์ ยิ่งเคารพในความตั้งใจดีของฝ่ายแพทย์ต่อไป

เทคโนโลยีการรักษาระดับสูงที่มีใช้ในโรงพยาบาลได้ทำให้ขีดความสามารถในการสู้กับความตายเพิ่มขึ้นมาก นี่เป็นสิ่งท้าทายต่ออโก้และความสามารถของแพทย์ผู้ชำนาญการ โดยเหตุนี้เมื่อโอกาสเอื้ออำนวย คนไข้จึงถูกใช้เป็นสนามรบระหว่างแพทย์และความตายที่แพทย์พยายามเอาชนะทุกวิถีทาง โดยลิมค่านิ่งถึงผลกระทบต่อคนไข้ หากแพทย์ชนะ ขจัดหรือเลื่อนสัญญาณความตายได้ก็ไม่แน่ว่าคนไข้และญาติจะเป็นผู้ชนะด้วย ทว่าเมื่อไรที่สื่อว่าความตายกำลังเป็นฝ่ายชนะ แพทย์ก็จะรีบจากสนามรบแห่งนี้ไป นักสังคมวิทยาตะวันตกสรุปว่าแม้แพทย์จะถือเอาความตายเป็นศัตรูหมายเลขหนึ่งที่ต้องเอาชนะ แต่แพทย์กลับกลัวความตายมาก ไม่กล้ารับคนไข้ที่มีโอกาส

รอดตายน้อย เลิกสนใจคนไข้ของตัวเองที่ใกล้ตาย คนไข้ที่ตายในห้องผ่าตัดถือเป็นเรื่องร้ายแรง แต่ถ้าตายขณะที่อยู่ห้องพักฟื้นถือเป็นธรรมดา (Friedson (1973))

แนวโน้มสังคมไทยปัจจุบัน ผู้คนหวาดกลัวและพยายามหลีกเลี่ยงความตายมากขึ้น โดยยอมสยบต่อแพทย์และเทคโนโลยีขั้นสูงในโรงพยาบาล ครอบครัวจะผลัดความรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วย และการตายไปสู่โรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น ปัจจุบันอาพาธของท่านอาจารย์พุทธทาสจึงเป็นบทเรียนสำคัญทั้งต่อวิชาแพทย์และสังคมโดยรวม

ทั้งในกรณีการรักษาท่านพุทธทาส และคนไข้ธรรมดาทั่ว ๆ ไป “ความตั้งใจดี” ของแพทย์จะถูกยกขึ้นมาเป็นข้ออ้างอยู่เสมอ เพื่อตอกย้ำจรรยาแพทย์ข้อที่ทำเพื่อประโยชน์ของคนไข้เป็นสำคัญ มิใช่เพื่อประโยชน์ใด ๆ เป็นการส่วนตัวของแพทย์ จรรยาที่อุทิศเพื่อส่วนรวมนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญให้วิชาชีพมี

อิสระในการกำหนดวิธีการทำงานกับคนไข้ โดยไม่ต้องถูกสอดส่องควบคุมโดยสังคม อยากรู้ดี “ความตั้งใจดีของแพทย์” เป็นสิ่งที่วัดและพิสูจน์กันไม่ได้จึงไม่อาจเป็นเครื่องชี้ที่ดีของการปฏิบัติตามจรรยาแพทย์ ฟรีดสันเสนอว่าควรประเมินจรรยาแพทย์ที่ทำเพื่อคนไข้และส่วนรวมจากพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง ๆ มากกว่า โดยเฉพาะสามารถดูได้จากการควบคุมพฤติกรรม การให้บริการของแพทย์โดยวิชาชีพ ซึ่งพบว่าไม่น้อยมากตามที่ได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อก่อนหน้านี้

**ป**ฏิบัติการตอบสนองของผู้นำวิชาชีพแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐ เป็นเพียงเครื่องแสดง paranoid superiority ของวิชาชีพแพทย์ ...

