

เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลชุมชน: ถกเถียงกับ “ความจริง” ของการแพทย์ชีวภาพ^{1,2}

อดิศักดิ์ จิ่งพัฒนาวดี

เกริ่นนำ: ความรุนแรงของการแพทย์ชีวภาพต่อชีวิต

วิทยาศาสตร์สมัยใหม่เป็นองค์ความรู้ที่เริ่มพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 16 จนลงหลักปักฐานอย่างมั่นคงในต้นศตวรรษที่ 18 และองค์ความรู้ชนิดนี้ได้กลายเป็นแม่แบบขององค์ความรู้ที่การแพทย์ชีวภาพใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาร่างกายและความเจ็บป่วยของมนุษย์ (โกมาตร 2545: 44,46) ภายในห้วงเวลาราวแค่ 300 ปีเศษนับแต่รุ่งอรุณของการแพทย์ชีวภาพ จนถึงปัจจุบัน ถึงแม้จะนับว่าเป็นระยะเวลาที่แสนสั้นเมื่อเทียบกับอารยธรรมอันยาวนานของเผ่าพันธุ์มนุษย์ที่ดำรงอยู่คู่กับความเจ็บไข้ได้ป่วยตลอดมา แต่การแพทย์ชีวภาพก็ได้ใช้เวลาอันแสนสั้นนี้สถาปนาตนเองเข้าครอบงำและกำหนดมุมมองที่ผู้คนพึงจะมีต่อชีวิตและความเจ็บไข้ได้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางหนึ่งทิศทางเดียว และถูกทำให้เข้าใจไปว่ามุมมองชนิดนี้เท่านั้นที่เป็นความจริงที่เราจะใช้ในการมองและทำความเข้าใจกับชีวิตและความเจ็บไข้ได้ป่วย

แน่นอนว่าเรามีอาจปฏิเสธได้ถึงคุณูปการจากองค์ความรู้และเทคโนโลยีของการแพทย์ชีวภาพในการยืดอายุขัยของมนุษย์และเยียวยาโรคภัยที่ไม่อาจรักษาได้ในอดีต แต่ในอีกด้านภาพแห่งบุญคุณของการแพทย์ชีวภาพก็ได้กลายมาเป็นมายาคติที่ปกคลุมซ่อนเร้นความรุนแรงที่การแพทย์ชนิดนี้กระทำต่อผู้คนและสังคมเอาไว้ ความรุนแรงเหล่านั้นนอกจากจะเป็นความรุนแรงต่อชีวิตมนุษย์ชนิดที่โจ่งแจ้งปรากฏเห็นได้อย่างชัดเจนแล้ว อีกด้านหนึ่งยังเป็นความรุนแรงที่มีผลลึกซึ้งต่อองค์ความรู้ชนิดอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บไข้ได้ป่วย การผูกขาดอำนาจในการจัดการกับความเจ็บไข้ได้ป่วยของการแพทย์ชีวภาพได้ก่อให้เกิดความรุนแรงในมิติของการเป็นองค์ประธานของความรู้โดยผูกขาดเอาฐานะของความเป็นองค์ประธานของความรู้มาไว้กับแพทย์อย่างสมบูรณ์ผ่านการสร้างเส้นแบ่งที่คมชัดระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ และเส้นแบ่งนี้เองที่ทำหน้าที่ในการเปลี่ยนผู้คนซึ่งถูกตีตราว่าไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญให้กลายเป็นผู้ที่ไม่รู้ แม้ว่าจะเป็นพื้นที่แห่งชีวิตของตนซึ่งแต่ละคนควรที่จะมีสิทธิที่จะเลือกกระทำและรับผิดชอบด้วยตัวของตนเอง (Shiva 1996: 232-3)

¹ บทความนี้เรียบเรียงขึ้นจากส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความเจ็บป่วย อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ: เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลชุมชน” เพื่อนำเสนอ ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน) ในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2549 ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศ.ดร.ยศ สันตสมบัติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.จามะวี เชียงทอง และ นพ.ดร.โกมาตร จิ่งเสถียรทรัพย์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันมีค่าในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

² การแพทย์ชีวภาพแปลมาจากคำในภาษาอังกฤษว่า Biomedicine หมายถึงระบบการแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นทางชีววิทยาเป็นหลัก และเป็นระบบการแพทย์ที่เป็นกระแสหลักของสังคมสมัยใหม่แทบทุกสังคม บางทีก็มีผู้ใช้คำแปลว่า ชีวการแพทย์ หรือการแพทย์แบบชีวภาพ

ท่ามกลางการสถาปนาแพทย์ขึ้นเป็นองค์ประธานแต่เพียงผู้เดียวที่มีอำนาจสูงสุดในการอธิบายและจัดการกับความเจ็บไข้ได้ป่วยของมนุษย์ ในด้านกลับการเข้ายึดกุมอำนาจนั้นได้ก่อกำเนิดความรุนแรงต่อมิติของความเป็นมนุษย์ ด้วยเหตุที่การแพทย์ชนิดนี้ก็เป็นส่วนประกอบหนึ่งขององค์ความรู้ สมัยใหม่ที่กำลังขับเคลื่อนสังคมให้ก้าวไปสู่ทิศทางของความเป็นระบบและจักรกลมากขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่เคารพในความเป็นมนุษย์น้อยลง ระบบการแพทย์ในสังคมปัจจุบันบนพื้นฐานของการแพทย์ชีวภาพจึงสามารถแยกตนเองเป็นเอกเทศจากมโนธรรม ลำนึก และศีลธรรม และสามารถเพิกเฉยต่อความเป็นมนุษย์ได้โดยซ่อนเร้นสิ่งเหล่านี้เอาไว้ภายใต้คำอธิบายที่ซับซ้อนและดูเป็นเหตุเป็นผลเป็นอย่างดี (ศิริโรตม์ 2548: 27) จนถึงกับมีผู้กล่าวว่า “การค้นพบที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของวงการแพทย์ในศตวรรษที่ 20 คือ ‘การเพิกเฉยต่อความเป็นมนุษย์’” (Lewis Thomas อ้างถึงใน Kothari and Mehta 1996: 196) และจากการค้นพบนี้เองได้ทำให้องค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพเติบโตอย่างก้าวกระโดดพร้อม ๆ กับการพัฒนาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เพียงแต่จะเป็นสิ่งที่ช่วยในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาทแฝงเร้นในการทำหน้าที่เป็นกำแพงที่แยกแพทย์ออกจากคนไข้มากขึ้นเรื่อย ๆ และนอกจากการกันแพทย์ออกมาจากคนไข้แล้ว ในอีกระดับหนึ่งตัวคนไข้เองก็ยังคงถูกกันออกมาจากเครือญาติและสิ่งแวดล้อมให้กลายเป็นมนุษย์ที่ปราศจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อที่แพทย์จะได้ใช้ “เทคนิคของการจัดการ” ในการรักษาความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะใช้ “ศิลปะของการดูแล” (Kothari and Mehta 1996: 194)

การที่การแพทย์ชีวภาพสามารถก้าวเข้ามาเป็นระบบการแพทย์กระแสหลักที่มีอำนาจสูงสุดในสังคมได้นั้น เหตุหนึ่งก็ด้วยเพราะใช้การกล่าวอ้างถึงลักษณะของความรู้และปฏิบัติการในการเยียวยาความเจ็บป่วยที่เป็น “ความจริงแท้” “เป็นสากล” และ “ปราศจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมใด ๆ” บทความขึ้นนี้จึงเขียนขึ้นเพื่อพยายามตอบคำถามหลักง่าย ๆ เพียงคำถามเดียว คือ การกล่าวอ้างดังกล่าวนั้นเป็นความจริงหรือ หรือแม้ที่จริงแล้วองค์ความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์ชนิดนี้ก็เป็นเพียงผลผลิตหนึ่งที่เกิดขึ้นบนเงื่อนไขทางวัฒนธรรมบางชนิดที่มีความเฉพาะตัวเท่านั้นเอง ด้วยความหวังว่าการตั้งคำถามเช่นนี้จะนำไปสู่การทำทลาย สันคลอน ความชอบธรรมของอำนาจแห่งองค์ความรู้และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพได้บ้าง

เรื่องเล่าเรื่องแรก: ความลับในรถพยาบาล

เย็นวันหนึ่งที่ตลาดอำเภอป่าตาด ขณะที่การจราจรบนถนน 2 เลนแคบ ๆ ที่ตัดผ่านกลางย่านชุมชนของอำเภอกำลังคับคั่งไปด้วยรถราและผู้คนที่เดินข้ามถนนไปมาอย่างขวักไขว่

“วี้.....หว่า.....วี้.....หว่า.....วี้.....หว่า.....”

เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ดังขึ้นพร้อมกับการปรากฏตัวของรถพยาบาลของโรงพยาบาลลานหมอกที่วิ่งตัดผ่านถนนด้วยความเร็วราว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ถ้านับเอาระดับความเร็วบนทางหลวงทั่วไปมาเป็นมาตรฐาน ความเร็วในระดับนี้ไม่นับว่าเป็นความเร็วที่สูงแต่อย่างใด ทว่าในกาละและเทศะเช่นนี้ หากใครสักคนขับรถธรรมดา ๆ ผ่านเข้ามาด้วยความเร็วขนาดนี้ คงหลีกเลี่ยงเสียงก่นด่าสาปแช่งที่จะลอยตามติดหลังรถไปไม่พ้น แต่กรณีนี้กลับต่างออกไป การปรากฏตัวของรถพยาบาลกลับสะกดทุกความเคลื่อนไหวที่สืบสวนวุ่นวายบนถนนจนแทบจะปลาสนากาญไปจนสิ้น รถนานาชาติที่วิ่งอยู่บนถนนชะลอความเร็วลงและเบี่ยงเข้าชิดข้างทาง เด็กนักเรียนที่กำลังจะข้ามถนนก็ชะงักฝีเท้าถอยกลับไปยืนอยู่ริมทาง เหลือเพียงรถปิกอัพเก่าคร่ำคร่าคันหนึ่งที่ยังขับช้า ๆ อยู่กลางถนนอย่างไม่อनाทรใด ๆ ต่อเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ที่ดังถี่กระชั้น

ถนนฝั่งตรงข้ามยังคงมีรถวิ่งสวนมาวุ่นวายทำให้รถพยาบาลคันนั้นไม่สามารถแซงขึ้นหน้าได้ จึงต้องชะลอตัวลงอึดใจหนึ่งและจากนั้นก็เร่งความเร็วเข้าจี้ท้ายรถปิกอัพคันนั้นอย่างน่าหวาดเสียวพร้อมกับกระพริบไฟสูงหน้ารถอย่างถี่กระชั้นเพื่อส่งสัญญาณขอทาง แต่ก็ไม่เป็นผล ปิกอัพคันดังกล่าวยังคงไม่รับรู้และวิ่งอย่างเอื่อย ๆ กลางถนนอยู่เช่นเดิม เมื่อเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” และไฟสูงไม่ได้รับการตอบสนอง เสียงแตรจึงเริ่มดังขึ้นจากจังหวะสั้น ๆ ห่าง ๆ จนเริ่มยาวและถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จนผลสานกับเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ก้องกังวานไปทั่วถนน

เสมือนเพิ่งตื่นจากภวังค์ รถปิกอัพคันนั้นสะดุดเล็กน้อยและหักหลบชิดเข้าข้างถนนอย่างรวดเร็วจนหวุดหวิดที่จะชนกับมอเตอร์ไซค์ที่วิ่งคู่กันมา พร้อมกับที่รถพยาบาลก็หักออกด้านขวาและพุ่งแซงหน้าขึ้นไปอย่างรวดเร็ว ขณะที่รถพยาบาลกำลังแซงผ่านไปนั้น สายตาของพีทัยก็ชำเลืองมองไปที่รถปิกอัพคันนั้นเห็นคุณลุงคนขับอายุน่าจะมากกว่า 60 สีหน้าตื่นตกใจ พีทัยส่ายหน้าถอนหายใจพร้อมพูดกับผมว่า

“คนแก่พวกนี้ขับรถไม่ได้สนใจอะไรเลย...”

โรงพยาบาลลานหมอกซึ่งเป็นสนามของการเก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในเขตจังหวัดภาคเหนือ ในระหว่างการเก็บข้อมูลครั้งนี้นั้นเมื่อหยุดพักการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งผมมักอาศัยรถพยาบาลเป็นพาหนะในการเดินทางกลับจากโรงพยาบาลลานหมอกเข้ามาในตัวจังหวัดเสมอ ๆ และในครั้งนี้ก็เช่นเดียวกัน

เมื่อครั้งยังเด็ก ด้วยความที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและมีบ้านอยู่ติดกับถนนสายหลักที่เป็นเส้นทางสัญจรไปสู่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ความโหยหวนของเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” จากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ผมได้ยินอยู่เสมอทุกคืนค่ำ ในความรู้สึกตอนนั้นเสียงเช่นนี้มันช่างน่าสะพรึงกลัว คล้ายกับเป็นสัญญาณบอกว่าจะมีความตายกำลังวิ่งผ่านเฉียดอยู่ที่ตรงหน้า จนแม้กระทั่งทุกวันนี้ เมื่อกำลังสัญจรอยู่บนท้องถนน ผมเองก็ไม่ต่างจากคนทั่วไปที่เมื่อได้ยินเสียง

สัญญาณ “ลูกเงิน” ก็จะหลบหลีกเข้าข้างทางโดยอัตโนมัติ ด้วยคิดว่า มีชีวิตที่กำลังตกอยู่ในสถานะที่กำกึ่งระหว่างความเป็นกับความตายอยู่ในรถพยาบาลซึ่งเป็นที่มาของเสียงนั้น และความเร็วของรถพยาบาลก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ความตายตกเป็นฝ่ายพ่ายแพ้ในสงครามแห่งการยื้อยุดชีวิต

“แถวนี้ขับรถยากมาก ถนนก็แคบ ยิ่งเวลาเย็น ๆ แบบนี้ยิ่งแล้วใหญ่ ผมแทบไม่อยากเป็นเวรรีเฟอร์คนไข้เลย แต่มันก็เลี่ยงไม่ได้” พี่ต๋อยบ่นให้ผมฟัง

“เราไม่ต้องขับเร็วไม่ได้หรอกครับ ค่อย ๆ ไปก็ได้นี่”

พี่ต๋อยยิ้มแล้วก็ไม่ได้ตอบอะไร ที่ผมถามเช่นนั้นเพราะเห็นว่าคนไข้ที่เรากำลังพาไปส่งที่โรงพยาบาลจังหวัดคราวนี้นั้น เป็นเด็กวัยรุ่นที่ขาหักเพราะตกบันไดบ้านมาตั้งแต่เมื่อเย็นวานและเพิ่งมาโรงพยาบาลเมื่อบ่ายวันนี้ หลังจากหมอตตรวจดูอาการแล้วเห็นว่าน่าที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลจังหวัด จึงให้รถของโรงพยาบาลเข้ามาส่งเพราะหากให้เดินทางเองจะไม่สะดวก ด้วยความที่เป็นกรณีที่ไม่ได้เร่งด่วนหรืออันตรายอะไร การส่งคนไข้ครั้งนี้จึงไม่ได้มีพยาบาลนั่งมาด้วย ด้านหลังของรถจึงมีแต่เด็กหนุ่มกับหญิงวัยกลางคนผู้เป็นแม่ที่มาดูแลเท่านั้นเอง

“เราจำเป็นต้องเปิดสัญญาณ “ลูกเงิน” ทุกครั้งเลยหรือเปล่าครับ” ผม

ถาม

“มันเป็นกฎครับ คือถ้าเราไม่เปิดแล้วเกิดอุบัติเหตุขึ้นมาเนี่ย คนขับจะชวยหนักเลยเพราะไม่ทำตามกฎ”

“ไม่ว่าคนไข้จะด่วนหรือไม่ด่วน?”

“ครับ ด่วนไม่ด่วนก็ต้องเปิด”

อย่างไรก็ดี ผมไม่ได้ตั้งคำถามต่อว่า แล้วเราจำเป็นต้องขับรถด้วยลีลาและความเร็วเช่นนั้นทุกครั้งหรือไม่

ไม่น่าเชื่อว่าหากนับเที่ยวของการส่งคนไข้เพื่อไปรักษาต่อที่ตัวจังหวัดที่ผมได้มีโอกาสติดสอยไปด้วยเพื่อเข้าเมืองนับสิบครั้งในระหว่างการเก็บข้อมูลนั้น ไม่ปรากฏว่ามีครั้งไหนเลยที่คนไข้ที่นำส่งนั้นจะเรียกได้ว่าลูกเงินและด่วนจนกระทั่งความรวดเร็วในการนำส่งมีผลต่อความเป็นความตายของคนไข้ กรณีที่ดูจะลูกเงินที่สุดที่เคยเจอก็เป็นเพียงหญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการทำคลอดจากแพทย์เฉพาะทางแต่ก็ไม่ได้มีความเร่งด่วนประเภทที่จะต้องถึงหมอภายในเวลา 2-3 ชั่วโมงมิฉะนั้นจะเป็นอันตราย แต่ทุกครั้งที่ผมนั่งอยู่บนรถพยาบาล เหตุการณ์ในลักษณะคล้าย ๆ กันที่เกิดขึ้นกลางตลาดอำเภอป่าตาดในเย็นนั้นกลับเกิดขึ้นทุกครั้ง รวากับว่าเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” ที่ดังโหยหวนเป็นสัญลักษณ์บางอย่างที่หมายความว่าถึง ความรีบเร่ง และมีกฎเกณฑ์

บางอย่างที่ทุกคนรับรู้ร่วมและต้องปฏิบัติตามเมื่อสัญลักษณ์ชนิดนี้ปรากฏตัวขึ้น นั่นก็คือผู้คนที่อยู่บนเส้นทางที่สัญลักษณ์ชนิดนี้เคลื่อนตัวผ่านจะต้องหลีกเลี่ยงให้ และคนขับรถก็ต้องขับด้วยความเร็วที่สูงกว่าปกติพร้อมทั้งต้องแสดงอาการปฏิกิริยาของความเร่งรีบให้ปรากฏแก่ความรู้ของผู้คนบนทางที่ตนผ่านไป ทั้ง ๆ ที่แท้ที่จริงแล้วสิ่งที่ซ่อนตัวอยู่ภายใต้เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” นั้นมิได้ต้องการความเร่งรีบอย่างที่ปรากฏออกมาแต่อย่างใด

