การก่อตัวและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์

พูนผล โควิบูลย์ชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2560

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การก่อตัวและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์

.....

นาย พูนผล โควิบูลย์ชัย

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ เสาวภา พรสิริพงษ์,

ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

อาจารย์ ณรงค์ อาจสมิติ,

Ph.D. (Southeast Asian Studies)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

รองศาสตราจารย์ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์,

Ph.D. (Demography)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....

ศาสตราจารย์ พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

อาจารย์ นันธิดา จันทรางศุ,

Ph.D. (Music)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา

สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย

มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การก่อตัวและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)
วันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2560

.....

นาย พูนผล โควิบูลย์ชัย
ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ เสาวภา พรสิริพงษ์,
ศศ.ด. (พัฒนศาสตร์)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์
และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....

รองศาสตราจารย์ สมสุข หินวิมาน,
Ph.D. (Media and Cultural Studies)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อาจารย์ ณรงค์ อาจสมิติ,
Ph.D. (Southeast Asian Studies)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์,
Ph.D. (Demography)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ พัชรีย์ เลิศฤทธิ์,
พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์,
Ph.D. (Demography)
ผู้อำนวยการ
สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย
มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณความเมตตาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ เสาวภา พรสิริพงษ์ ครูผู้ซึ่งมีความอาทรต่อศิษย์มาตลอด คอยดูแล สนับสนุน และเหน็ดเหนื่อยกับผม เพื่อให้ผมได้เรียนรู้ทางวิชาการและเติบโตทางความคิดในแบบที่ผมเป็น ครูคือครูที่ดีที่สุดของผมคนหนึ่งตลอดไปครับ รักและภูมิใจมากๆครับที่มีโอกาสได้เรียนกับอาจารย์ ผมอาจจะไม่เคยบอกอาจารย์ตรงๆ แต่ผมรู้สึกโชคดีจริงๆครับที่ได้เป็นลูกศิษย์ของครูครับ

ขอบพระคุณอาจารย์ ณรงค์ อาจสมิติ และอาจารย์ ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์ ที่ช่วยขัดเกลาทั้งงานวิจัยและทั้งผม ขอบพระคุณอาจารย์ที่ให้ความเอ็นดู ความเป็นมิตรทางวิชาการ และข้อเสนอแนะที่ทำให้ผมฉลาดขึ้น ขอบพระคุณที่ให้ความกรุณามาตลอดครับ

ขอบพระคุณอาจารย์ สมสุข หินวิมาน ที่ให้ความกรุณากับผมเรื่อยมาครับ ทั้งสละเวลามาตรวจงานให้อย่างละเอียด พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้ชัดขึ้น เหนืออื่นใดอาจารย์เป็นไอดอลนักวิชาการของผมเลยครับ เป็นเกียรติอย่างสูงครับที่อาจารย์ตอบรับเป็นประธานกรรมการสอบในครั้งนี้

บุคคลที่ขาดไม่ได้คือขอบคุณ ป๊า ม๊า ทิพย์ ขอบคุณที่ยอมเสียสละร้านคลินิกฟัน แม้ว่าจะวางแผนกันไว้แต่แรกว่าจะเราจะมีคลินิกฟันเล็กๆกัน แต่สุดท้ายไผ่ก็หักหลังมาเรียนอะไรที่ไม่ได้สร้างกำไรให้ป๊ากับม๊าและน้องสาวเลย ขอบคุณที่ยอมให้ไผ่ได้เป็นไผ่

ขอบคุณเพื่อนร่วมเรียน น้องกิฟ น้องกวาง ขอบคุณน้องๆอาจารย์ในภาควิชาที่ช่วยตรวจสอบงาน อาจารย์น้องฉิชา อาจารย์น้องทิพย์ ขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาทันตกรรมชุมชนที่สนับสนุน เข้าใจและยอมรับในงานที่ผมกำลังทำ

ขอบคุณเพื่อนๆ แจนกับหน่อง ที่ช่วยจัดเรียงเอกสาร ถอดเทปสัมภาษณ์ สุดท้ายเฮียขอบคุณ จู มิ้น ปุ๋ย นะ ที่ให้กำลังใจมาตลอด ขอบคุณที่เห็นคุณค่าของสิ่งที่เฮียทำ แล้วก็ขอโทษที่เฮียพรากเวลาอันมีค่าของเรามาให้กับงานชิ้นนี้ ขอโทษสำหรับทุกสิ่งทุกอย่าง

พูนผล โควิบูลย์ชัย

Copyright by Mahidol University

การก่อตัวและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์
THE FORMATION AND PRACTICE OF THE CODE OF DENTAL ETHICS

พูนผล โควิบูลย์ชัย 5536163 LCCS/M

ศศ.ม. (วัฒนธรรมศึกษา)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เสาวภา พรสิริพงษ์, ศศ.ด., ณรงค์ อาจสมิติ, Ph.D., ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, Ph.D.

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้แบ่งออกเป็นการศึกษาที่มาของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมและวิเคราะห์การถูกใช้งานในปัจจุบัน มีวัตุประสงค์เพื่อสร้างคำอธิบายว่าจรรยาบรรณก่อตัวขึ้นมาได้อย่างไรและถูกใช้งานเพื่อมุ่งสร้างประโยชน์ให้กับประชาชนอย่างไร เป็นการศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่การวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง ผ่านแนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์

ผลการศึกษาพบว่า การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณ เกิดขึ้นจากการเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนระบบการแพทย์ดั้งเดิมให้กลายเป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศภายใต้วาทกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้มีลักษณะทางจริยธรรมอยู่ 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) “จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ” (professional ethics) ที่มีองค์ความรู้ทางการแพทย์คอยกำกับว่าหากผู้ป่วยมีอาการอะไร จะต้องตรวจอย่างไร และมีการรักษาใดบ้างที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีสาขาวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ (bioethics) ที่ถกเถียงเรื่องที่ว่าด้วยการปฏิบัติต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต 2) “จริยธรรมในเชิงประเพณี” (traditional ethics) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อจัดระเบียบระบบการแพทย์ดั้งเดิมให้อยู่ภายใต้วาทกรรมของการแพทย์สมัยใหม่ ผ่านกระบวนการทางกฎหมายในรูปข้อบังคับต่างๆเพื่อให้การแพทย์กลายเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งที่ผ่านมาถูกสร้างขึ้นเพื่อควบคุม “หมอจอมปลอม” ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนอนุญาตแต่ลักลอบให้บริการตรวจรักษา รวมทั้งเรื่องเจ้าของสถานพยาบาลที่ปล่อยปละละเลยให้มีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนลักลอบให้บริการทางทันตกรรม

ดังนั้นการถูกใช้งานของจรรยาบรรณวิชาชีพในเชิงประเพณีจึงเป็นการมุ่งสร้างเสถียรภาพของวิชาชีพ เน้นให้ภาพลักษณ์ของวิชาชีพมีเกียรติ เชื่อถือได้ ภายใต้การควบคุมตลาดบริการทางทันตกรรมโดยองค์กรวิชาชีพ ไม่ให้เกิดการแก่งแย่งแข่งขันกันเองระหว่างทันตแพทย์ แต่ท้ายที่สุดกลับทำให้เรื่องความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับทันแพทย์ถูกมองข้ามไป

คำสำคัญ: จรรยาบรรณวิชาชีพ/ จริยธรรมทันตแพทย์/ วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่/ ภาพลักษณ์วิชาชีพ/ อำนาจทางการแพทย์

Copyright by Mahidol University

134 หน้า

THE FORMATION AND PRACTICE OF THE CODE OF DENTAL ETHICS

POONPON KHOWIBOONCHAI 5536163 LCCS/M

M.A. (CULTURAL STUDIES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SAOWAPA PORNSIRIPONGSE, Ph.D.,
NARONG ARDSMITI, Ph.D., KWANCHIT SASIWONGSAROJ, Ph.D.

ABSTRACT

This research studied the construction of the Code of Ethics of the Dental Profession and analysed the current practice, which aimed to shape the definition of how it has been developed and utilised for the benefit of the citizens. The research adopted qualitative method, which included documentary research and in-depth interview of key informants using the approach of Discourse Analysis by Michel Foucault.

The result suggests that the formation of the Code of Ethics was due to the introduction of modern medicine had to transformed the folk medicine into the part of professional medical system for the whole country, which was subjected to the Discourse of medical science. The transforming of traditional medicine led to two characteristics of ethics: 1) “Professional ethics” concerns medical knowledge guiding medical professionals in terms of symptoms, diagnosis, and medication. Bioethics has also been included, which discusses practices on human and other living things. 2) “Traditional ethics” intends to organise folk medicine, which is based on the modern medical discourse in forms of regulations through legislative procedures to meet the purpose of professional medical collectivisation. In the past, it was focused on controlling "quack doctor" who performed medical procedures without being registered to obtain practitioner licence. Nonetheless, this depends on the nonfeasance of hospital owner allowing unregistered person to perform dental services.

The practice of traditional ethics of ethical code aims to achieve professional stability, emphasising the identity of profession to be honourable and reliable, reducing competitiveness among dentists under the control of dental service market from professional institution while overlooking the unequal relationship between patients and dentists.

KEY WORDS: ETHICAL CODE/ DENTAL ETHICS/ MODERN MEDICAL DISCOURSE/ IDENTITY OF PROFESSION/ MEDICAL AUTONOMY

Copyright by Mahidol University

134 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	**ค**
บทคัดย่อภาษาไทย	**ง**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	**จ**
สารบัญตาราง	**ฌ**
บทที่ 1 บทนำ	**1**
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามหลักในการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	5
1.4 ขอบเขตงานวิจัย	5
1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ	6
1.6 นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	**8**
2.1 จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์และข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม	8
2.2 การศึกษาจริยศาสตร์ชีวภาพและจริยศาสตร์สมัยใหม่	13
2.3 แนวคิดเรื่องจริยธรรมในฐานะที่เป็นวาทกรรม (Ethics as Discourse) และแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม (Discourse analysis) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
2.4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)	22
2.4.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อบังคับจรรยาบรรณในวงการแพทย์	23
2.5 กรอบแนวคิดในงานวิจัย	26
2.5.1 การก่อตัวขึ้นมาจนกลายเป็นวาทกรรม	27
2.5.2 วิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม	27

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 3 วิธีวิทยาของงานวิจัย **28**
3.1 วิธีการวิจัย 28
3.1.1 การวิจัยเอกสาร 28
3.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก 29
3.2 การก็บรวบรวมข้อมูล 29
3.2.1 ข้อมูลเอกสาร 29
3.2.2 ข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึก 30
3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล 30
3.3.1 แนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล 30
3.3.2 ขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูล 31
3.5 จริยธรรมในการวิจัย 32
บทที่ 4 ประวัติศาสตร์ของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม **33**
4.1 จุดกำเนิดของสภาวิชาชีพและการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ 33
4.2 การบังคับใช้มรรยาทวิชาชีพกับการขีดเส้นแบ่งการแพทย์ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์ 41
4.3 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม 52
บทที่ 5 จรรยาบรรณวิชาชีพกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบพ่อปกครองลูก **57**
5.1 ขอบเขตอำนาจของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม 57
5.2 รูปแบบของการร้องเรียนจรรยาบรรณ และสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ 60
5.2.1 ร้องเรียนจรรยาบรรณเรื่องมาตรฐานการตรวจรักษาทางทันตกรรมตามหลักวิชาการแพทย์ 63
5.2.2 ร้องเรียนจรรยาบรรณเรื่องมารยาทในการให้บริการ 65
5.2.3 ร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพใน หมวดที่ 2 ข้อที่ 10 65
5.2.4 ร้องเรียนเรื่องการโฆษณาชักชวน และการโฆษณาเกินกว่าหลักวิชาการแพทย์ 66
5.2.5 ร้องเรียนเรื่องการนำคุณวุฒิทันตแพทย์ไปใช้อวดอ้างประกอบการโฆษณาสินค้าหรือรับรองบริการ 67
5.2.6 ร้องเรียนเรื่องทันตแพทย์ประพฤติผิดทางกฎหมาย หรือมีความผิดตามกฎหมายอันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียถึงวิชาชีพ 68

Copyright by Mahidol University

สารบัญ (ต่อ)

5.3 จรรยาบรรณกับภาพลักษณ์ของทันตแพทย์: การถมช่องห่างความรู้ทางการแพทย์ด้วยความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ 71

บทที่ 6 สรุปและอภิปรายผล **76**

6.1 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทางศีลธรรมทั้งหมด 78

6.2 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เพื่อขยายอำนาจของการแพทย์ให้เข้ามาในพื้นที่ทางวัฒนธรรม 79

6.3 จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นส่วนเสริม (supplement) หนึ่งที่สำคัญมากในการสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นมาเป็นการแพทย์ระบบหลักในสังคม 80

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย **84**

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ **107**

บรรณานุกรม **129**

ประวัติผู้วิจัย **134**

Copyright by Mahidol University

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
5.1	สถิติการฟ้องร้องจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม ในปี พ.ศ. 2539-2559 จำแนกออกตามเพศ อายุ และตามหัตถการ (แสดงเป็นจำนวนคดี)	61
5.2	สถิติการฟ้องร้องจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม ในปี พ.ศ. 2539-2559 จำแนกออกตามข้อกฎหมาย (แสดงจำนวนเป็นร้อยละจากคดีทั้งหมด 258 คดี)	62

Copyright by Mahidol University

บทที่ 1
บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อผู้ป่วยต้องเลือกรับการตรวจรักษาทางทันตกรรม แน่นอนว่าหากเลือกได้ ระหว่างรักษากับ “หมอฟันที่ไร้จรรยาบรรณ” กับ “หมอฟันที่มีจรรยาบรรณ” ผู้ป่วยต้องเลือกรับการตรวจรักษากับหมอฟันที่มีจรรยาบรรณ เนื่องจาก “หมอไร้จรรยาบรรณ” ฟังดูน่าหวาดกลัวมากกว่าที่จะน่าไว้วางใจในการทำการตรวจรักษา ในแง่นี้ คำว่า “ไร้จรรยาบรรณ” จึงกลายเป็นตราบาป เป็นมลทิน เป็นสิ่งที่ทันตแพทย์เองก็หลีกเลี่ยงไม่ให้ตนเองต้องแปดเปื้อนกับคำนี้ “จรรยาบรรณ” คืออะไร สำคัญแค่ไหน ทำไมทันตแพทย์ต้องมีจรรยาบรรณ

วงการทันตแพทย์มีความพยายามอย่างยิ่งในการควบคุมทันตแพทย์และผลิตทันตแพทย์จบใหม่ให้เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ความสามารถ แตกฉานในวิชาชีพทันตแพทย์ควบคู่ไปกับการมีคุณธรรม มีความประพฤติที่ดีงาม มีจิตสำนึกที่ถูกต้องในจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งจะช่วยให้สังคมไทยได้มีทันตแพทย์ที่สมบูรณ์ทั้งด้านความรู้ ความคิด และความดีงาม (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532) ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์จึงได้ถูกร่างขึ้นในปี พ.ศ.2538 และมีผลบังคับใช้จนถึงปัจจุบัน โดยมุ่งบรรลุเป้าหมายของการประกอบวิชาชีพได้แก่ เพื่อบริการสังคมในด้านทันตกรรมและเป็นหลักประกันความเป็นธรรมให้สังคมอุ่นใจยิ่งขึ้น โดยมุ่งประกอบวิชาชีพเพื่อรับใช้สังคมเป็นที่ตั้ง (พิศาล เทพสิทธา, 2535) อย่างไรก็ตามการแก้ปัญหาฟ้องร้องเกี่ยวกับข้อบังคับจรรยาบรรณก็ยังคงเป็นปัญหามาโดยตลอด ที่ผ่านมาปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ส่วนมากถูกมองว่าเป็นเรื่องของสำนึกในผิดชอบชั่วดีของปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการไม่ได้มาตรฐาน ปัญหาเรื่องความละโมบต้องการทำกำไรของทันตแพทย์ รวมไปถึงเป็นเรื่องของปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์ (Botklon, 2004) สังเกตได้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์จะไม่ไปไหนเลย หากกรอบในการศึกษายังวนเวียนอยู่กับสำนึกผิดชอบชั่วดีของปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านมากที่จะทำให้ปัจเจกบุคคลดำรงอยู่ในครรลองของจริยธรรม ทำให้ไม่สามารถเข้าไปควบคุมหรือปลูกจิตสำนึกที่ดีให้กับทันตแพทย์ได้ทั้งหมด

Copyright by Mahidol University

ในขณะที่การศึกษาจริยศาสตร์ในวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ยอมรับกันโดยวงกว้างว่าไม่ควรมีกฎหรือข้อตกลงสากลใดที่จะนำมาใช้ตัดสินความผิดถูกในเชิงจริยธรรม เนื่องด้วยการสร้างบรรทัดฐานในการตัดสินใจทางจริยศาสตร์โดยพยายามอิงทฤษฎีทางศีลธรรมเต็มไปด้วยความยุ่งยาก เพราะมีจุดเริ่มต้นทางทฤษฎีที่หลากหลาย (plurality of positions) และไม่มีทฤษฎีทางศีลธรรมใดที่มีความชอบธรรมมากพอที่จะแก้ปัญหาทางจริยธรรมได้ทั้งหมด ทำให้การอิงทฤษฎีทางศีลธรรมมาถกเถียงปัญหาทางจริยศาสตร์จึงเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายในจริยธรรม (ethical ambivalence) ตั้งแต่ที่มาของทฤษฎีตลอดจนการใช้งานจริงในทางปฏิบัติ และด้วยเหตุที่ “ไม่มีข้อตกลงสากลที่มาจากทฤษฎีทางศีลธรรมให้ใช้ตัดสินได้อย่างสากล” (there is no universally agreed upon background moral theory) การพยายามตัดสินใจทางจริยศาสตร์ชีวภาพร่วมสมัยจึงไม่ได้ตั้งอยู่ที่ทฤษฎีทางศีลธรรม (moral theory) อีกต่อไป หากแต่พุ่งเป้าไปที่วิธีการ (useful method) ที่หาทางออกให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มากกว่าจะหาว่าใครถูกหรือใครผิดอย่างถึงที่สุด (Smith Iltis, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาจริยศาสตร์ของ ซิกมุน เบาแมน (Zygmun Bauman) เสนอว่าไม่ควรใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณ (ethical codes) เป็นหลักตายตัวในการตัดสินเชิงจริยธรรม เนื่องเพราะข้อบังคับจรรยาบรรณที่มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายเป็นเพียงกิจกรรมที่เร่งเร้าหาคำตอบทางจริยธรรม (ethical urge) ที่โยนความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ทิ้งไป (depersonalization) เพื่อหาระบบจริยธรรมที่เป็นศีลธรรมสากล (universalize morality) อันเป็นต้นแบบให้โลกใบนี้ปราศจากคราบเปื้อนที่เกิดจากความสับสนอลหม่านทางศีลธรรม แต่โลกแห่งศีลธรรมเช่นนี้เป็นได้แค่เพียงการควานหาทางออกจากที่มืดอย่างร้อนรนมากกว่าที่จะเรียกว่าระบบจริยธรรม เพราะว่าข้อบังคับจรรยาบรรณที่ถูกร่างเป็นกฎขึ้นมาเพียงเพื่อออกคำสั่งในทางปฏิบัติว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ทำได้แค่เพียงช่วยให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าตนได้บรรลุความตั้งใจทางศีลธรรมแล้ว (achieving a sense of moral certitude) ซึ่งนั่นเป็นเพียงแค่การสำเร็จความใคร่ทางศีลธรรมมากกว่าที่จะเป็นเรื่องของการประพฤติตนให้มีอยู่ในครรลองของจริยธรรม (Bauman, cited in Elliott, 2009)

วงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์และแนวคิดเรื่องจริยศาสตร์สมัยใหม่อย่างแนวคิดของซิกมุน เบาแมน (Zygmun Bauman) แตกต่างจากการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพแห่งทันตแพทย์โดยสิ้นเชิง ด้วยการศึกษาจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ได้ถูกศึกษาแบบถอยตัวออกห่างจากทฤษฎีทางศีลธรรม (move away from theory) และถูกทำให้คลายตัวหลักการลงเพื่อเปิดพื้นที่ให้บรรทัดฐานอื่นๆเข้ามาปะทะต่อรอง แต่ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์กลับถูกทำให้เป็นในสิ่งตรงกันข้าม คือถูกทำให้เป็นข้อบังคับที่กำหนดด้วยกฎหมาย (formalized codes) ถูกทำให้เป็นกฎศีลธรรมที่แข็งทื่อตายตัวและด่วนสรุป (hard and fast moral rules) ยกตัวอย่างเช่น กรณีที่ทันตแพทย์บางท่านถูกทันตแพทยสภาระงับใบประกอบวิชาชีพโรคศิลป์ เนื่องจากละเมิดข้อบังคับ

Copyright by Mahidol University

จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์หมวดควบคุมการโฆษณาชวนเชิญ โดยพบหลักฐานว่าได้ทำการโฆษณาเชิญชวนผู้ป่วยมาใช้บริการคลินิกของตน และอวดอ้างว่าคลินิกตนมาตรฐานดีกว่าคลินิกทั่วไป ทันตแพทยสภาจึงได้พักใช้ใบอนุญาตการประกอบวิชาชีพชั่วคราว ซึ่งปัญหาจริยธรรมในลักษณะนี้ ในทางจริยศาสตร์มันมีความน่าสนใจมากกว่าแค่เรื่องของทันตแพทย์ที่ละโมบต้องการทำกำไรจากการเปิดคลินิกทันตกรรม ประเด็นที่ใหญ่กว่านี้มันเป็นเรื่องของความเป็นธุรกิจกับความเป็นการแพทย์ของคลินิกทันตกรรมเอกชนว่าหลักการสองอย่างนี้จะสามารถไปด้วยกันได้ไหม ไปจนถึงทำให้กลายเป็นปัญหาถกเถียงกันต่อไปว่าองค์กรทันตแพทย์ในประเทศนี้จะใช้ทิศทางไหนในการจัดการกับเรื่องค่ารักษาทางทันตกรรมที่ประชาชนต้องจ่ายให้กับการรักษาทางทันตกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับนโยบายว่าจะกำหนดทิศทางระบบดูแลสุขภาพประชาชนให้เป็นระบบบริการสวัสดิการนิยม (welfarism) หรือจะปล่อยให้สุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลตามแนวคิดของเสรีนิยมใหม่ (neo-liberalism) (ชิกาฮารุ ทานาเบ, 2551, น. 66-67) ดังนั้นเรื่องเหล่านี้จะดูมีคุณค่าทางจริยศาสตร์ขึ้นมามากกว่าเดิมหากมองเป็นประเด็นเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรในการตรวจรักษาทางทันตกรรมให้กับสิทธิในการมีชีวิตตามธรรมชาติมนุษย์ (Thompson, 2010, p. 238) มากกว่าจะเป็นแค่เรื่องของความละโมบต้องการทำกำไรของทันตแพทย์บางคน

คำว่า “หมอที่ไร้จรรยาบรรณ” ในภาพแรกที่ได้ยินเสมือนเป็นตราบาปใหญ่หลวงจึงกลายเป็นมลทินที่ดูเบาบางลงมา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีการมองปัญหาทางจริยธรรมของวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ เนื่องจากคุณค่าในเชิงจริยธรรมของข้อบังคับจรรยาบรรณเองไม่ได้เปิดพื้นที่ให้กับชุดศีลธรรมอื่นๆหรือประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆเข้ามาปะทะต่อรอง ทำเพียงเป็นกฎคำสั่งตายตัว ทำให้กิจกรรมทางจริยธรรมมีลักษณะเดียวและคิดได้แบบเดียว จริยธรรมในลักษณะนี้ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้ให้ความเห็นว่าที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากกิจกรรมทางจริยธรรมเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคมและไม่ได้ถูกสร้างขึ้นมาจากชุดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมภายนอก แต่ถูกร่างจากภาคปฏิบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (actual practice) เป็นการสร้างรูปแบบเฉพาะตัวขึ้นมาจากความสัมพันธ์ต่างๆในสังคม (Barker, 2012, p. 303) ทำให้ไม่จำเป็นต้องเปิดให้ชุดคุณค่าทางศีลธรรมอื่นๆเข้ามาปะทะต่อรองเนื่องจากชุดคุณค่าเหล่านี้คือผลลัพธ์ที่วาดขึ้นจากความสัมพันธ์ทั้งหมดที่ผ่านการปะทะต่อรองกันมาแล้ว ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของแมคเฟอสัน มายอล (Macpherson Mayol) โรเก้ ซานเชซ (Roque Sanchez) กอนซาลโว ซิแรค (Gonzalvo-Cirac) และเอดูอาร์ด เด ริบอท (Eduard De Ribot) (2013) ที่พบว่าการควบคุมความประพฤติของทันตแพทย์ในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม ซึ่งอิงอยู่กับจารีตประเพณีของแต่ละประเทศทั้งในแง่ของจริยธรรมรวมไปถึงกฎหมาย (ethical & legislative tradition) โดยท้ายที่สุดข้อบังคับวิชาชีพทันตแพทย์ในแต่ละประเทศถูกเขียน

Copyright© by Mahidol University

ขึ้นโดยอิงกับการแก้ปัญหาทางทันตกรรมที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติของแต่ละประเทศที่พบเจอ (Macpherson Mayol, Roqué Sánchez, Gonzalvo-Cirac, & de Ribot, 2013)

ดังนั้นจริยธรรมที่ถูกเขียนขึ้นมาเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้กลายเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณ เป็นกระบวนการที่ทำให้กิจกรรมทางจริยธรรมกลายเป็นกฎเกณฑ์ที่แข็งทื่อและตายตัว เป็นระบบจริยธรรมที่มีลักษณะเดียวและคิดได้แบบเดียว ไม่เปิดพื้นที่ให้ชุดคุณค่าทางศีลธรรมอื่นๆ หรือประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆเข้ามาปะทะต่อรองทางความคิดและทำให้คิดถึงประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆที่มีคุณค่าได้ จึงทำให้เกิดคำถามขึ้นว่า สังคมที่พยายามฝึกให้ผู้คนมีกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practice) ให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน คิดแบบเดียวกัน แท้จริงแล้วกิจกรรมทางจริยธรรมในลักษณะนี้กำลังถูกใช้ทำอะไรในสังคมกันแน่ เพราะถ้าผลลัพธ์ของการศึกษาของวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์และแนวคิดทางจริยศาสตร์สมัยใหม่คือการเสนอแนะว่าให้คลายตัวหลักการที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมที่แข็งทื่อลง เพื่อเปิดให้มีการปะทะต่อรองของชุดคุณค่าอื่นๆ การศึกษาเรื่องของกฎที่ออกคำสั่งอย่างตายตัว จึงไม่น่าเป็นเรื่องของการศึกษาทางจริยศาสตร์หากแต่เป็นการศึกษาเรื่องอุดมการณ์ วาทกรรมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

งานวิจัยชิ้นนี้ จึงเพิ่มมิติของการศึกษาปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ว่านอกจากเรื่องสำนึกผิดชอบชั่วดีของทันตแพทย์แล้ว ข้อบังคับจรรยาบรรณหรือสิ่งที่นำมาวัดคุณค่าความดีงามของทันตแพทย์ มีที่มาที่ไปอย่างไร ทำไมถึงกลายมาเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณได้ ถูกร่างขึ้นมาเพื่อที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์อะไร ตลอดจนปัจจุบันถูกใช้งานอย่างไร โดยการวิเคราะห์นั้นจะทำผ่านแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม (discourse analysis) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เพื่อศึกษาว่า แท้จริงแล้วข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ถูกร่างขึ้นมาเป็นไปเพื่อบริการแก่สังคม เป็นหลักประกันความเป็นธรรมในสังคม ตลอดจนถูกใช้เพื่อมุ่งประโยชน์แก่ประชาชนหรือไม่ อย่างไร

1.2 คำถามในการวิจัย

ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทยมีที่มาอย่างไร ถูกร่างขึ้นมาเพื่อที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์อะไร ตลอดจนปัจจุบันถูกใช้งานอย่างไร เป็นไปเพื่อบริการแก่สังคมและมุ่งผลประโยชน์ไปที่ประชาชนเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร

Copyright by Mahidol University

1.3 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. สร้างคำอธิบายเกี่ยวกับความเป็นมาที่ทำให้เกิดการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย ตามแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

2. อธิบายบริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในปัจจุบัน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย ภายใต้การบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์บริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมตามแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

1.4 ขอบเขตงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้มุ่งสร้างคำอธิบายกระบวนการทำงานของระบบจริยธรรม และข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม หน่วยที่ใช้ศึกษาคือ ตั้งแต่เริ่มมีการให้อำนาจในการร่างมรรยาทหรือจรรยาบรรณเพื่อควบคุมทันตแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2466 จนถึงข้อบังคับว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 ฉบับปัจจุบัน โดยศึกษาตั้งแต่ กระบวนการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณจวบจนการบังคับใช้จนเกิดเป็นระบบจริยธรรม

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ถูกตั้งคำถามได้ เป็นการเปิดระบบจากภายในตัวจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์เอง เพื่อปลดปล่อยให้เกิดการผลิตการไหลเวียนของ “แนวปฏิบัติที่ควรต้องทำ” (Ought to do) ให้หลากหลาย เปิดการรับรู้เรื่องระบบจริยธรรมในรูปแบบที่แตกต่างออกไป ให้แนวปฏิบัติที่ควรต้องทำชุดอื่นๆได้ก่อร่างขึ้นมามีโอกาสปะทะต่อรอง

2. ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เพื่อหาแนวทางพัฒนาข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมให้รองรับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทั้งทันตแพทย์ ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องในมิติอื่นๆ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมในอนาคต

Copyright by Mahidol University

3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาชุดความรู้ที่ใช้ทำความเข้าใจจริยธรรมและหน้าที่รับผิดชอบของทันตแพทย์ที่ควรมีต่อสังคม

1.6 นิยามศัพท์

1) จริยธรรม หมายถึง ข้อแนะนำความประพฤติที่เหมาะสม อาจจะเป็นหลักการทางศีลธรรมหรือคุณธรรมบางประเภทใช้เพื่อสร้างให้เกิดวิถีปฏิบัติและคุณลักษณะที่ดีงาม เหมาะสม เป็นเรื่องของการแนะนำให้ปฏิบัติ (practical advice) ว่าคนๆหนึ่งจะต้องให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนต่อผู้อื่นอย่างไรในชีวิตประจำวัน

2) หลักศีลธรรม หมายถึงกฎเกณฑ์ในลักษณะการกำหนดหรือสั่งหยุด (injunction & interdiction) เมื่อเกิดประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่ต้องมีการตัดสินใจว่าควรจะหาทางออกจากปัญหานั้นอย่างไร เป็นกฎเกณฑ์ที่กำหนดว่าอะไรคือสิ่งที่ควรต้องกระทำ อะไรคือผลลัพธ์ที่แต่ละฝ่ายในปัญหานั้นสมควรได้รับ

3) ระบบจริยธรรม หมายถึง ระบบจริยธรรมทันตแพทย์ในประเทศไทย เป็นระบบทางสังคมที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อควบคุมความประพฤติ โดยให้เหตุผลว่าเพื่อให้อยู่ในวิถีปฏิบัติและคุณลักษณะที่ดีงาม เหมาะสม

4) จรรยาบรรณวิชาชีพ หมายถึง จรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมของประเทศไทย มีข้อกำหนดทางจริยธรรมที่ร่างขึ้นมาเป็นลายลักษณ์อักษร โดยมีองค์กรร่างขึ้นมาเพื่อกำหนดขอบเขตทางด้านศีลธรรมให้กับสมาชิก

5) ผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นที่ 1 หมายถึง ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะชั้น 1 มีขอบเขตอนุญาตให้ทำการตรวจรักษาตามที่สภาวิชาชีพกำหนด โดยสำเร็จหลักสูตรได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรทางการแพทย์จากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพ หรือสถาบันต่างประเทศที่สภาวิชาชีพให้การรับรองในปริญญา แม้ว่าการกำหนดความหมายเรื่องผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นที่ 1 จะแตกต่างกันไปตามยุคสมัยแต่ในภาพรวมยึดตามใบปริญญาที่ได้รับรองการรับรองขากสภาวิชาชีพเป็นสำคัญ

6) ผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นที่ 2 หมายถึง ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะชั้น 2 มีขอบเขตอนุญาตให้ทำการตรวจรักษาตามที่สภาวิชาชีพกำหนด โดยผ่านการอบรมศึกษาจากโรงพยาบาลหรือสถาบันศึกษาภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นที่ 1 เช่น ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นที่ 2 สาขาทันตกรรม ตามกฎกระทรวงในปี พ.ศ.2480 จะได้รับอนุญาตให้ทำได้เฉพาะการช่างฟันได้แก่ การอุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟัน ภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นที่ 1 สาขาทันตกรรม

7) จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ (professional ethics) หมายถึงระบบจริยธรรมของวิชาชีพทันตแพทย์ในลักษณะที่เป็นสากล เป็นแนวทางในการตรวจรักษาและประพฤติตนที่ได้จากงานวิจัยวิทายาศาสตร์ทางการแพทย์ (evidenced base medicine) และแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะ

Copyright by Mahidol University

บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้จากงานวิจัยในสาขาวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ (bioethics and biomedical ethics)

8) จริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) หมายถึง ระบบจริยธรรมที่ใช้แก้ปัญหาที่สังคมนั้นๆระบุว่าเป็นปัญหาทางจริยธรรม โดยทั้งปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นอิงอยู่กับจารีตประเพณีของแต่ละสังคม ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม

Copyright by Mahidol University

บทที่ 2
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์และข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม

เมื่อกล่าวถึงเรื่องการศึกษาจริยธรรมหรือศีลธรรม ผู้คนมักจะนึกถึงงานด้านปรัชญาที่แสวงหาคำตอบว่า “อะไรคือสิ่งที่ดี” “อะไรคือคุณงามความดีที่ควรปฏิบัติ” “อะไรคือชีวิตและสังคมที่พึงปรารถนา” และ “ทำไมถึงต้องทำสิ่งนั้น” (What should we do? and Why should we do it?) (American College of dentists, 2012, p. 3) งานวิจัยชิ้นนี้ก็เริ่มด้วยคำถามในทำนองนี้เช่นเดียวกันว่า “อะไรคือจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์” ในเอกสารเรื่อง “กฎหมายและจริยธรรมของทันตแพทย์” (พิศาล เทพสิทธา, 2535) ได้กล่าวถึงจริยธรรมว่าคือการประกอบกันของคำว่า “คุณธรรม” กับคำว่า “จรรยาบรรณ” กล่าวคือคุณธรรมคือสภาพคุณงามความดีที่ใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต ที่ไม่มีผู้ใดกำหนดขึ้นหรือตั้งขึ้น ความจริงความถูกต้องเป็นผู้ตั้งขึ้น เมื่อผู้ใดทำผิดคุณธรรมก็ดีหรือประพฤติชอบด้วยคุณธรรมก็ดี จะไม่มีผู้ใดลงโทษหรือให้บำเหน็จแก่ผู้นั้น ผลแห่งกรรมของผู้กระทำนั้นเองเป็นผู้ลงโทษหรือให้บำเหน็จ ส่วนจรรยาบรรณนั้นเป็นข้อบังคับความประพฤติที่กำหนดขึ้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ กำหนดขึ้นเพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณและฐานะของสมาชิกผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งจะเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่เป็นลายลักษณ์อักษรก็ได้ เมื่อผู้ใดทำผิดย่อมมีผู้ลงโทษ คือคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะเป็นผู้ลงโทษ โดยการพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด และเมื่อนำคำทั้งสองนี้มาประกอบกันจะได้คำว่า จริยธรรมที่มีความสำคัญคือทำให้เกิดการยอมรับ เชื่อถือและศรัทธาจากประชาชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ต้องควบคู่ไปกับความรู้ด้านวิชาการและวิชาชีพทันตแพทย์อย่างต่อเนื่องและตลอดไป (พิศาล เทพสิทธา, 2535) ในขณะที่เอกสารประกอบการการเรียนรายวิชา “กฎหมายและทันตนิติเวช” (Jurisprudence and Forensic Dentistry) ประกอบการเรียนการสอนของนักศึกษาทันตแพทย์ กล่าวถึงจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ว่า เป็นความประพฤติในการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างจากผู้ไม่มีวิชาชีพ โดยมุ่งประกอบวิชาชีพเพื่อรับใช้สังคมเป็นที่ตั้ง จึงต้องมีทั้งจิตใจและการแสดงในความประพฤติในการประกอบวิชาชีพต่างกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ โดยต้องประกอบวิชาชีพตามมาตรฐานวิชาชีพทันตก

Copyright by Mahidol University

รรมและยังต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามที่กำหนดไว้ด้วย (พิศาล เทพสิทธา, 2558)

ดังนั้นจะเห็นภาพโดยรวมของจริยธรรมทันตแพทย์ว่า เป็นหลักประพฤติปฏิบัติที่ในด้านหนึ่งมีการอ้างถึง “คุณธรรม” ซึ่งคอยกำกับว่าจริยธรรมเป็นเรื่องของความประพฤติดีที่ความจริง ความถูกต้องเป็นผู้กำหนดขึ้นมา และอีกด้านหนึ่งเป็นเรื่องของ “จรรยาบรรณ” โดยที่จรรยาบรรณเป็นข้อบังคับลายลักษณ์อักษรที่กำหนดว่าต้องทำอะไรและห้ามละเมิดอะไร ซึ่งทั้งคุณธรรมและจรรยาบรรณคอยกำกับทั้งแนวคิดและวิธีการปฏิบัติควบคู่กันไปทั้งสองอย่าง ประกอบกันขึ้นมาเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ วัตถุประสงค์ก็เพื่อให้วิชาชีพทันตแพทย์ได้เป็นวิชาชีพที่มุ่งรับใช้สังคมเป็นที่ตั้ง และเพื่อธำรงความเป็นธรรมให้กับผู้ป่วย

ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมคือมาตรฐานความประพฤติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม มีทันตแพทย์สภาเป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการเป็นตัวแทนวิชาชีพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 23(4)(ฎ) และความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา 27 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ให้เป็นผู้ออกข้อบังคับว่าด้วย “จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม” ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ที่สมาชิกทันตแพทย์ต้องถือปฏิบัติ อันเป็นอำนาจบังคับ ไม่ใช่เรื่องการเลือกที่จะถือปฏิบัติตามใจของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม มีทั้งหมด 41 ข้อ แบ่งได้เป็น 6 หมวด โดยข้อ 1 ในบังคับนี้ กล่าวถึง “จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม” ว่าเป็นมาตรฐานความประพฤติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม เพื่อรักษาไว้ซึ่งศักดิ์ศรี และส่งเสริมชื่อเสียง เกียรติคุณ เกียรติฐานะ ของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งเป็นสมาชิกของทันตแพทยสภา ดังนั้นเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมผู้ใดฝ่าฝืนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม จะได้รับโทษทางวิชาชีพหรือโทษทางจรรยาบรรณ ตามมติคณะกรรมการทันตแพทยสภา ในแต่ละกรณี อย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ 1)ว่ากล่าวตักเตือน 2) ภาคทัณฑ์ 3) พักใบอนุญาต มีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกิน 2 ปี 4) เพิกถอนใบอนุญาต ส่วนข้อบังคับ 2-41 ในหมวดอื่นๆ เนื้อหาโดยสังเขปมีดังนี้

หมวดที่1 (ข้อ2-4**) ความประพฤติทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม** ต้องรักษาเกียรติศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ

หมวดที่ 2 (ข้อ5-21) **การประกอบวิชาชีพทันตกรรม** ต้องรักษาผู้ป่วยทุกคน ไม่ปฏิเสธผู้ป่วยไม่ว่าจะชาติไหน ชนชั้นใดไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติโดยคำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย ห้ามช่วยเหลือผู้มิได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยให้เข้าใจหลงผิดหรือชักจูง/ชักชวนในการรับบริการทันตกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน ต้องไม่ให้หรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนจากการรับหรือส่งต่อผู้ป่วยต้อง ไม่ออกใบรับรองอันเป็นเท็จโดยตั้งใจ

Copyright by Mahidol University

หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องเกี่ยวกับวิชาชีพ ต้องไม่จงใจหน่วงเหนี่ยวทำให้เกิดความล่าช้าในการบริการทางทันตกรรมเพื่อผลประโยชน์ของตน ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาระสำคัญของการบริการทางทันตกรรม ค่าบริการว่าแต่ละรายการเป็นจำนวนเงินเท่าใด รวมทั้งสิ้นเท่าใด เมื่อได้รับการร้องขอ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการรักษาต้องนึกถึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยยึดถือระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมอื่นที่ดีกว่าและปลอดภัยกว่า

หมวดที่ 3 (ข้อ22-30) **การโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม**

ข้อ 22-24 ต้องไม่โฆษณา ใช้ จ้าง หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทั้งของตนและของผู้อื่น แต่อาจกระทำได้ในกรณีอื่น เช่น แสดงผลงานทางวิชาการ แสดงผลงานในหน้าที่หรือบำเพ็ญประโยชน์สาธารณะ แสดงผลงานเพื่อการศึกษาของมวลชน หรือเป็นการประกาศเกียรติคุณโดยสถาบันวิชาการ สมาคม มูลนิธิ

ข้อ 25 แสดงข้อความเกี่ยวกับวิชาชีพของตนที่สำนักงานได้เพียง 1) ชื่อ-นามสกุล ทันตแพทย์/ทันตแพทย์หญิง อภิไธย ตำแหน่งทางวิชาการ ฐานันดรศักดิ์ และบรรดาศักดิ์ เท่านั้น 2) ชื่อปริญญา ประกาศนียบัตร วุฒิบัตรหรืออนุมัติบัตร หรือคุณวุฒิอย่างอื่น ซึ่งได้รับมาโดยถูกต้องตามกฎเกณฑ์ของทันตแพทยสภา หรือสถาบันที่ทันตแพทยสภารับรอง 3) สาขาของวิชาชีพทันตกรรม 4) เวลาทำการ

ข้อ 26 แจ้งความการประกอบวิชาชีพได้เฉพาะการแสดงที่อยู่ ที่ตั้งสำนักงาน หมายเลขโทรศัพท์ และหรือตามข้อความตามข้อ 25 เท่านั้น

ข้อ 27-28 การเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการหรือตอบปัญหาทางวิชาชีพ ต้องไม่แจ้งสถานที่ประกอบวิชาชีพส่วนตน มิให้เป็นไปในทำนองโฆษณาคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถของตนหรือของผู้อื่น

ข้อ 29-30 ต้องไม่เอาชื่อตนไปโฆษณาผลิตภัณฑ์ทางทันตกรรมต่อประชาชนทางสื่อต่างๆ ต้องไม่ให้การรับรองผลิตภัณฑ์ทางทันตกรรม อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ หรือไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้รองรับ

หมวดที่ 4 (ข้อ31-35) **การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ** ต้องยกย่องให้เกียรติ และเคารพในศักดิ์ศรีกันและกัน ไม่ทับถม ให้ร้าย กลั่นแกล้งกัน ไม่ประณามหรือดูหมิ่นกันทั้งต่อหน้าและลับหลังหรือต่อหน้าผู้ป่วย เกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพทันตกรรมไม่ชักชวนผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่เอาผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตนไม่เอาเอกสาร หลักฐาน และอุปกรณ์อื่นๆที่ใช้ในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้อื่นมาเป็นของตน

Copyright by Mahidol University

หมวดที่ 5 (ข้อ36-38) **การปฏิบัติต่อผู้ร่วมงาน** พึงยกย่องให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรี ไม่ทับถมให้ร้ายหรือกล่าวแกล้งผู้ร่วมงาน ส่งเสริมและสนับสนุนการประกอบวิชาชีพของผู้ร่วมงาน

หมวดที่ 6 (ข้อ39-41) **การทดลองในมนุษย์** ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลอง จากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการทดลองนั้นและต้องปฏิบัติต่อผู้ทดลองเช่นเดียวกันกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยใน*หมวด 2* โดยอนุโลมต้องรับผิดชอบต่ออันตรายหรือผลเสียหายเนื่องจากการทดลองที่บังเกิดต่อผู้ถูกทดลอง อันมิใช่ความผิดของผู้ถูกทดลองเอง

ในขณะที่ประเทศไทยมีจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ ซึ่งก็คือข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์ที่ทำงานควบคู่กับแนวคิดเรื่องคุณธรรม โดยมีข้อบังคับจรรยาบรรณอยู่ 6 หมวด ตามที่กล่าวมาข้างต้น ในประเทศอื่นๆก็ได้ออกข้อกำหนดจรรยาบรรณทันตแพทย์ (ethical code/code of conduct) ออกมาเช่นเดียวกัน หากแต่ความน่าสนใจอยู่ที่ว่า มีความแตกต่างหลากหลายในการออกแบบข้อบังคับ ไม่ใช่แค่เนื้อหารายละเอียด แต่แตกต่างกันตั้งแต่การกำหนดหมวดหมู่ในข้อบังคับ ไปจนถึงแตกต่างในระดับมโนทัศน์ในการมองเรื่องจริยธรรม ยกตัวอย่างเช่น

ในประเทศอเมริกาองค์กรที่ควบคุมทันตแพทย์คือทันตแพทย์สมาคมแห่งอเมริกา (American Dental Association) ได้แบ่งหลักปฏิบัติในหลักจริยธรรมและข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (Principles of ethics and code of professional conduct) ออกเป็น 5 หมวด ได้แก่หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) หลักไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficent) หลักความเป็นธรรม (justice) และหลักความซื่อตรงต่อผู้ป่วย (veracity) ซึ่งเมื่อพิจารณาดูแล้วจะพบว่ามีรากฐานความคิดต่อยอดมาจาก หลักจริยธรรมชีวการแพทย์ (Principle of biomedical ethics) ของทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) ที่มีอยู่ 4 ข้อคือหลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (patient autonomy) หลักไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficent) และ หลักความเป็นธรรม (justice)

ในประเทศออสเตรเลีย องค์กรที่ควบคุมทันตแพทย์คือทันตแพทย์สมาคมแห่งออสเตรเลีย (Australian Dental Association) ได้แบ่งหลักจรรยาบรรณทันตแพทย์ (code of ethics) ออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ภาระผูกพันที่มีต่อผู้ป่วย (obligations towards patients) ภาระผูกพันที่มีต่อลูกจ้าง (obligations towards employees) ทัศนคติต่อเพื่อร่วมงาน (attitudes toward colleagues) ข้อปฏิบัติแห่งวิชาชีพ (the practices of the profession) ซึ่งจะแตกต่างจากทันตแพทย์สมาคมแห่งอเมริกา (American Dental Association) ตรงที่แบ่งภาระผูกพันตามภาคส่วนต่างๆที่ทันตแพทย์เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน และมีข้อบังคับที่เป็นรูปธรรมมีรายละเอียดในการสั่งให้ปฏิบัติชัดเจน ยกตัวอย่างเช่น การให้ข้อแนะนำผู้ป่วยในผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของทันตแพทย์ท่านอื่น

Copyright by Mahidol University

ในขณะที่สภาทันตแพทย์แห่งยุโรป (Council of European Dentists) แห่งสหภาพยุโรป (European union) ได้แบ่งข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (code of ethics for dentists) ออกเป็นข้อผูกพันต่างๆเช่นเดียวกับของประเทศออสเตรเลีย (Australian Dental Association) แต่มีส่วนที่เพิ่มเติมขึ้นมาเนื่องจากเป็นองค์กรที่ควบคุมทันตแพทย์ระหว่างประเทศในทวีปยุโรปคือข้อกำหนดเรื่อง ข้อผูกพันต่อสาธารณะ (commitment to the public) และ การพานิชย์อิเล็คทรอนิค (electronic commerce)

ในประเทศสิงคโปร์ทันแพทยสภาแห่งสิงคโปร์ (Singapore Dental Council) ได้ออกข้อเสนอแนะในแนวทางและข้อบังคับจรรยาบรรณ (ethical code and guidelines) ไว้อย่างยิบย่อยและให้ภาพของข้อปฏิบัติที่ต้องทำอย่างชัดเจน ตั้งแต่มาตรฐานแห่งการให้ทันตกรรมที่ดี เช่น ลักษณะคลินิกที่ดีต้องเป็นอย่างไร การบันทึกการรักษาต้องทำอย่างไร การตัดสินใจที่จะให้บริการ การจ่ายยา การหมั่นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ เป็นต้น ความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย เช่น ทัศนคติต่อผู้ป่วย ใบยินยอมให้การรักษา ความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อทันตแพทย์ ความสนิมสนมของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นต้น ความสัมพันธ์ต่อผู้ร่วมวิชาชีพ ข้อบังคับเกี่ยวกับการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการวางตัวในบริบทอื่นที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ ข้อเสนอแนะเมื่อมีเรื่องการเงินและการค้าเชิงพาณิชย์เข้ามาเกี่ยวข้อง (financial and commercial conflicts of interest) ความเหมาะสมในการให้รักษา ต้องรู้จักความสามารถของตนเองตลอดจนความสมบูรณ์ด้านสุขภาพของตัวทันตแพทย์เอง ซึ่งข้อเสนอแนะทั้งหมดนี้ได้ให้แนวทางการปฏิบัติตนไว้อย่างชัดเจน

ข้อกำหนดจรรยาบรรณทันตแพทย์ในประเทศต่างๆทั้งหมดที่กล่าวมาสิ่งที่เหมือนกันคือมีสถานะเป็นทั้งข้อแนะนำและเป็นกฎที่ต้องปฏิบัติตาม (quasi-legal force) หากถูกตัดสินว่าละเมิดข้อบังคับก็จะถูกลงโทษทางวินัยตามกฎหมายและถูกตำหนิว่าไม่มีความเป็นมืออาชีพ (sanction & censure) ข้อกำหนดจรรยาบรรณทันตแพทย์นอกจากจะควบคุมกิจกรรมในขั้นตอนของการรักษาแล้ว หากพิจารณาจะเห็นว่ายังควบคุมความประพฤติด้านอื่นของชีวิตทันตแพทย์นอกเหนือไปจากกิจกรรมในคลินิกด้วย ไม่ว่าจะเป็นทัศนคติ รูปแบบการให้บริการ การวางตัวต่อผู้ป่วย การปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมอาชีพ ตลอดจนการวางตัวในสังคม ซึ่งเป็นข้อผูกพันที่นอกเหนือไปจากการให้การรักษาทันตกรรม แต่จะเห็นว่าทันตแพทย์สมาคมของประเทศอเมริกากลับมีหมวดหมู่ที่ดูขอบเขตเนื้อหากว้างกว่าและแตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิง เนื่องจากเป็นร่างจรรยาบรรณที่ใช้มโนทัศน์ในการมองเรื่องการจัดการปัญหาทางด้านจริยศาสตร์ในลักษณะเดียวกับจริยศาสตร์ชีวภาพ (principle of bioethics) ของ ทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และ เจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) ในขณะที่ของประเทศไทยและสิงคโปร์มีลักษณะที่ยิบย่อยชัดเจน และตายตัวมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าจริยศาสตร์ชีวภาพซึ่งเป็นรากฐานความคิด

