

บทที่ 5

มองการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะปฏิบัติการทางอำนาจ

“ปฏิบัติการหรือการกระทำทางสังคมของมนุษย์ทุกชนิดล้วนแล้วแต่เป็นยุทธวิธีที่มุ่งหวังผลประโยชน์สูงสุด ไม่ว่าจะเป็ผลประโยชน์ทางสัญลักษณ์หรือผลประโยชน์ทางวัตถุ” (Bourdieu, 1990b: 16)

เนื้อหาช่วงท้ายของวิทยานิพนธ์ชิ้นนี้จะเป็นการเลือกหยิบยืมเครื่องมือทางความคิดที่สำคัญ 3 ชิ้นของปีแอร์ บูร์เดียว์ อันได้แก่ มโนทัศน์ว่าด้วยปฏิบัติการ ฮาบิทัส และอาณาบริเวณ (Jenkins, 2002: 67) มาใช้ในการยกระดับทางนามธรรมและเชื่อมโยงความคิดเพื่อแสวงหามุมมองในการทำความเข้าใจเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะเป็นปฏิบัติการที่แพทย์ผลิตขึ้นให้มากไปกว่าการรับรู้และความเข้าใจแค่ในระดับปรากฏการณ์เท่านั้น

ความคิดทางทฤษฎีทั้งหมดของบูร์เดียว์นั้นพัฒนามาจากจุดเริ่มต้นคือคำถามที่ว่า “การกระทำของผู้กระทำเกิดขึ้นโดยมีรูปแบบพื้นฐาน (pattern) ที่มีความสม่ำเสมอทางสถิติได้อย่างไร โดยมีได้เป็นลักษณะของการเชื่อฟังหรือจำยอมต่อกฎเกณฑ์บรรทัดฐานหรือเป็นความตั้งใจกระทำที่ผ่านการคิดคำนวณอย่างมีสติ รูปแบบพื้นฐานของปฏิบัติการนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไรโดยที่ไม่ได้เป็นผลผลิตโดยตรงทั้งจากโครงสร้างนามธรรมภายนอกตัวบุคคลหรือความตั้งใจเชิงอัตวิสัยของปัจเจกแต่ละบุคคล การสร้างแบบจำลองเพื่ออธิบายการกระทำทางสังคมของมนุษย์จะสามารถทำได้อย่างไรโดยไม่เป็นการนำเอาความเป็นรูปแบบที่เป็นทางการของแบบจำลองครอบลงไปบนปฏิบัติการในชีวิตประจำวันของมนุษย์ที่เต็มไปด้วยพลวัตและความไม่เป็นทางการ (Bourdieu, 1990 b: 65) (Swartz, 1997: 95-97) มโนทัศน์ทั้ง 3 ของปีแอร์ บูร์เดียว์ที่กล่าวถึงข้างต้นเป็นความพยายามสร้างคำอธิบายเพื่อหลีกเลี่ยงไปให้พ้นจากกับดักของคู่ตรงข้ามทางความคิดที่สำคัญทางสังคมวิทยาระหว่างความคิดที่ว่าด้วย “การกระทำของปัจเจกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายใต้การกำหนดของโครงสร้างภายนอก” และ “ปัจเจกเป็นผู้กระทำการมีอิสระในการเลือกการกระทำของตนเอง”

การใช้เครื่องมือทางความคิดของบูร์เดียว์จะช่วยให้เราสามารถหลุดพ้นจากการมองว่าการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในรูปแบบอุดมคติบนพื้นฐานของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพนั้น เป็นความจริง (Reality) ที่เป็นสากล และไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใดๆ หากอธิบายภายใต้แนวคิดของบูร์เดียว์ เราจึงต้องมองรูปแบบของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะของการเป็นปฏิบัติการและเป็นยุทธวิธีที่แพทย์เลือกใช้เพื่อนำไปสู่การบรรลุ

เป้าหมายบางอย่าง ในแง่ที่เราจึงมีอาจทำความเข้าใจเรื่องเล่าทางคลินิกที่แพทย์ผลิตขึ้นจากการมองเพียงแต่ว่าเป็นผลผลิตจากองค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพโดยตรง และในขณะเดียวกันก็อาจทำความเข้าใจปฏิบัติการนี้ในฐานะที่เป็นผลผลิตที่แพทย์ในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลสามารถเลือกรูปแบบของปฏิบัติการได้อย่างอิสระ หลากหลาย และไร้ข้อจำกัด เพราะในทัศนะของบัวร์เดียส์ปฏิบัติการคือสิ่งที่เกิดขึ้นเมื่อฮาบิทัสของปัจเจกบุคคลเผชิญหน้ากับอาณาบริเวณของการแข่งขัน และความสัมพันธ์ระหว่างฮาบิทัสกับอาณาบริเวณนั้นเป็นความสัมพันธ์แบบวิภาษวิธีที่ก่อให้เกิดผลผลิตออกมาในรูปของปฏิบัติการ (Swartz, 1997: 141) ในมุมมองนี้รูปแบบของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกของแพทย์จึงเป็นปฏิบัติการอันเป็นผลผลิตจากวิภาษวิธีระหว่างอาณาบริเวณที่แพทย์มีปฏิบัติการอยู่และลักษณะของฮาบิทัสที่มีความหลากหลายหรือคล้ายคลึงกันของผู้ที่เข้ามาเป็นสมาชิกร่วมเล่นเกมภายในอาณาบริเวณนั้นๆนั่นเอง