หากจะยึดเอาเหตุและผลที่แท้จริงแล้วการใช้เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ของรถพยาบาลนั้นเกิดขึ้นจากความจำเป็นของสภาวะเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินซึ่งต้องการความรีบเร่งในการส่งต่อคนไข้ไปเพื่อทำการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในสภาวะที่ความเป็นความตายแปรผันไปตามความช้าเร็วของการส่งต่อ เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” จึงทำหน้าที่ช่วยให้เกิดความเร็วที่มากซึ่งสัมพันธ์อยู่กับโอกาสรอดชีวิตที่สูงขึ้นของคนไข้ ในแง่นี้หากสภาวะความฉุกเฉินและความเป็นความตายเป็นสิ่งที่ได้รับการประเมินจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างยิ่ง กฎเกณฑ์ที่ผู้คนในสังคมยอมรับและปฏิบัติตามร่วมกันเมื่อเห็นรถพยาบาลปรากฏตัวขึ้นพร้อมกับเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” จึงเป็นกฎเกณฑ์ที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์ที่สมบูรณ์ในตัวของมันเอง สำหรับคนทั่วไปการยอมรับกฎเกณฑ์ที่บรรจุไว้ในเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” จึงเกิดจากการยอมรับตรรกะแบบวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นตรรกะที่สามารถสถาปนาอำนาจอยู่ในขั้นที่สูงสุดในสังคมสมัยใหม่ที่เป็นที่มาของการผลิตสัญลักษณ์ชนิดนี้ขึ้นนั่นเอง

แต่สิ่งที่เกิดขึ้นเย็นวันนั้นได้เผยให้เห็นว่า เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ในฐานะของการเป็นสัญลักษณ์ที่สถาบันการแพทย์ชีวภาพใช้เป็นเครื่องมือในการสถาปนาความเหนือกว่าของตนโดยการบังคับทุกคนให้ตกอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของมันโดยแสดงตนในฐานะสิ่งที่เชื่อมโยงอยู่กับวิทยาศาสตร์อย่างแนบแน่นนั้น ได้กลับกลายเป็นสิ่งที่มีอำนาจในตนเอง และตัดขาดออกจากตรรกะทางวิทยาศาสตร์อย่างสิ้นเชิง ในแง่นี้ความรู้สึกในวัยเด็กของผมที่ประหวัดไปถึงความตายการหลบหลีกเลี่ยงให้แก่รถพยาบาลที่วิ่งผ่านของผู้คนบนท้องถนน และพฤติกรรมตอบสนองอื่น ๆ ของผู้คนต่อเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ของรถพยาบาล หลาย ๆ ครั้งจึงเกิดขึ้นภายใต้การบงการของอำนาจแห่งสัญลักษณ์ที่ไร้ซึ่งตรรกะใด ๆ รองรับอยู่ เพราะภายใต้สัญญาณเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ที่โหยหวนนั้น ในหลาย ๆ หนกลับพบว่าภายในรถพยาบาลไม่ได้บรรจุไว้ซึ่งสิ่งใดเลยที่ผู้คนจำเป็นต้องหลบหลีกเลี่ยง รู้สึกไหวหวั่น และสยบยอมแม้ว่าคนผู้นั้นจะยึดมั่นอยู่ในตรรกะแบบวิทยาศาสตร์สักเพียงใด

หากเปรียบ “พื้นที่” ภายในโรงพยาบาลเป็นสัญลักษณ์ชนิดหนึ่ง (ไม่ต่างจากความเป็นสัญลักษณ์ของเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน”) ที่บรรจุอยู่ด้วยกฎเกณฑ์เฉพาะที่ใช้สถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่หลือมล้าโดยการกำกับการกระทำและความสัมพันธ์ที่ผู้ที่อยู่ภายใน

พื้นที่นี้ฟังจะมีต่อกัน การที่ไม่ว่าใครก็ตามที่ก้าวผ่านเข้าสู่เขตแดนของโรงพยาบาลจะเกิดการยอมรับและสยบยอมต่อกฎเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่โดยปริยายนั้น ก็เนื่องด้วยเหตุผลเบื้องต้นเช่นเดียวกับการยอมรับกฎเกณฑ์ของเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” คือเกิดขึ้นจากการถูกทำให้เชื่อว่ามีตรรกะแบบวิทยาศาสตร์หนุนหลังกฎเกณฑ์เหล่านั้นอยู่อย่างแน่นหนา หากโรงพยาบาลคือสัญลักษณ์ สิ่งที่ยังคงอยู่ในโรงพยาบาลนั้นแนบแน่นอยู่กับตรรกะแบบวิทยาศาสตร์จริงหรือ หรือแท้ที่จริงแล้วกลับกลายเป็นเพียงความว่างเปล่าที่หลุดลอยออกจากตรรกะชนิดนั้นเช่นเดียวกับความว่างเปล่าภายในโรงพยาบาล

ช่วงต่อไปของบทความ เป็นความพยายามที่จะศึกษาบางสิ่งที่บรรจุอยู่ในโรงพยาบาล โดยมองผ่านปฏิบัติการภายในโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งของแพทย์จบใหม่คนหนึ่ง ผ่านการใช้มโนทัศน์ว่าด้วย “เรื่องเล่าทางคลินิก” โดยการใช้มโนทัศน์นี้จะนำไปภายใต้านิยามเฉพาะของบทความชิ้นนี้ ที่ให้นิยามว่าหมายถึง “ปฏิบัติการที่แพทย์ใช้ในการแปลงชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คนที่ตนต้องเผชิญหน้าให้เข้ามาสู่รูปแบบที่มีความเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยระบบภาษา (Linguistic system) ของการแพทย์ชีวภาพที่แพทย์เรียนรู้และรับรู้มาในระหว่างการศึกษานในโรงเรียนแพทย์ และรวมถึงปฏิบัติการของการบอกเล่า และการจัดการกับชีวิตและความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากกระบวนการของการแปลงนั้น ซึ่งปฏิบัติการทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบภาษาที่วางอยู่บนพื้นฐานความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพในอุดมคติ นั้น จะทำการลดส่วน ตัดทอน มิติอื่น ๆ ที่ซับซ้อนของชีวิตและความเจ็บป่วยทิ้งไป ให้เหลือไว้แต่เพียงมิติทางชีววิทยาที่สามารถตรวจวัดได้อย่างเป็นภาวะวิสัยเท่านั้น” โดยจะมุ่งสำรวจตรวจสอบว่า ปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกของแพทย์จบใหม่ในโรงพยาบาลอำเภอแห่งนี้ นั้นยังคงแนบแน่นอยู่กับการใช้ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยม ซึ่งเป็นหนทางในการสืบค้นความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของการแพทย์แบบชีวภาพที่รากเหง้ามาจากปรัชญาในการแสวงหาความจริงแบบวิทยาศาสตร์ที่ถูกปลูกฝังลงในตัวนักศึกษาแพทย์ผ่านระบบการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ หรือกลายเป็นปฏิบัติการที่เกิดการเลื่อนไหลหลุดลอยออกจากญาณวิทยาชนิดดังกล่าวภายใต้เงื่อนไขชนิดหนึ่งที่มีความเฉพาะตัวของโรงพยาบาลชุมชน

เรื่องเล่าเรื่องที่สอง: อารมณ์ ความตาย และความสัมพันธ์ในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์

บ่ายวันหนึ่งบริเวณตึกด้านหน้าของโรงพยาบาลขณะที่พยาบาลห้องฉุกเฉินกำลังสลับสับเปลี่ยนเวรกันจากเช้าเป็นบ่าย รถฉุกเฉินจากสถานีอนามัยแม่ข่าย ซึ่งห่างจากโรงพยาบาลไปราว 20 กิโลเมตร ก็เปิดหวอวิ่งขึ้นมาจอดที่หน้าตึก ร่างของชายสูงวัยถูกเข็นเข้าห้องฉุกเฉินพร้อม ๆ กับพยาบาลเวรเช้าที่กำลังเดินลงจากตึกไปเพื่อพักผ่อนก็ตามกลับขึ้นมาติด ๆ

การเตรียมความพร้อมภายในห้องฉุกเฉินเริ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ช่วงเวลาไม่ถึง 5 นาทีร่างไร้สติของคุณลูกก็ถูกพันหนาการไว้ด้วยเทคโนโลยีช่วยชีวิตมากมาย ท่อช่วยหายใจถูกสอดผ่านทางปากอย่างรวดเร็วพร้อมกับเข็มน้ำเกลือที่แทงเข้าที่แขนและเครื่องวัดการเต้นของหัวใจที่ติดเข้าที่หน้าอก ยาฉีดที่ใช้กระตุ้นหัวใจถูกเตรียมพร้อม พยาบาลชายรายหนึ่งขึ้นไปคร่อมอยู่บนตัวคุณลูกพร้อมกับใช้ฝ่ามือกดบีบหัวใจเป็นจังหวะกระชั้น

ขั้นตอนทั้งหมดนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแต่ปราศจากความร้อนรนแสดงออกถึงลีลาของมืออาชีพในการเผชิญหน้ากับความตายและพร้อมต่อสู้เพื่อยื้อชีวิตโดยแท้ และเพียงพริบตาเดียว หมอเองก็มาปรากฏตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินพร้อมทำหน้าที่บัญชาการ เส้นกราฟแสดงการเต้นของหัวใจขยับขึ้นลงส่งเสียง ตี๊ด ตี๊ด ตี๊ด ตามจังหวะการบีบ แต่เมื่อมือบีบคนแรกเหนื่อยและรามือสลับสับเปลี่ยนให้อีกคนขึ้นแทน ช่วงเวลาที่มีการบีบหยุดไปเส้นกราฟหัวใจก็กลับไปหยุดนิ่งอีกครั้ง พร้อมการส่งเสียงของเครื่องที่ลากยาวดังตี๊ด...ด...ด...ไม่เป็นจังหวะชีวิต จนเมื่อการบีบเริ่มต้นอีกครั้ง เส้นกราฟและเสียงเครื่องก็กลับมาแสดงควมมีชีวิตอีกครั้ง เป็นเช่นนี้สลับกันไปเป็นเวลาราว 10 นาที หมอเองจึงตัดสินใจหยิบเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าขึ้นมาถือไว้ พยาบาลคนหนึ่งบีบเจลจากหลอดทาที่เครื่องกระตุ้นตรงบริเวณที่จะสัมผัสกับหน้าอกของคุณลูก บรรดาเจ้าหน้าที่ที่อยู่รายรอบขยับตัวถอยห่างออกไปจากเตียงคนไข้ จากนั้นเธอก็เอาเครื่องดังกล่าวแนบเข้าไปที่บริเวณหน้าอกของคุณลูกและเริ่มนับ

“1...2...3...”