Copyright© by Mahidol University

ของจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) เพิ่มเติมว่าคืออะไร มีพัฒนาการมาอย่างไรบ้าง มีการศึกษาค้นคว้าอะไรบ้าง และบรรยากาศการถกเถียงในปัจจุบันเป็นเช่นใด

2.2 การศึกษาจริยศาสตร์ชีวภาพและจริยศาสตร์สมัยใหม่

การศึกษาจริยศาสตร์ชีวภาพเกิดขึ้นหลังสมัยสงครามโลกครั้งที่สอง เนื่องจากมีการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์มนุษย์และการทดลองทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ชีวิตของมนุษย์มาทดลองอย่างโหดเหี้ยมทารุณ ทำให้เกิดการทำข้อตกลงที่จะศึกษาว่าควรจะมีหลักความประพฤติที่กระทำอย่างเหมาะสมต่อสิ่งมีชีวิต ว่าการกระทำใดสมควรทำได้หรือการกระทำใดไม่สมควรกระทำ ตั้งแต่จากนั้นจนถึงปัจจุบันการศึกษาจริยศาสตร์ชีวภาพก็ขยายประเด็นขึ้นมาเรื่อยๆ โดยเฉพาะจากความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์ซึ่งขัดกับหลักความเชื่อของศาสนาจนกลายเป็นปมขัดแย้ง ทำให้การศึกษาจริยศาสตร์ชีวภาพขยายวงกว้าง มากกว่าการเป็นแค่หลักของความประพฤติที่เหมาะสม หากแต่แสวงหาวิธีการที่จะคลี่คลายปมขัดแย้งระหว่างความเชื่อหรือระหว่างหลักการปฏิบัติต่อสิ่งมีชีวิตที่ขัดแย้งกันเอง โดยพบว่าประกอบไปด้วยแนวคิดหลักๆอยู่ 4 แนวทาง ได้แก่แนวคิดที่ประเมินจริยธรรมด้วยการยึดหลักศีลธรรม (deductivism) แนวคิดที่ประเมินจริยธรรมเป็นรายกรณี (casuistry) แนวคิดหลักจริยศาสตร์ชีวภาพ (principlism) ของทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) และกลุ่มที่วิพากษ์แนวคิดหลักจริยศาสตร์ชีวภาพ (a critique of principlism) ความน่าสนใจอยู่ที่วิธีการคิดที่ประเมินจริยธรรมด้วยการยึดหลักศีลธรรม (deductivism) ถูกลดบทบาทลงเนื่องจากความหลากหลายในทฤษฎีศีลธรรมที่มีจุดกำเนิดมากเกินไป ทำให้ไม่สามารถหาข้อสรุปที่ให้ความรู้สึกยุติธรรมแก่คู่กรณีที่เผชิญปัญหาทางจริยศาสตร์ได้ (Degrazia, 1992) ในขณะที่แนวคิดที่ประเมินจริยธรรมด้วยการยึดหลักศีลธรรม (deductivism) แก้ปัญหาโดยอิงอยู่กับทฤษฎีทางศีลธรรมอย่างแข็งกร้าวเสมอมาแนวคิดที่ประเมินจริยธรรมเป็นรายกรณี (casuistry) กลับยอมให้เหตุการณ์เฉพาะอย่างหรือกฎพิเศษบางอย่างมีความสำคัญกว่าเหตุการณ์ขัดแย้งอื่นๆ เพื่อหาทางออกจากความขัดแย้งนั้น แต่นั่นกลับทำให้กฎศีลธรรมอื่นๆถูกกฎพิเศษนี้ทำลายลงไปด้วย บรรยากาศของการถกเถียงของวงการจริยศาสตร์ชีวภาพในขณะนี้จึงเป็นเรื่องของการหนีออกมาจากทฤษฎีและหนีออกมาจากกฎพิเศษ มาสู่การหารูปแบบวิธีการที่หาทางออกให้กับปัญหาทางจริยศาสตร์ได้อย่างเป็นรูปธรรม (Iltis, 2000)

ในหนังสือ Fuzziness and Medicine (Seising & Tabacchi, 2013) จูเลีย อินธอร์น (Julia Inthorn) อ้างถึงทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) ผู้เสนอหลักจริยศาสตร์ชีวภาพ (principles of bioethics) หรือ “principlism” ว่าหลักจริยธรรมที่เป็น

Copyright by Mahidol University

บรรทัดฐานทางการแพทย์ 4 ข้อที่พวกเขาสร้างขึ้นมานั้น (autonomy, non-maleficence, beneficent และ justice) จริงอยู่ที่ว่าในมุมหนึ่งหลัก 4 ข้อนี้ของ “principlism” เป็นหลักการที่ดูเป็นรูปธรรมนำไปใช้งานได้จริง (more concrete and better applicable) มากกว่าจะเป็นเพียงทฤษฎีทางจริยธรรมที่ดูลอยๆนามธรรมเข้าถึงยาก (abstract ethical theories) แต่ในมุมหนึ่งหลักการพวกนี้เวลาใช้จริงจะต้องถูกเปิดกว้างต่อแต่ละสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เปิดกว้างต่อบริบทที่แตกต่างกันออกไป (different situations and in different contexts) โดยที่ไม่มีความจำเป็นใดๆต้องไปลงรายละเอียดให้มันยิบย่อยเหมือนระบบกฎหมายที่ซับซ้อน ทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) ได้อ้างสรรพคุณของหลัก 4 ข้อนี้ว่า มีความง่ายในการใช้มากกว่าพวกทฤษฎีจริยศาสตร์และอภิจริยศาสตร์ (ethical theory and meta ethics) เนื่องจากทฤษฎีจริยศาสตร์ทั่วไปมีจุดเริ่มต้น (starting point) ในการวิเคราะห์หลักจริยธรรมที่ต่างกัน มีความหลากหลายในตัวทฤษฎี (vast variety of approaches and plurality of positions) ที่ยังไม่มีทางจะหาข้อสรุปร่วมกันได้ในอนาคตอันใกล้นี้ ในขณะที่หลัก 4 ข้อ (four principles) ของพวกเขานั้นสามารถใช้เป็นจุดร่วมได้ คือใช้เป็นฐานคิดร่วม (commonly shares positions) เป็นบรรทัดฐานร่วม (normative position) ให้กับหลักจริยธรรมการแพทย์ได้ อย่างน้อยที่สุดใช้เป็นจุดเริ่มต้นในการวิเคราะห์หลักจริยธรรมการแพทย์ให้เริ่มจากจุดเดียวกันได้ แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) ย้ำอยู่ตลอดเวลาว่าหลักการพวกนี้ไม่ใช่หลักการที่ตายตัวบ่อยครั้งตัวหลักการก็ขัดแย้งกันเองในสถานการณ์ต่างๆ เช่น ความต้องการในการรักษาของผู้ป่วยที่ขัดกับหลักการรักษาของแพทย์ หากแพทย์ไม่ยอมให้การปฏิบัติตามที่ผู้ป่วยต้องการก็จะขัดกับหลักการเรื่องการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy)ในขณะถ้าให้การรักษาตามความต้องการของผู้ป่วยก็อาจจะส่งผลกระทบอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งขัดกับหลักการไม่ทำอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้หลักการทางจริยศาสตร์ บรรทัดฐาน หรือกระบวนการอื่นๆเข้ามาช่วยตัดสินใจ ดังนั้นข้อเสนอแนะที่สำคัญที่สุดสำหรับการใช้หลัก 4 ข้อนี้ ทอม บิวแชมป์ (Tom Beauchamp) และเจมส์ ชาล์ยเดรส (James Childress) บอกอย่างแข็งขันว่าคือการเปิดตัวหลักการไว้อยู่เสมอ (the openness of the principlism) โดยมีพื้นฐานปรัชญาทางจริยศาสตร์กว้างๆอยู่ที่ห้ามทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและความเสียหาย (you should not harm the patient) (Seising & Tabacchi, 2013)

ดังนั้นการสร้างหลักทางจริยศาสตร์ขึ้นมาเพื่อใช้เป็นบรรทัดฐานในการตัดสินใจทางจริยศาสตร์ โดยพยายามอิงจากทฤษฎีทางศีลธรรมจึงเต็มไปด้วยความยุ่งยาก เพราะมีจุดเริ่มต้นทางทฤษฎีที่หลากหลาย (plurality of positions) และไม่มีทฤษฎีทางศีลธรรมใดที่มีความชอบธรรมมากพอที่จะแก้ปัญหาทางจริยธรรมได้ (no single traditional moral theory could be agreed upon to help

Copyright© by Mahidol University

resolve ethical questions) ทำให้การอิงทฤษฎีทางศีลธรรมมาถกเถียงปัญหาทางจริยศาสตร์จึงเต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายในจริยธรรม (ethical ambivalence) ตั้งแต่ที่มาของทฤษฎีตลอดจนการใช้งานจริงในทางปฏิบัติ และด้วยเหตุที่ “ไม่มีข้อตกลงสากลที่มาจากทฤษฎีทางศีลธรรมให้ใช้ตัดสินได้อย่างสากล” (there is no universally agreed upon background moral theory) การพยายามตัดสินใจทางจริยศาสตร์ชีวภาพร่วมสมัยจึงไม่ได้ตั้งอยู่ที่ทฤษฎีทางศีลธรรม (Moral theory) อีกต่อไป หากแต่พุ่งเป้าไปที่วิธีการ (useful method) ที่หาทางออกให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มากกว่าจะหาว่าใครถูกหรือใครผิดอย่างถึงที่สุด (Smith Iltis, 2000)

ในทำนองเดียวกัน ซิกมุน เบาแมน (Zygmunt Bauman) กล่าวถึงเหตุผลที่ไม่ควรใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณ (ethical codes) เป็นหลักตายตัวในการตัดสินเชิงจริยธรรมไว้ในหนังสือ Postmodern Ethics (Bauman, 1993) และ Life in Fragments (Bauman, 1995) (Bauman, cited in Elliott, 2009) ว่าข้อบังคับจรรยาบรรณที่มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายเป็นเพียงกิจกรรมที่เร่งเร้าหาคำตอบทางจริยธรรม (Ethical urge) ที่โยนความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ทิ้งไป (depersonalization) เพื่อหาระบบจริยธรรมที่เป็นศีลธรรมสากล (universalize morality) อันเป็นต้นแบบให้โลกใบนี้ปราศจากคราบเปื้อนที่เกิดจากความสับสนอลหม่านทางศีลธรรม แต่โลกแห่งศีลธรรมเช่นนี้เป็นได้แค่เพียงการควานหาทางออกจากที่มืดอย่างร้อนรนมากกว่าที่จะเรียกว่าระบบจริยธรรม เพราะว่าข้อบังคับจรรยาบรรณที่ถูกร่างเป็นหนังสือกฎขึ้นมาเพียงเพื่อออกคำสั่งในทางปฏิบัติว่าอะไรทำได้/อะไรทำไม่ได้ ทำได้แค่เพียงช่วยให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าตนได้บรรลุความตั้งใจทางศีลธรรมแล้ว (achieving a sense of moral certitude) ซึ่งนั่นเป็นเพียงแค่การสำเร็จความใคร่ทางศีลธรรมเท่านั้นเอง

ข้อเสนอของ ซิกมุน เบาแมน (Zygmunt Bauman) ภายใต้บรรยากาศของโลกโลกาภิวัตน์ (globalization) ได้ต่อยอดมาจากงานของ เอมมานูเอล เลวินาส (Emmanuel Levinas) ที่แนะนำว่าการกระตุ้นทางจริยธรรม (ethical urge) เป็นเรื่องของปรีชาญาณที่รู้โดยทันที (intuition) มากกว่าจะเป็นการตระหนักรู้ (cognition) ซึ่งเป็นเรื่องที่มาก่อนการกระทำทางสังคมอย่างเรื่องกฎ (rules) และเรื่องหน้าที่รับผิดชอบ (responsibilities) ดังนั้นจริยธรรมของเรา (ethical self) จะมีอยู่เพื่อคนอื่น ทำให้ไม่มีตำแหน่งแห่งที่สำหรับเรื่องหน้าที่รับผิดชอบ ไม่มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับความรู้ที่ใช้เก็บซ่อนปัญหาที่ยุ่งยากทางจริยธรรม จริยธรรมแบบ เอมมานูเอล เลวินาส (Emmanuel Levinas) จึงเป็นจริยธรรมที่ให้ความใส่ใจต่อสถานะของผู้อื่นที่มีความสัมพันธ์กับเรา มากกว่าจะเป็นเรื่องกฎเกณฑ์หรือการสร้างหน้าที่รับผิดชอบในสังคม ซิกมุน เบาแมน (Zygmunt Bauman) จึงได้แนะนำว่า จริยธรรมที่มีลักษณะเป็นกฎศีลธรรมที่แข็งทื่อตายตัวด่วนสรุปใช้งานง่าย (hard-and-fast moral rules) ถึงเวลาล่มสลายแล้ว ควรจะหันกลับมาที่การผันกลับมาคิดในระดับปัจเจกบุคคล

Copyright by Mahidol University

(re-personalization) โดยที่ปัจเจกบุคคลต้องตัดสินใจด้วยตัวเองในการแก้ปัญหาทางจริยธรรม เหมือนกับที่มนุษย์ต่างตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน ความเปราะบางและความอ่อนแอด้วยตนเอง (human suffering, vulnerability, frailty) ซึ่งสามารถเลือกตอบสนองได้ตั้งแต่ในรูปของความดีงาม ไปจนถึงความชั่วร้าย (choices between good and evil) ไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัว (Bauman, cited in Elliott, 2009)

ระบบจริยธรรมในงานของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ก็เช่นเดียวกัน สำหรับ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) หลักศีลธรรม (morality) เป็นเรื่องของระบบการห้ามและการสั่งหยุด (injunction & interdiction) ที่สร้างขึ้นมาจากความสัมพันธ์ในสังคมจนกลายเป็นข้อบังคับอย่างเป็น กิจจะลักษณะ (formalized codes) ส่วนจริยธรรม (ethics) เป็นเรื่องของการแนะนำให้ปฏิบัติ (practical advice) ว่าคนๆหนึ่งจะต้องให้ความสำคัญในการปฏิบัติตนต่อผู้อื่นยังไงในแต่ละวัน เพราะฉะนั้นในขณะที่หลักศีลธรรม (morality) รวบรวมวิธีคิดต่างๆเพื่อสร้างกฎในการกำหนดและ การสั่งห้าม จริยธรรม (ethics) จะไปสนใจในเรื่องของภาคปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง (actual practices) ว่าจะทำอย่างไรให้ภาคปฏิบัตินั้นสัมพันธ์กับกฎที่สร้างขึ้น ฉะนั้นกฎเหล่านี้จึงถูกประกาศใช้ออกมา พร้อมกับเกิดระดับความแตกต่างในการยอมรับกฎ และเกิดความแปรปรวนของระดับความดีใน รูปแบบที่แตกต่างกันออกไป (varying degree of compliance and creativity) ดังนั้น มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) จึงได้สำรวจพื้นที่ที่อยู่ระหว่างหลักศีลธรรมที่สร้างกฎกับจริยธรรมที่เป็น กิจกรรมที่ทำให้การปฏิบัติสอดคล้องกับกฎ นั่นคือพื้นที่ระหว่างระบบของกฎหมาย (law system) กับกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practices) ซึ่งพบว่ามีพื้นที่อนุญาตให้ปัจเจกบุคคลมีอิสรภาพใน การสร้างพฤติกรรมเฉพาะตัว (individual behaviour) ขึ้นภายใต้ระบบกฎหมายกับกิจกรรมทางจริย ศาสตร์ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) จึงชี้ให้เห็นว่าจริยธรรมของแต่ละบุคคลนั้น (ethics of self-mastery) คือการสร้างรูปแบบเฉพาะตัวขึ้นมา หรือ “stylization” โดยจริยธรรมถูกวาดขึ้นมาจาก ลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคม (character of relationships) มากกว่าที่จะสร้างมาจากกฎเกณฑ์ข้อ ห้ามจากภายนอก (external rules of prohibitions) (Barker, 2012, p. 303)

ดังนั้นจากที่อ้างมาทั้งหมดจะเห็นว่า การศึกษาจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ได้ถูกศึกษา แบบถอยตัวออกห่างจากทฤษฎีทางศีลธรรม (move away from theory) และถูกทำให้คลายตัว หลักการลงเพื่อเปิดพื้นที่ให้บรรทัดฐานอื่นๆเข้ามาปะทะต่อรอง เพราะท้ายที่สุดแล้วจริยธรรมไม่ใช่ เรื่องของการแสวงหาระบบจริยธรรมที่เป็นศีลธรรมสากล (universalize morality) หากแต่เป็นเรื่อง ของ**การกระทำภายใต้ความสัมพันธ์ทางสังคม** แต่จรรยาบรรณทันตแพทย์กลับถูกทำในสิ่งตรงกัน ข้าม คือถูกทำให้เป็นข้อบังคับที่กำหนดด้วยกฎหมาย (formalized codes) ถูกทำให้เป็นกฎศีลธรรมที่ แข็งที่อตายตัวและด่วนสรุป (hard and fast moral rules) อีกทั้งเมินเฉยต่อความเป็นปัจเจกบุคคล

Copyright by Mahidol University

(depersonalization) และความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลในสังคม ทำให้จรรยาบรรณทันตแพทย์หนีไม่พ้นข้อกังขาทางจริยธรรม จึงทำให้เกิดคำถามในงานวิจัยชิ้นนี้ว่า สังคมที่พยายามฝึกให้ผู้คนมีกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practice) ให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน แท้จริงแล้วจริยธรรมในลักษณะนี้กำลังถูกใช้ทำอะไรในสังคมกันแน่ งานวิจัยชิ้นนี้จึงกลับหัวกลับหางการศึกษาจริยศาสตร์ของจริยศาสตร์ชีวภาพว่า ถ้าผลลัพธ์ของการศึกษาจริยศาสตร์ชีวการแพทย์เป็นการศึกษาว่า “อะไรคือสิ่งดีที่ควรทำ” คือการเสนอแนะให้คลายตัวหลักการลง (Biomedical ethics→ ought to do →openness) การศึกษาเรื่องของกฎที่ออกคำสั่งอย่างตายตัว จึงไม่น่าเป็นเรื่องของการศึกษาทางจริยศาสตร์ หากแต่เป็นการศึกษาเรื่องอุดมการณ์ วาทกรรมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (hard&fast: inclosing → ought to do → Ideology/Power relationships) งานวิจัยชิ้นนี้ จึงมองระบบจริยธรรมทันตแพทย์ใหม่ เปลี่ยนจากการศึกษาทางจริยศาสตร์กลายเป็นการศึกษาชุดอุดมการณ์ (ideology) ชุดวาทกรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และปฏิบัติการณ์ต่างๆที่เข้าสัมพันธ์กับความรู้นั้น

2.3 แนวคิดเรื่องจริยธรรมในฐานะที่เป็นวาทกรรม (Ethics as Discourse) และแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม (Discourse analysis) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

“*ไม่มีความประพฤติทางศีลธรรมแบบใดที่ไม่ได้อิงอยู่กับมาตรฐานทางศีลธรรม และไม่มีมาตรฐานทางศีลธรรมใดที่จะไม่สร้างตัวตนของคนมีศีลธรรมขึ้นมา ดังนั้นการจะเป็นคนมีศีลธรรมไม่อาจเกิดขึ้นได้เลยหากปราศจากกระบวนการสร้างตัวตนและปราศจากตัวแบบความประพฤติที่คอยสนับสนุนความมีศีลธรรมนั้นความประพฤติทางศีลธรรมจึงไม่ต่างจากกระบวนการสร้างตัวตนในรูปแบบอื่นๆ*” (Foucault, อ้างใน ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2554, น. 35)

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่า จริยธรรมสำหรับ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เป็นเรื่องของการสร้างรูปแบบเฉพาะตัวขึ้นมา หรือ “stylization” เป็นเรื่องที่วาดขึ้นมาจากลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคม (character of relationships) มากกว่าที่จะสร้างมาจากกฎเกณฑ์ศีลธรรมหรือข้อห้ามจากภายนอก(external rules of prohibitions) (Foucault, cited in Barker, 2012, p. 303) เป็นเรื่องของกระบวนการสร้างตัวตนให้กลายเป็นผู้มีศีลธรรม (an ethical subject) เนื่องจากมีพื้นที่ระหว่างหลักศีลธรรม/กฎเกณฑ์ศีลธรรม (morality) กับภาคปฏิบัติการ (actual practices) เป็นพื้นที่หรือสนามในการสร้างตัวตันของผู้มีศีลธรรมขึ้นมา ด้วยการปฏิบัติตนให้สัมพันธ์กับกฎเกณฑ์ศีลธรรมที่สร้างขึ้นมา นั่นคือพื้นที่ระหว่างระบบของกฎหมาย (law system) กับกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practices) ทำให้เกิดสนามในการแข่งขันว่าใครจะสามารถสร้างตัวตนของผู้มีศีลธรรมได้มากน้อยกว่ากัน ดังนั้นระบบจริยธรรมและข้อบังคับจรรยาบรรณเมื่อมองผ่านแนวคิดของ มิเชล ฟูโกต์

Copyright by Mahidol University

(Michel Foucault) จึงไม่ใช่เรื่องของความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย การมุ่งประโยชน์สู่สังคม การดำรงเกียรติวิชาชีพให้บริสุทธิ์ อย่างที่เข้าใจกันเพียงเท่านั้น หากแต่เป็นเรื่องของอำนาจ ความจริง และการผลิตความจริง เพื่อช่วงชิงภาวะนำในการสร้างกฎเกณฑ์ของชุดความจริงนั้นขึ้นมา ให้กลายเป็นกรอบความรู้ในการพูดถึงได้ เขียนได้ คิดได้ เข้าใจได้ อธิบายได้ ตลอดจนใช้ตัดสินในนามของศีลธรรมได้ การวิเคราะห์วาทกรรมสามารถทำให้เราสืบค้นได้ว่าภาคปฏิบัติการเหล่านี้ทำงานสัมพันธ์กันอย่างไร ภายใต้สนามของวาทกรรม (discursive field) (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2554)

แนวคิดเรื่องวาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) คือการสร้าง การนิยามหรือการผลิตวัตถุแห่งความรู้(objects of knowledge) ขึ้น คือการทำให้สิ่งที่อ้างถึงหรือวัตถุที่อ้างถึงนั้นกลายเป็นเรื่องรู้ได้ เข้าใจได้ (intelligible) เป็นการผลิตความรู้ผ่านภาษาควบคู่ไปกับปฏิบัติการทางสังคมเพื่อสร้างความหมายให้กับสิ่งที่อ้างถึง ในขณะเดียวกันก็ผลักรูปแบบชุดเหตุผลอื่นๆที่ไม่ต้องการออกให้เป็นเรื่องของสิ่งที่เข้าใจไม่ได้ วาทกรรมจึงเป็นเรื่องของความรู้เฉพาะแบบที่สร้างหนทางให้เรื่องราวหนึ่งๆหรือเหตุการณ์หนึ่งๆเป็นเรื่องที่พูดถึงแล้วเข้าใจได้ โดยมีฐานความรู้และชุดปฏิบัติการที่สอดคล้องกัน เป็นกฎเกณฑ์กำหนดให้เข้าใจและยอมรับว่าสิ่งที่อ้างถึงหรือวัตถุที่อ้างถึงอยู่นั้นเป็นเรื่องปกติสามัญ เป็นชุดความจริงที่ต้องยอมรับ ตัวอย่างงานเรื่องวาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ที่ถูกยกขึ้นมาบ่อยๆคือวาทกรรมเรื่องความบ้า (madness) ความบ้าเป็นวัตถุที่ถูกนิยามความหมายแตกต่างกันในแต่ละยุคแต่ละสมัย ผ่านชุดปฏิบัติการที่แตกต่างกันไป (Barker, 2012, pp. 90-94) ในหนังสือเรื่อง “Madness and Civilization: History of insanity in the age of reason” (Foucault, 1965) ได้อธิบายว่า “คนบ้า” ไม่ได้มีลักษณะการบ้าตายตัวตามธรรมชาติ แต่ถูกนิยามขึ้นตามปฏิบัติการทางสังคม ก่อนยุคกลางคนบ้าถูกมองว่าเป็นผู้มีญาณวิเศษสามารถติดต่อกับสิ่งที่คนทั่วไปมองไม่เห็นได้ ในสมัยยุคกลาง คนบ้าก็ยังสามารถอยู่ร่วมได้ในสังคม มีแต่ผู้ที่เป็นโรคเรื้อนเท่านั้นที่โดนกักขัง แต่พอกลางศตวรรษที่ 17 เป็นช่วงที่สังคมยุโรปปรับกระบวนทัศน์จากความเชื่อทางศาสนามาสู่หลักของเหตุผล จึงเอาคนบ้าไปขังรวมไว้กับคนจรจัด และอาชญากร จนยุคศตวรรษที่ 18 ถึงยุคปัจจุบันความรู้ทางการแพทย์เป็นความรู้ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ความบ้าได้กลายสภาพมาเป็นโรค มีการนำคนบ้ามาบำบัด กักขังในสถานที่ที่เรียกว่าโรงพยาบาลบำบัดจิต บำบัดฟื้นฟูจนเป็นปกติจึงนำกลับสู่สังคม จะเห็นว่า นับตั้งแต่ศตวรรษที่ 17 เป็นต้นมา “ความบ้า” ได้ถูกความรู้เฉพาะแบบกักขังไว้ตลอด ตั้งแต่ “ภาวะที่ไม่เป็นปกติ” จนยุคสมัยปัจจุบันกลายเป็น “โรคป่วยทางจิต” ชนิดหนึ่ง ดังนั้นในแต่ละยุคมีความรู้เฉพาะแบบที่นิยามและจัดการกับความบ้า ในแง่นี้ความรู้จึงกลายเป็นเป็นอำนาจที่คอยกีดกันและมีรูปแบบปฏิบัติของการกีดกันแตกต่างกันไปตามชุดความรู้ที่สร้างขึ้นมาในแต่ยุค ดังนั้นสำหรับ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

Copyright by Mahidol University

ความรู้ไม่สามารถแยกออกจากระบอบแห่งอำนาจได้ (regime of power) เนื่องด้วยมนุษย์ควบคุมจัดการตนเองและผู้อื่นผ่านการสร้างระบอบแห่งความจริง (regime of truth) ทุกๆสังคมมีระบอบแห่งความจริงเป็นของตัวเอง มีชุดความรู้ที่เป็นที่ยอมรับและทำหน้าที่พูดถึงความจริง จัดระเบียบกฎเกณฑ์ กติกา เพื่อแบ่งแยกว่าอะไรจริงอะไรเท็จ ใครควรพูดอะไรไม่ควรพูดอะไร เต็มไปด้วยเทคนิคและวิธีการในการกำหนดคุณค่าว่าอะไรคือ “ความจริง” ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ถูกใช้เพื่อขีดเส้นความเป็นปกติธรรมดาขึ้นมาในสังคม (normalization) ไปพร้อมๆกับการจัดระบบระเบียบวินัย (discipline) ทางสังคมขึ้นมา (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2555, น. 260-275) ความรู้จึงเป็นสิ่งที่ถูกประกอบขึ้นมาภายใต้ความสัมพันธ์และปฏิบัติการเชิงอำนาจ เป็นเทคนิคใหม่ของอำนาจที่ทั้งประณีต (refinement) จนไม่รู้สึกตัวและแผ่ขยาย (proliferation) ไปทุกอณูในสังคม (Barker, 2012, p. 72) ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจกับความรู้จึงเป็นการผลิตให้เราพูดความจริงที่สังคมต้องการอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ ความจริงจึงกลายเป็นเรื่องของความจริงของอำนาจ (the truth of power) อำนาจไม่เคยหยุดตั้งคำถามเพื่อค้นหาความจริง เนื่องด้วยยิ่งผลิตความจริงอำนาจยิ่งแข็งแกร่งยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษาเรื่องความรู้/อำนาจ (power/knowledge) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ไม่ใช่เรื่องของผู้มีอำนาจใช้อำนาจ ไม่ใช่เรื่องของอำนาจถูกใช้เพื่ออะไร แต่เป็นการศึกษาว่ามนุษย์ถูกทำให้กลายเป็นวัตถุของอำนาจได้อย่างไร ศึกษาดูการกลายเป็นผู้มีอำนาจ กลายเป็นผู้ถูกปกครอง การกลายเป็นตัวตนที่เป็นอยู่ว่าเป็นได้อย่างไร ดังนั้นอำนาจในแบบของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) จึงไม่ใช่อำนาจที่หยิบฉวยเพื่อประโยชน์ของตนเอง แต่วิเคราะห์ในเชิงของการไหลเวียนส่งผ่านอำนาจในสังคม มนุษย์กลายเป็นเพียงกลไกหนึ่งของอำนาจ อำนาจถูกใช้ผ่านมนุษย์เท่านั้น (ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร, 2555, น. 263-265) วาทกรรมในแง่ที่เป็นการผลิตความรู้ความจริง จึงไม่สามารถแยกออกจากอำนาจได้ เนื่องจากอำนาจของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ไม่ใช่แค่เรื่องของการใช้อำนาจจากบนลงล่างของผู้มีอำนาจ หากแต่รวมถึงอำนาจที่คอยจัดระเบียบสังคม อำนาจในแนวระนาบที่คอยขีดเส้นความเป็นปกติ อำนาจในการจัดระบบ จัดระเบียบวินัย (disciplinary power) ทำให้การศึกษาเรื่องความจริงของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ไม่ใช่การศึกษาเพื่อหาชุดความจริงอันบริสุทธิ์หรือความจริงที่เป็นสากล หากแต่เป็นเรื่องของความรู้ความจริงที่สัมพันธ์อยู่กับอำนาจ ว่ามีความสัมพันธ์กับอำนาจอย่างไร

อำนาจที่ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) อธิบายจึงไม่ใช่อำนาจการกดขี่จากบนลงล่างที่เห็นได้ชัดอย่างอำนาจจากปลายกระบอกปืน หรืออำนาจคำสั่งบังคับ แต่เป็นอำนาจที่กระทำผ่านกระบวนการสร้างบรรทัดฐาน (normalization) จนกลายเป็นระเบียบวินัย (discipline) อำนาจในลักษณะนี้เป็นการควบคุมถึงรายละเอียดเล็กๆภายในชีวิตประจำวัน เป็นกระบวนการฝึกฝนมนุษย์

Copyright by Mahidol University

ขนานใหญ่ให้อยู่ในระบบที่ต้องการ เป็นอำนาจที่อ้างว่าอยู่คู่กับแบบแผนที่ถูกต้อง เป็นไปตามกฎของธรรมชาติ สร้างความชอบธรรมให้กับระเบียบวินัยที่ตั้งขึ้นมาเป็นบรรทัดฐานในสังคม เป็นอำนาจที่เป็นอนุภาคเล็กที่กระจายอยู่ทั่วไปตามรายละเอียดยิบย่อยในสังคม หรือที่ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เรียกว่า จุลฟิสิกส์แห่งอำนาจ (microphysics of power) มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ไม่ได้ใช้คำว่า “ระเบียบวินัย” ในความหมายเชิงบวก ที่ให้ภาพของการตกลงกฎเกณฑ์เพื่อแบ่งผลประโยชน์อย่างเสมอร่วมกัน เช่น การต่อแถวเพื่อรอซื้อของ หรือ การรอลิฟต์ แต่เป็นการใช้ที่มีรูปแบบการครอบงำกดข่ม คือในขณะที่มนุษย์ถูกกระทำให้อยู่ในร่องในรอยของบรรทัดฐานที่ถูกสร้างขึ้นมาแล้ว ยังต้องคอยตรวจตราตัวเองไม่ให้ละเมิด หรือละเลย หรือขาดตกบกพร่องไปจากสิ่งที่ยึดถือเป็นบรรทัดฐานในหนังสือเรื่อง “Discipline and Punish: The birth of the prison” (Foucault, 1995) มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) แสดงตัวอย่างให้เห็นว่าคุกถูกสร้างให้มีเทคโนโลยีในการควบคุมแบบใหม่ขึ้นมาที่เรียกว่าหอคอย “panopticon” เป็นสถาปัตยกรรมของเรือนจำที่สามารถสอดส่องมองเห็นนักโทษได้ทุกคนในเรือนจำ ทำให้นักโทษจะรู้สึกว่าตนกำลังถูกจับจ้องอยู่ตลอดเวลาและไม่กล้าที่จะแสดงพฤติกรรมที่นอกเหนือไปจากกฎที่เรือนจำสร้างขึ้นมา สุดท้ายร่างกายที่รู้สึกว่าถูกจับจ้องจะคอยตรวจตราตัวเองอยู่ตลอดเวลา จนกลายเป็นร่างกายที่ว่านอนสอนง่าย เป็นร่างกายที่เชื่องซึม (docile body) มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เรียกเทคนิควิธีแห่งอำนาจที่เข้ามาแทรกแซงจัดระเบียบร่างกายในลักษณะนี้ว่า “anatomo-politics” เป็นอำนาจระเบียบวินัย (disciplinary power) ที่เข้าไปควบคุมท่าทางของร่างกายให้เป็นไปตามกฎเกณฑ์และเข้าใจว่านั่นคือสิ่งที่เป็นปกติที่ต้องประพฤติ (Nadesan, 2008, p. 8) นอกจากในคุกแล้ว ภายนอกเรือนจำร่างกายยังสามารถถูกจับจ้องอยู่ตลอดเวลาเช่นกัน ในหนังสือเรื่อง “The Birth of Clinic: An archaeology of medical perception” (Foucault, 1973) มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เสนอว่าร่างกายของมนุษย์นั้นถูกจับจ้องจากการแพทย์ (clinical gaze) อยู่ตลอดเวลาผ่านการสังเกต การตรวจร่างกาย วัดค่าดัชนีเปรียบเทียบต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานและบรรทัดฐานที่ความรู้ทางการแพทย์กำหนดไว้ ร่างกายผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์นั้น โดยที่แพทย์ไม่ต้องใช้การบังคับและความรุนแรง (ชิกาฮารุ ทานาเบ, 2551, น. 30-32) อำนาจที่ปรากฏในโรงพยาบาลหรือคลินิกในลักษณะนี้ไม่ใช่อำนาจที่แพทย์คนใดคนหนึ่งครอบงำผู้ป่วยด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แต่เป็นอำนาจที่แพทย์เป็นร่างทรงใช้ผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และอำนาจ (power/knowledge nexus) โดยมีสถาบันที่สัมพันธ์กับความรู้นั้น มีเทคนิคและปฏิบัติการต่างๆรองรับ ยกตัวอย่างเช่น ก่อนที่จะเกิดการพัฒนาความรู้เรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence based medicine) จนกลายมาเป็นบรรทัดฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนอย่างในปัจจุบัน ประสบการณ์ทางคลินิกและความรู้ทางการแพทย์ที่ทำตามๆกันมา (clinical

Copyright by Mahidol University

experience and traditional tacit knowledge) เป็นบรรทัดฐานการแพทย์ก่อนหน้านั้น แต่เมื่อวงวิชาการแพทย์ยอมรับระบบตรวจทานงานวิชาการด้วยนักวิชาการแพทย์ท่านอื่น (peer reviewed journals) ทำให้ความรู้ถูกผลิตออกมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่ได้จากการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomised control trial) จะถูกจัดอันดับให้เป็นความรู้ที่มีคุณภาพสูง และใช้ความรู้เหล่านี้ทบทวนจนเกิดเป็นแนวทางการรักษา (clinical guidelines) จนในที่สุดความรู้แบบอ้างหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence based medicine) ได้กลายเป็นความรู้หลักที่ใช้อ้างในการผลิตนโยบายทางการแพทย์ ควบคุมกิจกรรมในคลินิก ไปจนถึงตรวจตราร่างกายของประชาชน (Ferlie, Mcgivern, & Fitz Gerald, 2012)

อำนาจที่คอยบังคับควบคุมความประพฤติของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) จึงเป็นเรื่องของอำนาจที่แผ่ซ่าน ซึมลึก ไม่โฉ่งฉ่างเหมือนการบังคับด้วยความรุนแรง เป็นอำนาจที่สัมพันธ์กับหลักวิชา ความรู้ และระเบียบวินัย แต่นอกจากกฎเกณฑ์ที่กำกับวิธีคิดเหล่านี้แล้ว กลไกของอำนาจจะทำงานได้ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีหรือกระบวนการในการเข้าไปควบคุม ซึ่งก็คือเทคนิควิธีของอำนาจ (technologies of power) ที่จะคอยควบคุมปกครองปัจเจกบุคคลแม้ว่าจะอยู่ห่างไกลกันแค่ไหนก็ตาม บทความเรื่อง “Foucault, Management and Organization Theory: From Panopticon to technologies ofself” (Mckinley & Starkey, 1998) อธิบายว่ากระบวนการควบคุมตัวเอง (technologies of the self) ของปัจเจกบุคคลเปลี่ยนไปจากการกังวลว่าตัวเองถูกจับจ้องจับผิดจาก “panopticon” ตลอดเวลา ต้องคอยควบคุมตัวเองในทางลบ หมกมุ่นอยู่กับความหวาดระแวง ไปสู่ความภาคภูมิใจในการสร้างตัวตนของตนเองอย่างเสรีในโลกยุคปัจจุบันที่เป็นบรรยากาศของเสรีนิยม เป็นการสร้างตัวตนในทางบวกผ่านเสรีภาพในการแสดงออก หากแต่เสรีภาพนั้นอยู่ภายใต้ปฏิบัติการของชุดความรู้ที่คอยกำกับเหตุและผลในการแสดงออกไว้ การสร้างตัวตนจึงมีลักษณะเป็นเกมส์ว่าด้วยการสร้างความจริง (a truth game) เนื่องจากมีพื้นที่ให้เล่นกับอำนาจ เป็นพื้นที่ในการสร้างตัวตนให้สอดคล้องไปกับชุดความรู้และสถาปนาชุดปฏิบัติการต่างๆในการสร้างตัวตนนั้นให้เป็นความจริง (Mckinley & Starkey, 1998) ยกตัวอย่างเช่น กระบวนการสร้างตัวตนให้กลายเป็นผู้มีศีลธรรม (an ethical subject) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ว่าการกลายมาเป็นคนดีมีศีลธรรมคือการสร้างตัวตนและเล่นกับพื้นที่อำนาจ ความจริงเรื่องศีลธรรมใดเข้มแข็งกว่ากัน ชุดปฏิบัติการนั้นก็จะได้รับการยอมให้ปฏิบัติ ด้วยการปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับหลักศีลธรรม เพื่อสร้างให้ตนเองกลายมาเป็นผู้มีศีลธรรมที่มากน้อยแตกต่างกันไป และเพื่อเป้าหมายที่แตกต่างกันไป

Copyright by Mahidol University

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ งานที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม กับ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรมหรือข้อบังคับจรรยาบรรณในวงการแพทย์

2.4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพที่ใช้แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์วาทกรรม (discourse analysis) ถูกนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยทางด้านสุขภาพมากขึ้นเพื่อให้เห็นอำนาจที่ไหลผ่านนโยบายทางการแพทย์ตลอดจนระเบียบปฏิบัติที่สัมพันธ์กับความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโลกยุคเสรีนิยมใหม่ ที่ปัจเจกบุคคลมีเสรีภาพในการแสดงออกอย่างเต็มที่ หากแต่การแสดงออกเหล่านั้นถูกกำกับให้อยู่ภายใต้อำนาจของวาทกรรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในงานวิชาการภาษาไทยมีงานที่โดดเด่นมากๆเรื่องหนึ่งของ ชิเกฮารุ ทานาเบ ที่ใช้แนวคิดเรื่อง “Governmentality” วิเคราะห์กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ แสดงให้เห็นว่า กระบวนการในการจัดการผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชนเกิดขึ้นอยู่ 2 มิติ มิติแรกคือการเข้าสู่การปกครองตนเองของผู้ติดเชื้อ ที่ไม่ใช่การเข้าสู่การควบคุมตัวเองที่เป็นผลมาจากอำนาจภายนอก แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองและสร้างตัวเองใหม่ที่เต็มไปด้วยความรื่นรมย์และเคารพในชีวิตของตนเอง มิติที่สองคือตัวตนที่สร้างมานั้นได้สร้างเครือข่ายเชื่อมโยงกับสถาบัน องค์กร และความรู้ต่างๆจากภายนอก (ทานาเบ, 2551) งานของ อีวาน เฟอร์ลี่ (Ewan Ferlie) และคณะ(2012) เรื่อง “A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England” แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของนโยบายสุขภาพ เครือข่ายทางสังคมและวิธีปฏิบัติ เมื่อชุดความรู้เรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ (evidence based medicine) เข้ามาแทนที่ความรู้จากประสบการณ์ในคลินิก ทำให้เกิดระบบให้การรักษามะเร็งและการจัดการของเครือข่ายทางสังคมแบบใหม่ เป็นงานวิเคราะห์วาทกรรมที่ดูภาคปฏิบัติการณ์แยกเป็นสองเรื่อง คือวิเคราะห์ผ่านความรู้เรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์ว่าทำให้เกิดนโยบาย องค์กร และเครือข่ายทางสังคมต่างๆขึ้น และสองเป็นวิเคราะห์กระบวนการสร้างตัวตนของทั้งหมอ ผู้ป่วย ตลอดจนเครือข่ายทางสังคม พร้อมทั้งวิเคราะห์ดูเทคนิควิธีในการควบคุมตนเอง (Ferlie, Mcgivern, & FitzGerald, 2012) ในขณะที่ แคนไดส์ ออสเตอร์ (Candice Oster) และคณะ (2016) ใช้การวิเคราะห์วาทกรรม (Foucauldian discourse analysis) วิเคราะห์วาทกรรมว่าด้วยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลีย ในงานเรื่อง “Fragmentation in Australian Commonwealth and South Australian State policy on mental health

Copyright by Mahidol University

and older people: A Governmentality analysis" เนื่องจากมีนโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไปในแต่ละองค์กรการแพทย์ และแต่ละนโยบายใช้วาทกรรมที่แตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นวาทกรรมเรื่องความเสี่ยง วาทกรรมเรื่องผู้สูงอายุสุขภาพดี หรือแม้กระทั่งวาทกรรมให้บอกลาเรื่องสูงอายุไปได้เลย (ageing as decline) สุดท้ายส่งผลให้เกิดความกำกวมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะเชื่อมโยงตนเองเข้ากับนโยบายผ่านวาทกรรมตัวไหน (Oster et al., 2016)

งานวิจัยที่ใช้แนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรม จึงเป็นการศึกษาว่าวาทกรรมนั้นก่อตัวขึ้นมาได้อย่างไร (discursive objects) เมื่อก่อตัวขึ้นมาแล้วสร้างเครือข่ายต่างๆทางสังคมขึ้นมาอย่างไร เครือข่ายเหล่านี้มีปฏิบัติการณ์อย่างไร ตลอดจนวิเคราะห์ดูว่าปัจเจกบุคคลเชื่อมโยงตนเองให้สอดคล้องกับวาทกรรมนี้ได้อย่างไร

2.4.2 งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อบังคับจรรยาบรรณในวงการแพทย์

บทบาทของการศึกษาจริยธรรมมีความสำคัญอย่างมากในวงการแพทย์ เนื่องจากจริยธรรมเป็นเรื่องของความประพฤติที่เหมาะสมในการปฏิบัติตนของทันตแพทย์ต่อผู้ป่วยและต่อเพื่อนร่วมงาน แต่กลับพบว่าการศึกษาด้านนี้ในวงการทันตแพทย์ยังมีไม่มากเท่าที่ควร อีกทั้งรายงานส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่าจริยธรรมถูกละเลยที่จะให้ความสำคัญ ทั้งในระดับของการตระหนักถึง ตลอดจนการพัฒนาหลักจริยศาสตร์ให้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อแก้ไขปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์ ในประเทศอินเดียพบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และตระหนักถึงจริยธรรมโดดเด่นกว่าในประเทศอื่นๆ งานวิจัยของ ระวิชันการ์ ที.แอล. (Ravishankar T.L.) และคณะ (2014) ได้สำรวจทัศนคติของทันตแพทย์จำนวนหนึ่งในอินเดียต่อผู้ร่วมงาน พบว่าเรื่องที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากคือเรื่องของจริยธรรม โดยแนะนำว่าควรฝึกเรื่องจริยธรรมตั้งแต่การเรียนการสอนในโรงเรียนทันตแพทย์ตลอดจนหน่วยงานที่กำกับดูแลควรจะเข้มงวดในระหว่างขั้นตอนการตรวจสอบในกรณีที่ทำผิดจรรยาบรรณ (Ravishankar et al., 2014) งานอีกชิ้นหนึ่งของชราวานี จี ดีโอเลีย (Shravani G Deolia) และคณะ (2014) ทำการศึกษานำร่อง (pilot study) ในกลุ่มทันตแพทย์สถาบันทันตกรรมแห่งหนึ่งในอินเดียพบว่า ทันตแพทย์มีความรู้และพฤติกรรมในเรื่องจริยธรรมในการทำงานวิจัยในระดับต่ำ แต่มีทัศนคติที่ดีที่ต้องการเรียนรู้เรื่องจริยธรรมในการวิจัย โดยระบุว่าควรมีหลักสูตรการเรียนการสอนเกี่ยวกับหลักการทางจริยศาสตร์ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปริญญาตรี (undergraduates) ไปจนถึงระดับหลังปริญญา (postgraduates) อย่างกว้างขวางในระดับประเทศ และครอบคลุมงานวิจัยในทุกประเภทที่แตกต่างกัน (Deolia et al., 2014) แต่อย่างไรก็

Copyright by Mahidol University

ดีงานวิจัยสองชิ้นนี้ถูกวิจัยในประเทศอินเดียที่มีบริบททางสังคมที่แตกต่างออกไปจากสังคมในประเทศอื่น

ส่วนงานที่ใช้จรรยาบรรณหรือข้อบังคับวิชาชีพ (ethical code, code of conduct, professional conduct) เป็นหน่วยศึกษา เป็นงานวิเคราะห์ตัวบทของจรรยาบรรณทางการแพทย์ว่าถูกเขียนขึ้นเพื่อใช้งานอย่างไรในแต่ละประเทศ เช่นงานวิจัยของ จิงชิง หยาง (Jingqing Yang) (2009) ได้ใช้ข้อบังคับวิชาชีพแพทย์ในประเทศจีนเป็นหน่วยวิเคราะห์ พบว่าข้อบังคับวิชาชีพแพทย์ (professional ethics of medicine) ที่มีรากฐานมาจากอุดมการณ์คอมมิวนิสต์ (communist ideology) ยึดหลักในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยคือหมอต้องรักษาผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นหมอ (serving the people wholeheartedly) ในทางปฏิบัติกลับไม่เคยเกิดขึ้นจริง นับตั้งแต่ปี ค.ศ.1949 ที่เริ่มบังคับใช้จนถึงยุคก่อนการปฏิวัติ (pre-reform era) ลักษณะของการให้บริการในยุคนั้น ระบบบริการสุขภาพอยู่ในระบบราชการ (bureaucratic medicine) หมอมีสถานะเป็นเจ้าหน้าที่ของทางการเต็มไปด้วยยศศักดิ์ ทำให้หมอเพิกเฉยและไม่ได้ให้ความสนใจต่อคนไข้เท่าใดนัก จนกระทั่งในยุคหลังการปฏิวัติ (reform era) แนวคิดเรื่องระบบทุนเข้ามาตามกระแสของโลกทุนนิยม การให้บริการสุขภาพถูกทำให้เป็นการค้า (commercialization) ทำให้การให้บริการสุขภาพถูกเน้นไปที่เรื่องของธุรกิจมากกว่าที่จะเน้นไปที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งนี่คือความขัดแย้งในฐานคิด (fundamental conflict in ideology) ที่ทำให้อุดมการณ์เรื่องการให้บริการผู้ป่วยด้วยหัวใจที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ ไม่เคยเกิดขึ้นจริง แม้ว่าจะถูกบัญญัติขึ้นมาเป็นข้อบังคับวิชาชีพก็ตาม (Yang, 2009)

แมคเฟอสัน มายอล (Macpherson Mayol) และคณะ (2013) ได้วิเคราะห์ข้อบังคับวิชาชีพทันตแพทย์ด้วยการเปรียบเทียบข้อบังคับวิชาชีพของ3องค์กรทันตแพทย์ได้แก่ จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ในสหภาพยุโรป (Code of Ethics for Dentists in the European Union) ที่เขียนขึ้นโดยทันตแพทยสภาแห่งยุโรป (Council of European Dentists (CED)) จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ในประเทศสเปน (Código Español de Ética y Deontología Dental) ที่ประกาศใช้โดยองค์กรที่ควบคุมทันตแพทย์ในสเปน (Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGCOE)) ในประเทศสเปน และสุดท้ายหลักจริยศาสตร์และข้อบังคับวิชาชีพของประเทศสหรัฐอเมริกา (Principles of Ethics and Code of Professional Conduct, of the American Dental Association (ADA)) พบว่าการควบคุมความประพฤติของทันตแพทย์ในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพมีลักษณะของวัฒนธรรมโลกตะวันตก (western culture) เป็นองค์ประกอบร่วมแต่ในขณะเดียวกันก็มีความแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคมซึ่งอิงอยู่กับจารีตประเพณีของแต่ละประเทศทั้งในแง่ของจริยธรรมรวมไปถึงกฎหมาย (ethical & legislative tradition) ที่ได้รับสืบทอดต่อๆกันมา ถึงอย่างไรก็ตามท้ายที่สุดแล้วรากฐานทางจริยศาสตร์ที่ถูกนำมาร่างเป็นข้อบังคับ

Copyright© by Mahidol University

วิชาชีพทันตแพทย์ถูกเขียนขึ้นโดยอิงกับปัญหาทางทันตกรรมที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติของแต่ละประเทศที่พบเจอ (Macpherson Mayol et al, 2013)

พายร์โรฮ์ เอ็ม. (Pyrrho M.) และคณะ (2009) ทำการวิเคราะห์จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ของประเทศบราซิล (Brazilian Dentistry Code of Ethics (DEC)) วิเคราะห์ด้วยการแยกเนื้อหาที่อยู่ในข้อบังคับวิชาชีพโดยแบ่งข้อความออกเป็น 3 หมวด 1) ข้อความที่เกี่ยวข้องกับหลักจริยศาสตร์ชีวภาพ (plinciplism ที่ประกอบไปด้วย autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) 2) ข้อความที่ยึดโยงกับหลักคุณธรรมในเชิงศีลธรรม (moral virtues) โดยเลือกศีลธรรมแบบอีอองโทโลจิคัล (deontological) คือศีลธรรมที่มีลักษณะเป็นหน้าที่ (duty) ที่ต้องทำโดยปราศจากเงื่อนไข และ 3) ข้อความที่สัมพันธ์กับความเป็นวิชาชีพในเชิงเทคนิค ผลการวิเคราะห์พบว่าข้อความที่เลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น 22.9% สัมพันธ์กับหลัก 4 ข้อของจริยศาสตร์ชีวภาพ อีก 40.2% เป็นเพียงข้อแนะนำให้ปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับวิชาชีพในเชิงเทคนิค ส่วน 42% ยึดโยงอยู่กับหลักคุณธรรม และพบว่าข้อความที่เกี่ยวข้องกับหลักคุณธรรมนั้น 70.1 % ก็สัมพันธ์กับความเป็นวิชาชีพในเชิงเทคนิค (professionals and the technical aspects) กล่าวคือแทนที่จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ของประเทศบราซิล (DEC) จะเน้นความสำคัญไปที่ผู้ป่วยเป็นสำคัญเป็นเรื่องหลักที่ต้องคำนึงในกระบวนการให้การรักษา แต่ข้อบังคับกลับมุ่งประเด็นไปที่ความเป็นวิชาชีพแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของกฎหมายและความเป็นองค์กรวิชาชีพ (Pyrrho, 2009)