เป้าหมายของอาณาบริเวณทางการแพทย์

ตั้งแต่อดีตกาลอาชีพแพทย์หรือหมอในสังคมไทยนั้น เป็นอาชีพที่นับได้ว่าได้รับการยอมรับและนับว่าเป็นผู้ที่มีบุญคุณต่อสังคม ด้วยเพราะว่าการเป็นหมอในอดีตมิได้เป็นไปเพื่อแสวงหาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจแก่ตน ผู้ที่เป็นหมอก็มักต้องมีอาชีพอื่นเป็นหลักเพื่อหาเลี้ยงชีพอยู่ด้วยเหตุเช่นนี้ “หมอ” จึงมิใช่อาชีพปกติธรรมดา แต่เป็นกุศลกรรมที่ผู้มารับบริการย่อมพึงมีความรู้สึกสำนึกในบุญคุณและให้ความยอมรับนับถือ (นิธิ, 2541: 102-3)

อุดมคติของความเป็นหมอในลักษณะเช่นนี้ยังคงสืบทอดตกค้างมาจนถึงยุคสมัยปัจจุบัน แม้ว่าระบบการแพทย์ในสังคมไทยจะถูกแทนที่อย่างแทบจะสมบูรณ์โดยสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ที่ยึดถือความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพเป็นกระแสหลักไปแล้ว แต่สถาบันการแพทย์สมัยใหม่ก็ยังคงโหยหาและคืนรนเพื่อธำรงไว้ซึ่งอุดมคติอันงดงามของ “หมอ” เช่นในอดีตอยู่มิเสื่อมคลาย

ประเพณีสำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์ที่เพิ่งสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ คือการกล่าวคำปฏิญาณตนในฐานะของผู้ที่กำลังจะกลายเป็นแพทย์ต่อหน้าพระรูปของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ซึ่งถือว่าพระองค์เป็นบิดาของวงการแพทย์สมัยใหม่ของไทย เนื้อหาของคำปฏิญาณนั้นใช้ในรูปแบบเดียวกันไม่ว่าจะใน โรงเรียนแพทย์แห่งไหน และในตอนหนึ่งของคำปฏิญาณมีเนื้อหาว่า

“ข้าฯ จักประพฤติปฏิบัติตนเพื่อแผ่ขยายเกียรติคุณแห่งวิชาชีพและ
ผดุงเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพมิเสื่อมคลาย” (เทวี และคณะ, 2540: 17)

และเมื่อพลิกดูหนังสือ “แต่หมอใหม่” อันเป็นเสมือนคู่มือในการประกอบวิชาชีพที่แจกให้กับแพทย์จบใหม่ทุกคนนั้น สิ่งที่น่าประหลาดใจของหนังสือคือพระราชดำรัสของพระบรมราชชนกอีกเช่นกันและพระราชดำรัสนั้นมีใจความตอนหนึ่งว่า

“...แพทย์ทุกคนมีกิจที่จะแสดงความกลมเกลียวในคณะแพทย์ต่อสาธารณชน เมื่อเกิดความเลื่อมใสในคณะแพทย์ขึ้นในหมู่ประชาชนแล้ว ผู้ที่จะตั้งต้นทำการแพทย์ถึงจะยังไม่ได้มีโอกาสตั้งตัวในความไว้วางใจของตน ก็จะได้ความไว้วางใจเพราะเป็นสมาชิกของคณะที่มีผู้นับถือ เราเห็นพระบวชใหม่ที่ยังไม่เป็นสมภารเราก็ก้มมือไหว้ เพราะเรามีความนับถือในลัทธิของพระสงฆ์ฉันใดก็ตีแพทย์หนุ่มก็ได้ความไว้วางใจเพราะคณะของเขาเป็นที่น่าไว้วางใจ...”
(แพทย์สภา, 2539)

คำกล่าวในลักษณะเช่นเดียวกันนี้ยังมีปรากฏอยู่อย่างสม่ำเสมอในหนังสือที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการแพทย์ทั้งหลาย เช่น

“...ความรู้สึกต่อแพทย์ในสังคมไทยในฐานะที่แพทย์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยรักษาบำบัดความเจ็บป่วยทำให้หายโรค จึงทำให้มีความรู้สึกในทางชื่นชมว่าเป็นผู้มีพระคุณต้องเคารพบูชา...” (พระธรรมปิฎก (ปอ.ปยุตโต), 2539: 341)

