

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์พื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในสังคมชนิดไหนและวัฒนธรรมเช่นใดต่างหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่ต้องประสบพบเจอ และภายใต้สังคมวัฒนธรรมที่หลากหลายทำให้มนุษย์ตีความ ให้ความหมาย และนำเสนอภาพของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตน ในลักษณะที่มีความหลากหลายเช่นเดียวกัน ภาพของความเจ็บป่วยที่มนุษย์นำเสนอออกมา เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่มีความแตกต่างหลากหลาย และเป็นวิถีทางที่มนุษย์ทำความเข้าใจกับความทุกข์ทรมานของตนเองโดยสร้างเรื่องราวขึ้นเพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตน ที่มักไปกว่าการให้คำอธิบายในเชิงกายภาพ แต่เป็นความพยายามในการแสวงหาคำตอบต่อคำถามที่ว่า ทำไมสิ่งนี้ถึงเกิดขึ้นกับตน แท้ที่จริงแล้วธรรมชาติของความทุกข์นี้คืออะไร เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่ตนเผชิญหน้าอยู่และสร้างโลกใบหนึ่งที่พวกเขาสามารถที่จะอาศัยอยู่ร่วมกับความทุกข์ได้อย่างเต็มไปด้วยความเข้าใจ เป็นโลกที่เปิดโอกาสให้วาดหวังถึงชีวิตที่ดีกว่าในอนาคต

แต่จากสภาพความเป็นจริงที่ปรากฏในสังคมปัจจุบัน ผู้คนโดยเฉพาะผู้คนในสังคมเมือง ล้วนแล้วแต่มีมุมมองต่อโลกและชีวิตที่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของวิธีคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ที่เป็นมรดกตกทอดจากยุคเรอเนสซองส์ในสังคมยุโรป การแพทย์ชีวภาพ (Biomedicine) ก็เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์สมัยใหม่ที่เข้ามาครอบงำกำหนดมุมมองที่ใช้มองโลก ชีวิต และความเจ็บไข้ได้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางหนึ่งทิศทางเดียว และถูกทำให้เข้าใจไปว่า มุมมองชนิดนี้เป็นความจริงหนึ่งเดียวเท่านั้นที่มนุษย์จะใช้ในการมองโลกและทำความเข้าใจกับชีวิต

ประวัติศาสตร์การแพทย์ในสังคมไทย

ปรากฏการณ์ของการแพร่ขยายของการแพทย์ชีวภาพที่มีต้นตอจากสังคมตะวันตก เข้าไปยังส่วนอื่นๆของโลกนั้นดูเหมือนจะเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปว่าเกิดขึ้นเนื่องมาจาก ความเจริญก้าวหน้าของศาสตร์ที่มากขึ้นเรื่อยๆจนเกิดการยอมรับกันทั่วทั้งโลก อย่างไรก็ตามมอง ในอีกมุมหนึ่งจะพบว่าสาเหตุที่การแพทย์ชีวภาพสามารถรุกคืบเข้าไปกุมอำนาจในการจัดการ กับชีวิตของผู้คนทั้งโลกได้อย่างชอบธรรมนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงจากลัทธิอาณานิคมที่แผ่ขยาย ไปทั่วโลกในช่วงประมาณ 100 ปีที่ผ่านมา การแพทย์ชีวภาพได้แผ่ขยายไปพร้อมกับการล่า

อาณานิคม ทั้งในทางตรง คือการที่ประเทศเจ้าอาณานิคมได้ใช้การแพทย์ชนิดนี้ในฐานะเป็นเครื่องมือปลดปล่อยผู้คนภายใต้การปกครองของตนให้พ้นจากความมั่งงายและความทุกข์ทรมาน และในทางอ้อม คือการที่ประเทศต่างๆ ในโลกที่สามพยายามหลีกเลี่ยงการตกเป็นอาณานิคม โดยเร่งปรับตัวเองให้ก้าวเข้าสู่ความทันสมัยเพื่อทำลายความชอบธรรมในการเข้ามายึดครองของเจ้าอาณานิคม โดยการรับระบบการแพทย์ชีวภาพเข้ามาใช้ก็เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามปรับตัวนั้น

การปรับตัวภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวที่ปรากฏชัดในสังคมไทย คือการก่อกำเนิดของสิ่งที่เรียกว่า “รัฐไทยสมัยใหม่” ขึ้นในรัชสมัยของรัชกาลที่ 5 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์ ซึ่งเป็นความพยายามในการสร้างรัฐชาติ ผ่านการสร้างกลไกรัฐให้เข้มแข็ง เพื่อรักษาอำนาจอธิปไตยเหนืออาณาเขตของราชสำนัก (โกมาตร, 2546: 35) และศาสตร์สมัยใหม่ของตะวันตกก็คือเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในฐานะที่เป็นความรู้ที่แฝงไว้ด้วยอำนาจที่กลุ่มชนชั้นนำในราชสำนักได้รับเอามาใช้แทนอำนาจแบบจารีตดั้งเดิม เพื่อสืบทอดความชอบธรรมในการธำรงรักษาอำนาจเหนืออาณาเขตเอาไว้ การแผ่ขยายตัวของการแพทย์ชีวภาพเข้ามาในไทยก็ด้วยมีอิทธิพลส่วนหนึ่งมาจากเงื่อนไขของการก่อกำเนิดรัฐสมัยใหม่ดังกล่าว ในบริบทของการล่าอาณานิคมช่วงรัชกาลที่ 5 และ 6 ทำให้ราชสำนักสยามต้องส่งเสริมการแพทย์ตะวันตกเพื่อยืนยันอำนาจภายนอกที่กำลังคุกคามสยามในขณะนั้น การแพทย์จึงถูกทำให้กลายเป็นวาระแห่งชาติ คือต้องทำให้การแพทย์ทันสมัยตามแบบตะวันตก (ชนนภู, 2545: 178-9)

หากนับตั้งแต่ยุคอาณานิคมจนถึงช่วงเวลาก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2475 การจัดตั้งสถานบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลที่เป็นของรัฐนั้นยังคงมีอยู่ก็แต่เพียงในเขตกรุงเทพเท่านั้น ในส่วนของหัวเมืองนั้นมีโรงพยาบาลของรัฐอยู่เพียงแห่งเดียวคือ ที่จังหวัดระนอง ซึ่งการก่อตั้งโรงพยาบาลระนองนี้ก็มีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการเมือง คือ ก่อนหน้านั้นหากชาวระนองเลือกที่จะใช้บริการด้านสุขภาพตามแบบแผนของการแพทย์ชีวภาพเมื่อเจ็บป่วยก็จะเข้าไปโรงพยาบาลที่วิกตอเรียพอยนท์ (เกาะสอง) ซึ่งเป็นเขตการปกครองของอังกฤษ จากนั้นมีการสร้างโรงพยาบาลขึ้นที่จังหวัดปัตตานีอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้สร้างขึ้นภายหลังจากที่มีปัญหาชาวพื้นเมือง “ก่อการกำเริบ” และสงบลงแล้ว (วิชัย, 2530: 11)

จนหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อประเทศในยุโรปเกิดความเสียหายจากสงครามมากมาย และสูญเสียความเป็นมหาอำนาจไป อเมริกาได้ก้าวขึ้นมาเป็นมหาอำนาจและเป็นผู้นำของประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรี และทำการประกาศสงครามเย็นกับประเทศค่ายสังคมนิยมงบประมาณที่มากับนโยบายด้านสาธารณสุขจากอเมริกาที่เข้ามาเพื่อช่วยเหลือประเทศในโลกที่สามจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นโครงการขององค์กรระหว่างประเทศ (เช่น IMF FAO WHO) องค์กรของ

อเมริกา (เช่น USAID) และมูลนิธิของเอกชนต่างๆ (เช่น มูลนิธิ Ford และ ร็อกกีเฟลเลอร์) จึงมิได้มีเป้าหมายทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นเงินช่วยเหลือที่มาจากนโยบายที่มีเป้าหมายทางการเมืองเป็นสำคัญ โดยมุ่งหวังมิให้ประเทศโลกที่สามตกเป็นประเทศสังคมนิยมไป เงินช่วยเหลือเหล่านี้มีบทบาทสำคัญ 2 ประการ ประการแรกเป็นการให้การศึกษาแก่ชาวบ้านถึงประสิทธิภาพของการแพทย์ชีวภาพ จนส่งผลให้การสถาปนากการแพทย์ชนิดนี้ในสังคมไทยเป็นไปอย่างมั่นคงยิ่งขึ้น โดยผ่านการลงทุนในการให้การศึกษาแก่ประชาชนเพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ทางสังคม (Social education) ทำให้รู้จักและยอมรับถึงประสิทธิภาพของการแพทย์ชีวภาพที่มีรากฐานมาจากวิทยาศาสตร์ ประการที่ 2 ขณะนั้นประเทศไทยในช่วงรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงคราม เกิดกระแสชาตินิยมที่มุ่งเน้นการสร้างชาติให้มีความมั่นคงตามกระแสที่เกิดขึ้นในโลกตะวันตก แต่ปัญหาของประเทศไทยที่เป็นมาโดยตลอดในขณะนั้นก็คือมีกำลังคนน้อยแต่พื้นที่และทรัพยากรมาก การที่ประเทศจะสามารถก้าวไปเป็นมหาอำนาจทางการทหารและทางเศรษฐกิจได้จะต้องมี “คน” เพื่อไป “จัดการ” ทรัพยากร แต่ในเมื่อมีอัตราการขยายตัวของประชากรน้อยเพราะมีอัตราการรอดชีวิตของทารกต่ำ การแพทย์จึงถูกดึงมาช่วยในกระบวนการสร้างชาติโดยมีเป้าหมายอยู่ที่การเพิ่มจำนวนประชากรที่มีร่างกายแข็งแรงไว้เป็นพลเมืองของชาติ (ชเนกฐ์, 2545: 181-2) ดังจะเห็นได้ชัดเจนจากคำสั่งของสำนักนายกรัฐมนตรีเรื่อง “ตั้งกรรมการพิจารณาจัดการปรับปรุงการแพทย์” ที่ลงนามโดยจอมพล ป. พิบูลสงคราม โดยมีเนื้อความอ้างถึงเหตุผลที่ว่า “ด้วยปรากฏมานานแล้วว่า ประชากรของชาติมีอนามัยไม่ดี กับได้รับการรักษาพยาบาลก็ไม่ทั่วถึงและสมบูรณ์เพียงพอ จึงทำให้มีผู้ถึงแก่กรรมลงในเยาว์วัยมาก ทำให้มีการเพิ่มพลเมืองไม่เป็นไปตามส่วนสัดส่วน อันพึงประสงค์ จึงเห็นเป็นการสมควรที่จะปรับปรุงกิจการของชาติในส่วนนี้ให้รัดกุมยิ่งขึ้น...” (วิชัย, 2530: 14)

ในแง่นี้การแพทย์จึงถูกใช้เป็นเครื่องมือเพื่อสร้างความมั่นคงของชาติ เพราะ “ประชาชนเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศ ประชาชนที่มีคุณภาพย่อมเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่ประเทศชาติอย่างสมบูรณ์ มีปัจจัยหลายประเภทซึ่งมีอิทธิพลต่อคุณภาพของประชาชนแต่ละประเทศ อาทิ สุขภาพอนามัย การศึกษา เศรษฐกิจ...อย่างไรก็ตามถ้าประชาชนมีสุขภาพอนามัยแข็งแรงสิ่งอื่นๆมักจะเกิดขึ้นตามมาเสมอ” และ “ระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์เป็นรากฐานสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยตรง เพื่อนำไปสู่ความมั่นคงของประเทศอันเป็นเป้าหมายสูงสุด การศึกษาแพทยศาสตร์จึงควรมีเป้าหมายชัดเจน... เพื่อให้ผลผลิต คือ “แพทย์” ออกไปปฏิบัติหน้าที่รับใช้ชาติได้อย่างเหมาะสม” (เตชะทัต , 2531: ข., 2)

นอกจากนั้นความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ที่ฝังรากอยู่ในสังคมไทยอย่างแนบแน่นยาวนานก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้การแผ่ขยายตัวของระบบการแพทย์ชีวภาพเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น เพราะความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุขสมัยใหม่กับประชาชนนั้นดำเนินไปในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างพระผู้มาโปรดกับเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายอยู่อย่างชัดเจนตลอดมาแม้ในยุคปัจจุบัน ในความสัมพันธ์ของคนระหว่างคนไข้กับแพทย์ชนิดนี้นั้น แพทย์จะ “มีอำนาจสูงมาก...เวลาที่ไปหาหมอ คนไข้จะรู้สึกว่ามีหมควิธีของตัวเอง...จึงต้องไปฟังหมอร้อยเปอร์เซ็นต์ก็เลยต้องยอมตัวเองอยู่ภายใต้อำนาจของผู้อื่นแบบที่เรียกว่าเด็ดขาดก็ว่าได้... โดยธรรมชาติของการรักษาพยาบาลแบบนี้ทำให้คนไข้อยู่ใต้อำนาจหมออย่างสิ้นเชิง” (นิธิ, 2545: 20) ในแง่นี้ระบบบริการสุขภาพของการแพทย์ชีวภาพจึงสอดคล้องและช่วยต่อยอดความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ที่ฝังรากอยู่ในสังคมไทยมาก่อนได้เป็นอย่างดี

การแพทย์และการสาธารณสุขของรัฐไทยจึงเชื่อมโยงสัมพันธ์อยู่กับกับการขยายตัวของอำนาจรัฐพร้อมๆกับการพยายามขยายอำนาจส่วนกลางนับตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา โดยก่อนหน้านี้ความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของครอบครัวหรือชุมชน แต่เมื่อรัฐเข้ามาควบคุมหรือกำกับรัฐกลับกลายเป็นผู้บอกเองว่าใครคือผู้เจ็บป่วย เจ็บป่วยแล้วจะรักษาอย่างไร รวมไปถึงวิธีการที่จะป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย การแพทย์จึงกลายเป็นเครื่องมือที่รัฐใช้ในการส่งอำนาจมาควบคุมคนและกำกับพฤติกรรมของคนอย่างถี่ยวน เมื่อก้าวเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลคนไข้จะได้รับการเรียนรู้ว่า อำนาจที่แท้จริงอยู่ที่ไหน โรงพยาบาลจึงเป็นสถาบันที่จะล้างสมองประชาชนให้ยอมรับในอำนาจของผู้รู้เสมือนกับการยอมรับอำนาจของพ่อ และให้ยอมรับโครงสร้างอำนาจที่เป็นอยู่ในสังคมข้างนอกไปโดยปริยาย (นิธิ, 2545: 28-9)