จากงานวิจัยตัวบทของข้อบังคับวิชาชีพที่กล่าวมาสังเกตได้ว่า ข้อบังคับวิชาชีพถูกเขียนขึ้นมาโดยอิงกับวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เพื่อรองรับปัญหาที่ทันตแพทย์หรือแพทย์ในประเทศนั้นพบเจอ ในขณะที่ข้อบังคับจรรยาบรรณที่เขียนขึ้นมาจากหลักจริยศาสตร์หรือหลักการบางอย่างที่ต้องการใช้เป็นแนวทาง อย่างเช่นในงานวิจัยของ หยาง เจ. (Yang J.) (2009) โดยไม่ได้อิงกับบริบททางวัฒนธรรม ข้อบังคับนั้นก็ไม่เกิดการปรับใช้ขึ้นจริง ในแง่นี้อาจตั้งข้อสังเกตได้ว่า การวิเคราะห์ข้อบังคับจรรยาบรรณของแต่ละสังคม ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาทางจริยศาสตร์หรือปัญหาเชิงเทคนิคในทางปฏิบัติ ที่วงการทันตแพทย์หรือแพทย์ในสังคมนั้นๆ กำลังเผชิญอยู่ เห็นอุดมการณ์ (ideology) หรือฐานคติที่สังคมนั้นยึดถือร่วมกันว่าเป็นเรื่องที่สมควรทำร่วมกันอยู่ การศึกษาตัวบทของข้อบังคับจรรยาบรรณจึงไม่ใช่แค่การวิเคราะห์ตัวบทในเชิงจริยศาสตร์ แต่ต้องสะท้อนให้เห็นถึงอุดมการณ์หลักหรือวิธีคิดหลักของคนในสังคม สร้างคำอธิบายต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อสามารถปรับใช้กับข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพให้ข้อบังคับเกิดประโยชน์ต่อคนทุกฝ่าย สลายการเอารัดเอาเปรียบที่แต่ละฝ่ายไม่ได้ตระหนักถึง (misrecognition) หรือในอีกความหมายหนึ่งก็คือเพื่อให้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ซ่อนอยู่ปรากฏขึ้นผ่านการวิเคราะห์ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ

Copyright by Mahidol University

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องชิ้นสุดท้ายที่จะอ้างถึง เป็นงานที่ระบุให้เห็นปัญหาทางจริยศาสตร์ของงานทันตกรรมในยุคที่ความสวยงามทางร่างกายเป็นกระแสที่ได้รับความนิยม (esthetics boom) โดยงานของ ไมโอ จี. (Maio G.) (2009) อธิบายว่าปรากฏการณ์ที่ผู้คนสนใจความสวยงามในเชิงสุนทรียศาสตร์อย่างล้นหลาม ทำให้การรักษาทันตกรรมมาเจอทางแยกระหว่างงานทางการแพทย์ (medicine) ที่เน้นไปที่การรักษาโรคกับงานเสริมความงาม (cosmetology) ที่เน้นไปที่ความสวยงาม ซึ่งหากงานทันตกรรมดำเนินเศรษฐกิจไปตามความต้องการของตลาดเสริมความงามและผนวกตัวเป็นส่วนหนึ่งของตลาดการค้า จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่จะทำให้มองไม่เห็นปัญหาที่แท้จริงในการรักษาผู้ป่วย งานทันตกรรมจะกลายเป็นเพียงส่วนหนึ่งของอุตสาหกรรมความงามที่มีจุดมุ่งหมายเพียงแค่ค้าขายอะไรบางอย่าง ไม่ได้เป็นไปเพื่อช่วยเหลือผู้คนอย่างแท้จริง งานทันตกรรมในลักษณะนี้เพียงหากินกับค่านิยมและชุดอุดมการณ์หลัก (ideology) ของคนในสังคมทำหน้าที่เป็นเพียงงานบริการโต๊ะเครื่องแป้ง บริการความอ่อนเยาว์ บริการบำบัดความใคร่ของผู้คน ที่ซึ่งได้สูญเสียการมองเห็นคุณค่าที่แท้จริงทั้งในคุณค่าของงานทันตกรรมและคุณค่าที่แท้จริงของความเป็นคน เพราะคุณค่าของมนุษย์ไม่ใช่แค่เพียงความสวยงามเปลือกนอก และที่สำคัญงานรักษาเป็นงานศิลปะที่ควรออกมาต่อต้านชุดอุดมการณ์ที่ครอบงำผู้คน คอยช่วยเหลือผู้คนให้มองเห็นความจริงแท้ มองเห็นตัวตนที่แท้จริงของตนเอง หากงานทันตกรรมในปัจจุบันคิดคำนวณเรื่องเหล่านี้ไม่ได้ งานทันตกรรมจะสูญเสียอัตลักษณ์ของงานรักษา (medicine) ไป ซึ่งนั่นคือความเสียหายอย่างใหญ่หลวงของวงการทันตกรรม (Maio, 2009)

งานวิจัยเกี่ยวกับจรรยาบรรณทันตแพทย์ที่ผ่านมาจึงยังไม่พบการนำแนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมมาวิเคราะห์ดูการก่อตัวของจรรยาบรรณตลอดจนศึกษาปฏิบัติการของมัน งานของ พายร์โรฮ์ เอ็ม. (Pyrrho M.) และคณะ (2009) ก็ใช้เพียงการตรวจสอบดูว่าข้อบังคับถูกใช้งานในลักษณะใดมากที่สุด แต่ไม่ได้วิเคราะห์ไปจนถึงภาคปฏิบัติการณ์ในสังคม ในขณะงานชิ้นสุดท้ายที่อ้างถึงของ ไมโอ จี. (Maio G.) (2009) ก็เป็นงานที่วิเคราะห์อุดมการณ์ความสวยงามกับการแพทย์ในลักษณะการวิเคราะห์ชุดความรู้แบบคู่ตรงข้าม (binary opposition) แต่ยังไม่ได้วิเคราะห์ไปถึงเครือข่ายของความรู้ในฐานะที่เป็นอำนาจ ว่าเกิดการปะทะระหว่างชุดวาทกรรมต่างๆอย่างไร การใช้แนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมในการวิเคราะห์ดูระบบจริยธรรมและข้อบังคับจรรยาบรรณการแพทย์จึงขยายมิติการศึกษาจรรยาบรรณ ช่วยทำให้เกิดการตั้งคำถามต่อความรับผิดชอบของทันตแพทย์และคุณค่าของการให้บริการทันตกรรมที่กว้างขึ้น

Copyright by Mahidol University

2.5 กรอบแนวคิดในงานวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์วาทกรรมโดยจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การก่อตัวขึ้นมาจนกลายเป็นวาทกรรม (discursive formation) และหลังจากกลายเป็นวาทกรรมหลักแล้วมีภาคปฏิบัติการและเทคนิควิธีในการจัดการให้เรื่องราวๆต่างๆอยู่ภายใต้วาทกรรมอย่างไร (discursive practice) โดยแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

2.5.1 การก่อตัวขึ้นมาจนกลายเป็นวาทกรรม

สืบค้นว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพ” มีความเป็นมาอย่างไร หรืออีกทางหนึ่งคือการตั้งคำถามง่ายๆว่า อะไรคือจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ แต่การตั้งคำถามนี้ไม่ใช่การหานิยามให้กับคำว่าจรรยาบรรณวิชาชีพ หากแต่ดูว่ามีชุดกฎเกณฑ์ใดที่เป็นตัวกำหนดหรือสร้างความหมายให้กับคำว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพ” ซึ่ง มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เรียกกระบวนการสืบค้นนี้ว่า “Problematization” นั่นคือ ศึกษาจากประวัติศาสตร์ว่าเกิดปัญหาอะไรขึ้นมาบ้าง จนทำให้เกิดการสร้างจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมา มีปัจจัยต่างๆอย่างไรจนทำให้วาทกรรมนี้กลายเป็นวัตถุที่จับต้องได้ (discursive object) มีความหมายขึ้นมาได้ตลอดจนกลายเป็นชุดกฎเกณฑ์ของสังคมที่ทำงานร่วมกันกับชุดเหตุผลสนับสนุนอื่นๆในสังคม (power/knowledge nexus)

2.5.2 วิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม

เป็นการศึกษาภาคปฏิบัติการของวาทกรรม โดยศึกษาว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมที่ถูกร่างขึ้นมาดำรงเจตนารมณ์หรือวัตถุประสงค์อะไรไว้ มีอำนาจหน้าที่อะไร สัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์อย่างไร มีการกำหนดบทบาท กฎเกณฑ์อะไรในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ และท้ายสุดแล้วกิจกรรมเหล่านี้มุ่งประโยชน์ไปที่สังคมหรือประชาชนภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างทันตแพทย์กับประชาชนในลักษณะใด

Copyright by Mahidol University

บทที่ 3
วิธีวิทยาของงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ข้อมูลเอกสารศึกษาและวิเคราะห์ตีความเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์ และใช้ข้อมูลเอกสารบวกกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์การถูกใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณดังกล่าว ผ่านแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) โดยใช้แนวทางการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผ่านเครื่องมือวิเคราะห์วาทกรรมแบบฟูโกต์ (Foucauldian) ของ อาร์ริบาส-อายลอน และ วอล์คเกอร์ดีน (Arribas-Ayllon and Walkerdine) (2008) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 วิธีการวิจัย

เพื่อตอบคำถามวิจัยให้ครอบคลุมทั้งความเป็นมาของการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการศึกษา 2 วิธี ดังนี้

3.1.1 การวิจัยเอกสาร

ศึกษาข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์หรือเรื่องราวจำเพาะเจาะจงจากเอกสาร (purposive documents) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ โดยแบ่งเอกสารที่ใช้ศึกษาตามกรอบแนวคิดงานวิจัยเป็น 2 ส่วนดังนี้

3.1.1.1 เอกสารที่ใช้ศึกษาการก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (discursive objects) ได้แก่ 1) เอกสารวิชาการ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง 2) เอกสารประวัติศาสตร์และบันทึกการประชุมของสภาการแพทย์ 3) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่ พระราชบัญญัติสภาการแพทย์ พ.ศ.2466 ร่างระเบียบวิชาชีพพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 กฎกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2480

Copyright by Mahidol University

ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538

3.1.1.2 เอกสารที่ใช้ศึกษาบริบทการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ (discursive practice) ได้แก่ 1) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และ ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 2) รายงานสถิติการฟ้องร้องผ่านข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ 3) ประกาศจากทันตแพทยสภาเรื่องแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของทันตแพทย์ 4) เอกสารวิชาการ งานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหมวดต่างๆในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่ถูกร้องเรียนเรื่องความประพฤติ เรื่องภาพลักษณ์ของแพทย์-ทันตแพทย์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา 5) เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นที่วิเคราะห์ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ ข้อบังคับที่ว่าด้วยเรื่องการเก็บความลับของผู้ป่วย (confidentiality) เอกสารที่ใช้ประกอบคือ ตัวอย่างโครงรูปแบบใบยินยอมให้การรักษา (informed consent) จากโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชนที่ยินยอมให้เผยแพร่ได้

3.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ที่ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพจำนวน 3 ราย เพื่อเก็บข้อมูลเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ขยายให้เห็นถึงบริบทของการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในปัจจุบันว่าถูกใช้จัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์อะไรบ้าง มีกระบวนการตัดสินในการร้องเรียนจรรยาบรรณอย่างไร ตลอดจนเนื้อหารายละเอียดของการร้องเรียนจรรยาบรรณที่ขยายให้เห็นรูปแบบของการร้องเรียนที่แตกต่างกันออกไป

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.2.1 ข้อมูลเอกสาร

Copyright by Mahidol University

แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกใช้สำหรับวิเคราะห์หาการก่อตัวของวาทกรรม (discursive objects) โดยแบ่งตามปีพุทธศักราชที่มีพระราชบัญญัติให้อำนาจในการ

บังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ พ.ศ.2466 พ.ศ.2479 และ พ.ศ.2537 กับส่วนที่สองใช้สำหรับวิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม (discursive practice) แบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1) รายงานการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพที่อยู่ในรูปสถิติ 2) เอกสารที่เป็นร่างพระราชบัญญัติ ข้อบังคับคำสั่ง หรือ คำประกาศจากกระทรวงหรือจากสภา และ 3) เอกสารวิชาการ งานวิจัย ที่ช่วยในการวิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม ได้แก่ ข้อมูลเรื่องภาพลักษณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจรรยาบรรณของทันตแพทย์ และข้อมูลเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา

3.2.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพ จำนวน 3 ราย เป็นการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่เป็นกรณีของการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าถึงได้จากข้อมูลเอกสาร ขยายให้เห็นบริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการที่ใช้ในการตัดสินเมื่อเกิดการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

มีรายละเอียดของแนวทางและขั้นตอนในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

3.3.1 แนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้แนวทางวิเคราะห์วาทกรรมแบบฟูโกต์ (Foucauldian discourse analysis) ที่สร้างโดย อาร์ริบาส-อายลอน และ วอล์คเกอร์ดีน (2008) (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008) ซึ่งถูกออกแบบมาไม่ให้การวิเคราะห์วาทกรรมถูกจำกัดขอบเขตจนกลายเป็นทฤษฎีที่มีรูปแบบตายตัว แต่ใช้เป็นแนวทางสำหรับขั้นตอนการวิจัยเหมือนกับป้ายบอกทาง (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008, p. 98) มีรายละเอียดดังนี้

1)การเลือกตัวบทหรือถ้อยแถลงในวาทกรรม ในงานวิจัยชิ้นนี้ถ้อยแถลงที่ใช้ศึกษาคือ “จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ”

2) การทำให้เป็นประเด็นปัญหา เป็นการสืบค้นหาร่องรอยว่าเหตุการณ์หรือประเด็นปัญหาใดที่ทำให้เกิดการก่อรูปของวาทกรรม

3) เทคนิควิธีในการควบคุม เป็นการสำรวจหารูปแบบของปฏิบัติการ เทคนิควิธีและการอ้างเหตุผลในการควบคุมตนเองและผู้อื่น

Copyright by Mahidol University

4) ตัวละครในวาทกรรม ระบุหาผู้มีส่วนได้เสียซึ่งเป็นตัวละครที่วาทกรรมอนุญาตให้แสดงบทบาทได้ และสืบค้นหาบทละครต่างๆที่วาทกรรมอนุญาตให้แสดง

5) กระบวนการสร้างตัวตนภายใต้วาทกรรม ค้นหาว่ามีกระบวนการสร้างตัวตนขึ้นมาอย่างไร ผ่านตัวตนที่มีเอกลักษณ์แบบไหน และสุดท้ายเพื่ออะไร มีวัตถุประสงค์อะไรทำไมจึงต้องกลายเป็นตัวตนนั้น

3.3.2 ขั้นตอนในการวิเคราะห์

1) นำข้อมูลที่แยกไว้ 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์งานวิจัยมาวิเคราะห์โดยใช้แนวทางวิเคราะห์วาทกรรมแบบฟูโกต์ (Foucauldian discourse analysis) ของ อาร์ริบาส-อายลอน และ วอล์คเกอร์ดีน (Arribas-Ayllon and Walkerdine) (2008) เป็นแนวทางวิเคราะห์ดังนี้

1.1) วิเคราะห์การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (discursive objects) ใช้แนวทางในหัวข้อเรื่อง *การเลือกตัวบทหรือถ้อยแถลงในวาทกรรม (selecting a corpus of statements)* และ *การทำให้เป็นประเด็นปัญหา (problematizations)* วิเคราะห์ดูจุดตัดหรือจุดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงว่ามีประเด็นปัญหาอะไรที่ทำให้เกิดการบังคับใช้จรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นการวิเคราะห์การก่อตัวขึ้นมาของระบบจริยธรรมและข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในแง่ของการเป็นวาทกรรม (discursive construction)

1.2) วิเคราะห์ลักษณะการใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ (discursive practice) ใช้แนวทางในหัวข้อเรื่อง *เทคนิควิธีของอำนาจ (technologiesof power) ตัวละครในวาทกรรม (subject positions) กระบวนการสร้างตัวตน(subjectification)* เป็นแนวทางวิเคราะห์ภาคปฏิบัติการว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้งานอย่างไรบ้าง มีอำนาจหน้าที่อย่างไร จำนวนสถิติการฟ้องร้องปัญหาเรื่องจริยธรรมในทันตแพทย์มีเรื่องใดบ้างลักษณะการฟ้องร้องสามารถแบ่งออกเป็นรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปได้อย่างไรบ้าง ไปจนท้ายที่สุดวิเคราะห์ให้เห็นว่าการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในบริบทที่เกิดขึ้นดังกล่าวท้ายสุดแล้วมุ่งผลประโยชน์ไปที่ผู้ป่วยเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร

2) เรียบเรียงข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มา สำรวจความบกพร่องของข้อมูลตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ด้วยการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

3) เขียนผลการวิจัยในแต่ละประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หากมีชื่อบุคคลหรือองค์กรในเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงหรือเกิดผลทางลบ จะไม่ระบุตัวตนบุคคลหรือองค์กรในข้อมูล

Copyright by Mahidol University

3.4 จริยธรรมในงานวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมในการวิจัยเลขที่ COA. No. 2016/10-122 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 02-441-0201-4 โทรสาร 02-441-9333

Copyright by Mahidol University

บทที่ 4
ประวัติศาสตร์ของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ประวัติศาสตร์ของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย จากจุดเริ่มต้นตั้งแต่การกำเนิดสภาวิชาชีพทางการแพทย์ที่ได้อำนาจทางกฎหมายเพื่อควบคุมวิชาชีพทันตแพทย์เป็นครั้งแรก จนถึงการบังคับใช้ข้อบังคับบรรยาบรรณในปัจจุบัน สามารถแบ่งจุดตัดที่สำคัญของเหตุการณ์ออกได้เป็นได้ 3 ช่วงเวลา ดังนี้

4.1 จุดกำเนิดของสภาวิชาชีพและการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ

วิชาชีพทันตแพทย์เป็นวิชาชีพที่ใช้วิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นพื้นฐานความรู้ เป็นศาสตร์การแพทย์แขนงหนึ่งของการแพทย์สมัยใหม่ ในปัจจุบันการจะเป็นทันตแพทย์ได้นั้นต้องผ่านการศึกษาตามหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต จากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ และได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากทันตแพทยสภา โรงเรียนที่เปิดสอนวิชาชีพทันตแพทย์แห่งแรกในประเทศไทย ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ คือ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2483 ในยุคก่อนหน้าที่ยังไม่โรงเรียนสอนวิชาทันตแพทย์ การเรียนทันตแพทย์ต้องไปศึกษาที่ต่างประเทศ เช่น อเมริกา เยอรมนี ญี่ปุ่น เป็นต้น จากนั้นทันตแพทย์กลับมาปฏิบัติงานทันตกรรมจนแน่ใจว่าตนมีความสามารถมากพอจึงเปิดเป็นสำนักสอนของตนเอง คลินิกทันตกรรมที่ดำเนินตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์แห่งแรกเกิดขึ้นในปี พ.ศ.2434 คือคลินิกของอำมาตย์เอกพระยาอาจวิทยาคม หรือ ดร.จอร์จ แบรดเล่ย์ แมคฟาร์แลนด์ (Dr. George Bradley McFarland) นายแพทย์ใหญ่คนแรกของโรงพยาบาลศิริราช ผู้สำเร็จปริญญาทันตแพทยศาสตร์ดุษฎีบัณฑิตจากประเทศอเมริกา (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2533, น. 11) นอกจากนี้ยังมีทันตแพทย์อีกกลุ่มที่เป็นทันตแพทย์ชาวจีนและแขกลังกาที่อพยพย้ายถิ่นฐานมาอยู่ที่ประเทศไทย แต่วิชาการแพทย์ไม่ใช่การศึกษาจากสถาบันการศึกษาแต่เป็นการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษหรือจากนายจ้างเก่า แล้วออกมาหาความชำนาญจากการเปิดร้านทำฟันเอง ย่านที่มีทันตแพทย์ชาวจีนมากที่สุดคือ ถนนเจริญกรุงในกรุงเทพมหานคร ซึ่งทั้งหมดเปิดเป็นสำนักงานของตนเองและฝึกฝนวิชาชีพถ่ายทอดในสำนักงานกันเอง

Copyright by Mahidol University

ยังไม่มีการควบคุมคุณวุฒิหรือมาตรฐานวิชาชีพในลักษณะที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (เสวต ทัศนบรรจง, 2534) ในช่วงเวลานั้นวิชาชีพทันตแพทย์เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลของสภาการแพทย์ ในปี พ.ศ. 2466 แต่ขอบเขตการควบคุมยังไม่ชัดเจน จนกระทั่ง พ.ศ.2538 การควบคุมมาตรฐานวิชาชีพทันตแพทย์เกิดขึ้นเป็นกฎหมายครั้งแรก ด้วยอำนาจจากพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ดังนั้นในส่วนของการขึ้นทะเบียนและควบคุมความประพฤติในวิชาชีพทันตแพทย์จึงแบ่งได้ออกเป็น 2 ยุค คือ ยุคก่อน พ.ศ.2538 ที่ยังไม่ได้มีการก่อตั้งองค์กรวิชาชีพของทันตแพทย์ การขึ้นทะเบียนและการควบคุมความประพฤติจะขึ้นอยู่กับองค์กรวิชาชีพแพทย์ กับยุคหลัง พ.ศ.2538 ที่วิชาชีพทันตแพทย์มีทันตแพทยสภาเป็นองค์กรวิชาชีพของตัวเอง ที่คอยขึ้นทะเบียนสมาชิกทันตแพทย์และควบคุมความประพฤติของสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนไว้

แรกเริ่มเดิมทีนั้นการให้การรักษาทางทันตกรรมไม่ได้มีองค์กรคอยกำกับดูแลความประพฤติ ด้านการศึกษาเองก็ไม่ได้มีโรงเรียนสอนทันตแพทย์โดยเฉพาะ ถูกสอนรวมเป็นการแพทย์แขนงหนึ่งอยู่ในโรงเรียนแพทย์ โดยโรงเรียนแพทย์แห่งแรกถูกจัดตั้งขึ้นที่โรงศิริราชพยาบาลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2432 รู้จักกันในนาม “ศิริราชแพทยากร” หรือ “โรงเรียนแพทยากร” และเปลี่ยนเป็นชื่อ “โรงเรียนราชแพทยาลัย” (Royal medical college) ในปี พ.ศ.2443 หลังจากนั้นก็ได้มีการปรับหลักสูตรเรื่อยมา จนถึงจุดเปลี่ยนสำคัญคือการเข้ามาของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ (Rockefeller foundation)[1] ในปี พ.ศ.2458 เมื่อรัฐบาลสยามได้ขอคำปรึกษาจาก Dr.Victor Heiser ผู้อำนวยการภาคตะวันตกของคณะกรรมการสุขภาพนานาชาติ (International health board) หน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ ให้เข้ามาสำรวจและปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนแพทยาลัย จนเป็นรูปเป็นร่างในปี พ.ศ.2459 กรมขุนไชยนาทนเรนทรได้ประกาศหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ใหม่ โดยแบ่งหลักสูตร 5 ปีออกเป็นสองภาคการศึกษา ภาคละสองปีครึ่ง ภาคแรกเป็นการเรียนการสอนพรี-คลินิก (Pre-clinic) เน้นวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นพื้นฐานของวิชาแพทย์ในคลินิก ส่วนภาคหลังเป็นการเรียนการสอนในชั้นคลินิก (Clinic) เน้นวิชาแพทย์แผนปัจจุบัน กระทั่งปีถัดมา พ.ศ.2460 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขึ้นภายในพระบรมมหาราชวัง โดยรวมโรงเรียนราชแพทยาลัยเข้ากับโรงเรียนสำหรับฝึกหัดข้าราชการฝ่ายพลเรือน โรงเรียนราชแพทยาลัยจึงเปลี่ยนเป็น “คณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย”[2] และได้รับความช่วยเหลือในการปรับปรุงหลักสูตรจากมูลนิธิ

---

[1] มูลนิธิที่ก่อตั้งโดย John D. Rockefeller นักธุรกิจชาวอเมริกัน ในปี ค.ศ.1913 เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมนุษย์ในด้านการศึกษา พลังงาน และการแพทย์ เว็บไซต์มูลนิธิ https://www.rockefellerfoundation.org

[2] ปัจจุบันคือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมหิดล เนื่องจากในปี พ.ศ.2485 ได้สถาปนามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์โดยแยก คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล, คณะทันตแพทยศาสตร์, คณะเภสัชศาสตร์, คณะสัตวแพทยศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มาตั้งเป็นมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ อยู่ในสังกัดกระทรวงการสาธารณสุขและคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลย้าย

Copyright by Mahidol University

ร็อคกี้เฟลเล่อร์เรื่อยมาในยุคนั้น (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2483 ถึงได้มีการแยกคณะทันตแพทย์ออกมาจากคณะแพทย์จัดตั้งขึ้นเป็นคณะทันตแพทย์ศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งปัจจุบันยังคงสังกัดอยู่กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านการควบคุมความประพฤติผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมนั้น เกิดองค์กรแพทย์ องค์กรแรกที่เข้ามาควบคุมและขึ้นทะเบียนทันตแพทย์ได้แก่ “สภาการแพทย์” (medical council) ในปี พ.ศ.2466 ในยุคสมัยที่ทันตแพทย์ยังคงเรียนรวมอยู่กับแพทย์สภาการแพทย์ถูกจัดตั้งขึ้นโดยอ้างว่าเพื่อ “สำหรับตรวจตราดูแลสอดส่องความประพฤติและมารยาตร์ของผู้กระทำการแพทย์”[3] เนื่องมาจากกรมสาธารณสุขสังกัดกระทรวงมหาดไทยในขณะนั้นเสนอให้มีกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ โดยได้ร่างพระราชบัญญัติการแพทย์เสนอในปี พ.ศ.2464 หลักใหญ่ใจความในข้อเสนอของร่างพระราชบัญญัติ พ.ศ.2464 นี้คือประกาศให้มีการจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นเพื่อควบคุมวิชาชีพแพทย์ตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอนไปจนถึงการประกอบวิชาชีพ ภายหลังที่ร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ถูกเสนอขึ้นมามีกระแสคัดค้านรุนแรงมาก โดยเฉพาะจากฝั่งของกระทรวงธรรมการ[4] เนื่องจากอำนาจของสภาการแพทย์ที่เสนอในร่างพระราชบัญญัตินั้นนอกจากจะให้อำนาจสภาการแพทย์ควบคุมการประกอบอาชีพของแพทย์และทันตแพทย์แล้วยังครอบคลุมไปถึงหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทย์ด้วย ทำให้การเรียนการสอนของคณะแพทย์ซึ่งเดิมอยู่ในการดูแลของกระทรวงธรรมการแต่เพียงกระทรวงเดียว จะตกอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสภาการแพทย์ที่สังกัดกรมสาธารณสุขอีกขั้นหนึ่ง นับเป็นการแย่งชิงอำนาจในวงการแพทย์ของกรมสาธารณสุขที่มีต่อกระทรวงธรรมการ แต่ท้ายที่สุดในปี พ.ศ.2466 ประเทศสยามก็ได้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับแรกขึ้น ประกาศใช้ในวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2466 ด้วยอำนาจของพระราชบัญญัติฉบับนี้ทำให้เกิดการจัดตั้ง “สภาการแพทย์” มีอำนาจตามมาตรา 4 ที่ระบุว่า *“...ให้จัดตั้งขึ้นไว้เปนกรมหนึ่งในกระทรวง ซึ่งมีน่าที่บังคับบัญชากรมสาธารณสุข อันว่าสภาการแพทย์นั้นให้มีองค์กรรมการคือ อธิบดีกรมสาธารณสุข เปนสภานายก และมีกรรมการเจ้าน่าที่ 8 นาย...”* โดยผู้แทนจากกระทรวงศึกษาธิการนายหนึ่ง เป็นเพียง 1 ใน 8 ของคณะกรรมการ ทำให้ด้านการรักษาทางทันตกรรมเองก็อยู่ภายใต้บทบัญญัตินี้ใน มาตรา 3

สังกัดอีกครั้งในปี พ.ศ.2512 ด้วยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้สมควรปรับปรุงมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ให้เป็นมหาวิทยาลัยที่สมบูรณ์ พระราชทานนามว่า "มหาวิทยาลัยมหิดล" ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาลจึงกลายมาเป็น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแห่งมหาวิทยาลัยมหิดล ส่วนคณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปัจจุบันนั้น ถือกำเนิดจากพระราชปรารถในพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดล พระอัฐมรามาธิบดินทร จนถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ.2490 ในสังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ก่อนจะถูกโอนให้กลับมาสังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ใน พ.ศ.2510

[3]มาตรา3 (ร่าง)พระราชบัญญัติการแพทย์พ.ศ.2464

[4]กระทรวงศึกษาธิการในปัจจุบัน

Copyright by Mahidol University

ความว่า *"..."โรคศิลปะ" หมายความว่า การบำบัดโรคทางยา และทางผ่าตัด รวมทั้งการผดุงครรภ์ การช่างฟัน การสัตวแพทย์ การปรุงยา การพยาบาล การนวด หรือการรักษาคนบาดเจ็บป่วยไข้โดยประการใดๆ"* ส่วนเป้าหมายของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ ให้มีการจัดตั้งสภาการแพทย์เพื่อควบคุมกิจการแพทย์ไปจนถึงโรงเรียนแพทย์ หากแต่เรื่องกิจการในโรงเรียนแพทย์ถูกต่อรองลดทอนทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาหลักสูตร ทำให้หน้าที่หลักๆเป็นเรื่องการขึ้นทะเบียนอนุมัติใบอนุญาตให้บุคคลผู้ประกอบโรคศิลป์ โดยมีหน้าที่ตามอำนาจของพระราชบัญญัติพอสังเขปดังนี้

"กฎเสนาบดี มาตรา 8...ให้ออกข้อบังคับว่าด้วยการต่อไปนี้ คือ ก.ระเบียบวิธีดำเนินการ ข.ค่าธรรมเนียม ***ค.การวางบทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต***

อำนาจให้ใบอนุญาต มาตรา 9 ก. อันว่าสภาการแพทย์นั้นให้มีอำนาจที่จะออกใบอนุญาตให้บุคคลหนึ่งผู้ใดประกอบโรคศิลปะ เพื่อแสวงผลประโยชน์ หรือสินจ้าง เพื่อรับบำเหน็จทดแทน หรือรางวัลโดยทางตรงทางอ้อมสำหรับตนเองหรือผู้อื่นนั้นได้ ประการหนึ่งมีอำนาจจดทะเบียนบุคคลทั้งปวงที่ว่า กับอีกประการหนึ่งมีอำนาจทำการสืบสวนหรือไต่สวนตามแต่จะจำเปน... สภาการแพทย์สามารถวินิจฉัยว่าผู้ใดมีคุณสมบัติควรแก่การขึ้นทะเบียนได้หรือไม่... แต่พึงเข้าใจว่าคุณสมบัติอันประกอบความสมควรดังได้กล่าว หาได้หมายความเพียงแต่วิทยาคุณในวิชาชีพของประกาศนียบัตร์เท่านั้นไม่ ย่อมกินความถึงความมั่นคงในธรรมจรรยามรรยาทเนื่องในวิชาชีพด้วย

มาตรา 9 ข. สภาการแพทย์กระทำการเปนที่ปฤกษาของกระทรวงศึกษาธิการในเรื่องหลักสูตร์สำหรับการสอน การสอบไล่ และสำหรับความรู้ความชำนาญอันจะพึงต้องบรรลุในพแนกสาขาต่างๆของโรคศิลปะตามที่สอนในกระทรวงนั้นด้วย"

ในส่วนของการอนุญาตและขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะนั้นได้แบ่งเนื้อหารายละเอียดออกเป็นส่วนต่างๆคือ ลักษณะบัญญัติสำหรับการประกอบโรคศิลปะ มาตรา 10 สาระสำคัญกล่าวถึงการห้ามมิให้ผู้ใดประกอบโรคศิลปะ จนกระทั่งได้ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้

ลักษณะไม่ควรอนุญาตมาตรา 11 กล่าวถึงถ้าสภาการแพทย์เห็นควรว่าผู้ใดไม่มีคุณสมบัติตาม มาตรา9 หรือเคยทำผิดร้ายแรงเกี่ยวกับ อนาจาร ทุจริตเสื่อมเสียเกียรติยศตามที่เจ้าหน้าที่พิจารณาหรือตามที่มีคำพิพากษาลงโทษของศาล สภาการแพทย์จะไม่ยอมออกใบอนุญาตและไม่ยอมขึ้นทะเบียนให้ก็ได้

Copyright by Mahidol University

การพักและเพิกถอนใบอนุญาต มาตรา 12 ให้อำนาจสภาการแพทย์ลงโทษ หากบุคคลที่ได้รับอนุญาตประกอบศิลปะล่วงละเมิดกฎข้อบังคับว่าด้วยมรรยาทในวิชาชีพ (มาตรา 8 ค.) หรือ

ในเหตุดังกล่าวไว้ในมาตรา 10 สภาการแพทย์จะปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังนี้ ก.สั่งพักใบอนุญาตชั่วคราวไม่เกิน 5 ปี ระหว่างนั้นห้ามประกอบกิจ ข.เพิกถอนการอนุญาตและขีดฆ่าชื่อผู้นั้นออกจากทะเบียน เมื่อได้รับบทลงโทษผู้ต้องหาจักได้รับแจ้งความบอกกล่าวให้รู้ตัว และมีโอกาสยื่นคำให้การแก้คดีได้

การอุทธรณ์ มาตรา 13 ในกรณีที่เจ้าทุกข์ถูกลงโทษจากสภาการแพทย์ในมาตราทั้งสองก่อนนี้นั้น เจ้าทุกข์มีสิทธิที่จะอุทธรณ์คำวินิจฉัยของสภาต่อเสนาบดี[5]ได้ และให้ถือเอาคำสั่งเสนาบดีเป็นเด็ดขาดชั้นที่สุด

การขึ้นทะเบียนต่ออายุ มาตรา 14 บุคคลที่ได้ขึ้นทะเบียนชั้นต้นและรับอนุญาตตามพระราชบัญญัติ ต้องขึ้นทะเบียนต่ออายุตามกาละและกำหนดเวลา ซึ่งเสนาบดีจะได้สั่ง หากละเลยถือว่าขาดจากทะเบียน

การมิให้ขึ้นแสดงตนหลอกลวง มาตรา 15 ห้ามมิให้ผู้ใดใช้อักษรหรือคำใดควบต่อกับชื่อตน โดยสแดงเจตนาตนหลอกลวงส่อให้เข้าใจว่าตนได้ปริญญา ประกาศนียบัตร์ หรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ นอกจากนี้ในมาตรา 15 ยังระบุกว้างๆว่าต้องจบจากโรงเรียนแพทย์ที่สภาการแพทย์รับรอง จึงจะขอใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะได้

ลำดับชั้นต่างๆของการอนุญาต มาตรา 16 ให้มีกฎเสนาบดีระบุและกำหนดชั้นต่างๆ โดยระบุลักษณะและเขตร์จำกัดของผู้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชชาชีพว่าจะประกอบวิชชาชีพของตนได้เพียงใดด้วย" (พระราชบัญญัติการแพทย์พุทธศักราช2466, 2466)

ผลลัพธ์จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในยุคนั้น แม้ว่าจะสำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์แล้วแต่ทันตแพทย์ไม่สามารถประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากสภาการแพทย์เสียก่อน การจัดตั้งสภาการแพทย์ของกรมสาธารณสุขจึงถือเป็นการแปลงรูปโฉมหน่วยงานของกรมสาธารณสุขให้เข้ามาแย่งชิงพื้นที่อำนาจในการควบคุมกิจการแพทย์จากกระทรวงธรรมการ ด้วยการอ้างความชอบธรรมว่าเพื่อควบคุมแพทย์-ทันตแพทย์ให้มีคุณสมบัติเพียงพอทั้งด้านความรู้และธรรมจรรยา ทำให้ในพระราชบัญญัติต้องให้อำนาจสภาการแพทย์ในการวางบทบัญญัติเกี่ยวกับจรรยาบรรณแพทย์ขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติให้กับแพทย์และทันตแพทย์ ตามอำนาจของกฎเสนาบดี มาตรา 8 ว่าด้วย "บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต" นับเป็นความพยายามแปรรูปหลักศีลธรรมให้อยู่ในรูปกฎหมายบังคับปฏิบัติเป็นครั้งแรกของวงการแพทย์ไทย

Copyright by Mahidol University

[5]ศัพท์บัญญัติในมาตรา 3 พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 *"คำว่า "เสนาบดี" หมายความว่า เสนาบดีเจ้ากระทรวง ซึ่งสภาการแพทย์สังกัดอยู่"*

แม้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ได้ให้อำนาจในการออกบทบังคับมรรยาทวิชชาชีพซึ่งควรจะเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ฉบับแรกของประเทศไทย แต่ผู้วิจัยพยายามสืบค้นรายละเอียดของบทบังคับมรรยาทฉบับนี้พบว่า ไม่พบว่ามีการประกาศใช้ “บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต” ตามอำนาจในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ด้วยสาเหตุที่การเริ่มต้นขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์ในช่วงแรกเป็นไปอย่างทุลักทุเล เป้าหมายเพียงแค่ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์ให้ได้ก่อน เนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศทำให้รัฐบาลขาดแคลนทุนทรัพย์ในการบริหารประเทศ (ทวีศักดิ์ เผือกสม,2550, น. 160-161) แม้สภาการแพทย์จะถูกจัดตั้งขึ้นใน พ.ศ.2466 แต่ต้องรอจนถึง พ.ศ.2472 จึงเริ่มดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะได้ โดยมีสถานที่ทำการขึ้นทะเบียนคือสำนักงานบริหารควบคุมการประกอบโรคศิลปะอยู่ที่ย่านยศเส ในกรุงเทพฯ สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2533, น. 14) ผลกระทบของพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในช่วงนั้นจึงมีผลภายหลังปี พ.ศ.2472 ที่ทันตแพทย์ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ภายใต้การควบคุมใบอนุญาตของสภาการแพทย์ แต่ทิศทางของการบังคับควบคุมความประพฤติของทันตแพทย์ยังไม่ปรากฏเป็นแนวทางอย่างชัดเจน เนื่องจากสภาการแพทย์ในระยะเวลานั้นเป็นช่วงเวลาแห่งการแย่งชิงอำนาจในการควบคุมกิจการแพทย์ระหว่างฝั่งโรงเรียนแพทย์กับกรมสาธารณสุข สังเกตได้จากกรมสาธารณสุขนอกจากเสนอร่างพระราชบัญญัติสภาการแพทย์แล้ว ในช่วงเวลาที่สภาการแพทย์ยังไม่สามารถดำเนินกิจการได้ ยังได้เสนอร่างพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ.2469 ขึ้นมาเพื่อให้เกิดการจัดตั้งสภาการสาธารณสุขประจำชาติอันมีหน้าที่พิจารณาและอนุมัติโครงการที่เกี่ยวข้องกับกิจการสาธารณสุขและบำบัดโรคทุกโครงการ ซึ่งรวมไปถึงนโยบายด้านการศึกษาของแพทย์ด้วย แต่ผลสุดท้ายฝั่งคณะแพทย์ได้ออกมาคัดค้านเช่นเดิม และลงเอยด้วยให้สภาการสาธารณสุขเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำมีสถานะเพียงสภาที่ปรึกษาเท่านั้น

ดังนั้นเมื่อมองภาพรวมทั้งหมดกล่าวได้ว่า “สภาการแพทย์” เป็นผลลัพธ์จากอำนาจของพระราชบัญญัติสภาการแพทย์ พ.ศ.2466 ที่เกิดจากการคัดค้านของฝั่งโรงเรียนแพทย์ต่อกรมสาธารณสุข เป็นพื้นที่ปลอดภัยที่สุดเท่าที่โรงเรียนแพทย์จะต่อรองไว้ได้ ด้วยการต่อต้านไม่ให้กรมสาธารณสุขเข้ามาก้าวก่ายกิจการของโรงเรียนแพทย์ ผลคือสภาการแพทย์จึงมีหน้าที่เพียงขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ และควบคุมเฉพาะแพทย์-ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาไปแล้ว ไม่มีสิทธิเข้ายุ่งกับนโยบายด้านการศึกษาในโรงเรียน สังเกตได้จากการที่กรมสาธารณสุขพยายามหลายต่อหลายหนในการเข้ามาครอบครองกิจการแพทย์ทั้งหมด ภายใต้บรรยากาศรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในขณะนั้นที่มีลักษณะการบริหารราชการแบบรวมศูนย์อำนาจ

Copyright by Mahidol University

(centralization) การที่โรงเรียนสอนแพทย์-ทันตแพทย์ที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นมาภายหลังได้ดำเนินกิจการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขโดยเป็นอิสระจากกรมสาธารณสุข จึงเป็นสิ่งที่กรมสาธารณสุขไม่คุ้นเคยมาก่อนพร้อมทั้งบุคลากรฝั่งการแพทย์สมัยใหม่ก็ยังมีไม่เพียงพอ ขาดแคลนทันตแพทย์ ขาดแคลนยาและอุปกรณ์การแพทย์ แม้จะมีโรงพยาบาลตามแบบชาติตะวันตกแล้วก็ตาม แต่ยามเจ็บป่วยประชาชนยังคงนิยมใช้บริการจากแพทย์พื้นบ้านอยู่ ยังใช้ยาสมุนไพร พึ่งการทำคลอดด้วยหมอตำแย รวมถึงการอยู่ไฟ ทำให้กระทั่งโรงพยาบาลศิริราชเองยังต้องใช้แพทย์พื้นบ้านและยาของแพทย์พื้นบ้านช่วยตรวจรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2546, น. 11) ประกอบกับฝั่งโรงเรียนแพทย์ที่เน้นผลิตแพทย์-ทันตแพทย์โดยมุ่งไปที่การควบคุมคุณภาพของแพทย์มากกว่าจะมุ่งด้านปริมาณ ทั้งหมดเป็นสาเหตุให้กรมสาธารณสุขต้องการรวบโรงเรียนแพทย์เพื่อเร่งการผลิตแพทย์-ทันตแพทย์ ดังนั้นการร่างพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2464 และร่างพระราชบัญญัติสภาการสาธารณสุขประจำชาติ พ.ศ.2469 ของกรมสาธารณสุข จึงเป็นเจตนาที่ล้วนแล้วแต่เสนอให้เกิดการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่สภาวิชาชีพด้วยการเสนอแต่งตั้งอธิบดีกรมสาธารณสุขให้ดำรงตำแหน่งเป็นนายกสภาวิชาชีพ โดยที่กรมสาธารณสุขเองจะอยู่ภายใต้บังคับของสภาวิชาชีพด้วย เพื่อให้อีกทางหนึ่งดูมีความชอบธรรมมากพอที่จะเข้าไปบังคับบัญชากิจการโรงเรียนแพทย์ได้ด้วย เมื่อมองในมุมนี้ ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่า “สภาการแพทย์” ที่ภายหลังจัดตั้งได้สำเร็จแต่ไม่ได้ดำเนินกิจการใดๆตั้งแต่ปี พ.ศ.2466 จนกระทั่ง พ.ศ.2472 อาจจะไม่ใช่เพียงแค่ภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ ที่ทำให้ดำเนินกิจการเป็นไปอย่างทุลักทุเลแต่เพราะการจัดตั้งสภาการแพทย์ครั้งนี้ไม่เป็นไปตามนโยบายรวมศูนย์อำนาจตามเจตนาของกรมสาธารณสุขที่พยายามรวมกิจการแพทย์เข้าไว้ด้วยกัน ผลคือสภาการแพทย์จึงไม่มีบทบาทในสังคมมากนัก อำนาจต่างๆที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 จึงเป็นเพียงคำสั่งที่มอบอำนาจไว้ให้กับสภาการแพทย์ตามกฎเสนาบดีที่ให้อำนาจในการวาง “บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต” ไว้เท่านั้น แต่ไม่พบผลดำเนินการใดๆ ไม่พบว่ามีการประกาศใช้ไม่พบแม้กระทั่งร่างคำสั่งของบทบังคับที่เป็นลายลักษณ์อักษร

นอกจากเรื่องของสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ที่ไร้ซึ่งเสถียรภาพ ขาดแคลนบุคลากรโรงเรียนแพทย์มุ่งผลิตแพทย์ในด้านคุณภาพมากกว่าเน้นเพิ่มจำนวนแพทย์ ที่ทำให้กรมสาธารณสุขพยายามจัดตั้งสภาการแพทย์เพื่อรวบกิจการทางการแพทย์แล้ว ยังมีจุดที่สำคัญอีกเรื่องคือการไร้ซึ่งหลักประกันในระบบจริยธรรมของแพทย์สมัยใหม่ ที่ระบบการเรียนการสอนของแพทย์แบบตะวันตกแตกต่างออกไปจากระบบอบรมสั่งสอนของแพทย์พื้นบ้าน กล่าวคือ การแพทย์พื้นบ้านในสมัยนั้นเองมีระบบจริยธรรมในลักษณะที่แฝงอยู่ในกระบวนการเรียนการสอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบจริยธรรมดั้งเดิมของการแพทย์พื้นบ้านที่วิธีการรับลูกศิษย์ของแพทย์พื้นบ้านไม่ใช่ระบบ

Copyright© by Mahidol University

สอบเทียบเข้าโรงเรียนแต่เป็นความพึงพอใจที่อาจารย์มีต่อลูกศิษย์ ผู้ที่ต้องการเข้าไปเป็นลูกศิษย์ต้องอยู่คอยรับใช้อาจารย์ อาจารย์จะใช้เวลาในการตัดสินพิจารณาจนกว่าจะวางใจและรับเข้ามาเป็นลูกศิษย์ ระหว่างนั้นอาจารย์ถ่ายทอดความรู้ให้ ลูกศิษย์เองก็จ่ายค่าตอบแทนความรู้นั้นด้วยความเคารพรักอาจารย์ สำนึกบุญคุณอาจารย์ในระดับเดียวกับบุพการี แม้จบการศึกษาไปประกอบวิชาชีพด้วยตนเองยังคงมีพิธีกรรมไหว้ครูก่อนทำการรักษาไปจนถึงประกอบพิธีไหว้ครูอย่างต่อเนื่องเพื่อระลึกถึงพระคุณของครูตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 41) ในแง่นี้พิธีกรรมไหว้ครูจึงเป็นพิธีกรรมที่เชื่อมให้ศิษย์ผูกพันกับจรรยาบรรณและหน้าที่ที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมาในอดีตเป็นพันธะผูกพันที่เชื่อมให้ให้ศิษย์ดำรงตนอยู่ในร่องในรอยที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมา จะเห็นว่าระบบการสอนของแพทย์พื้นบ้านนั้นอาจารย์จะเป็นศูนย์กลางให้ลูกศิษย์ได้ยึดโยงตนเองและปฏิบัติตามอาจารย์ อาจารย์จะเป็นตัวแทนของทั้งความรู้การแพทย์ เป็นผู้บังคับบัญชา ผู้มีพระคุณพร้อมทั้งเป็นจรรยาบรรณให้กับลูกศิษย์ได้ยึดโยง ในขณะที่โรงเรียนแพทย์เป็นระบบแบบแยกส่วนเริ่มตั้งแต่วิชาเนื้อหาที่เรียนก็แบ่งอาจารย์หลายท่านสอนตามความเชี่ยวชาญของแต่ละท่าน มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องเก็บค่าเทอมนักเรียนทันตแพทย์ หน่วยงานที่รับเงินภาษีจากรัฐจ่ายค่าจ้างอาจารย์ มีกลุ่มผู้บริหารที่กำหนดยุทธศาสตร์ของโรงเรียนแพทย์ พร้อมทั้งมีกลไกของรัฐที่คอยควบคุมอยู่ภายใต้การบริหารจัดการของรัฐ (state control) ให้ต้องทำงานร่วมกับสถาบันอื่นๆเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐ การยึดโยงของลูกศิษย์ที่มีต่ออาจารย์จึงถูกแยกส่วนออกไปต่างจากระบบการสอนของการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ที่ไม่ได้ขึ้นกับอาจารย์แต่ขึ้นอยู่กับนโยบายจากรัฐ วิทยาการความรู้ขึ้นอยู่กับงานวิจัยใหม่ๆ การอบรมสั่งสอนอยู่ในรูปแบบที่อาจารย์แพทย์มีความเป็นมืออาชีพ อาจารย์ต้องสามารถสอนนักเรียนทันตแพทย์ที่สอบเทียบเข้ามาเรียนในโรงเรียนแพทย์ได้ทุกคน ทำให้ระหว่างอาจารย์กับศิษย์เป็นเรื่องของความบังเอิญที่ได้มาพบกันมากกว่าจะเป็นเรื่องพันธะความผูกพันทางใจแบบฝั่งระบบการสอนของการแพทย์พื้นบ้านที่อาจารย์เลือกรับศิษย์เข้ามาถ่ายทอดความรู้ให้ด้วยความพึงพอใจ ด้วยเหตุนี้ระบบจริยธรรมของแพทย์แบบวิทยาศาสตร์จึงไร้หลักประกันภายใต้ระบบที่มีกลไกรัฐเข้ามาควบคุมกิจการ แม้เรื่องจริยธรรมแฝงอยู่ในระบบการเรียนการสอนแต่ไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน กอรปกับไม่มีกลไกที่สามารถยึดโยงนักเรียนแพทย์เข้ากับระบบจริยธรรมได้ จึงกลายเป็นข้ออ้างสำคัญที่ทำให้กรมสาธารณสุขยกประเด็นเรื่องการควบคุมธรรมจรรยาของแพทย์-ทันตแพทย์ขึ้นมาอ้างเพื่อรวบโรงเรียนแพทย์และกิจการทางการแพทย์ให้อยู่ภายใต้อำนาจของสภาการแพทย์ทั้งหมด เมื่อการจัดตั้งสภาการแพทย์ทำได้สำเร็จการวางบทบัญญัติเรื่องมรรยาทแพทย์จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องให้อำนาจไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 และเป็นจุดเริ่มต้นของจรรยาบรรณทันตแพทย์ในรูปแบบของลายลักษณ์อักษร

Copyright by Mahidol University

4.2 การบังคับใช้มรรยาทวิชาชีพกับการขีดเส้นแบ่งการแพทย์ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์

