

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 อำนวย 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 มีเหตุผลโดย

ไม่ถูกกล่าวหาว่าเป็น “negative approach” หรือทำให้ “เสียกำลังใจ” นักสังคมศาสตร์ที่ควรพร่ำสอนให้ผู้ที่ต้องให้บริการหรือทำงานกับประชาชนว่าต้องไวในการรับรู้และปรับการทำงานให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสังคมที่หลากหลายของชุมชน แต่เมื่อถึงคราวตนเองปฏิบัติกลับดูเป็นเรื่องยากเย็นที่เดียวที่ต้องวิจารณ์ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมแบบไม่ชอบการวิจารณ์ของสถาบันที่มีอำนาจมาก

พระเทพเวที (ประยุทธ์ ปยุตโต) (2533) ได้จำแนกการพิจารณาการแพทย์ออกเป็น 2 ด้านด้วยกัน ด้านที่หนึ่งเป็นในแง่สังคม คือ หลักการหรือเนื้อหาสาระของวิชาการแพทย์สอดคล้องกับความเป็นจริงเพียงใด ด้านที่สองเป็นในแง่จริยธรรม คือการนำมาใช้ปฏิบัติในทางการแพทย์หรือเวชปฏิบัติได้ดำเนินไปอย่างไร ในประเทศไทยกระแสการวิพากษ์วิจารณ์การแพทย์ที่ผ่านมายังมีอยู่น้อย ที่มีอยู่ก็เอียงไปในด้านสังคมเป็นหลัก คือ วิจารณ์ระบบการแพทย์ชีวภาพ¹ (หรือระบบการแพทย์ตะวันตก หรือระบบการแพทย์แผนใหม่) ว่ามีข้อจำกัดและไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงของสุขภาพและการรักษา

๒๒ **ม่ในกรณีที่ไม่แน่ใจ หรือแน่ใจน้อยในความสำเร็จ แพทย์ก็ยิ่งชอบที่จะทำอะไรบางอย่างมากกว่าจะไม่ทำอะไร**

พยาบาลในสังคมอย่างไร และการแพทย์แบบองค์รวม (holistic) ตลอดจนระบบการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ (เช่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ) จะมีส่วนพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่และสุขภาพของประชาชนต่อไปได้อย่างไร² แม้ในกรณีปัจฉิมอาพาธ การรักษาและมรณภาพของท่านพุทธทาส ซึ่งเกิดกรณีที่มีความแตกต่างทางความเห็นและการปฏิบัติระหว่างแพทย์ที่รับผิดชอบกับศิษยานุศิษย์ และเป็นที่น่าสนใจของประชาชนในวงกว้าง ประเด็นความแตกต่างและ

บทเรียนที่สรุปขึ้นก็เน้นเป็นหลักไปที่ด้านสังคมเท่านั้น³ การวิพากษ์วิจารณ์หรือกระทั่งข้อสงสัยในเชิงจริยธรรมหรือเวชปฏิบัติมีน้อย หรือแทบไม่มี⁴

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

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

¹ นักสังคมวิทยาการแพทย์เรียกขานกันว่า “medical” model

² โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมจากพระไพศาล วิสาโล (2535); พระเทพเวที (2533); คาปร้า (2529)

³ ดู ประเวศ วะสี (2536); นิธิพัฒน์ เจียรกุล (2536)

⁴ 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 ถ้าผู้นำหรือผู้แทนของวิชาชีพมีลักษณะหวาดผวาสูง (paranoid)