หลังสิ้นเสียงนับ เธอกดสวิทช์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นที่หน้าอกคุณลูก

ตี๊ด! ร่างคุณลูกกระตุกขึ้นมาเฮือกหนึ่งพร้อมกับเส้นกราฟหัวใจที่ตี๊ดตัวขึ้นแล้วก็กลับราบเรียบลงเช่นเดิม แล้วพยาบาลชายก็สลับขึ้นทำหน้าที่บีบอีกครั้ง เป็นเช่นนี้สลับสับเปลี่ยนกันหลายรอบกินเวลาราวอีกกว่า 10 นาที ร่างของคุณลูกก็ยังคงนอนนิ่งไม่ไหวติงและเส้นกราฟหัวใจก็ปราศจากการแสดงสัญญาณของการมีชีวิตอยู่เช่นเดิม

การกระตุ้นหัวใจดำเนินต่อเนื่องไปอีกราว 5 นาที ก่อนจะตัดสินใจบอกเลิก เป็นอันสิ้นสุดกระบวนการยื้อชีวิตที่ล้มเหลว พยาบาลเวรเข้าทยอยเดินออกจากห้องฉุกเฉินอย่างเงียบ ๆ และเป็นปกติราวกับไม่มีอะไรเกิดขึ้น

“น้องนักศึกษาลองมาฝึกบีบหัวใจดู”

พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินร้องเรียกนักศึกษาพยาบาลฝึกงานที่ยืนสังเกตการณ์อยู่ห่าง ๆ ในตอนต้นเข้ามาฝึกการบีบหัวใจคนไข้โดยใช้เรือนร่างของคุณลูกเป็นที่ฝึกราวกับว่าร่างของคุณลูกเป็นเสมือนหุ่นยางที่ใช้ฝึกช่วยชีวิต เมื่อนักศึกษาสลับกันขึ้นบีบ พยาบาลรุ่นพี่รอบเตียงก็คอยให้

คำแนะนำต่าง ๆ นานา “ตำแหน่งวางมือต่ำไป ขยับขึ้นสูงหน่อย” “บี้มเบา ๆ แบบนี้ไม่ขึ้นหรอก แรงขึ้นอีก ไม่ต้องกลัวลุงเจ็บหรอก” จนกระทั่งเวียนฝึกครบทุกคน ร่างของคุณลุงจึงถูกปล่อยไว้ อย่างสงบรอให้ญาติมารับไป

สำหรับผมแล้วสิ่งที่ปรากฏต่อสายตาในวันนั้น ช่างเป็นภาพที่ให้อารมณ์ความรู้สึกตื่นเต้น ระคนน่ากลัว ด้วยเพราะเป็นวินาทีที่ความตายกำลังจะปรากฏขึ้นตรงหน้า แต่สำหรับมืออาชีพ เหล่านี้ดูเหมือนว่าความตายกลับกลายเป็นเรื่องปกติ เป็นหน้าที่การงานสามัญธรรมดาที่พวกเขา และเขาได้เจอเจออยู่เสมอ ห้วงยามแห่งการยื้อยัดระหว่างชีวิตกับความตายจึงกลายเป็น เหตุการณ์ที่ดำเนินไปอย่างเป็นระบบระเบียบ เป็นกลไกมีขั้นมีตอนชัดเจน และไร้ซึ่งการแสดง ความรู้สึก

“เวลาเจอคนไข้ที่เราดูแลอยู่แล้วตายนี้เรารู้สึกอะไรมั๊ย” ผมถามหมออั่ง หลังจากเหตุการณ์นี้ผ่านไปได้หลายวัน

“รู้สึกอะ อังยังรู้สึกแถมอยู่ ยังไม่ชินซักที ทั้งที่ความจริงมันเป็นเรื่องปกติ นะ แล้วเราเป็นหมอก็ไม่ได้เป็นญาติอะไรกับเค้า แต่บางที่เราก็ยังไม่ชินกับความ ตายของคนไข้...อย่างอังเคยเจอเด็กคนหนึ่งไปเข้าค่ายของโรงเรียนมา แม่เค้าพา มาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องเสียรุนแรงมาก มาหาเราตอนแรกก็ยังมีดี ๆ อยู่ แต่ หลังจากนั้นเด็กก็เริ่มกระสับกระส่าย สับสน จนคว้ามือเราไปดม สักพักเดียวแกก็ ไม่ไหวแล้ว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วหัวใจก็หยุดเต้นไปซะเฉย ๆ จนต้องบี้ม อาจจะเป็นเพราะติดเชื้อในกระแสเลือดหรืออะไรก็ไม่รู้ สุดท้ายเราช่วยไม่ทัน ให้อะไรไปทุกอย่างก็ไม่พิน เราารู้สึกแย่มาก ” เธอเล่าด้วยน้ำเสียงเศร้า ๆ

“ไม่ได้แย่นะเพราะรู้สึกผิดนะคะ เราทำถูกต้องเต็มที่ตามหลักวิชาแล้ว แต่ที่ รู้สึกแย่นะเพราะเราไปรู้เรื่องเค้า ที่จริงเคสนี้ถ้าเราไม่ไปคุยกับแม่เด็กก็คงไม่ต้องรู้สึก แย่นะขนาดนี้ พอเราคุยแล้วมารู้ว่าเค้ามีลูกคนเดียว แล้วคนนี้จะจะได้มาก็ยาก ต้องรอจนตอนแม่อายุเกือบจะ 40 พอเราคิดแบบนี้เราก็อึ้ง... (เสียงเศร้า) เคสนี้เราก้ไปปลอบเค้า เข้าอีกวันนึงแม่เค้าก็ยังอยู่ตรงนั้น คือเค้ามาตอนดึกแล้วกว่า จะเอาศพออกได้ก็ตอนเช้าเราก้ไปปลอบเค้าต่อ...”

“เคยถึงขนาดร้องไห้มั๊ย...”

“ไม่เคยคะ เหมือนเป็นข้อห้ามว่าเราไม่ควรทำขนาดนั้น คือไม่ควร Over sympathy คือเห็นใจได้แต่ไม่ควรจะมีส่วนร่วมขนาดนั้น มันไม่ถึงกับเป็นกฎนะ คะ แต่อาจารย์ก็บอกไว้ ไม่งั้นเราก้จะไม่ไหว ภาพพจน์ก็จะดูไม่ดี เคยมีรุ่นพี่อั้ง ที่ เค้าดูแลคนไข้คนนึงใกล้ขีดมานาน พอตายไปหมอก็ร้องไห้อยู่ตรงนั้น จนอาจารย์

ต้องมาเตือนว่ามันไม่ควร ถ้าเราไม่ไหวก็ให้หลบไป....เคยคิดอยู่เหมือนกันว่าถ้าเราไม่ไปคุยกับเค้าเราก็จะได้ไม่ต้องเสียใจ อย่างนี้เราจะเลือกยังไง ไม่ต้องไปคุยไม่ดีกว่าหรือ แต่คิดไปคิดมาอ้างว่าเราก็น่าจะรู้นะ เพราะการที่เราจะกันตัวเองห่างออกมาเลยมันก็ไม่ดี เพราะทำอย่างนั้นมันก็เหมือนว่าเรารักษาใครก็ไม่รู้สึกคนนึง ยังไงก็ได้ ...ช่วยได้ก็ช่วย ช่วยไม่ได้ก็ช่างมัน จริง ๆ เราต้องหาตรงกลางให้เจอ หมอจะช่วยเหลือที่รักษาคนไข้ให้เหมือนญาติเราได้ เราก็ต้องรู้จักเค้าในระดับหนึ่ง แต่ผลข้างเคียงมันก็มีอย่างที่ว่า บางทีคิด ๆ ดู โอ๊ย...
ไม่รู้ชะจะดีกว่า ก็คิดอยู่เหมือนกัน

เรื่องของหมออ้างข้างต้นตรงกับคำบอกเล่าของแพทย์หลายท่านในทำนองที่ว่า “อาจารย์สอนเราว่าเป็นหมอต้องเห็นใจคนไข้แต่ต้องไม่มีอารมณ์อ่อนไหวตื่นเต้นง่ายไปกับความรู้สึกของคนไข้หรือญาติ” (ลลิตา 2532: 61-2) สิ่งที่อาจารย์แพทย์มัก “ย้ำแล้วย้ำอีก” กับนักเรียนแพทย์ก็คือ “จงอย่ามีความใกล้ชิดจนรู้สึกผูกพันหรือสงสารผู้ป่วยมากนัก เพราะจะทำให้การรักษาโรคหรือการตัดสินใจและประสิทธิภาพของแพทย์ต้องหย่อนยานลง” เพราะอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพจะเป็นไปได้ต้องมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อการรักษานั้นดำเนินไปในลักษณะของ “หุ่นยนต์รักษาหุ่นยนต์” เท่านั้น (ประสาน ต่างใจ 2547: 8) การศึกษาแพทยศาสตร์จึงเป็นกระบวนการที่เปลี่ยนคนธรรมดาคนหนึ่งให้กลายเป็นคนกระด้าง โรงเรียนแพทย์ทำให้ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาหายไป (จากคำให้สัมภาษณ์ของ ศ.นพ. จรัส สุวรรณเวลา ใน วิพุด พูลเจริญ และคณะ 2543: 48)