“หน้าที่อีกประการหนึ่งของแพทย์คือ ความรับผิดชอบในการดำรงรักษาเกียรติภูมิของสถาบันวิชาชีพแพทย์เอง เมื่อแพทย์ทำหน้าที่ถูกต้องตามจริยธรรมก็จะรักษาเกียรติภูมิ รักษาศักดิ์ศรีของสถาบันวิชาชีพแพทย์ รักษาความเคารพนับถือ และรักษาภาพพจน์ในสายตาประชาชนไว้ได้ ยิ่งในประเทศไทยที่เรามีวัฒนธรรมประเพณีที่ประชาชนยกย่องบูชานับถือแพทย์ ก็ยิ่งจำเป็นจะต้องพยายามรักษาภาพพจน์รักษาความเคารพนับถืออันนี้ไว้” (เจ้าคุณพระเทพเวที อ่างใน สุภา, 2533: 206)

เนื้อหาข้างต้นเป็นตัวละครที่สถาบันการแพทย์สมัยใหม่ส่งถึงสมาชิกแพทย์อยู่อย่างต่อเนื่องผ่านรูปแบบของพิธีกรรม และเอกสารต่างๆ ทั้งนี้ยังมีพักต้องเอ่ยถึงกระบวนการของการเรียนรู้ในโรงเรียนแพทย์ ตัวสารชนิดนี้จึงถูกดัดแปลงให้เหมือนหนึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดอีกเป้าหมายหนึ่ง (นอกเหนือจากการมุ่งเชี่ยวชาญชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คน) ที่แพทย์ทุกคนต้องยึดถือ

หวนย้อนกลับมาที่ความคิดของบัวร์เดียวก่อนอีกครั้ง ในทัศนะของบัวร์เดียวก่อนหรือทุนที่ปัจเจกแต่ละคนค้นคว้าหาไม่ได้เป็นสิ่งที่ เป็นธรรมชาติและมีความเป็นสากล ความหมายของทุนจึงกว้างขวางและรวมไปถึงสิ่งที่จับต้องไม่ได้ โดยบัวร์เดียวก่อนได้จำแนกทุนออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ทุนทางเศรษฐกิจ หมายถึงทรัพย์สิน เงินทอง ทุนทางสังคม หมายถึงฐานะตำแหน่งหรือเครือข่ายทางสังคม ทุนทางวัฒนธรรมหมายถึงศักยภาพในการกระทำ ความรู้ที่สะสมอยู่ในตนว่าควรทำสิ่งใด ในรูปแบบใด (innate knowledge of how to do things "right") ทุนทางสัญลักษณ์หมายถึงอำนาจและความชอบธรรม ซึ่งทำหน้าที่สำคัญในการปกปิดอำนาจไม่ให้ถูกรับรู้ว่าเป็นอำนาจ แต่ทำให้อำนาจถูกรับรู้ในฐานะที่เป็นความชอบธรรม ก่อให้เกิดการยอมรับและเชื่อฟังของคนในสังคม (Swartz,1997: 71,73-5,90-1) และในแต่ละอาณาบริเวณจะมีการให้คุณค่ากับทุนชนิดต่างๆไม่เหมือนและไม่เท่ากัน (Bourdieu 1990b,22)

เมื่อนำมุมมองของบัวร์เดียวก่อนมาทับกับเป้าหมายของสถาบันการแพทย์ข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหาการยอมรับจากทั้งคนไข้ ผู้คนรอบข้างและสังคม การสถาปนาความชอบธรรมของวิชาชีพแพทย์ หรือการพยายามสถาปนาอำนาจเหนือผู้อื่นนั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของทุนทางสัญลักษณ์ที่ได้รับความสำคัญภายในอาณาบริเวณของแพทยศาสตร์จึงดูเหมือนว่าสูงกว่าทุนทางเศรษฐกิจ¹ “การยอมรับ” และ “ความชอบธรรม” ในการมีอำนาจเหนือผู้อื่น จึงกลายเป็นเป้าหมายสำคัญที่แพทย์ทุกคนแสวงหาและใช้เป็นเข็มทิศในการเล่นเกมที่ได้บริบทต่างๆ²

เป้าหมายเดิมบนอาณาบริเวณที่หลากหลาย

ดังที่ได้กล่าวถึงในบทนำแล้วว่า ในทัศนะของบัวร์เดียวก่อนอาณาบริเวณทางวิชาการเป็นอาณาบริเวณที่มีความเป็นอิสระสูงจากอาณาบริเวณชนิดอื่น ซึ่งความอิสระนี้เป็นผลจาก

¹ แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าทุนทางเศรษฐกิจไม่ได้มีความสำคัญ หากแต่เป็นเพราะว่าการที่จะประสบความสำเร็จในการสถาปนาตนเองอยู่เหนือผู้อื่นผ่านการสร้างการยอมรับนั้น จำเป็นที่จะต้องปกปิดซ่อนเร้น กลบเกลื่อนการให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ที่เป็นทุนทางเศรษฐกิจเอาไว้เบื้องหลัง