แม้ว่าในช่วงระยะเวลาแรกที่จัดตั้งสภาวิชาชีพ สภาการแพทย์จะไม่มีบทบาทในสังคมมากนัก แต่ถือได้ว่าการก่อตั้งสภาการแพทย์เป็นจุดตั้งต้นที่สำคัญของการใช้กฎหมายเข้ามาควบคุมวิชาชีพแพทย์-ทันตแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังที่มีการออกกฎเสนาบดีระบุลำดับชั้นการแพทย์ใน พ.ศ.2472 ที่ลดสถานะของการแพทย์พื้นบ้านลงให้กลายเป็นแค่ “แพทย์แผนโบราณ” ซึ่งเป็นไปพร้อมๆกับการสูญเสียบทบาทของหมอพื้นบ้านในโรงเรียนแพทย์และการสูญเสียบทบาทของหมอหลวงในราชสำนัก ในแง่นี้ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 จึงกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการทางกฎหมายที่เป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญอย่างยิ่งในการสถาปนาการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ให้กลายเป็นสถาบันหลักในสังคมไทย โดยมีหมุดหมายสำคัญของกระบวนการทางกฎหมายที่ถูกสร้างขึ้นให้รับช่วงต่อคือพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยพระราชบัญญัติฉบับนี้มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการถูกใช้ปูพื้นฐานการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กลายมาเป็นสถาบันการแพทย์หลักตลอดจนทำให้จรรยาบรรณแพทย์-ทันตแพทย์เป็นรูปเป็นร่างมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นที่ยึดโยงทางจริยธรรมให้กับแพทย์-ทันตแพทย์และผู้ประกอบโรคศิลปะทุกประเภทได้ โดยที่มาของพระราชบัญญัติฉบับนี้สามารถแบ่งช่วงเหตุการณ์ได้เป็น 3 ช่วงเวลาดังนี้ 1) ช่วงการกำหนดลำดับชั้นและจำกัดการประกอบโรคศิลปะ 2) ช่วงการผลักดัน “ร่างระเบียบวิชาชีพ” 3) ช่วงประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479

ช่วงของเหตุการณ์แรกนั้นเริ่มขึ้นจากสภาการแพทย์ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลป์เป็นครั้งแรกของประเทศไทยในปี พ.ศ.2472 ภายหลัง“สภาการแพทย์” เปลี่ยนชื่อมาเป็น “คณะกรรมการแพทย์”[6] ด้วยอำนาจจากพระราชบัญญัติการแพทย์เพิ่มเติม พ.ศ.2472 โดยมีหน้าที่หลักระบุอย่างชัดเจนคือ ให้มีอำนาจในการควบคุมเวชปฏิบัติทางการแพทย์ทั้งหมดซึ่งรวมไปถึงการประกอบวิชาชีพทันตกรรมด้วย ทำให้ทันตแพทย์ต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะก่อน จึงจะประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ โดยการขึ้นทะเบียนครั้งนั้นนอกจากพระราชบัญญัติการแพทย์เพิ่มเติมแล้ว สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ได้ดำเนินการออกกฎเสนาบดี ด้วยอาศัยอำนาจ*ลำดับชั้นต่างๆของการอนุญาต*ในมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์

[6]ถัดจากชื่อ “คณะกรรมการแพทย์” ได้เปลี่ยนชื่ออีกครั้งหลังจากประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 เป็น “สำนักงานเลขาธิการนายทะเบียน คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ” ต่อมาในปี พ.ศ.2495 กรมสาธารณสุขได้ถูกเลื่อนฐานะขึ้นเป็นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น “กองควบคุมการประกอบโรคศิลปะ” จนในที่สุด พ.ศ.2517 ได้เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น “กองการประกอบโรคศิลปะ” หน้าที่คือควบคุมการประกอบโรคศิลปะและสถานพยาบาลให้ดำเนินการตามระเบียบข้อบังคับให้เป็นไปตาม พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2509

Copyright© by Mahidol University

พ.ศ.2466 ที่ให้มีกฎเสนาบดีระบุลำดับชั้นและจำกัดการประกอบโรคศิลปะโดยคณะกรรมการแพทย์ ได้แบ่งประเภทการประกอบโรคศิลปะออกเป็น “ประเภทแผนปัจจุบัน” และ “ประเภทแผนโบราณ” ในการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะ โดยได้ระบุความหมายว่า

“ประเภทแผนปัจจุบัน” คือผู้ประกอบโรคศิลป์โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิทยาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้นอาศัยการศึกษา ตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

ส่วน “ประเภทแผนโบราณ” คือผู้ประกอบโรคศิลป์โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์

ทำให้การแพทย์ที่สืบต่อความรู้แบบจารีตพื้นบ้านถูกขึ้นทะเบียนเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ.2472 จนกระทั่งในปี พ.ศ.2474 มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณสาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 1 จำนวน 44 คน สาขาบำบัดโรคทางยา ชั้น 2 จำนวน 3,629 คน สาขาการปรุงหรือจำหน่ายยาจำนวน 1,020 คน สาขาหมอตำแย จำนวน 494 คน สาขาหมอนวดจำนวน 295 คน (ยงศักดิ์ ตันติปิฎก, 2546) การกำหนดลำดับชั้นการแพทย์ในลักษณะนี้ทำให้เกิดเส้นแบ่งขึ้นเป็นเส้นแบ่งระหว่างการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์กับการแพทย์ที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ ถือเป็นการลดระดับของความรู้แพทย์แบบจารีตพื้นบ้านลงให้ต่ำกว่าความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้การนิยามแพทย์พื้นบ้านในความหมายนี้ เป็นการนิยามที่เต็มไปด้วยอคติที่จงใจทำให้การแพทย์พื้นบ้านดูเป็นเรื่อง “ล้าสมัย” และไม่มีความสามารถที่จะพัฒนาขึ้นมาได้ ทำให้ฝั่งการแพทย์พื้นบ้านเกิดกระแสต่อต้านคัดค้าน มีการเรียกร้องต่อคณะกรรมการแพทย์ตั้งแต่การขอผ่อนผันเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียนบางข้อไปจนถึงส่งจดหมายร้องเรียน เช่น จดหมายร้องเรียนของนายอำเภอมีนบุรีและอำเภอบุคคโลถึงสภาการแพทย์ว่าระเบียบใหม่นี้เป็นการตัดอาชีพและสร้างความเดือดร้อนแก่ราษฎร อีกทั้งการขึ้นทะเบียนก็ไม่ได้เป็นไปตามความสัตย์สุจริตเป็นเพียงให้รับรองกันพอเป็นพิธีนอกจากนี้ยังมีสาธารณสุขมณฑลกรุงเทพฯได้ให้ความเห็นต่อสภาการแพทย์เช่นกันว่า ราษฎรมีความนับถือต่อผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณอยู่ค่อนข้างมาก และราชการเองก็ยังไม่สามารถจะส่งแพทย์แผนปัจจุบันไปประจำตามท้องที่อำเภอชั้นนอกได้ตามความต้องการของราษฎร การกดแพทย์แผนโบราณให้อยู่ภายใต้แพทย์แผนปัจจุบันจะทำให้เกิดปัญหาตามมาอย่างมากแก่ราษฎร[7] แต่ในขณะเดียวกันเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นสัญญะของ “ความทันสมัย” ในความเป็นแผนปัจจุบัน ทำให้เกิดความน่าเชื่อถือขึ้นโดยทั่วไป โดยเฉพาะเข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ (stethoscope) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มมูลค่าทางการค้าตลอดจนสร้างความน่าเชื่อถือให้กับบริการรักษา เช่น ในร้านขายยาในสมัยนั้นจะมี

Copyright© by Mahidol University

[7]รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 67 วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2476

โฆษณาป้ายหน้าร้านว่า “สรรพฉีด” เพื่อโฆษณาว่าร้านมียาฉีดที่รักษาโรคได้หลากหลาย ในขณะเดียวกันแพทย์แผนโบราณได้หยิบฉวยสัญญะของความทันสมัยจากการใช้หูฟังแพทย์ช่วยในการวินิจฉัยโรคเพื่อทำให้การรักษาของตนเองดูน่าเชื่อถือ มีการร้องเรียนของแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 ต่อสภาการแพทย์ในเรื่องนี้เป็นอย่างมากว่าพบการใช้หูฟังแพทย์และยาแผนปัจจุบันในการตรวจรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณ นายแพทย์เติม บุนนาค กรรมการสภาการแพทย์ซึ่งเป็นผู้แทนจากกระทรวงธรรมการให้ความเห็นว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณไม่ควรใช้เครื่องฟัง (stethoscope) การใช้เครื่องฟังเป็นวิธีของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น เพราะไม่มีสอนในตำราของแผนโบราณ การใช้เครื่องช่วยฟังในการตรวจโรคโดยไม่ได้ศึกษาและปราศจากความรู้จึงเป็นการใช้เครื่องฟังเพื่อหลอกลวงผู้ป่วยนอกจากนี้ยังพบการฟ้องร้องกรณีที่ผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณใช้ยาแผนปัจจุบัน เช่น หม่องบุญโทน สิงห์ทอง ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณชั้น 2 ถูกฟ้องร้องจากการรักษาริดสีดวงทหารด้วยการใช้เข็มฉีดยาเลียนแบบแพทย์แผนปัจจุบัน[8] (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 161-163) การใช้เทคโนโลยีการแพทย์แผนปัจจุบันของผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ ได้กลายเป็นข้ออ้างสำคัญในการต้องควบคุม “หมอจอมปลอม” อย่างเคร่งครัดของสำนักงานคณะกรรมการแพทย์ จนผลสุดท้ายนำไปสู่ความพยายามแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์อีกครั้งด้วยการเพิ่มข้อบังคับว่าด้วย “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” เพื่อให้อำนาจเพิ่มแก่สำนักคณะกรรมการแพทย์ในการสั่งพักตลอดจนเพิกถอนใบอนุญาต ในกรณีที่คณะกรรมการแพทย์เห็นว่าผู้รับใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์นั้นกระทำผิดทางวิชาชีพ หรือกระทำขัดต่อมารยาทในวิชาชีพ หากปล่อยให้ประกอบโรคศิลป์สืบไปจะเป็นภัยต่อประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ

ในช่วงเวลาต่อมาในระยะที่ 2 จึงเกิดเป็นความพยายามผลักดันให้เกิด “ระเบียบวิชาชีพ” ต่อเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่แพทย์แผนโบราณหรือบุคคลอื่นๆที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 ได้นำเทคโนโลยีการแพทย์ไม่ว่าจะเป็นเข็มฉีดยา หูฟังแพทย์ (stethoscope) รวมไปจนถึงวิธีการบำบัดรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบันทั้งหมด ไปใช้ในการประกอบอาชีพเป็น “หมอจอมปลอม” เรียกค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยทั้งที่ตนเองไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นที่ 1 (หากเทียบกับเหตุการณ์ในยุคสมัยปัจจุบัน ก็เทียบได้กับการจัดฟันแฟชั่น การรับตบแต่งอุดฟันหน้า และการทำฟันปลอมเถื่อน ที่ให้บริการตรวจรักษาโดยบุคคลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนปัจจุบันสาขาทันตกรรมชั้นที่ 1) ทำให้สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ที่มีหน้าที่ควบคุมกิจการเวชปฏิบัติทางการแพทย์ทั้งหมดในขณะนั้น เห็นว่าจะต้องสะสางทำให้การรักษาเกิดเป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้น ไม่ผิดไปจากความรู้ของ

Copyright by Mahidol University

[8]รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 67 วันที่ 5 ตุลาคม พ.ศ.2476

หลักการแพทย์เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชน โดยมี “มรรยาท” ที่สำคัญที่สุดคือการไม่นำการแพทย์ไปทำให้เป็นการพาณิชย์ และจะไม่ต่อใบอนุญาตให้ผู้ใดก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบโรคศิลป์ชั้นที่ 2 หากพิจารณาเห็นว่าไร้ความสามารถ หรือให้การตรวจรักษาที่ไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ตลอดจนไม่มีความรู้ทัดเทียมยุคสมัย โดยมีใจความสำคัญใน “ระเบียบแห่งวิชาชีพ” ดังนี้

“ต้องการให้ประเทศสยามมีผู้ประกอบโรคศิลปอันกอบด้วยศีลธรรมอันดีเป็นที่ไว้ใจเชื่อถือและมีความรู้ความสามารถสำหรับประชาชนผู้ซึ่งต้องอาศัยการแพทย์ ***การประกอบอาชีพทางโรคศิลปะเป็นอาชีพที่ต้องดำเนินตามหลักวิชาโดยแท้จริง จะดำเนินการพลิกแพลง หรือมีพานิชโยบายอย่างเช่นอาชีพอื่นๆนั้นไม่ได้*** *เหตุเพราะว่าการประกอบโรคศิลปเป็นอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของมนุษย์โดยตรง ถ้าเอาวิธีการพลิกแพลงมาใช้หรือฝืนหลักวิชาแล้ว ไม่เร็วก็ช้าผลร้ายที่ถึงแก่ชีวิตคนไข้จะต้องเกิดขึ้น ระเบียบแห่งวิชาชีพที่บัญญัติขึ้นนี้จะเป็นบทใช้บังคับผู้ประกอบโรคศิลปให้ดำเนินการตามหลักวิชาและจะเป็นบทที่ใช้กำจัด Mal-practice ของผู้ที่เห็นแต่ทางได้ประโยชน์ส่วนตนฝ่ายเดียวโดยไม่คิดถึงผลเสียอันจะบังเกิดขึ้นต่อคนไข้ เนื่องจากการละเลยระเบียบแห่งวิชาชีพอันพึงจะปฏิบัติตามระเบียบแห่งวิชาชีพที่จะตราขึ้นนั้นไม่มีความหมายกว้างขวางดังกรมอัยยการเข้าใจและก็ไม่เป็นวิธีการใหม่หรือระเบียบใหม่สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปเลย เพราะว่าระเบียบแห่งวิชาชีพนี้ เป็นสิ่งที่อยู่ในวงการเวชชปฏิบัติทั้งสิ้น และได้เล่าเรียนกันมาแล้วตามหลักวิชา แต่เนื่องด้วยการเห็นแก่ทางได้ฝ่ายเดียวจึงได้ละเลยเสีย เช่นละเลยการ sterilization เครื่องมือและของใช้อื่นๆในการผ่าตัด ละเลยการต้มเข็มและกระบอกฉีดยาในการฉีดยา และการใช้ induce abortion โดยไม่มี Therapeutic indication เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งการเหล่านี้สำหรับการแพทย์ไม่จัดอยู่ในบทมรรยาทฉะนั้นการที่กรมอัยยการกล่าวว่า ‘กระทำผิดในทางวิชาชีพโดยมากย่อมจะเป็นผิดในทางมรรยาทด้วย’ นั้นยังไม่ถูก เพราะฉะนั้นคณะกรรมการเห็นว่าควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติตามร่างเดิม และเพื่อหวังในความปลอดภัยของประชาชน...”*[9]

ประเด็นที่เด่นขึ้นมาอย่างชัดเจนของร่างระเบียบวิชาชีพนี้คือ การนิยามคำว่า “Mal-practice” หรือ “ความบกพร่องในการตรวจรักษา” ให้ขยายความหมายจากเดิมที่หมายถึงแค่การตรวจรักษาที่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ให้กลายเป็นเรื่องของการตรวจรักษาที่ต้องไม่ปนเปื้อนพาณิชย์นโยบาย ซึ่งพาณิชย์นโยบายที่ว่านี้คือการที่บุคคลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 นำเอาเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ประกอบ

Copyright by Mahidol University

[9] รายงานการประชุมกรรมการสภาการแพทย์ครั้งที่ 92 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2477

การตรวจรักษาและคิดค่าบริการ ไม่ว่าจะเป็น หูฟังแพทย์ (stethoscope) เข็มฉีดยา คีมคลอดบุตร เครื่องมือผ่าตัด ฯลฯ ในแง่นี้สำนักงานคณะกรรมการแพทย์มองว่า นอกจากจะผิดจากหลักวิชาความรู้แล้ว บุคคลเหล่านี้ยังมุ่งหาผลประโยชน์เข้าตนแต่ฝ่ายเดียวโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชน แต่ท้ายที่สุดการร่างระเบียบวิชาชีพต้องถูกชะงักลง เนื่องจากรัฐไทยประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบราชการ การผลิตแพทย์เพิ่มกลายเป็นข้ออ้างของทางฝั่งคณะรัฐมนตรีว่าเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วนมากกว่า ทำให้การออกกฎข้อบังคับควบคุมมาตรฐานที่อ้างเรื่องศีลธรรมและความรู้วิทยาศาสตร์อย่างสุดโต่งของสำนักงานคณะกรรมการแพทย์ถูกพักไว้ก่อน ทางคณะรัฐมนตรีต้องการเร่งให้ผลิตแพทย์-ทันตแพทย์ โดยเสนอว่าให้ผลิตในระดับ “ประกาศนียบัตร” รับราชการในตำแหน่งข้าราชการสัญญาบัตรเพื่อประจำตามท้องที่ต่างๆ ส่วนแพทย์ปริญญานั้นให้ประจำอยู่ในโรงพยาบาลสำคัญๆ หรือประจำโรงเรียนแพทย์เพื่อค้นคว้าพัฒนาวิทยาการความรู้ ข้อเสนอนี้ทำให้ฝั่งกระทรวงธรรมการและสำนักคณะกรรมการแพทย์ไม่พอใจเป็นอย่างมากเนื่องจากเข้าใจว่าทางคณะรัฐมนตรีต้องการให้ผลิตแพทย์-ทันตแพทย์ที่คุณภาพต่ำลงเพื่อรับราชการ ทางคณะกรรมการที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งขึ้นมาจึงได้ตอบกลับมาว่าไม่ได้มีจุดมุ่งหมายจะทำให้วิทยฐานะของแพทย์-ทันตแพทย์ต่ำลง เพียงต้องการผลิตแพทย์-ทันตแพทย์เพิ่มเท่านั้น (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 168-171) การร่างระเบียบวิชาชีพจึงถูกพักไว้ด้วยประการนี้ เพราะสำนักงานคณะกรรมการแพทย์ต้องมาหารือกับคณะกรรมการที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งขึ้นมาเรื่องการผลิตแพทย์-ทันตแพทย์เพิ่ม ในขณะเดียวกันก็ต้องไม่ลดชั่วโมงเรียนและทำให้วิทยฐานะของแพทย์-ทันตแพทย์ตกต่ำลง แต่อย่างไรก็ตามความพยายามในการร่าง “ระเบียบวิชาชีพ” ครั้งนั้นก็ไม่ได้สูญเปล่า กลับเป็นแรงผลักดันให้เกิดแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้นในการควบคุมวงการแพทย์-ทันตแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างเสถียรภาพให้กับวิทยฐานะของแพทย์-ทันตแพทย์ และไม่ทำให้วิชาชีพต้องปนเปื้อนกับหมอจอมปลอมที่จ้องจะนำเครื่องมือทางการแพทย์ไปประกอบพาณิชย์นโยบายด้วยการบังคับด้วยการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 แทนที่พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466

ส่วนช่วงเหตุการณ์สุดท้ายที่ทำให้มรรยาทวิชาชีพกำเนิดเป็นรูปเป็นร่างจนกลายเป็นหมุดหมายทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญอันเป็นต้นแบบให้กับข้อบังคับจรรยาบรรณของทั้งทันตแพทย์และแพทย์ในปัจจุบัน คือช่วงเหตุการณ์ที่เกิดการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 แทนที่พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 เดิม เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศสยามจากรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาเป็นระบอบประชาธิปไตยโดยการปฏิวัติของคณะราษฎร ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองจึงดำเนินควบคู่ไปด้วยกันทั้งหมด ทั้งการเมือง การแพทย์ การทหารและเศรษฐกิจ ซึ่งรัฐมีความจำเป็นที่ต้องใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันใน

copyright by Mahidol University

การบริหารกิจการสาธารณสุขและการแพทย์ ทำให้การแพทย์และการสาธารณสุขถูกวางโครงร่างใหม่และต้องร่างพระราชบัญญัติทางการแพทย์ฉบับใหม่ขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ระบบที่ถูกใช้งานคือระบบสุขาภิบาล (municipality) ที่เน้นการกระจายอำนาจรัฐออกไปตามท้องถิ่นให้ท้องถิ่นดูแลอนามัยสุขภาพและบริหารจัดการกันเอง ดังนั้นแม้ว่า "ร่างระเบียบวิชาชีพ" จะถูกตีตกไปในช่วงแรก แต่ท้ายที่สุดกลับแฝงเจตนารมณ์ทั้งหมดมากับพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยมีสาระสำคัญในพระราชบัญญัติแทบไม่ต่างไปจากร่างระเบียบวิชาชีพดังที่กล่าวข้างต้น ซ้ำยังเป็นพระราชบัญญัติที่มีผลบังคับใช้กับทันตแพทย์ยาวนานรวมเวลาถึง 58 ปี (ก่อนจะถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537) เนื้อหาของพระราชบัญญัติฉบับนี้ นอกจากจะให้อำนาจในการออกกฎกระทรวงมหาดไทยแก่ "สำนักงานเลขาธิการนายทะเบียน คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ" (เปลี่ยนชื่อจากสำนักงานคณะกรรมการแพทย์ตามอำนาจพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479) เพื่อขีดเส้นแบ่งประเภทของผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว ยังให้ผู้ประกอบโรคศิลปะแต่ละประเภท จะต้องประกอบโรคศิลปะภายในข้อจำกัดและเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติและกฎกระทรวงเท่านั้น โดยมีใจความสำคัญในพระราชบัญญัติที่เป็นเงื่อนไขที่จำกัดการประกอบโรคศิลป์ในแต่ละประเภทดังนี้

"มาตรา 4 ... "โรคศิลปะ" หมายความว่ากิจการอันเกี่ยวแก่การบำบัดโรคของมนุษย์ในสาขาต่างๆดังต่อไปนี้

(ก) เวชกรรม คือการบำบัดโรคทางยาหรือทางผ่าตัดหรือทั้งสองอย่างหรือรวมทั้งสูติกรรมด้วย

(ข) ทันตะกรรม คือการบำบัดโรคฟัน การช่างฟันหรือทั้งสองอย่าง

(ค) เภสัชกรรม คือการปรุงหรือผะสมยา หรือการประดิษฐวัตถุใดๆขึ้นเป็นยา

(ง) การผดุงครรภ์

(จ) การพยาบาล

(ฉ) การกระทำวิธีอื่นใดเพื่อบำบัดโรค "การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบัน" หมายความว่าการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้อันได้ศึกษาตามหลักวิทยาศาสตร์โดยสากลนิยม "การประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ" หมายความว่าการประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความรู้จากตำรา หรือการบอกเล่าสืบต่อกันมา ที่มิได้อาศัยหลักวิทยศาสตร์โดยสากลนิยม

Copyright by Mahidol University

มาตรา 5 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่รักษาการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมและอื่นๆ เพื่อปฏิบัติการให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้....

มาตรา 6 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า "คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ"...

มาตรา 8 คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

(ก) รับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตแก่บุคคลซึ่งสมควรเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะตามความในพระราชบัญญัตินี้

(ข) สั่งพักหรือเพิกถอนใบอนุญาตผู้ประกอบโรคศิลปะตามความในพระราชบัญญัตินี้

(ค) ให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่มหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาอื่นๆ ในเรื่องหลักสูตร์การศึกษาวิชาในสาขาต่างๆแห่งโรคศิลปะ

(ง) โฆษณาด้วยวิธีใดๆ ตามที่เห็นสมควรเพื่อมิให้ประชาชนหลงเข้าใจผิดอันอาจเป็นอันตรายเนื่องจากการประกอบโรคศิลปะ

มาตรา 11 ห้ามมิให้ผู้ใดประกอบโรคศิลปะเพื่อแสวงหาผลประโยชน์หรือสินจ้างหรือบำเหน็จรางวัล หรือโฆษณาด้วยวิธีใดๆ แสดงว่าพร้อมที่จะประกอบโรคศิลปะ โดยไม่ได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะจากคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ...

มาตรา 12 ...ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาเวชชกรรม ทันตะกรรม เภสัชกรรมและการผดุงครรภ์ ให้แบ่งออกเป็น 2 ชั้น คือ ชั้นหนึ่งและชั้นสอง

มาตรา 15 ความรู้ในวิชาชีพของผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะได้นั้นคือ

(1) สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง...

(2) สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นสอง เป็นผู้ซึ่งได้รับการอบรมศึกษาในสาขาทันตกรรม, เภสัชกรรม หรือการผะดุงครรภ์จากโรงพยาบาลหรือสถานศึกษาใดของรัฐบาลหรือเทศบาลหรือสถานศึกษาอื่นใดในประเทศสยาม ซึ่งรัฐมนตรีได้กำหนดความรู้และเงื่อนไขอันควรให้ขึ้นทะเบียนได้ไว้ในกฎกระทรวง

(3) สำหรับผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขา (จ) และ (ฉ) แห่งมาตรา 4 ...

Copyright by Mahidol University

(4) สำหรับผู้ประกอบโรคศิลป์แผนโบราณ เป็นผู้ซึ่งอบรมศึกษาจากผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว ตามกำหนดเวลาและตามเงื่อนไขอันควรให้ขึ้นทะเบียนได้ซึ่งกำหนดไว้ในกฎกระทรวง

มาตรา 16 ห้ามมิให้ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาหนึ่งสาขาใด ประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่นซึ่งตนมิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาต เว้นแต่

(ก) ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชชกรรมชั้นหนึ่ง ให้ประกอบโรคศิลปะในสาขาอื่นได้ แต่ถ้าจะประกอบโรคศิลปะในสาขาเภสัชกรรม... ให้ทำเฉพาะการปรุงหรือผะสมยาจำหน่ายให้แก่คนไข้ของตน...

(ข) ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชชกรรมชั้นสอง หรือในสาขาทันตะกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชชกรรมแผนโบราณ ให้ปรุงยาผะสมหรือจำหน่ายเฉพาะแก่คนไข้ของตนได้

มาตรา 17 ผู้ประกอบโรคศิลปะ จะประกอบโรคศิลปะได้ภายในข้อจำกัดและเงื่อนไขซึ่งกำหนดไว้ในกฎกระทรวง

มาตรา 18 ผู้ประกอบโรคศิลปะจักต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง" (พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479, 2479)

ส่วนข้อบังคับตามกฎกระทรวงมหาดไทยนั้น อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยเนื้อหาแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ หมวด 1 เป็นเรื่องของเงื่อนไขในการรับขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ, หมวด 2 เรื่องค่าธรรมธรรมเนียม, หมวด 3 ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ และ หมวดที่ 4 มรรยาทวิชาชีพ ใจความสำคัญของกฎกระทรวงมหาดไทยนี้อยู่ที่หมวดที่ 3 กับหมวดที่ 4 ดังนี้

" หมวด 3 ข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ

ข้อ 9 ผู้ประกอบโรคศิลปะจะติดป้ายหรือติดอักษรโฆษณาการประกอบโรคศิลปะของตนได้แต่ที่สำนักงานและบ้านที่ตนอยู่เท่านั้น ถ้าป้ายหรืออักษรโฆษณานั้นมีข้อความเป็นภาษาต่างประเทศ จะต้องมีภาษาไทยซึ่งมีข้อความเช่นเดียวกันกำกับไว้ด้วยอย่างชัดเจนและเห็นได้ง่าย และถ้าเป็นการโฆษณานามระบุความเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว จะใช้ตัวอักษรซึ่งกินที่ทั้งหมดกว้างและยาวเกินกว่าสามสิบเซนติเมตรไม่ได้

Copyright by Mahidol University

ข้อ 10 ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นสอง และผู้ประกอบโรคศิลปะแผนโบราณจะต้องแสดงใบอนุญาตของตนไว้ในที่เปิดเผยซึ่งเห็นได้ง่าย ณ สำนักงานของตน และในการ

โฆษณาในกิจการประกอบโรคศิลปะ จะต้องแจ้งประเภทและสาขาแห่งโรคศิลปะ กับถ้าเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นสองต้องแจ้งชั้นซึ่งตนได้รับใบอนุญาตนั้นด้วย

ข้อ 12 ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาเวชกรรมชั้นสอง ให้ทำการบำบัดโรคได้ฉะเพาะที่ไม่เกี่ยวแก่การต่อไปนี้

(1) การผ่าตัดที่ต้องใช้ยาสลบหรือยาฉีดระงับความรู้สึกทางไขสันหลังหรือทางหลอดเลือด

(2) การผ่าตัดที่ใช้ยาระงับความรู้สึกทางผิวหนังนอกจากเป็นการผ่าตัดเล็กน้อย เช่นผ่าฝีหรือผ่าปรวดอย่างธรรมดา

(3) การใช้เครื่องมือในการรักษาโรคมดลูก

(4) การคลอดบุตรในรายที่เป็นการคลอดผิดธรรมดาเว้นไว้แต่เมื่อไม่สามารถหาแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งมาทำการคลอดได้ภายในเวลาอันสมควร และเห็นประจักว่า ถ้าขืนทิ้งไว้จะเป็นอันตรายแก่มารดา หรือทารก ก็ให้ทำการคลอดในรายนั้นได้นอกจากรายที่ต้องใช้คีมสูง หรือต้องทำการผ่าตัดหรือฉีดยารัดมดลูกก่อนคลอด

(5) การฉีดยาเข้าหลอดโลหิต

(6) การตั้งตำรับ ปรุงหรือใช้ยาในบัญชีท้ายกฎนี้

ข้อ 13 ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาทันตะกรรมชั้นหนึ่ง ให้ทำการช่างฟันและบำบัดโรคฟันและเหงือกได้ทั่วไป

ข้อ 14 ผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันในสาขาทันตะกรรมชั้นสอง ให้ทำได้เฉพาะการช่างฟัน เช่นการอุดฟันถอนฟัน และใส่ฟัน...

... หมวด 4 มรรยาทวิชาชีพ

ข้อ 25 ผู้ประกอบโรคศิลปะทุกคนต้องรักษามรรยาทแห่งวิชาชีพโดยไม่ประพฤติหรือกระทำการใดๆอันอาจเป็นเหตุเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพของตน และเฉพาะอย่างยิ่งต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการดังต่อไปนี้

(1) โฆษณาหรือใช้หรือจ้างผู้อื่น หรือยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาการประกอบโรคศิลปะ หรือความรู้ความสามารถของตนโดยวิธีใดซึ่งมิใช่การโฆษณาเพียงข้อความดั่งต่อไปนี้

(ก) นามผู้ประกอบโรคศิลปะ

(ข) ปริญญาหรือประกาศนียบัตร หรืออภิไธยแห่งปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพซึ่งปรากฏในทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว

Copyright by Mahidol University

(ค) สาขาแห่งโรคศิลปะและประเภทใบอนุญาตของตน

(ง) เวลาทำการ

(จ) นามและสถานที่ตั้งสำนักงาน

(2) เสพเครื่องดองของเมาจนไม่สามารถประครองสติได้หรือติดยาเสพติดให้โทษ ซึ่งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะเห็นว่า เป็นผู้มีความประพฤติไม่สมกับหน้าที่ผู้ประกอบโรคศิลปะ

(3) ใช้หรือช่วยเหลือผู้ที่มิได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ให้ประกอบโรคศิลปะ

(4) ออกใบสำคัญรับรองหรือให้ความเห็นเรื่องคนเกิดคนตายหรือเรื่องอื่นใดซึ่งเกี่ยวแก่หน้าที่ในวิชาชีพของตนอันไม่ตรงต่อความจริง

ข้อ 26 ผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขาเวชกรรมและสาขาทันตะกรรม ต้องไม่ประพฤติหรือกระทำการดั่งต่อไปนี้

(1) ปฏิเสธการช่วยเหลือคนไข้ในระหว่างอันตรายเมื่อได้รับคำขอร้องในเมื่อตนสามรถจะช่วยเหลือได้

(2) เปิดเผยความลับของคนไข้ซึ่งตนทราบมาโดยวิชาชีพ เว้นแต่ได้รับความยินยอมของคนไข้นั้น หรือโดยต้องปฏิบัติการตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่ราชการ

(3) แย่งคนไข้โดยเจตนาหาผลประโยชน์

(4) ลงนามรับรองยาตำรับลับหรือเครื่องมือล่อลวงต่างๆอันจะทำให้มหาชนเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ตนหรือผู้อื่น ...” (กฎกระทรวงมหาดไทย ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช2479, 2479)

จากรายละเอียดของกฎกระทรวงที่ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ข้างต้นจะพบว่า ข้อปฏิบัติที่เป็นแนวปฏิบัติเด่นชัดมากในกฎกระทรวงคือ หมวด 3 เรื่องข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลป์ และหมวด 4 เรื่องมรรยาทวิชาชีพ ซึ่งมีประเด็นเรื่องการโฆษณาที่ควบคุมรูปแบบการโฆษณา ตั้งแต่กำหนดขอบเขตหัวข้อที่จะให้โฆษณาได้ สถานที่โฆษณา ไปจนถึงขนาดของตัวอักษรที่จะเขียนลงเพื่อโฆษณา นับเป็นก้าวแรกของการกำหนดมรรยาทวิชาชีพเพื่อควบคุมความประพฤติแพทย์-ทันตแพทย์นอกเหนือไปจากการตรวจรักษาตามหลักการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีตัวตนเดียวกัน ด้วยอ้างว่าเพื่อไม่ให้เสื่อมเสียเกียรติแห่งวิชาชีพ ซึ่งติดมาจนถึงปัจจุบัน เพราะไม่ว่าข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

Copyright by Mahidol University

ทันตแพทย์ พ.ศ.2537 หรือ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2545 ต่างอ้างเรื่องไม่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติ ดำรงไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพควบคู่ไปกับการควบคุมการโฆษณาของแพทย์และทันตแพทย์ แต่ทว่าภายใต้ภาพลักษณ์ที่ต้องการรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กดทับองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ ด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่ให้อภิสิทธิ์มากกว่ากับแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ

ดังนั้นจะพบว่าตั้งแต่ในช่วงเวลาปี พ.ศ.2472 ที่มีการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะและขีดเส้นแบ่งระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันกับแพทย์แผนโบราณ จนถึงช่วงประกาศบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 มีเหตุการณ์ที่เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญคือการที่แพทย์แผนโบราณบางรายไปหยิบยืมอุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ในการตรวจรักษา ทำให้ประเด็นนี้กลายเป็นจุดสำคัญที่ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันใช้เป็นข้ออ้างว่าเป็นการกระทำที่เข้าข่ายหลอกลวงและตีตราว่าเป็น “หมอจอมปลอม” เนื่องจากอุปกรณ์เหล่านี้ไม่ได้มีตำราการใช้งานระบุไว้ในตำราแพทย์พื้นบ้าน การที่แพทย์แขนงอื่นขโมยข้ามตำรามาใช้งานจึงถูกฝั่งการแพทย์แผนปัจจุบันกล่าวหาว่านำมาใช้พลิกแพลงเพื่อการพาณิชย์ นับว่าเป็นความไม่ซื่อตรงทั้งต่อผู้ป่วยและไม่ซื่อตรงต่อหลักวิชาที่ตนเองร่ำเรียนมา ความเสียหายครั้งนี้จึงกลายเป็นความเสียหายไปทั้งระบบการแพทย์แผนโบราณ จากเหตุการณ์ในครั้งนี้คณะกรรมการแพทย์จึงมีความพยายามผลักดันครั้งใหญ่ในการสร้างอำนาจทางกฎหมายเพื่อเข้ามาควบคุมกิจการแพทย์ทั้งหมดอีกระลอก โดยเริ่มต้นจากการจำกัดขอบเขตและสร้างเงื่อนไขการรักษาขึ้น ว่าแพทย์ประเภทใด ชั้นใด สามารถให้การตรวจรักษาอะไรได้บ้าง และต้องดำเนินการตรวจรักษาภายใต้ตำราที่ตนเองร่ำเรียนมา โดยแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ทั้งแพทย์และทันตแพทย์ได้อภิสิทธิ์ในการตรวจรักษามากกว่าผู้ขึ้นทะเบียนประเภทอื่น และถูกวางเงื่อนไขข้อจำกัดไว้น้อยที่สุด แม้ว่าข้อเสนอนี้จะล้มเหลวในในช่วงที่เสนอเป็น “ร่างระเบียบวิชาชีพ” แต่ภายหลังสามารถผลักดันกระบวนการทางกฎหมายได้อีกครั้งในปี พ.ศ.2479 ดังที่ได้กล่าวมา ทำให้พระราชบัญญัติฉบับนี้กลายเป็นแรงขับสำคัญที่ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีรากฐานที่มั่นคงและเป็นการแพทย์สถาบันหลักจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่กำหนดขอบเขตการทำงานของการแพทย์ทุกประเภทแล้ว กระบวนการทางกฎหมายที่สำคัญอย่างมากอีกอย่างคือการออกบท “มรรยาทวิชาชีพ” ที่มีความชัดเจนและสามารถบังคับใช้ได้เป็นครั้งแรกของประเทศ อันเป็นจุดที่เกาะเกี่ยวยึดโยงให้แพทย์-ทันตแพทย์ดำรงอยู่ภายใต้ภาพลักษณ์ในแบบเดียวกันเพื่อดำรงไว้ซึ่งวิทยฐานะของวิชาชีพแพทย์-ทันตแพทย์ ดังนั้นการที่พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์กลายเป็นหมุดหมายสำคัญที่ใช้มายาวกว่านาน 58 ปี ก่อนจะถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 นั้น กลไกทางกฎหมายที่

Copyright by Mahidol University

สำคัญนอกจากการขีดเส้นแบ่ง กดทับการแพทย์แขนงอื่นๆด้วยเส้นของวิทยาศาสตร์การแพทย์ พร้อมทั้งจำกัดขอบเขตของการรักษาของแพทย์แต่ละประเภทแล้ว ยังสามารถสร้างกลไกที่สำคัญอีกอย่างคือการสร้างภาพลักษณ์หรือสร้างตัวตนที่ศีลธรรมที่มีความชัดเจนยึดโยงแพทย์-ทันตแพทย์ให้อยู่ภายใต้ระบบได้ ทั้งแนวทางปฏิบัติที่แพทย์-ทันตแพทย์ควรยึดถือไปจนถึงบทลงโทษของผู้ที่กระทำผิดมรรยาท

4.3 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ปัจจุบันผู้ที่จะประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ได้ ต้องขึ้นทะเบียนและขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาทันตกรรม ภายใต้การควบคุมของ “ทันตแพทยสภา” โดยสภานี้จัดตั้งขึ้นตามอำนาจของพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 แทนคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะที่ได้อำนาจจากพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยในปี พ.ศ.2537 นั้นนอกจากสภาของวิชาชีพทันตกรรมแล้วยังมีสภาเภสัชกรรมและสภาการพยาบาลที่แยกตัวเองออกมาจัดตั้งสภาเพื่อควบคุมดูแลกันเอง ด้วยอ้างเหตุผลว่ามีการเพิ่มจำนวนของบุคลากรการแพทย์ในแต่ละสาขาที่มากขึ้น อีกทั้งวิทยาการความรู้ของแต่ละสาขาการแพทย์ก็มีความลึกซึ้งขึ้น จำเพาะเจาะจงในรายละเอียดขึ้น จึงเป็นผลดีกับวิชาชีพมากกว่าหากให้ควบคุมดูแลกันเอง พร้อมทั้งบรรยากาศสังคมการเมืองในช่วงนั้นที่ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน การเรียกร้องความเท่าเทียม ความเสมอภาคกำลังเบ่งบานท่ามกลางการปกครองในระบอบประชาธิปไตยในยุครัฐบาลนายชวน หลีกภัย ที่มาจากการเลือกตั้ง (ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์, 2559, น. 14) ภายใต้บรรยากาศทางการเมืองในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่วิชาชีพทันตกรรมเท่านั้น แต่มีอีกหลายหน่วยงานที่ขอผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติในแต่ละหน่วยงานที่มีบทบาทแตกต่างกันไป ซึ่งบรรยากาศการปกครองแบบประชาธิปไตยที่รัฐบาลมาจากการเลือกตั้งคึกคักถึงขีดสุดในช่วง พ.ศ.2540 ในรัฐบาลถัดมาของนายบรรหาร ศิลปะอาชา มีการร่างรัฐธรรมนูญที่ได้ชื่อว่าเป็นประชาธิปไตยมากที่สุดฉบับหนึ่งคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ขึ้นมาแทนฉบับเดิมที่บังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 เนื่องด้วยเนื้อหาในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2534 เป็นเรื่องของการสืบต่ออำนาจของคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) ที่มาจากการยึดอำนาจด้วยการทำรัฐประหารมากกว่าประเด็นเรื่องสิทธิเสรีภาพและการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งแตกต่างจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่มีเจตนารมณ์มุ่งเน้นขยายสิทธิเสรีภาพของประชาชน (บวรศักดิ์ อุวรรณโณ, 2545) โดยรัฐธรรมนูญฉบับนี้มีการออกมาตรารองรับสิทธิพื้นฐาน

Copyright© by Mahidol University

ของประชาชนด้านสุขภาพโดยตรง ปรากฏในหมวดที่ 3 และหมวดที่ 5 ใจความสำคัญคือประชาชนจะต้องได้รับบริการรักษาพยาบาลและส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยถูกร่างเป็นครั้งแรกของประเทศและตามด้วยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ถูกประกาศใช้เป็นลำดับถัดมา ดังนั้นการเบ่งบานของประชาธิปไตยในยุคที่ประชาชน ได้เลือกตั้งตัวแทนของตนเองเข้ามาบริหารประเทศจึงเปลี่ยนขั้วอำนาจการดูแลควบคุมการแพทย์ให้ออกมา ในรูปที่แต่ละวิชาชีพได้อำนาจที่กระจายจากศูนย์กลาง (decentralized) ออกมาควบคุมดูแลกันเอง ภายใต้บรรยากาศสังคมการเมืองที่มีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นเรื่อยๆ รูปแบบการปกครองที่เปลี่ยนไปที่ประชาชนมีบทบาทในการเลือกตั้งรัฐบาลของตนเอง ทำให้จากเดิมทันตแพทย์ที่เคยใช้มรรยาทวิชาชีพร่วมกับสาขาแพทย์อื่นๆ จึงได้โอกาสในการแยกวิชาชีพทันตแพทย์ออกมาควบคุมดูแลกันเอง ท้ายที่สุดมีการร่างข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมขึ้นมาใหม่เพื่อบังคับใช้ในผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมกันเอง ทำให้เกิดเป็นแบบแผนทางจริยธรรมของวิชาชีพขึ้นมา

ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ.2538 โดยมีแนวคิดว่าจรรยาบรรณเป็นส่วนหนึ่งของจริยธรรม เมื่อนำจรรยาบรรณกับคุณธรรมมารวมตัวกันแล้วถึงจะได้เป็นจริยธรรม โดยคุณธรรมคือคุณงามความดีตามธรรมชาติที่ใช้เป็นหลักในการดำเนินชีวิต มีความจริงความถูกต้องเป็นผู้กำหนด หากผู้ใดกระทำผิดหรือประพฤติชอบ ผลแห่งการกระทำจะเป็นผู้ลงโทษหรือให้บำเหน็จเอง ในขณะที่จรรยาบรรณถูกกำหนดขึ้นโดยกฎหมาย มีองค์กรหรือสถาบันคอยกำกับดูแล ตรวจตราไม่ให้ฝ่าฝืนจรรยาบรรณ เมื่อกระทำผิดจะถูกลงโทษโดยองค์กรหรือสภา เมื่อรวมทั้งคุณธรรมและจรรยาบรรณเข้าด้วยกันจะหมายถึงจริยธรรม ซึ่งเป็นแนวทางความประพฤติและการปฏิบัติเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่า นอกจากนี้จรรยาบรรณยังเป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้วิชาชีพทันตกรรมมีลักษณะเป็นวิชาชีพชั้นสูงกล่าวคือเป็นวิชาชีพที่มีกฎหมายรับรอง มีมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนตามหลักการแพทย์ มีการศึกษาอบรมที่ใช้ระยะเวลายาวนานพอสมควร มีสถาบันวิชาชีพที่คอยควบคุม และมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติตน (พิศาล เทพสิทธา, 2535) ภาพของวิชาชีพทันตแพทย์จึงเป็นการบริการสุขภาพทางช่องปากแก่สังคมที่มีลักษณะเฉพาะตัว นั่นคือไม่ใช่ใครที่ไหนจะประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ แต่ต้องผ่านกระบวนการผลิตตั้งแต่การคัดเลือกเพื่อเข้าฝึกอบรม การฝึกอบรมที่ใช้ระยะเวลาถึง 6 ปีในหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้นที่ 1 ไปจนถึงเมื่อสำเร็จการศึกษาและได้รับการรับรองผ่านสภาวิชาชีพแล้วจึงสามารถประกอบวิชาชีพได้โดยอยู่ภายใต้การตรวจสอบควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งวิชาชีพ

Copyright by Mahidol University

โดยมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แต่ภาพของการประกอบวิชาชีพในลักษณะนี้ ผ่านขั้นตอนทางประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนาน กว่าจะถูกจัดระเบียบให้เป็นระบบได้จนถึงปัจจุบัน กว่าที่ชาวบ้านจะเปลี่ยนวิธีการรักษาอาการปวดฟันด้วยการใช้สมุนไพรมาอุดฟันด้วยตนเองมาเป็นการนัดพบทันตแพทย์เพื่อรักษาคลองรากฟันด้วยการล้างและอุดโพรงประสาทฟัน การจัดระเบียบค่อยๆเริ่มตั้งแต่การสร้างหลักสูตรวิชาทันตแพทย์ที่เมื่ออดีตการทำฟันยังพบเจอได้ในร้านตัดผม มีสำนักวิชาที่สอนการทำฟันแตกต่างกันไป ตั้งแต่สำนักหมอจีน สำนักหมออินเดีย รวมไปถึงความเชื่อในการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาอาการของโรคในช่องปากด้วยตนเอง (อำไพ ลำน้อย, 2558) จนมาสู่ยุคที่สามารถตั้งโรงเรียนแพทย์ขึ้นมาได้ มีระบบการเผยแพร่งานวิจัย พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ มีการปรับเปลี่ยนหลักสูตรให้ทันสมัยตลอดเวลาต่างจากการเรียนการสอนของแพทย์พื้นบ้านที่อิงอยู่กับตำราที่ยิ่งโบราณยิ่งดูขลังดูน่าเชื่อถือ และต้องยึดวิชาความรู้ตามต้นแบบที่อาจารย์ถ่ายทอด การจัดระเบียบครั้งใหญ่ที่สุดคือกลไกทางกฎหมายที่อาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติในการควบคุมกิจการทางการแพทย์ การเกิดขึ้นมาของสภาวิชาชีพ การร่างระเบียบต่างๆ ทำให้เกิดการควบคุมตลาดของบริการสุขภาพช่องปาก (market structure) ด้วยกฎหมายผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพให้เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น หากผู้ใดที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพละเมิดจะมีโทษทางอาญา อีกทั้งลักษณะที่สำคัญอีกประการคือการควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (control over competitive practice) ด้วยการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมขึ้น ห้ามไม่ให้โฆษณาความรู้ความสามารถตนเองดังจะเห็นในหมวดที่ 3 ของจรรณยาบรรณ และไม่ทับถมให้ร้ายทันตแพทย์ท่านอื่น ไม่ชักจูงผู้ป่วยของคนอื่นมาเป็นของตน ในหมวดที่ 4 ของจรรยาบรรณวิชาชีพ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548)

ความจำเป็นในการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 จึงไม่ใช่แค่ต้องออกข้อบังคับเนื่องจากมีอำนาจคำสั่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ในทางกฎหมาย แต่เนื่องจากระบบการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มตั้งแต่วิธีการถ่ายทอดความรู้วิชาทางการแพทย์ จากเดิมที่การถ่ายทอดความรู้ในการรักษาสุขภาพช่องปากเป็นการถ่ายทอดโดยตรงภายในครอบครัว ภายในร้านตัดผม ตลอดจนภายในสำนักคลินิกเดียวกัน ซึ่งทำให้การควบคุมความประพฤติอิงอยู่กับความผูกพันทางใจระหว่างศิษย์อาจารย์ผูกพันกับจรรยาบรรณที่อบรมสั่งสอนกันโดยตรง ดังจะเห็นจากพิธีไหว้ครูที่เคร่งครัดและการกลับมาขอความรู้จากครูเป็นระยะของแพทย์พื้นบ้านแม้ว่าจะประกอบอาชีพเองแล้วก็ตาม นับเป็นการปลูกฝังจริยธรรมโดยตรงแบบหนึ่ง ในขณะที่การเข้ามาของความรู้แพทย์แบบตะวันตก การสร้างโรงเรียนแพทย์ กลไกทางกฎหมายที่สร้างสภาวิชาชีพ กระบวนการเหล่านี้กลับสร้างระบบการแพทย์ขึ้นมาใหม่

Copyright by Mahidol University

ขีดเส้นวัฒนธรรมของระบบการแพทย์ทั้งประเทศให้อยู่ภายใต้ระบบแบบแผนเดียวกัน ซึ่งเป็นลักษณะระบบการแพทย์สากลที่ใช้กันทั่วโลก จริยธรรมของระบบแบบใหม่นี้จึงไม่ใช่การผูกพันทางใจกันโดยตรงระหว่างศิษย์อาจารย์ แต่ต้องสร้างสถาบันหรือข้อกำหนดทางจริยธรรมที่ชัดเจนมารองรับ พร้อมทั้งขอบเขตอำนาจของข้อบังคับ รวมไปถึงการลงโทษเมื่อทันตแพทย์ละเมิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ในแง่นี้ความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์จึงกลายเป็นวาทกรรมหลักที่กำกับให้ผู้ป่วยต้องเข้าพบทันตแพทย์เมื่อเจ็บป่วยในช่องปากการตรวจรักษาในช่องปากที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชน ไม่หลอกลวงและไม่ส่งผลร้ายต่อประชาชน (do no harm) คือต้องอยู่ภายใต้เกณฑ์ของวิทยาศาสตร์การแพทย์ มีระบบโรงเรียนแพทย์ที่อบรมสั่งสอนและสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ขึ้นมาใหม่อยู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งมีระบบจริยธรรมที่สร้างข้อกำหนดจรรยาบรรณขึ้นมาอย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบจริยธรรมการแพทย์แบบสมัยใหม่จะมีงานวิจัยทางการแพทย์ (evidence based medicine) และวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ที่คอยผลิตป้อนองค์ความรู้กำกับให้แพทย์ต้องประพฤติปฏิบัติตาม แต่องค์ความรู้เหล่านี้ก็ให้เพียงแนวทางปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ (professional ethics) ยังไม่พอที่จะเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ เนื่องจากยังมีปัญหาทางจริยธรรมการแพทย์ในอดีตที่สังคมไทยเคยเผชิญมาซึ่งเป็นปัญหาปฏิบัติในเชิงประเพณี (traditional ethics) ได้แก่การตรวจรักษาโดย “หมอจอมปลอม” ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่แอบหยิบยืมนำเครื่องมือทางการแพทย์ไปให้การตรวจรักษาโดยที่ตนไม่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ทำให้ตั้งแต่มรรยาทแห่งวิชาชีพ พ.ศ.2480 มาจนถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 บทบังคับจรรยาบรรณจะมีบริบทการบังคับคล้ายคลึงกัน คือกฎกระทรวงใน พ.ศ.2480 ได้สร้างข้อจำกัดและเงื่อนไขของผู้ประกอบวิชาชีพเพื่อไม่ให้แพทย์สาขาอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบันแอบลักลอบใช้เครื่องมือและวิธีตรวจรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบันและกำหนดมรรยาทวิชาชีพโดยเฉพาะการโฆษณาของทันตแพทย์ในสถานพยาบาลที่ควบคุมข้อความในคลินิกไปจนถึงขนาดตัวอักษร เพื่อควบคุมตลาดบริการสุขภาพช่องปากไม่ให้มีการแก่งแย่งแข่งขันระหว่างแพทย์ด้วยกันเอง จนมาถึงจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ พ.ศ.2538 ที่ยังคงกำหนดบทข้อบังคับใน *หมวดที่ 2 ข้อที่ 10 “ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้หรือไม่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแลมิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ”* จะเห็นว่าลักษณะของปัญหาของ “หมอจอมปลอม” ในปัจจุบันมีลักษณะที่เปลี่ยนไปคือหมอจอมปลอมต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพ เนื่องจากสถานพยาบาลทางทันตกรรมในปัจจุบันมีเพียงรูปแบบของแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น ไม่มีสำนักหมอจีนหรือหมออินเดียอีกแล้ว หากให้บริการทางทันตก