### การแพทย์อำนาจวิชาชีพแพทย์

เมื่อเศรษฐกิจและเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สังคมและภาคประชาชนโน้มเอียงว่าจะพึ่งพาวิทยาศาสตร์หรือสิ่งที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นรากฐานมากขึ้น แม้แต่ทฤษฎีการพัฒนาที่ได้รับอิทธิพลมาจากตะวันตกก็ได้พยายาม

สั่งสอนว่าต้องใช้ “เหตุผล” (reasons) และ “ความรู้” (knowledge) ชี้นำทางพัฒนา โดยถือว่ารูปลกรรมสำคัญของแหล่งความรู้ที่กำหนดก็คือวิชาชีพ และวิชาชีพที่ได้รับการยกย่องว่ามีบทบาทในการพัฒนาประเทศมาโดยตลอดก็คือ วิชาชีพแพทย์

ในประเทศไทยอำนาจวิชาชีพแพทย์ได้แผ่ขยายและทวีความเข้มข้นไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการขยายบริการทางการแพทย์ชีวภาพ เมื่อแพทย์เพิ่มจำนวนมากขึ้น (โดยวิชาชีพยังสามารถควบคุมมิให้ล้นตลาด) โรงพยาบาลและสถานบริการการแพทย์อื่น ๆ ขยายจำนวนออกไป เมื่อประชาชนร้องหาสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่ต้องอาศัยโรงพยาบาล อาศัยแพทย์เพิ่มขึ้น อำนาจวิชาชีพแพทย์ไทย จึงเพิ่มความสำคัญขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกเหนือจากบริการรักษาพยาบาลแล้ว แพทย์ยังทำหน้าที่เป็นผู้ให้ฉันทานุมัติ (gate keeper) เกี่ยวกับชีวิตทางสังคมของผู้คนมากขึ้น เช่น การลาป่วย

การมีสิทธิเข้าทำงาน การรับทุนการศึกษาไปศึกษาต่อต่างประเทศ ต้องอาศัยใบรับรองของแพทย์ หรือแม้แต่แต่งงาน ต่อไปพ่อแม่และนายทะเบียนสมรส อาจขอคู่มือรับรองแพทย์ก็เป็นได้ ในทิศทางเช่นนี้ อำนาจของแพทย์ในฐานะเป็นผู้ควบคุมทางสังคมมีมากขึ้น นอกจากเป็นหมอแล้ว สถาบันการแพทย์ยังมีอำนาจคล้าย ๆ กับพระและวัด ศาล ทันตสถาน ฯลฯ ในทำนองเดียวกันกับการขยายบทบาทด้านการควบคุมสังคม ปัญหาและปรากฏการณ์สังคมหลายอย่างถูกแปรเป็นปัญหาทางการแพทย์ซึ่งต้องแก้ไขด้วยวิธีการทางการแพทย์ (medicalization) เช่น การคลอด พฤติกรรมทางเพศ พิษสุราเรื้อรัง การติดสิ่งเสพติด พฤติกรรมการขับชี่ยานยนต์ (เช่น การติดยาม้า) เป็นต้น แม้แต่การตายก็ถูก medicalized ต่อไปหากวิทยาการอนุพันธุศาสตร์มีความแน่นอนมากขึ้น ชีวิตทางสังคมของผู้คนจะถูกกระทบกระเทือน และขึ้นต่อบริบททางการแพทย์มากขึ้นไปอีก

ในสภาพเช่นนี้ อำนาจวิชาชีพแพทย์มีแนวโน้มแผ่ขยายรุกเข้าไปในพื้นที่ทางสังคมและศีลธรรมมากขึ้น นอกเหนือจากความสำเร็จในการทำให้ผู้คนตื่นตัว และตระหนักต่อภัยทางสุขภาพต่าง ๆ แล้ว แพทย์ยังพูดถึงปัญหาการเลี้ยงดูเด็ก ปัญหาวัยรุ่น ปัญหาความเชื่อทางไสยศาสตร์ และอื่น ๆ ได้อย่างมีการยอมรับ (authority) โดยภาพรวมแพทย์จึงถูกขนานนามว่า "เป็นผู้ประกอบการทางศีลธรรม" (moral entrepreneur)

แม้อำนาจของสถาบันการแพทย์จะแผ่ขยายออกไปมาก วิชาชีพแพทย์ก็ยังคงไว้ซึ่งความหวาดระแวงต่อปรากฏการณ์ทางสังคมที่คุกคามความมั่นคงของตน การใช้อำนาจกับกรณีหมอน้อยที่โคโรราใน พ.ศ.2529 (ดูเสรี พงศ์พิศ (2529)), และการจับกุมผู้รักชาติคนไข้โรคเอดส์ด้วยสมุนไพร ในข้อหาผลิตและจำหน่ายยาโดยไม่มีใบอนุญาต, หลอกหลวง และต้มตุ๋น