โดยสรุปแล้วสามารถกล่าวได้ว่าประวัติศาสตร์แห่งการลงหลักปักฐานในสังคมไทยของการแพทย์ชีวภาพ จึงมิได้เป็นไปเพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชนเป็นเป้าหมายหลัก ตั้งแต่ในช่วงต้นที่การแพทย์ชนิดนี้ถูกนำมาเผยแพร่ผ่านทางหมอสอนศาสนา การแจกยาและการถ่ายทอดเทคโนโลยีสมัยใหม่ก็เป็นเพียงเครื่องมือหนึ่งในการให้ประชาชนสนใจคริสต์ศาสนามากขึ้นเพื่อนำไปสู่การนับถือและศรัทธาต่อพระเจ้า ส่วนในกระบวนการปฏิรูปการเมืองการปกครองในยุคต่อมาซึ่งมีการปรับปรุงกิจการสาธารณสุขรวมอยู่ด้วยนั้น ก็ดำเนินไปท่ามกลางความต้องการพัฒนาประเทศสู่ความทันสมัย ทัดเทียมอารยะประเทศ และด้วยความคิดที่ว่า การสาธารณสุขที่ดีจะช่วยเพิ่มจำนวนประชากรให้เติบโตมารับใช้ชาติ และเป็นกำลังแรงงานในการผลิตทางเศรษฐกิจที่สร้างมูลค่าเพิ่มและสร้างความมั่นคงให้แก่ชาติได้ต่อไป (มาลี, 2545: 213)

สุขภาพคนไทยใต้เงาการแพทย์ชีวภาพ

เมื่อพิจารณาถึงสุขภาพของคนไทย ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักที่การจัดระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอ้างถึงอยู่ตลอดมานั้น ตลอดเวลาที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันภายใต้การจัดระบบบริการภายใต้ร่มเงาของการแพทย์ชีวภาพคล้ายจะทำให้การพัฒนาด้านสุขภาพของสังคมไทยเป็นไปอย่างก้าวหน้า สุขภาพโดยรวมของคนไทยดูเหมือนจะดีขึ้นหากมองผ่านดัชนีหลายๆตัว เช่น อายุเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น โรคหลายชนิดถูกกำจัดและควบคุมได้ การกระจายบริการ ด้านสุขภาพเป็นไปอย่างกว้างขวาง แต่ในขณะเดียวกันกลับเกิดวิกฤตขึ้นในระบบสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยเท่าที่พบข้อมูลเมื่อ พ.ศ. 2543 สูงถึง 250,000 ล้านบาท และมีอัตราเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 16 ต่อปีมาเป็นเวลาหลายปี อัตราการเพิ่มในระดับนี้นั้นสูงกว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้จนถึงจุดวิกฤต (ประเวศ, 2543: 92) แต่ค่าใช้จ่ายที่พุ่งขึ้นกลับสวนทางกับผลตอบแทนด้านสุขภาพที่ได้รับ ปรากฏการณ์ของการบาดเจ็บล้มตายด้วยโรคและปัญหาใหม่ๆ ที่ป้องกันได้กลับยิ่งทวี ความรุนแรงขึ้นจากข้อมูลทางด้านสาธารณสุขพบว่าปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ โรคติดเชื้อ ได้แก่ โรคเอดส์ โรคติดเชื้อที่เกิดจากการตีอียา และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อชนิดใหม่ๆ โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ อุบัติเหตุ และโรคที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและการอุตสาหกรรม (จันทร์เพ็ญ, 2543: 314) และหากมองภายในระบบบริการด้านสุขภาพเอง จะพบปัญหามากมายที่ก่อให้เกิดความทุกข์ขึ้นทั้งฝ่ายประชาชน และฝ่ายผู้ให้บริการเอง ในขณะที่ประชาชนไม่มั่นใจต่อคุณภาพของสถานพยาบาล และเผชิญหน้ากับปัญหาความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการและความเสมอภาคในการได้รับการรักษา ฝ่ายผู้ให้บริการเองก็เผชิญหน้ากับการถูกร้องเรียน ในขณะที่ยังแบกรับภาระหน้าที่การทำงานที่หนักอึ้งอยู่เสมอมา

นอกจากสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นซึ่งเป็นรูปธรรมที่ปรากฏของระบบบริการด้านสุขภาพแล้วนั้น เบื้องลึกอีกชั้นของวิกฤตินั้น เป็นผลมาจากการที่ระบบสุขภาพที่เป็นกระแสหลักของไทย ได้ยึดถือกระบวนทัศน์การแพทย์แบบชีวภาพที่อิงกับความเป็นวิทยาศาสตร์อยู่อย่างเหนียวแน่น ทำให้ขาดความใส่ใจในปรากฏการณ์ของชีวิต สุขภาพ และความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์เชื่อมโยงกันในลักษณะอื่นๆที่นอกเหนือจากที่วิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์จะอธิบายได้

จากสถานการณ์ดังกล่าว ในปัจจุบันจึงได้เกิดกระแสของความพยายามเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ จนกลายเป็นความเคลื่อนไหวในระดับชาติ ที่เกิดขึ้นภายใต้สิ่งที่เรียกว่า “การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” แต่ภาพปรากฏหนึ่งที่พอจะมองเห็นได้ภายในกระแสการปฏิรูปดังกล่าวก็คือ ในระหว่างบุคลากรสายสุขภาพเองยังคงมีการต่อสู้ทางแนวคิดระหว่างฝ่ายที่มองปัญหาที่เกิดขึ้น ว่ามีสาเหตุเพียงแต่จากการทำงานที่ไม่เต็มขีดความสามารถของ

กลไกในระบบสุขภาพ กับอีกฝ่ายที่มองถึงต้นตอของปัญหาในระดับรากฐานทางปรัชญา สิ่งที่น่าวิตกคือ หากการปฏิรูปดำเนินไปภายใต้แนวคิดแบบแรก โดยปราศจากการตั้งคำถามอีกชั้นถึงปัญหาในระดับรากฐานทางปรัชญาของการแพทย์ชีวภาพที่ระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันถือครองอยู่แล้ว การปฏิรูปก็อาจจะกลับกลายเป็นความพยายามที่จะสยายมือแห่งอำนาจของระบบที่เกิดจากรากฐานทางปรัชญาที่เป็นปัญหาแฝงไปครอบงำประชาชนอย่างใกล้ชิดมากขึ้นก็เป็นได้ เมื่อเป็นเช่นนี้การเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการปฏิรูปที่เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง จำเป็นจะต้องมีการตั้งคำถามให้ลึกถึงระดับองค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพ

มุมมองทางมานุษยวิทยาว่าด้วยการแพทย์ชีวภาพ

จากมุมมองของการศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่าระบบการแพทย์ชีวภาพเป็นเพียงระบบการแพทย์ชนิดหนึ่งที่อยู่ท่ามกลางระบบการแพทย์ที่หลากหลาย แต่กลับเป็นระบบที่มีอำนาจเหนือระบบการแพทย์อื่นๆ โดยการกล่าวอ้างความเป็นสากลของความรู้ต่างๆ ที่ระบบการแพทย์ชีวภาพเป็นเพียงแค่ระบบการแพทย์ชนิดหนึ่งที่ผลิตซ้ำองค์ความรู้ที่แปลกแยกตนเองออกจากความสัมพันธ์ทางสังคมอันซับซ้อนที่ส่งผลต่อการเกิดขึ้นของความเจ็บป่วยและลดทอนประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของมนุษย์ให้อยู่ภายใต้การอธิบายของระบบคิดชนิดเดียวที่ยึดกุมเหตุผลเป็นสรณะ ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วการทำความเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในวัฒนธรรมที่แตกต่างกันนั้น จำเป็นต้องเข้าใจว่าความเจ็บป่วย มิใช่เป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยาเท่านั้น แต่ความเจ็บป่วยคือสิ่งที่ถูกสะท้อนออกมาภายใต้ “การนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วย (Illness representation)” ที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมและการที่จะทำความเข้าใจการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยของแต่ละวัฒนธรรมนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงประเด็นทางญาณวิทยา (Epistemology) ที่แตกต่างกันแต่ระบบการแพทย์ชีวภาพที่พยายามกล่าวอ้างความมีอำนาจเหนือวัฒนธรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยชนิดอื่นๆ กลับใช้เพียงญาณวิทยาชนิดเดียวคือญาณวิทยาที่วางอยู่บนฐานของปรัชญาของการมองความจริงแบบปฏิฐานนิยม (Positivism) เท่านั้น ด้วยญาณวิทยาชนิดนี้ทำให้ระบบการแพทย์ชีวภาพแปรเปลี่ยนประสบการณ์แห่งความทุกข์ของชีวิตมนุษย์ให้กลายเป็น “เรื่องเล่าทางคลินิก (Clinical Narratives)” ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่ละเลยต่อความหลากหลายของการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยบนวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปของมนุษย์ เรื่องเล่าทางคลินิกที่แพทย์สร้างขึ้นบนญาณวิทยาของการแพทย์ชีวภาพได้ลดทอนประสบการณ์ความเจ็บป่วยของมนุษย์ให้เหลือเพียงสิ่งที่เกิดจาก “โรค (Disease)” ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ทางกาย และเป็นวัตถุทางธรรมชาติที่ไม่มีอะไรเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ของมนุษย์ (Human consciousness) และวัฒนธรรม การนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยภายใต้ญาณวิทยาของ

การแพทย์ชีวภาพจึงเป็นภาพตัวแทนที่มีความจำกัดและไร้เดียงสาอย่างยิ่งต่อการเผชิญหน้ากับประสบการณ์ความเจ็บป่วยซึ่งเป็นมิติสำคัญของชีวิตมนุษย์ที่เต็มไปด้วยความซับซ้อนของแง่มุมทางวัฒนธรรม (Good, 1994: 26-28,37)

“ในแวดวงมานุษยวิทยาไทยนั้น การศึกษาวัฒนธรรมของสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนหนึ่งสะท้อนถึงอำนาจและความเหนือกว่าของวิชาชีพที่ทำให้นักมานุษยวิทยาไม่สามารถจับเอามาเป็น *Object of inquiry* เพื่อการสำรวจตรวจสอบได้” (โกมาตร, 2545 ก.: 22)

จากข้อเขียนข้างต้นของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นแรงบันดาลใจเบื้องต้นของงานวิจัยชิ้นนี้ที่สร้างขึ้นบนความมุ่งหวังที่จะพยายามศึกษา “ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพ” ที่อยู่ภายในระบบคิดของแพทย์ โดยมองผ่าน “การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิก” ในฐานะที่เป็นปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการทำงานรักษาผู้คนที่เจ็บป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ภายใต้สมมติฐานที่ว่า การที่ภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพสามารถก่อตัวขึ้นในความคิดของนักศึกษาแพทย์ผ่านการเรียนรู้วิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่มีความเฉพาะนั้น เกิดขึ้นภายใต้ระบบวัฒนธรรมภายในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ อันเป็นพื้นที่พิเศษชนิดหนึ่งที่เปรียบเสมือนศูนย์กลางแห่งอำนาจของการแพทย์ชีวภาพที่มีความเข้มข้นสูงสุดเป็นเงื่อนไขสำคัญของการก่อตัว แต่เมื่อแพทย์ได้ก้าวพ้นจากโรงเรียนแพทย์เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งนับได้ว่าแตกต่างไปอย่างสิ้นเชิงกับโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ไม่ว่าจะในแง่ขนาดทางกายภาพ จำนวนบุคลากร และระดับของเทคโนโลยี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่เกิดขึ้นภายใต้บริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างฉับพลันในสถาบันการแพทย์ที่เป็นเสมือนหนึ่งปลายประสาทสุดท้ายของอำนาจแพทย์ในระบบสาธารณสุขของรัฐ ทำให้เรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการที่แพทย์ใช้นั้น เกิดการปะทะและประสาน (Articulation) และเลื่อนไหลผันแปรไปอย่างไรเมื่อเผชิญหน้าอย่างใกล้ชิดกับความสลับซับซ้อนของชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คนที่อาจจะมิภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยแตกต่างออกไป

โดยการเลือกที่จะมองการปะทะประสานในบริบทดังกล่าวนี้ มีความมุ่งหวัง 3 ประการ คือ ประการแรกเพื่อเผยให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทที่มีต่อปฏิบัติการในการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนพื้นฐานของภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพของแพทย์ ประการที่สองเพื่อพยายามทำความเข้าใจว่าแท้ที่จริงแล้วการนำเสนอภาพตัวแทนและปฏิบัติการชนิดนี้เป็นเพียงแค่มุมมองหนึ่งในการทำความเข้าใจและจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นภายใต้ความเกี่ยวพันอยู่อย่างลึกซึ้งกับวัฒนธรรมเฉพาะชนิดหนึ่งภายในอาณาบริเวณทางวิชาการ (Academic Field) ที่

เรียกว่าแพทยศาสตร์ ประการที่สามหากปฏิบัติการดังกล่าวผันแปรไปจริงท่ามกลางบริบทที่แปรเปลี่ยน นั่นก็อาจนำไปสู่การทำทนายและต้นคลอนความชอบธรรมของ การกล่าวอ้างความเป็นสากลที่ข้ามพ้นวัฒนธรรมขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพได้บ้าง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทำความเข้าใจถึงการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะเป็นปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการจัดการกับความเจ็บป่วย ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีเงื่อนไขที่แตกต่างไปจากโรงพยาบาลในสถาบันการผลิตแพทย์

ทบทวนงานศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อแสวงหาแนวทางในการตอบคำถามของงานวิจัยนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นการทบทวนงานศึกษาที่เสนอการมองระบบการแพทย์ชีวภาพในฐานะที่เป็นระบบวัฒนธรรมชนิดหนึ่ง เพื่อทำความเข้าใจบริบททางสังคมและประวัติศาสตร์ของการก่อตัวขึ้นของระบบการแพทย์ชนิดนี้ อันจะนำไปสู่การก้าวข้ามพ้นความเข้าใจผิดๆที่ยึดถือเอาระบบการแพทย์ชีวภาพเป็นความจริงสูงสุด มีความเป็นสากลก้าวข้ามผ่านวัฒนธรรม และเป็นวิธีการหนึ่งเดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าใจชีวิตและความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานของมนุษย์

ส่วนที่สองเป็นการทบทวนงานศึกษาแนวคิดของปีแอร์ บูร์เดียว์ นักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส ที่เสนอวิธีในการศึกษาผลผลิตทางวัฒนธรรม ซึ่งการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยของการแพทย์ชีวภาพนั้นนับเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่ง แนวทางการศึกษาของบูร์เดียว์จะมองผ่านมโนทัศน์ว่าด้วยอาณาบริเวณ ฮาบิทัส และปฏิบัติการ โดยเน้นการมองในหลากหลายมิติหลายมุมมองของความสัมพันธ์ที่มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกันของปัจเจกและสถาบันอย่างซับซ้อน และมีการต่อสู้แย่งชิง กระเสือกกระสน แข่งขันชิงเด่น เพื่อจะสามารถควบคุมและมีอำนาจเหนือกันและกัน (วินัย, 2545: 6)

ส่วนที่สามเป็นการทบทวนงานศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบริบทที่มีต่อการก่อตัวของการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยและการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกแบบการแพทย์ชีวภาพ และเมื่อบริบทแปรเปลี่ยนไปปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนพื้นฐานของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยชนิดนี้ได้เกิดการปรับเปลี่ยน หรือมีวิธีจัดการกับความเจ็บป่วยภายใต้บริบทต่างๆอย่างไร