ความจำเป็นในการลดทอนความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาแพทย์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนในโรงเรียนแพทย์นั้น ได้รับการอธิบายไว้อย่างชัดเจนในภาพยนตร์เรื่อง Patch Adams (Shadyac 1998) ที่สร้างขึ้นโดยอิงจากชีวิตของแพทย์คนหนึ่ง โดยในฉากหนึ่งของภาพยนตร์ได้ฉายภาพคำกล่าวของคณบดีของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในการปฐมนิเทศนักศึกษาแพทย์ใหม่ ซึ่งมีใจความว่า

“ผู้ป่วยมอบอำนาจให้พวกคุณ เขามาหาพวกคุณด้วยความหวาดกลัว... ยืนมีดให้แล้วพูดว่า ‘ช่วยผ่าฉันที’ เพราะเขาเหมือนเด็ก ๆ ที่เชื่อว่าคุณจะไม่ทำอันตรายเขา....แต่ความจริงนั้นมียู่ว่า มนุษย์นั้นไว้วางใจไม่ได้ มนุษย์ชอบหลอกลวง ชอบหาทางลัด รู้จักเหน็ดเหนื่อย ชี้นกแล้ว อ่อนไหว และผิดพลาดได้...คนไข้จะไม่เชื่อในมนุษย์ และเราก็จะไม่ยอมให้พวกเขาเชื่อด้วย เมื่อเป็นเช่นนั้นภารกิจของเราคือพยายามอย่างเต็มที่ที่จะลบล้างความเป็นมนุษย์ (Humanity) ให้พวกคุณกลายเป็นสิ่งที่ดีกว่า...เราจะทำให้พวกคุณเป็นหมอ”

ในแง่มุมนี้ กระบวนการเรียนรู้เพื่อลดทอนความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาแพทย์จึงเป็นด้านหนึ่งของเหรียญเดียวกันที่เมื่อเราพลิกกลับมาอีกด้าน เราจะพบว่ากระบวนการนี้เป็นเรื่องเดียวกัน

กับกระบวนการที่นักศึกษาแพทย์เรียนรู้การใช้อำนาจเพื่อสยบผู้คนที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วยการใช้สัญลักษณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสวมเสื้อกาวน์สีขาว คล้องหูฟังไว้กับคอตลอดเวลา และพูดจាកันด้วยภาษาที่คนทั่วไปมิอาจเข้าใจ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสัญลักษณ์ที่นักศึกษาแพทย์ใช้เพื่อแสดงตนให้ปรากฏในฐานะของการเป็นผู้รู้ และองค์ประกอบอีกอย่างที่สำคัญยิ่งในการที่จะปรากฏตัวในฐานะของผู้รู้ก็คือการละทิ้งมิติของความเป็นมนุษย์ซึ่งเต็มไปด้วยความอ่อนไหวและข้อบกพร่อง (ในทัศนะของการแพทย์ชีวภาพ) เอาไว้เบื้องหลังนั่นเอง

หากแต่ชีวิตจริงในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ในฐานะที่แพทย์ยังเป็นมนุษย์คนหนึ่ง อารมณ์ความรู้สึกอ่อนไหวต่อความสัมพันธ์ระหว่างตนกับคนไข้ในฐานะที่มนุษย์ต่อมนุษย์พึงจะสัมพันธ์ต่อกันนั้นมีใช้สิ่งที่จะสามารถถอดถอนออกจากตัวของแพทย์อย่างเบ็ดเสร็จได้ง่าย ๆ แม้จะผ่านระบบการศึกษาอย่างเข้มข้นภายในโรงเรียนแพทย์ที่พยายามจะสลัดทิ้งมติดังกล่าวออกเพื่อมุ่งหวังผลิตแพทย์ที่สามารถรักษาคนไข้ได้อย่างมี “ประสิทธิภาพ” อย่างน้อยก็ในกรณีของหมอเอง ภายใต้บริบทของการเยียวยารักษาที่เธอต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที้นทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ทั้งในฐานะของแพทย์กับคนไข้และในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์ สถานการณ์เช่นนี้จึงนำมาซึ่งความสับสนระหว่างการ “ไม่ไปคุยกับเค้า” เพื่อที่ “จะได้ไม่ต้องเสียใจ” และความรู้สึกที่ว่าถ้า “เราจะกันตัวเองห่างออกมาเลยมันก็ไม่ดี มันก็เหมือนว่าเรารักษาใครก็ไม่รู้สักคนหนึ่ง ยังไงก็ได้ ...ช่วยได้ก็ช่วย ช่วยไม่ได้ก็ช่างมัน” หากเธอเลือกทางเดินอย่างหลังเธอก็ต้องเผชิญหน้ากับ “ผลข้างเคียง” ที่ไม่พึงปรารถนา ดังนั้นในบางอารมณ์เธอจึงพูดในทำนองบ่นรำพึงออกมาว่า “อื้อ..ย..ไม่รู้ชะจะดีกว่า”

ระหว่างการเลือกที่จะสลัดทิ้งมิติแห่งความเป็นมนุษย์ออกไปจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการให้การรักษาดำเนินการตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพ และปกป้องตนเองออกจากการเกิดความหวั่นไหวของจิตใจที่จากการทำงาน กับการเลือกที่จะคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกในฐานะของความเป็นมนุษย์คนหนึ่ง บนความขัดแย้งที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้นี้ ชีวิตและหน้าที่การงานของหมอเองก็ยังคงต้องดำเนินต่อไปภายในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ และบนความขัดแย้งที่เธอมีอาจสลัดทิ้งและละเลยมิติแห่งความเป็นมนุษย์ในความสัมพันธ์ระหว่างเธอกับคนไข้ได้เช่นนี้ สิ่งที่น่าสนใจก็คือรูปแบบของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอสร้างขึ้นในฐานะที่เป็นปฏิบัติการเพื่อสถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้จะยังคงรูปแบบของการผลิตซ้ำเรื่องเล่าบนฐานความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพอย่างแน่นเหนียวอยู่ได้ หรือจำต้องเลื่อนไหลออกไปภายใต้บริบทของความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อคงความเหนียวแน่นของเครือข่ายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้เอาไว้ให้ได้

เรื่องเล่าเรื่องที่สาม : ความซับซ้อนของชีวิตกับการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิก

ผู้เขียนกับโรคเบาหวาน

ช่วงเช้าของวันขณะที่หมออ้างกำลังตรวจคนไข้ที่ตึกผู้ป่วยใน คนไข้เบาหวานคนหนึ่งที่เขาดูแลอยู่เป็นคุณลุงชาวกะเหรี่ยงที่มาตรวจกับเธอเมื่อ 3 วันก่อน และมีอาการไม่ดีเธอจึงให้นอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล ระหว่างการพูดคุยกันลุงพูดกับหมออ้างว่า

“อยากกลับบ้านแล้วหมอ จะไปหาเงิน ไม่มีเงินให้ลูกแล้ว”

เช้าวันนั้นหมออ้างไม่ได้ตอบสนองใด ๆ ต่อคำร้องขอกลับบ้านของลุง หลังจากเขียนคำสั่งการรักษาเสร็จ หมออ้างก็หันไปบ่นกับพยาบาลว่า

“ไม่รู้จะทำยังไง เดี่ยวจะโทรปรึกษาพี่แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดดีกว่า”

แล้วเธอก็หันไปบอกกับลุงว่า

“อาการมันยังไม่ดีขึ้น หมอจะให้กลับบ้านไม่ได้ อยู่ต่ออีกสักพักนะคะ”

อีก 2 วันถัดมา อาการของลุงก็ดูดีขึ้นถึงแม้จะยังไม่ดีนัก แต่ก็พอที่จะยอมให้กลับบ้านได้ เมื่อมีการร้องขออีกครั้งเธอจึงบอกว่า

“หมอให้กลับบ้านได้นะคะ แต่อาการของลุงก็ยังไม่ดีขึ้นเท่าไร แล้วอาการแบบนี้มันเป็นเบาหวานที่ควบคุมด้วยยากินไม่ได้ มันต้องใช้ยาฉีด เดี่ยวยังงั้นหมอจะให้พยาบาลสอนวิธีฉีดให้ ไม่ยากหรอกคะ”

หลังจากพูดคุยเสร็จและกลับไปตรวจคนไข้ที่ตึกผู้ป่วยนอก ตอนใกล้เที่ยงพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในก็โทรศัพท์มาปรึกษาเธอว่าคุณลุงมีปัญหาบางอย่าง เธอจึงเดินกลับไปอีกครั้งหนึ่ง และสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้น แกบอกหมอว่า คงเอายาฉีดไปฉีดที่บ้านไม่ได้ ขอเปลี่ยนเป็นยากิน เธอทำหน้าที่พร้อมบอกว่าอาการของลุงแค่ยากินมันควบคุมไม่อยู่ต้องใช้ยาฉีดเท่านั้น

“มันเอาไปใช้ไม่ได้ดอก คุณพยาบาลบอกว่ายาฉีดนี้เวลาจะใช้ก็ให้ใช้เข็ม ดูดออกมาจากขวดยาใหญ่ แล้วพอใช้เสร็จก็ให้เก็บขวดยาไว้ในตู้เย็น แต่บ้านลุงไม่มีตู้เย็น จะเก็บได้จะได (จะเก็บได้อย่างไร)”

หมออ้างฟังเหตุผลของคุณลุงแล้วก็วิ่งไปพักใหญ่ พร้อมกับขมวดคิ้วครุ่นคิด ก่อนที่จะพูดออกมาว่า