เราไม่ควรหลงเข้าใจผิดไปกับประวัติศาสตร์การแพทย์ในตะวันตกว่า ผู้ประกอบอาชีพเย็บวรายรักษา มีเกียรติยศและอำนาจสูงส่งต่อเนื่องมานานแล้วแต่อดีต แท้ที่จริงสถานภาพของผู้ให้การรักษา โดยทั่วไปอยู่ในสภาพลำบากเร่ร่อน แข่งขันกันทำมาหากิน แนวคิดทฤษฎีการแพทย์ และเวชปฏิบัติก็มีกันอยู่หลากหลาย อีกทั้งประชาชนโดยส่วนใหญ่ เมื่อเทียบเคียงความรู้และประสบการณ์กับพวกหมอต่างๆแล้ว ก็ยังสามารถพึ่งตัวเองได้ในระดับสูง ต่อเมื่อได้มีการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ชีวภาพ เช่น การค้นพบทฤษฎี bacteriology ของปาสเตอร์ และการผ่าตัดที่ปลอดภัย ตลอดจนการจัดการแพทย์-ศาสตร์ศึกษาโดยอาศัยมหาวิทยาลัย ในตอนปลายศตวรรษที่ 19 เท่านั้น ที่วิชาชีพแพทย์สมัยใหม่ได้เริ่มสถาปนาความเป็นใหญ่ขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา⁵ อำนาจวิชาชีพแพทย์แบบชีวภาพแข็ง

⁵ อ่านเพิ่มเติมผลงานของ Friedson (1970 ; 1973) และ Starr (1982).

⁶ ในสหรัฐอเมริกา บทรายงานของ Flexnor ในช่วงทศวรรษ 1910 และมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ 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)) อิทธิพลและความสำเร็จของมูลนิธิในการสร้างโรงเรียนแพทย์ศิริราชให้ผลิตแพทย์มาตรฐานความรู้สูงและปกป้องให้ปลอดภัยจากแรงกดดันของกระทรวงมหาดไทยนานพอต่อการรอเวลาขยายโรงพยาบาลมากขึ้นและที่สุดแยกก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขได้ในปีพ.ศ.2485⁷ 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
ทิประสงค์นิยม
ของแพทย์เริ่มมีปัญหา
เพราะแพทย์เชื่อมั่นใน
ประสบการณ์ส่วนตัวมากจนไม่
พิจารณาข้อเท็จจริงในทาง
วิชาการ หรือเกิดอวิชชาว่า
ประสบการณ์สำคัญกว่าความรู้

⁷ ดูรายละเอียดเกี่ยวกับความแตกต่างทางความคิดในการผลิตแพทย์ ระหว่างกระทรวงมหาดไทย และเจ้าหน้าที่มูลนิธิโรคหืดที่เฟลเลอร์ โดยเฉพาะในประเด็นนำเสนองของกระทรวงมหาดไทย เกี่ยวกับการผลิตผู้ช่วยแพทย์ (Junior doctor) ในไคโนลสัน (2519) และ Wariya Siwasriyanon (1984).

เหนือมหาวิทยาลัย แม้ในภายหลัง กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นโครงสร้างที่มีความสำคัญมากขึ้น แต่ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของวิชาชีพแพทย์ ยังต้องเกรงใจคณะแพทย์ต่าง ๆ อยู่ดี

อำนาจของวิชาชีพแพทย์ในประเทศไทย ได้ขยายและโยงใยกับอำนาจต่างๆ ในสังคมไทย แต่อำนาจถ้ามีมากเกินไปจนสมควรก็อาจสร้างปัญหาให้กับวิชาชีพได้ โดยเฉพาะเมื่อมีอำนาจเหนือคนไข้ และประชาชนมาก ๆ อย่างเกินจริง

วิถีความคิดแบบคลินิก⁸

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

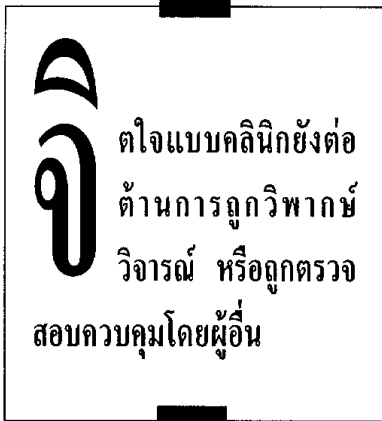
(Friedson (1973) p. 170)