การแพทย์ชีวภาพในฐานะเป็นผลผลิตของระบบวัฒนธรรม

วิธีการรักษาความเจ็บป่วยไม่ว่าจะในวัฒนธรรมใดล้วนดำเนินไปภายใต้กรอบของความคิดทางอภิเวชศาสตร์ (Metamedical) ของวัฒนธรรมนั้นๆ การแพทย์ชีวภาพก็เช่นเดียวกันที่ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงแค่อธิบายความเป็นจริงทางชีววิทยาที่ดำรงอยู่แล้วในธรรมชาติเท่านั้น หากแต่การแพทย์ชนิดนี้ก็ได้สร้าง “วัตถุแห่งการวิเคราะห์” ของตนเองขึ้นมาภายใต้ระบบวัฒนธรรมที่มีความเฉพาะตัวด้วย การวิพากษ์ระบบการแพทย์ชีวภาพจึงมิใช่การปฏิเสธความจริงทางชีววิทยาโดยสิ้นเชิง แต่เป็นการวางความจริงชนิดนี้ลงบนบริบทของความสัมพันธ์ที่เป็นพลวัตระหว่างชีววิทยา ระบบคุณค่าทางวัฒนธรรม และระเบียบของสังคม (Social order) (Lock, 1988: 4,6,7)

ในบทความเรื่อง Lay Medical Knowledge in an African Context โดย Tola Olu Pearce (1993) ซึ่งทำการศึกษาระบบการแพทย์ในประเทศไนจีเรีย ทวีปแอฟริกาได้ชี้ให้เห็นว่า “ข้อเท็จจริง” ทางการแพทย์ (Medical “fact”) คือสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมและนับเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่ง ความรู้ทางการแพทย์จะก่อตัวขึ้นภายใต้กระบวนการที่ซับซ้อน โดยสัมพันธ์กับปัจจัยใน 3 ระดับ คือ ระดับมหภาค ระดับกลาง และระดับจุลภาค

ปัจจัยในระดับมหภาค หมายถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเกิดขึ้นขององค์ความรู้ทางการแพทย์ ทำให้องค์ความรู้ชนิดนี้เป็นสิ่งที่มีความเฉพาะทางประวัติศาสตร์และสังคม เช่น โครงสร้างของครอบครัวที่แตกต่างกันในแต่ละสังคมจะส่งผลกระทบต่อระดับความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการบำบัดความเจ็บป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความหลากหลายในการก่อตัวขึ้นขององค์ความรู้ หรือบริบททางเศรษฐกิจที่ถดถอยซึ่งส่งผลให้การแพทย์ชีวภาพของตะวันตกเป็นสิ่งที่แพงและยากที่จะเข้าถึง ทำให้เกิดการหวนกลับไปให้ความสนใจกับองค์ความรู้ท้องถิ่น หรือในระดับที่กว้างออกไป คือความเป็นประเทศในกลุ่มโลกที่สามและเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ตั้งแต่ยุคการค้าทาส ลัทธิอาณานิคม ลัทธิอาณานิคมใหม่ เงื่อนไขเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม และนำไปสู่การมีชีวิตที่เต็มไปด้วยความกังวลและคาดเดาไม่ได้ สถานะเช่นนี้กลับกลายเป็นพื้นดินอันอุดมสำหรับการเติบโตของความรู้ทางการแพทย์ในชีวิตประจำวันในรูปแบบที่หลากหลาย

ปัจจัยในระดับกลาง คือ ความหลากหลายของระบบการแพทย์ของแต่ละกลุ่มของผู้รักษาต่างก็มีจุดอ่อนจุดแข็งแตกต่างกันออกไปทำให้คนสามารถเลือกการแพทย์ชนิดต่างๆ (ซึ่งรวมถึงการแพทย์ชีวภาพ) มาตีความปัญหาสุขภาพของตน ทำให้เกิดการสร้างความรู้ใหม่ที่เป็นการผสมระหว่างการแพทย์ชีวภาพกับความเชื่อตามประเพณีดั้งเดิม (Tradition belief)

ส่วนปัจจัยในระดับจุลภาคและระดับปัจเจก คือการมองความสัมพันธ์ระหว่างความจริง (Reality) ประสบการณ์ของมนุษย์ และระบบวัฒนธรรม ในแง่มุมนี้ความรู้สึกทางกายและปัจจัยทางด้านอารมณ์ในระดับปัจเจกจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการก่อตัวของความรู้ทางการแพทย์ที่มีความเฉพาะในระดับบุคคล

เช่นเดียวกับการก่อตัวขึ้นขององค์ความรู้ด้านการแพทย์ในไนจีเรีย แท้ที่จริงแล้วการแพทย์ชีวภาพก็เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้สังคมชนิดหนึ่ง ภายใต้การอ้างความเป็นธรรมชาติ (Naturality) และความเป็นสากล (Universality) นั้น การแพทย์ชนิดนี้ก็มีรากฐานทางปรัชญาของตนที่สัมพันธ์อย่างแนบแน่นอยู่กับความคิดแบบธรรมชาตินิยม (Naturalism) และความคิดแบบปัจเจกชนนิยม (Individualism) ซึ่งเป็นรากฐานความคิดของสังคมตะวันตก โดยความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสามสิ่งนี้เป็นไปในลักษณะของการเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน

แนวคิดแบบธรรมชาตินิยมที่เป็นรากฐานของการแพทย์ชีวภาพเป็นผลผลิตจากยุคฟื้นฟูในสังคมยุโรป เป็นแนวคิดที่มองว่าธรรมชาติเป็นอิสระ (Autonomy) จากทุกสิ่งทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นสิ่งเหนือธรรมชาติ การตระหนักรู้ของมนุษย์ (Human consciousness) วัฒนธรรม สังคม ศีลธรรม (Morality) จิตวิทยา และความเฉพาะเจาะจงของกาลและเทศะ (Time and space)

ภายใต้ความคิดเช่นนี้ทำให้การแพทย์ชีวภาพยึดถือว่าร่างกายของมนุษย์เท่านั้นที่นับได้ว่าเป็น “ภาพตัวแทนของธรรมชาติมนุษย์ (Representation of human nature)” บุคลากรทางการแพทย์จะมองความเจ็บป่วยในฐานะเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติ ความเจ็บป่วยในทัศนะของการแพทย์ชีวภาพจึงถูกแยกออกจากโชคชะตาหรืออำนาจเหนือธรรมชาติ โรคจึงมิใช่สิ่งที่จะสามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่นใดนอกจากการ “มอง” และ “ดู” (Looking and seeing) ว่าอะไรที่ผิดไปในกลไกของร่างกายและซ่อมแซมมันเสีย

มุมมองที่เห็นว่าธรรมชาติเป็นสิ่งที่ เป็นอิสระจากการตระหนักรู้ของมนุษย์ เชื่อว่าธรรมชาติมีมาก่อนและดำรงอยู่ภายนอก (Given out there) อย่างเป็นภาวะพิสัย (Objectivity) ความหมายของธรรมชาติมีอยู่ในตัวของมันเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับสังคมและบุคคล บนฐานความคิดเช่นนี้ทำให้การแพทย์ชีวภาพมุ่งให้ความสำคัญกับอาการ (Sign) ในฐานะที่เป็นตัวบ่งชี้เชิงภาวะพิสัย และละเลยอาการแสดง (Symptom) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าของคนไข้

มุมมองแบบ Atomism ของความคิดแบบธรรมชาตินิยม เชื่อว่าส่วนย่อยๆ ต่างก็มีความเป็นอิสระและมีความหมายในตัวของมันเอง ความเป็นส่วนรวมถูกกำหนดโดยผลรวมของส่วนย่อย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างแต่ละส่วนเป็นไปในแบบความเป็นเหตุและผลต่อกันและกัน ในมุมมองนี้ทำให้ร่างกายถูกแยกออกเป็นส่วนๆ และแต่ละส่วนถูกมองว่าเป็นหน่วยที่มีความเป็นอิสระ การ

พยายามแสวงหาความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในอวัยวะแต่ละส่วนจะนำไปสู่ความเข้าใจมนุษย์ในฐานะที่เป็นบุคคลในที่สุด

การแยกธรรมชาติออกจากระบบศีลธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่ปราศจากคุณค่า (Value free) ไม่มีดีเลว สิ่งที่สำคัญที่สุดอยู่เพียงแค่การอธิบายว่าเป็นอย่างไรและจัดการกับมันเสีย นอกจากนั้นธรรมชาติยังเป็นสิ่งที่แยกออกจากสังคม กฎเกณฑ์ทางธรรมชาติไม่มีความเกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ทางสังคม ในแง่นี้ โรคจึงเป็นสิ่งที่ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ที่ไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับชนชั้นใดก็ตาม โรคเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับความถูกผิดไม่ว่าจะเป็นของปัจเจกหรือของสังคม และถึงแม้ว่าการเกิดโรคจะมีความชุกและความรุนแรงที่ต่างกันของคนต่างชนชั้น แต่การแพทย์ชีวภาพจะลดทอนปรากฏการณ์เช่นนี้ลงมาอธิบายภายใต้สาเหตุจากอนามัยและวิถีชีวิตส่วนบุคคลเท่านั้น

บนรากฐานของความคิดที่เชื่อว่าธรรมชาติและความจริงเป็นสิ่งที่มีความเป็นสากลสัมบูรณ์ (Absolute) และไม่ขึ้นกับกาลและเทศะ การแพทย์ชีวภาพจึงเชื่อในสัจจะที่มีหนึ่งเดียวและพยายามค้นหาหนทางเพื่อเปิดเผยสัจจะนั้น

ในแง่ญาณวิทยา แนวคิดธรรมชาตินิยมเน้นความเป็นอิสระของความเป็นเหตุผล (Rationality) และเชื่อว่าความจริงเป็นสิ่งที่อยู่ข้างนอก การจะเข้าถึงความรู้ที่แท้จริงได้นั้น ผู้รู้จึงจะต้องถอยห่างตัวเองออกจากระบบคุณค่าของสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ภาววิทยา (Ontology) และจักรวาลวิทยา (Cosmology) เป็นสิ่งที่แยกจากญาณวิทยา และปัจเจกเป็นผู้รู้ที่เป็นอิสระต่อสังคมและวัฒนธรรม มุมมองเช่นนี้ก่อร่างสร้างตัวจากระบบคุณค่าหลักของวัฒนธรรมตะวันตก คือ ความคิดแบบปัจเจกชนนิยม ซึ่งเชื่อในความเป็นองค์อธิปัตย์ของปัจเจก (Sovereignty of individual) เมื่อจุดเริ่มต้นของทุกสิ่งคือปัจเจก จุดมุ่งหมายของชีวิตจึงได้แก่การมุ่งปลดปล่อยตนเองจากการกำหนดของสังคมและวัฒนธรรม แนวคิดเช่นนี้จะเน้นวิถีทาง (Means) ที่ยึดว่าเหตุผลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญสูงสุดโดยละทิ้งคำอธิบายเชิงเทววิทยา (Teleology) ที่เน้นเป้าหมายปลายทาง (Ends) ในแง่นี้เองที่ทำให้เทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่งที่จริงเป็นเพียงแค่วิถีทางที่มุ่งสู่การเยียวยามนุษย์ได้กลับกลายเป็นเป้าหมายสุดท้ายที่ต้องยึดถือและไปให้ถึงในตัวมันเอง (Gordon, 1998)

นอกจากนั้นแล้วภายใต้การอ้างความเป็นเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์ (Scientific rationality) การแพทย์ชีวภาพยังได้ชุกซ่อนเร้นระบบคุณค่าบางอย่างไว้เบื้องหลัง ซึ่งได้แก่ระบบคุณค่าแบบทวิภาวะนิยม (Dualism) ที่อยู่ภายใต้อภิปรัชญาของตะวันตก การแพทย์ชีวภาพได้รับอิทธิพลอย่างลึกซึ้งจากความคิดของ เรอเน่ เดการ์ตส์ ที่มองว่ากายและจิตนั้นแยกออกจากกันและไม่มีความสัมพันธ์ต่อกัน จิตจึงไม่มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย การเติบโตของวิทยาศาสตร์ภายใต้ความคิดแบบทวิภาวะนิยมได้กลายเป็นวิทยาศาสตร์แบบวัตถุนิยมเชิงเดี่ยว ในแง่นี้บุคคลจึงเป็นเพียงเครื่องจักรทาง

ชีวเคมีและสรีระวิทยา ที่สามารถอธิบายได้ด้วยภาษาทางชีววิทยาเท่านั้น การศึกษาทางการแพทย์ในช่วงศตวรรษที่ 19 เชื่อกันว่าด้วยการมองอย่างเป็นภาวะพิสัยเท่านั้นที่จะสามารถบ่งบอกถึง “ความจริงทางคลินิก” ได้ ส่วนมุมมองเชิงอัตวิสัยของคนไข้ที่บอกเล่าสะท้อนความทุกข์ทรมานที่ตนเผชิญหน้าอยู่เป็นสิ่งที่ไม่มีความแน่นอนและไม่ใช่แก่นสารของการวินิจฉัยโรค เพราะร่างกายเท่านั้นที่จะเผยตนเองโดยตรงต่อแพทย์โดยไม่มีอะไรเกี่ยวข้องกับความคิดและการประเมินตนเองของคนไข้ ความเป็นทวิภาวะนิยมในการแพทย์แสดงออกอย่างเด่นชัดในหลายรูปแบบ เช่น การมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น (Active knower) ส่วนคนไข้อยู่ในสถานะของผู้ถูกรู้ที่เฉื่อยชา (Passive known) ความเจ็บป่วย (Illness) เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ไม่มีแก่นสารแน่นอน แต่โรค (Disease) คือสิ่งที่เป็นความจริงโดยปราศจากมิติทางอารมณ์และศีลธรรม (Kirmayer, 1988)

มุมมองต่อโลก ชีวิต และความเจ็บป่วยเช่นนี้ได้นำไปสู่วิธีการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยชนิดหนึ่งซึ่งมีรากฐานทางปรัชญาเฉพาะของการแพทย์ชีวภาพ และการนำเสนอภาพตัวแทนเช่นนี้ได้ถูกผลิตซ้ำขึ้นในตัวแพทย์ผ่านกระบวนการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ โดยนักศึกษาแพทย์จะถูกฝึกให้เรียนรู้และรับเอาวิถีทางที่เขาและเธอเหล่านั้นจะต้องใช้ในการมองความจริงในรูปแบบที่แตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิงจากการมองโลกในทิศทางของคนปกติ การเรียนแพทยศาสตร์ไม่ต่างอะไรกับการเรียนรู้ภาษาใหม่ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำ ความเข้าใจต่อโลกได้เท่านั้นหากแต่ภาษาใหม่เหล่านี้ได้สร้างให้เกิดโลกแห่งวัฒนธรรมไปใหม่ที่ส่ง ผลต่อ “การมอง” และการทำความเข้าใจสรรพสิ่งในโลกในวิถีทางที่แตกต่างออกไป นอกจากรูปแบบของ “การมอง” แบบใหม่แล้ว โรงเรียนแพทย์ยังได้สร้างรูปแบบของ “การเขียน” และ “การพูด” เกี่ยวกับ “ความจริง” ชนิดหนึ่งขึ้นมา ในกระบวนการทั้งหมดของการปลูกฝังวิถีของ “การมอง” “การเขียน” และ “การพูด” ลงในนักศึกษาแพทย์นี้ ทำให้ผู้คนที่ทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ถูกแพทย์สร้างใหม่ให้กลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า “คนไข้” ก่อนที่จะถูกแปรเปลี่ยนให้เป็น “เพิ่มข้อมูล” และนำไปสู่การเป็น “โครงการที่จะต้องทำการรักษา” ในที่สุด (Good, 1994) โลกทางเวชกรรม (Medical world) วัตถุแห่งการจ้องมองทางการแพทย์ (Object of medical gaze) รวมถึงลักษณะเฉพาะของระบบตรรกะที่ใช้ในการทำความเข้าใจโลก ได้ถูกสร้างขึ้นผ่านกระบวนการเรียนแพทย์ ของนักศึกษาแพทย์ และในกระบวนการเรียนนี้เองที่องค์ประธานในการจ้องมอง (นักเรียนแพทย์ และแพทย์) ก็ถูกผลิตซ้ำขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง (Good and Good, 1993)