“ข้างบ้านลุงมีใครมีตู้เย็นที่จะเอาไปฝากเค้าแช่ได้มั๊ย”

“ไม่มีดอก ทั้งหมู่บ้านมันก็เหมือน ๆ กันหมด” ลุงตอบ

“ถ้ายังงั้นหมอมคงจะให้ลุงอยู่โรงพยาบาลต่ออีกสักพักนะคะ เพราะถ้ากลับไปเดี๋ยวอาการมันจะกลับแย่ลงไปอีก นอนโรงพยาบาลให้หมอรักษาต่ออีกซักหน่อย”

“อยากกลับบ้านแล้วหมอ จะไปหาเงิน ไม่มีเงินให้ลุงแล้ว”

คุณลุงยืนยิ้มประโยคเดิมที่เคยร้องขอไปเมื่อ 2 วันที่แล้วอีกครั้ง คราวนี้หมอมองรับฟัง และนิ่งไปครู่ใหญ่ ก่อนที่จะตอบออกมาว่า

“ตกลงคะ กลับก็กลับ แล้วถ้าใช้ยาฉีดไม่ได้ หมอจะให้ยากินแทน แล้วจะนัดมาตรวจเรื่อย ๆ แต่มันจะลำบากหน่อยนะคะ มันอาจจะควบคุมโรคที่ลุงเป็นอยู่ไม่ได้ ถ้าลุงรู้สึกว่าการไม่ดียังไงก็รีบมาหาหมอก่อนได้เลยนะคะ”

ในที่สุดเธอก็ตัดสินใจยอมให้คนไข้กลับบ้าน พร้อมส่งยาชนิดกินให้คุณลุงเอากลับไปกินที่บ้าน หมอมองบอกเล่าความรู้สึกต่อกรณีของคุณลุงว่า

“อาการแบบนี้ถ้าจะเอาให้อยู่มันต้องให้ยาฉีด แต่บ้านไม่มีตู้เย็น...นี่ก็ออกมัยยะ ยาพวกนี้ต้องแช่ตู้เย็นไม่งั้นมันเสีย ที่นี้พอไม่มีตู้เย็นเราก็ต้องพยายามรักษาด้วยยากิน แต่มันก็ควบคุมยาก เพิ่งมาเคยเห็นปัญหาแบบนี้ที่โรงพยาบาลชุมชน ประเภทคนไข้ไม่มีเงินขนาดนี้ เวลาเจอแบบนี้ก็ยากเหมือนกัน สมัยเรียนหรืออยู่โรงพยาบาลในเมือง พวกสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันจะมีเกือบทุกบ้านอยู่แล้ว”

ไข้ไม่ทราบสาเหตุกับการสืบชะตา

เช้าของอีกวันขณะที่หมอมองกำลังเดินตรวจคนไข้อยู่ในตึกผู้ป่วยใน หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจคนไข้ที่นอนอยู่ในห้องรวมแล้ว เธอก็เดินเข้าไปดูคนไข้ที่นอนอยู่ในห้องพิเศษที่แยกออกมาเป็นห้อง ๆ สำหรับคนไข้เฉพาะแต่ละคน ห้องสุดท้ายของการตรวจวันนี้เป็นเด็กผู้หญิงอายุราว 10 ขวบกว่า ซึ่งมาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ ในห้องมีแม่ของเด็กและญาติ ๆ อีก 3 คนนั่งเฝ้าอยู่ หมอมองบอกกับผมว่ารายนี้นอนโรงพยาบาลมาได้ 4 วันแล้วแต่ยังหาไม่เจอว่ามันเกิดจากอะไร หลังจากดูแบบฟอร์มรายงานความเป็นไปของอาการเสร็จแล้วหมอมองก็บอกกับญาติว่า

“ไข้มันยังไม่ลงนะคะ หมอมองต้องให้นอนดูอาการที่โรงพยาบาลไปก่อน”

“จะขอพาน้องออกจากโรงพยาบาลไปสักครึ่งวันได้ไหม” แม่ของเด็กพูด

ขึ้น

“จะพาออกไปทำไมคะ” หมอมองถามกลับ

แม่งไปพักใหญ่ไม่ตอบ จนสุดท้ายผู้หญิงอีกคนที่เป็นป้าของเด็กก็พูดขึ้นว่า

“จะพาน้องไปสืบทอดกับตุ้เจ้า”

“คนไข้ยังไม่แข็งแรงเลยนะคะ ไข้ก็สูงอยู่เลยออกไปตอนนี้ก็คงจะไม่ไหว”

หมออดบด้วยน้ำเสียงนิ่ง ๆ

“เอาไปแค่กำเดียวเจ้าสักชั่วโมง 2 ชั่วโมงแล้วก็จะพากลับมา” ผู้เป็นแม่พยายามร้องขอ

คราวนี้เป็นฝ่ายหมออดบที่นิ่งไปพักหนึ่งคล้ายกับครุ่นคิดอะไรอยู่ จากนั้นก็บอกว่า

“เอาใจดีไหมคะ เราเจอกันครึ่งทางดีกว่าเอาแค่รูปไปสืบทอดได้ไหม เพราะหมอเป็นห่วงคนไข้ กลัวคนไข้จะเป็นอะไรไป”

“ถ้าจะขอนิมนต์ตุ้เจ้ามาทำพิธีที่โรงพยาบาลได้ก้อเจ้า” แม่ยังคงต่อรอง

“ก็ได้คะ แต่ต้องไม่ใช่พิธีที่ต้องมาเดินมาทำอะไรที่เป็นเสียงดังรบกวนคนไข้คนอื่น”

“...อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โอกาสที่เราจะเจอคนไข้ลักษณะแบบนี้เยอะกว่าในโรงพยาบาลในเมืองมากเลยคะ”

คือคำตอบที่เธอมีเมื่อผมถามว่าเธอเคยเจอคนไข้ในลักษณะเช่นนี้บ่อยแค่ไหน

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2538 : 234,237,240-1) อธิบายไว้ว่าคำต่าง ๆ ที่ใช้เรียกขานความเจ็บป่วย อันได้แก่ “โรค” “ป่วย” และ “ไม่สบาย” ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษที่ว่า “disease” “sickness” และ “illness” ตามลำดับนั้น มักเป็นคำที่ใช้กันในชีวิตประจำวันโดยมิได้มีความจำแนกความแตกต่าง แต่แท้ที่จริงแล้วคำทั้ง 3 คำนี้ต่างก็สะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันออกไป โดย “โรค” เป็นคำที่ใช้เรียกขานความเจ็บป่วยภายใต้แนวคิดการแพทย์ชีวภาพ เป็นปรากฏการณ์ทางภาวะวิสัยที่สังเกตและวัดได้ด้วยวิธีทางการแพทย์เท่านั้น ส่วน “ความเจ็บป่วย” และ “ไม่สบาย” นั้นเป็นคำที่มีความหมายกว้างไกลออกไปจากอาการที่ปรากฏอย่างเป็นทางการวิสัยแต่เป็นความรู้สึกความรู้ หรือความหมาย ที่ผู้ป่วยและสังคมให้กับ “อาการไม่สบาย” ของตนหรือของสมาชิกในสังคมนั้น

ด้วยมิติที่หลากหลายของสิ่งที่เรียกว่า “ความเจ็บป่วย” ทำให้การมุ่งทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์นี้โดยการเพียรพยายามค้นหา “โรค” ซึ่งองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพยึดถือเป็นสารัตถะที่แท้ของความเจ็บป่วย จึงเป็นหนทางที่มีอาจประสบความสำเร็จ เพราะการที่จะสามารถทำความเข้าใจกับสิ่งที่เรียกว่า “ความเจ็บป่วย” ได้นั้นเราจำเป็นต้องเข้าใจมันในฐานะที่เป็น “ภาพ

ตัวแทนของความเจ็บป่วย (Illness representation)” ที่ผู้คนและสังคมแต่ละแห่งแสดงออกมาซึ่งมีความแตกต่างกันในทางญาณวิทยาในแต่ละวัฒนธรรม และการตอบสนองและนำเสนอภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากระบบเหตุผลหรือมุมมองของการแพทย์ชีวภาพนั้น ไม่สามารถที่จะอธิบายได้ง่าย ๆ ว่า เป็นผลมาจากการที่ผู้คนที่เจ็บป่วยและสังคมที่เขาเหล่านั้นสังกัดอยู่นั้นขาดข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ หรือความมั่งงาย แต่สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรม ระบบความเชื่อและวิถีการปฏิบัติที่ถึงแม้ว่าจะแตกต่างจากระบบของการแพทย์ชีวภาพ แต่ก็มีตรรกะทางวัฒนธรรมของตนเอง (Good 1997: 37-8) การให้ความหมายและการมีวิถีปฏิบัติต่ออาการทางกายในลักษณะต่าง ๆ เช่น อาการไข้ไม่ทราบสาเหตุของเด็กหญิงนั้น มีความซับซ้อนมากไปกว่าการคำนึงถึงเพียงแค่อารมณ์ที่ปรากฏออกมาทางกายเป็นหลัก หากแต่เกิดขึ้นท่ามกลางความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงกันอยู่อย่างแนบแน่น