Copyright by Mahidol University

รรมในรูปแบบอื่นที่นอกเหนือไปจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 จะมีความผิดทางอาญา ดังนั้นแม้ว่าปัจจุบันจะพบเห็นการทำฟันเทียมถอดได้ของช่างทำฟันแถวท่าพระจันทร์ข้างมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือร้านจัดฟันแฟชั่นตามตลาดนัดทั่วประเทศ ล้วนแล้วแต่มีความผิดทางอาญาทั้งสิ้น นอกจากนี้การควบคุมตลาดบริการสุขภาพช่องปากถูกควบคุมด้วยหมวดที่ 3 การโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม และหมวดที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพถูกสร้างออกมาเป็นหัวข้อหมวดใหญ่ให้มีรายละเอียดที่ยิบย่อยกว่าบทบังคับมรรยาทในอดีต ยังคงเป็นกลไกทางกฎหมายในรูปแบบเดิมที่ช่วยสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีตัวตนเดียวกัน เพื่อไม่ให้มีการแก่งแย่งแข่งขันในตลาดบริการสุขภาพช่องปากระหว่างทันตแพทย์ด้วยกัน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 5
จรรยาบรรณวิชาชีพกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบพ่อปกครองลูก

ในบทนี้อธิบายการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม ว่าข้อบังคับจรรยาบรรณมีขอบเขตอำนาจที่รองรับตามกฎหมายอะไรบ้าง มีบริบทการถูกใช้งานอย่างไรบ้าง โดยศึกษาผ่านสถิติและข้อร้องเรียนทั้งหมดที่ผู้ประกอบวิชาชีพถูกร้องเรียนเรื่องจรรยาบรรณ ด้วยการวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง สรุปออกมาให้เห็นรูปแบบของการร้องเรียนจรรยาบรรณว่าที่ผ่านมามีรูปแบบใดบ้าง แต่ละรูปแบบมีลักษณะการร้องเรียนอย่างไร มีกระบวนการตัดสินลงโทษทางจรรยาบรรณอย่างไร พร้อมทั้งวิเคราะห์รูปแบบการร้องเรียนเหล่านั้น เพื่อให้เห็นภาพรวมของการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพว่าถูกใช้งานเพื่อมุ่งประโยชน์แก่สังคมอย่างไรบ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อองค์กรวิชาชีพได้เปลี่ยนจากคณะกรรมการควบคุมการประกอบวิชาชีพที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานของรัฐ (state control) มาเป็นสภาวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะเป็นนิติบุคคลอิสระที่ควบคุมกันเองภายใต้อำนาจรัฐ (state sanction self control) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 46) โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ขอบเขตอำนาจของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 อาศัยอำนาจบังคับตามมาตรา 23(4) (ฎ) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ในการให้อำนาจแก่คณะกรรมการแห่งทันตแพทยสภาในการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมขึ้น และมาตรา 33 ให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ หากผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมท่านใดถูกร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาว่าประพฤติผิดไปจากข้อบังคับทันตแพทยสภาจะต้องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจรรยาบรรณเพื่อสอบสวนข้อเท็จจริง โดยมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ 2) ว่ากล่าวตักเตือน 3) ภาคทัณฑ์ 4) พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกิน 2 ปี 5) เพิกถอนใบอนุญาต ดังนั้นโทษสูงสุดหากทันตแพทย์ถูกร้องเรียนเรื่องจรรยาบรรณและถูกตัดสินว่ามีความผิดคือการเพิกถอนใบอนุญาต นั่นหมายถึงการถูกสั่งห้ามไม่ให้เข้ามาตรวจรักษาในตลาดการบริการสุขภาพช่อง

Copyright by Mahidol University

ปากตลอดชีวิต แต่หากฝ่าฝืนจะมีโทษทางอาญาตามกฎหมายอาญา ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจของคณะกรรมการแห่งทันตแพทยสภา สภาวิชาชีพมีอำนาจเพียงในส่วนของใบอนุญาตเท่านั้น

ส่วนเนื้อหาของข้อบังคับจรรยาบรรณฉบับนี้ประกอบไปด้วย 6 หมวด ดังที่กล่าวไปแล้วในบทที่ 2 ซึ่งหากสังเกตมรรยาทวิชาชีพฉบับเก่าๆที่ร่างขึ้นมา ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่ร่างระเบียบวิชาชีพมรรยาทวิชาชีพในกฎกระทรวงที่อาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ไปจนถึงข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 ที่แพทยสภาแยกตัวออกมาควบคุมวิชาชีพกันเองก่อนวิชาชีพอื่นๆ จะพบว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 ในภาพรวมนั้น ถูกใช้งานในลักษณะเดียวกันต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ทำให้เนื้อหามีความคล้ายคลึงกันเรื่อยมา กล่าวคือหลังจากที่มรรยาทวิชาชีพ พ.ศ.2480 ถูกใช้งานร่วมกับกฎกระทรวงข้ออื่นๆเพื่อกดทับการแพทย์แขนงอื่นๆให้อยู่ภายใต้การแพทย์แผนปัจจุบันได้แล้ว กระบวนการต่อมาคือทำให้การแพทย์ปลอดจากพาณิชย์นโยบาย สร้างภาพลักษณ์ให้แตกต่างไปจาก “หมอจอมปลอม” ที่ใช้การแพทย์มาทำการค้า เนื้อหาของจรรยาบรรณในมิตินี้จึงเป็นเรื่องของการควบคุมการโฆษณาและการปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพโดยมีกลไกควบคู่ไปกับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ที่ให้อำนาจในการควบคุมการแสดงรายละเอียดต่างๆในสถานพยาบาล ทำให้การแข่งขันในเชิงธุรกิจในตลาดบริการทันตกรรมเกิดขึ้นน้อยที่สุดและปลอดจากการนำภาพลักษณ์ของวิชาชีพไปทำธุรกิจการค้า ไม่ว่าจะเป็นตั้งแต่การควบคุมตั้งแต่ในสถานพยาบาลที่ต้องอยู่ภายใต้รูปแบบเดียวกัน ทั้งขนาดและสีตัวอักษรในสถานพยาบาล การแสดงวุฒิการศึกษา รายละเอียดค่ารักษา ไปจนถึงการห้ามไม่ให้โฆษณาชักชวนผู้ป่วยมาใช้บริการที่สถานพยาบาล ห้ามไม่ให้ทันตแพทย์โฆษณาตนเองในทำนองอวดอ้างคุณวุฒิ อวดความรู้ความสามารถตนเอง หรือแสดงตัวว่าเป็นทันตแพทย์เพื่อโฆษณารับรองสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ต่างๆ

การใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณในลักษณะนี้ทำให้ระบบจริยธรรมทางการแพทย์ที่ใช้อยู่แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะได้แก่ “จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ” (professional ethics) เป็นจริยธรรมในลักษณะที่เป็นสากลทั่วโลก แฝงฝังอยู่ในองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่กำกับว่าหากผู้ป่วยมีอาการอะไร จะต้องตรวจอย่างไร และมีการรักษาใดบ้างที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ใช้กันอย่างสากลพร้อมทั้งมีงานวิจัยทางการแพทย์ผลิตป้อนองค์ความรู้ใหม่ๆออกมาอยู่สม่ำเสมอ หากทันตแพทย์ทำผิดไปจากหลักวิชาการแพทย์นี้ก็เท่ากับทำผิดจรรยาบรรณด้วย นอกจากนี้ยังมีจริยธรรมการแพทย์ที่เป็นสากลอย่างสาขาวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ (bioethics) ที่ปูแนวทางจริยธรรมทางการแพทย์ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองว่าด้วยการปฏิบัติต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต ซึ่งลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงวิชาชีพเหล่านี้ถูกร่างเป็นเนื้อหาในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพปรากฏอยู่ในหมวดที่ 2 ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่เกือบทุกข้อเป็น

Copyright by Mahidol University

จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ ตั้งแต่ข้อ 5 – 21 เนื้อหาโดยรวมกล่าวถึงการต้องประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพให้ดีที่สุด คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นต้น นอกจากหมวดที่ 2 แล้วยังปรากฏอยู่ในหมวดที่ 6 ว่าด้วยการทดลองในมนุษย์

ส่วนจริยธรรมอีกลักษณะหนึ่งที่ถูกใช้ร่วมด้วยคือ “จริยธรรมในเชิงประเพณี” (traditional ethics) เป็นการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมที่พบเจอแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ผ่านการปะทะต่อสู้กันของชุดเหตุผลต่างๆ จนในที่สุดได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณที่อาศัยอำนาจทางกฎหมายเป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทั้งหมดโดยการบังคับใช้ จริยธรรมในเชิงประเพณีนี้เป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้แต่ละประเทศมีข้อบังคับจรรยาบรรณที่มีเนื้อหาแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม อิงอยู่กับจารีตประเพณีที่ได้รับสืบทอดต่อกันมาของแต่ละประเทศทั้งในแง่ของจริยธรรมรวมไปถึงในแง่ของกฎหมาย (ethical & legislative tradition) (Macpherson Mayol et al, 2013) ซึ่งเป็นปัญหาที่วงการทันตกรรมสมัยใหม่ของแต่ละประเทศต้องพบเจอและต้องจัดการกับระบบการแพทย์ดั้งเดิมนั้น เพื่อสร้างระบบการแพทย์จากองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ขึ้นมาใหม่ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ โดยลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงประเพณีนี้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในหมวดต่างๆดังนี้

หมวดที่ 1 ว่าด้วยความประพฤติทั่วไปของผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ต้องไม่กระทำการใดๆเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นเรื่องที่วงการแพทย์ให้ความสำคัญมาตลอด ดังจะเห็นได้จากอดีตที่คณะกรรมการแพทย์อ้างเรื่องที่ไม่ยอมให้คณะรัฐมนตรีเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรผลิตแพทย์ที่ใช้เวลาเรียนสั้นลง เพื่อผลิตให้แพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งทางสภาการแพทย์แย้งว่าเป็นการผลิต “แพทย์ชั้นต่ำ” และทำให้ “วิทยฐานะ” ของแพทย์ตกต่ำลง จนท้ายที่สุดคณะรัฐมนตรีจึงต้องล้มเลิกความตั้งใจนี้ไป (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 168-171)

หมวดที่ 2 แม้ว่าเกือบทุกข้อจะเป็นลักษณะของจริยธรรมในเชิงวิชาชีพ แต่มีบางข้อที่สะท้อนลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี ได้แก่ ข้อ 10 ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้หรือไม่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแลมิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งเป็นความพยายามควบคุม “หมอจอมปลอม” ตั้งแต่ในอดีต จนปัจจุบันนี้แม้ว่าวิชาชีพจะถูกกำหนดตายตัวแล้วก็ตามว่าผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้นที่ 1 ให้การรักษาโรคในช่องปากได้ทุกกรณี ส่วนผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้นที่ 2 หรือทันตาภิบาลอนุญาตให้ประกอบการรักษาภายใต้การควบคุมของผู้ประกอบ

Copyright by Mahidol University

วิชาชีพทันตกรรมชั้นที่ 1 และทำหัตถการได้เพียงการอุดฟันอย่างง่ายเพื่อป้องกันฟันผุ การขูดหินน้ำลายเพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ หรืออยู่ภายใต้ดุลพินิจของผู้บังคับบัญชาซึ่งได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ถึงกระนั้นในบางสถานพยาบาลยังมีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมพร้อมทั้งไม่ได้สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์บัณฑิตลักลอบให้บริการทางทันตกรรม พูดง่ายๆก็คือมีผู้ให้บริการทางทันตกรรมที่ไม่ได้มีความรู้ทางวิทยศาสตร์การแพทย์และไม่ได้ฝึกฝนด้านทันตกรรมมาเลย แต่กลับมีความกล้าหาญในการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยเพื่อหวังผลกำไรจากตลาดบริการทางทันตกรรม ซึ่งในแง่นี้เป็นเรื่องอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วยอย่างยิ่ง และนับเป็นความไร้มโนธรรมของเจ้าของสถานพยาบาลหากมองเห็นคลินิกทันตกรรมเป็นเพียงร้านค้าบริการที่ต้องเร่งทำยอดกำไรเท่านั้น

หมวดที่ 3 และ หมวดที่ 4 เป็นเรื่องของการควบคุมการโฆษณาและการปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ ซึ่งทำงานควบคุมควบคู่ไปกับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ดังที่ได้กล่าวข้างต้นเพื่อสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ให้โอ้อวดว่าสถานพยาบาลของตนหรือฝีมือของตนดีกว่าทันตแพทย์ท่านอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการโอ้อวดที่อยู่ในวิสัยที่เป็นไปไม่ได้ อันเป็นเหตุให้วิชาชีพเสื่อมเสียในภาพรวม รวมไปถึงการกล่าวหาว่าร้ายทับถม เพื่อนร่วมวิชาชีพหรือมีเจตนาแย่งผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่น นอกจากนี้ยังการควบคุมในส่วนนี้ยังเป็นการควบคุมเพื่อไม่ให้เกิดการแก่งแย่งแข่งกันในตลาดบริการทางทันตกรรม

หมวดสุดท้ายคือหมวดที่ 5 กล่าวถึงการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ช่วยเหลืองานต่างๆในคลินิกนอกเหนือจากการตรวจรักษาว่าให้เคารพศักดิ์ศรีของกันและกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้การงานในส่วนที่เพื่อนร่วมงานรับผิดชอบ

5.2 รูปแบบของการร้องเรียนจรรยาบรรณ และสถานภาพความเป็นทันตแพทย์

จากหนังสือข่าวสารของทันตแพทยสภา มีรายงานในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีทันตแพทย์ถูกร้องเรียนจรรยาบรรณ โดยมีสถิติแสดงการฟ้องร้องจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม ในปี พ.ศ. 2539-2559 จำแนกออกตามเพศ อายุ หัตถการและตามข้อกฎหมาย รายละเอียดตามตารางที่ 5.1 และตารางที่ 5.2 โดยสถิติแสดงเพียงข้อมูลของจำนวนหรือร้อยละของการถูกร้องเรียนแต่ไม่ใช่การวินิจฉัยชี้ขาดว่าผู้ประกอบวิชาชีพมีความผิดทางจรรยาบรรณ

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5.1 สถิติการฟ้องร้องจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม ในปี พ.ศ. 2539-2559 จำแนกออกตามเพศ อายุ และตามหัตถการ (แสดงเป็นจำนวนคดี)

ลำดับ	ประเภท	จำนวน (คดี)
	เพศของผู้ถูกร้องเรียน	
1	ชาย	136
2	หญิง	122
	รวม	258
	หัตถการของผู้ถูกร้องเรียน	
1	การจัดฟัน	72
2	การใส่ฟันเทียม	39
3	การผ่าตัดและถอนฟัน	26
4	การรักษาคลองรากฟัน	20
5	การอุดฟัน	20
6	อื่นๆที่ไม่ใช่การร้องเรียนในหมวดหัตถการ	81
	รวม	258

ที่มา: (ทันตแพทยสภา, 2559ข, น. 10)

Copyright by Mahidol University

ตารางที่ 5.2 สถิติการฟ้องร้องจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม ในปี พ.ศ. 2539-2559 จำแนกออกตามข้อกฎหมาย (แสดงจำนวนเป็นร้อยละจากคดีทั้งหมด 258 คดี)

ลำดับ	ข้อกฎหมายที่ถูกร้องเรียน	ร้อยละ
1	มาตรฐานในการประกอบวิชาชีพ	79
2	ความสุภาพในการให้การตรวจรักษา	8
3	การโฆษณาประกอบวิชาชีพ	7
4	หมวดที่ 2 ข้อที่ 10 (ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้หรือไม่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแลมิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ)	6

ที่มา: (ทันตแพทยสภา, 2559ข, น. 10)

จากตารางที่ 5.1 และ 5.2 จะพบว่าในรอบ 20 ปีตั้งแต่ พ.ศ.2539-2559 มีทันตแพทย์ถูกร้องเรียนจริยธรรมต่อทันตแพทยสภาทั้งหมด 258 คดี โดยร้อยละ 79 ถูกร้องเรียนเรื่องมาตรฐานวิชาชีพที่ผู้ร้องเรียนสงสัยว่าทันตแพทย์ให้บริการไม่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ร้อยละ 8 ถูกร้องเรียนเรื่องความไม่สุภาพในการให้การตรวจรักษา ร้อยละ 7 ถูกร้องเรียนว่าทำผิดข้อบังคับหมวดควบคุมโฆษณาการประกอบวิชาชีพ อีกร้อยละ 6 ทำผิดข้อบังคับหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 ว่าด้วยการช่วยเหลือหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนเองรับผิดชอบพบว่าการฟ้องร้องในหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 นี้มีจำนวนทั้งสิ้น 16 คดี มีอยู่ 12 คดีที่ถูกตัดสินลงโทษให้พักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ทันตแพทยสภา, 2559ข, น. 9-11)

ดังนั้นจะพบว่าในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ที่ถูกทำให้มองเห็นเป็นปัญหาจริยธรรมขึ้นมาได้ และมีกระบวนการแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือนไปจนถึงการเพิกถอนใบอนุญาต คือปัญหาเรื่องการไม่ให้การตรวจรักษาตามหลักวิชาการแพทย์ปัญหาจริยธรรมเรื่องการโฆษณาวิชาชีพไปในเชิงอวดอ้างตนเองและสถานพยาบาลตนเองปัญหาจริยธรรมเรื่องการบริการที่ไม่สุภาพและปัญหาจริยธรรมเรื่องการช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม โดยผู้วิจัยได้ศึกษา

Copyright by Mahidol University

บริบทการถูกฟ้องร้องในประเด็นปัญหาจริยธรรมข้อต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ขยายให้เห็นบริบทการถูกร้องเรียนผ่านข้อบังคับจรรยาบรรณว่ามีกระบวนการอย่างไร การฟ้องร้องเป็นไปในรูปแบบใด และมีกระบวนการตัดสินปัญหาทางจริยธรรมนั้นอย่างไร ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อให้เห็นบริบทโดยรวมว่าการร้องเรียนจรรยาบรรณทันตแพทย์ในประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นมีลักษณะการร้องเรียนในรูปแบบใดบ้าง ผู้วิจัยสามารถสรุปลักษณะการร้องเรียนออกมาให้เห็นบริบทการร้องเรียนจรรยาบรรณทันตแพทย์ได้ 6 รูปแบบดังนี้

5.2.1 ร้องเรียนจรรยาบรรณเรื่องมาตรฐานการตรวจรักษาทางทันตกรรมตามหลักวิชาการแพทย์

เป็นการร้องเรียนขอให้ทันตแพทยสภาแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน เพื่อตรวจสอบมาตรฐานทางทันตกรรม ในกรณีที่สงสัยว่าได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม เป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์หรือไม่ โดยสถิติใน 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าเป็นกรณีที่พบมากที่สุด มีถึง 79% จากจำนวนการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพทั้งหมด โดยตามหลักการแล้ว เรื่องมาตรฐานการรักษาเป็นจริยธรรมที่แฝงฝังอยู่ในองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ (professionl ethics) ที่ทันตแพทย์ต้องประพฤติตาม เพราะการตรวจรักษาทางทันตกรรมมีองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่คอยกำกับว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการลักษณะใด ทันตแพทย์ต้องตรวจวินิจฉัยและต้องให้การรักษาอย่างไร แต่ในทางปฏิบัติแล้ว องค์ความรู้ทางการแพทย์มีความรู้ใหม่หรือเทคนิคใหม่ๆเป็นทางเลือกให้ทันตแพทย์ค้นคว้าอยู่สม่ำเสมอ แต่กระนั้นความรู้ที่เป็นพื้นฐาน (basic or classic principle) ก็ไม่ได้หมายความว่าจะไม่สามารถใช้ตรวจรักษาได้ กระบวนการตัดสินทางจรรยาบรรณในข้อนี้ จึงมีลักษณะที่ไม่อิงอยู่แนวทางการตรวจรักษา (guideline) จากตำราเล่มใด แนวทางการรักษาในตำราไม่ใช่แนวทางความประพฤติที่จะใช้เป็นมาตรฐานชี้ถูกหรือชี้ผิด ใช้เป็นเพียงข้อมูลนำเข้าข้อมูลหนึ่งเท่านั้น ใช้พิจารณาร่วมกับสภาวะแวดล้อมทั้งหมด ดังข้อมูลที่สรุปได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

"...กรรมการบางชุดให้น้ำหนักกับผู้เชี่ยวชาญ บางชุดกับราชวิทยาลัย กรรมการบางชุดก็ให้น้ำหนักมากกับสิ่งที่สอนในโรงเรียนทันตแพทย์ ดังนั้นฐานที่ใช้ตัดสิน ณ ปัจจุบันก็คือความเห็นกรรมการที่วินิจฉัยจากภาวะแวดล้อมทั้งหมด คือถ้ามองสิ่งที่เค้าเขียนในบันทึกการตรวจรักษา ดูฟิล์ม ดูผล เอาคนไข้มาอ้าปากดู แล้วก็ให้กรรมการทุกคนมาดูว่าถ้าคุณเป็นหมอคนนั้น คุณทำอย่างนี้ไหม ให้ทุกคนตอบว่า เป็นผม ผมก็ทำแบบนี้แหละ นี่ก็เป็นมาตรฐานอีกแบบหนึ่ง"

Copyright by Mahidol University

ดังนั้น คณะกรรมการจะเชื่อถือข้อมูลหรือให้น้ำหนักกับข้อมูลนำเข้าใด ขึ้นอยู่กับวิจารณญาณของคณะกรรมการแต่ละชุด ตามความเหมาะสมของแต่ละเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยจากการสัมภาษณ์ มีกรณีตัวอย่างที่ผู้ป่วยมาร้องเรียน ดังตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องดังนี้

"เคยมีกรณีทันตแพทย์ทำการรักษาคลองรากฟันให้ผู้ป่วย แต่ไม่ได้ให้การรักษาต่อเนื่อง สุดท้ายผลคือฟันของผู้ป่วยแตก เมื่อคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงพบว่า สถานพยาบาลในช่วงเวลานั้นปิดทำการ เนื่องจากติดปัญหาการเมืองของประเทศที่มีการปิดท้องถนน และรัฐบาลประกาศใช้พระราชกำหนดฉุกเฉิน ทำให้ไม่สามารถเปิดให้บริการได้ สภาวะการณ์ในลักษณะนี้ที่ไม่สามารถทำให้ทันตแพทย์ทำตามขั้นตอนการรักษาได้อย่างต่อเนื่องตามหลักการแพทย์ การร้องเรียนจึงถือว่าทันตแพทย์ไม่มีมูลความผิดทางจรรยาบรรณ"

การพิจารณาการร้องเรียนจึงพิจารณาองค์ประกอบของสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด แต่ในขณะเดียวกันจากการตัดสินทางจรรยาบรรณจะแยกการพิจารณาการร้องเรียนเป็นประเด็นต่างๆออกไป ดังกรณีตัวอย่างข้อมูลสัมภาษณ์ที่ทันตแพทย์จัดฟันจะรับผิดชอบผู้ป่วยในกรณีที่ปิดช่องว่างฟันจากการจัดฟันไม่สำเร็จ ดังนี้

"...มีทันตแพทย์ให้การรักษาจัดฟัน แต่ปิดช่องว่างระหว่างฟันไม่ได้ จึงชดเชยด้วยการทำสะพานฟันปิดช่องว่างของฟันแก้ไขให้ ผู้ป่วยลงลายมือชื่อรับทราบ เป็นหลักฐานว่าคนไข้รับทราบแล้วและยอมรับที่จะแก้ไขปัญหาด้วยวิธีนี้ แต่หากการรักษาจัดฟันทำผิดมาตรฐานเกณฑ์การพิจารณาก็จะแยกออกจากกัน ด้วยการพิจารณาว่าไม่มีสภาวะการณ์ไหนรองรับว่ามีความจำเป็นต้องทำผิดไปจากตำรา ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการชดเชยหรือไม่ชดเชยด้วยการใส่สะพานฟัน สุดท้ายปิดช่องว่างของฟันไม่ได้แล้วแก้ไขด้วยการใส่สะพานฟันให้ ไม่ได้ทำให้การถอนฟันซี่ที่ไม่เหมาะสมเรื่องถูกต้องตามมาตรฐานวิชาการ แม้ว่าผู้ป่วยจะลงลายมือชื่อรับทราบและยินยอมแล้วก็ตาม"

อย่างไรก็ตาม การร้องเรียนจรรยาบรรณในหัวข้อดังกล่าวนี้ แท้จริงแล้วเป็นเรื่องของข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่เท่ากันระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์ หากผู้ป่วยสงสัยว่าทันตแพทย์ให้การตรวจรักษาเป็นไปตามหลักการแพทย์หรือไม่ สามารถแก้ไขข้อสงสัยได้ด้วยวิธีง่ายๆ ผ่านการทำหนังสือขอยินยอมในการรักษา (inform consent) ซึ่งเป็นหนังสือที่แจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนจะทำการรักษา ว่าการตรวจรักษาสามารถทำด้วยวิธีใดได้บ้าง มีขั้นตอนอย่างไร และมีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันอย่างไร เพื่อท้ายที่สุดผู้ป่วยจะได้ใช้ดุลยพินิจของตนเองเลือกแผนการรักษาร่วมกับคำแนะนำ

Copyright by Mahidol University

ของทันตแพทย์ ซึ่งจะช่วยลดการร้องเรียนในส่วนนี้ลงได้ แต่จากงานวิจัยกลับพบว่า ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ไม่มีการฟ้องร้องในเรื่องของการไม่ทำหนังสือขอคำยินยอมในการรักษา ทั้งที่ควรเป็นสิ่งแรกที่ผู้ป่วยควรได้รับ แต่ผู้ป่วยกลับไม่มีใครนึกถึงและร้องเรียนเลย อีกทั้งในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพเองก็เขียนกำกับไว้ว่า “ทันตแพทย์ต้องทำหนังสือขอคำยินยอมในการรักษา เมื่อได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย” การขอคำยินยอมในการรักษาจึงกลายเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลยไป เพราะไม่จำเป็นต้องทำหากผู้ป่วยไม่ร้องขอ ทางแก้ไขเรื่องข้อมูลทางการแพทย์ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยจึงถูกละเลยไป ทั้งที่ควรจะเป็นทางแก้ไขปัญหาจริยธรรมที่ทันตแพทย์ให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ได้ดีที่สุด

5.2.2 ร้องเรียนจรรยาบรรณเรื่องมารยาทในการให้บริการ

ได้แก่ การพูดจาดูหมิ่นถากถางผู้ป่วย การแสดงท่าทีไม่สนใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อทันตแพทย์ ตั้งแต่รู้สึกว่าทันตแพทย์ไม่เห็นเรื่องเจ็บป่วยเป็นเรื่องสำคัญ รู้สึกว่าตนถูกเหยียด ไปจนถึงรู้สึกว่าทันตแพทย์รังเกียจที่จะทำการตรวจรักษาให้ โดยสถิติใน 20 ปีที่ผ่านมา พบการร้องเรียนเรื่องความไม่สุภาพในการให้บริการถึง 8% ซึ่งปัญหานี้สะท้อนให้เห็นว่าการตรวจรักษาทางทันตกรรมไม่ใช่เรื่องของผลลัพธ์ของงานในช่องปากเพียงอย่างเดียว ดังข้อมูลที่ผู้เกี่ยวข้องให้สัมภาษณ์ดังนี้

“...การให้บริการทางทันตกรรมประกอบไปด้วยผลลัพธ์ในช่องปากกับบรรยากาศรอบๆ ซึ่งเป็นเรื่องของการปฏิบัติระหว่างมนุษย์ที่ต้องเคารพซึ่งกันและกัน การพูดไม่ดี พูดจาดูถูกผู้ป่วย การละเลยผู้ป่วย การเก็บค่ารักษาที่แพงเกินไป การไม่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสำหรับทันตแพทย์ ผู้ป่วยเป็นแค่เหยื่อทางการตลาด เป็นแค่คนที่จะมาจ่ายเงินให้ ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยแบบญาติมิตร ไม่ได้ดูแลในฐานะมนุษย์ดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นความไม่พอในที่นอกเหนือไปจากการตรวจรักษา”

การร้องเรียนในข้อนี้จึงเป็นข้อร้องเรียนที่พบได้ทุกวิชาชีพ เป็นเรื่องของการปฏิบัติต่อกันในฐานะพลเมืองที่ไม่ควรหมิ่นประมาทกัน ซึ่งบุคคลควรรับผิดชอบเรื่องนี้ได้ด้วยตนเองตามกฎหมายในฐานะพลเมือง มากกว่าจะเป็นความผิดทางจรรยาบรรณในลักษณะเฉพาะของวิชาชีพทันตแพทย์ กล่าวคือ การไม่หมิ่นประมาทต้องรับผิดชอบตนเองให้ได้ในฐานะพลเมืองที่ดี ไม่ใช่บุคคลเพราะดำรงสถานภาพเป็นทันตแพทย์

Copyright by Mahidol University

5.2.3 ร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพใน หมวดที่ 2 ข้อที่ 10

หมวดที่ 2 ข้อที่ 10 คือ “การช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมไปถึงไม่ดูแลสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ ปล่อยให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทันตกรรม” ซึ่งการทำผิดจรรยาบรรณในข้อนี้ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา มี 16 คดีที่ถูกร้องเรียนเข้ามา มีทันตแพทย์เจ้าของสถานพยาบาล 12 คดี ถูกเรียกมาพบเพื่อพักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ส่วนอีก 4 คดี ทันตแพทย์เจ้าของสถานพยาบาลถูกเรียกตัวเพื่อว่ากล่าวตักเตือนและถูกลงโทษในระดับการลงโทษที่แตกต่างกันออกไปตามเจตนาของทันตแพทย์เจ้าของสถานพยาบาล ในกรณีที่โดนลงโทษแค่ว่ากล่าวตักเตือน เนื่องมาจากไม่ได้ตรวจสอบประวัติบุคคลผู้สมัครเข้ามาขอประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลของตน ส่วนกรณีที่ถูกลงโทษพักใบอนุญาต เนื่องมาจากมีเจตนาช่วยเหลือปล่อยปละละเลยให้บุคคลที่ตนทราบว่าไม่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเข้ามาประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลของตน

5.2.4 ร้องเรียนเรื่องการโฆษณาชักชวน และการโฆษณาเกินกว่าหลักวิชาการแพทย์

โดยทั่วไปการร้องเรียนเรื่องโฆษณาโอ้อวดสถานพยาบาลของตนเอง เกินไปกว่าหลักวิชาการแพทย์ จะเป็นการร้องเรียนโดยสมาชิกทันตแพทย์ด้วยกันเอง เมื่อเห็นว่าการโอ้อวดนั้นอยู่ในวิสัยที่เป็นไปไม่ได้ เช่น การผ่าฟันคุดไม่บวมไม่เจ็บ แผลหายเร็วกว่าที่อื่น เป็นต้น ส่วนอีกประเภทคือการโอ้อวดว่าสถานพยาบาลของตนให้การตรวจรักษาดีกว่าสถานพยาบาลอื่น ซึ่งเป็นการลดความน่าเชื่อถือของสมาชิกร่วมวิชาชีพ และทำให้เสื่อมเสียเกียรติของวิชาชีพในภาพรวม นอกจากนี้การมีข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในหมวดควบคุมการโฆษณายังช่วยเพิ่มอำนาจในการควบคุมในส่วนที่อำนาจของหมวดที่ 2 เรื่องการควบคุมมาตรฐานการรักษาไม่สามารถเข้าไปควบคุมได้ เช่น ในทันตแพทย์ทั่วไปที่ให้การตรวจรักษาจัดฟัน ซึ่งอำนาจทางกฎหมายให้สิทธิกับสมาชิกทันตแพทย์ในการตรวจรักษาโรคในช่องปาก องค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับสมาชิกได้ว่าสมาชิกคนใดห้ามมิให้ตรวจรักษาจัดฟัน การควบคุมในหมวดโฆษณาทำให้อย่างน้อยองค์กรวิชาชีพสามารถเข้าไปควบคุมได้ว่าหากสมาชิกไม่ได้ผ่านระบบการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจัดฟัน ห้ามมิให้โฆษณาตนเองว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านจัดฟัน ซึ่งทำให้สามารถควบคุมมาตรฐานการรักษาในการตรวจรักษาเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนได้ ดังที่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้ให้สัมภาษณ์ขยายความไว้ดังนี้

“*หมวดควบคุมโฆษณาคือความพยายามที่จะสาวมือให้ยาวขึ้นไปอีกเท่าที่จะทำได้ ใช้เป็นตัวแยกว่าถ้าคุณไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ คุณจะโฆษณาในฐานะผู้เชี่ยวชาญไม่ได้ เช่น จะใช้ป้ายโฆษณาคำว่า “จัดฟัน” ใหญ่กว่าคำอื่นไม่ได้ ถ้าคุณไม่ได้รับรองว่าเป็นผู้เชียวชาญเฉพาะด้านจัดฟัน*

Copyright by Mahidol University

อย่างนี้เป็นต้น เพราะว่าจริงๆแล้วทันตแพทยสภาห้ามผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ที่ให้บริการจัดฟันไม่ได้ แม้จะไม่ได้ฝึกอบรมจนได้ใบประกาศผู้เชี่ยวชาญจัดฟันมา แต่เมื่อจบทันตแพทย์ก็มีสิทธิรักษาในช่องปาก ฉะนั้น หมวดโฆษณาจึงเป็นการควบคุมที่พยายามจะเอื้อมมือเข้าไปให้กว้างขึ้นของคณะกรรมการในการควบคุมงานทันตกรรมที่ซับซ้อนขึ้น

แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทันตแพทย์ที่อบรมการจัดฟันมาแล้วจะให้บริการดีทุกคน และทันตแพทย์ที่ไม่ได้อบรมจัดฟันมาจะทำไม่ได้ ก็ไม่จริง ซึ่งในประเด็นนี้ต้องแยกเยอะเป็นกรณีไป แต่นี่คือกระบวนการควบคุมที่สภาคิดว่าพอจะทำได้ ในประเด็นของหมวดการโฆษณาในการควบคุมการโฆษณาว่าตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่กลับไม่ได้จบเฉพาะทางมา"

ในแง่นี้ หมวดควบคุมการโฆษณาจึงมีความสำคัญอย่างมาก ในการควบคุมตลาดของการให้บริการทางทันตกรรมไม่ให้เกิดการแข่งขัน ไม่ให้โฆษณาเกินจริง ตลอดจนไม่โอ้อวดว่าสถานพยาบาลตนเองดีกว่าสถานพยาบาลอื่น ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาลต้องไม่เป็นไปเพื่อการทำธุรกิจ ประชาชนสามารถวางใจรักษากับทันตแพทย์ได้ทุกสถานพยาบาล

5.2.5 ร้องเรียนเรื่องการนำคุณวุฒิทันตแพทย์ไปใช้อวดอ้างประกอบการโฆษณาสินค้าหรือรับรองบริการ

ปัญหาจริยธรรมในข้อนี้ข้ามพรมแดนการตรวจรักษาในสถานพยาบาล ออกสู่เรื่องสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ในสังคม โดยเฉพาะเมื่อทันตแพทย์ได้นำสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ที่มีเกียรติ เชื่อถือได้ ไปใช้หาผลประโยชน์ในทางธุรกิจ ทำให้ข้อบังคับหมวดที่ 3 เรื่องการควบคุมโฆษณามีความสำคัญขึ้นมาอีกระดับ เพื่อมาควบคุมไม่ให้ภาพลักษณ์ของวิชาชีพเสื่อมเสีย หรือทำให้วิทยฐานะของทันตแพทย์ตกต่ำ ดังเช่นกรณีมีทันตแพทย์ไปโฆษณาผลิตภัณฑ์สำหรับเด็ก อีกทั้งตนเองไม่ได้อบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมสำหรับเด็ก ซึ่งในแง่นี้ ต่อให้ขึ้นทะเบียนอนุมัติบัตรเป็นผู้เชี่ยวชาญทางทันตกรรมสำหรับเด็ก ก็ไม่สามารถโฆษณารับรองสินค้าใดๆ เกี่ยวกับเด็กได้ การเอาคุณวุฒิทันตแพทย์ไปรับรองสินค้าสำหรับเด็กจึงถือว่าเป็นความผิดในทางจรรยาบรรณ โดยมีรายละเอียดของกรณีตัวอย่างตามคำสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

"กรณีตัวอย่างที่มีทันตแพทย์โฆษณาเรื่องแป้ง หรือผลิตภัณฑ์เด็ก หรืออะไรประมาณนี้ คณะกรรมการก็ถกเถียงกันมากว่ามูลความผิดน่าจะเกิดจากอะไร ซึ่งมีระบบการให้เหตุผลสองฝั่งที่เถียงกัน ฝั่งหนึ่งลงโทษเพราะว่าข้อมูลกำกับในโฆษณาด้านล่างขึ้นว่าทันตแพทย์หญิงท่านนี้เป็นผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมสำหรับเด็ก ขึ้นว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญแต่ตัวทันตแพทย์ท่านนั้นไม่ได้จบเฉพาะทางทันตกรรมสำหรับเด็ก เป็นทันตแพทย์จริงแต่ไม่ได้ใบอนุมัติบัตรหรือวุฒิบัตรว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญทันตกรรมเด็ก เพราะฉะนั้นอ้างไม่ได้ นั่นคือประเด็นที่เห็นชัดๆ แต่อีกประเด็นคือใช้ความเป็น

Copyright by Mahidol University

ทันตแพทย์โฆษณาขายสินค้า นี่ก็นับเป็นความผิด คำถามก็คือทำไมเค้าต้องจ้างคุณ คุณสวยหรือมีลูกแล้วคุณเลี้ยงลูกดีหรอ ในประเทศนี้มีคนที่สวยกว่าคุณ เลี้ยงลูกดีกว่าคุณ ทำไมเค้าต้องมาจ้างคุณ ก็เพราะคุณเป็นทันตแพทย์ไง บริษัทจ้างคุณเพราะอยากเอาความเป็นทันตแพทย์ขายของไง ซึ่งผิดไปจากจรรณยาบรรณที่เขียนมา คุณจะเอาความเป็นทันตแพทย์ไปขายอะไรไม่ได้ นั้นคือตัวอย่างที่น่าสนใจในประเด็นเรื่องโฆษณา"

การร้องเรียนจรรยาบรรณในหมวดโฆษณาของข้อนี้จึงแตกต่างไปจากการโอ้อวดในข้อ 5.2.4 เพราะเป็นการใช้ข้อบังคับหมวดโฆษณา เพื่อรักษาไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์ศรี และความน่าเชื่อถือของทันตแพทย์ให้อยู่ภายใต้การบริการทางทันตกรรมเท่านั้น ห้ามนำไปรับรองสินค้าหรือบริการอื่นในแง่ที่หาผลประโยชน์ทางธุรกิจ

5.2.6 ร้องเรียนเรื่องทันตแพทย์ประพฤติผิดทางกฎหมาย หรือมีความผิดตามกฎหมายอันเป็นเหตุให้เสื่อมเสียถึงวิชาชีพ

การร้องเรียนจรรยาบรรณในข้อนี้เป็นผลมาจากความคาดหวังของสังคมต่อสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ ที่ต้องดำรงตนอยู่ในครรลองของศีลธรรมจรรยา มีความประพฤติด้านอื่นๆที่ดีงาม นอกเหนือไปจากการให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันก็เป็นช่องทางให้คู่กรณีที่กำลังมีเรื่องฟ้องร้องกับทันตแพทย์ใช้เป็นช่องทางสร้างความได้เปรียบในการต่อรองในคดี แม้ว่าการฟ้องร้องจะเป็นเรื่องสวนตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตรวจรักษาทางทันตกรรมเลยก็ตาม ซึ่งในแง่นี้องค์กรวิชาชีพเองเข้าใจสภาพการณ์และพิจารณาเป็นรายคดีไปว่า "สถานภาพความเป็นทันตแพทย์" มีผลต่อรูปคดีหรือไม่ หากพบว่าอีกฝ่ายจงใจรุกรานวิชาชีพ การฟ้องร้องจรรยาบรรณทันตแพทย์ของคู่กรณีก็จะไม่มีน้ำหนัก แต่หากพบว่าทันตแพทย์นำภาพลักษณ์ทันตแพทย์ไปเสื่อมเสียด้วย ก็จะถือว่ามีความผิดทางจรรยาบรรณ ซึ่งในประเด็นนี้มีความน่าสนใจมาก ที่ภาพลักษณ์ของวิชาชีพได้กลายเป็นตัวตนทางศีลธรรม ที่สังคมคาดหวังไว้มากกว่าที่ควรจะคาดหวัง เพราะหน้าที่ของทันตแพทย์คือการให้การตรวจรักษาโรคในช่องปาก สังคมควรจะคาดหวังการมีจริยธรรมจากหน้าที่ตรงนั้นของทันตแพทย์ ซึ่งในกรณีนี้มีตัวอย่างมากมายจากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง เช่น ทันตแพทย์ขับรถชนแล้วพยายามต่อรองกับคู่กรณี อ้างว่าขอรีบไปรักษาผู้ป่วยก่อนค่อยกลับมาจัดการคดีความ คู่กรณีรู้สึกว่าทันตแพทย์ไม่ให้ความสนใจที่จะรับผิดชอบต่อความเสียหายจึงร้องเรียนจรรยาบรรณ แต่ท้ายที่สุดการพิจารณาในคดีนี้กลับยกฟ้องคำร้องเรียน โดยมีรายละเอียดของกรณีตัวอย่างตามข้อมูลสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องดังนี้

Copyright by Mahidol University

"กรณีตัวอย่างมีรถชนกัน แล้วทันตแพทย์ก็พยายามจะไม่ต่อรองกับคู่กรณี อ้างว่าเป็นทันตแพทย์จะรีบไปทำธุระขอไม่เอาความต่างแยกย้าย ทั้งที่คู่กรณีรู้สึกว่าทันตแพทย์ขับรถมาเบียด

และได้รับความเสียหายจากการชนครั้งนี้ ปัญหามันคือไม่ได้ผิดเพราะว่าทันตแพทย์ไปขับรถชน แต่ผิดเพราะไปบอกว่าเป็นทันตแพทย์และจะรีบไป แต่กรณีนี้กลับยกฟ้อง เพราะการที่อ้างว่าเป็นทันตแพทย์หรือไม่ได้เป็นทันตแพทย์ ไม่ได้ทำให้คนเจ็บมากขึ้นหรือไม่ได้ทำให้ความเสียหายจากการชนลดน้อยลง อีกทั้งมีรายละเอียดอย่างอื่นด้วย คือจากการเจรจาต่อรอง พบว่าคู่กรณีพอรู้ว่าเป็นทันตแพทย์ก็ตั้งใจจะร้องค่าเสียหายสูงๆ พอมีหลักฐานอื่นๆขึ้นมา ทางคณะกรรมการมองว่าถ้าบอกว่ามีมูลความผิดต่อไปจะเกิดบรรทัดฐานที่ทำให้งานทันตกรรมไปต่อได้ยากขึ้น เช่น ถ้าเกิดกรณีแบบนี้แล้วเป็นหมอศัลยกรรมที่มีเคสผู้ป่วยอุบัติเหตุแล้วต้องรีบไปจริงๆจะทำอย่างไร สุดท้ายทันตแพทย์จะไม่กล้าไปทำงานต้องอยู่ดูแลเรื่องรถชน ซึ่งผลเสียจะตกอยู่ที่ประชาชนที่เจ็บป่วย"

ในกรณีนี้จะพบว่าการร้องเรียนไม่ได้เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางทันตกรรม แต่กลับถูกฟ้องจากการที่ทันตแพทย์มีมีคดีความทางกฎหมาย และคู่กรณีใช้เป็นช่องทางในการสร้างความได้เปรียบในการต่อรองคดีความ อีกกรณีตัวอย่างคือทันตแพทย์ทะเลาะกับเพื่อนบ้าน ทันตแพทย์เลยไปถ่ายหนักทิ้งไว้หน้าบ้านเพื่อนบ้าน มีกล้องวงจรปิดถ่ายไว้ได้ แต่ในกรณีนี้กลับยกฟ้องเช่นกัน ตามรายละเอียดคำสัมภาษณ์ ดังนี้

"เพราะทันตแพทย์ไม่ได้ประกาศว่าเป็นทันตแพทย์ก่อนที่ไปถ่ายของเสียหน้าบ้าน แต่สมมุตติถ้าในกรณีแบบนี้ถูกเอาไปฟ้องศาลก่อน แล้วศาลตัดสินว่าผิดและได้รับโทษ เอาคำตัดสินของศาลมาฟ้องสภาอีกทีหนึ่ง ผลอาจจะพลิกเพราะคุณเป็นทันตแพทย์ที่ถูกศาลลงโทษมาแล้วอย่างนี้คือเสื่อมเสียวิชาชีพ และอาจจะมีมูลความผิดได้"

จะเห็นว่าการทำให้เสื่อมเสียต่อวิชาชีพเป็นไปได้ตั้งแต่ถ่ายของเสียหน้าบ้านไปจนถึงการก่อคดีอาญาแล้วถูกลงโทษว่าผิด ดังนั้นในกรณีนี้หากทันตแพทย์ประพฤติผิดกฎหมายหรือมีความผิดทางกฎหมายจนทำให้เสื่อมเสียถึงวิชาชีพ จะเท่ากับประพฤติผิดทางจริยธรรมทันตแพทย์ด้วย อย่างเช่นในกรณีทันตแพทย์ติดคดีเกี่ยวกับการปลอมแปลงและถูกตัดสินทางคดีจนถึงที่สุด ลักษณะนี้สังคมรับรู้ว่าเป็นทันตแพทย์แล้วทำผิดกฎหมาย ท้ายที่สุดความผิดในลักษณะนี้เป็นความผิดทางจรรยาบรรณในวิชาชีพด้วย เนื่องจากผู้ประกอบวิชาชีพไม่ควรถูกลงโทษทางกฎหมายจนถึงที่สุด

จากรูปแบบการร้องเรียนจริยธรรมทั้งหมด 6 รูปแบบ จะเห็นว่าข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมนี้ในขณะที่มีไว้เพื่อควบคุมมาตรฐานการตรวจรักษาของทันตแพทย์ให้เหมาะสมให้เป็นไปตามหลักการแพทย์เท่านั้น ในอีกมิติหนึ่งยังทำหน้าที่ปกป้องวิชาชีพและรักษาภาพลักษณ์ของวิชาชีพไว้ไม่ให้มัวหมอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการควบคุมโฆษณาให้อยู่ใน

Copyright by Mahidol University

ภาพลักษณ์ของการมุ่งให้การรักษา ไม่มุ่งทำกำไร ผู้ป่วยสามารถวางใจได้ว่าจะรักษากับทันตแพทย์ท่านใดก็ได้ ไปจนถึงการไม่นำความเป็นทันตแพทย์ไปเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคมซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับหนังสือคู่มือแนะนำสมาชิกใหม่โดยทันตแพทยสภา เผยแพร่ในเว็บไซต์ของทันตแพทยสภา[1] เริ่มเผยแพร่ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2557 ที่เน้นให้ยึดมั่นในจรรยาบรรณวิชาชีพพร้อมทั้งเน้นย้ำเรื่องความสำคัญของใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ แนะนำไม่ให้จัดฟันแฟชั่นแก่ผู้ป่วยไม่ว่าจะได้รับการร้องขอแค่ไหนก็ตาม เพราะการจัดฟันแฟชั่นเป็นเรื่องสิ้นเปลือง ไม่ใช่การรักษาโรค การจัดฟันที่ไม่เป็นไปเพื่อมุ่งเน้นรักษาโรคถือว่าไม่เป็นไปตามหลักการแพทย์ นับเป็นการกระทำที่ผิดต่อข้อบังคับจรรยาบรรณ

ในแง่นี้การบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณจึงมีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ภาพลักษณ์ของวิชาชีพ ดังจะสังเกตได้จากการร้องเรียนจรรยาบรรณทั้ง 6 รูปแบบ แม้ว่าผู้วิจัยจะจำแนกลักษณะการฟ้องร้องจริยธรรมแตกต่างกันออกไปให้เห็นในแต่ละระดับ แต่การร้องเรียนจรรยาบรรณในระดับข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 5 มีลักษณะที่ร่วมกันคือเป็นการร้องเรียนด้วยการพิจารณาจากการสวมบทบาทการเป็นทันตแพทย์ว่า เมื่อสวมบทบาทเป็นทันตแพทย์แล้วบทบาทที่แสดงออกไปนี้สามารถทำได้หรือไม่ มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ตั้งแต่การให้บริการตรวจรักษา การสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อแสดงบทบาทเป็นทันตแพทย์ การช่วยเหลือผู้ไม่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม การโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงโอ้อวดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น ไปจนถึงการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆอันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว แต่สำหรับในระดับของข้อที่ 6 แตกต่างออกไปจากระดับอื่นๆตรงที่เป็นการร้องเรียนทั้งที่ไม่ได้อยู่ในสถานภาพที่บุคคลแสดงบทบาทของทันตแพทย์แต่ถูกร้องเรียนเนื่องจากมีตัวตน/สถานภาพเป็นทันตแพทย์ติดตัวอยู่ในสังคม ซึ่งจากข้อสังเกตนี้จะเห็นว่า แม้จะไม่ได้สวมบทบาททันตแพทย์แต่เมื่อกระทำการอะไรจนเกิดเป็นเหตุให้คู่กรณีร้องเรียนได้ ตัวตนความเป็นทันตแพทย์จะถูกร้องเรียนได้ด้วยเสมอ เนื่องมาจากตัวตนความเป็นทันตแพทย์เกิดจากภาพลักษณ์ที่แบกรับความรับผิดชอบ ความเป็นมืออาชีพ และต้องเป็นที่ไว้เนื้อเชื่อใจให้กับผู้ป่วย