จากงานศึกษาที่ได้ทบทวนมาข้างต้นได้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความเป็นภาพลวงตาในการ อ้างความเป็นสากลและข้ามผ่านวัฒนธรรมของระบบการแพทย์ชีวภาพ เพราะระบบการแพทย์ชนิด นี้เป็นเพียงผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่มีความเฉพาะของการก่อกำเนิดบนเงื่อนไขทางสังคม

และประวัติศาสตร์ชนิดหนึ่งเท่านั้น ด้วยมุมมองเช่นนี้เท่ากับเป็นการดึงการแพทย์ชีวภาพออกมาสู่สถานะที่ถกเถียงได้ ในฐานะของการเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่ง

แนวคิดของปีแอร์ บูร์เดียว กับการศึกษาศาสตร์แห่งการแพทย์ชีวภาพ

แนวคิดทางสังคมวิทยาของบูร์เดียวได้เสนอว่า การวิพากษ์วิจารณ์สิ่งใด ๆ ก็ตามที่ เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมโดยใช้เพียงวิธีการมองสิ่งเหล่านั้นในมิติทางสังคมและประวัติศาสตร์นั้น เป็นมุมมองที่ไม่เพียงพออย่างยิ่ง เพราะการที่เราจะสามารถเข้าใจสิ่งที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมได้นั้น จะต้องมองผลผลิตทางวัฒนธรรมในฐานะที่สัมพันธ์อยู่กับอาณาบริเวณ (Field) ทางวัฒนธรรม (Brown and Szeman, 2000) และจะต้องให้ความสนใจกับเป้าหมายของผู้ที่อยู่ในแวดวงของการผลิตทางวัฒนธรรมซึ่งสัมพันธ์อยู่กับสิ่งที่บูร์เดียวเรียกว่าฮาบิตัส (Habitus) และตำแหน่งแห่งที่ของแต่ละคนภายในอาณาบริเวณ (Stabile, 2000)

ในทัศนะของบูร์เดียว ศาสตร์หรือความรู้ต่าง ๆ นั้นล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ถูกผลิตขึ้นจากการเล่นเกมที่แฝงไว้ด้วยแรงขับเคลื่อนในการแสวงหาผลประโยชน์ของนักวิชาการซึ่งเป็นสมาชิกอยู่ในอาณาบริเวณ ผลผลิตเหล่านี้ได้กลายเป็น “ความจริง” และ “กฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณ” ที่ส่งผลในแง่มุมมองที่กว้างขวางออกไป (Pinto, 1999) บูร์เดียวได้ชี้ให้เห็นว่า “ความจริงเชิงวัตถุวิสัยทางวิทยาศาสตร์” ที่กล่าวอ้างว่ามีความเป็นสากลนั้น แท้ที่จริงแล้วเป็นเพียงสิ่งที่เกิดขึ้นในโครงสร้างของอาณาบริเวณทางวิทยาศาสตร์ ความจริงทางวิทยาศาสตร์ที่ถูกยกให้เป็นสิ่งที่บริสุทธิ์ที่สุดเป็นเพียงความเป็นจริงชนิดหนึ่งในอาณาบริเวณทางสังคมประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับความจริงประเภทอื่นๆ ในอาณาบริเวณอื่นๆ ที่ประกอบขึ้นจากการกระจายตัวของอำนาจ การผูกขาด การต่อสู้ดิ้นรน ยุทธวิธี และผลประโยชน์ และสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีลักษณะเฉพาะตัวภายในอาณาบริเวณแต่ละประเภท (Bourdieu, 1999)

การวิเคราะห์การก่อตัวของการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยบนฐานคิดของการแพทย์ชีวภาพขึ้นในตัวนักศึกษาขณะศึกษาอยู่ในโรงเรียนแพทย์โดยใช้แนวคิดทางสังคมวิทยาของบูร์เดียวนั้น ทำได้โดยเริ่มจากการมองผ่านมโนทัศน์เรื่องปฏิบัติการ (Practice) ซึ่งเป็นมโนทัศน์ที่มองว่าการกระทำทางสังคมของมนุษย์ล้วนแล้วแต่เป็นยุทธวิธีที่มุ่งหวังผลประโยชน์ ปฏิบัติการเป็นสิ่งที่นำไปเพื่อการแสวงหาผลประโยชน์สูงสุดไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ในมิติใดก็ตาม (Swartz, 1997: 66-7,73) มนุษย์ทุกคนในฐานะผู้กระทำทางสังคมจะพยายามในการที่จะทำให้การกระทำของตนเป็นที่มองเห็นของผู้อื่น โดยพยายามที่จะใช้เวลาและพลังในการกระทำน้อยที่สุดแต่ต้องการผลลัพธ์คือการปรากฏตัวตนต่อสายตาของผู้อื่นมากที่สุด เช่น การสวมเสื้อกาวน์ของแพทย์ซึ่งเป็นการ

กระทำทางสัญลักษณ์ที่ใช้เวลาและพลังจำนวนน้อยนิดในการสร้างการยอมรับจากผู้อื่น (Honneth, 1986: 47)

ในหนังสือ *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste* (Bourdieu, 1994: 173-175) บูร์เดียว์เสนอว่า รสนิยมเป็นปฏิบัติการที่ผู้กระทำที่สังกัดในแต่ละชนชั้นแสดงความแตกต่างของตนออกมา และรสนิยมที่เหมือนกันจะทำให้คนเป็นพวกเดียวกัน รสนิยมจึงเป็น ปฏิบัติการของก้าวไปสู่ความแตกต่างและการแบ่งแยก เช่นเดียวกันกับในโรงเรียนแพทย์ ปฏิบัติการที่นักศึกษาแพทย์ใช้ในการแสวงหาตำแหน่งแห่งที่ที่เหมาะสมของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับผู้อื่นคือการสร้าง “เรื่องเล่าทางคลินิก (Clinical narrative)” ซึ่งเป็นเรื่องราวที่นักศึกษาแพทย์สร้างขึ้นใหม่ในบริบทของโรงพยาบาลเพื่อสื่อสารกับกลุ่มวิชาชีพ ด้วยการตัดต่อ เรียบเรียง และปรับแต่งประสบการณ์ของคนไข้ที่ได้รับจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย และนำไปสู่การวินิจฉัยโรคและการรักษาคนไข้ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะ (Good and Good, 2000) โดยในการเรียนแพทย์ นักศึกษาจะถูกสอนให้เริ่มต้นกระบวนการของการแสวงหาข้อมูลผ่านการซักประวัติคนไข้ และมองข้อมูลเหล่านั้นผ่านขั้นตอนต่างๆ คือ เริ่มจากการมองหว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีต้นตอจากความคิดปกติที่ระบบไหนของร่างกายจากระบบทั้งหมด 10 ระบบที่แบ่งแยกไว้ในทางแพทยศาสตร์ จากนั้นจึงเริ่มลงลึกไปเพื่อระบุชี้ชัดในระดับอวัยวะและระดับเนื้อเยื่อ และทำการค้นหาว่าความคิดปกติที่เกิดขึ้นนั้นเป็นไปในรูปแบบใด ระหว่าง การติดเชื้อ (Infection) การบาดเจ็บ (Trauma) เนื้องอก (Tumor) หรือการอักเสบ (Inflammation) (โกมาตร, 2545ข.: 54-55) จากกรอบของความคิดในการมองข้อมูลข้างต้น เรื่องราวของความทุกข์ทนที่พร่างพรูจากปากของคนไข้ จึงต้องทั้งถูกขัดขวาง (ในระหว่างกระบวนการซักประวัติ) รวมถึงถูกตัดทอนให้ลงตัวกับกรอบความคิดเพื่อสร้างเป็น “เรื่องเล่าทางคลินิก” ที่จะนำไปสู่การประสบความสำเร็จในการวินิจฉัยโรค (Good and Good, 2000) ในการเดินตรวจคนไข้ตามเตียงในหอคนไข้ซึ่งเป็นรูปแบบสำคัญของการเรียนรู้วิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกนั้น นักศึกษาแพทย์ได้สะท้อนว่าที่จริงแล้วกระบวนการเรียนรู้ก็คือ “เกม” ชนิดหนึ่งที่มีเป้าหมายลึกลับๆ ก็จะต้องพยายามทำตนเองให้ดูดีต่อหน้าเพื่อนร่วมงานและอาจารย์โดยใช้ศิลปะของการสร้างความประทับใจ (Conrad, 1988)

หากพิจารณาในแง่นี้ การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกจึงเป็นเสมือนปฏิบัติการชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นภายในสิ่งที่บูร์เดียว์เรียกว่าอาณาบริเวณ (Field) ซึ่งมีความหมายถึงเครือข่ายของความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกกับสถาบัน เป็นพื้นที่ที่มีตรรกะเฉพาะที่แตกต่างกันไปในอาณาบริเวณแต่ละชนิด อาณาบริเวณเป็นเขตแดนของการต่อสู้ที่บูร์เดียว์อุปมาว่าเป็นสนามของการเล่นเกม (Field as the playing field) (วินัย, 2545: 6) ผู้ที่จะเข้ามาเป็นสมาชิกภายในอาณาบริเวณได้นั้นจะต้องยอมรับค็อกซา (Doxa) ซึ่งเป็นระบบคุณค่าของการเล่นเกมเอาไว้โดยปริยาย ผู้กระทำ (Actor) ภายในอาณา

บริเวณจะไม่ตระหนักถึงลักษณะที่เป็นการกำหนดคตินเอง (Arbitrary character) ของโลกทางสังคมของพวกเขา และรับเอาการนิยามความหมายของผลประโยชน์และหนทางที่จะได้มาซึ่งผลประโยชน์นั้นเสมือนหนึ่งสิ่งที่จะต้องเป็นไปเช่นนั้นอยู่แล้ว ผลลัพธ์ที่ไม่ได้ตั้งใจจากการที่ผู้กระทำเข้าไปแข่งขันในอาณาบริเวณก็คือในขณะที่คตินนั้นเพื่อผลประโยชน์นั้นผู้กระทำก็ได้ทำการผลิตซ้ำโครงสร้างของอาณาบริเวณไปพร้อมๆกัน (Swartz, 1997: 125-126)

ความสามารถในการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในรูปแบบที่จะสามารถนำไปสู่การวินิจฉัยโรคได้นั้นเป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงการเติบโตและความสามารถที่เพิ่มขึ้นของนักศึกษาแพทย์ ปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าเหล่านี้จะนำไปสู่การจัดตำแหน่งแห่งที่ของนักศึกษาแต่ละคนภายในระบบความสัมพันธ์ที่เต็มไปด้วยลำดับชั้นในโลกทางการแพทย์ (Good and Good, 2000) การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในระหว่างกระบวนการฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจึงดำรงตนอยู่ในฐานะของการเป็นปฏิบัติการที่มีความสม่ำเสมอภายใต้คอกขาของอาณาบริเวณ เพื่อแสวงหาการมีอำนาจเหนือผู้อื่นที่ปรากฏตัวอยู่ในรูปแบบของการได้รับการยอมรับจากสมาชิกภายในอาณาบริเวณ

บัวร์เดียว์ปฏิเสธการมองความสม่ำเสมอของปฏิบัติการว่าเป็นเพียงผลจากการเชื่อฟังหรือปฏิบัติตามกฎแต่อธิบายว่าชีวิตทางสังคมไม่ได้ถูกกำกับโดยบทบัญญัติที่กำหนดการกระทำทางสังคมของมนุษย์อย่างชัดเจน แต่ความสม่ำเสมอของปฏิบัติการเกิดจากการที่มนุษย์สังเคราะห์ทุกสิ่งทุกอย่างและสะท้อนสิ่งเหล่านี้ออกมาในรูปแบบที่หลากหลายที่ยังแสดงร่องรอยของความสม่ำเสมอ เป็นความสม่ำเสมอของรูปแบบที่หลากหลายของปฏิบัติการ และ “ฮาบิตัส” คือสิ่งที่ควบคุมความสม่ำเสมอของปฏิบัติการเหล่านั้นโดยปราศจากการอ้างอิงโดยตรงกับกฎ (Bouveresse, 1999) ในทัศนะของบัวร์เดียว์ ปัจเจกหรือบุคคลคือร่างกายที่ถูกขัดเกลาทางสังคม (Socialized body) ซึ่งไม่ใช่ทั้งสิ่งที่ยื่นอยู่ตรงข้ามและอยู่ภายใต้การกำกับของสังคม แต่เป็นรูปแบบหนึ่งของการปรากฏตัวของสังคม ปัจเจกและสังคมในมุมมองนี้จึงมิใช่สิ่งที่ดำรงอยู่อย่างแยกขาดจากกัน แต่เป็นความสัมพันธ์ที่เป็น 2 มิติของความจริงทางสังคมอันเดียวกัน (Swartz, 1997: 95-96) เมื่อพิจารณามโนทัศน์ฮาบิตัสเชื่อมโยงกับมโนทัศน์เรื่องปฏิบัติการจะพบว่าปฏิบัติการในมุมมองของบัวร์เดียว์คือการกระทำที่ปัจเจกเลือกกระทำ ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการกระทำที่ถูกกำหนดขอบเขตของความเป็นไปได้ในการกระทำเอาไว้ โดยได้รับอิทธิพลจากแรงผลักดันของอาณาบริเวณและฮาบิตัสของแต่ละคน เปรียบเทียบกับการเล่นเกมที่ผู้เล่นจะต้องมีทั้งความเข้าใจต่อกฎของเกมอยู่ชุดหนึ่งรวมกับความสามารถในการเล่นที่ตนมีอยู่ ณ วินาทีของการเล่น ผู้เล่นจะคาดการณ์หรือตอบสนองโดยอัตโนมัติตามสมรรถภาพของฮาบิตัสของตน ดังนั้นการที่จะทำความเข้าใจปฏิบัติการของปัจเจกได้อย่างถ่องแท้ จะต้องทำความเข้าใจภายใต้ความเฉพาะของอาณาบริเวณหนึ่งๆและต้องมองเห็น ความหลากหลายของฮาบิตัสของปัจเจกแต่ละคน (วินัย, 2545: 8) อย่างไรก็ตามฮาบิตัสไม่ใช่สิ่ง