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

บริการอย่างใดอย่างหนึ่ง (ที่นอกเหนือคำปรึกษา) หรือหลายอย่าง ในหลายกรณีบริการโดยเฉพาะยาจะครอบคลุมจักรวาลหรือดักอากาศต่างๆ ไว้ เมื่อต้องบอกกับคนไข้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค แพทย์มักบอกว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่งอย่างเฉพาะเจาะจง แม้จะไม่แน่ใจว่าจะวินิจฉัยถูกต้องหรือไม่แต่แพทย์ก็ไม่เคยบอกว่าอาจเป็นโรคนั้น อาจเป็นโรคนี้ “**ปฏิบัติการนิยม**” ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาเมื่อค่านิยมนี้โน้มเอียงจะมีฐานะที่น่าการตัดสินใจของแพทย์ มากกว่าเหตุผลหรือมาตรฐานทางวิชาการเพราะทำให้แพทย์สั่งจ่ายยา และวิธีการตรวจรักษาอื่น ๆ มากเกินความถูกต้อง ศัลยแพทย์ผู้หนึ่งกล่าวว่า “เป็นไปไม่ได้ที่จะให้เราอรจนกว่ายานั้น ๆ จะได้ผลแน่นอนและปลอดภัย”⁹

อาจจะมีผู้กล่าวว่าที่แพทย์ “**ปฏิบัติการนิยม**” ก็เพราะต้องสนองต่อความคาดหวังของผู้ป่วย แต่นี้เป็นปัญหา “**ไขกับไก่**” เพราะอาจพูดได้เช่นกันว่าแพทย์นิยมปฏิบัติการก็เพื่อสร้างศรัทธาต่อตนเอง อีกอย่างหนึ่งมีข้อสังเกตว่า ไม่ว่าจะในคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลซึ่งเวชปฏิบัติถูกแรงกดดันจากคนไข้ต่างกัน แพทย์ก็มักปฏิบัติการนิยมเหมือน ๆ กัน¹⁰

ในทัศนะของฟริตสันปฏิบัติการนิยมของแพทย์ปรากฏควบคู่กับความมั่นใจของแพทย์ต่อปฏิบัติการที่สั่งการลงไปว่าจะเกิดผลแน่นอน และได้แสดงท่าทีเช่นนี้เป็นที่ปรากฏต่อคนไข้ ดังนั้นจึงทำหน้าที่สร้างผลพลาซีโบ (placebo) ประสานหนุนเนื่องกับความคาดหวังของคนไข้ว่าหมอจะสามารถเยียวยาความป่วยไข้ได้ การหายจากความเจ็บป่วยจำนวนมากจึงมีส่วนสืบเนื่องจากผลพลาซีโบโดยทั้งคนไข้และแพทย์



⁸ หัวข้อนี้ได้อาศัยกรอบแนวความคิดจาก Friedson (1978) หน้า 158-184

⁹ ดู Dowling (1963) อ้างใน Friedson (1973) น. 163ff.

¹⁰ ในคลินิกเอกชน เวชปฏิบัติมีลักษณะ client - control มาก ขณะที่ในโรงพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จะมีลักษณะ colleague - control มากกว่า

ก็ไม่รู้ตัวหลงไปทีก็ทักท้วงว่าเป็นผลเนื่องมาจากแต่ปฏิบัติการของแพทย์นั้น ๆ แต่เพียงอย่างเดียว

ค่านิยม “ปฏิบัติการ” นี้ถูกสร้างและฟุ้งพามาตั้งแต่ในโรงเรียนแพทย์ (Friedson (1973)) และได้รับการตอกย้ำและยืนยันผลสำเร็จในเวชปฏิบัติที่แพทย์รับรู้ แม้ในหมู่แพทย์ที่ทำงานด้านสาธารณสุข “ปฏิบัติการนิยม” ก็ยังเป็นค่านิยมที่มีฐานะครอบงำอยู่ดี ค่านิยมนี้เมื่อบวกกับแนวการแก้ไขปัญหาแบบแทรกแซงรุกราน (invasive) ของหลักการแพทย์ชีวภาพ ทำให้แพทย์ได้ชื่อว่าเป็น “นักปฏิบัติการแทรกแซง” ตัวเอง (interventionist)