ประเด็นเรื่องภาพลักษณ์ของวิชาชีพนี้มีการศึกษาของ พงศธร พึ่งเนตร์ (2557) ที่ศึกษาเรื่องภาพลักษณ์ว่ามีความสำคัญต่อการรับรู้ของผู้ป่วย เป็นการรับรู้ของภาพลักษณ์ที่ส่งผลต่อการเลือกรับบริการในโรงพยาบาลในจังหวัดกรุงเทพมหานครผลการศึกษาอ้างว่าภาพลักษณ์ที่ดีของโรงพยาบาลนอกจากการเข้าถึงบริการได้ทันทีแล้ว ภาพลักษณ์ที่ดูน่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจยังมีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการตรวจรักษา (พงศธร พึ่งเนตร์, 2557) นอกจากนี้ยังมีงานที่ศึกษาการรับรู้

Copyright by Mahidol University

[1] คู่มือแนะนำสมาชิกใหม่ทันตแพทยสภา, http://www.dentalcouncil.or.th/pdf/newmember.pdf เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม พ.ศ. 2559

เรื่องภาพลักษณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ และภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลอีกมากมาย อาทิ พรพิชชา ภัทรากร (2545) ที่อ้างว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในด้านบวก นำมาสู่ความไว้วางใจ (พรพิชชา ภัทรากร, 2545) ด้าน อธิพรรณ น่วมกระจ่าง (2554) อธิบายว่าปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการในแต่ละคลินิกเอกชนนั้น นอกจากการเข้าถึงที่สะดวกใกล้บ้านแล้ว ภาพลักษณ์เรื่องความสะอาด ความเต็มใจให้บริการ ก็ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจ (อธิพรรณ น่วมกระจ่าง, 2554) ดังนั้นเจตนารมณ์ของการบังคับใช้จรรยาบรรณที่ช่วยปกป้องไม่ให้เกิดความเสื่อมเสียต่อความเป็นทันตแพทย์ รักษาไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพจึงส่งผลต่อความไว้เนื้อเชื่อใจของผู้ป่วยที่มีต่อวิชาชีพในการเป็นเกณฑ์ตัดสินใจต่อการเลือกรับบริการทางทันตกรรม

5.3 จรรยาบรรณกับภาพลักษณ์ของทันตแพทย์: การถมช่องห่างความรู้ทางการแพทย์ด้วยความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจ

จากบทที่ 5.2 ที่ผ่านมา จะพบว่าข้อบังคับจรรยาทันตแพทย์สัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของวิชาชีพโดยตรง เป็นไปเพื่อรักษาเกียรติศักดิ์ศรีและความน่าเชื่อถือ อีกทั้งงานวิจัยเรื่องภาพลักษณ์วิชาชีพที่อ้างมาก็แสดงให้เห็นว่า ภาพลักษณ์ของวิชาชีพสัมพันธ์โดยตรงต่อการตัดสินใจเลือกรับบริการของผู้ป่วย ในแง่นี้ ภาพลักษณ์ของวิชาชีพจึงมีความสำคัญมากต่อความเชื่อถือของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการทางทันตกรรม ผู้วิจัยจึงตั้งข้อสังเกตว่า เหตุใดภาพลักษณ์ของวิชาชีพจึงมีความสำคัญมากจนไม่อาจทำให้เสื่อมเสียได้ และต้องดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือของวิชาชีพ จากการศึกษาได้ข้อสรุปดังนี้

เนื่องจากหน้าที่ทันตแพทย์ได้มอบอภิสิทธิหลายๆอย่างให้ทันตแพทย์เข้ามายุ่งเกี่ยวพื้นที่ส่วนตัวของผู้ป่วยได้ หนึ่งในนั้นคือสิทธิที่จะสอบถามข้อมูลส่วนตัวบางอย่างเพื่อประกอบการตรวจรักษา การต้องการความเชื่อใจ (trustworthiness) จากทันตแพทย์จึงสำคัญมากๆ โดยเฉพาะในแง่ของการรักษาความลับข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย (confidentiality) (Lambden, 2002, pp.53-56) ในเกือบทุกประเทศทั่วโลกจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมต้องมีเรื่องของการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในข้อบังคับจรรยาบรรณ ในประเทศไทยปรากฏอยู่ในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม "*หมวด 2 ข้อ 18 ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่*" ความน่าเชื่อถือจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะวางใจว่าทันตแพทย์ไม่นำข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยไปเผยแพร่

Copyright© by Mahidol University

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังคาดหวังว่าจะได้คุณภาพที่ดีจากการรักษา การเจ็บปวดที่น้อยที่สุด ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นธรรม แต่เรื่องที่คาดหวังเหล่านี้กลับเป็นความคาดหวังที่วางอยู่บนความสัมพันธ์ที่ทั้งความรู้ (knowledge) และทักษะทางการแพทย์ (professional skill) อยู่ในการถือครองของทันตแพทย์ ความสัมพันธ์เช่นนี้จึงเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ทันตแพทย์มีอำนาจทางการแพทย์ ส่วนผู้ป่วยนั้นอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ความสัมพันธ์ของทันตแพทย์และผู้ป่วยจึงต้องวางอยู่บนความสัมพันธ์ที่ต้องไว้เนื้อเชื่อใจทันตแพทย์ (fiduciary relation) อันเนื่องมาจากการไม่เท่ากันในความรู้ ทักษะทางการแพทย์ และด้วยลักษณะงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ ความเชื่อถือในทันตแพทย์จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีให้ทันตแพทย์ และภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยสามารถไว้วางใจในวิชาชีพได้ โดยความเชื่อถือในลักษณะนี้แตกต่างไปจากความเชื่อถือระหว่างเพื่อนสนิทที่ต้องอาศัยระยะเวลา แต่กับทันตแพทย์เป็นการเชื่อถือในคุณธรรมแห่งวิชาชีพ (virtue of training) เชื่อถือในสถานภาพที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคม (special role in society) ทว่าความเชื่อมั่นและไว้วางใจเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากความซื่อสัตย์ (fidelity) โดย Immanuel Kant นักปรัชญาผู้มีชื่อเสียงด้านจริยศาสตร์คนสำคัญคนหนึ่งของโลกปรัชญา ให้ความเห็นว่า *"ความซื่อสัตย์เป็นหน้าที่ทางศีลธรรมแบบหนึ่ง โดยธรรมชาติเมื่อเวลากระทำแล้วต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับตามมา"* ดังนั้นความซื่อสัตย์จึงกลายจริยธรรมที่สำคัญสำหรับทันตแพทย์ ที่ต้องซื่อสัตย์ต่อทั้งความรู้และทักษะวิชาชีพของตนเองในการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ความสัมพันธ์แบบไว้เนื้อเชื่อใจกันดำเนินต่อไปได้ (Rule & Veatch, 2004)

จะเห็นว่าภาพลักษณ์ของวิชาชีพมีผลต่อความน่าเชื่อถือในแง่ที่ทันตแพทย์ต้องไว้ใจได้ ทั้งในเรื่องการเก็บรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ความรู้ทางการแพทย์ (knowledge) ทักษะทางวิชาชีพ (professional skill) รวมไปถึงลักษณะของงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life threatening) แต่ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต้องไว้ใจในทันตแพทย์แต่เพียงฝ่ายเดียวให้เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจในทางเลือกการตรวจรักษาเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม (inequality relationship) เป็นความสัมพันธ์ในแบบ "พ่อปกครองลูก" หรือ "paternalism" ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคล (autonomy) ที่มีสิทธิตัดสินเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วยที่อาจจะมีความจำเป็นส่วนตัวต่างไปจากมุมมองของแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้จักโรคที่เป็นอยู่ ไม่รู้จักเทคนิคในการรักษา แต่ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความจำเป็นของตัวเองดีที่สุด ดังนั้นการตัดสินใจในทางเลือกการรักษา (treatment decision) ไม่ใช่แค่กำหนดด้วยการตัดสินใจจากทันตแพทย์ที่มองในมุมของ

Copyright© by Mahidol University

การรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงสิทธิในการเป็นเจ้าของตัวเองของผู้ป่วยและต้องได้รับการยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วยด้วย (Lambden, 2002, pp.89-99)

การขอความยินยอมเพื่อให้การรักษา (inform consent) เป็นกระบวนการที่ปรับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยให้เสมอภาคยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแง่ของความรู้ที่ไม่เท่ากันเป็นการถมช่องห่างทางความรู้ทางการแพทย์ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย เดิมทันตแพทย์เป็นผู้กำหนดการตัดสินใจในทางเลือกการรักษาแต่ฝ่ายเดียว กลายเป็นการสื่อสารสองทางที่เน้นให้ทันตแพทย์ทำความเข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังหรือต้องการและชี้แจงแผนการรักษาที่เป็นไปได้ (alternative treatment plans) พร้อมทั้งความเสี่ยง ข้อดี ข้อเสียของแต่ละแผนการรักษา ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นความสัตย์จริง เข้าใจได้ และมากเพียงพอ สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดว่าตนเองจะเลือกรับการรักษาแบบใด (self-determination) ซึ่งจะเป็นการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงที่สุดและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ลดความเสี่ยงในการฟ้องร้อง และหลีกเลี่ยงความระแวงของผู้ป่วยที่คาดว่าทันตแพทย์จะให้การรักษาที่เกินจำเป็น (Lambden, 2002, pp. 89-99) ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ชนภัทร วินยวัฒน์ (2551) ที่ศึกษาเรื่อง “ความยินยอมในการรักษาพยาบาล: สิทธิของผู้ป่วยที่ถูกละเลย” พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีรูปแบบการขอความยินยอมในการรักษาจากผู้ป่วยในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือมีหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลไว้เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับความยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วย แต่เป็นหนังสือที่ขอคำยินยอมกับผู้ป่วยตั้งแต่ขั้นตอนการขึ้นทะเบียนเข้าเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงไม่มีการระบุเงื่อนไขที่สำคัญและรายละเอียดที่แจ้งถึงความจำเป็นต่างๆที่ผู้ป่วยต้องใช้ประกอบการตัดสินใจในการยินยอมรับการรักษาหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น การระบุโรคที่ผู้ป่วยเป็น วิธีการรักษาที่จะขอความยินยอมจากผู้ป่วย รายละเอียดในขั้นตอนการรักษาเป็นอย่างไร ไปจนถึงสาระสำคัญอื่นๆเช่นความเสี่ยงจากการเลือกรับการรักษา ทำให้หนังสือขอคำยินยอมดังกล่าวไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายที่เป็นสากลในเรื่องการขอคำยินยอม อีกทั้ง ในรายงานการศึกษาระบุว่า นอกจากเรื่องสาระสำคัญที่ไม่ได้ระบุไว้ในหนังสือยินยอมยังมีเรื่องของผู้ให้ความยินยอมแทนและเรื่องความยินยอมของผู้เยาว์ที่ในทางปฏิบัติยังเป็นปัญหาว่าไม่สอดคล้องกับหลักการสากลในหลักการขอคำยินยอม ในงานชิ้นนี้จึงเสนอว่าเบื้องต้นควรมีกฎหมายที่ว่าด้วยความยินยอมในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโดยเฉพาะ เพราะกฎหมายที่มีอยู่ไม่ได้บังคับใช้กับความยินยอมในการรักษาพยาบาลโดยตรง แต่เป็นกฎหมายบังคับใช้การขอคำยินยอมในกรณีนิติกรรมสัญญา, กรณีคุ้มครองผู้บริโภค หรือกรณีการจัดการทรัพย์มรดก นำมาปรับใช้กับการขอคำยินยอมในการรักษาพยาบาลตามความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ ทำให้หลักการเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชนตามหลักเสรีนิยม (principle of autonomy) และหลักการกำหนดชะตาชีวิตของตัวเอง

Copyright by Mahidol University

(principle of self-determination) ที่ควรจะเป็นหลักการสำคัญของการขอคำยินยอมในการรักษาพยาบาลถูกละเลยไป ข้อเสนอลำดับถัดมาคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ประกอบวิชาชีพควรมีกรอบหรือแนวทางที่ชัดเจนในการทำความเข้าใจและปลูกฝังวิธีคิดเรื่องการขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนการให้การรักษา (ชนภัทร วินยวัฒน์, 2551)

นอกจากนี้ยังพบว่า ในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมได้ระบุว่าทันตแพทย์ต้องทำหนังสือขอคำยินยอมในการรักษาทุกครั้งเมื่อได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย ดังนั้น ทุกครั้งที่ทันตแพทย์ให้การตรวจรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ได้ขอความยินยอมอย่างเป็นขั้นตอนที่ชัดเจนจากผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่ได้ร้องขอดังที่ระบุไว้ในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพก็ตาม การตรวจรักษานั้นจะดำเนินไปภายใต้ความสัมพันธ์ที่อาศัยเพียงภาพลักษณ์ของความเป็นวิชาชีพ อาศัยเพียงความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) จากภาพลักษณ์ของวิชาชีพซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในเชิง Paternaliism ต่อให้การตรวจรักษานั้นแม้จะเป็นการยินยอมให้การรักษาโดยปริยาย (implied consent) จากการการยอมอ้าปากของผู้ป่วยให้ทันตแพทย์รักษาและนับว่าเป็นการยินยอมรับการรักษาในเชิงพฤติกรรมโดยนัยก็จริง แต่ในทางหลักกฎหมายรองรับเพียงการตรวจรักษาในเบื้องต้นเท่านั้น (minor treatment) แต่หากเป็นการรักษาที่ซับซ้อนหรือการรักษาด้วยวิธีการเฉพาะ (particular treatment) อาจทำให้เกิดการฟ้องร้องระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยได้ (Doyle อ้างใน ชนภัทร วินยวัฒน์, 2551, น. 102) จากการศึกษาของ Preeyanuch Botklon (2004) พบว่าพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนของทันตแพทย์ เป็นเรื่องของการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (the patient's unrealized expectations regarding dental service provider's behavior) มีความเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนมากที่สุดรองลงมาเป็นเรื่องพฤติกรรมการให้บริการในเชิงพาณิชย์ (unethically commercially oriented behavior) พฤติกรรมการบริการที่ไม่ได้มาตรฐาน (substandard service behavior) และสุดท้ายคือพฤติกรรมการสื่อสารและให้ข้อมูลไม่เพียงพอ (insufficient communication on the part of dentist) ตามลำดับ ทันตแพทย์มีทัศนคติเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยในระดับต่ำและควรได้รับการปรับปรุง นอกจากนี้การศึกษายังพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับข้อบังคับจรรยาบรรณมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมให้บริการตรวจรักษาทางทันตกรรมโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) (Botklon, 2004) ความเสี่ยงในการถูกร้องเรียนจรรยาบรรณของทันตแพทย์ หากไม่นับเรื่องมาตรฐานในการรักษาที่ต้องเป็นไปตามหลักการแพทย์ จะสังเกตได้ว่าเป็นเรื่องที่วนเวียนอยู่กับการไม่ได้ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้บริการในเชิงพาณิชย์ และปัญหาด้านการสื่อสารข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย ที่วนเวียนอยู่ในเรื่องเหล่านี้ เนื่องจากวัฒนธรรมการให้บริการตรวจรักษาของทันตแพทย์ที่การบริการตรวจรักษาดำเนินไปบนความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยให้ความเชื่อถือและไว้วางใจในความเป็น

Copyright© by Mahidol University

วิชาชีพ (fiduciary relationship) มากกว่าจะเป็นเรื่องของการคำนึงถึงสิทธิที่จะตัดสินใจในฐานะเจ้าของชีวิตตนเองของผู้ป่วย (autonomy and self-determination) ในแง่นี้หากมองผ่านรูปแบบการใช้งานทั้ง 6 รูปแบบของการบังคับใช้จรรยาบรรณวิชาชีพก็จะเห็นว่า แม้จะเป็นจริยธรรมที่มีไว้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย แต่ในรายละเอียดนั้นทิศทางที่จะสร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วยเป็นเรื่องของการรับประกันในเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นทันตแพทย์เป็นภาพลักษณ์ที่มุ่งเน้นไปที่ประโยชน์ในการรับการรักษาของผู้ป่วยด้วยการควบคุมวิชาชีพให้ปลอดจากพาณิชย์ธุรกิจนโยบาย ผู้ป่วยสามารถวางใจได้ว่าจะรับการตรวจรักษาจากทันตแพทย์ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ท่านใดก็ได้ หากแต่ขาดบริบททางวัฒนธรรมที่จะส่งเสริมให้ความสัมพันธ์ของทันตแพทย์กับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องยึดโยงอยู่กับการต้องไว้ใจในทันตแพทย์ หนีให้ห่างออกมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบ paternalism เป็นจริยธรรมที่เข้ามาปรับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยให้มีความเท่าเทียมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเรื่องช่องว่างระหว่างความรู้ทางการแพทย์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยที่สามารถถมช่องว่างนี้ขึ้นมาได้ด้วยกระบวนการขอความยินยอมในการรักษา (inform consent) หรือวิธีการอื่นๆที่จะทำให้เกิดการรับรู้ข้อมูลที่เพียงพอ (sufficient information) ที่จะใช้เป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจให้ผู้ป่วยได้เลือกรับการรักษาด้วยตนเอง ไม่เช่นนั้นแล้ว นอกจากเรื่องการปกปิดความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ที่ผู้ป่วยต้องเชื่อใจว่าทันตแพทย์มีจรรยาบรรณเพียงพอที่จะรักษาข้อมูลลับของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยยังต้องฝากความเชื่อใจทั้งหมดว่าทันตแพทย์ดำรงอยู่ในข้อจรรยาบรรณตั้งแต่ก้าวแรกที่เดินเข้าสถานพยาบาล เชื่อใจทั้งการตัดสินใจว่าแผนการรักษาแบบไหนเหมาะสมที่สุด เชื่อว่าค่ารักษาพยาบาลมีความเป็นธรรมไปจนถึงขั้นที่ต้องเชื่อใจว่าทันตแพทย์จะเป็นคนดีของสังคม ดังที่บ่อยครั้งเกิดเหตุการณ์ร้องเรียนจรรยาบรรณทันตแพทย์ทั้งๆที่ฐานความผิดที่บุคคลกระทำไม่ได้มาจากการสวมบทบาททันตแพทย์เลย จึงไม่น่าแปลกใจว่าพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงที่จะถูกร้องเรียนมากที่สุดจึงเป็นเรื่องของการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง นั่นเพราะวัฒนธรรมที่ผ่านมา การให้บริการตรวจรักษาของทันตแพทย์ดำเนินอยู่บนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ป่วยเชื่อใจในภาพลักษณ์ของทันตแพทย์ ทำให้ช่องห่างของความรู้ทางการแพทย์และการตัดสินใจทุกอย่างในการตรวจรักษาแทนที่จะถูกนำมาอธิบายต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนและยกอำนาจในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วย กลับถูกรองรับด้วยภาพลักษณ์ของจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีเกียรติและเชื่อถือไว้ใจได้ จึงไม่น่าแปลกใจว่าทำไมทันตแพทย์ในประเทศจึงถูกสังคมคาดหวังว่าต้องมีความประพฤติที่ดีงามในทุกๆด้าน

Copyright by Mahidol University

บทที่ 6
สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมในงานวิจัยชิ้นนี้ ไม่ได้มุ่งศึกษาว่าผู้มีอำนาจใช้อำนาจอย่างไร แต่เป็นการศึกษาอำนาจผ่านแนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมที่ศึกษาว่ามนุษย์กลายมาเป็นวัตถุของอำนาจได้อย่างไร มนุษย์ถูกอำนาจจัดการจนกลายเป็นแบบที่เป็นอยู่ได้อย่างไร การเดินทางผ่านของอำนาจเป็นมาอย่างไร อำนาจในความหมายนี้จึงไม่ใช่เรื่องของการบังคับข่มขู่โดยตรงจากกลุ่มผู้มีอำนาจ แต่เป็นอำนาจที่แฝงอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นอำนาจของความรู้ในการจัดระบบ ทำให้กลายเป็นระเบียบวินัย ตั้งแต่ในระดับวิธีคิด/อุดมการณ์(ideology) ไปจนถึงกลายมาเป็นจารีต/วิถีปฏิบัติ ซึ่งจากการศึกษาการก่อตัวขึ้นมา (discursive formation) ของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทำให้พบว่าการก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์มีวิถีโคจรของอำนาจเป็นลักษณะเฉพาะ (trajectory) มีเทคนิคและประวัติศาสตร์ของตัวเอง ที่จะทำให้วิธีคิดเรื่องจริยธรรมของทันตแพทย์ถูกทำให้เข้าใจได้ และทำให้ประเด็นปัญหาทางจริยธรรมปรากฏขึ้นมาในลักษณะเฉพาะตัว ทำให้แต่ละประเทศมีข้อบังคับจรรยาบรรณที่แตกต่างกันออกไป ทั้งที่ทันตแพทย์ทั่วโลกมีองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นสากล มีงานวิจัยทางแพทย์ที่ปรับปรุงร่วมกันใช้อ้างอิงร่วมกันทั่วโลก และมีแขนงวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพที่มีประเด็นทางจริยธรรมการแพทย์ที่เป็นประเด็นสากล อย่างเรื่องการทำแท้งเสรีและการโคลนนิ่งที่เป็นประเด็นถกเถียงร่วมกันทั่วโลก แต่ลักษณะของจริยธรรมที่ทำให้ข้อบังคับจรรยาบรรณเกิดความแตกต่างกันออกไปคือ ก่อนหน้าที่การแพทย์สมัยใหม่ในแต่ละประเทศจะถูกสถาปนาให้เป็นสถาบันหลักทางการแพทย์และปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางการดูแลสุขภาพของประชาชน เดิมประชาชนมีวิธีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่จึงจำเป็นต้องค่อยๆปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์เดิมให้อยู่ภายใต้วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ การที่ต้องสร้างรูปแบบทางการแพทย์ให้เป็นระบบเดียว จึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดกฎเกณฑ์ และใช้กระบวนการทางกฎหมายขับเคลื่อนให้การแพทย์สมัยใหม่กลายเป็นการแพทย์กระแสหลัก ลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสร้างมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ให้เป็นรูปแบบเดียวในสังคม ในประเทศไทยจริยธรรมเป็นเรื่องของการไม่นำการแพทย์มาประกอบการค้าทำธุรกิจหวังผลกำไร เป็นจริยธรรมที่เกิดจากการที่ “หมอจอมปลอม” ที่

Copyright by Mahidol University

นำเครื่องมือทางการแพทย์มาให้บริการโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนหวังเพียงทำผลกำไร ท้ายที่สุดจึงเกิดเป็นระบบจริยธรรมที่ควบคุมตลาดทางการแพทย์ขึ้น เพื่อไม่ให้ประชาชนต้องเจอกับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งระบบจริยธรรมในลักษณะนี้เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมระบบบริการสุขภาพด้วยกระบวนการทางกฎหมาย โดยระบบบริการทางสุขภาพนั้นมีหลักการสำคัญในการควบคุมทั้งหมดดังนี้ 1) ควบคุมการเข้าสู่วิชาชีพ (control over entry) คือการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ 2) ควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (contol over competitive practice) คือการควบคุมด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพด้วยการห้ามผู้ประกอบวิชาชีพโฆษณาความรู้ความสามารถตน ตลอดจนไม่แย่งผู้ป่วยและทับถมว่าร้ายผู้ร่วมวิชาชีพ 3) ควบคุมตลาดของการบริการ (market structure) คือการควบคุมกฎหมายให้ผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพไว้เฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนได้รับอนุญาตเท่านั้น และสุดท้าย 4) ควบคุมค่าบริการ (control over payment) คือการควบคุมระบบบริการสุขภาพด้วยการจัดระบบบริการสุขภาพซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เช่นในประเทศไทยมีสิทธิการรักษาในโรงพยาบาลรัฐได้แก่สิทธิข้าราชการ ประกันสังคมและกองทุนประกันสุขภาพ ในประเทศอังกฤษมีระบบรัฐสวัสดิการ (National health service) ในอเมริกาประชาชนต้องซื้อกองทุนประกันสุขภาพ (insurance) เนื่องจากบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่ประชาชนต้องดูแลตนเอง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 45)

ในรอบ 20 ปีของ พ.ศ.2539 – พ.ศ.2559 ปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ที่ถูกทำให้มองเห็นเป็นปัญหาจริยธรรมขึ้นมา พร้อมทั้งมีกระบวนการแก้ไขปัญหาทางจริยธรรมตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือนไปจนถึงการเพิกถอนใบอนุญาต สามารถจำแนกได้เป็น 6 รูปแบบ ได้แก่ 1) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการไม่ให้การตรวจรักษาตามหลักวิชาการแพทย์ 2) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการบริการที่ไม่สุภาพ 3) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 4) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงโอ้อวดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น 5) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆอันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว และ 6) ปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับความประพฤติด้านอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพทันตกรรมหากแต่เป็นเหตุทำให้ภาพลักษณ์วิชาชีพมีความเสื่อมเสีย

เมื่อศึกษาการก่อตัวขึ้นมาของจรรยาบรรณวิชาชีพจะพบว่า ที่ปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์กลายเป็นปัญหาในเรื่องเหล่านี้เนื่องมาจากข้อบังคับจรรยาบรรณที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเป็นข้อบังคับที่ถูกพัฒนาเรื่อยมาจากอดีต ซึ่งสั่งสมการแก้ไขปัญหาจริยธรรมทางการแพทย์จากอดีตเรื่อยมา ดังนั้นข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพนอกจากจะถูกใช้ควบคุมมาตรฐานในการให้การตรวจรักษาที่ควรจะต้องเป็นไปตามหลักการแพทย์สากลแล้ว ท่ามกลางการจัดระเบียบนั้นยังพบ

Copyright by Mahidol University

ลักษณะการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในด้านอื่นๆเป็นลักษณะเฉพาะอยู่ 3 ลักษณะ ได้แก่

6.1 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทางศีลธรรมทั้งหมด

นับตั้งแต่มูลนิธิมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ (Rockefellerfoundation) เข้ามาปรับปรุงหลักสูตรให้กับโรงเรียนแพทยากร การแพทย์แผนปัจจุบันได้ผ่านกระบวนการทางสังคมและบ่มเพาะทางกฎหมายมากมายกว่าจะกลายมาเป็นสถาบันการแพทย์กระแสหลัก หมุดหมายหรือเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญคือการปะทะกันของอำนาจต่างๆในวงการแพทย์จนมีผลบังคับใช้ทางกฎหมาย เริ่มตั้งแต่ การจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นตามอำนาจพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 การขึ้นทะเบียนแพทย์และออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ.2472 จนมาถึงพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ที่เป็นข้อบังคับที่มีการบังคับใช้ยาวนานถึง 58 ปี นับว่ามีเสถียรภาพและเป็นต้นแบบสำคัญในการร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับทางการแพทย์ต่างๆในเวลาต่อมา หมุดหมายเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีการปะทะกันของอำนาจในเชิงที่อ้างศีลธรรมทั้งสิ้น ทั้งเรื่องของศีลธรรมของรัฐอันมีหน้าที่ต้องใส่ใจการแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพของราษฎร ศีลธรรมที่อ้างเรื่องผลประโยชน์ต่อราษฎรที่ควรต้องควบคุมแพทย์ให้ตรวจรักษาให้ตรงตามองค์ความรู้และได้มาตรฐาน ไม่ประกอบพาณิชย์นโยบายเหมือนกับพวก “หมอจอมปลอม” ไปจนถึงเรื่องของการไม่ทำให้สถาบันการแพทย์เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์ศรี แม้ว่าฉากหน้าจะเป็นการถกเถียงในเชิงศีลธรรมว่าสถาบันการแพทย์ควรวางตนเองไว้ตำแหน่งใด มีบทบาทและภาพลักษณ์อย่างไร แต่ฉากหลังแท้จริงคือการปะทะกันของฝ่ายอำนาจต่างๆที่ต้องการขึ้นมามีบทบาทในการขับเคลื่อนสถาบันการแพทย์ในประเทศ ในแง่นี้จะเห็นว่าการอ้างเหตุผลทางศีลธรรมถูกใช้อ้างในการต่อรองในเชิงอำนาจมาโดยตลอด และหลังจากการปะทะกันของชุดเหตุผลที่อ้างเรื่องศีลธรรมผลลัพธ์จากการปะทะต่อรองนั้นจะถูกยุติด้วยกระบวนการทางกฎหมาย และแปรรูปข้ออ้างศีลธรรมนั้นให้กลายมาเป็นกฎหมาย

Copyright by Mahidol University

6.2 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เพื่อขยายอำนาจของการแพทย์ให้เข้ามาในพื้นที่ทางวัฒนธรรม

หลังจากที่พระราชบัญญัติฉบับแก้ไขในปี พ.ศ.2472 ได้ขีดเส้นกั้นแยกแพทย์แผนโบราณออกจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว การออก“ระเบียบวิชาชีพ” ถูกยกขึ้นเป็นประเด็นในลำดับถัดมา อ้างว่าเพื่อให้วิชาชีพเกิดมาตรฐานในการรักษาให้ไม่ผิดไปจากความรู้ของหลักการแพทย์เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชน โดยมี “มรรยาท” ที่สำคัญที่สุดคือการไม่นำการแพทย์ไปทำให้เป็นการพาณิชย์ ข้ออ้างในระเบียบวิชาชีพนี้ทำให้เรื่องการไม่นำการแพทย์ไปประกอบพาณิชย์นโยบายกลายเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่จับต้องได้ นั่นคือ เครื่องมือที่เป็นเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่มีความรู้ของวิทยาศาสตร์การแพทย์กำกับการใช้งานอยู่ การที่บุคคลใดที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ ถือว่าทำผิดมรรยาท ทำผิดศีลธรรมอันดี เนื่องเพราะไม่มีความรู้ ไม่ได้เรียนตำราการใช้งานทางการแพทย์มาการนำเครื่องมือแพทย์สมัยใหม่ไปให้การรักษาเท่ากับเป็นการหลอกลวงเพื่อการพาณิชย์เป็น “หมอจอมปลอม” ผู้ที่ไร้ซึ่งศีลธรรมอันดีที่พึงมีต่อประชาชนดังนั้น มรรยาทในลักษณะนี้ได้ขยายความหมายทำให้เรื่องของ “ความบกพร่องในการตรวจรักษา” (Mal-practice) จากเดิมที่กินความหมายแค่พื้นที่ทางการแพทย์ที่การตรวจรักษาที่เหมาะสมนอกจากจะเป็นไปตามความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว (เช่นการไม่ละเลยการทำความสะอาดเครื่องมือแพทย์ให้ปลอดเชื้อ (sterilization)) ได้ขยายพื้นที่ความหมายเกินขอบเขตหลักวิชาการแพทย์ว่าต้องไม่ปนเปื้อนพาณิชย์นโยบายด้วย

พร้อมกันนั้นในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 มีมาตรฐานความประพฤติที่เด่นชัดมากคือ หมวดที่ 3 เรื่องข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลป์และหมวด4 เรื่องมรรยาทวิชาชีพ ซึ่งมีประเด็นเรื่องการโฆษณาที่ควบคุมรูปแบบการโฆษณาตั้งแต่กำหนดขอบเขตหัวข้อที่จะให้โฆษณาได้ สถานที่โฆษณา ไปจนถึงขนาดของตัวอักษรที่จะเขียนลงเพื่อโฆษณาเป็นการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน มีตัวตนเดียวกันด้วยอ้างว่าเพื่อไม่ให้เสื่อมเสียเกียรติแห่งวิชาชีพ ซึ่งติดมาจนถึงปัจจุบัน เพราะไม่ว่าข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ พ.ศ.2537 หรือ ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2545 ต่างอ้างเรื่องการไม่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติ ดำรงไว้ซึ่งเกียรติศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพควบคู่ไปกับการควบคุมการโฆษณาของแพทย์และทันตแพทย์ แต่ทว่าภายใต้ข้อบังคับเหล่านี้ แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กดทับองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้และสร้างเสถียรภาพให้กับองค์กรวิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบันด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่ให้อภิสิทธิ์มากกว่ากับแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ในขณะที่

Copyright by Mahidol University

การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ ซ้ำร้ายเมื่อไปหยิบจับอุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ประกอบการตรวจรักษาก็จะถูกตีตรา ตราหน้าว่าเป็นหมอจอมปลอม

6.3 จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นส่วนเสริม (supplement) หนึ่งที่สำคัญมาก ในการสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นมาเป็นการแพทย์ระบบหลักในสังคม

ในภาพรวมนั้นจรรยาบรรณวิชาชีพถูกสร้างขึ้นมาเป็นระบบหนึ่งในการขับเคลื่อนความรู้การแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็นสถาบันการแพทย์กระแสหลักในประเทศไทย ร่วมกับการก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ จะเห็นว่าแม้คณะแพทย์ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการจะผลิตแพทย์-ทันตแพทย์ออกมาได้ แต่แพทย์-ทันตแพทย์ไม่สามารถประกอบวิชาชีพได้หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากสภาการแพทย์เสียก่อน การจัดตั้งสภาการแพทย์ของกรมสาธารณสุขจึงถือเป็นการแปลงรูปโฉมหน่วยงานของกรมสาธารณสุขให้เข้ามาแย่งชิงพื้นที่อำนาจทางการแพทย์จากกระทรวงธรรมการ ด้วยการอ้างความชอบธรรมว่าเพื่อควบคุมแพทย์ให้มีคุณสมบัติเพียงพอทั้งด้านความรู้และธรรมจรรยา ทำให้จรรยาบรรณวิชาชีพฉบับแรกถูกวางบทบัญญัติขึ้นในชื่อของ “บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต” ตามอำนาจของกฎเสนาบดี มาตรา 8 ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 นับเป็นกระบวนการแปรรูปหลักศีลธรรมให้อยู่ในรูปกฎหมายบังคับปฏิบัติเป็นครั้งแรกของวงการแพทย์ไทย การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศสยามจึงไม่ได้อาศัยแค่ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ให้สัมฤทธิผลในการรักษาโรค แต่กอปรด้วยสถาบันต่างๆที่เข้ามาปะทะต่อรองอำนาจกัน ต่างอ้างความชอบธรรมและประดิษฐ์สร้างเงื่อนไขต่างๆขึ้นมา เริ่มตั้งแต่กระทรวงธรรมการสร้างโรงเรียนแพทย์โดยเน้นวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบตะวันตกแทนการแพทย์แบบจารีตของไทย การเข้ามาช่วยเหลือของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐานสากล ตลอดจนการจัดตั้งสภาการแพทย์ของกรมสาธารณสุข การร่วมปฏิสังสรรค์ของสถาบันต่างๆเหล่านี้นับเป็นจุดเริ่มต้นในการสถาปนาองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ จนในปัจจุบันโรงเรียนแพทย์เปลี่ยนเป็นคณะทันตแพทย์ที่มีการอบรมสั่งสอนที่เป็นระบบ มีงานวิจัยและความรู้ใหม่ผลิตป้อนอยู่เสมอ มีสภาวิชาชีพที่คอยควบคุมตั้งกระบวนการผลิตทันตแพทย์ ดูแลหลักสูตรตลอดจนควบคุมความประพฤติเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ในแง่นี้ข้อบังคับจรรยาบรรณจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่อถูกใช้ในลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงประเพณีในการจัดการกับการแพทย์ดั้งเดิมเพื่อสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็นการแพทย์สถาบันหลัก

Copyright© by Chulalongkorn University

ดังนั้นจนถึงปัจจุบันนี้ แม้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพจะมีวิวัฒนาการจนมีข้อบังคับควบคุมความประพฤติที่ละเอียดยิบย่อยขึ้น แต่เมื่อสืบสาวกลับไปจะพบว่าเป็นการพัฒนาการมาจากเค้าโครงเจตนารมณ์เดิม แต่มีจำนวนข้อบังคับที่มีรายละเอียดซับซ้อนขึ้นและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทำให้ในภาพรวมข้อบังคับต่างๆยังมีความคล้ายคลึงมรรยาทวิชาชีพฉบับในอดีตที่ผ่านๆมา นั่นคือ นอกจากเพื่อควบคุมมาตรฐานการตรวจรักษาของทันตแพทย์ให้เหมาะสมเป็นไปตามหลักการแพทย์แล้ว ในอีกมิติหนึ่งยังทำหน้าที่ปกป้องวิชาชีพและรักษาภาพลักษณ์ของวิชาชีพไว้ไม่ให้มัวหมอง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการควบคุมโฆษณาให้อยู่ในภาพลักษณ์ของการมุ่งให้การรักษาไม่มุ่งทำกำไร ผู้ป่วยสามารถวางใจได้ว่าจะรักษากับทันตแพทย์ท่านใดก็ได้ ไปจนถึงการไม่นำความเป็นทันตแพทย์ไปเสื่อมเสียชื่อเสียงในสังคม ซึ่งเป็นลักษณะที่อิงอยู่กับการจัดการปัญหาทางจริยธรรมแบบจารีต (traditional ethics) ที่มุ่งสร้างเสถียรภาพขององค์กรวิชาชีพให้ระบบการแพทย์ในประเทศอยู่ภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เพียงระบบเดียว ทำให้เมื่อผู้ป่วยต้องเลือกเข้ารับบริการ สิ่งที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าจะรับการตรวจรักษาจากทันตแพทย์ท่านใดและรักษาด้วยวิธีใด จึงกลับวางอยู่บนความไว้เนื้อเชื่อใจในภาพลักษณ์ของวิชาชีพ ทำให้เรื่องของความรู้ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย (imbalance of information) เรื่องของงานทันตกรรมที่ต้องใช้ทักษะทางวิชาชีพขั้นสูงซึ่งเป็นงานหัตถการที่ต้องการการฝึกฝนให้เชี่ยวชาญ (professional skill/ high skill) เรื่องของลักษณะของงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life-threatening) ถูกทำให้พร่าเลือนไปและเป็นประเด็นที่ไม่ถูกทำให้มองเห็นในการเป็นเกณฑ์ตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความไม่เท่าเทียม เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจในลักษณะพ่อปกครองลูก (paternalism) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคลที่มีสิทธิตัดสินเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วย (self-autonomy) ที่อาจจะมีความจำเป็นส่วนตัวต่างไปจากมุมมองของแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้จักโรคที่เป็นอยู่ ไม่รู้จักเทคนิคในการรักษา แต่ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความจำเป็นของตัวเองดีที่สุดดังนั้นแทนที่ประเด็นเรื่องความรู้ที่ไม่เท่ากัน ทักษะวิชาชีพ การรักษาที่มีความเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตจะกลายเป็นประเด็นปัญหาทางจริยธรรมที่ช่วยเพิ่มความเท่าเทียมให้กับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วยได้กลับถูกทำให้พร่าเลือนไปพร้อมกับหลักการเรื่องสิทธิในตัวเองของผู้ป่วย (principle of autonomy) และหลักการกำหนดชะตาชีวิตของตัวเองของผู้ป่วย (principle of self-determination)

แม้ผู้ป่วยจะมั่นใจว่าได้รับการตรวจรักษาที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากมีองค์กรวิชาชีพคอยช่วยตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสมหรือไม่ หากแต่จะได้รับการตรวจสอบก็ต่อเมื่อมีการร้องเรียนจรรยาบรรณเกิดขึ้น มิหนำซ้ำการตรวจสอบลงโทษก็ดำเนินไปภายในองค์กร

Copyright by Mahidol University

วิชาชีพกันเอง หากกล่าวให้ถึงที่สุดคือการควบคุมกันเองของวิชาชีพแท้จริง เริ่มตั้งแต่แหล่งผลิต ซึ่งก็คือโรงเรียนสอนทันตแพทย์ที่ต้องได้รับการรับรองจากองค์กรวิชาชีพในการกำหนดเกณฑ์การรับนักศึกษาทันตแพทย์ หลักสูตรที่จะสอน จำนวนชั่วโมงเรียน การสอบขึ้นทะเบียน เกณฑ์การสอบขึ้นทะเบียนเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ การให้วุฒิบัตรทันตแพทย์ประจำบ้าน การสอบอนุมัติบัตรขึ้นเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ไปจนถึงกำหนดมาตรฐานและข้อบังคับจรรยาบรรณในการทำงาน ตรวจสอบและลงโทษผู้ที่ละเมิดมาตรฐานและข้อบังคับจรรยาบรรณที่กำหนดไว้ ทั้งหมดนี้สภาวิชาชีพมีอิสระในการกำหนด ควบคุม ตรวจสอบและลงโทษภายในวิชาชีพกันเอง อีกทั้งในแง่ของบริการสุขภาพ ทันตแพทย์เองกุมอำนาจตั้งแต่การวินิจฉัยโรค การตัดสินใจให้การรักษา รับรองให้ในใบลาป่วย หรือความเจ็บป่วยที่ได้รับเงินทดแทนจากต้นสังกัดหรือประกันภัย เมื่ออ้างเรื่องสุขภาพช่องปากสามารถเข้าไปยุ่มย่ามในปากของชาวบ้านได้ด้วยความเต็มใจ ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ สร้างนโยบายหรือโครงการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากก็ได้รับการต้อนรับและให้ความร่วมมือในแง่กิจกรรมจากประชาชนอย่างเต็มที่ การบริหารงานในโรงพยาบาลหน่วยงานทันตกรรมก็มีอิสระในการควบคุมหน่วยงานเอง ความอิสระในการควบคุมการทำงานในลักษณะนี้ ไม่ว่าจะเป็นอิสระในการควบคุมตนเองอำนาจในการควบคุมการทำงานของบุคลากรที่ร่วมงาน อำนาจในการควบคุมการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การกำหนดนโยบายสาธารณสุข รวมไปถึงอิสระในการบริหารจัดการภายในสถานพยาบาลอย่างเป็นเอกเทศ สิ่งเหล่านี้คือ “การครอบงำของอำนาจทางการแพทย์” ไม่ว่าจะเป็น อำนาจทางเศรษฐกิจ (economic autonomy) ที่มีอำนาจในกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล ไม่มีพื้นที่ต่อรองอัตราค่ารักษาพยาบาล มีอำนาจที่จะไม่คิดค่ารักษาพยาบาลหากพึงพอใจ อำนาจทางการเมือง (political autonomy) ที่มีอำนาจในการแสดงความคิดเห็น ชี้นำ ไปจนถึงตัดสินใจในนโยบายที่เกี่ยวข้องสุขภาพในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ อำนาจในการตรวจรักษา (clinical autonomy) คืออำนาจในการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการทันตกรรม เป็นอำนาจที่สามารถควบคุมการทำงานของผู้ร่วมงาน ควบคุมผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็มีอิสระในการทำงานของตนเอง

ดังนั้นท้ายที่สุดต่อให้เกิดการร่างข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมาใหม่ให้เที่ยงธรรมหรือแม่นยำในประเด็นจริยศาสตร์แค่ไหน จะเห็นว่าไม่มีประโยชน์หากไม่ได้ขับเคลื่อนไปพร้อมกันทั้งระบบ เพราะจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นเพียงส่วนเสริมหนึ่งในกิจกรรมทางวัฒนธรรมเท่านั้น การขับเคลื่อนให้วิชาชีพมีระบบจริยธรรมที่ดีขึ้นต้องอาศัยความเสียสละจากวิชาชีพและทันตแพทย์ในหลายๆด้าน ไม่ว่าจะเป็น การลดอำนาจทางการแพทย์ลง การสร้างเกณฑ์ตัดสินใจที่หลากหลายมากขึ้นนอกจากตัดสินจากภาพลักษณ์ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้เท่าเทียม ตลอดจนเปิดโอกาสให้องค์กรนอกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและ

Copyright by Mahidol University

ตรวจสอบ ดังนั้นเพื่อจะไปให้ถึงระบบจริยธรรมและการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ดีกว่า แม้ว่าจะต้องอาศัยการขับเคลื่อนจากหลายภาคส่วน แต่อย่างน้อยวิชาชีพต้องเริ่มตั้งคำถามในเชิงจริยธรรมด้วยกันเองแล้วว่า ทันตแพทย์ในฐานะวิชาชีพแพทย์ อะไรคือสิ่งที่ดีที่วิชาชีพควรจะกระทำ (What is the right thing to do?) ในขณะที่วิชาชีพรักษาภาพลักษณ์ของวิชาชีพ วิชาชีพจะเป็นวิชาชีพเพื่ออะไร เป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นเพื่อประชาชน เป็นวิชาชีพเพื่อรัฐ หรือเป็นวิชาชีพเพื่อปกป้องวิชาชีพและส่งเสริมวิชาชีพเท่านั้นพอ

Copyright by Mahidol University

การก่อตัวและการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์
THE FORMATION AND PRACTICE OF THE CODE OF DENTAL ETHICS

พูนผล โควิบูลย์ชัย 5536163 LCCS/M

ศศ.ม. (วัฒนธรรมศึกษา)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เสาวภา พรสิริพงษ์, ศศ.ด., ณรงค์ อาจสมิติ, Ph.D., ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ถูกร่างขึ้นเพื่อมุ่งบรรลุให้เกิดเป้าหมายของการประกอบวิชาชีพได้แก่ เพื่อบริการสังคมในด้านทันตกรรมและเป็นหลักประกันความเป็นธรรมให้สังคมอุ่นใจยิ่งขึ้น โดยมุ่งประกอบวิชาชีพเพื่อรับใช้สังคมเป็นที่ตั้ง (พิศาล เทพสิทธา, 2535) ที่ผ่านมาปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ส่วนมากถูกมองว่าเป็นเรื่องของสำนึกในผิดชอบชั่วดีของปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการไม่ได้มาตรฐาน เป็นปัญหาเรื่องความละโมบต้องการทำกำไรของทันตแพทย์ รวมไปถึงเป็นเรื่องของปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์ (Botklon, 2004) แต่การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์จะไม่ไปไหนเลยหากกรอบในการศึกษายังวนเวียนอยู่กับสำนึกผิดชอบชั่วดีของปัจเจกบุคคล เนื่องจากมีปัจจัยหลายด้านมากที่จะทำให้ปัจเจกบุคคลดำรงอยู่ในครรลองของจริยธรรม ทำให้ไม่สามารถเข้าไปควบคุมหรือปลูกจิตสำนึกที่ดีให้กับทันตแพทย์ได้ทั้งหมด

ในขณะที่การศึกษาจริยศาสตร์ในวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ยอมรับกันโดยวงกว้างว่าไม่ควรมีกฎหรือข้อตกลงสากลใดที่จะนำมาใช้ตัดสินความผิดถูกในเชิงจริยธรรม เนื่องด้วยการสร้างบรรทัดฐานในการตัดสินใจทางจริยศาสตร์มีจุดเริ่มต้นทางทฤษฎีที่หลากหลาย (plurality of positions) ทำให้การอิงทฤษฎีทางศีลธรรมมาถกเถียงปัญหาทางจริยศาสตร์เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวายในจริยธรรม (ethical ambivalence) ตั้งแต่ที่มาของทฤษฎีตลอดจนการ

Copyright by Mahidol University

ใช้งานจริงในทางปฏิบัติ ด้วยเหตุนี้การตัดสินทางจริยธรรมของวงการจริยศาสตร์ชีวภาพร่วมสมัยจึงไม่ได้ตั้งอยู่ที่ทฤษฎีทางศีลธรรม (moral theory) อีกต่อไป หากแต่พุ่งเป้าไปที่วิธีการ (useful method) ที่หาทางออกให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมากกว่าจะหาว่าใครถูกหรือใครผิดอย่างถึงที่สุด (Smith Iltis, 2000) เช่นเดียวกับการศึกษาจริยศาสตร์ของ ซิกมุน เบาแมน (Zygmun Bauman) ที่เสนอว่าไม่ควรใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณ (ethical codes) เป็นหลักตายตัวในการตัดสินเชิงจริยธรรม เนื่องเพราะข้อบังคับจรรยาบรรณที่มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายเป็นเพียงกิจกรรมที่เร่งเร้าหาคำตอบทางจริยธรรม (ethical urge) ที่โยนความเป็นปัจเจกบุคคลของมนุษย์ทิ้งไป (depersonalization) เพื่อหาระบบจริยธรรมที่เป็นศีลธรรมสากล (universalize morality) อันเป็นต้นแบบให้โลกใบนี้ปราศจากคราบเปื้อนที่เกิดจากความสับสนอลหม่านทางศีลธรรม แต่โลกแห่งศีลธรรมเช่นนี้เป็นได้แค่เพียงการควานหาทางออกจากที่มืดอย่างร้อนรนมากกว่าที่จะเรียกว่าระบบจริยธรรม เพราะว่าข้อบังคับจรรยาบรรณที่ถูกร่างเป็นกฎขึ้นมาเพียงเพื่อออกคำสั่งในทางปฏิบัติว่าอะไรทำได้ อะไรทำไม่ได้ ทำได้แค่เพียงช่วยให้ผู้ปฏิบัติรู้สึกว่าตนได้บรรลุความตั้งใจทางศีลธรรมแล้ว (achieving a sense of moral certitude) ซึ่งนั่นเป็นเพียงแค่การสำเร็จความใคร่ทางศีลธรรมมากกว่าที่จะเป็นเรื่องของการประพฤติตนให้มีอยู่ในครรลองของจริยธรรม (Bauman, cited in Elliott, 2009)

ดังนั้นข้อบังคับจรรยาบรรณที่เป็นกฎเกณฑ์ที่แข็งทื่อตายตัว มีลักษณะเดียวและคิดได้แบบเดียว ไม่เปิดพื้นที่ให้ชุดคุณค่าทางศีลธรรมอื่นๆหรือประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆเข้ามาปะทะต่อรองทางความคิดและทำให้คิดถึงประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆที่มีคุณค่าได้ จึงทำให้เกิดคำถามขึ้นว่า สังคมที่พยายามฝึกให้ผู้คนมีกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practice) ให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน คิดแบบเดียวกัน แท้จริงแล้วกิจกรรมทางจริยธรรมในลักษณะนี้กำลังถูกใช้ทำอะไรในสังคมกันแน่ เพราะถ้าผลลัพธ์ของการศึกษาของวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์และแนวคิดทางจริยศาสตร์สมัยใหม่คือการเสนอแนะว่าให้คลายตัวหลักการที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมที่แข็งทื่อลง เพื่อเปิดให้มีการปะทะต่อรองของชุดคุณค่าอื่นๆ การศึกษาเรื่องของกฎที่ออกคำสั่งอย่างตายตัวจึงไม่น่าเป็นเรื่องของการศึกษาทางจริยศาสตร์หากแต่เป็นการศึกษาเรื่องอุดมการณ์ วาทกรรมและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ งานวิจัยชิ้นนี้จึงเพิ่มมิติของการศึกษาปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ว่านอกจากเรื่องสำนึกผิดชอบชั่วดีของทันตแพทย์แล้ว ข้อบังคับจรรยาบรรณหรือสิ่งที่นำมาวัดคุณค่าความดีงามของทันตแพทย์ มีที่มาที่ไปอย่างไร ทำไมถึงกลายมาเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณได้ ถูกร่างขึ้นมาเพื่อที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์อะไร ตลอดจนปัจจุบันถูกใช้งานอย่างไรผ่านแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม (discourse analysis) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

Copyright by Mahidol University

2. คำถามในการวิจัย

ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทยมีที่มาอย่างไร ถูกร่างขึ้นมาเพื่อที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์อะไร ตลอดจนปัจจุบันถูกใช้งานอย่างไร เป็นไปเพื่อบริการแก่สังคมและมุ่งผลประโยชน์ไปที่ประชาชนเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ในการวิจัย