² อย่างไรก็ตามเป้าหมายเช่นนี้มิได้เป็นสิ่งที่ประกาศไว้อย่างชัดเจน เป็นสิ่งที่ทุกคนรับรู้ร่วมกันแต่เป็นการรับรู้ที่อยู่ในระดับของความไม่ตระหนักรู้ (misrecognition) เพราะในทัศนะของบัวร์เดียวก่อนทุนทางสัญลักษณ์หรือความชอบธรรมในการปิดบังซ่อนเร้นอำนาจเอาไว้จะมีประสิทธิภาพสูงสุดก็ต่อเมื่อทั้งผู้ที่อยู่เหนือกว่าและได้กล่าวภายในโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจนั้นต่างก็ไม่ตระหนักในอำนาจที่ตนเป็นผู้กระทำและเป็นผู้ถูกระทำ การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกจึงเป็นปฏิบัติการที่มีอาจอธิบายได้ว่าเป็นการกระทำที่ผ่านการคิดคำนวณถึงเป้าหมายที่ต้องการจะไปถึง หากแต่เป็นสิ่งที่เป็นไปอย่างธรรมชาติโดยเป็นที่เข้าใจอยู่แต่มิได้ตระหนักรู้ (tacit) (Swartz,1997: 69-71,89-90)

ทุนทางสัญลักษณ์ที่สะสมไว้ ทำให้อาณาบริเวณประเภทนี้มีศักยภาพในการควบคุมการรับสมาชิก และกระบวนการจัดเวลาได้อย่างเบ็ดเสร็จและสามารถนำเสนออุดมการณ์ที่มีลักษณะเฉพาะของอาณาบริเวณได้อย่างชัดเจน (Swartz, 1997: 126,128) ธรรมชาติเฉพาะของอาณาบริเวณทางวิชาการ ส่งผลให้เกิดการกีดกันคนที่มีฮาบิทัสบางชนิดในขณะที่เดียวกับที่เลือกคัดสรรเอาคนที่มีฮาบิทัสที่เหมาะสมซึ่งหมายถึงชนชั้นกลางจนถึงชนชั้นสูง (Bourdieu and Passeron, 1994: 9,13) ลักษณะเช่นนี้ทำให้อาณาบริเวณทางวิชาการสามารถผลิตซ้ำตนเองโดยมีฮาบิทัสหลักที่มีอำนาจครอบงำ และทำหน้าที่บ่งชี้ว่าอะไรคือ “ความเป็นจริง” ในอาณาบริเวณและทำหน้าที่จำกัดขอบเขตของสิ่งที่จะสามารถเป็นความคิดที่ถูกต้อง ชอบธรรม และเป็นไปได้เอาไว้ (Pinto, 1999) โดยที่สมาชิกในอาณาบริเวณไม่ตระหนักถึงการมีอยู่ของฮาบิทัสของตนซึ่งเป็นต้นตอของปฏิบัติการ ส่งผลไปถึงการไม่ตระหนักถึงความ เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมของปฏิบัติการของตน ทั้งที่สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมทั้งสิ้น (Bohman, 1999)

ในมุมมองนี้การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกภายใต้การนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยตามอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพนั้น จึงเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่ถูกผลิตขึ้นในอาณาบริเวณทางวิชาการเฉพาะที่เรียกว่าแพทยศาสตร์ เมื่อพิจารณาโรงเรียนแพทย์ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของอาณาบริเวณทางวิชาการ กระบวนการคัดสรรคนเข้าสู่โรงเรียนแพทย์ก็เป็นกระบวนการที่มีความเฉพาะที่ทำให้นักศึกษาแพทย์ที่จะผ่านการคัดเลือกเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบการศึกษาเพื่อก้าวไปสู่ความเป็นแพทย์ได้นั้นต้องเป็นผู้ที่มีฮาบิทัสที่สอดคล้องเหมาะสมที่พร้อมที่จะรับเอา “ค็อกซา” ของอาณาบริเวณนี้เข้ามาไว้ในตน และเลือกที่จะใช้ปฏิบัติการบางชนิดซึ่งได้แก่การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยโรคและวิธีในการรักษาคนไข้ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะ เพื่อโต้เถียงอยู่บนลำดับชั้นของความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณ และจากที่กล่าวไปแล้วในบทนำว่า ในสังคมไทยนั้นนักเรียนจากชนชั้นต่างกันจะมีโอกาสผ่านเข้าศึกษาในโรงเรียนแพทย์ได้ต่างกัน โดยมีงานวิจัยที่พบว่านักศึกษาแพทย์เกือบจะทั้งหมดเป็นบุตรของบิดาที่อยู่ในชนชั้นสูง (Upper class) และชนชั้นกลางค่อนข้างสูง (Upper-middle class) และประกอบอาชีพในกลุ่มข้าราชการ นักวิชาชีพ และนักธุรกิจ (Maxwell, 1972.: 153) นอกจากนั้นภายใต้บริบทของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ที่ประกอบขึ้นด้วยความใหญ่โตโอฬารของตึกอาคารสถานที่ ความมากมายที่น่าตื่นตาตื่นใจ (แต่ไม่อาจรู้จักและทำความเข้าใจได้สำหรับคนนอก) ของเครื่องมือเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ใช้ในการบำบัดรักษา แพทย์จำนวนมากมายที่เดินกันขวักไขว่ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นเงื่อนไขที่ผลักดันให้ความเข้มข้นของกฎเกณฑ์แห่งความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์พุ่งขึ้นอยู่ในระดับสูง และก่อให้เกิด “การหลงทาง” และสูญเสียอำนาจในการต่อรองและควบคุมชีวิตตนเองของผู้ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลชนิดนี้ได้ง่ายๆ