ปฏิบัติการ (action) ถ้าสอดคล้องกับความเป็นจริง ก็เป็นสิ่งดี แต่ปฏิบัติการที่แทรกแซงมิใช่เป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลเสมอไป “ปฏิบัติการนิยม” ของแพทย์จะมีปัญหามากเพียงไรขึ้นอยู่กับว่าแพทย์ใช้สัญจรรยาเป็นพื้นฐานในการกำหนดปฏิบัติการของตนสักเพียงใด

ในทางทฤษฎี การแพทย์เป็นวิชาชีพชั้นสูง ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ทางวิชาการที่สลับซับซ้อนและนี่คือเหตุผลสำคัญที่สนับสนุนอำนาจผูกขาดของวิชาชีพแพทย์ ทว่า ในทางปฏิบัติเรากลับพบว่ามีความแตกต่างหลากหลายค่อนข้างมากในหมู่แพทย์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการผ่าตัดต่อมทอลซิล ไล้ตั้ง หรือปอด การสั่งจ่ายยาแก้ปวด ยานอนหลับ และยาปฏิชีวนะ จะใช้รังสีหรือผ่าตัด จะใช้ยาสลบในการทำคลอดหรือไม่ ฯลฯ ความแตกต่างเหล่านี้ส่วนหนึ่งขึ้นกับข้อจำกัดในองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และผลการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ (เช่นความรู้ทางระบาดวิทยาคลินิกของโรคและการรักษา) แต่อีกส่วนหนึ่ง (ซึ่งสำคัญพอๆ หรือมากกว่าส่วนแรก) ขึ้นกับลักษณะประสมการณ์นิยมของแพทย์แต่ละคน¹¹

ค่านิยมของแพทย์นั้นเน้นประสมการณ์ทางคลินิกเป็นพิเศษ ประสมการณ์ทางคลินิก หมายถึง

ประสมการณ์จริงๆ ในการจัดการกับคนไข้และโรค ประสมการณ์ทางคลินิกมีลักษณะเฉพาะตัว ลัทธิประสมการณ์นิยมของแพทย์เริ่มมีปัญหา เพราะแพทย์เชื่อมั่นในประสมการณ์ส่วนตัวมาก จนไม่พิจารณาข้อเท็จจริงในทางวิชาการ หรือเกิดอวิชชาว่าประสมการณ์สำคัญกว่าความรู้ ประสมการณ์นิยมทำให้แพทย์โดยทั่วไปเป็นพวกปฏิบัตินิยมแบบหยาบ ๆ (pragmatist) ที่นิยมชมชอบประสมการณ์ตรงมากกว่าความรู้แบบหนังสือ (book knowledge), รูปธรรมที่พึงง่ายปฏิบัติได้ง่ายมากกว่านามธรรมที่ยุ่งยากกล่าวโดยรวมแล้ว ประสมการณ์นิยมทำให้มีอดีตวิสัยอยู่น้อยในเวชปฏิบัติของแพทย์ เกิดการยึดมั่นในประสมการณ์เฉพาะ (รายคนไข้) ของตนเอง และกลายเป็นอุปสรรคสำหรับการเรียนรู้ข้อเท็จจริงทางคลินิกในระดับกว้าง การนำวิชาการระบาดวิทยาคลินิกเข้ามานั้น เข้าใจว่าผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะมูลนิธิโรคก็เฟลเลอร์ คงได้ตระหนักปัญหาอดีตวิสัยในเวชปฏิบัติและความเสียหายที่เกิดขึ้นต่อสังคมและคนไข้ นี้แสดงให้เห็นว่าแม้แต่ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ลัทธิประสมการณ์นิยมก็เป็นจริงอยู่น้อยอย่างไรก็ดีเห็นทางสู่ความสำเร็จของระบาดวิทยาคลินิกยังอยู่อีกยาวไกล เพราะเดินสวนทางกับลัทธิประสมการณ์นิยมทางคลินิก ผสมกับความเป็นปัจเจกบุคคลของแพทย์อันเป็นค่านิยมพื้นฐานของวิชาชีพแพทย์