(จันทนา ฟองทะเล (2537)) หากวิเคราะห์ให้ถึงที่สุดแล้ว ในด้านหนึ่ง เป็นความพยายามของผู้นำวิชาชีพแพทย์ไทยในกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประกอบการทางศีลธรรมในการพิทักษ์อธิปไตยวิชาชีพแพทย์) ที่จะปราบปราม คู่แข่งชั้นทางสังคม (social competitor) หมอน้อยยังมีอยู่อีกมากมายแต่หากมิได้ดึงดูดผู้คนมากมายไปขึ้นต่อจนเป็นข่าวใหญ่แล้วละก็ ผู้พิทักษ์อำนาจวิชาชีพแพทย์เหล่านี้ก็คงไม่รู้สึกถูกคุกคามถึงขนาดต้องเข้าไปจัดการให้ราบคาบ

อย่างไรก็ตาม หากมองในอีกด้านหนึ่ง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้นำวิชาชีพแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐ เป็นเพียงเครื่องแสดง paranoid superiority ของวิชาชีพแพทย์ ซึ่งยังยืนโบนเอนระหว่างความรุ่งโรจน์และเสื่อมถอย (ในความคิดอย่างเดียวดายแต่ไม่ปรากฏต่อสายตาผู้คนส่วนใหญ่)

**ทางออกที่เหลืออยู่ คือ ให้ภาคประชาชนเกิดความตระหนักรู้ และเท่าทันการดำเนินงานของแพทย์ ที่สำคัญก็คือต้องสร้างให้ประชาชนหันมาพึ่งตัวเอง**

### อนาคต

วิชาชีพแพทย์มีอำนาจมาก แผ่ขยาย และแข็งแกร่งขึ้นเรื่อย ๆ ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ สวัสดิภาพ ความปลอดภัย และผลประโยชน์ของคนไข้และส่วนรวม เป็นเหตุผลสำคัญที่สังคมมอบหมายอำนาจให้วิชาชีพแพทย์ แต่ในเวชปฏิบัติจริง ๆ เมื่อวิเคราะห์ถึงฐานคติ ทรรศนะ และระบบคุณค่า ที่มีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมของแพทย์ กลับพบว่า มีมาตรฐานและอาศัยสังจรรยาธรรมความรู้้น้อยกว่าที่อ้าง นอกจากนั้นการควบคุมกันเองภายในวิชาชีพและสถาบันการแพทย์ก็ยังอ่อนแอ ผลที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติคืออำนาจวิชาชีพที่เพิ่มมากขึ้น มิได้เป็นหลักประกันว่าสุขภาพและชีวิตของประชาชนจะดีขึ้นเสมอไป

ทางออกใหญ่ ๆ ในเรื่องนี้ มี 2 ทาง หนึ่งในวิชาชีพแพทย์เองควรมีการปฏิรูปกันยกใหญ่ ในด้านเวชปฏิบัติ ฐานคติ และระบบการควบคุมกันเอง ที่จะทำให้บริการการแพทย์มีเหตุผล และสอดคล้องความเป็นจริงมากขึ้น เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่ ทำได้ไม่