บริบทเช่นนี้จึงเป็นเสมือนหนึ่งเกราะที่จะปกป้องแพทย์ จนคนไข้แทบจะมองไม่เห็นแพทย์เป็น คนๆ แต่เห็นเป็นสถาบันแพทย์ อีกทั้งพื้นที่ของที่ตั้งที่อยู่กลางเมืองใหญ่ ผู้มารับบริการก็มาจาก ทุกสารทิศและไม่ได้มีความรู้สึกว่าเป็นพื้นที่ของตน ทำให้การต่อรอง เรียกร้อง ต่อต้านทำได้ยาก สภาวะเช่นนี้เท่ากับเป็นการผลักคนไข้เข้าไปอยู่ในสถานะของการเป็นผู้ถูกรู้ที่เฉื่อยชา (Passive known) อย่างเต็มตัว ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น (Active knower) ที่จะใช้ ปฏิบัติการของการ “มอง” และ “ดู” (Looking and seeing) ว่าอะไรที่ผิดไปในกลไกของร่างกายและ ซ่อมแซมมันเสีย (Gordon, 1998) ได้อย่างสะดวกง่ายดายตามอุดมคติขององค์ความรู้แบบการแพทย์ ชีวิตภาพนั้น ภายใต้เงื่อนไขข้างต้นทั้งหมดทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคมภายในโรงพยาบาลของ โรงเรียนแพทย์จึงเกิดขึ้นภายใต้ความเป็นอิสระที่เบ็ดเสร็จของอาณาบริเวณทางวิชาการที่มีชื่อว่า แพทยศาสตร์ และภายใต้อาณาบริเวณที่มีลักษณะเช่นนี้ การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนฐานของ ภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวิตภาพ จึงเสมือนหนึ่งเป็นปฏิบัติการที่เป็นผลผลิตจาก วิชาวิธีระหว่างฮาบิตัสส่วนตัวของนักศึกษาแพทย์แต่ละคนซึ่งมาจากชนชั้นที่ใกล้เคียงกันและ กฎเกณฑ์ของอาณาบริเวณของแพทยศาสตร์ซึ่งมีความเป็นอิสระอย่างเบ็ดเสร็จ ปฏิบัติการชนิดนี้จึง เป็นปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพที่นักศึกษาแพทย์ต่างก็ใช้เป็นเครื่องมือในการแสวงหาคำแหน่ง แห่งที่ที่ดีของตนบนความเหลื่อมล้ำของความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณ และเป็น ปฏิบัติการที่นักศึกษาใช้ในการเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยของผู้คนอย่างเป็นธรรมชาติเสมือนหนึ่ง สิ่งที่รู้จักกันอยู่โดยมิได้ตระหนักรู้และคิดคำนวณ

ข้อมูลที่พบจากงานสนามที่ศึกษาปฏิบัติการของแพทย์จบใหม่ที่ย้ายพื้นที่ของการ ปฏิบัติงานมาอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน กลับพบว่าภายใต้เป้าหมายเดิมของ “เกม” ซึ่งได้แก่การ แสวงหาการยอมรับ การสถาปนาความชอบธรรมของตน และการพยายามสถาปนาอำนาจเหนือ ผู้อื่นนั้น โรงพยาบาลชุมชนกลับกลายเป็นบริบทที่ส่งผลให้ความเป็นอิสระของอาณาบริเวณทาง แพทยศาสตร์ลดลงและถูกรบกวนด้วยผู้เล่นหน้าใหม่ๆ ที่มีฮาบิตัสของชนชั้นใหม่ๆ เข้ามามีส่วนร่วม ในเกมมากขึ้น ดังเช่นคำกล่าวของแพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัด เชียงใหม่ที่ว่า

“โรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์แค่นิดเดียว คนไข้เห็นหมดว่าใครเป็นใครอยู่ ห้องตรวจเบอร์ไหน ทำให้ถูกต่อต้าน ต่อรองจากคนไข้ได้เสมอ และกระทบไปถึง ชีวิตประจำวันที่ต้องอาศัยอยู่ในสังคมที่ไม่ได้กว้างอะไรนัก โรงพยาบาลชุมชน ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ท่ามกลางชาวบ้าน คนไข้จะมีความรู้สึกได้ว่าเป็นถิ่นของเขา เขาต่อรองได้มากกว่า ถึงแม้จะมีความเป็นโรงพยาบาลอยู่ แต่เปลือกหรือเกราะก็