ที่เป็นสากลและเป็นศักยภาพที่ติดตัวมาแต่กำเนิด แต่เป็นโครงสร้างที่ถูกสร้างขึ้น (Structured structure) จากประสบการณ์ที่มีความเฉพาะของชนชั้นและจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมในครอบครัวและกลุ่มเพื่อนร่วมอาชีพ ปัจเจกที่ดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกันในช่วงเวลาหนึ่งหรือในชนชั้นหนึ่งจะมีฮาบิทัสที่คล้ายคลึงกัน ฮาบิทัสเป็นโครงสร้างที่สร้างให้เกิดการกระทำ ปฏิบัติการ และการสร้างภาพตัวแทนชนิดที่มีความเฉพาะตัวขึ้นโดยปราศจากการตระหนักรู้ (...is a "structuring structure" that generates action) ดังนั้นปฏิบัติการของกลุ่มคนที่ฮาบิทัสคล้ายคลึงกันจะมีความกลมกลืนและเหมือนกันโดยปราศจากความตั้งใจ โดยบูร์เดียว์ได้เปรียบเทียบประยัตินี้ดังกล่าว่า เปรียบเสมือนวงดนตรีออร์เคสตราที่เล่นได้อย่างพร้อมเพรียงกันโดยปราศจากวาทยากร อย่างไรก็ตาม ฮาบิทัสไม่ใช่เป็นสิ่งที่มีความสถิตย์แต่จะสามารถปรับเปลี่ยนอย่างช้าๆเมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ใหม่ๆโดยที่ปัจเจกไม่เกิดความตระหนักรู้ แต่การปรับเปลี่ยนนั้นจะไม่รุนแรงถึงระดับการเปลี่ยนพื้นฐานเบื้องต้น (Swartz,1997: 102,105-107) (Bourdieu, 1990a: 55)

ฮาบิทัสคือสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ที่ก้าวเข้าไปเป็นผู้เล่นภายในอาณาบริเวณหนึ่งๆ เพราะผู้เล่นในแต่ละอาณาบริเวณนั้นจะต้องมีฮาบิทัสที่เหมาะสมที่สามารถทำให้การเล่นในเกมในอาณาบริเวณนั้นเป็นไปได้ ในทัศนะของบูร์เดียว์อาณาบริเวณทางวิชาการเป็นอาณาบริเวณทางวัฒนธรรมประเภทหนึ่งที่มีความเป็นอิสระสูงจากอาณาบริเวณชนิดอื่น ซึ่งเป็นผลจากศักยภาพในการควบคุมการรับสมาชิกและกระบวนการจัดেলাได้อย่างเบ็ดเสร็จและสามารถนำเสนออุดมการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะของอาณาบริเวณได้อย่างชัดเจน (Swartz, 1997: 126,128) ด้วยเหตุที่ภาษาที่ใช้ในอาณาบริเวณทางวิชาการเป็นภาษาที่ไม่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับภาษาที่ใช้ในครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวของชนชั้นแรงงาน ลักษณะเช่นนี้ทำให้ระบบการศึกษานั้นเป็นสิ่งที่อยู่ในโลกอีกใบหนึ่ง การที่ชนชั้นล่างจะเข้าสู่มหาวิทยาลัยได้นั้น คนกลุ่มนี้จะต้องปรับตัวให้เข้ากับ “ภาษาของการสอน” และ “ภาษาของความคิด” ที่ใช้ในการสื่อสารในมหาวิทยาลัย และจะต้องผ่านระบบการสอบเข้ามหาวิทยาลัยที่แฝงไว้ด้วยการจำกัดเสรีภาพผ่านการดำเนินการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น วิธีการรับนักศึกษา การควบคุม การจัดโครงสร้างการสอน และการสื่อสาร ที่ล้วนแล้วแต่อยู่ภายใต้ตรรกะเฉพาะของอาณาบริเวณที่ส่งผลให้เกิดการกีดกันคนที่ฮาบิทัสบางชนิดในขณะที่เลือกคัดสรรเอาคนที่ฮาบิทัสที่เหมาะสมซึ่งหมายถึงชนชั้นกลางจนถึงชนชั้นสูง (Bourdieu and Passeron,1994: 9,13) และการที่ระบบการศึกษาชั้นสูงต้องทำการแสวงหาหรือคัดเลือกผู้เล่นที่มีลักษณะเหมาะสมกับการเล่นเข้ามาอยู่ภายในอาณาบริเวณ ก็เนื่องด้วยเหตุผลที่ว่า “การศึกษา” หรือ “วิชาการ” ที่ร่ำเรียนในระบบการศึกษานั้นเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่มีได้มีความเป็นสากล หากแต่จะเป็นที่ยอมรับและเข้าใจได้ก็กับคนกลุ่มหนึ่งที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะเข้ามาเป็นผู้เล่นภายในอาณาบริเวณเท่านั้น (Dreyfus and Rabinow,1999) ลักษณะเช่นนี้ทำให้อาณาบริเวณทางวิชาการสามารถผลิตซ้ำตน

เองโดยมีฮาบิทัสหลักที่มีอำนาจครอบงำและทำหน้าที่บ่งชี้ว่าอะไรคือ “ความเป็นจริง” ในอาณาบริเวณและทำหน้าที่จำกัดขอบเขตของสิ่งที่จะสามารถเป็นความคิดที่ถูกต้อง ชอบธรรม และเป็นไปได้เอาไว้ (Pinto, 1999) โดยที่สมาชิกในอาณาบริเวณไม่ตระหนักถึงการมีอยู่ของฮาบิทัสของตน ซึ่งเป็นต้นตอของปฏิบัติการ ส่งผลไปถึงการไม่ตระหนักรู้ถึงความเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมของปฏิบัติการของตน ทั้งที่สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมทั้งสิ้น (Bohman, 1999)

มโนทัศน์ว่าด้วยปฏิบัติการ ฮาบิทัส และ อาณาบริเวณ ช่วยขยายมุมมองจากการทบทวนงานศึกษาในช่วงแรก โดยแสดงให้เห็นว่าการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกภายใต้การนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยของการแพทย์ชีวภาพนั้น เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่ถูกผลิตขึ้นในอาณาบริเวณทางวิชาการเฉพาะที่เรียกว่าแพทยศาสตร์ เมื่อพิจารณาโรงเรียนแพทย์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของอาณาบริเวณทางวิชาการ กระบวนการคัดสรรคนเข้าสู่โรงเรียนแพทย์เป็นกระบวนการที่มีความเฉพาะ นักศึกษาแพทย์ที่ผ่านการคัดเลือกเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบการศึกษาเพื่อก้าวไปสู่ความเป็นแพทย์ จึงเป็นผู้ที่มีฮาบิทัสที่สอดคล้องเหมาะสมที่พร้อมที่จะรับเอา “ค็อกซา” ของอาณาบริเวณนี้เข้ามาไว้ในตน และเลือกที่จะใช้ปฏิบัติการบางชนิดซึ่งได้แก่การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคและวิธีในการรักษาคนไข้ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะ เพื่อโต้เถียงอยู่บนลำดับชั้นของความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณ ในประเทศสหรัฐอเมริกาในต้นทศวรรษ 1900 มีพื้นฐานทางสังคมมาจากครอบครัวชนชั้นกลางก่อนไปทางสูง (Upper-middle class) และพบว่ามีการศึกษาแพทย์จำนวนร้อยละ 12 เท่านั้นที่มีพื้นฐานทางสังคมมาจากครอบครัวชนชั้นแรงงาน (Working-class) สักส่วนเช่นนี้มีความคงที่ตลอดตั้งแต่ช่วงปี 1920 จนถึงช่วงปี 1970 (Waitzkin, 1989)

เมื่ออาณาบริเวณทางวิชาการที่มีชื่อว่าแพทยศาสตร์ประกอบไปด้วยผู้เล่นที่มีลักษณะของฮาบิทัสคล้ายคลึงกัน ซึ่งก็คือชนชั้นกลางและชนชั้นที่สูงกว่าขึ้นไป และลักษณะเฉพาะของชนชั้นกลางก็คือเป็นชนชั้นที่มีบทบาทสำคัญในการผลิตและผลักดันอุดมการณ์ทุนนิยมให้ขยายตัวอย่างกว้างขวางในสังคม (ปรีชา เปี่ยมพงศ์สานต์ 2536, อ้างใน ศิริพร, 2538: 31) และตระกัฟพื้นฐานของอุดมการณ์ทุนนิยมก็คือการมุ่งเน้นวิถีคิดเกี่ยวกับความก้าวหน้าในลักษณะที่เป็นเส้นตรง และการเติบโตของอุดมการณ์ที่รองรับอยู่ด้วยปรัชญาปฏิฐานนิยม ณ จุดเริ่มต้นของการศึกษาเพื่อไปสู่ความเป็นแพทย์นั้น นักศึกษาเกือบทุกคนในฐานะที่สังกัดอยู่ในชนชั้นเช่นนี้จึงเป็นผู้เล่นภายในอาณาบริเวณที่มีฮาบิทัสคล้ายคลึงกันและเป็นฮาบิทัสที่พร้อมที่จะก่อให้เกิดปฏิบัติการในลักษณะหนึ่งที่มีความสอดคล้องกับกฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณ และเป็นฮาบิทัสที่เมื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ของการเรียนการสอนก็พร้อมที่จะปรับเปลี่ยนไปเป็นฮาบิทัสที่ความเฉพาะยิ่งขึ้นของวิชาชีพที่มีลักษณะของการใช้ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมในการแสวงหาความจริงและนำไปสู่ปฏิบัติการของการรับ

เอาวิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกเข้ามาไว้กับคนเสมือนหนึ่งเป็นความจริงหนึ่งเดียวในการทำความเข้าใจชีวิต ร่างกายและความเจ็บป่วยของมนุษย์

บริบทแห่งการปะทะประสานขององค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพ

โรงพยาบาลเป็นเสมือนหนึ่งพื้นที่พิเศษชนิดหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นสำหรับคนที่ชีวิตอยู่ในภาวะของความไม่ปกติชั่วคราวจนกว่าจะฟื้นภาวะความไม่ปกติและกลับไปอยู่ในสังคมที่ปกติอีกครั้งหนึ่ง โรงพยาบาลเป็นพื้นที่ที่คนป่วยจะต้องก้าวออกจากกฎเกณฑ์ที่กำกับความสัมพันธ์ทางสังคมในภาวะปกติมาสู่กฎเกณฑ์ชุดใหม่ทำให้ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพสามารถแสดงอำนาจเหนือร่างกายของมนุษย์โดยการบงการให้คนไข้กระทำและยอมรับการกระทำบางอย่างที่มีต่อร่างกายของตน ทั้งที่การกระทำเหล่านั้นมิใช่สิ่งที่สามารถทำได้เมื่ออยู่นอกพื้นที่ของโรงพยาบาล (และในเมื่อแต่บางครั้งเมื่อคนไข้พ้นออกมาจากพื้นที่ของโรงพยาบาลแล้ว อำนาจนั้นก็ยังคงสามารถตามบงการชีวิตได้) (ทวิศักดิ์, 2545: 191-194) แนวคิดเรื่องความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาลสามารถใช้อธิบายการเกิดขึ้นของการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยรูปแบบหนึ่งภายใต้ระบบการแพทย์ชีวภาพในระบบคิดของแพทย์ได้ว่า ภายใต้ความเป็นพื้นที่พิเศษของสถาบันการผลิตแพทย์นั้นมีความเป็นอิสระจากอาณาบริเวณชนิดอื่นค่อนข้างสูง ทำให้การลงหลักปักฐานของตรรกะในการมองความเจ็บป่วยในลักษณะดังกล่าวจึงเป็นไปได้ค่อนข้างมั่นคง

แต่มนุษย์ในฐานะเป็นผู้กระทำทางสังคมอาจมีที่อยู่ที่ยืนของตนอยู่ภายในอาณาบริเวณที่หลากหลายมากกว่าหนึ่ง ในแง่นี้เมื่อแพทย์ได้ก้าวพ้นออกจากสถานะภาพความเป็นนักศึกษาในสถาบันการผลิตแพทย์เข้าสู่ชีวิตการทำงาน ภายใต้บริบทที่แปรเปลี่ยนไปถึงแม้จะยังคงอยู่ในบริบทของโรงพยาบาลแต่ก็เป็นโรงพยาบาลที่มีลักษณะแตกต่างจากโรงพยาบาลในสถาบันผลิตแพทย์ มุมมองที่เสนอให้มองโรงพยาบาลว่าเป็นพื้นที่พิเศษนั้นอาจจะไม่เพียงพอเพราะเป็นการมองความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาลในลักษณะที่กลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวเหมือนกันหมดไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลขนาดไหน และอยู่ในบริบทของสถานที่ตั้งอย่างไร แต่ในความเป็นจริงนั้นเมื่อแพทย์ได้ก้าวพ้นออกจากโรงเรียนแพทย์ อาจเป็นไปได้ว่าเมื่อบริบทเปลี่ยนไป อาณาบริเวณทางวิชาการของแพทย์ในบริบทใหม่อาจถูกเชื่อมช้อนอยู่กับอาณาบริเวณชนิดอื่นๆ และเมื่อนั้นตรรกะในการมองโลก ชีวิต และความเจ็บป่วยของแพทย์จะถูกทำทลายจากตรรกะที่แตกต่างไปของการเล่นเกมภายใต้การช้อนทับกันของอาณาบริเวณ

ในบทความเรื่อง The Shape of Action: Practice in Public Psychiatry (Rhodes, 1993) ได้ชี้ให้เห็นถึงความแปรเปลี่ยนของบริบทที่มีผลต่อปฏิบัติการของแพทย์ โดยทำการศึกษาการให้บริการของหน่วยบำบัดโรคจิตเวชชนิดเฉียบพลัน (Acute Psychiatry Unit) ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

และทำให้เห็นถึงความเป็นพื้นที่พิเศษที่มีลักษณะของความเข้มข้นของชุดกฎเกณฑ์ที่ต่างจากโรงพยาบาลในสถาบันผลิตแพทย์อย่างชัดเจน จากผลการศึกษาพบว่าในบางสถานการณ์ องค์กรความรู้ทางจิตเวชก็มีได้ดำเนินไปในทิศทางที่ถูกผลิตขึ้นผ่านสถาบันการผลิตแพทย์ แต่ถูกปรับแต่งภายใต้สถานการณ์เฉพาะ อันได้แก่ภาระหน้าที่รับดูแลคนยากจน ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและความต้องการจากคนไข้ที่มากขึ้น การรักษาทางจิตเวชของหน่วยนี้จึงกลายเป็นปฏิบัติการที่เป็นไปตามสถานการณ์เฉพาะหน้า ภายใต้จุดมุ่งหมายคือ “การทำให้คนไข้อยู่รักษาในช่วงที่สั้นที่สุด”

ภาระหน้าที่สำคัญในการพยายามจัดให้มีเตียงคนไข้ว่างไว้ตลอดเวลาเพื่อเตรียมรองรับกรณีฉุกเฉิน ทำให้วิธีการวินิจฉัยโรคของทีมแพทย์ผู้รักษา สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการจ้องมองออกไปข้างนอก (Gaze outward) โดยมองหาพื้นที่ภายในชุมชนที่จะส่งคนไข้ออกจากสถานบำบัดผ่านการให้การวินิจฉัยอย่างใดอย่างหนึ่ง เหนือการจ้องมองทางการแพทย์ (Medical gaze) ในสถานการณ์ที่วุ่นวายซับซ้อน ทฤษฎีและเทคนิคในการรักษาไม่ได้ช่วยอะไรมากนักในการแก้ไขปัญหา องค์กรความรู้ที่มีอยู่ได้ถูกปรับแต่งและเปลี่ยนแปลงไปภายใต้บริบทที่มีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าบริบทของโรงเรียนแพทย์