เมื่อองค์ความรู้ของการแพทย์แบบชีวภาพที่หมอมองถือครองอยู่ไม่อาจจัดการกับมิติอื่น ๆ ที่ซับซ้อนของความเจ็บป่วยได้ การตอบสนองของเธอจึงปรากฏขึ้นในรูปแบบที่หลากหลายตั้งแต่การยอมรับเรื่องราวเหล่านี้ โดยยินยอมให้เกิดพิธีสืบชะตาขึ้นในโรงพยาบาลในเมื่อเธอเองก็ยังไม่อาจสาเหตุของอาการไข้ที่เกิดขึ้นกับเด็กได้ในขณะนั้น และบางครั้งก็จำเป็นต้องบิดเรื่องเล่าทางคลินิกของตนเพื่อให้ลงตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้า เช่น การยอมรับการร้องขอกลับบ้านเพื่อไปหาเงินให้ลูก ทั้งที่ไม่อาจหาตู้เย็นเพื่อแช่ยาที่จำเป็นต้องใช้ฉีดเพื่อควบคุมเบาหวานได้ ไปจนถึงการยอมแพ้เมื่อเผชิญหน้ากับความเชื่อทางไสยศาสตร์ที่เธอไม่อาจใช้เรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่เที่ยงตรงเข้าไปจัดการได้

หากจะเปรียบองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพว่าเป็นศาสตร์ชนิดหนึ่ง คำว่าศาสตร์นั้นมีรากฐานมาจากคำว่าศาสตร์ที่หมายถึงความถึงอาวุธหรือเครื่องมือที่ใช้ทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง และศาสตร์แต่ละอย่างต่างก็มีข้อจำกัดของมัน เครื่องมือชนิดหนึ่งจึงจะเอาไปใช้ทำหน้าที่อีกอย่างหนึ่งไม่ได้ (โกมาตร 2545: 67) เช่นเดียวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับหมอมอง ในเมื่อศาสตร์หรือเครื่องมือที่เธอถือครองอยู่นั้นแสนจะไร้เพียงสำหรับในแง่ของการจัดการกับมิติที่หลากหลายและซับซ้อนของความเจ็บป่วย และในแง่ของการพยายามผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อคนไข้พลิกสถานะภาพของตนจากการเป็น “ผู้ถูกรู้” ที่รอรับการกระทำจากหมอกลายมาเป็นผู้กระทำที่รุกเฝ้าเรียกกร้องเอาบางสิ่งบางอย่างที่อาจไร้เหตุผลหากเธอองค์ความรู้แบบอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพมาทาบวัด แต่เมื่อตกอยู่ในสภาวะที่ปราศจากเครื่องมือชนิดอื่นที่จะสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในทั้ง 2 แง่มุม การดัดแปลงเครื่องมือเพื่อใช้ในการเอาตัวรอดกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้าอยู่ หรือแม้กระทั่งละทิ้งเครื่องมือเหล่านั้นและยินยอม

ให้คนไข้ออกไปแสวงหาเครื่องมือชนิดใหม่ในการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยของตน จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

เรื่องเล่าสุดท้าย: ถกเถียงกับ “ความจริง” ของการแพทย์ชีวภาพ

“ประเด็นหลักของการเมืองเรื่องความรู้ หรือการเมืองเรื่องญาณวิทยา คือ การเก็บกด ปิดกั้นทัศนคติอื่น เสียงอื่น วิธีคิดแบบอื่น องค์ความรู้แบบอื่น ไม่ให้ปรากฏขึ้นมา...การต่อสู้ในทางการเมืองเรื่องความรู้จึงเป็นการต่อสู้เพื่อสร้าง truth claims ซึ่งก็คือ การพยายามอ้างว่าความรู้ของฝ่ายตนนั้นจริงกว่าแท้กว่า น่าเชื่อถือกว่า” (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร อ้างใน ธนาพล และคณะ 2547: 17)

ทะเลและโรงพยาบาล : การหาปลากับการเยียวยาความเจ็บป่วย

ในความเข้าใจทั่วไป วิทยาศาสตร์หรือความรู้สมัยใหม่มักเป็นสิ่งที่ถูกจัดวางไว้ตรงข้ามและแตกต่างจากภูมิปัญญาพื้นบ้านอยู่เสมอ องค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพและปฏิบัติการให้การเยียวยารักษาความเจ็บป่วยและชีวิตของผู้คนก็เช่นเดียวกันที่สถาปนาตนเองเอาไว้ในฐานะที่เป็นความจริงสูงสุดไม่ขึ้นกับกาลและเทศะใด ๆ ในขณะที่ภูมิปัญญาพื้นบ้านนั้นถูกจัดวางไว้ในฐานะเป็นสิ่งที่พร่ามัว เลือนไหล มีความหลากหลายและผันแปรไปตามปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศสภาพ เครือญาติ ความเชื่อทางศาสนา เป็นองค์ความรู้ที่ฝังตัวอยู่ในบริบทและเงื่อนไขหนึ่ง (Situated Knowledge) และดำรงอยู่ในรูปแบบที่หลากหลายที่ไม่อาจแยกออกจากปฏิบัติการจริงที่เกิดขึ้น องค์ความรู้ชนิดนี้จึงไม่หยุดนิ่งและแข็งตัวหากแต่เป็นมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลาผ่านการปะทะประสานกับระบบความรู้อื่น และการตอบสนองต่อบริบททางสังคมและการเมืองที่แปรผันอยู่ตลอดเวลา (Nygren 1999)

มุมมองต่อความรู้สมัยใหม่ในลักษณะเช่นนี้ทำให้องค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพซึ่งจัดเป็นความรู้สมัยใหม่ชนิดหนึ่งถูกจัดวางอยู่ในสถานะของความเป็นจริงสูงสุดเช่นเดียวกัน ซึ่งมุมมองเช่นนี้นั้นเต็มไปด้วยกลิ่นอายของความคิดแบบสารัตถะนิยม (Essentialism) ซึ่งเป็นวิธีคิดที่ครอบงำสังคมตะวันตกในยุคสมัยใหม่เป็นเวลายาวนานมาแล้ว

“การหาปลาในทะเลเปิด (Lagoon) ซึ่งเป็นตำแหน่งแห่งที่ที่มนุษย์สามารถวางใจในความรู้ ทักษะ และความชำนาญของตนได้อย่างสมบูรณ์ ในพื้นที่เช่นนี้ มิติแห่งมนตราก็มีพื้นที่ให้ดำรงอยู่ แต่เมื่อต้องขยับขยายออกไปหาปลาในทะเลเปิด อันเต็มไปด้วยภัยอันตรายและความไม่แน่นอนของธรรมชาติ ในพื้นที่เช่นนี้พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับมนตราจะแผ่ขยายตัวขึ้นในกิจกรรมของมนุษย์ เพื่อก่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทดแทนความไม่มั่นคงอันเกิดจากการไม่สามารถวาง

ชีวิตให้ขึ้นกับความรู้ ทักษะ และความชำนาญของตนอีกต่อไป” (Malinowski, Bronislaw อ้างถึงใน Nader 1996: 260)

งานศึกษาของมาลินาวสกีที่บอกเล่าเรื่องราวของชาวโทรเบเรียนบอกกล่าวไว้ชัดเจนว่า วิทยาศาสตร์ มนตราลึกลับ และความเชื่อทางลัทธิศาสนาหาใช่ญาณวิทยาในการเข้าถึงความจริงที่มีความแตกต่างและสามารถที่จะกันเอาวิทยาศาสตร์ไว้เป็นการเข้าถึงความจริงของมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่ ส่วนมนตราและศาสนาเป็นเรื่องราวของชนเผ่าดั้งเดิมแต่อย่างใด หากแต่ทั้ง 3 ส่วนเป็นเสมือนเสาที่ค้ำยันกันอยู่ในระบบวิถีคิดของมนุษย์ในทุกสังคม ตั้งแต่มนุษย์สังกัดสังคมชนเผ่า ณ หมู่เกาะสุดขอบทะเลไกลโพ้นเช่นชาวโทรเบเรียนหรือมนุษย์สังกัดสังคมสมัยใหม่เฉกเช่นเราท่านทุกคน และการที่ญาณวิทยาแต่ละชนิดจะแผ่อิทธิพลมากหรือน้อยในระบบคิดของมนุษย์นั้นก็สุดแล้วเงื่อนไขว่าเรากำลังหาปลาอยู่ในท้องทะเลสภาพเช่นใดเท่านั้นเอง

เมื่อพิจารณาบทเรียนเก่าแก่ที่ศาสตร์ทางมานุษยวิทยาได้ค้นพบมาเป็นเวลาเกือบร้อยปีแล้ว เทียบเคียงกับเรื่องราวของปฏิบัติการของแพทย์จบใหม่ เรื่องราวของหมออาจทำให้เห็นว่าในบางครั้งปฏิบัติการของความรู้ที่พวกเขาใช้ในการบำบัดรักษาความเจ็บป่วย ดูจะไม่ใช่อะไรที่ปฏิบัติที่เป็นจริงแท้หนึ่งเดียวปราศจากเงื่อนไข แต่กลับกลายเป็นสิ่งที่มีความหลากหลายและผันแปรไปตามปัจจัยต่าง ๆ มากมาย กลายเป็นปฏิบัติการของความรู้ที่เกิดขึ้นในบริบทและเงื่อนไขบางชนิด (Situated Knowledge) และหาใช่เป็นสิ่งที่หยุดนิ่งและแข็งตัวหากแต่เป็นกระบวนการของความรู้ที่มีการปรับเปลี่ยนและตอบสนองต่อบริบททางสังคมที่แปรผันอยู่ตลอดเวลาไม่ต่างอะไรจากภูมิปัญญาพื้นบ้านที่มักจะถูกจัดวางไว้เป็นคู่ตรงข้ามกันเสมอมาแต่อย่างใด แพทย์ก็เป็นเช่นเดียวกับนักวิทยาศาสตร์ในสาขาอื่น ๆ ที่สามารถถูกกดดันให้ปรับเปลี่ยนปฏิบัติการของตนไปตามสถานการณ์ที่ต่างกันไป ญาณวิทยาในการแสวงหาความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยแบบวิทยาศาสตร์หรือแบบการแพทย์ชีวภาพนั้นหาได้แผ่อิทธิพลปกคลุมปฏิบัติการของแพทย์เมื่อเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยอยู่อย่างเบ็ดเสร็จ หากแต่ภายใต้บางบรรยากาศและบางเงื่อนไข มิติอื่น ๆ อีกมากที่ไม่อาจนับได้ว่าเป็นความจริงในทางวิทยาศาสตร์กลับก้าวเข้ามามีบทบาทในระบบคิดของแพทย์มากขึ้น ด้วยลักษณะเช่นนี้เองที่ทำให้นักปรัชญาวิทยาศาสตร์อย่าง Paul Feyerabend ได้กล่าวแย้งไว้ว่า “ปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์มิได้มีคุณสมบัติอันใดเป็นพิเศษที่จะสร้างอำนาจและสถาปนาความชอบธรรมให้กับการตัดสินใจใด ๆ ของตนเองเลย” (Nader 1996: 273) แต่การที่องค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพสามารถสถาปนาความเหนือกว่าของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับความรู้อื่นโดยการปิดกั้น และเบียดขับความรู้อื่นได้นั้น เกิดขึ้นผ่านการใช้กฎเกณฑ์ของตนที่อ้างว่าเป็นกฎเกณฑ์ที่เชื่อมโยงอยู่กับวิทยาศาสตร์อย่างแนบแน่น ทั้งที่สิ่งที่ปรากฏในงานชิ้นนี้นั้นกลับพบว่าแท้ที่จริงแล้วในหลาย ๆ ครั้งปฏิบัติการของแพทย์ภายใต้องค์ความรู้ชนิดนี้ก็ตัดขาดตนเองออกจากตรรกะทางวิทยาศาสตร์เสียอย่างสิ้นเชิง