ไม่ได้เน้นหนาแข็งแรงเหมือนโรงพยาบาลของคณะแพทย์หรือ โรงพยาบาล
จังหวัดที่ผู้มาใช้บริการ ไม่ได้รู้สึกว่าเป็นถิ่นของเขา”

หากในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์เป็นอาณาบริเวณที่คนไข้ไม่ได้อยู่ในฐานะที่จะเป็น
ตัวละครที่จะมีบทบาทใดๆ และถูกผลักเข้าไปอยู่ในฐานะของการเป็นผู้ถูกรู้ที่เฉื่อยชา (Passive
known) และเป็นวัตถุประสงค์สำหรับการสำรวจตรวจสอบของแพทย์ได้อย่างสะดวกคาย คนไข้ใน
โรงพยาบาลชุมชนกลับกลายเป็นตัวละครที่มีบทบาทโดดเด่นขึ้นมาภายในอาณาบริเวณ ภายใต้
ความเป็นอิสระของอาณาบริเวณลดลงจากการถูกคุกคามจากคนไข้ซึ่งเป็นผู้ร่วมเล่นหน้าใหม่ต่าง
ฮาบีทิส การเลื่อนไหลออกจากอุดมคติของเรื่องเล่าทางคลินิกที่แพทย์จับใหม่สร้างขึ้นตามคำร้องขอ
ของคนไข้ เป็นภาพที่สะท้อนให้เห็นบทบาทของคนไข้ที่ได้กลายสถานะของตนมาเป็นผู้กระทำที่
แพทย์ต้องให้ความสนใจและใส่ใจ สภาวะเช่นนี้ทำให้การ “แคร์รักษาคนไข้ให้ถูกต้องตามทฤษฎี
เบ๊าะๆ” นั้น เพียงพอต่อการสร้างความยอมรับและการสถาปนาอำนาจของตนเองเหนือผู้ครอบงำ
อีกต่อไป พวกเขาได้นึกย้อนสะท้อนออกมาว่าปฏิบัติการที่ตนเคยใช้ในการเผชิญหน้ากับคนไข้ใน
โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์นั้น ได้กลับกลายเป็นปฏิบัติการที่ไม่เหมาะสมและเป็นไปไม่ได้ใน
โลกใบใหม่ใบนี้

“...ตอนเรียนเราตรวจละเอียดได้ เพราะคนไข้จะไม่เยอะขนาดนี้ อาจารย์
จะจำกัดเคสเรา เวลาตรวจคนไข้จะไม่เป็นแบบนี้เราจะตรวจละเอียด... ตามหลัก
ความเป็นจริงมันทำไม่ได้ ถ้าจะตรวจแบบสมัยเรียน เคสหนึ่งต้อง 10 ถึง 15 นาที
ได้... เคสโอพีดีเยอะเราก็ได้แต่นั่งตรวจๆแล้วให้กลับบ้าน จำนวนที่เยอะทำให้
คุณภาพการตรวจมันแย่งลง เราไม่มีเวลาที่จะทำอะไรให้ได้ตามหลักวิชาการ
เบ๊าะๆ... อยู่ที่นี่ก็ปรับเยอะคะ... สมัยเรียนนี้ ระบบจะเกี่ยวไม่เกี่ยวจะซั๊กหมด
เพราะอาจารย์ต้องการความละเอียด พอมาอยู่ที่นี้รายละเอียดมันน้อยลง...” (คำพูด
ของหมออั้ง)

ด้วยชีวิตที่ต่างออกไปจากเมื่อนักศึกษา ท่ามกลางปริมาณคนไข้ที่มากมาย ข้อจำกัดของ
เทคโนโลยีทางการแพทย์และงบประมาณ ภาวะที่ต้องการการพึ่งพาและการยอมรับทั้งจาก
เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและคนไข้ สิ่งเหล่านี้เป็นเงื่อนไขใหม่ของอาณาบริเวณภายใต้บริบทของ
โรงพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติการในรูปแบบเดิมๆไม่สามารถพาพวกเขาให้ “ไปรอด” ได้ เพราะหาก
เธอยังคงผลิตซ้ำปฏิบัติการในรูปแบบเดิมๆอยู่ ผลที่จะตามมาก็คือ

“หนึ่ง... โรงพยาบาลคงจึงเพราะตามจ่ายค่าเทคโนโลยีให้เราไม่ไหว
สอง...เจ้าหน้าที่คงรำคาญเพราะเราจะรุ่มร่ามเกินเหตุ สาม...ที่สำคัญมากคืออาจจะ
โดนคนไข้โวยได้ เพราะเค้าก็จะต้องรอนานมาก...ก...ก...กว่าเราจะตรวจเสร็จ
แต่ละคน” (คำพูดของหมอจิบ)