หากว่าเหตุที่วิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกสามารถก่อตัวขึ้นในตัวของนักศึกษาแพทย์ได้อย่างราบรื่น ส่วนหนึ่งเพราะความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตัวนักศึกษาแพทย์และทีมงานของบุคลากรในโรงเรียนแพทย์กับคนไข้ที่มีความเหลื่อมล้ำและเบียดเสียดในบริบทของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ บทความเรื่อง Patients, Physicians and Context: Medical Care in the Home ของ Andrea Sankar (1988) ได้ชี้ให้เห็นถึงผลกระทบต่อการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกเมื่อบริบทเปลี่ยนไปผ่านการศึกษาคำพิภพปฏิบัติงานเวชศาสตร์ครอบครัวด้วยการออกไปดูแลคนไข้ที่บ้านของนักศึกษาแพทย์ และเสนอว่าเมื่อบริบทเปลี่ยนแปลงไปความสัมพันธ์เชิงอำนาจก็ไม่เหมือนเดิมอีกต่อไป การที่นักศึกษาได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนไข้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่บ้านของคนไข้ ทำให้เกิดผลต่อการรับรู้ถึงสิ่งที่เรียกว่า “คนไข้โรคเรื้อรัง” ของนักศึกษาเปลี่ยนแปลงไป นักศึกษาบางคนได้เรียนรู้แง่มุมที่หลากหลายของความเจ็บป่วยที่มากกว่ามิติทางชีววิทยา โรคเรื้อรังกลายเป็นสิ่งที่ประกอบขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างมิติทางกาย จิต และสังคม และไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางวิชาการของแพทยศาสตร์อย่างเดียวยังอีกต่อไป ทักษะคิดที่เคยมองความเจ็บป่วยว่าเป็นจุดหมายที่ต้องพิชิตถูกปรับเปลี่ยนไปให้ความสำคัญกับความต้องการของคนไข้มากขึ้น และเริ่มมองเห็นความจำกัดขององค์กรความรู้ของตน ความสัมพันธ์ในลักษณะ “แพทย์ครอบงำคนไข้” ถูกท้าทายในบริบทที่บ้าน เพราะบรรยากาศที่เคร่งขรึมท่ามกลางเทคโนโลยีและเครื่องมือในคลินิกซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดระยะห่างทางสังคมระหว่างหมอกับคนไข้ที่ไม่มีอยู่ในห้องนั่งเล่นและห้องนอนที่บ้านของคนไข้ อำนาจการสั่งให้ญาติออกไปเมื่อจะตรวจร่างกายเป็นสิ่งที่ทำได้ลำบากเมื่อขาดบริบทของคลินิกมากำกับ

เมื่อความสัมพันธ์ทางพื้นที่ (Spatial relationship) เปลี่ยนแปลงไป การตรวจร่างกายที่เคยมีข้อปฏิบัติที่ต้องทำตามในบริบทของคลินิก กลับกลายเป็นสิ่งที่ต่อรองได้ที่บ้าน นักศึกษาบางคนต้องพยายามจัดวางตนเองไว้ในตำแหน่งที่จะช่วยให้สามารถคงความสัมพันธ์เชิงอำนาจให้คล้ายในคลินิกมากที่สุด แต่ก็ต้องเผชิญหน้ากับความเคอะเขินไม่เหมาะสม นักศึกษาพบว่าตนเองสูญเสียความสามารถในการเป็นผู้ควบคุม เมื่อกฎเกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ถูกแทนที่ด้วยกฎเกณฑ์ของความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าบ้านกับแขก

ปรากฏการณ์ในงานศึกษา 2 ชิ้นข้างต้นได้ชี้ให้เห็นว่า การทำความเข้าใจและให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ต่าง ๆ นั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบของความหมายและกรอบของการตีความชนิดหนึ่ง (เช่น การให้ความหมายต่อโรคทางจิตเวชของแพทย์และการให้ความหมายต่อโรคเรื้อรังของนักศึกษาแพทย์) และระบบของความหมายนี้เป็นกระบวนการของการก่อตัวที่ไม่ได้หยุดนิ่ง หากแต่มีการปรับเปลี่ยนผ่านการปะทะประสาน (Articulation) กับความเป็นจริงและระบบของความหมายชนิดอื่นๆ ที่ผ่านเข้ามาเผชิญหน้าอยู่ตลอดเวลา ระบบของความหมายจึงมิใช่สิ่งที่หยุดนิ่ง หากแต่สามารถมีการหิบบ่มองค้ำประกอบบางประการจากสิ่งที่คนเผชิญหน้ามาปรับเปลี่ยนและตีความเพื่อก่อร่างสร้างใหม่ ผ่านกระบวนการของการต่อรอง (Negotiation) และต่อต้าน (Resistance) ได้ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะทำให้ระบบความหมายใดดำรงอยู่ได้นั้นหาใช่เป็นความสติตย์ที่มั่นคงต่อการท้าทาย หากแต่เป็นศักยภาพในการจัดใหม่ขององค์ประกอบภายในระบบความหมายนั้นเพื่อสร้างคำอธิบายโลกแบบใหม่ภายใต้บริบทที่แปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา (Hall, 1985) หากมองในแง่มุมนี้การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนฐานของการนำเสนอภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพก็เป็นระบบของความหมายชนิดหนึ่งภายใต้ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมที่เมื่อเผชิญหน้ากับความเป็นจริงชนิดใหม่ๆ การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกจึงเกิดความยืดหยุ่นผ่านการปะทะประสานภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงไปจากโรงเรียนแพทย์

หากก้าวข้ามพ้นภาพลวงตาที่เชื่อในความเบ็ดเสร็จในการสถาปนาอำนาจของการแพทย์ชีวภาพและมองให้ลึกถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้น จะพบว่าในสังคมทุกสังคมล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อนทางวัฒนธรรมในเรื่องระบบความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและวิธีการรักษา ทำให้ธรรมชาติของระบบการแพทย์ที่ดำรงอยู่ในทุกสังคมและของโลกล้วนแล้วแต่เป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะทั้งสิ้น (Pluralistic of Medical System) แม้กระทั่งในประเทศอุตสาหกรรมตะวันตก ซึ่งเป็นที่กำเนิดของการแพทย์ชีวภาพเองก็ยังไม่อาจสร้างให้ระบบการแพทย์ชนิดนี้เป็นระบบการแพทย์ชนิดเดียวของสังคมได้ (ลือชัย และ ปรีชา, 2533) ในเขตภาคเหนือตอนบนซึ่งเป็นพื้นที่ที่เต็มไปด้วยความหลากหลายทางชาติพันธุ์นั้น พบว่ามีการให้ความหมาย และนำเสนอภาพของความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบายถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยว่าเกิดจากพลังอำนาจ

บางอย่างที่เป็นพื้นฐานของความเชื่อและการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม การรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านมักมีลักษณะของการผสมผสานระหว่างความเชื่อ วิธีการ และรูปแบบต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อรักษา คน ครอบครัว และเครือญาติ ตลอดจนปรับความสัมพันธ์ภายในชุมชนที่เสียสมดุลไปซึ่งปรากฏออกมาในรูปของความเจ็บป่วยของบุคคลใดบุคคลหนึ่งหรือหลายคน และในทัศนะของระบบการแพทย์พื้นบ้าน ความรู้และอำนาจในการตีความความเจ็บป่วยนั้นเป็นของชุมชนและบุคคลต่างๆที่รายรอบตัวคนไข้ หาใช่สิ่งที่ถูกผูกขาดโดย “ผู้รู้” หรือหมอแต่เพียงฝ่ายเดียว (ยศ, 2542: 101-103, 108-109) ท่ามกลางลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาลชุมชนที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เมื่อแพทย์ก้าวพ้นออกจากโรงเรียนแพทย์ออกมาเผชิญหน้ากับวัฒนธรรมความเจ็บป่วยที่เต็มไปด้วยความหลากหลายภายใต้ความเป็นพหุลักษณะของระบบการแพทย์ ในเงื่อนไขที่เปลี่ยนไป เช่นนี้ปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่มีรูปแบบเฉพาะที่เคยเป็นสิ่งที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จในการจัดความสัมพันธ์เชิงอำนาจของแพทย์ภายในโรงเรียนแพทย์นั้น อาจะกลับกลายเป็นปฏิบัติการที่ไม่เพียงพอและก่อให้เกิดความขัดแย้งที่ส่งผลต่อการยอมรับและการดำรงชีวิตของแพทย์ภายในอาณาบริเวณแห่งวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แพทย์เองก็ดำรงชีวิตอยู่ด้วยเช่นกัน วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยของแพทย์อาจจะต้องเผชิญกับความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น เพราะการสถาปนาตนเองของแพทย์ให้อยู่ในตำแหน่งแห่งที่ที่เหนือกว่าภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้คนนั้น จะถูกกำหนดด้วยกฎเกณฑ์ที่ซับซ้อนกว่าเดิมมากนัก

กรอบคิดในการศึกษา

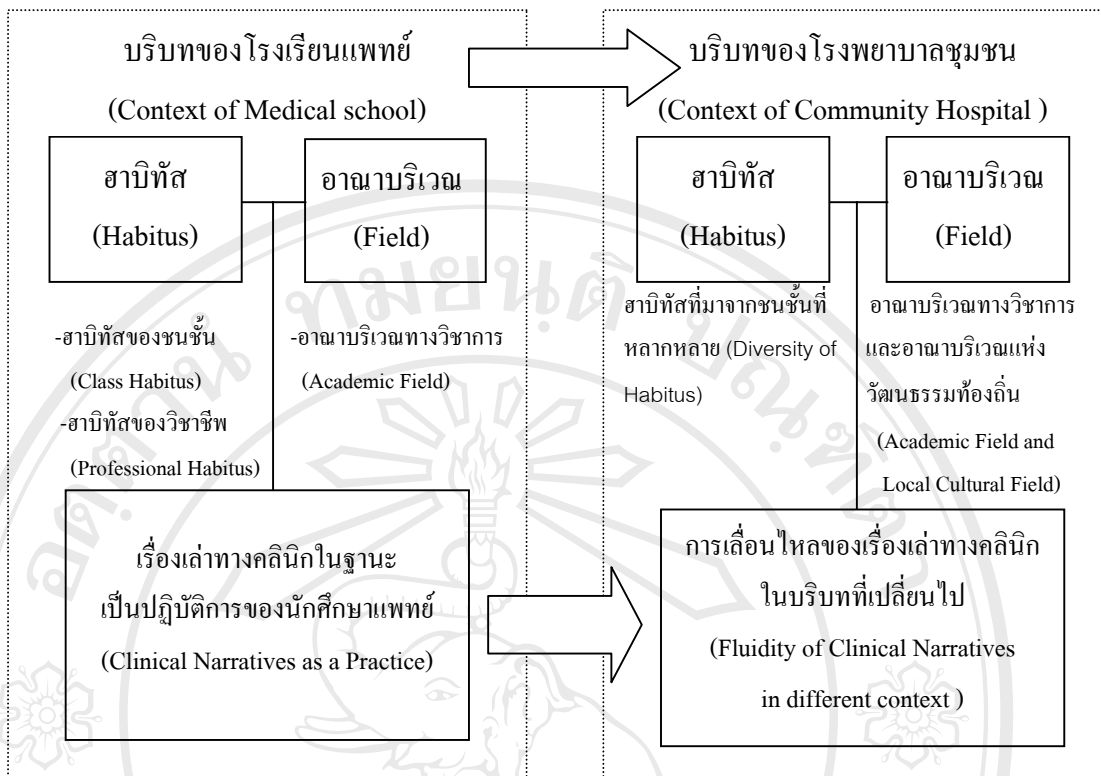
การศึกษาครั้งนี้ได้นำมโนทัศน์ว่าด้วยอาณาบริเวณ (Field) ฮาบิตัส (Habitus) และปฏิบัติการ (Practice) ของ ปีแอร์ บูร์ดิเยวมาเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจถึงวิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิก (Clinical Narratives) ภายใต้การนำเสนอภาพของความเจ็บป่วย (Illness representation) แบบการแพทย์ชีวภาพของแพทย์

ในทัศนะของบูร์ดิเยว ปฏิบัติการเป็นยุทธวิธีที่มนุษย์ในฐานะผู้กระทำใช้ในการแสวงหาตำแหน่งแห่งที่บนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณหนึ่งๆ และทิศทางการเกิดขึ้นของปฏิบัติการนั้นจะถูกนำทางโดยฮาบิตัสของผู้กระทำแต่ละคนภายใต้ค็อกซา(Doxa) ซึ่งหมายถึงชุดของความเชื่อที่เป็นคุณค่าของอาณาบริเวณนั้นๆเป็นกติกากำหนดอยู่ ขอบเขตของอาณาบริเวณในบริบทของโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจเป็นสิ่งที่แตกต่างกัน และความต่างของอาณาบริเวณจึงส่งผลให้โรงพยาบาลใน 2 เงื่อนไขมีค็อกซาที่ต่างกันออกไป โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์นั้นนับได้ว่าเป็นอาณาบริเวณทางวิชาการประเภทหนึ่งที่มีความเป็นอิสระสูงจากอาณาบริเวณชนิดอื่น ในขณะที่ความเป็นอิสระของความเป็นอาณาบริเวณทางวิชาการ

ในโรงพยาบาลชุมชนอาจถูกเจ็องลงด้วยบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างอาณาบริเวณต่างๆที่แตกต่างออกไป

ในขณะที่นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกของเขาและเธอจึงเป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นในรูปแบบที่สม่ำเสมอภายใต้ดอกขาที่กำกับอยู่ภายใน อีกด้านหนึ่งการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกก็เกิดขึ้นภายใต้การนำทางของฮาบีทส์เฉพาะของบางชนชั้นที่ถูกถ่วงกรงจากระบวนการคัดเลือกนักศึกษา และตลอดระยะเวลาของการศึกษาฮาบีทส์ของนักศึกษาแพทย์ได้ปรับเปลี่ยนอย่างช้าๆ จนมีลักษณะเป็นฮาบีทส์ที่จำเพาะยิ่งขึ้นของวิชาชีพที่มีฐานวิทยาแบบปฏิฐานนิยมแฝงฝังอยู่อย่างลึกซึ้ง การพิจารณาโดยใช้มโนทัศน์เช่นนี้ จะเป็นการเผยให้เห็นถึงอีกแง่มุมหนึ่งการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิก ในฐานะที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมที่ถูกใช้เป็นปฏิบัติการที่นักศึกษาแพทย์ใช้ในการจัดวางตนเองลงบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในโรงเรียนแพทย์ มากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้การยอมรับและซึมซับเอาองค์ความรู้ที่อ้างความเป็นสากลของการแพทย์ชีวภาพ