นอกเหนือจาก “ปฏิบัติการนิยม” และ “ประสมการณ์นิยม” แล้ว จิตใจแบบคลินิกยังต่อต้านการถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือถูกตรวจสอบควบคุมโดยผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ด้วยกันหรือคนไข้ ในสหรัฐอเมริกา การวิพากษ์วิจารณ์ผลงานของแพทย์ด้วยกันในทางแจ้งหรือทางลับเป็นสิ่งที่แพทย์มักไม่ทำ เหตุผลส่วนหนึ่งมีผู้เคราะห์ว่าเกี่ยวกับลัทธิ “ที่มีข้าไม่ว่า ที่ข้ามีงอย่าไว้วาง” ที่พัฒนาขึ้น เพราะเวชปฏิบัติมีความเสี่ยงสูงต่อความเสียหายล้มเหลว (เพราะเกิดข้อผิดพลาดในการให้การรักษา) การศึกษาค่านิยมแพทย์ในสหรัฐ

¹¹ ในที่นี้จะเว้นไม่กล่าวถึงความแตกต่างอันเนื่องมาจากบริบทของการให้บริการ เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐ เป็นต้น

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

สิ่งที่น่าแปลกใจยิ่งกว่าการไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ผลงานกันเองในหมู่แพทย์ด้วยกัน ก็คือ ในโรงพยาบาลจะไม่พบระบบการตรวจสอบควบคุมการทำงานของแพทย์ ในประเทศไทยเองเท่าที่ทราบ ไม่มีโรงพยาบาลใดแม้แต่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ที่มีระบบประกันคุณภาพบริการทางการแพทย์ (quality assurance) แพทย์สภามิชอบทาบทามในการควบคุมดูแลการทำงานของแพทย์ 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 รับไม่ได้ของแพทย์โดยทั่วไปก็คือการวิจารณ์ การตั้งข้อสงสัย หรือแม้แต่คำถามของคนไข้และญาติพี่น้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไปต่อการตัดสินใจหรือคำอธิบายของแพทย์ ซึ่งสื่อไปในทางกังขาต่อความรู้หรือความถูกต้องแห่งการตัดสินใจของแพทย์ ข้อนี้ชาวบ้านต่างได้สัมผัสและตระหนักกันถ้วนหน้า *“คนไข้ที่ดี คือ พวกเขาปฏิบัติตามหมอสั่งลูกเดียว”* เป็นความรู้ที่คุ้นกันอยู่ ถึงตอนนี้ควรยกเหตุการณ์กรณีปัจฉิมอาพาทของท่าน พุทธทาสขึ้นมาอ้างอิงในจุดที่เกี่ยวข้อง นายแพทย์นิธิพัฒน์ เจียรกุล ได้บันทึกความเห็นในการถวายนการรักษาไว้ว่า *“...ในหลายกรณีที่ท่านอาจารย์ (พุทธทาส) ปฏิเสธวิธีการรักษาของแพทย์ แต่ก็เป็นการปฏิเสธด้วยความนุ่มนวลมิใช่*

ก รณิท่านพุทธทาสควรเป็นข้อสังวรให้แพทย์ตีความคุณค่าการยึดชีวิตอย่างมีสติมากขึ้นกว่าเก่า

ท่าทีของปฏิปักษ์ และมีไข้ด้วยความต้อร้น ดั้งเดิมไม่ยอมฟังเหตุผล หรือไม่ยอมทำตามความเข้าใจสิ่งที่แพทย์เสนอ” (นิธิพัฒน์ หน้า 68) ความข้อนี้เป็นที่สงสัยว่าคนไข้อื่นๆ ซึ่งปฏิเสธวิธีการรักษาด้วยท่าที ปฏิปักษ์ ต้อร้น ฯลฯ ที่นายแพทย์นิธิพัฒน์อ้างถึงนั้น โดยสาระแล้วเขาตั้งข้อสงสัยในภูมิปัญญาและความถูกต้องของแพทย์ด้วยหรือไม่? น่าเสียดายที่มิได้ขยายความส่วนนี้ไว้ เหตุการณ์อีกข้อหนึ่งที่ควรนำมาอ้างอิง คือ อาการช่างซักของท่านสันติกโร ซึ่งอาจารย์ประเวศ วัชสี ได้เล่าไว้พร้อมจดหมายของท่านสันติกโร (ประเวศ วัชสี “ปัจฉิมอาพาท ท่านพุทธทาสมหาเถระ” น.73 - 81)