ไม่ว่าจะเป็นความละเอียดในการตรวจคนไข้ที่ลดลง การยินยอมให้การรักษาในรูปแบบที่
คนไข้ร้องขอ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยา การส่งเอ็กซเรย์โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์รองรับ ฯลฯ
ถึงเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปฏิบัติการชนิดใหม่ที่เธอได้เรียนรู้ เป็นปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่า
ทางคลินิกชนิดที่เลื่อนไหลออกไปจากอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพ และเป็นปฏิบัติการชนิดที่
สามารถนำไปสู่การบรรลุถึงสิ่งที่ตั้งดีกับคนไข้ (หากพิจารณาความเจ็บป่วยในความหมายที่ไกล
ออกไปจากเพียงประเด็นทางชีววิทยา) และดีกับตัวเอง (ในแง่ภาระของงานอันหนักหน่วง
และการยอมรับจากคนไข้) ภายใต้งื่อนไขใหม่ของโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อไม่อาจเป็น “หุ่นยนต์รักษาหุ่นยนต์”

หากอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพจะเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อการรักษานั้น
ดำเนินไปในลักษณะของ “หุ่นยนต์รักษาหุ่นยนต์” (ประสาน ต่างใจ, 2547: 8) แต่ในเงื่อนไขของ
โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์จำนวนน้อยนิด และขอบเขตของประชาชนที่แพทย์ต้องดูแลก็จำกัด
ความใกล้ชิดที่มากกว่าระหว่างแพทย์กับคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์
ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่มากกว่าการเป็นแค่หุ่นยนต์ที่รักษาหุ่นยนต์เช่นที่เคยเป็นไปได้และเคย
เป็นเสมอมาในบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่

“อยู่ที่นี้เราใกล้ชิดกับคนไข้ มากกว่าอยู่ รพ.ใหญ่ๆ มั้งคะ...รู้สึกคุ้นเคยกัน
มากกว่า...ทำให้มีเรื่องที่เราต้องสนใจมากขึ้น.... เมื่อก่อนเรื่องพวกนี้เราแทบไม่
ต้องสนใจเลย” (คำพูดของหมอจิบ)

และความใกล้ชิดนี้ยังทำให้การตระหนักถึงความสัมพันธ์ในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์ถูกเรียก
ให้หวนคืนมาอีกครั้ง

“เราจะกันตัวเองห่างออกมาเลยมันก็ไม่ดี มันก็เหมือนว่าเราทริทใครก็ไม่
รู้สึกคนนึง ยังไงก็ได้ ...ช่วยได้ก็ช่วย ช่วยไม่ได้ก็ช่างมัน” (คำพูดของหมออั้ง)

เมื่อความสลับซับซ้อนของชีวิตมนุษย์ซึ่งเคยเป็นสิ่งที่ถูก กดทับ ละเลย เพิกเฉยไม่ใส่ใจใน ความรู้สึกของพวกเขา “เมื่อก่อน” ครั้งยังเป็นนักศึกษา ได้ฟื้นกลับขึ้นมาบิณฑบาตอีกครั้งภายใต้ ระดับความเข้มข้นของความเป็นอิสระของอาณาบริเวณที่ลดลงภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชน และท่ามกลางการเผยตัวของมิติที่ซับซ้อนของชีวิตมนุษย์ ที่เข้ามาปะทะกับความรับรู้และใส่ใจของ แพทย์จบใหม่เช่นพวกเขา และการมีอาจสลับทิ้งและละเลย “ความเป็นมนุษย์” ท่ามกลางการเผชิญ หน้ากับคนไข้ได้เช่นนี้ ได้นำไปสู่การแสดงถึงความเป็นสิ่งที่ไม่ได้ “จริงแท้” ของการแพทย์แบบ ชีวิตาผ่านปรากฏการณ์ของการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอผลิตขึ้นท่ามกลางการปะทะ ตั้งสรรคร์หว่างมนุษย์ต่อมนุษย์ที่มีได้ถูกกลดทอนลงเหลือเพียงแค่หุ่นยนต์ทางชีววิทยาของทั้งตัว แพทย์และคนไข้

มองการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกผ่านเครื่องมือทางความคิดของปีแอร์ บูร์เดียว