ในบริบทที่ต่างออกไปของโรงพยาบาลชุมชนแพทย์ในฐานะผู้กระทำทางสังคมต้องมีชีวิตอยู่ภายใต้การทับซ้อนกันระหว่างอาณาบริเวณทางวิชาการ อันได้แก่โรงพยาบาล และอาณาบริเวณแห่งวัฒนธรรมท้องถิ่น (Local Cultural Field) ภายในชุมชนที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล การทับซ้อนระหว่าง 2 อาณาบริเวณเช่นนี้ส่งผลให้แพทย์ต้องตกอยู่ภายใต้ดอกขาที่มากกว่าหนึ่งเดียวของอาณาบริเวณทางวิชาการ เมื่อเงื่อนไขของความเป็นพื้นที่พิเศษเจ็องลง ฮาบีทส์ของชนชั้นกลางและสูงกว่าที่เคยโดดเด่นมีบทบาทสำคัญภายในอาณาบริเวณ อาจถูกท้าทายด้วยฮาบีทส์ของชนชั้นล่าง ซึ่งเป็นชนชั้นอื่นได้มากขึ้น การศึกษาในครั้งนี้มุ่งที่จะทำความเข้าใจว่าภายใต้การเผชิญหน้ากับโลกทัศน์ที่แตกต่างไปท่ามกลางจุดมุ่งหมายเพื่อสถาปนาอำนาจของตนภายในอาณาบริเวณเอาไว้ แพทย์จะยังคงสามารถใช้ปฏิบัติการในรูปแบบเดิมเหมือนเมื่อครั้งอยู่ในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ หรือสุดท้ายการเผชิญหน้าทำให้เกิดการปะทะประสาน (Articulation) ที่นำไปสู่วิธีการจัดการกับความเจ็บป่วยด้วยการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่ยืดหยุ่น (Flexibility) และลื่นไหล (Fluidity) เพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายเดิมคือการแสวงหาดำแหน่งแห่งที่เหนือกว่าของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับผู้ที่เกี่ยวข้องภายในอาณาบริเวณก็เป็นได้



แผนผังที่ 1 สรุปรอบคิดในการศึกษา

ขอบเขตและวิธีการวิจัย

หน่วยการวิเคราะห์

หน่วยการวิเคราะห์ของการศึกษาในครั้งนี้จะมุ่งความสนใจไปที่ “การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิก” โดยแนวคิด “เรื่องเล่าทางคลินิก” ที่ใช้จะเป็นไปภายใต้นิยามเฉพาะของงานชิ้นนี้ ที่ให้นิยามว่าหมายถึง ปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการแปลงชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คนที่ตนต้องเผชิญหน้าให้เข้ามาสู่รูปแบบที่มีความเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยระบบภาษา (Linguistic system) ของการแพทย์ชีวภาพที่แพทย์เรียนรู้และรับรู้มาในระหว่างการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ และรวมถึงปฏิบัติการของการบอกเล่า และการจัดการกับชีวิตและความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากกระบวนการของการแปลงนั้น ซึ่งปฏิบัติการทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบภาษาที่วางอยู่บนพื้นฐานความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพในอุดมคติ นั้น จะทำการลดส่วน ตัดทอน มิติอื่นๆที่ซับซ้อนของชีวิตและความเจ็บป่วยทิ้งไป ให้เหลือไว้แต่เพียงมิติทางชีววิทยาที่สามารถตรวจวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัยเท่านั้น โดยในการวิเคราะห์จะใช้แนวทางการศึกษาของบัวร์เดียว ซึ่งจะมิได้มองการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นผลผลิตจากโครงสร้างหรือสถาบันใดๆ (Structure Oriented) หรือในฐานะที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากตัวแพทย์ในฐานะที่เป็นผู้กระทำที่มีเจตจำนงเสรี (Actor Oriented) แต่จะมองการสร้างเรื่องเล่าทาง

คลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการ (Practice) ที่แพทย์ใช้ในการพยายามสถาปนาอำนาจของตนบนความสัมพันธ์ภายในอาณาบริเวณที่ตนร่วมเล่นเกมอยู่ ซึ่งจะนำไปสู่การสะท้อนให้เห็นถึงกฎเกณฑ์หรือค็อกชาของอาณาบริเวณที่กำกับปฏิบัติการเหล่านี้

ในบริบทของโรงเรียนแพทย์นั้นการซึมซับรับเอาการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยของการแพทย์ชีวภาพเข้าไว้กับตัวของนักศึกษาแพทย์ซึ่งนำไปสู่การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในรูปแบบที่มีความเฉพาะนั้น เกิดขึ้นภายใต้กฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณทางวิชาการ และในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนภายใต้เงื่อนไขที่มีความเปลี่ยนแปลงของอาณาบริเวณที่ส่งผลให้มีค็อกชาที่แตกต่างออกไปจากบริบทของโรงเรียนแพทย์ เรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการยังคงเกิดขึ้นในลักษณะของการต่อยอดรูปแบบเดิมที่วางอยู่บนฐานของการนำเสนอภาพของความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพอย่างมั่นคง หรือเป็นไปในทิศทางที่สะท้อนให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่ยืดหยุ่นและเป็นพลวัตมากขึ้นผ่านการปะทะประสานกับการนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยของวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง และไม่ว่าจะเป็นการต่อยอดหรือความยืดหยุ่นของปฏิบัติการต่างก็จะสามารถสะท้อนไปถึงความสติตย์หรือความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับฮาบิทัสของวิชาชีพได้

พื้นที่ศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้แรกเริ่มเดิมทีผมเลือกโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ที่อยู่ห่างจากเมืองประมาณ 10 กิโลเมตรเศษ ด้วยเหตุผลว่าด้วยเรื่องของความสะดวกในการเดินทางไปเก็บข้อมูล และตัวของโรงพยาบาลเองก็มีความน่าสนใจในแง่ของการเป็นพื้นที่ที่มีนโยบายการทำงานด้านสุขภาพเชิงรุกอย่างเข้มข้น และยังคงมีระบบของการรักษาพยาบาลที่บ้านกระจายอยู่ทั่วไปในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นหมออาสาสมัคร หมอนวด หมอดำแย ม้าจี่ หมอเมื่อ หมอกระดูก และหมอน้ำมนตร์ และชาวบ้านภายในพื้นที่ก็ยังคงเลือกใช้บริการของระบบการรักษาพยาบาลเหล่านี้้อยู่อย่างเป็นปกติ

ผมใช้เวลาอยู่ในพื้นที่นี้ราว 1 เดือนก่อนที่จะรู้ว่าตนเองได้หลงลืมคำเตือนจากข้อเขียนของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ว่า “วิชาชีพแพทย์มีอำนาจและความเหนือกว่าที่ทำให้นักมานุษยวิทยาไม่สามารถจับเอามาเป็นวัตถุเพื่อศึกษา ส้ารวจ ตรวจสอบได้” ไป ช่วงเวลา 1 เดือนนั้นทำให้ผมหวนกลับมานึกถึงข้อเขียนดังกล่าวอีกครั้งและพบว่า ไม่เป็นการง่ายนักที่เราจะเดินเข้าไปในโรงพยาบาลสักแห่งแล้วจะไปบอกกับใครต่อใครในนั้นว่า “ผมจะมาทำวิจัยเรื่องวัฒนธรรมของแพทย์” ตลอดเวลา 1 เดือนที่ผมใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ ผมแทบจะไม่สามารถเข้าถึงตัวแพทย์ได้เลยนอกจากการขออนุญาตสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการเป็นครั้งเป็นคราวไป แน่แน่นอนว่า ความไม่สามารถเก็บข้อมูลได้

นั่น ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผมเองที่ไม่กล้าเอ่ยปากขออนุญาตตรงๆเพื่อเข้าสังเกตการทำงานของแพทย์อย่างใกล้ชิด ตามแนวทางการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหัวใจพื้นฐานของการทำงานสนามทางมานุษยวิทยา แต่อีกเหตุผลหนึ่งก็คือจากการพูดคุยสัมภาษณ์แพทย์ที่เป็นผู้อำนวยการในช่วงต้นมี คำพูดประโยคหนึ่งที่ได้รับฟังมาว่า “การที่จะไปนั่งสังเกตและเดินตามแพทย์เพื่อดูการทำงานของแพทย์นั้น อาจจะทำให้ลำบากสักหน่อย เพราะมีเรื่องสิทธิผู้ป่วยกับความเป็นส่วนตัวของหมอเข้ามาเกี่ยวข้อง”

ช่วงต้นของการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลแห่งนั้นผมจึงตัดสินใจเริ่มด้วยการ ไปนั่งสังเกตและช่วยงานที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ด้วยการช่วยทำบัตรให้แก่นักไข้ที่มารับบริการวัดความดันโลหิต วัดไข้ ชั่งน้ำหนัก ด้วยคาดหวังว่าจะสร้างความสัมพันธ์กับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก่อนในเบื้องต้นเพื่อที่จะเชื่อมต่อกับความสัมพันธ์ไปยังแพทย์ผ่านทางความสัมพันธ์ที่พยาบาลและเจ้าหน้าที่คนอื่นๆมีกับแพทย์อีกทอดหนึ่ง แล้วจึงใช้ความสัมพันธ์กับแพทย์นั้นช่วยในการเข้าถึงข้อมูลในท้ายที่สุด

แต่แล้วผมก็ได้พบว่าสิ่งที่คาดหวังไม่อาจเป็นจริงได้ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและเจ้าหน้าที่กับแพทย์ในลักษณะที่นอกเหนือจากความสัมพันธ์ในหน้าที่การงานแทบจะไม่มีอยู่ทุกที่ถึงวันหลังเลิกงานในช่วงเช้า เป็นห้วงเวลาที่ผมหวังว่าจะได้ร่วมวงอาหารกับแพทย์ผ่านทางพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคยกันอยู่บ้าง แต่ความหวังนั้นก็มิเคยประสบผล เพราะกลุ่มแพทย์ต่างก็แยกตัวไปรับประทานอาหารเที่ยงกันตามลำพัง ส่วนผมก็ได้แต่ติดสอยห้อยตามพยาบาลและเจ้าหน้าที่ไป นอกจากนั้นตลอดระยะเวลาที่เก็บข้อมูลอยู่ ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ทำให้ผมได้เรียนรู้ว่าโรงพยาบาลเป็นพื้นที่พิเศษที่มีอำนาจแผ่ซ่านอยู่ทั่วทุกซอกมุม การที่ใครสักคนจะเข้ามาใช้พื้นที่นี้โดยมิวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ตรงตามกฎเกณฑ์ของพื้นที่คือเพื่อการเยียวยารักษาโรครักษาไข้เจ็บดังเช่นผมที่เข้าไปเพื่อพยายามหิวบแพทย์มาเป็นวัตถุแห่งการศึกษาของงานวิจัยชิ้นนี้นั้น ก็จะต้องสัมผัสได้ถึงการถูกจับจ้องมองจากสายตาจำนวนนับดูไม่ถ้วน ณ ทุกที่ที่ก้าวย่างผ่าน และเผชิญหน้ากับบรรยากาศที่เย็นยะเยือกที่ตรงผมคิดเอาไว้กับเก้าอี้บริเวณที่ซักประวัติคนไข้จนแม้แต่จะลุกไปเพื่อทำธุระส่วนตัวยังไม่อยากจะทำหากไม่จำเป็นจริงๆ เพราะนั่นหมายถึงการเดินทางฝ่าบรรยากาศและสายตาที่ (ผมรู้สึกว่ามี) จับจ้องมาอยู่ตลอดเวลา คล้ายกับผมเองได้กลายเป็นวัตถุแห่งการจ้องมองทางการแพทย์ (Object of medical gaze) ไม่ต่างอะไรไปจากคนไข้คนหนึ่ง

จนเมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน เมื่อได้ข้อสรุปว่า ความสามารถในระดับมือใหม่ของตนเองนั้นการใช้สถานภาพของความเป็นนักวิจัยอย่างเดียวไม่เพียงพอแน่สำหรับการทำงานสนามภายในสถาบันของการแพทย์ชีวภาพตามแนวทางการศึกษาแบบมานุษยวิทยา ผมจึงตัดสินใจเปลี่ยนพื้นที่การศึกษาไปที่โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอถนนหมอก ในจังหวัดแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ

เมื่อย้ายพื้นที่ของการศึกษามาที่โรงพยาบาลลานหมอก การเขียนงานชิ้นนี้ทั้งหมดจึงจำเป็นต้องหวนย้อนกลับไปถึงการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งที่เกิดขึ้นกับงานวิจัยทางมานุษยวิทยาในช่วงหลัง คือการเปลี่ยนผ่านสู่ภาวะที่นักมานุษยวิทยามีการตรวจสอบตนเอง (Reflexivity) (โกมาตร, 2545 ก.) ด้วยเพราะในกระบวนการของการทำงานสนามทางมานุษยวิทยานั้น เป็นที่ตระหนักกันดีว่า เครื่องมือสำคัญในการได้มาซึ่งข้อมูลมิใช่เป็นแต่เพียงแบบสอบถามที่ครอบคลุมประเด็นได้ดี คำถามเถียงคมที่สามารถขุดค้นเอาคำตอบที่ซ่อนอยู่ออกมา หรือแม้แต่สายตาช่างสังเกตสังกาวกกับกรอบคิดทฤษฎีที่มีอยู่มากมายในสมองที่ช่วยให้นักมานุษยวิทยาสามารถมองทะลุปรากฏการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นรอบตัวเพื่อมองหาความหมายที่แฝงเร้นอยู่เท่านั้น หากแต่เครื่องมือที่สำคัญยิ่งในการทำงานสนามก็คือตัวนักมานุษยวิทยาเอง ในขั้นพื้นฐานที่สุดงานชิ้นนี้จึงเลือกที่จะพูดถึงตนเองผ่านการใช้คำว่า “ผม” ซึ่งเป็นคำที่เปิดเผยถึงตัวตนของผู้วิจัยในเบื้องต้น แทนที่จะใช้คำว่า “ผู้วิจัย” ซึ่งจะเป็นคำที่แฝงเร้นไปด้วยความพยายามนำเสนอความเป็นกลางของผู้ศึกษา และก่อนหน้าที่จะ “เขียน” งานชิ้นนี้ต่อไปข้างหน้า การบอกเล่าถึงตัวตนของ “ผม” บนความสัมพันธ์กับพื้นที่ และผู้คนในพื้นที่ศึกษาจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องบอกเล่าไว้ในเบื้องต้น เพราะ “ผม” ในงานชิ้นนี้ได้กลายเป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญของการวิจัยที่นำไปสู่การได้มาของข้อมูลทั้งหมด