“ท่านสันติกโร ด้วยความเป็นฝรั่งจึงช่างซักช่างถาม ช่างคิดและช่างบันทึก ท่านบันทึกอาการและการรักษาพยาบาลท่านอาจารย์พุทธทาสอย่างละเอียดทุกวัน ความช่างซักช่างถามคงจะก่อความปวดหัวให้แพทย์มากที่สุด 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) ที่มองข้ามบทบาทของผู้ป่วย¹² และข้อมูลจากผู้ป่วย เทคโนโลยีขั้นสูงในการวินิจฉัยและรักษา ยิ่งเร่งให้ความโน้มเอียงนี้รุนแรงยิ่งขึ้นไปอีก ขณะเดียวกันก็ทำให้อำนาจของแพทย์เหนือคนไข้มีความเด็ดขาดมากยิ่งขึ้น

เกี่ยวกับความตายและจริยสังคม

ต่อกรณีปัจฉิมอาพาทของท่านอาจารย์พุทธทาส และข้อแตกต่างในการปฏิบัติต่อท่านอาจารย์ระหว่างคณะแพทย์และศิษยานุศิษย์ ท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ได้สรุปบทเรียนทางธรรม การแพทย์ และสังคมวิทยาไว้อย่างน่าฟัง ในที่นี้จะขอขยายความในประเด็นทาง วรรณคดีและคุณค่าทางการแพทย์ และประเด็นสังคม วิทยา

การให้ความหมายทางการแพทย์สำหรับความ ตาย ทำให้มีการใช้เทคโนโลยีในการยืดชีวิตคนไข้ออกไป ทำให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต เสียค่าใช้จ่ายมาก และสร้างความขัดแย้งในหมู่ญาติ เกี่ยวกับความจำเป็นในการรักษา ซึ่งมักไม่อาจ คลี่คลายได้ง่ายๆ และผลสุดท้ายลงเอยที่ยอมยัดการรักษาและคนไข้ตาย ในโรงพยาบาล กรณีท่านพุทธทาส ควรเป็นข้อสังวรณให้แพทย์ตีความ

คุณค่าการยืดชีวิตอย่างมีสติมากขึ้นกว่าเก่า อันที่จริงในสมัยก่อนที่เทคโนโลยีการรักษากการช่วยชีวิต ยังมีน้อย ค่านิยมการยืดชีวิตก็ดูสอดคล้องกับความ เป็นจริงทางสังคมเพราะช่วยไม่นานก็รู้ผลว่าจะอยู่หรือ รอด แต่เมื่อเทคโนโลยีการรักษาพัฒนาขึ้นมามาก ก็ ควรรู้จักปรับคุณค่าเดิมและใช้ให้เหมาะสม การที่ แพทย์บางคนเดินหน้าสู้กับความตายของคนไข้อย่าง ตื้อดิ่ง ทำให้สามารถตีความได้ว่าอาจมีเหตุผลเชิง อำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องนอกเหนือเหตุผลทางจริยธรรม

“เนื่องจากท่านอาจารย์พุทธทาสไม่ใช่เป็น พลเมืองส่วนตัว แต่เป็นคนของสังคมเป็นสถาบันไป แล้ว” (ประเวศ (2536)) ความพยายามในการยืดชีวิต ของท่านจึงมีความสำคัญทางสัญลักษณ์ต่อฐานะ อำนาจของวิชาชีพในความพยายามต่อสู้กับโรค และ ความตาย ผลของความพยายามนี้ถ้าสำเร็จคือ

ค วามตั้งใจของแพทย์ เป็นสิ่งที่วัดและพิสูจน์กันไม่ได้ ซึ่งไม่อาจ เป็นเครื่องชี้ที่ดีของการปฏิบัติ ตามจรรยาแพทย์