หากจะสรุปสั้นๆถึงความคิดของบูร์เดียวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือทาง ความคิดชิ้นสำคัญทั้ง 3 ชิ้น อันได้แก่ปฏิบัติการ ฮาบิทัสและอาณาบริเวณนั้น สิ่งที่บูร์เดียวเสนอ ดูเหมือนจะมีนัยยะที่สื่อว่า ทั้งปฏิบัติการ ฮาบิทัส และอาณาบริเวณนั้นมิได้เป็นความจริงที่มีสารัตถะ แ่กันแท้แน่นอนตายตัว หากแต่เป็นสิ่งที่มีความเป็นพลวัต และสามารถเลื่อนไหลผ่านการถูกปรับ แต่งโดยกันและกันอยู่ตลอดเวลา ในขณะที่ปฏิบัติการเป็นผลผลิตที่มีความเลื่อนไหลไปตาม วิภาษวิธีของการเผชิญหน้าระหว่างฮาบิทัสของปัจเจกบุคคลกับตรรกะและโครงสร้างของอาณา บริเวณแต่ละแห่งที่แตกต่างกันออกไป ในระหว่างการเผชิญหน้าระหว่างฮาบิทัสกับโลกทางภาวะ วิสัยภายในอาณาบริเวณที่แตกต่างกันไป ฮาบิทัสก็อาจจะถูกปรับแต่งให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้ และโครงสร้างและตรรกะของอาณาบริเวณเองก็มีโอกาสถูกปรับแต่งเปลี่ยนแปลงได้ทั้งจากการเข้า มาของผู้ร่วมเล่นเกมหน้าใหม่ๆ ที่มีฮาบิทัสที่แตกต่างกัน และจากปฏิบัติการของผู้ที่ร่วมอยู่ในเกม ภายในอาณาบริเวณนั้น (Bourdieu, 1990: 80)

ในทิศทางของการทำความเข้าใจเช่นนี้จะช่วยให้เราเข้าใจว่าแท้ที่จริงแล้วรูปแบบของ การให้การรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยของแพทย์นั้นเป็นเพียงแค่ปฏิบัติการที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นบนความสัมพันธ์ที่เป็นวิภาษวิธีระหว่างอาณาบริเวณหนึ่งที่มีได้มีความ สติตย์และฮาบิทัสที่มีได้มีความกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวกันอยู่ตลอดเวลา เมื่อเป็นเช่นนี้รูปแบบของ การให้การรักษาของแพทย์ผ่านการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกจึงมิได้มีความสติตย์คงทนที่มีได้ขึ้นอยู่ กับกาลและเทศะแต่อย่างใดหากแต่มีความเป็นพลวัตเลื่อนไหลไปตาม โครงสร้างของอาณาบริเวณ

ที่แปรเปลี่ยน ภายใต้ลักษณะฮาบิทัสของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในอาณาบริเวณที่แปรเปลี่ยนไปตามโครงสร้างของอาณาบริเวณที่เปลี่ยนไป

การที่วิธีการเรื่องเล่าทางคลินิกที่มีความแน่นอนและมีแบบแผนตายตัวภายใต้ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมบนฐานขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพสามารถสถาปนาตัวเองลงในระบบคิดของนักศึกษาแพทย์ในระหว่างกระบวนการเรียนรู้ภายในโรงเรียนแพทย์ได้อย่างเบ็ดเสร็จนั้น เหตุก็เพราะว่าด้วยตรรกะที่มีความเฉพาะตัวของอาณาบริเวณที่ยึดถือเอาญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมเป็น “ความจริง” สูงสุด และความเป็นอิสระของอาณาบริเวณที่สามารถคัดสรรเฉพาะผู้เล่นที่มีฮาบิทัสชนิดเดียวกันเข้าสู่การร่วมเล่นเกมในอาณาบริเวณ ปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในรูปแบบนี้จึงเป็นผลผลิตจากความสัมพันธ์ระหว่างอาณาบริเวณที่มีความเฉพาะและฮาบิทัสที่มีความคล้ายคลึงกันของผู้ร่วมเล่น เป็นยุทธวิธีที่นักศึกษาแพทย์เลือกใช้เพื่อแสวงหาตำแหน่งแห่งที่ของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณเท่านั้นเอง

ภายใต้เงื่อนไขของโรงพยาบาลชุมชนที่ความเป็นอิสระของอาณาบริเวณที่ลดลง ได้เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ในระดับอื่นๆของโรงพยาบาลและคนไข้เข้าร่วมเป็นผู้เล่นที่มีบทบาทมากขึ้น ฮาบิทัสของชนชั้นที่เข้ามามีส่วนภายในอาณาบริเวณจึงมีความหลากหลาย (Heterogeneous of habitus) ส่งผลให้โครงสร้างและตรรกะของอาณาบริเวณทางแพทยศาสตร์ที่เคยมีความมั่นคงครั้งเมื่ออยู่ในโรงเรียนแพทย์เกิดความเปลี่ยนแปลงไป และเมื่อแพทย์จบใหม่ได้เผชิญหน้าความจริงทางภาวะวิสัยใหม่ๆ ที่ไม่เคยต้องใส่ใจใยดีเมื่อครั้งยังเป็นนักศึกษาแพทย์ ในบริบทที่รูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เปลี่ยนไปเช่นนี้ เรื่องเล่าทางคลินิกในฐานะที่เป็นยุทธวิธีเพื่อสถาปนาอำนาจของแพทย์จบใหม่จึงเกิดการเลื่อนไหลและมีความหลากหลายเป็นธรรมดา