1. นอกจากจะอยู่ในสถานภาพของนักวิจัยแล้ว สถานภาพของความเป็นทันตแพทย์ซึ่งนับเป็นบุคลากรสายวิทยาศาสตร์สุขภาพคนหนึ่งเป็นอีกสถานภาพหนึ่งที่ติดตัวมามาก่อนหน้า และโรงพยาบาลลานหมอกก็เป็นโรงพยาบาลที่ผมเคยปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระยะเวลาเกือบ 3 ปี (ตั้งแต่ช่วงปี 2538 ถึง 2540) จากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นสนามแห่งแรกที่ผมใช้เพียงสถานภาพของความเป็นนักวิจัยเพียงอย่างเดียวในการเข้าถึงข้อมูล โรงพยาบาลลานหมอกกลับกลายเป็นสนามที่ผมเก็บข้อมูลโดยอาศัยสถานภาพของความเป็นทันตแพทย์ ซึ่งมีความเป็น “พวกเดียวกัน” กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลทั้งหมด มากกว่าที่จะอยู่ในฐานะของนักวิจัยที่เป็น “คนอื่น” ด้วยสถานภาพเช่นนี้การเข้าถึงตัวแพทย์เพื่อการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมจึงสามารถเป็นไปได้โดยไม่ลำบากและขัดเงินมากนัก และภายใต้ระบบของความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างมีความเป็นลำดับชั้นสูงต่ำอย่างชัดเจนระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาล ความเป็น “ทันตแพทย์” ของผมซึ่งเป็นวิชาชีพที่มีความเป็น “หมอ” เช่นเดียวกับแพทย์และนับเป็นวิชาชีพที่มีตำแหน่งแห่งที่บนลำดับชั้นของความสัมพันธ์ใกล้เคียงกับแพทย์มากที่สุด สถานภาพของความเป็น “ทันตแพทย์รุ่นพี่” จึงเป็นอีกสถานภาพหนึ่งของผมที่ส่งผลต่อเรื่องราวต่อไปในงานชิ้นนี้

2. ถึงแม้ว่าผมจะย้ายออกจากโรงพยาบาลลานหมอกมาเกือบ 7 ปี และไม่เคยมารู้จักกับแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่นั่น ณ เวลานั้นเป็นการส่วนตัวมาก่อนก็ตาม แต่ด้วยการเข้าถึงพวก “เธอ” ผ่านพยาบาลอาวุโสซึ่งมีความสนิทสนมกับผมอยู่ในระดับที่นับได้ว่ามาก และพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่

(อย่างไม่เป็นทางการ) ในการดูแลให้ความช่วยเหลือและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์กลุ่มนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผมกับพวกเธอ ถึงแม้จะไม่ใช่เป็นความสัมพันธ์ชนิดที่เรียกว่า “ใกล้ชิดสนิทสนม” แต่ก็นับว่าห่างไกลจากความสัมพันธ์ชนิด “เห็นห่างไม่รู้จัก” อยู่มากทีเดียว

3. นอกจากนั้นด้วยความเป็น “ผม” ซึ่งเป็นผู้ชายกับความเป็น “ผู้หญิง” ของแพทย์ที่เป็นเป้าหมายในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ก็อาจจะเป็นอีกหนึ่งสถานภาพที่ส่งผลต่อข้อมูลที่ได้ทั้งหมดก็เป็นได้

ด้วยตัวตนทั้งหมดนี้ทำให้สถานภาพของผมในสายตาของแพทย์ที่เป็นเป้าหมายในการเก็บข้อมูล มีภาพของความเป็น “คนรู้จักที่เป็นทันตแพทย์ชายรุ่นพี่ที่เคยทำงานที่นี่มาก่อน” มาดบังภาพของความเป็น “นักวิจัย” ที่น่าสงสัยหวาดระแวงเอาไว้ได้อย่างแทบจะสิ้นเชิง ซึ่งเป็นผลทำให้การทำงานสนามของผมมีความเป็นไปได้ขึ้นมา และแน่นอนเป็นสถานภาพที่ส่งผลต่อข้อมูลที่ได้และนำมาเขียนเป็นงานชิ้นนี้ทั้งหมด ซึ่งการที่ผู้อ่านจะตระหนักว่า ควรจะ “อ่าน” งานชิ้นนี้ด้วยท่าทีอย่างไร จึงอาจจะเป็นสิ่งจำเป็น

ในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการเก็บข้อมูลจากสนาม ผ่านวิธีการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ประกอบกับการสัมภาษณ์เชิงลึก ในการปฏิบัติงานของแพทย์จบใหม่จำนวน 2 คน ที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลานหมอก โดยมุ่งความสนใจไปที่กระบวนการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกของแพทย์ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับคนไข้ในฐานะที่เป็นปฏิบัติการที่เกิดขึ้นท่ามกลางบริบทที่เต็มไปด้วยความหลากหลายของโลกทัศน์ต่อชีวิตและความเจ็บป่วยของวัฒนธรรมท้องถิ่น รวมถึงการเผชิญหน้ากับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่องค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพเองก็ยังไม่อาจอธิบายหรือจัดการได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดและยังคงเป็นพื้นที่ที่โลกทัศน์ชนิดอื่นสามารถเข้ามามีการต่อรองแย่งชิงอำนาจในการอธิบาย และมีปฏิบัติการอยู่อย่างเข้มข้น

โดยการทำงานสนามในครั้งนี้นอกจากจะมุ่งความสนใจไปที่แพทย์จำนวน 2 คนนี้ เพื่อแสวงหาข้อมูลว่าภายใต้เงื่อนไขต่างๆตั้งแต่อดีต (ภายใต้บริบทของโรงเรียนแพทย์) จนถึงปัจจุบัน (ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชน) เกิดอะไรขึ้นกับการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการของแพทย์เพื่อสถาปนาอำนาจของตนบนความสัมพันธ์ที่เหลื่อมล้ำภายในอาณาบริเวณแล้ว บริบทของความเป็นโรงพยาบาลและอำเภอลานหมอกที่อยู่รายรอบตัวแพทย์ทั้ง 2 คน ก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่จำเป็นที่จะต้องใส่ใจและทำความเข้าใจผ่านการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์และการพูดคุยในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการกับเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆของโรงพยาบาล และ คนไข้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล รวมไปถึงการสัมภาษณ์ชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบๆ โรงพยาบาล

เพื่อที่จะทำความเข้าใจและมองให้เห็นว่าภายใต้เวทีชนิดไหน และกติกาเช่นไรที่แพทย์ทั้ง 2 คนนี้ กำลังมีปฏิบัติการอยู่

จากกรอบคิดในการศึกษาที่กล่าวถึงการเปรียบเทียบระหว่างอาณาบริเวณที่หล่อมซ้อนกัน ระหว่างความเป็นวิชาการและวัฒนธรรมท้องถิ่นในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน กับอาณาบริเวณทางวิชาการที่มีความเป็นอิสระค่อนข้างสูงในบริบทของโรงเรียนแพทย์นั้น ข้อจำกัดสำคัญประการหนึ่งของงานชิ้นนี้คือ การไม่ได้ทำงานสนามในโรงเรียนแพทย์ ภาพของปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนความสัมพันธ์ภายในโรงเรียนแพทย์ที่กล่าวถึงในงานชิ้นนี้ จึงมิใช่ปรากฏการณ์จริงที่ได้จากงานสนาม แต่เป็นเพียงภาพตัวแทน (Representation) ที่เป็นตัวแทนทางอุดมคติ (Ideal type) ของโรงเรียนแพทย์ ที่อ้างอิงมาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและจากข้อมูลเกี่ยวกับโรงเรียนแพทย์ที่แพทย์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 คนเล่าย้อนถึงเท่านั้น

ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

งานศึกษาในครั้งนี้จะทำให้เกิดความเข้าใจต่อปฏิบัติการของการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วย ภายใต้ต้องค้ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพนอกเหนือไปจากการมองว่าเป็นปฏิบัติการที่จริงแท้ เป็นสากล โดยปราศจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรม และการเปิดมุมมองใหม่ในการมองปฏิบัติการและองค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพในฐานะที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่ว่า แท้ที่จริงแล้วทั้งปฏิบัติการและตัวองค์ความรู้ชนิดนี้มีได้เป็นความจริงสูงสุดหนึ่งเดียว หากแต่เป็นสิ่งที่สามารถถกเถียงได้ และการถกเถียงจะสามารถนำไปสู่การพิจารณาจุดอ่อนของระบบการแพทย์ชนิดนี้อย่างลึกซึ้ง และเปิดโอกาสให้เกิดการยอมรับระบบคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอื่นๆ ที่วางอยู่บนระบบวัฒนธรรมที่หลากหลายได้มากยิ่งขึ้น

เนื้อหาของวิทยานิพนธ์โดยสังเขป

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ประกอบด้วยเนื้อหา 7 บท ดังนี้

บทที่ 1 เนื้อหาในบทนี้เป็นการกล่าวถึงที่มา ความสำคัญของปัญหา แรงบันดาลใจที่ทำให้เลือกทำวิทยานิพนธ์ในประเด็นนี้ วัตถุประสงค์ของการศึกษา ทบทวนงานศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง กรอบคิดในการศึกษา ขอบเขตและวิธีการวิจัย หน่วยการวิเคราะห์ พื้นที่ศึกษาและวิธีการเก็บข้อมูล ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา เนื้อหาของวิทยานิพนธ์โดยสังเขป

บทที่ 2 จะกล่าวถึงความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาลของ โรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นบริบทของพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ผ่านการมองประวัติศาสตร์ของการก่อ

กำเนิดโรงพยาบาลชุมชนในสังคมไทย และของโรงพยาบาลชุมชนแห่งที่เป็นพื้นที่ศึกษา ระบบความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของผู้คนในพื้นที่ศึกษา ภาระหน้าที่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันและระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ประจำโรงพยาบาลกับคนไข้และชุมชน โดยชี้ให้เห็นถึงเงื่อนไขที่มีความแตกต่างกันของโรงพยาบาลทั้ง 2 ชนิดที่ส่งผลต่อปฏิบัติการของแพทย์ฉบับใหม่

บทที่ 3 เนื้อหาในบทนี้เป็นการนำเสนอถึงปฏิบัติการของแพทย์ฉบับใหม่ภายในโรงพยาบาลชุมชน ผ่านการมองวิธีการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกเพื่อผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับผู้คนรอบข้าง ภายใต้ภาพกว้างๆของความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ที่แพทย์เหล่านี้คุ้นเคยและโรงพยาบาลชุมชน อันได้แก่ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างออกไปจากเดิมเมื่อครั้งเป็นนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีตัวละครใหม่ๆในบทบาทใหม่ๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ภาระหน้าที่ของแพทย์ในรูปแบบที่แตกต่างออกไป เป็นเงื่อนไขที่แตกต่างออกไปเช่นนี้การเอาตัวรอดให้ได้บนความพยายามที่จะผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบเดิมๆได้ส่งให้เกิดปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกในรูปแบบใหม่ๆที่แตกต่างออกไปอุดมคติขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพที่ได้รับการกล่าวอ้างว่าเป็นความจริงสูงสุด

บทที่ 4 เนื้อหาของบทนี้จะยังคงเป็นการมุ่งความสนใจอยู่ที่ประเด็นเดิมคือการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกที่แพทย์ผลิตขึ้นเพื่อใช้เป็นปฏิบัติการในการสถาปนาหรือผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจ แต่จะเจาะประเด็นให้เห็นถึงความเจ็บป่วยของคนไข้ที่เกี่ยวข้องอย่างสลับซับซ้อนกับมิติอื่นๆของความเป็นมนุษย์ที่มากกว่ามิติทางกาย หรือทางชีววิทยาที่แพทย์ถนัด ซึ่งเนื้อหาส่วนนี้จะเป็นการชี้ให้เห็นว่าการที่วิธีการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกบนองค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพสามารถปฏิบัติการได้อย่างราบรื่นและสถาปนาตนเองลงในระบบคิดของนักศึกษาแพทย์ได้อย่างเบ็ดเสร็จนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากกฎเกณฑ์ของพื้นที่ภายในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์มีความเข้มข้นสูงจนสามารถกีดกันความสลับซับซ้อนของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยที่อิงแอบอยู่กับวัฒนธรรมท้องถิ่นของคนไข้ออกไปได้อย่างเบ็ดเสร็จ แต่ภายใต้เงื่อนไขของโรงพยาบาลชุมชนกฎเกณฑ์เหล่านี้ได้คลายความเข้มข้นลงและเปิดโอกาสให้มิติของความเป็นมนุษย์ของคนไข้พุ่งเข้าปะทะกับการรับรู้ของแพทย์และกลายเป็นส่วนหนึ่งที่แพทย์ต้องคำนึงถึงในการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิก ในสถานการณ์เช่นนี้เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตนและคนไข้ในลักษณะเดิมๆเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการที่แพทย์ใช้จึงจำต้องเลื่อนไหลไปจากอุดมคติอย่างไม่น่าประหลาดใจแต่อย่างใด

บทที่ 5 เป็นการพยายามเชื่อมโยงความคิดและยกระดับนามธรรมเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่พบจากข้อมูลสนามทั้งหมด โดยใช้มโนทัศน์ 3 มโนทัศน์หลักของ ปีแอร์ บูร์ดิเยว นักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส คือ มโนทัศน์ที่ว่าด้วย ปฏิบัติการ อาณาบริเวณ และฮาบิทัส โดยเป็นการปฏิเสธมุมมองที่มองปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกของแพทย์ว่าเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดอย่างเบ็ดเสร็จโดยโครงสร้าง (Structure) ซึ่งในที่นี้ก็คือองค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพและกฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณทางการแพทย์เองก็ไม่ได้มีความตายตัวอยู่ตลอดเวลา แต่ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ได้มองว่าปฏิบัติการของแพทย์สามารถเลื่อนไหลไปได้อย่างไร้ขีดจำกัดภายใต้การอยู่ในสถานะของความเป็นผู้กระทำ (Agency) ของแพทย์ แต่จะเป็นการมองปฏิบัติการของแพทย์ในฐานะของผลลัพธ์จากวิถีวิธีระหว่างอาณาบริเวณและฮาบิทัส ซึ่งเมื่ออาณาบริเวณที่แพทย์เล่นเกมอยู่เปลี่ยนจากโรงเรียนแพทย์มาสู่โรงพยาบาลชุมชน กฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณที่เปลี่ยนไปเปิดให้ฮาบิทัสของชนชั้น (Class habitus) ที่เข้ามามีส่วนร่วมในเกมเกิดความหลากหลายขึ้น ส่งผลต่อรูปแบบของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นปฏิบัติการที่เลื่อนไหลไปตามกฎกติกาของเกมที่แพทย์กำลังเล่นอยู่

บทที่ 6 เป็นการสรุปประเด็นที่วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ต้องการเสนอคือ การถกเถียงกับ “ความจริง” (“realities”) ที่ถูกสถาปนาขึ้นกลายเป็นความจริงเพียงหนึ่งเดียว (Reality) ขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งมีใช้การปฏิเสธถึงความจำเป็นขององค์ความรู้ชนิดนี้ แต่เป็นความพยายามที่จะหาช่องทางโต้ตอบต่อปรากฏการณ์ที่การแพทย์ชีวภาพได้ถูกยกระดับจากการเป็นสิ่งที่จำเป็น (Necessary) ในการทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วย ให้กลายเป็นสิ่งที่พอเพียง (Sufficient) และก้าวไปสู่การเป็นระบบคิดที่มีความเบ็ดเสร็จ (Exclusive) ที่ถือ “ความจริง” (“realities”) ชนิดอื่นตกเวทีแห่งการเยียวยาชีวิตผู้คนจนหมดสิ้น