การเมือง (เล็ก ๆ) เรื่องญาณวิทยาว่าด้วยชีวิตและความเจ็บไข้ได้ป่วย

“ในห้วงเวลาปัจจุบันนี้การวิพากษ์เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างแน่ชัด ด้วยเพราะบทบาทของการวิพากษ์ก็คือการค้นหว่าภายใต้สภาวะการณ์เช่นใดที่ใช้การให้ “เหตุผล” ถูกอ้างว่าเป็นความชอบธรรมในการที่จะตัดสินว่า ‘อะไรคือสิ่งที่เราสามารถรู้ได้’ ‘อะไรคือสิ่งที่เราควรจะต้องทำ’ และ ‘อะไรคือสิ่งที่เราควรจะทำคาดหวัง’ การอ้างความชอบธรรมของการให้ “เหตุผล” ได้สร้างมายาคติปกคลุมซ่อนเร้นการผูกขาดทางความคิด.....” (Michel Foucault อ้างถึงใน Gutting 1989: 2)

หากจะกล่าวให้ถึงที่สุดแล้วบทความชิ้นนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์อันใด คำตอบที่พอจะตอบได้ก็คือ บทความนี้พยายามที่จะเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการทางการเมืองเรื่องความรู้ หรือการเมืองเรื่องญาณวิทยา ในการต่อสู้ทางการเมืองเรื่องความรู้สำหรับองค์ความรู้ชายขอบนั้นยุทธวิธีที่มักนิยมใช้กัน คือ พยายามสถาปนาขอบธรรมให้กับองค์ความรู้ชายขอบหรือองค์ความรู้ที่ไม่ได้เป็นกระแสหลักให้สามารถขึ้นมาต่อกรกับความรู้กระแสหลักได้ แต่ในอีกด้านหนึ่งคือยุทธวิธีของการบ่อนทำลาย สั่นคลอนความชอบธรรมขององค์ความรู้กระแสหลักเพื่อเปิดโอกาสให้องค์ความรู้ชนิดอื่น ๆ ได้เผยเสียงของตนเองออกมาได้ แม้งานชิ้นนี้จะไม่ได้ทำหน้าที่ในการสถาปนาความชอบธรรมให้กับภูมิปัญญาพื้นบ้าน หรือองค์ความรู้พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นความรู้กระแสรองที่ถูกปิดกั้นเอาไว้โดยความรู้กระแสหลักซึ่งก็คือความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพก็ตาม แต่งานชิ้นนี้ก็มีความพยายามที่จะเสนอมุมมองอื่นในการทำความเข้าใจต่อปฏิบัติการของการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยภายใต้องค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพนอกเหนือไปจากการมองว่าเป็นปฏิบัติการที่จริงแท้ เป็นสากล โดยปราศจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรม และการเปิดมุมมองใหม่ในการมองปฏิบัติการและองค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพในฐานะที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขเฉพาะบางชนิดจะนำไปสู่ความเข้าใจใหม่ว่า แท้ที่จริงแล้วทั้งปฏิบัติการขององค์ความรู้ชนิดนี้มิได้เป็นความจริงสูงสุดหนึ่งเดียว หากแต่เป็นสิ่งที่สามารถถกเถียงได้ และด้วยการถกเถียงนี้เองจะสามารถนำไปสู่การพิจารณาจุดอ่อนของระบบการแพทย์ชนิดนี้อย่างลึกซึ้งและเปิดโอกาสให้เกิดการยอมรับระบบคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่วางอยู่บนระบบวัฒนธรรมที่หลากหลายได้มากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามบทความนี้ได้ปฏิเสธถึงการมีอยู่ของ “ความจริง” ทางสังคม หรือ “ความจริง” ของการแพทย์ชีวภาพ แต่เป็นการตั้ง “ความจริง” ที่หลุดลอยอยู่บนอวกาศให้กลับลงมาสู่สภาวะสัมพัทธ์ที่สามารถถกเถียงโต้แย้งได้ เพราะปรากฏการณ์แห่งความรุนแรงทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสังคมทุกวันนี้ ล้วนแล้วแต่มีต้นกำเนิดมาจากการเชื่อใน “ความจริง” หนึ่งเดียว และคุกคาม ละเลย กดทับ “ความจริง” ชนิดอื่น ๆ มิให้ได้มีสิทธิมีเสียงขึ้นมาได้ทั้งสิ้น และความเชื่อเช่นนี้เองที่เป็นบ่อ

เกิดของความรุนแรงที่เทียบเคียงกันในสังคม เป็นความรุนแรงของวิถีคิดที่ปฏิเสธมิติอื่นของชีวิต ผู้คนที่หลากหลายซับซ้อน และยึดมั่นเพียงแค่ “ความจริง” หนึ่งเดียวที่ตนเชื่อถือ

หากจะกล่าวอย่างถึงที่สุดวัตถุประสงค์ของบทความนี้ก็ คือ การถกเถียงกับ “ความจริง” (“realities”) ที่ถูกสถาปนาขึ้นกลายเป็นความจริง (Reality) ขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งมีใช้การปฏิเสธถึงความจำเป็นขององค์ความรู้ชนิดนี้ แต่เป็นความพยายามที่จะหาช่องทางได้ตอบ ต่อปรากฏการณ์ที่การแพทย์ชีวภาพได้ถูกยกระดับจากการเป็นสิ่งจำเป็น (Necessary) ในการทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วย ให้กลายเป็นสิ่งที่พอเพียง (Sufficient) และก้าวไปสู่การเป็นระบบ คิดที่มีความเบ็ดเสร็จ (Exclusive) ที่ถือ “ความจริง” (“realities”) ชนิดอื่นตกเวทีแห่งการเยียวยา ชีวิตผู้คนจนหมดสิ้นเท่านั้นเอง

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ .(2545). จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (บรรณาธิการ.) *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. (หน้า 41-69). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2538). แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์ ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา สังคมวิทยาการแพทย์ หน่วยที่ 1-8*. (หน้า 215-257). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธนาพล อิวสกุล และคณะ. (2547) .รู้ได้อย่างไรว่ารู้ และจะรู้ได้อย่างไรว่าไม่รู้. *ฟ้าเดียวกัน*. 2 (4) ตุลาคม-ธันวาคม ; 16-19.
- ประสาน ต่างใจ. (2547). องค์รวมกับสุขภาพะบูรณาการ. *มติชนรายวัน*. 2 ตุลาคม. ; 9.
- ลลิตา ธีระสิริ. (2532). *บันทึก(ลับ)นักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพฯ: รวมทรงศน์.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. (2543). *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิโรตม์ คำมไพบูลย์. (2548). บันทึกจากห้องผู้ป่วย. *A Day Weekly*. 1 (37) 28 มกราคม.- 3 กุมภาพันธ์. ;26-27.

ภาษาอังกฤษ

- Good, Byron J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gutting, Gary. (1989). *Michel Foucault's Archaeology of Scientific Reason*. New York: The Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Kothari, Manu and Mehta, Lopa.(1996) *Violence in Modern Medicine* In Nandy, Ashis (ed.) *Science, Hegemony and Violence: A Requiem for Modernity*. (pp. 167-210). New Delhi: Oxford University Press.

- Nader, Laura. (1996). The Three-Cornered Constellation: Magic, Science and Religion Revisited. In Nader, Laura (ed.) *Naked Science: Anthropological Inquiry into Boundaries, Power, and Knowledge*. (pp. 259-275). New York: Routledge.
- Nygren, Anja. (1999) Local Knowledge in the Environment-Development Discourse: From Dichotomies to Situated Knowledges. *Critique of Anthropology*. 19(3): 267-288.
- Shadyac, Tom. (1998). *Patch Adams*. Universal Studio.
- Shiva, Vandana.(1996) Reductionist Science as Epistemological Violence. in Nandy, Ashis (ed.) *Science, Hegemony and Violence: A Requiem for Modernity*. (pp. 232-256). New Delhi: Oxford University Press.