¹² การมองร่างกายเสมือนเป็นเครื่องจักรที่ประกอบด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ และทฤษฎีสาเหตุโรคที่เฉพาะเจาะจง (specific disease etiology) ซึ่งเกี่ยวกับสาเหตุทางชีวภาพเป็นหลัก ดูเพิ่มเติมในคาปรั้า (2529), Berliner (1984)

เกียรติยศชื่อเสียงและอำนาจแห่งสถาบัน แต่ถ้าไม่สำเร็จ วัฒนธรรมไทยก็ยิ่งให้โอกาสกับการแพทย์ ยิ่งเคารพในความตั้งใจดีของฝ่ายแพทย์ต่อไป

เทคโนโลยีการรักษาระดับสูงที่มีใช้ในโรงพยาบาลได้ทำให้ขีดความสามารถในการสู้กับความตายเพิ่มขึ้นมาก นี่เป็นสิ่งท้าทายต่ออ็อกซ์และความสามารถของแพทย์ผู้ชำนาญการ โดยเหตุนี้เมื่อโอกาสเอื้ออำนวย คนไข้จึงถูกใช้เป็นสนามรบระหว่างแพทย์และความตายที่แพทย์พยายามเอาชนะทุกวิถีทาง โดยลิ้มค่านิ่งถึงผลกระทบต่อคนไข้ 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

ปฏิบัติการตอบสนองของผู้นำวิชาชีพแพทย์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของอำนาจรัฐ เป็นเพียงเครื่องแสดง paranoid superiority ของวิชาชีพแพทย์ ...

การแพทย์อำนาจวิชาชีพแพทย์

เมื่อเศรษฐกิจและเทคโนโลยีเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สังคมและภาคประชาชนโน้มเอียงว่าจะพึ่งพาวิทยาศาสตร์หรือสิ่งที่ใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นรากฐานมากขึ้น แม้แต่ทฤษฎีการพัฒนาที่ได้รับอิทธิพลมาจากตะวันตกก็ได้พยายาม

สั่งสอนว่าต้องใช้ “เหตุผล” (reasons) และ “ความรู้” (knowledge) ชี้นำทางพัฒนา โดยถือว่ารูปลกรรมสำคัญของแหล่งความรู้ที่กำหนดนำก็คือวิชาชีพ 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 อาจขอดูใบรับรองแพทย์ก็เป็นได้ 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 การใช้อำนาจกับกรณีหมอน้อยที่โคธาใน พ.ศ.2529 (ดูเสรี พงศ์พิศ (2529)), และการจับกุมผู้รักชาติคนไข้โรคเอดส์ด้วยสมุนไพร ในข้อหาผลิตและจำหน่ายยาโดยไม่มีใบอนุญาต, หลอกหลวง และต้มตุ๋น

(จันทนา ฟองทะเล (2537)) หากวิเคราะห์ให้ถึงที่สุดแล้ว ในด้านหนึ่ง เป็นความพยายามของผู้นำวิชาชีพแพทย์ไทยในกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ประกอบการทางศีลธรรมในการพิทักษ์อธิปไตยวิชาชีพแพทย์) ที่จะปราบปราม คู่แข่งชั้นทางสังคม (social competitor) หมอน้อยยังมีอยู่อีกมากมายแต่หากมิได้ดึงดูดยุคนมากมายไปขึ้นต่อจนเป็นข่าวใหญ่แล้วละก็ 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 ผลที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติคือ อำนาจวิชาชีพที่เพิ่มมากขึ้น มิได้เป็นหลักประกันว่าสุขภาพและชีวิตของประชาชนจะดีขึ้นเสมอไป

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

ง่าย เพราะโครงสร้างและวัฒนธรรมวิชาชีพแพทย์ที่เป็นอยู่ขณะนี้มีความสามารถในการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสูงมาก อีกทางหนึ่ง คือสังคมควรมีบทบาทควบคุมวิชาชีพและสถาบันการแพทย์มากขึ้น จะให้รัฐและกลไกรัฐทำหน้าที่นี้ ความหวังที่รีบร้อนที่เลื้อยเกินทางออกที่เหลืออยู่ คือ ให้ภาคประชาชนเกิดความตระหนัก 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 : คนไข้ที่ 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.