ง่าย เพราะโครงสร้างและวัฒนธรรมวิชาชีพแพทย์ที่เป็นอยู่ขณะนี้มีความสามารถในการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสูงมาก อีกทางหนึ่ง คือสังคมควรมีบทบาทควบคุมวิชาชีพและสถาบันการแพทย์มากขึ้น จะให้รัฐและกลไกรัฐทำหน้าที่นี้ ความหวังที่รีบร้อนที่เลื้อยเกินทางออกที่เหลืออยู่ คือ ให้ภาคประชาชนเกิดความตระหนักรู้ และเท่าทันการดำเนินงานของแพทย์ ที่สำคัญคือต้องสร้างให้ประชาชนหันมาพึ่งตัวเองในทางสุขภาพและการดูแลความเจ็บป่วยเหมือนที่เคยมีขีดความสามารถนี้ในอดีต ความเจ็บป่วยและการจัดการกับความเจ็บป่วยเป็นการสร้างสรรค์ทางสังคมและวัฒนธรรม หากปล่อยให้ความรับผิดชอบทั้งหมดอยู่ในมือแพทย์ แพทย์ก็ยังใช้ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของตนเอง เลือกใช้ความรู้ในการกำหนดและรักษาความเจ็บป่วยอยู่ดี ซึ่งไม่มีหลักฐานประกันร้อยเปอร์เซ็นต์ว่า จะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยและสังคมเสมอไป แต่ที่แน่ ๆ คือแพทย์ได้รับประโยชน์ถ้าจะให้เกิดหลักประกันต่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและสังคม ประชาชนควรมีส่วนร่วมอย่างสำคัญ ทั้งที่ร่วมกับแพทย์ และเป็นอิสระจากแพทย์ในการตัดสินใจ จัดการกับความเจ็บป่วยและสุขภาพของตน

### เอกสารอ้างอิง

พระไพศาล วิสาโล (2535) สุขภาพ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ใน สิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (บรรณาธิการ): กรุงเทพฯ ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 23-70  
 คาปรั้า (2529) จุดเปลี่ยนแห่งศตวรรษ พระประชาปสนนธมมโม และคณะ(แปล) มูลนิธิโกลดคีมทอง: กรุงเทพฯ  
 อีลิช (2523) แพทย์-ภาพเจ้ากาสิ. สันต์ หัตถิรัตน์ (แปล) มูลนิธิโกลดคีมทอง: กรุงเทพฯ.  
 นิธิพัฒน์ เจียรกุล (2536) ท่านอาจารย์พุทธทาส : คนไขที่ हमได้รู้จัก มูลนิธิโกลดคีมทอง : กรุงเทพฯ.  
 ประเวศ วะสี (2536) ปัจฉิมอาพาทท่านพุทธทาสมหาเถระ. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน : กรุงเทพฯ

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต) (2523) การแพทย์แนวพุทธ ในพฤติกรรมสุขภาพ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (บรรณาธิการ) ข่ายงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ : กรุงเทพฯ  
 สันต์ หัตถิรัตน์ (2536) บทเรียนจากกรณีอาพาทของท่านพุทธทาส. สยามโพสท์  
 เสรีพงษ์พิศ (2529) คินสุรากเหง้า สำนักพิมพ์เทียนวรรณ: กรุงเทพฯ, น.36-53  
 จันทนา พงทะเล (2537) คิดแล้วเขียน-เอตส์. อาทิตย์รายสัปดาห์ ปีที่ 17 ฉบับที่ 874 11-17 มีนาคม 2537, น.50-51.  
 โดโนลสัน (1979) อิทธิพลมูลนิธิร็อกกัเฟลเลอร์ต่อการแพทย์ไทย, สุขาย ตริรัตน์ (แปล) วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2.  
 Friedson, Eliot. (1970) **Professional Dominance**. New York : Atherton Press.  
 Friedson, Eliot (1973) **Profession of Medicine**. New York : Dodd, Mead.  
 Foster, G.M. and B.G. Anderson (1978) **Medical Anthropology**. New York : John Wiley & Sons.  
 Dowling, H.I. (1963) How do practicing physicians use new drugs ? **Journal of the American Medical Association**, CLXXXV, 233-236  
 Berliner, H.S. (1984) Scientific medicine since Flexner. In **Alternative Medicines** . J.W. Sakmon (ed.), NewYork : Tavistock Publications. 30-56.  
 Wariya Siwasariyamon (1984) **The transfer of medical technology from the First World to the Third World : a case study of the Rockefeller Foundation's role in a Thai medical school**. Ph.D. dissertation, Univ. of Hawaii.  
 Brown, E.R. (1979) Exporting medical education: professionalism, modernization and imperialism. **Social Science & Medicine** 13A : 585 - 595  
 Goldstein, M.S. and P.J. Donaldson. (1979) Exporting professionalism : a case study of medical education. **Journal of Health and Social Behavior**. 20 (December) : 322 - 337.  
 Starr Paul (1982). **The Social Transformation of American Medicine - the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry**. New York : Basic Books.