3.1 สร้างคำอธิบายเรื่องความเป็นมาที่ทำให้เกิดการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในประเทศไทย ตามแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

3.2 อธิบายบริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมในปัจจุบัน

3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยภายใต้การบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ด้วยการวิเคราะห์บริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมตามแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault)

4. กรอบแนวคิดในงานวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์วาทกรรมโดยจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การก่อตัวขึ้นมาจนกลายเป็นวาทกรรม (discursive formation) และหลังจากกลายเป็นวาทกรรมหลักแล้ว มีภาคปฏิบัติการและเทคนิควิธีในการจัดการให้เรื่องราวๆต่างๆอยู่ภายใต้วาทกรรมอย่างไร (discursive practice) โดยแบ่งเป็นหัวข้อดังนี้

4.1 การก่อตัวขึ้นมาจนกลายเป็นวาทกรรม

สืบค้นว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพ” มีความเป็นมาอย่างไร หรืออีกทางหนึ่งคือการตั้งคำถามง่ายๆว่า อะไรคือจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ แต่การตั้งคำถามนี้ไม่ใช่การหานิยามให้กับคำว่าจรรยาบรรณวิชาชีพ หากแต่ดูว่ามีชุดกฎเกณฑ์ใดที่เป็นตัวกำหนดหรือสร้างความหมายให้กับคำว่า “จรรยาบรรณวิชาชีพ” ซึ่ง มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เรียกกระบวนการสืบค้นนี้ว่า “Problematization” นั่นคือ ศึกษาจากประวัติศาสตร์ว่าเกิดปัญหาอะไร จนทำให้เกิดการสร้างจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นมา มีปัจจัยต่างๆอย่างไรจนทำให้วาทกรรมนี้กลายเป็นวัตถุที่จับต้องได้

Copyright© by Mahidol University

(discursive object) มีความหมายขึ้นมาได้ตลอดจนกลายเป็นชุดกฎเกณฑ์ของสังคมที่ทำงานร่วมกันกับชุดเหตุผลสนับสนุนอื่นๆในสังคม (power/knowledge nexus)

4.2 วิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม

เป็นการศึกษาภาคปฏิบัติการของวาทกรรม โดยศึกษาว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรมที่ถูกร่างขึ้นมาดำรงเจตนารมณ์หรือวัตถุประสงค์อะไรไว้ มีอำนาจหน้าที่อะไร สัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างไรบ้าง มีกระบวนการในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์อย่างไร มีการกำหนดบทบาท กฎเกณฑ์อะไรในการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ และท้ายสุดแล้วกิจกรรมเหล่านี้มุ่งประโยชน์ไปที่สังคมหรือประชาชนภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างทันตแพทย์กับประชาชนในลักษณะใด

5. วิธีวิทยาของงานวิจัย

5.1 วิธีการวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ศึกษาและวิเคราะห์ตีความเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมโดยใช้การวิจัยเอกสาร และวิเคราะห์การใช้งานของข้อบังคับดังกล่าวจากการวิจัยเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีรายละเอียดดังนี้

5.1.1 การวิจัยเอกสาร

ศึกษาข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์หรือเรื่องราวจำเพาะเจาะจงจากเอกสาร (purposive documents) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ โดยแบ่งเอกสารที่ใช้ศึกษาตามกรอบแนวคิดงานวิจัยเป็น 2 ส่วนดังนี้

5.1.1.1 เอกสารที่ใช้ศึกษาการก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (discursive objects) ได้แก่ 1) เอกสารวิชาการ งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง 2) เอกสารประวัติศาสตร์และบันทึกการประชุมของสภาการแพทย์ 3) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่ พระราชบัญญัติสภาการแพทย์ พ.ศ.2466 ร่างระเบียบวิชาชีพพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 กฎกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2480 ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538

Copyright by Mahidol University

5.1.1.2 เอกสารที่ใช้ศึกษาบริบทการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ (discursive practice) ได้แก่ 1) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 2) รายงานสถิติการฟ้องร้องผ่านข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ 3) ประกาศจากทันตแพทยสภาเรื่องแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของทันตแพทย์ 4) เอกสารวิชาการ งานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหมวดต่างๆในข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่ถูกร้องเรียนเรื่องความประพฤติเรื่องภาพลักษณ์ของแพทย์/ทันตแพทย์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา 5) เอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นที่วิเคราะห์ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ ข้อบังคับที่ว่าด้วยเรื่องการเก็บความลับของผู้ป่วย (confidentiality) เอกสารที่ใช้ประกอบคือ ตัวอย่างโครงรูปแบบใบยินยอมให้การรักษา (informed consent) จากโรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชนที่ยินยอมให้เผยแพร่ได้

5.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ที่ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพจำนวน 3 ราย เพื่อเก็บข้อมูลเหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ขยายให้เห็นถึงบริบทของการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในปัจจุบันว่าถูกใช้จัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์อะไรบ้าง มีกระบวนการตัดสินในการร้องเรียนจรรยาบรรณอย่างไร ตลอดจนเนื้อหารายละเอียดของการร้องเรียนจรรยาบรรณที่ขยายให้เห็นรูปแบบของการร้องเรียนที่แตกต่างกันออกไป

5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 ข้อมูลเอกสาร

แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกใช้สำหรับวิเคราะห์หาการก่อตัวของวาทกรรม (discursive objects) โดยแบ่งตามปีพุทธศักราชที่มีพระราชบัญญัติให้อำนาจในการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ พ.ศ.2466 พ.ศ.2479 และ พ.ศ.2537 กับส่วนที่สองใช้สำหรับวิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม (discursive practice) แบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1) รายงานการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพที่อยู่ในรูปสถิติ 2) เอกสารที่เป็น ร่างพระราชบัญญัติ ข้อบังคับคำสั่ง หรือ คำประกาศจากกระทรวงหรือจากสภา และ 3) เอกสารวิชาการ งานวิจัย ที่ช่วยในการวิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม ได้แก่ ข้อมูลเรื่อง

Copyright by Mahidol University

ภาพลักษณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนจรรยาบรรณของทันตแพทย์ และข้อมูลเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา

5.2.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพจำนวน 3 ราย เป็นการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลที่เป็นกรณีของการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าถึงได้จากข้อมูลเอกสาร ขยายให้เห็นบริบทการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการที่ใช้ในการตัดสินเมื่อเกิดการร้องเรียนจรรยาบรรณวิชาชีพ

5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

5.3.1 แนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้แนวทางวิเคราะห์วาทกรรมแบบฟูโกต์ (Foucauldian discourse analysis) ที่สร้างโดย อาร์ริบาส-อายลอน และ วอล์คเกอร์ดีน (2008) (Arribas-Ayllon and Walkerdine, 2008) ซึ่งถูกออกแบบมาไม่ให้การวิเคราะห์วาทกรรมถูกจำกัดขอบเขตจนกลายเป็นทฤษฎีที่มีรูปแบบตายตัว แต่ใช้เป็นแนวทางสำหรับขั้นตอนการวิจัยเหมือนกับป้ายบอกทาง (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008, p. 98) มีรายละเอียดดังนี้

1)การเลือกตัวบทหรือถ้อยแถลงในวาทกรรม ในงานวิจัยชิ้นนี้ถ้อยแถลงที่ใช้ศึกษาคือ “จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ”

2) การทำให้เป็นประเด็นปัญหา เป็นการสืบค้นหาร่องรอยว่าเหตุการณ์หรือประเด็นปัญหาใดที่ทำให้เกิดการก่อรูปของวาทกรรม

3) เทคนิควิธีในการควบคุม เป็นการสำรวจหารูปแบบของปฏิบัติการเทคนิควิธีและการอ้างเหตุผลในการควบคุมตนเองและผู้อื่น

4) ตัวละครในวาทกรรม ระบุหาผู้มีส่วนได้เสียซึ่งเป็นตัวละครที่วาทกรรมอนุญาตให้แสดงบทบาทได้ และสืบค้นหาบทละครต่างๆที่วาทกรรมอนุญาตให้แสดง

5) กระบวนการสร้างตัวตนภายใต้วาทกรรม ค้นหาว่ามีกระบวนการสร้างตัวตนขึ้นมาอย่างไร ผ่านตัวตนที่มีเอกลักษณ์แบบไหน และสุดท้ายเพื่ออะไร มีวัตถุประสงค์อะไร ทำไมจึงต้องกลายเป็นตัวตนนั้น

Copyright by Mahidol University

5.3.2 ขั้นตอนในการวิเคราะห์

1) นำข้อมูลที่แยกไว้ 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์งานวิจัยมาวิเคราะห์โดยใช้แนวทางวิเคราะห์วาทกรรมแบบฟูโกต์ (Foucauldian discourse analysis) ของ อาร์ริบาส-อายลอน และ วอล์คเกอร์ดีน (2008) (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008) เป็นแนวทางวิเคราะห์ดังนี้

1.1) วิเคราะห์การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (discursive objects) ใช้แนวทางในหัวข้อเรื่อง *การเลือกตัวบทหรือถ้อยแถลงในวาทกรรม (selecting a corpus of statements)* และ *การทำให้เป็นประเด็นปัญหา (problematizations)* วิเคราะห์ดูจุดตัดหรือจุดที่เกิดการเปลี่ยนแปลงว่ามีประเด็นปัญหาอะไรที่ทำให้เกิดการบังคับใช้จรรยาบรรณวิชาชีพ เป็นการวิเคราะห์การก่อตัวขึ้นมาของระบบจริยธรรมและข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในแง่ของการเป็นวาทกรรม (discursive construction)

1.2) วิเคราะห์ลักษณะการใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ (discursive practice) ใช้แนวทางในหัวข้อเรื่อง *เทคนิควิธีของอำนาจ (technologiesof power)* *ตัวละครในวาทกรรม (subject positions)* *กระบวนการสร้างตัวตน (subjectification)* เป็นแนวทางวิเคราะห์ภาคปฏิบัติการว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้งานอย่างไรบ้าง มีอำนาจหน้าที่อย่างไร จำนวนสถิติการฟ้องร้องปัญหาเรื่องจริยธรรมในทันตแพทย์มีเรื่องใดบ้างลักษณะการฟ้องร้องสามารถแบ่งออกเป็นรูปแบบที่แตกต่างกันออกไปได้อย่างไรบ้าง ไปจนท้ายที่สุดวิเคราะห์ให้เห็นว่าการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในบริบทที่เกิดขึ้นดังกล่าวท้ายสุดแล้วมุ่งผลประโยชน์ไปที่ผู้ป่วยเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร

2) เรียบเรียงข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มา สำรวจความบกพร่องของข้อมูล ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของผลวิเคราะห์ด้วยการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

3) เขียนผลการวิจัยในแต่ละประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หากมีชื่อบุคคลหรือองค์กรในเหตุการณ์ที่อาจทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงหรือเกิดผลทางลบจะไม่ระบุตัวตนบุคคลหรือองค์กรในข้อมูล

6. ประวัติศาสตร์ของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

จากการศึกษาพบว่าข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมมีต้นกำเนิด มีการโคจรทางประวัติศาสตร์ผ่านเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆจนกลายมาเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

Copyright by Mahidol University

6.1 จุดกำเนิดของสภาวิชาชีพและการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะ

ปัจจุบันการจะเป็นทันตแพทย์ได้นั้นต้องผ่านการศึกษาตามหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์บัณฑิตจากสถาบันที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการและได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากทันตแพทยสภา แรกเริ่มเดิมทีนั้นการให้การรักษาทางทันตกรรมไม่ได้มีองค์กรคอยกำกับดูแลความประพฤติ ด้านการศึกษาเองก็ไม่ได้มีโรงเรียนสอนทันตแพทย์โดยเฉพาะ ถูกสอนรวมเป็นการแพทย์แขนงหนึ่งอยู่ในโรงเรียนแพทย์ โดยโรงเรียนแพทย์แห่งแรกคือ “ศิริราชแพทยากร” หรือ “โรงเรียนแพทยากร” ในปี พ.ศ.2432 และเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงเรียนราชแพทยาลัย” (Royal medical college) ในปี พ.ศ.2443 หลังจากนั้นก็ได้มีการปรับหลักสูตรเรื่อยมา จนถึงจุดเปลี่ยนสำคัญคือการเข้ามาของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ (Rockefeller foundation) ในปี พ.ศ.2458 ที่เข้ามาสำรวจและปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนแพทยาลัยจนเป็นรูปเป็นร่างในปี พ.ศ.2459 กระทั่งปีถัดมา พ.ศ.2460 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขึ้นภายในพระบรมมหาราชวัง และสถาปนา “คณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ขึ้นพร้อมกับความช่วยเหลือในการปรับปรุงหลักสูตรจากมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์เรื่อยมาในยุคนั้น (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2483 ถึงได้มีการแยกคณะทันตแพทย์ออกมาจากคณะแพทย์ จัดตั้งขึ้นเป็นคณะทันตแพทย์ศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งปัจจุบันยังคงสังกัดอยู่กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ด้านการควบคุมความประพฤติผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมนั้น องค์กรแรกที่เข้ามาควบคุมและขึ้นทะเบียนทันตแพทย์ได้แก่ “สภาการแพทย์” (medical council) ในปี พ.ศ.2466 ถูกจัดตั้งขึ้นเนื่องมาจากกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวงมหาดไทยในขณะนั้นเสนอให้มีกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ หลักใหญ่ใจความคือประกาศให้มีการจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นเพื่อควบคุมวิชาชีพแพทย์ตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอนไปจนถึงการประกอบวิชาชีพ ในช่วงแรกที่เสนอขึ้นมามีกระแสคัดค้านรุนแรงมากจากฝั่งของกระทรวงธรรมการ เนื่องจากอำนาจของสภาการแพทย์ที่เสนอในร่างพระราชบัญญัตินั้นนอกจากจะให้อำนาจสภาการแพทย์ควบคุมการประกอบอาชีพของแพทย์และทันตแพทย์แล้วยังครอบคลุมไปถึงหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทย์ด้วย ทำให้การเรียนการสอนของคณะแพทย์ซึ่งเดิมอยู่ในการดูแลของกระทรวงธรรมการแต่เพียงกระทรวงเดียวจะตกอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสภาการแพทย์ที่สังกัดกรมสาธารณสุขอีกขั้นหนึ่ง นับเป็นการแย่งชิงอำนาจในวงการแพทย์ของกรมสาธารณสุขที่มีต่อกระทรวงธรรมการ แต่ท้ายที่สุดในปี พ.ศ.2466 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับแรกก็ถูกประกาศใช้และด้วยอำนาจของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ทำให้เกิดการจัดตั้ง “สภาการแพทย์” เพื่อควบคุมกิจการด้านการแพทย์ไปจนถึงโรงเรียน

Copyright by Mahidol University

แพทย์ หากแต่เรื่องกิจการในโรงเรียนแพทย์ถูกต่อรองทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาหลักสูตร ทำให้หน้าที่หลักๆเป็นเรื่องการขึ้นทะเบียนอนุมัติใบอนุญาตให้บุคคลผู้ประกอบโรคศิลป์

ผลลัพธ์จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่สำเร็จการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์แล้วยังไม่สามารถประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากสภาการแพทย์เสียก่อน แต่อย่างไรก็ตามต้องรอจนถึง พ.ศ.2472 จึงเริ่มดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะได้ เนื่องจากวิกฤติเศรษฐกิจของประเทศทำให้รัฐบาลขาดแคลนทุนทรัพย์ในการบริหารประเทศ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 160-161) แต่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่าการดำเนินกิจการที่เป็นไปอย่างทุลักทุเลของสภาการแพทย์เป็นเพราะการจัดตั้งไม่เป็นไปตามนโยบายรวมศูนย์อำนาจตามเจตนาของกรมสาธารณสุขที่พยายามรวมกิจการแพทย์เข้าไว้ด้วยกัน อำนาจต่างๆที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 จึงเป็นเพียงคำสั่งที่มอบอำนาจในการวาง “บทบังคับสำหรับมรรยาทในวิชชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต” ไว้เท่านั้น แต่ไม่พบการร่างบทบังคับที่เป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นเมื่อมองในแง่นี้ “สภาการแพทย์” จากเดิมที่เป็นการแปลงรูปโฉมหน่วยงานของกรมสาธารณสุขให้เข้ามาแย่งชิงพื้นที่อำนาจในการควบคุมกิจการแพทย์จากกระทรวงธรรมการ กลับกลายเป็นพื้นที่ปลอดภัยที่สุดเท่าที่โรงเรียนแพทย์จะต่อรองกิจการจากกรมสาธารณสุขเอาไว้ได้ ด้วยการยันไม่ให้เข้ามาก้าวก่ายกิจการของโรงเรียนแพทย์

นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่สำคัญคือการไร้ซึ่งหลักประกันในระบบจริยธรรมของแพทย์สมัยใหม่ ที่ระบบการเรียนการสอนของแพทย์แบบตะวันตกแตกต่างออกไปจากระบบอบรมสั่งสอนของแพทย์พื้นบ้าน กล่าวคือ การแพทย์พื้นบ้านในสมัยนั้นมีระบบจริยธรรมในลักษณะที่แฝงอยู่ในกระบวนการเรียนการสอน ตั้งแต่วิธีการรับลูกศิษย์ที่ตั้งอยู่บนความพึงพอใจของอาจารย์ ลูกศิษย์ต้องอยู่คอยรับใช้อาจารย์จนกว่าจะได้รับความไว้วางใจและสำนึกบุญคุณอาจารย์ในระดับเดียวกับบุพการี แม้จบการศึกษาไปแล้วยังคงมีพิธีกรรมไหว้ครูก่อนทำการรักษา ไปจนถึงประกอบพิธีไหว้ครูอย่างต่อเนื่องเพื่อระลึกถึงพระคุณของครูตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 41) พิธีกรรมไหว้ครูจึงเป็นพิธีกรรมที่เชื่อมให้ศิษย์ผูกพันกับจรรยาบรรณและหน้าที่ที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมาในอดีตและดำรงตนอยู่ในร่องในรอยที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมา อาจารย์จะเป็นศูนย์กลางของทั้งความรู้การแพทย์ เป็นผู้บังคับบัญชา ผู้มีพระคุณ พร้อมทั้งเป็นจรรยาบรรณให้กับลูกศิษย์ได้ยึดโยงตนเองและปฏิบัติตามอาจารย์ ในขณะที่โรงเรียนแพทย์เป็นระบบแบบแยกส่วน เริ่มตั้งแต่วิชาเนื้อหาที่เรียนก็แบ่งอาจารย์หลายท่านสอนตามความเชี่ยวชาญ มีหน่วยงานลูกจ้าง มีกลุ่มผู้บริหาร พร้อมทั้งมีกลไกของรัฐที่คอยควบคุมให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของรัฐ (state control) และต้องทำงานร่วมกับสถาบันอื่นๆเพื่อตอบสนองนโยบายรัฐ การยึดโยงของลูกศิษย์ที่มีต่ออาจารย์จึงถูกแยกส่วนออกไปต่างจากระบบการสอนของการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทหน้าที่ของ

Copyright by Mahidol University

ทันตแพทย์ที่ขึ้นอยู่กับนโยบายจากรัฐ วิทยาการความรู้ขึ้นอยู่กับงานวิจัยใหม่ๆ การอบรมสั่งสอนอยู่ในรูปแบบของความเป็นมืออาชีพมากกว่าจะเป็นเรื่องพันธะความผูกพันทางใจ แม้เรื่องจริยธรรมจะแฝงอยู่ในระบบการเรียนการสอนแต่ไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน ไม่มีกลไกที่สามารถยึดโยงนักเรียนแพทย์เข้ากับระบบจริยธรรมได้ ทำให้กลายเป็นข้ออ้างสำคัญที่ทำให้กรมสาธารณสุขยกประเด็นเรื่องการควบคุมธรรมจรรยาของแพทย์-ทันตแพทย์ขึ้นมาอ้างเพื่อรวบกิจการโรงเรียนแพทย์ เมื่อการจัดตั้งสภาการแพทย์ทำได้สำเร็จ การวางบทบัญญัติเรื่องมรรยาทแพทย์จึงเป็นความจำเป็นที่ต้องให้อำนาจไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 และเป็นจุดเริ่มต้นของจรรยาบรรณทันตแพทย์ในรูปแบบของลายลักษณ์อักษร

6.2 การบังคับใช้มรรยาทวิชาชีพกับการขีดเส้นแบ่งการแพทย์ด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์

แม้ว่าในช่วงระยะเวลาแรกที่ก่อตั้งขึ้นมา สภาการแพทย์จะไม่มีบทบาทในสังคมมากนัก แต่ภายหลังเปลี่ยนชื่อมาเป็น “คณะกรรมการแพทย์” ได้ดำเนินการออกกฎเสนาบดี ในปี พ.ศ. 2472 ด้วยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 แบ่งประเภทการประกอบโรคศิลปะออกเป็น “ประเภทแผนปัจจุบัน” และ “ประเภทแผนโบราณ” โดยได้ระบุความหมายว่า

“ประเภทแผนปัจจุบัน” คือผู้ประกอบโรคศิลป์โดยความรู้จากตำราอันเป็นหลักวิทยาโดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้นอาศัยการศึกษา ตรวจค้นและทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

ส่วน “ประเภทแผนโบราณ” คือผู้ประกอบโรคศิลป์โดยอาศัยความสังเกตความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์

การกำหนดลำดับชั้นการแพทย์ในลักษณะนี้ทำให้เกิดเส้นแบ่งขึ้น เป็นการลดระดับของความรู้แพทย์แบบจารีตพื้นบ้านลงให้ต่ำกว่าความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ด้วยเส้นแบ่งระหว่างการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์กับการแพทย์ที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ นอกจากนี้การนิยามแพทย์พื้นบ้านในความหมายนี้เต็มไปด้วยอคติที่จงใจทำให้การแพทย์พื้นบ้านดูเป็นเรื่อง “ล้าสมัย” และไม่มีความสามารถที่จะพัฒนาขึ้นมาได้ ทำให้ฝั่งการแพทย์พื้นบ้านเกิดกระแสต่อต้านคัดค้าน มีการเรียกร้องต่อคณะกรรมการแพทย์ตั้งแต่การขอผ่อนผันเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียนบางข้อไปจนถึงส่งจดหมายร้องเรียน แต่ในขณะเดียวกันเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ได้กลายเป็นสัญญะของ “ความทันสมัย” โดยเฉพาะเข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ (stethoscope) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มมูลค่าทางการค้าตลอดจนสร้างความน่าเชื่อถือให้กับการบริการตรวจรักษา มีการร้องเรียนของแพทย์แผนปัจจุบันชั้น 1 ต่อคณะกรรมการแพทย์ในเรื่องนี้เป็นอย่างมากว่าพบการใช้หูฟังแพทย์และ

Copyright© by Mahidol University

ยาแผนปัจจุบันในการตรวจรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบโรคศิลปแผนโบราณ ทางคณะกรรมการแพทย์มีความเห็นว่าต้องควบคุม “หมอจอมปลอม” อย่างเคร่งครัด เพราะการใช้เข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ไม่มีสอนในตำราของแผนโบราณ การใช้เข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ในการตรวจรักษาโรคโดยปราศจากความรู้จึงเป็นการหลอกลวงผู้ป่วย ในช่วงเวลาต่อมาจึงเกิดเป็นความพยายามผลักดันให้เกิด “ระเบียบวิชาชีพ” เพื่อสะสางปัญหา “หมอจอมปลอม” ทำให้การรักษาเกิดเป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้น ไม่ผิดไปจากความรู้ของหลักการแพทย์เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชน โดยมี “มรรยาท” ที่สำคัญที่สุดคือการไม่นำการแพทย์ไปทำให้เป็นการพาณิชย์ และจะไม่ต่อใบอนุญาตให้ผู้ใดก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบโรคศิลป์ชั้นที่ 2 หากพิจารณาเห็นว่าไร้ความสามารถ หรือให้การตรวจรักษาที่ไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ตลอดจนไม่มีความรู้ทัดเทียมยุคสมัย ด้วยการนิยามคำว่า “Mal-practice” หรือ “ความบกพร่องในการตรวจรักษา” ในระเบียบวิชาชีพให้ขยายความหมายจากเดิมที่หมายถึงแค่การตรวจรักษาที่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ให้กลายเป็นเรื่องของการตรวจรักษาที่ต้องไม่ปนเปื้อนพาณิชย์นโยบาย ซึ่งคือการห้ามบุคคลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 นำเอาเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ประกอบการตรวจรักษาและคิดค่าบริการ

แต่สุดท้ายการร่างระเบียบวิชาชีพต้องถูกชะงักลง เนื่องจากรัฐไทยประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบราชการ ทางคณะรัฐมนตรีต้องการเร่งให้ผลิตแพทย์-ทันตแพทย์มากกว่าการควบคุมหมอจอมปลอม ทำให้สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ต้องมาหารือกับคณะกรรมการที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งขึ้น เพื่อกันไม่ให้คณะรัฐมนตรีแทรกแซงหลักสูตรโรงเรียนแพทย์และไม่ทำให้วิทยฐานะของแพทย์-ทันตแพทย์ตกต่ำลง อย่างไรก็ตามความพยายามในการร่าง “ระเบียบวิชาชีพ” ครั้งนั้นก็ไม่ได้สูญเปล่า กลับกลายแนวทางที่เป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศจากการปฏิวัติของคณะราษฎร รัฐมีความจำเป็นที่ต้องใช้องค์ความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันในการบริหารกิจการสาธารณสุขและการแพทย์ และต้องร่างพระราชบัญญัติทางการแพทย์ฉบับใหม่ขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการแพทย์และการสาธารณสุขที่ถูกวางโครงสร้างใหม่ ทำให้ท้ายที่สุดเจตนารมณ์ทั้งหมดของร่างระเบียบวิชาชีพจึงถูกแฝงไว้ในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยมีรายละเอียดเป็นแนวปฏิบัติเด่นชัดมากในกฎกระทรวงคือ หมวดที่ 3 เรื่องข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลป์ และหมวด 4 เรื่องมรรยาทวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นเรื่องการควบคุมรูปแบบการโฆษณา ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เพื่อไม่ให้เสื่อมเสียเกียรติแห่งวิชาชีพที่ติดมาจนถึงปัจจุบัน แต่ทว่าภายใต้ภาพลักษณ์ที่ต้องการรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กดทับองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ ด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่

Copyright by Mahidol University

ให้อภิสิทธิ์แก่แพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ ทำให้พระราชบัญญัติฉบับนี้กลายเป็นแรงขับสำคัญที่ถูกใช้มาอย่างยาวนานกว่า 58 ปี ก่อนจะถูกยกเลิกไปโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 เป็นหมุดหมายสำคัญที่ทำให้การแพทย์แผนปัจจุบันมีรากฐานมั่นคงและเป็นการแพทย์สถาบันหลักจนถึงปัจจุบัน

6.3 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ปัจจุบันผู้ที่จะประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ได้ ต้องขึ้นทะเบียนและขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาทันตกรรม ภายใต้การควบคุมของ “ทันตแพทยสภา” โดยสภานี้จัดตั้งขึ้นตามอำนาจของพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 นอกจากสภาของวิชาชีพทันตกรรมแล้วยังมีสภาเภสัชกรรมและสภาการพยาบาลที่แยกตัวเองออกมาจัดตั้งสภาเพื่อควบคุมดูแลกันเอง ด้วยอ้างเหตุผลว่ามีการเพิ่มจำนวนของบุคลากรการแพทย์ในแต่ละสาขาที่มากขึ้น อีกทั้งวิทยาการความรู้ของแต่ละสาขาการแพทย์ก็มีความลึกซึ้งขึ้น จำเพาะเจาะจงในรายละเอียดขึ้น จึงเป็นผลดีกับวิชาชีพมากกว่าหากให้ควบคุมดูแลกันเอง พร้อมทั้งบรรยากาศสังคมการเมืองในช่วงนั้นที่ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน การเรียกร้องความเท่าเทียม ความเสมอภาคกำลังเบ่งบานท่ามกลางการปกครองในระบอบประชาธิปไตยในยุครัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง ภายใต้บรรยากาศทางการเมืองในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่วิชาชีพทันตกรรมเท่านั้น แต่มีอีกหลายหน่วยงานที่ขอผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติในแต่ละหน่วยงานที่มีบทบาทแตกต่างกันไป โดยบรรยากาศการปกครองแบบประชาธิปไตยที่รัฐบาลมาจากการเลือกตั้งคึกคักถึงขีดสุดในช่วง พ.ศ.2540 ในรัฐบาลถัดมามีการออกมาตรารองรับสิทธิพื้นฐานของประชาชนด้านสุขภาพโดยตรงในรัฐธรรมนูญ

ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ.2538 เป็นแนวทางความประพฤติเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าและเป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้วิชาชีพทันตกรรมมีลักษณะเป็นวิชาชีพชั้นสูง กล่าวคือ เป็นวิชาชีพที่มีกฎหมายรับรอง มีมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนตามหลักการแพทย์ มีการศึกษาอบรมที่ใช้ระยะเวลายาวนานพอสมควร มีสถาบันวิชาชีพที่คอยควบคุม และมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติตน (พิศาล เทพสิทธา, 2535) การบริการทางทันตกรรมแก่สังคมจึงมีลักษณะเฉพาะตัว นั่นคือไม่ใช่ใครที่ไหนจะประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ ต้องฝึกอบรมหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์บัณฑิต สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้นที่ 1 ไปจนถึงเมื่อประกอบวิชาชีพแล้วต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งวิชาชีพ โดยมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางใน

Copyright© by Mahidol University

การปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แต่ลักษณะเฉพาะตัวของการประกอบวิชาชีพในลักษณะนี้ผ่านขั้นตอนทางประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนานกว่าจะถูกจัดระเบียบให้เป็นระบบได้จนถึงปัจจุบัน การจัดระเบียบครั้งใหญ่ที่สุดคือกลไกทางกฎหมายที่อาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติในการควบคุมกิจการทางการแพทย์ การเกิดขึ้นมาของสภาวิชาชีพ การร่างระเบียบต่างๆ ทำให้เกิดการควบคุมตลาดของบริการสุขภาพช่องปาก (market structure) ด้วยกฎหมายผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพให้เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น หากผู้ใดที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพละเมิดจะมีโทษทางอาญา อีกทั้งลักษณะที่สำคัญอีกประการคือการควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (control over competitive practice) ด้วยการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมขึ้น ห้ามไม่ให้โฆษณาความรู้ความสามารถตนเองดังจะเห็นในหมวดที่ 3 ของจรรณยาบรรณ และไม่ทับถมให้ร้ายทันตแพทย์ท่านอื่น ไม่ชักจูงผู้ป่วยของคนอื่นมาเป็นของตน ในหมวดที่ 4 ของจรรยาบรรณวิชาชีพ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548)

ความจำเป็นในการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 จึงไม่ใช่แค่ต้องออกข้อบังคับเนื่องจากมีอำนาจคำสั่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 แต่เนื่องจากระบบการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงไป โดยถูกขีดให้อยู่ภายใต้ระบบแบบแผนเดียวกัน ซึ่งเป็นลักษณะระบบการแพทย์สากลที่ใช้กันทั่วโลก ความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กลายเป็นวาทกรรมหลักที่กำกับให้ผู้ป่วยต้องเข้าพบทันตแพทย์เมื่อเจ็บป่วยในช่องปาก มีระบบโรงเรียนแพทย์ที่อบรมสั่งสอนและสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ขึ้นมาใหม่อยู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งมีระบบจริยธรรมที่สร้างข้อกำหนดจรรยาบรรณขึ้นมาอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบจริยธรรมการแพทย์แบบสมัยใหม่จะมีงานวิจัยทางการแพทย์ (evidence based medicine) และวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ที่คอยผลิตป้อนองค์ความรู้กำกับให้แพทย์ต้องประพฤติปฏิบัติตาม แต่องค์ความรู้เหล่านี้ก็ให้เพียงแนวทางปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ (professional ethics) ยังไม่พอที่จะเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ เนื่องจากยังมีปัญหาทางจริยธรรมการแพทย์ในอดีตที่สังคมไทยเคยเผชิญมาซึ่งเป็นปัญหาปฏิบัติในเชิงประเพณี (traditional ethics) ได้แก่การตรวจรักษาโดย “หมอจอมปลอม” ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่แอบหยิบยืมนำเครื่องมือทางการแพทย์ไปให้การตรวจรักษาโดยที่ตนไม่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ทำให้จรรยาบรรณวิชาชีพที่ผ่านมาถูกใช้งานร่วมกับการสร้างข้อจำกัดหรือเงื่อนไขเพื่อไม่ให้ผู้ประกอบโรคศิลป์แขนงอื่นที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ลักลอบนำเครื่องมือหรือวิธีการทางการแพทย์มาใช้ตรวจรักษา หากผู้ใดละเมิดจะมีความผิดทั้งทางจรรยาบรรณและทางอาญา พร้อมทั้งกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นโดยเฉพาะหมวดที่ 3 การโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม และหมวดที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ ซึ่ง

Copyright© by Mahidol University

เป็นกลไกทางกฎหมายในการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เพื่อควบคุมตลาดบริการสุขภาพช่องปากไม่ให้มีการแก่งแย่งแข่งขันระหว่างทันตแพทย์ด้วยกันเอง

7. จรรยาบรรณวิชาชีพกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบพ่อปกครองลูก

จากการศึกษาพบว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพมีบริบทการถูกใช้งานตามรายละเอียดดังนี้

7.1 ขอบเขตอำนาจของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ หากผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมถูกร้องเรียนต่อทันตแพทยสภาว่าประพฤติผิดไปจากข้อบังคับ ทันตแพทยสภาจะแต่งตั้งคณะอนุกรรมการจรรยาบรรณเพื่อสอบสวนข้อเท็จจริง โดยมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ 2) ว่ากล่าวตักเตือน 3) ภาคทัณฑ์ 4) พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี 5) เพิกถอนใบอนุญาต ดังนั้นโทษสูงสุดหากทันตแพทย์ถูกร้องเรียนเรื่องจรรยาบรรณและถูกตัดสินว่ามีความผิดคือการเพิกถอนใบอนุญาต นั่นหมายถึงการถูกสั่งห้ามไม่ให้เข้ามาตรวจรักษาในตลาดการบริการสุขภาพช่องปากตลอดชีวิต แต่หากฝ่าฝืนจะมีโทษทางอาญาตามกฎหมายอาญา ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจของคณะกรรมการแห่งทันตแพทยสภา สภาวิชาชีพมีอำนาจเพียงในส่วนของใบอนุญาตเท่านั้น

ส่วนเนื้อหาของข้อบังคับจรรยาบรรณฉบับนี้ประกอบไปด้วย 6 หมวด โดยแบ่งลักษณะทางจริยธรรมออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ “จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ” (professional ethics) เป็นจริยธรรมในลักษณะที่เป็นสากลทั่วโลก แฝงฝังอยู่ในองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่กำกับว่าหากผู้ป่วยมีอาการอะไร จะต้องตรวจอย่างไร และมีการรักษาใดบ้างที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ใช้กันอย่างสากล พร้อมทั้งมีงานวิจัยทางการแพทย์ผลิตป้อนองค์ความรู้ใหม่ๆออกมาอยู่สม่ำเสมอ หากทันตแพทย์ทำผิดไปจากหลักวิชาการแพทย์นี้ก็เท่ากับทำผิดจรรยาบรรณด้วย นอกจากนี้ยังมีจริยธรรมการแพทย์ที่เป็นสากลอย่างสาขาวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ (bioethics) ที่ปูแนวทางจริยธรรมทางการแพทย์ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองว่าด้วยการปฏิบัติต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต ซึ่งลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงวิชาชีพเหล่านี้ถูกร่างเป็นเนื้อหาในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพปรากฏอยู่ในหมวดที่ 2 ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่เกือบทุกข้อเป็นจริยธรรมในเชิงวิชาชีพ ตั้งแต่ข้อ 5 – 21 เนื้อหาโดยรวมกล่าวถึงการต้องประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพ

Copyright by Mahidol University

ให้ดีที่สุด คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นต้น นอกจากหมวดที่ 2 แล้วยังปรากฏอยู่ในหมวดที่ 6 ว่าด้วยการทดลองในมนุษย์

ส่วนจริยธรรมอีกลักษณะหนึ่งคือ “จริยธรรมในเชิงประเพณี” (traditional ethics) เป็นการจัดการกับปัญหาทางจริยธรรมที่พบเจอแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม ผ่านการปะทะต่อสู้กันของชุดเหตุผลต่างๆ จนในที่สุดได้ผลลัพธ์ออกมาเป็นข้อบังคับจรรยาบรรณที่อาศัยอำนาจทางกฎหมายเป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทั้งหมดโดยการบังคับใช้จริยธรรมในเชิงประเพณีนี้เป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้แต่ละประเทศมีข้อบังคับจรรยาบรรณที่มีเนื้อหาแตกต่างกันไปตามลักษณะทางสังคม อิงอยู่กับจารีตประเพณีที่ได้รับสืบทอดต่อกันมาของแต่ละประเทศทั้งในแง่ของจริยธรรมรวมไปถึงในแง่ของกฎหมาย (ethical & legislative tradition) (Macpherson Mayol, Roqué Sánchez, Gonzalvo-Cirac, & de Ribot, 2013) ซึ่งเป็นปัญหาที่วงการทันตกรรมสมัยใหม่ของแต่ละประเทศต้องพบเจอและต้องจัดการกับระบบการแพทย์ดั้งเดิมนั้นเพื่อสร้างระบบการแพทย์จากองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ขึ้นมาใหม่ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ โดยลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงประเพณีนี้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในหมวดต่างๆดังนี้

หมวดที่ 1 ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ต้องไม่กระทำการใดๆเป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

หมวดที่ 2 แม้ว่าเกือบทุกข้อจะเป็นลักษณะของจริยธรรมในเชิงวิชาชีพ แต่มีบางข้อที่สะท้อนลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี ได้แก่ ข้อ 10 ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้หรือไม่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแลมิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งเป็นความพยายามควบคุม “หมอจอมปลอม” ตั้งแต่ในอดีต จนปัจจุบันยังเป็นเรื่องของเจ้าของสถานพยาบาลที่ปล่อยปละละเลยให้มีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาลของตน

หมวดที่ 3 และ หมวดที่ 4 เป็นเรื่องของการควบคุมการโฆษณาและการปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ให้โอ้อวดว่าสถานพยาบาลของตนหรือฝีมือของตนดีกว่าทันตแพทย์ท่านอื่น เพื่อไม่ให้เกิดการแก่งแย่งแข่งกันในตลาดบริการทางทันตกรรม

Copyright by Mahidol University

หมวดสุดท้ายคือหมวดที่ 5 กล่าวถึงการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ช่วยเหลืองานต่างๆในคลินิกนอกเหนือจากการตรวจรักษาว่าให้เคารพศักดิ์ศรีของกันและกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้การงานในส่วนที่เพื่อนร่วมงานรับผิดชอบ

7.2 รูปแบบของการร้องเรียนจรรยาบรรณ และสถานภาพความเป็นทันตแพทย์

ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2539-2559 มีทันตแพทย์ถูกร้องเรียนจริยธรรมต่อทันตแพทยสภาทั้งหมด 258 คดี โดยร้อยละ 79 ถูกร้องเรียนเรื่องมาตรฐานวิชาชีพที่ผู้ร้องเรียนสงสัยว่าทันตแพทย์ให้บริการไม่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ร้อยละ 8 ถูกร้องเรียนเรื่องความไม่สุภาพในการให้การตรวจรักษา ร้อยละ 7 ถูกร้องเรียนว่าทำผิดข้อบังคับหมวดควบคุมโฆษณาการประกอบวิชาชีพ อีกร้อยละ 6 ทำผิดข้อบังคับหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 ว่าด้วยการช่วยเหลือหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนเองรับผิดชอบพบว่าการฟ้องร้องในหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 นี้มีจำนวนทั้งสิ้น 16 คดี มีอยู่ 12 คดีที่ถูกตัดสินลงโทษให้พักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ทันตแพทยสภา, 2559ข, น. 10) เพื่อให้เห็นบริบทโดยรวมว่ามีลักษณะการร้องเรียนในรูปแบบใดบ้าง ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อขยายให้เห็นบริบทการถูกร้องเรียนว่ามีกระบวนการอย่างไร การฟ้องร้องเป็นไปในรูปแบบใด และมีกระบวนการตัดสินปัญหาทางจริยธรรมนั้นอย่างไร สามารถสรุปลักษณะการร้องเรียนออกมาให้เห็นบริบทการร้องเรียนจรรยาบรรณทันตแพทย์ได้ 6 รูปแบบดังนี้ 1) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการไม่ให้การตรวจรักษาตามหลักวิชาการแพทย์ 2) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการบริการที่ไม่สุภาพ 3) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม 4) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงโอ้อวดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น 5) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆอันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว 6) ปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับความประพฤติด้านอื่นๆที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพทันตกรรมหากแต่เป็นเหตุทำให้ภาพลักษณ์วิชาชีพมีความเสื่อมเสีย

โดยมีหลักเกณฑ์ในการตัดสินพิจารณาจากข้อมูลนำเข้าทั้งหมดและแยกการพิจารณาเป็นประเด็นต่างๆออกไป มีหลักการคล้ายคลึงกับศาลที่คำให้การทุกอย่างเป็นข้อมูลนำเข้ามาประกอบการพิจารณาการร้องเรียน ด้วยการพิจารณาว่าการตรวจรักษาที่ทันตแพทย์ปฏิบัตินั้นผิดวิสัยไปจากวิจารณญาณของคณะกรรมการสอบสวนจรรยาบรรณหรือไม่ โดยเกณฑ์ที่ใช้นั้นไม่ได้อิงแค่ตำราการแพทย์ ไม่ได้อิงแค่แนวทางปฏิบัติที่แนะนำโดยองค์กรทันตแพทย์ในระดับนานาชาติ

Copyright by Mahidol University

หากแต่พิจารณาจากสภาวะแวดล้อมทั้งหมด หลักวิชาการแพทย์เป็นเพียงข้อมูลส่วนหนึ่งในการนำเข้ามาพิจารณาเมื่อเกิดการร้องเรียนจริยธรรม

จากรูปแบบการร้องเรียนจริยธรรมทั้งหมด 6 รูปแบบ การร้องเรียนจรรยาบรรณในระดับข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 5 มีลักษณะที่ร่วมกันคือเป็นการร้องเรียนด้วยการพิจารณาจากการสวมบทบาทการเป็นทันตแพทย์ว่า เมื่อสวมบทบาทเป็นทันตแพทย์แล้วบทบาทที่แสดงออกไปนี้สามารถทำได้หรือไม่ มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ตั้งแต่การให้บริการตรวจรักษา การสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อแสดงบทบาทเป็นทันตแพทย์ การช่วยเหลือผู้ไม่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม การโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงโอ้อวดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น ไปจนถึงการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆอันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว แต่สำหรับในระดับของข้อที่ 6 แตกต่างออกไปจากระดับอื่นๆตรงที่เป็นการร้องเรียนทั้งที่ไม่ได้อยู่ในสถานภาพที่บุคคลแสดงบทบาทของทันตแพทย์แต่ถูกร้องเรียนเนื่องจากมีการมีสถานภาพเป็นทันตแพทย์ติดตัวอยู่ในสังคม เช่นกรณีตัวอย่าง ทันตแพทย์ทะเลาะกับเพื่อนบ้านเลยไปถ่ายหนักทิ้งไว้หน้าบ้านเพื่อนบ้าน มีกล้องวงจรปิดถ่ายไว้ได้ ท้ายที่สุดทันตแพทย์ถูกร้องเรียนเรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพ ซึ่งจากข้อสังเกตนี้จะเห็นว่า แม้จะไม่ได้สวมบทบาททันตแพทย์แต่เมื่อกระทำการอะไรจนเกิดเป็นเหตุให้คู่กรณีร้องเรียนได้ สถานภาพความเป็นทันตแพทย์จะถูกร้องเรียนได้ด้วยเสมอ การร้องเรียนในลักษณะนี้เป็นผลมาจากความคาดหวังของสังคมต่อสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ที่ต้องดำรงตนอยู่ในครรลองของศีลธรรมจรรยา มีความประพฤติด้านอื่นๆที่ดีงามนอกไปจากการให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย “สภานภาพความเป็นทันตแพทย์” จึงเป็นภาพลักษณ์ที่แบกรับความรับผิดชอบ ความเป็นมืออาชีพ และต้องเป็นที่ไว้เนื้อเชื่อใจให้กับสังคม

7.3 ภาพลักษณ์ของทันตแพทย์กับช่องห่างทางความรู้ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย

ทำไมทันตแพทย์จึงต้องถูกคาดหวังว่าให้มีความประพฤติที่ดีงามในด้านอื่นๆนอกเหนือไปจากการตรวจรักษาผู้ป่วย

ในประเด็นนี้มีงานวิจัยเรื่องภาพลักษณ์ทางการแพทย์ว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่าปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกเข้ารับบริการเป็นเรื่องของการรับรู้เรื่องภาพลักษณ์ อาทิ พงศธร พึ่งเนตร์ (2557) พบว่าภาพลักษณ์ที่ดูน่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจมีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการตรวจรักษา พรพิชชา ภัทรากร (2545) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในด้านบวกจะนำมาสู่ความไว้วางใจ อธิพรรณ น่วมกระจ่าง (2554) อธิบายว่าปัจจัยที่

Copyright by Mahidol University

จะทำให้ผู้ป่วยเลือกรับบริการในแต่ละคลินิกเอกชนนั้น นอกจากการเข้าถึงที่สะดวกใกล้บ้านแล้ว ภาพลักษณ์เรื่องความสะอาด ความเต็มใจให้บริการ ก็ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจ ดังนั้น เจตนารมณ์ของการบังคับใช้จรรยาบรรณที่ช่วยปกป้องไม่ให้เกิดความเสื่อมเสียต่อความเป็นทันตแพทย์ รักษาไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพ ได้สร้างความไว้เนื้อเชื่อใจแก่ผู้ป่วยกลายเป็นเกณฑ์ตัดสินใจในการเลือกรับบริการทางทันตกรรม พร้อมกันนี้ทำให้สถานภาพความเป็นทันตแพทย์ถูกคาดหวังให้ดำรงตนอยู่ในครรลองของศีลธรรม มีความประพฤติทั่วไปในสังคมที่ดีงามนอกเหนือไปจากการให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังคาดหวังว่าจะได้คุณภาพที่ดีจากการรักษา การเจ็บปวดที่น้อยที่สุด ค่ารักษาพยาบาลที่เป็นธรรม แต่เรื่องที่คาดหวังเหล่านี้กลับเป็นความคาดหวังที่วางอยู่บนความสัมพันธ์ที่ทั้งความรู้และทักษะทางการแพทย์ อยู่ในการถือครองของทันตแพทย์ ความสัมพันธ์เช่นนี้จึงเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ทันตแพทย์มีอำนาจทางการแพทย์ ส่วนผู้ป่วยนั้นอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ความสัมพันธ์ของทันตแพทย์และผู้ป่วยจึงต้องวางอยู่บนความสัมพันธ์ที่ต้องไว้เนื้อเชื่อใจทันตแพทย์ (fiduciary relation) อันเนื่องมาจากการไม่เท่ากันในความรู้ (imbalance of information) ทักษะทางการแพทย์ที่ต้องฝึกฝนจนเชี่ยวชาญ (professional skill) ลักษณะงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life threatening) และข้อมูลความลับของผู้ป่วย (confidentiality) ความเชื่อถือในทันตแพทย์จึงกลายเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีให้ทันตแพทย์ และภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างมากในการสร้างความมั่นใจ โดยความเชื่อถือในลักษณะนี้แตกต่างไปจากความเชื่อถือระหว่างเพื่อนสนิทที่ต้องอาศัยระยะเวลา แต่กับทันตแพทย์เป็นการเชื่อถือในคุณธรรมแห่งวิชาชีพ (virtue of training) เชื่อถือในสถานภาพที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคม (special role in society) สถานภาพของทันตแพทย์จึงกลายเป็นที่คาดหวังของคนในสังคม แต่ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม (inequality relationship) เป็นความสัมพันธ์ในแบบ “พ่อปกครองลูก” หรือ “paternalism” ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคล (autonomy) ที่มีสิทธิตัดสินเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วยที่อาจจะมีความจำเป็นส่วนตัวต่างไปจากมุมมองของแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้จักโรคที่เป็นอยู่ ไม่รู้จักเทคนิคในการรักษา แต่ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความจำเป็นของตัวเองดีที่สุด ดังนั้นการตัดสินใจในทางเลือกการรักษา (treatment decision) ไม่ใช่แค่กำหนดด้วยการตัดสินใจจากทันตแพทย์ที่มองในมุมของการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงสิทธิในการเป็นเจ้าของตัวเองของผู้ป่วยและต้องได้รับการยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วยด้วย (Lambden, 2002, pp. 89-99)

Copyright by Mahidol University

การขอความยินยอมเพื่อให้การรักษา (inform consent) เป็นกระบวนการที่ปรับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยให้เสมอภาคยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแง่ของความรู้ที่

ไม่เท่ากันเป็นการถมช่องห่างทางความรู้ทางการแพทย์ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นความสัตย์จริง เข้าใจได้ และมากเพียงพอ สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดว่าตนเองจะเลือกรับการรักษาแบบใด (self-determination) ซึ่งจะเป็นการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงที่สุดและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ลดความเสี่ยงในการฟ้องร้อง และหลีกเลี่ยงความระแวงของผู้ป่วยที่คาดว่าทันตแพทย์จะให้การรักษาที่เกินจำเป็น (Lambden, 2002, pp. 89-99) ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ชนภัทร วินยวัฒน์ (2551) พบว่าหนังสือขอคำยินยอมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล มีไว้เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับความยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายที่เป็นสากลในเรื่องการขอคำยินยอม ไม่มีการระบุเงื่อนไขที่สำคัญและรายละเอียดที่แจ้งถึงความจำเป็นต่างๆที่ผู้ป่วยต้องใช้ประกอบการตัดสินใจในการยินยอมรับการรักษาหลายประการ ทำให้หลักการเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชนตามหลักเสรีนิยม (principle of autonomy) และหลักการกำหนดชะตาชีวิตของตัวเอง (principle of self-determination) ที่ควรจะเป็นหลักการสำคัญของการขอคำยินยอมในการรักษาพยาบาลถูกละเลยไป นอกจากนี้ยังพบว่า ในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมได้ระบุว่าทันตแพทย์ต้องทำหนังสือขอคำยินยอมในการรักษาทุกครั้งเมื่อได้รับการร้องขอจากผู้ป่วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ร้องขอทันตแพทย์จึงไม่มีความเป็นที่ต้องทำหนังสือขอความยินยอม จึงไม่น่าแปลกใจที่การศึกษาของ Preeyanuch Botklon (2004) พบว่าพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนของทันตแพทย์มากที่สุด เป็นเรื่องของการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (the patient's unrealized expectations regarding dental service provider's behavior) นั่นเพราะวัฒนธรรมที่ผ่านมา การให้บริการตรวจรักษาของทันตแพทย์ดำเนินอยู่บนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ป่วยเชื่อใจในภาพลักษณ์ของทันตแพทย์ ทำให้ช่องห่างของความรู้ทางการแพทย์และการตัดสินใจทุกอย่างในการตรวจรักษาแทนที่จะถูกนำมาอธิบายต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนและยกอำนาจในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วย กลับถูกรองรับด้วยภาพลักษณ์ของจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีเกียรติและเชื่อถือไว้ใจได้ จึงไม่น่าแปลกใจว่าทำไมทันตแพทย์ในประเทศจึงถูกสังคมคาดหวังว่าต้องมีความประพฤติที่ดีงามในทุกๆด้าน

8. สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาอำนาจผ่านแนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมที่ศึกษาว่ามนุษย์กลายมาเป็นวัตถุของอำนาจได้อย่างไร ถูกอำนาจจัดการจนกลายเป็นแบบที่เป็นอยู่ได้อย่างไร การเดินทางผ่านของอำนาจเป็นมาอย่างไร

Copyright© by Mahidol University

อำนาจในความหมายนี้จึงไม่ใช่เรื่องของการบังคับข่มขู่จากกลุ่มผู้มีอำนาจ แต่เป็นอำนาจที่แฝงอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นอำนาจของความรู้ในการจัดระบบ ทำให้กลายเป็นระเบียบวินัยตั้งแต่ในระดับอุดมการณ์ (ideology) ไปจนถึงกลายมาเป็นวิถีปฏิบัติ ซึ่งพบว่าการก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์มีวิถีโคจรของอำนาจเป็นลักษณะเฉพาะ (trajectory) มีเทคนิคและประวัติศาสตร์ของตัวเอง ทำให้แต่ละประเทศมีข้อบังคับจรรยาบรรณที่แตกต่างกันออกไป ทั้งที่ทันตแพทย์ทั่วโลกมีองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นสากล มีแขนงวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพที่เป็นประเด็นถกเถียงร่วมกัน มีงานวิจัยทางแพทย์ที่ปรับปรุงร่วมกันใช้อ้างอิงร่วมกันทั่วโลก แต่ลักษณะของจริยธรรมที่ทำให้ข้อบังคับจรรยาบรรณเกิดความแตกต่างกันออกไปคือ การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ที่ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์เดิมของประชาชนให้อยู่ภายใต้วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ การที่ต้องสร้างรูปแบบทางการแพทย์ให้เป็นระบบเดียวจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดกฎเกณฑ์และใช้กระบวนการทางกฎหมายขับเคลื่อนให้การแพทย์สมัยใหม่กลายเป็นการแพทย์กระแสหลัก ลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสร้างมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ให้เป็นรูปแบบเดียวในสังคม ในประเทศไทยจริยธรรมเป็นเรื่องของการไม่นำการแพทย์มาประกอบการค้าทำธุรกิจหวังผลกำไร ที่เกิดจาก “หมอจอมปลอม” ที่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาให้บริการโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนหวังเพียงทำผลกำไร ท้ายที่สุดจึงเกิดเป็นระบบจริยธรรมที่ควบคุมตลาดทางการแพทย์ขึ้นเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องเจอกับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่การควบคุมการเข้าสู่วิชาชีพ (control over entry) ด้วยการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ควบคุมตลาดของการบริการ (market structure) ด้วยการควบคุมกฎหมายให้ผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพไว้เฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนได้รับอนุญาตเท่านั้น จนมาถึงการควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (control over competitive practice) ด้วยการห้ามผู้ประกอบวิชาชีพโฆษณาความรู้ความสามารถตนตลอดจนไม่แย่งผู้ป่วยและทับถมว่าร้ายผู้ร่วมวิชาชีพ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 45)

ดังนั้นข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพนอกจากจะถูกใช้ควบคุมมาตรฐานในการให้การตรวจรักษาที่ควรจะต้องเป็นไปตามหลักการแพทย์สากลแล้ว (professional ethics) ยังมีลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) ที่ถูกใช้จัดระเบียบระบบการแพทย์เดิมเพื่อสร้างระบบการแพทย์แบบสากลขึ้นมาใหม่ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งท่ามกลางการจัดระเบียบนั้นยังพบลักษณะการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในด้านอื่นๆเป็นลักษณะเฉพาะอยู่ 3 ลักษณะได้แก่

Copyright by Mahidol University

8.1 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทางศีลธรรมทั้งหมด

การแพทย์แผนปัจจุบันได้ผ่านกระบวนการทางสังคมและบ่มเพาะทางกฎหมายมากมายกว่าจะกลายมาเป็นสถาบันการแพทย์กระแสหลัก เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญคือการปะทะกันของอำนาจต่างๆในวงการแพทย์จนเกิดเป็นผลบังคับใช้ทางกฎหมาย เริ่มตั้งแต่ การจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นตามอำนาจพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 การขึ้นทะเบียนแพทย์และออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ.2472 จนมาถึงพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 หมุดหมายเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีการปะทะกันของอำนาจในเชิงที่อ้างศีลธรรมแบบของตัวเองแทบทั้งสิ้น แต่แม้ว่าฉากหน้าจะเป็นการถกเถียงในเชิงศีลธรรมว่าสถาบันการแพทย์ควรวางตนเองไว้ตำแหน่งใด มีบทบาทและภาพลักษณ์อย่างไร แต่ฉากหลังแท้จริงคือการปะทะกันของฝ่ายอำนาจต่างๆที่ต้องการขึ้นมามีบทบาทในการขับเคลื่อนสถาบันการแพทย์ในประเทศ ซึ่งผลลัพธ์จากการปะทะต่อรองนั้นจะถูกยุติด้วยกระบวนการทางกฎหมายและแปรรูปข้ออ้างศีลธรรมนั้นให้กลายมาเป็นข้อตกลงทางกฎหมาย

8.2 ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เพื่อขยายอำนาจของการแพทย์ให้เข้ามาในพื้นที่ทางวัฒนธรรม

ข้ออ้างเรื่องการต้องไม่นำการแพทย์ไปประกอบการพาณิชย์เพื่อค้ากำไรกลายเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่จับต้องได้ เนื่องเพราะมีแพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ได้เรียนตำราทางการแพทย์ปัจจุบันนำเครื่องมือแพทย์แผนปัจจุบันไปให้การรักษาเพื่อค้ากำไร ในแง่นี้ทางคณะกรรมการแพทย์เห็นว่าเป็นการทำผิดศีลธรรมอันดี เป็นการหลอกลวงประชาชนเพื่อการพาณิชย์ จรรยาบรรณในลักษณะนี้ได้ขยายความหมายของคำว่า “ความบกพร่องในการตรวจรักษา” (Mal-practice) จากเดิมที่กินความหมายแค่พื้นที่ทางการแพทย์ว่าการตรวจรักษาที่เหมาะสมต้องเป็นไปตามความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ ยังได้ขยายพื้นที่ความหมายเกินขอบเขตการแพทย์ออกมาว่าการแพทย์ต้องไม่ปนเปื้อนการพาณิชย์ที่มุ่งค้ากำไรด้วย ด้วยอ้างเรื่องการไม่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติวิชาชีพควบคู่ไปกับการควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาลของแพทย์และทันตแพทย์ แต่ทว่าภายใต้ข้อบังคับเหล่านี้แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กดทับองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้และสร้างเสถียรภาพให้กับองค์กรวิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่ให้อภิสิทธิ์มากที่สุดกับแพทย์แผนปัจจุบัน ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ ซ้ำร้ายเมื่อไปหยิบจับอุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ประกอบการตรวจรักษาก็จะถูกตีตราหน้าว่าเป็น “หมอจอมปลอม”

Copyright by Mahidol University

8.3 จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นส่วนเสริม (supplement) ที่สำคัญมากที่ทำงานร่วมกับองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์และสถาบันทางการแพทย์อื่นๆในการสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นมาเป็นการแพทย์ระบบหลักในสังคม

การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศสยามไม่ได้อาศัยแค่ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ให้สัมฤทธิผลในการรักษาโรค แต่กอปรด้วยสถาบันต่างๆที่เข้ามาปะทะต่อรองอำนาจกัน ต่างอ้างความชอบธรรมและประดิษฐ์สร้างเงื่อนไขต่างๆขึ้นมา เริ่มตั้งแต่กระทรวงธรรมการสร้างโรงเรียนแพทย์โดยเน้นวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบตะวันตกแทนการแพทย์แบบจารีตของไทย การเข้ามาช่วยเหลือของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเล่อร์ในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐานสากล ตลอดจนการจัดตั้งสภาการแพทย์ของกรมสาธารณสุข การร่วมปฏิสังสรรค์ของสถาบันต่างๆเหล่านี้นับเป็นจุดเริ่มต้นในการสถาปนาองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ จนในปัจจุบันโรงเรียนแพทย์เปลี่ยนเป็นคณะทันตแพทย์ที่มีการอบรมสั่งสอนที่เป็นระบบ มีงานวิจัยและความรู้ใหม่ผลิตป้อนอยู่เสมอ มีสภาวิชาชีพที่คอยควบคุมตั้งกระบวนการผลิตทันตแทพย์ ดูแลหลักสูตรตลอดจนควบคุมความประพฤติเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ในแง่นี้ข้อบังคับจรรยาบรรณจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเมื่อถูกใช้ในลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงประเพณีในการจัดการกับการแพทย์ดั้งเดิมเพื่อสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็นการแพทย์สถาบันหลัก

ดังนั้นจนถึงปัจจุบันนี้ จรรยาบรรณวิชาชีพจึงถูกใช้ในลักษณะที่อิงอยู่กับการจัดการปัญหาทางจริยธรรมแบบจารีต (traditional ethics) ที่มุ่งสร้างเสถียรภาพขององค์กรวิชาชีพให้ระบบการแพทย์ในประเทศอยู่ภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เพียงระบบเดียว ทำให้เมื่อผู้ป่วยต้องเลือกเข้ารับบริการ สิ่งที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าจะรับการตรวจรักษาจากทันตแพทย์ท่านใดและรักษาด้วยวิธีใด จึงกลับวางอยู่บนความไว้เนื้อเชื่อใจในภาพลักษณ์ของวิชาชีพ ทำให้เรื่องของความรู้ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย (imbalance of information) เรื่องของงานทันตกรรมที่ต้องใช้ทักษะทางวิชาชีพขั้นสูงซึ่งเป็นงานหัตถการที่ต้องการการฝึกฝนให้เชี่ยวชาญ (professional skill/ high skill) เรื่องของลักษณะของงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life-threatening) ถูกทำให้พร่าเลือนไปและเป็นประเด็นที่ไม่ถูกทำให้มองเห็นในการเป็นเกณฑ์ตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความไม่เท่าเทียม เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจในลักษณะพ่อปกครองลูก (paternalism) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคลที่มีสิทธิตัดสินเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วย (self-autonomy)

Copyright by Mahidol University

แม้ผู้ป่วยจะมั่นใจว่าได้รับการตรวจรักษาที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากมีองค์กรวิชาชีพคอยช่วยตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสมหรือไม่ หากแต่จะได้รับการตรวจสอบก็ต่อเมื่อมีการร้องเรียนจรรยาบรรณเกิดขึ้น มิหนำซ้ำการตรวจสอบลงโทษก็ดำเนินไปภายในองค์กรวิชาชีพกันเอง หากกล่าวให้ถึงที่สุดการควบคุมกันเองของวิชาชีพ แท้จริงเริ่มตั้งแต่กระบวนการผลิตทันตแพทย์ การกำหนดหลักสูตร การสอบขึ้นทะเบียน กำหนดมาตรฐานและจรรยาบรรณในการทำงาน ไปจนถึงตรวจสอบลงโทษผู้ที่ละเมิดมาตรฐานและข้อบังคับจรรยาบรรณที่กำหนดไว้ ทั้งหมดนี้สภาวิชาชีพมีอิสระในการกำหนด ควบคุม ตรวจสอบ และลงโทษภายในวิชาชีพกันเอง ความอิสระในการควบคุมการทำงานในลักษณะนี้ นำมาสู่ “การครอบงำของอำนาจทางการแพทย์” ไม่ว่าจะเป็น อำนาจทางเศรษฐกิจ (economic autonomy) ที่มีอำนาจในกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล ไม่มีพื้นที่ต่อรองอัตราค่ารักษาพยาบาล มีอำนาจที่จะไม่คิดค่ารักษาพยาบาลหากพึงพอใจ อำนาจทางการเมือง (political autonomy) ที่มีอำนาจในการแสดงความคิดเห็น ชี้นำ ไปจนถึงตัดสินใจในนโยบายที่เกี่ยวข้องสุขภาพในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ อำนาจในการตรวจรักษา (clinical autonomy) คืออำนาจในการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการทันตกรรม เป็นอำนาจที่สามารถควบคุมการทำงานของผู้ร่วมงาน ควบคุมผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็มีอิสระในการทำงานของตนเอง

ท้ายที่สุดการขับเคลื่อนให้วิชาชีพมีระบบจริยธรรมที่ดีขึ้นต้องอาศัยความเสียสละจากวิชาชีพและทันตแพทย์ในหลายๆอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การลดอำนาจทางการแพทย์ลง การสร้างเกณฑ์ตัดสินใจที่หลากหลายมากขึ้นนอกจากตัดสินจากภาพลักษณ์ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้เท่าเทียม ตลอดจนเปิดโอกาสให้องค์กรนอกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบ เพื่อไปให้ถึงระบบจริยธรรมและการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ดีกว่า และแม้ว่าการขับเคลื่อนจะต้องอาศัยจากหลายภาคส่วน แต่อย่างน้อยวิชาชีพต้องเริ่มตั้งคำถามในเชิงจริยธรรมด้วยกันเองแล้วว่า ทันตแพทย์ในฐานะวิชาชีพแพทย์ อะไรคือสิ่งที่ดีที่วิชาชีพควรจะกระทำ (What is the right thing to do?) วิชาชีพจะเป็นวิชาชีพเพื่ออะไร เป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นเพื่อประชาชน เป็นวิชาชีพเพื่อรัฐ หรือเป็นวิชาชีพเพื่อปกป้องวิชาชีพและส่งเสริมวิชาชีพเท่านั้นพอ

Copyright by Mahidol University

THE FORMATION AND PRACTICE OF THE CODE OF DENTAL ETHICS

POONPON KHOWIBOONCHAI 5536163 LCCS/M

M.A. (CULTURAL STUDIES)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : SAOWAPA PORNSIRIPONGSE, Ph.D., NARONG ARDSMITI, Ph.D., KWANCHIT SASIWONGSAROJ, Ph.D.

EXTENDED SUMMARY

1. Background and Rationale

The code of Professional Ethics in Dental Practice was conducted for the sake of professionalism, including social services, equity and social fairness that aims to serve society. (Pisal Thepsitha, 2545)

Formerly, dentists' ethical issues were thought as an individual's morals, with examples odf bad morals including: ignorance of patient opinion; substandard service; making a profit from working; and problems regarding doctor-patient communication (Botklon, 2004)

Conceding that dental ethics are individual morals, ethical indoctrination will not progress. The grounds of individual morals come from multifactor influence. Thus, it is hard to control doctor awareness or cultivate good moral traits.

In the field of biomedical ethics, it is accepted that no law or agreement exists for judgment in ethical aspects by reason of plurality of position in establishing norms in ethical decision. To use ethical theory in an ethical argument is to put an ethical ambivalence from theory background into practice. For this reason, making ethical decisions in contemporary ethical is not based on moral theory but focused on useful methods for all concerned (Smith Iltis, 2000), consistent with Zygmun Bauman's proposal not to use only ethical code in decision-making, because an ethical code used in law is just an ethical urge with omitted depersonalization. Universalizing morality for use as an ideal ethic will result in a loss of a sense of morality.

Copyright by Mahidol University

Therefore an ethical code which is rigid in its way of thinking does not allow ethics to be considered in different aspects. The question is: "Is this the right way to use ethical practice in society?" The purpose of new ethical and bioethical education is too loosen the rules used to judge right and wrong, and to apply alternative ways of thinking to suit each situation. So, the rigid ethical code is not a way to study ethics but only an ideology, discourse or power relationship. This research will study the ethical code's rationale that beyond a sense of morality and use of it through Discourse Analysis by Michel Foucault.

2. Research Question

What is history and aim of The code of professional Ethics in dental practice and how it has been developed and utilised for the benefit of the citizens?

3. Research Aim

3.1 To describe the rationale of the code of professional ethics in dental practice in Thailand though discourse analysis by Michel Foucault.

3.2 Describe this ethical code in present context clue.

3.3 Describe the power relationship between doctor and patient under the obligation of the code of professional ethics in dental practice though discourse analysis by Michel Foucault.

4. Conceptual Framework

Using the approach of Discourse Analysis by Michel Foucault, which is divided into two parts – discursive formation and discursive practice.

4.1 Discourse formation

This is a method of finding out how the ethical code has been constructed. On the other hand, it also questions what a dental ethical code is. However, the questioning is not to find a definition for the ethical code, but to discover what regime

Copyright by Mahidol University

regulates or defines it. This process is called “Problematization”, that is the study from history about the problems that occurred which then led to construction of the code. What factors made it a meaningful discursive object and, moreover, become social regime that works with other power/knowledge nexus.

4.2 Discursive practice

This part is the study of discursive practice, which aims to find out the objective for billing the code of dental ethics. What is the authority and function of the code? How does is relate to social activities? What process is used to manage dentists’ ethic problems? What role or rules have been set to handle these problems? Last, what kinds of benefits do those operations determine for society or people under the social power relationship between dentists and the population?

5. Research Methodology

5.1 Research Design

This adopted qualitative method studied the construction of the Code of Ethics of the Dental Profession and analysed the current practice, which included documentary research and in-depth interviews with key informants using the approach of Discourse Analysis by Michel Foucault.

5.1.1 Documentary Research

The data of events or purposive documents which relate to formation and usage of the code of dental ethics is studied. The documents used in the study according to conceptual framework are

5.1.1.1 1) Related academic documents and research. 2) Historical documents and conference notes of the Medical Council 3) Draft of Act, Act and Ministerial Regulation: Draft of Medicine Act B.E. 2464 (A.D. 1921), Medicine Act B.E. 2466 (A.D. 1923), Professional Regulation, Control of Health Practitioner Act B.E. 2479 (A.D. 1936), Ministerial Regulation in Control of Health Practitioner Act B.E. 2479 (A.D. 1936), Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994), The code of Professional Ethics in Dental Practice B.E. 2538 (A.D. 1995)

Copyright by Mahidol University

5.1.1.2 Documents used in studied the practice of the code of dental ethics, which are 1) Act and Ministerial Regulation: Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994), The code of Professional Ethics in Dental Practice B.E. 2538 (A.D. 1995) 2) Statistic reports of accusation through the code of dental ethics. 3) Announcement from dental council about the recommendations for dentists. 4) Academic documents and research related to the code of dental ethics: Research of informed consent, research of the patients' choice to have medical services relating to the reputation of the doctor. And, research of the risk of dental service behavior. 5) Other related documents to show evidence in the part of the ethical code analysis: Consent forms for dental practices.

5.1.2 In-depth interview

In-depth interviews are used to study the context of discursive practice by talking with key informants whose work is related to the code of dental ethics; to collect data of events or stories which magnify the context of discursive practice nowadays on how it is used to manage ethical problem of dentists, including the process of decisions in ethics complaints, and details of the different forms of ethic complaints.

5.2 Data Collection

5.2.1 Documentary data

Data collection is divided into 2 parts. The first part is used for discursive objects analysis in sequence of B.E. that the Act for regulation of the ethical code is billed in each period until now, which are B.E.2466, B.E.2479, B.E.2537. The second part is for discursive practice analysis which divided in to 3 parts, including 1) Statistic reports of accusations through the code of dental ethics. 2) Documents including bills, regulations, orders, or announcements from ministries or councils. 3) Academic documents and research are used for discursive practice analysis.

5.2.2 Data from in-depth interviews

The data is from interviewing 3 people whose work relates to ethics code complaints. The interview is for data about such cases which cannot be divulged from documented data, giving details on the context of using the code of dental ethics and processes used in decision-making when complaints occur.

Copyright by Mahidol University

5.3 Data Analysis

5.3.1 Analytical guideline

The data analysis uses Foucauldian discourse analysis created by Arribas-Ayllon and Walkerdine (2008), which was designed not to limit the discourse analysis and become the fixed form theory but used for a way for research methodology, including: *1) Selecting a corpus of statements 2) Problematizations 3) Technologies 4) Subject positions 5) Subjectification* (Arribas-Ayllon & Walkerdine, 2008, p. 98)

5.3.2 Analytical procedures

1) To bring the 2 separated data according to the research objectives to analyse using Foucauldian discourse analysis of Arribas-Ayllon and Walkerdine (2008) as a model for analysis.

1.1) Analysis of the discursive objects uses the guide in the topic *Selecting a Corpus of Statements* and *Problematizations*. The analysis looks for the turning point that in which a problem leads to use of the code of dental ethics, which is an analysis of the start of the ethics system and the code of dental ethics in discursive construction.

1.2) Analysis of discursive practice using the guide in the topic *Technologies, Subject positions* and *Subjectification* to analyse how the code is used, what power and role it has, the statistics of complaints in ethics in dentists, and how the complaint can be grouped in many different patterns. Finally, analysis of discursive practice in context aim to serve the people and society.

2) Arrange the analysed data, check the data errors and test the reliability of the result by consulting advisors and experts.

3) Reports the result in each topic related to the objectives. If there are names of anyperson or organization that might harm their reputation or cause other negative consequences, the name or organization will not be identified.

Copyright by Mahidol University

6. The History of the Code of Ethics of the Dental Profession

It has been found that the Code of Ethics of the Dental Profession has its own origin, circulating in the history through important stories or events as shown in the following section.

6.1 The Origin of Professional Association and the Registration for Healing Arts Practitioner License

At present, to becoming a dentist it is necessary to pass a Doctor of Surgery Program from an institution is certified by the Ministry of Education, while one also receives professional license from the Dental Council. Originally, providing dental services required no supervision from the Code of Conduct. In terms of education, there was no specific institution where only dental service education was provided, rather this was included as a branch of medicine in medical school. The first medical school in Thailand was "Siriraj Paet Yaa Gon" or "Rohng Rian Paet Yaa Gon" (Present: Siriraj Hospital) established in B.C. 2432 (A.D. 1889) and was then renamed "Royal Medical College" in B.C. 2443 (A.D 1900). Since then, the curriculum has repeatedly been revised until reaching an important turning point where Rockefeller Foundation entered in B.C. 2458 (A.D 1915) so as to scrutinize and revise the curriculum of the Royal Medical College to becoming more detailed in B.C. 2459 (A.D 1916). In the following year, His Majesty King Rama VI (Vajiravudh) arranged the establishment of Chulalongkorn University in the area of the palace and founded "Faculty of Medicine, Chulalongkorn University" with continued support from the Rockefeller Foundation concerning curriculum improvement (Davisak Puaksom, 2550). Not until B.C. 2483 (A.D. 1940) was dentistry separated from the Faculty of Medicine, which later became the Faculty of Dentistry, Chulalongkorn University, which it is still known as today.

Being the first such organization, the Medical Council controlled and registered dentists in B.C. 2466 (A.D. 1923) pertaining to dental professional conduct, which was formed following the Ministry of Public Health’s (formerly under the Ministry of Interior) proposal of the Medical Act. The main principle was the establishment of the Medical Council, aiming to control the conduct of medical professions from the curriculum to medical practice. However, there was intense

Copyright by Mahidol University

opposition from the Ministry of Justice at the outset against the proposal as it not only involved the power of Medical Council to administer medical and dental professions, but also curricula held at Faculty of Medicine. That the curriculum was basically under the Ministry of Justice was thereafter at the mercy of the Medical Council of the Ministry of Public Health, which turned out to be an usurpation within the medical circle. Finally, the first Medical Act B.E. 2466 (A.D. 1923) was announced. In relation to its power, the establishment of the "Medical Council" was formed with the aim of organizing medical affairs and medical schools; the latter was, however, negotiated to participate only in curriculum advisory boards, meaning that its primary role deals with the application to register and obtain healing arts practitioner license.

The execution of the Medical Act meant dental professionals who had graduated from medical school would not be able to pursue dental professions if they had not registered with the Medical Council. This situation continued until B.C. 2472 (A.D 1929) when the healing arts practitioner license was introduced. This was owing to the fact the country's economy had reached its critical point, resulting in a shortage of property in terms of national administration (Davisak Puaksom, 2550, p. 160-161). However, it is worth pointing out that this tangled operation of the Medical Council was rather due to the establishment that did not follow collective autonomy policy, which was the main intention of the Ministry of Public Health. The power of the Medical Council announced in the Medical Act B.E. 2466 (A.D. 1923) was then confirmed as it was the only assigned authority for the establishment of "the code of professional conduct for licensees" instead of the written draft. Therefore, the "Medical Council" was not the transfiguration of the Ministry of Public Health sector, which overcame power from the Ministry of Justice, rather it was the safest place for medical schools to negotiate with the Ministry of Public Health, with its affirmation against the interference of the medical school affairs.

Another significant aspect that should be drawn upon is the lack of security in ethical issues in modern medicine, with which the western medical education system is concerned and from which traditional medicine differs. In other words, traditional medicine at that time covered up ethics within the curriculum i.e. a mentor's satisfaction in the selection of apprentices, the apprentices' reciprocity in order to build trust and appreciation as similar to parental respect, the rituals after

Copyright by Mahidol University

graduation or before handling medical treatment and constant respect i.e. Teachers' Day Observation (Vitoon Eungprabhanth, 2548, p. 41). The Teachers' Day Observation, therefore, was the ritual that continuously connected apprentices to ethics and their roles from the past to the present. The teachers acted as centers of medical knowledge, superiors, benefactors, and symbols of righteousness for their apprentices. In contrast, medical schools utilized a separation system – the subjects of study were handled by different teachers depending on their specialties. Moreover, this structure set down an employee system, executive directors and government protocol, for which the system under the state control was to be responsible. In the meantime, medical schools also collaborated with other institutions to meet the government policy. The relationship between apprentices and their teachers was independent, which was opposed to the educational system from traditional medicine. With regard to this scheme, the role of dental professionals depended on government policy. The knowledge-building relied on new research. The educational practice was not handled in terms of spiritual commitment, rather professional obligation. Although ethics was embedded in the educational system, there was no specific agreement or mechanism that related medical students to ethics. This gap was, therefore, used as an important justification from the Ministry of Public Health to take over medical/ dental students' ethics in order to seize medical schools. By virtue of the accomplishment of the Medical Council, the legislation of the code of medical conduct was, therefore, necessarily authorized in the Medical Act B.E. 2466 (A.D. 1923) and the dental ethics code was initiated in a written form.

6.2 The Execution of Professional Conduct and the Restraint of Medicine as Science

Although the Medical Council limited its role in the society during the establishment period, it was renamed the "Medical Commission" and legislated ministerial regulations in B.C. 2472 (A.D. 1929) under the power of the Medical Act B.E. 2466 (A.D. 1923), to which types of practice of the art of healing – "modern" and "folk" - were divided and the meanings were identified as follows:

Copyright by Mahidol University

"Modern" was defined as health professionals who obtained knowledge from internationally accepted textbooks and enlarged knowledge by means of study, investigation and scientific experiment.

"Folk" was defined as health professionals who relied on observation and expertise, which had been inherently informed or learnt from age-old textbooks without scientific operations.

By defining such medical terms, there was a line to lessen folk medical knowledge from the standard of scientific medical knowledge. Medicine as science and medicine without scientific expertise were isolated. Moreover, the definition of folk medicine was regarded with prejudice, with an intention to emphasize it as outdated and underdeveloped. Consequently, opposition to the Medical Commission arose, such as claims for indulgence for some criteria of registration, and letters of complaint. Meanwhile, medical technology became a symbol of "modernism". With reference to syringes and stethoscopes that were in common use in order to increase trading values and build reliability in treatment services, there was a considerable complaint from first-class modern medical students to the Medical Commission that the use of stethoscopes in modern medicine had been found as means of clinical examination from folk medical practitioners. Since the use of syringes and stethoscopes were not included in folk medical textbooks, the Medical Commission stated that such "quacks" were to be taken strictly in control, meaning that the use of syringes and stethoscopes without training was considered to be deceptive. This led to an attempt to form "professional regulation" in the subsequent period as an attempt to solve the problem of "quacks" and standardize treatments to meet medical principles and patient benefits. By doing so, the most important "conduct" relied neither on the use of medicine as commerce nor the issue of a healing arts practitioner license, especially those from the second class after considering they were either incapable or employed unsafe methods or health professionals who had not acquired up-to-date credentials. That the definition of "malpractice" was originally conveyed, the medical examination, in accordance with medical principle, extended its meaning to medical examinations without any commerce policy, which included the prohibition of unregistered first-class modern healing arts practitioners to apply modern medical technology to any medical examination and service charges.

Copyright by Mahidol University

However, the draft of professional regulation was ceased because of a lack of medical practitioners under the Thai government. The council of ministers urged to focus more on increasing the number of medical and dental practitioners than the control over quacks. The discussion between Medical Commission and committee appointed by the ministry took place so the ministry would not have to intervene in the curriculum of medical schools and lessen the academic standing of medical and dental practitioners. Nonetheless, the attempt to draft a professional regulation was not extravagant. It rather became a concrete and detailed approach since the transformation of the national administration from people's party revolution required knowledge of modern medicine to manage public health sectors and the medical profession. A new draft of the Medical Act was necessary in order to conform with medical policy and new public health structure. The intention of drafting professional regulation was embedded in the Control of Health Practitioner Act B.E. 2479 (A.D. 1936), which provided detailed ministerial regulation, of which cluster 3 (restrictions and conditions in healing arts practice) and cluster 4 (professional conduct) were included. This discussed the control over patterns in advertising in terms of building similar professional identities in view of sustainable professional honor. However, underneath the identity as sustainable professional honor emphasizes the difference between medical science and other medical disciplines. The privilege was given to first-class modern medicine while restrictions and conditions in healing arts practice were committed in traditional medicine. This Medical Act, therefore, became an important influence for 58 years before it was succeeded by the Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994). This was a critical point in building a secure foundation for modern medicine and has become a principle medical institution until the present days.

6.3 Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994) and Ethics of the Dental Profession

At present, one who wants to pursue dental profession is required to register and obtain a healing arts practitioner license in modern dental branch under the "Dental Council", which was legitimized by the Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994). Apart from the Dental Council, which became independent, the

Copyright by Mahidol University

Pharmacy Council and the Nursing Council also set themselves apart and acquired individual authorities owing to the increase in the number of medical staff in various branches as well as more profound and detailed medical disciplines. Having separated, those councils might result in a more positive approach. In addition, there were issues relating to human rights and the declaration for equality in terms of politics and society during that period. Equality was highlighted among democratic administration, which was governed by elections. Not only could the Dental Council pass the act under such politic circumstances, but also several other sectors did, from which their roles were differentiated. The peak of the election for democratic administration was in B.C. 2540 (A.D. 1997). The elected government then directly legislated the appropriate article in the constitution to support health as a fundamental right.

The Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994) was initially applied in B.C. 2538 (A.D. 1995) as a conduct method in order to achieve valuable quality of life. Also, it was an important characteristic that signified dentistry as a high professional level, meaning that the profession was certified by law and had a definite standard to the medical regulation as well as a long-term training program. It was under the control of a professional institution and applied an ethical code as a conduct method (Phisal Thepsithar, 2535). Therefore, dental services for society acquired specific characteristics. Not just any person could pursue a career as a dental professional; one was obliged to pass the Doctor of Dental Surgery Program and to take an examination to become a first-class dental professional, and to perform professional operations under one standard, with an ethical code being a conduct method to the patients and protected professional honor. However, having overcome long-lasting historical processes, the specific characteristics of such professions succeed as a systemic regulation at present. The biggest process was legislative protocol, which depended on the Medical Act to enact control over medical organizations. In addition, the establishment of professional councils and several drafts of regulations led to controls over the market structure of dental services. The monopoly of professions only allowed people who acquired licenses to pursue relevant professions. In violation of the law, punishment must be applied. One important characteristic was the control over competitive practice through the legislation of the Code of Ethics of the Dental Profession. As stated in the Code of Ethics in cluster 3,

Copyright by Mahidol University

the prohibition included the advertisement of knowledge and ability and in cluster 4, dental professionals were not allowed to defame other dental professionals or to persuade patients under the care of others to become their own (Vitoon Eungprabhanth, 2548).

The legislation of the Code of Ethics of the Dental Profession B.E. 2538 (A.D. 1995) was necessary not only due to the power of Dental Profession Act B.E. 2537 (A.D. 1994), but also the changing face of the medical system, which was limited under the collectivization – the universal medical system. The knowledge of medical science became the main discourse that regulated patients to visit dental professionals when suffering with oral cavity problems. In addition, there has always been a medical school system that instructs and provides contemporary medical disciplines, including morality which develops the explicit regulations of an ethical code. For medical morality in modern medicine, although it was evidence-based medicine and biomedical ethics produced knowledge for medical practitioners, such knowledge was insufficient for the contribution of a complete regulation due to past medical ethics problems that Thailand had faced. Having been counted as traditional ethical problems from the past, clinical examinations by "quacks" were with medical equipment but without obtaining a health practitioner license. While utilizing the past ethical code, limitations or conditions were also made to prevent health practitioners from other branches that were not first-class modern exponents to use medical equipment or procedures. One who violated this regulation would face both ethical and criminal prosecution. The arrangement for an ethical code was regulated, especially for cluster 3 (the advertisement of dental professionals) and cluster 4 (interaction among professionals), which was considered a legal protocol in order to formulate standardized professional identity, aiming to control competition among professionals in the dental service market.

7. Ethical Code and Power Relations in Paternalism

Copyright by Mahidol University

The result of this research indicates that there was a context where the practice of ethical code was utilized, which is illustrated in the following sections.

7.1 The Limitation of Dental Profession Act

One who pursues his career as dental practitioner is required to comply with the Code of Dental Ethics as determined by the committee. Should there be a complaint to the Dental Council about a dental practitioner violating the code, the Dental Council will appoint an ethic subcommittee to investigate. The committee's final decision can be one of the following: 1) revoke the accusation 2) warn the practitioner 3) remit punishment 4) suspend from work by not being able to use healing arts practitioner license for no more than 2 years and 5) withdraw the healing arts practitioner license completely, with number 5 being the most powerful repercussion. This means any kind of clinical examination in the dental service market is prohibited at all times, subject to criminal penalties according to criminal law being applied when violating. The dental council has no responsibility for making any decision regarding the aforementioned consequences. They are only in charge of issuing healing arts practitioner licenses.

The Dental Profession Act consists of 6 clusters, from which two characteristics of ethics can be divided: professional ethics and traditional ethics. The former concerns ethics as internationally well-known, embedded in medical science knowledge guiding medical professionals in terms of symptoms, diagnosis, and medicatio. Should the dentist divert from medical principle, they are considered to be unethical. Moreover, bioethics has also been included, which discusses international medical ethics and have led medical ethics since World War II concerning the practice on human and other living things. This type of professional ethics is drafted as cluster 2 in the Professional Act, which discusses dental professionals as having a career in number 5 - 21. The overall content explains pursuing dental professionals without taking race, religion, or social or political ideology into consideration. Moreover, dental professionals are required to keep professional standards to the best of their knowledge, consider safety and respect the patient's expense, regard the patient's confidentiality and prioritize the patient's benefit. Other than cluster 2 lies the definition of bioethics also in cluster 6 in terms of clinical trials.

Another characteristic of ethics deals with traditional ethics, which involves each individual ethical problem management in society through the confrontation of reasons, and finally resulting in a professional act relying on legal

Copyright by Mahidol University

power and enforcement as resolution. Traditional ethics is an important characteristic, differentiating each country by means of its social features and inherited customs both in terms of ethical and legislative tradition (Mayol et al., 2013). Hence, the modern dental professions of each country have encountered such problems and managed a traditional medical system, aiming to collectivize novel medical systems from medical science knowledge. Such traditional ethics are mentioned in many clusters of professional act:

Cluster 1: this involves the practices of dental professionals who must regard any actions that would result in damage to the profession's reputation.

Cluster 2: although almost all points deal with professional ethics, some of them reflect traditional ethics, which is number 10 that states dental professionals must not ask for or assist any person who does not register and obtain healing arts practitioner license to become dental professional, including the observation of pursuing dental professionals at responsible hospitals. From the past, although such an attempt was made to control "quacks", it still has been overlooked by the hospital's owner.

Cluster 3 and 4: these clusters consider controls over the advertisement of, and interaction among, dental professionals to build standard professional identity. Dental professionals should not exaggerate claims about the standards of their hospital or the their own ability, and must not makes claims that they are better than other professionals. This aims to protect the competition among dental service markets.

Cluster 5, the final one, states the interaction among dental staff within clinics, apart from clinical examination, should respect each other's honor and support each other's responsible works.

7.2 The Patterns of Ethical Complaint and Dental Professional Status

In the past two decades, 2539-2559 B.C. (A.D. 1996-2016), there were 258 cases whereby dental professionals were accused of ethics violations to the Dental Council. Of these, 79 percent were accused of inferior professional standards. The petitioners doubted that the dental services were provided in accordance with medical principles. Eight percent were accused of impoliteness during clinical examination. Seven percent were accused of violating regulations in the cluster of the control over

Copyright by Mahidol University

the advertisement of professions. Six percent infringed cluster 2 number 10, which forbids the assistance of any person who does not register and obtain healing arts practitioner license in order to becoming dental professional at one responsible hospital. Of this, there were 16 cases, 12 cases of which were suspended from work by being barred from using a healing arts practitioner license (The Dental Council, 2559b, p. 10). In order to illustrate the overview of types of professional ethical accusation, the researcher conducted interviews with people who had been working related to the code of ethics of profession. The purpose of the interviews was to indicate the context of such accusation i.e. types, the judgmental procedure of ethical issues, which can be summarized into 6 points as follows: 1) Ethical issues on the prohibition in examining according to medical principle 2) Ethical issues on the impolite services 3) Ethical issues on the assistance of any person who does not register and obtain healing arts practitioner license in order to becoming dental professional 4) Ethical issues on the claim of exaggeration of individual knowledge or in comparison with particular hospitals 5) Ethical issues on the pretension as dental professional to certify goods and services for the benefit of individual 6) Ethical issues on other behaviors unrelated to being dental professional, but being considered as the cause of professional identity disgrace.

The criteria were the overall information, which was divided into several issues. Similar to the law court where every testimony acts as incoming information together with the consideration of accusation, in the determination of the examination of the accused dental professional, the criteria were not only medical reference books or practices from international dental institutions, but also the overall circumstances. Medical principle is regarded as another reference point used in the determination when an ethical complaint is made.

From the above 6 types of ethical complaint, those from 1-5 overlapped, meaning that they are the complaints relating to the role as dentist. When performing this role, the questions include whether the role can be achieved; and is this role appropriate? The dentist role includes clinical examination, interaction between oneself and the patients, assistance of any person who does not register and obtain a healing arts practitioner license in order to become a dental professional, the exaggeration of individual knowledge as well as the hospital status and the pretension

Copyright by Mahidol University

as dental professionals to certify goods and services for the benefit of individuals. However, number 6 differs from the rest since it is a complaint about an individual not being in the role of dental professional, instead being a complaint against the dental professional status in society as a whole. For example, a dentist has quarreled with his neighbor. He then has decided to crimp him off in front of his neighbor's house while not knowing that there was a security camera recording all his acts. From this incidence, the dentist was accused of professional ethics violation. It is obvious that although he is not in the role of a dentist, his status of being a dentist is vulnerable when causing any harm to other parties. Such complaints result from social expectation on the status of being a dentist that one should perform appropriately and ethically both in clinical situations and other circumstances. "The identity of dentist" is, therefore, embedded with responsibility, professional, and social reliability.

7.3 The Identity of the Dentist and the Knowledge Gap between Dentists and Patients

Why is a dentist expected to behave in good ways outside work? For this issue, research was conducted as to how medical identity is greatly important to the patient's decision whether to accept clinical examination. The major factor underlining the patient's decision for medical services was the acquisition of identity. For example, Phongsathorn Pheungnate (2557) found that a reliable and trusted identity was the reason for choosing clinical examination. Pornpitcha Patrakorn (2545) stated that the patients' positive acknowledgement of hospital and medical professional identity led to trust. Atiphan Nuamkrajang (2554) discussed that the factors why the patients choose medical services at a private clinic were not only appropriate approach within a short distance, but the image of cleanliness and service-minded staff contributed to the decision-making as well. Therefore, the purpose of the ethical code protected the reputation of professional status, preserved reliable professional identity, built the patient's trust turning into their decision for dental services. In addition, a dentist is expected to behave ethically in society apart from practicing clinical examination.

Copyright by Mahidol University

Moreover, patients also expected to receive excellent quality of service, the least discomfort and fair charges. Those expectations, however, relied on medical

knowledge and ability of the dentist. Such expertise is built on the power relationship, indicating that the dentist was the one who held medical power while patients being at the level of dependence. The relationship between dentists and patients thus depended on a fiduciary relationship owing to the imbalance of knowledge, professional skill, life-threatening works that directly involve human body and patient's confidentiality. Patients needed to build trust in dentists, which was a crucial factor for them. Accordingly, the good identity of professions also contributed to confidence. This kind of trust differed from one that was built among friends, which took time. The relationship between dentists and patients rather associated trust in the virtue of training; and trust in professional status that was responsible for the society. The status of the dentist became the people's expectation while simultaneously reflecting on the unequal relationship. In other words, this relationship was similar to "paternalism", disregarding the patients' autonomy when he, indeed, had his own right to decide the necessities in life and might disagree on the dentist's perspective. Although the patients might not know his ongoing disease or the treatment procedures, the patient himself had the best understanding of the problem and necessities. Therefore, the treatment decision should not be determined only by the dentist's point of view in terms of therapeutics, but also from the patient's rights in having his own life where informed consent for the treatment has to be made (Lambden, 2002, p. 89-99).

The request for informed consent was the procedure by which the adjustment of the equality between dentists and patients was made possible, especially in terms of the medical knowledge gap. The patients were obliged to receive factual, understandable and sufficient medical information, which led to the patient's self-determination as to which types of treatments they decided on. This aspect met the patient's problem as relevant and useful as possible while also reducing risk of complaint and avoiding the patient's suspicion about over-treatment (Lambden, 2002, p. 89-99). Chanapat Winyawat's (2551) study suggested that most informed consent form in Thailand was considered as Informed Consent Form for Clinical Treatment, which indicated that health professionals received approval from the patients; however, this form was not consistent with international law regarding the informed consent. There was no indication about important conditions and details in several aspects that illustrated the necessities by virtue of decision-making for the treatment.

Copyright by Mahidol University

This led to the principle of autonomy related to liberalism and the principle of self-determination being neglected instead of being significant factors in the determination of requesting informed consent. Moreover, the Code of Ethics of the Dental Profession stated that the dentists were required to issue an informed consent form at all times when being requested from the patients. This means that when there was no request from the patient, it was therefore not necessary for the dentist to issue the consent form. There is no doubt that Preeyanuch Botklon (2004)'s study found the dental service provider's behavior as the riskiest factor for requesting the consent form since the patient-centered approach was disregarded. The reason underlining this issue was that dental service was dependent on power relation in the past culture. The patient trusted the dentist's identity; therefore, the medical knowledge gap and decision-making leaned in the identity of honorable and reliable professional ethics instead of an explicit explanation to the patients and allowing them to have individual decision. It is obvious that due to social expectation the dentists in this country should behave appropriately in every aspect.

8. Conclusion and Discussion

The study of the Code of Ethics of the Dental Profession focuses on the study of power using the approach of Discourse Analysis as to how humans become an object of power, how they have been subjected, and how power has been carried out. The meaning of power in this aspect is not the enforcement from authority, rather an embedded power in daily life; the power of knowledge in system management, building up discipline from the level of ideology to practices. It has been found that the establishment of the Code of Ethics of the Dental Profession has specific trajectory of power and its own technique and history. Although internationally well-known medical science knowledge commonly discusses bioethics and common medical researches for reference, each individual country has a different ethical code. The characteristic of ethics that contributed to the difference of ethical codes was the establishment of modern medicine, which transferred traditional medicine to be under control by means of Discourse. The collectivization of medicine was, therefore, necessary for the specification of regulations and by doing so, law was regarded as a

Copyright by Mahidol University

means to drive modern medicine to becoming mainstream medicine. The characteristics of traditional ethics were arranged to standardize medical treatment in the society. In Thailand, ethics did not concern medicine as a trade to obtain benefits as can be seen in cases of “quacks” using medical equipment as a means in medical services to gain benefits without taking people’s health in consideration. Ethics came to play an important role in order to control the medical service market, helping patients to avoid substandard treatment from the first level, with control over entry by the determination of qualification of registered professionals as acquiring healing arts practitioner license, controlling the market structure by authorizing registered practitioners as the only permitted people who could pursue such careers, control over competitive practice by not allowing professionals to advertise their knowledge and ability, including fighting over patients and gossiping about colleagues (Vitoon Eungprabhanth, 2548, P. 45).

Apart from the practice to control treatment standards in accordance with international professional ethics, the ethical code acquired its characteristics of traditional ethics arranging traditional medicine to build novel modern medicine for the whole country. Among this organization, three other characteristics of practices of ethical code have also been found, which are illustrated as follows:

8.1 Ethical Code as the Resolution of the Confrontation of all Ethical Reasons

Modern medicine overcame several social procedures and legal instruction until becoming mainstream medicine. The important historical event was the confrontation of power in medical circles, which led to legal validation. It involved the establishment of the Medical Council with regard to the Medical Act B.E. 2466 (A.D. 1923), the application to register and obtain a healing arts practitioner license in B.C. 2472 (A.D. 1929) and the Act of Healing Arts B.E. 2479 (A.D. 1936). These incidences were related to the confrontation of power by each and individual ethics. Although an ethical confrontation was utilized as a foreground emphasizing the position, role and identity of medical institutions, the true background was rather the confrontation among authorities, which involved the motivation of medical institutions

Copyright by Mahidol University

in the country. The result of such negotiation or ethical excuse was then terminated by legal procedures and transformed into legal agreement.

8.2 Ethical Code as the Extension of Medical Power into Cultural Areas

The excuse that medicine was not for commerce or for benefits became a concrete ethical issue since other medical disciplines that did not utilize medical textbooks applied by modern medical equipment in treatment service for profit. Accordingly, the Medical Committee believed that it was immoral and deceptive. Such ethics extended the meaning of "Medical Malpractice" from its original meaning in medical context concerning only the appropriate clinical examination that depended on medical science knowledge. The extended meaning was, thus, that medical professionals should not associate profitable commerce with, professional reputation along with the control over the advertisement of hospitals or clinics. However, beneath these regulations the boundary sourrounding other medical knowledge that were not medical sciences was emphasized, which built stability of modern medical professions by assigning a privileged role to modern professionals. In contrast, traditional medicine was faced with restrictions and conditions in pursuing the role as healing arts practitioners. The worst-case scenario is when they utilized modern medical equipment in clinical examination, creating the stigmatization of being a "quack".

8.3 Ethical Code as an Important Supplement in Collaboration with Medical Science Knowledge and Other Medical Institutions for the Establishment of Modern Medicine to Becoming Mainstream Medicine in Society

The introduction of modern medicine in Thailand did not rely on scientific knowledge to achieve the treatment goal, rather the use of legitimacy and applied conditions in the negotiation among other institutions in terms of power. Having begun from the foundation of medial school from the Ministry of Justice, there was an emphasis on western medical science instead of that from Thai tradition, the support from Rockefeller Foundation in the improvement of curriculum to achieving international standard, and the establishment of the Medical Council from the

Copyright by Mahidol University

Department of Public Health. The interaction among various institutions was considered as the beginning of the foundation of medical science knowledge.

Nowadays,, the medical school has become the Faculty of Dentistry, with systemic cultivation, up-to-date research and knowledge and supervised dental profession from the enrolment of dental professionals, who supervise the curriculum as well as control conduct after graduation. In this aspect, the ethical code is, therefore, of importance when applied to terms of traditional ethics in the traditional medicine management, aiming to establish modern medicine as mainstream medicine. At present, professional ethics has been utilized in relation to the management of traditional ethical issues, with its purpose being to build the stability of professional institution for the medical system in Thailand to come under the control of one modern medicinal system. Once the patients have chosen the service, the first and foremost criterion for their decision-making is the reliability of professional identity as to which dentist and type of treatment they would opt for, resulting in the decrease in the imbalance of knowledge or information between dentists and patients, the practice of advanced dental skills as operative dentistry and life-threatening work. These issues were previously rather overlooked as decision-making criteria for dental services. The relationship between the dentists and patients was, therefore, unequal, meaning that it was considered a power relationship in terms of paternalism, inattentive to individualism or self-autonomy.

Although the patients are confident in receiving standard treatment while understanding that there is an investigation process from the professional institution whether they have received appropriate care, such investigation can be conducted only when an ethics complaint has been made. Moreover, the punishment has been meted out by an individual professional institution. As a matter of fact, the control among professions starts from the enrolment of dentists, the management of curriculum, the examination for the registration, the standardization and ethical consideration, and the investigation and punishment for violating this standard and ethical code. These issues are under the control of dental professions. The independence in control over such works leads to “the domination of medical power” such as “economic autonomy” – the control over treatment and service charge, which includes no negotiation in treatment charges or free-of-charge service if applicable; “political autonomy” – the

Copyright by Mahidol University

control over viewpoint, guidance and decision on related issues in healthcare as health professionals; "clinical autonomy" – the control over professional standard in dental services, which can overshadow colleagues' work and patients while having independent operation.

It can thus be concluded that the encouragement of improved professional ethics relies on enthusiasm from professions and dentists in several ways, such as the reduction of medical power, the introduction of various decision-making criteria apart from identity, the promotion of equal relationships between doctors and patients, and the opportunity for other institutions to participate in arranging policy and investigation in order to achieve better ethics and the code of ethics. Although this encouragement might require support from other sections, professions need to set questions for itself at least as to what is the right thing to do for the dentist as a medical practitioner? What is the profession for – the citizens', nation's or profession's well-being?

Copyright by Mahidol University

บรรณานุกรม

กฎกระทรวงมหาดไทยออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479. (2480, 27 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 54*, 1184-1202.

ข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพุทธศักราช2538. (2539, 27 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 113* ตอนที่ 17 ง, 40-47.

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2532). *การสัมมนาวิชาการเรื่องจริยศาสตร์และจรรยาบรรณในวิชาชีพทันตแพทย์*. กรุงเทพฯ : ผู้แต่ง.

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2533). *การทันตแพทย์ไทยในศตวรรษหน้า*. สงขลา : ผู้แต่ง.

ชนภัทร วินยวัฒน์. (2551). ความยินยอมในการรักษาพยาบาล: สิทธิของผู้ป่วย. *วารสารนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร*, *1*(1), 95-117, http://www.law.nu.ac.th/lawnujournal11/index.php/journals/article/view/9

ชิกาฮารุ ทานาเบ. (2551). *ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ: กลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร.(2554). *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณ์ และความเป็นอื่น*. พิมพ์ครั้งที่5. กรุงเทพฯ : วิภาษา.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2555). *สัญวิทยาโครงสร้างนิยม หลังโครงสร้างนิยม กับการศึกษารัฐศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : วิภาษา.

ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2558). *อัตวิสัย/วัตถุวิสัยในสังคมศาสตร์/มนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ธรรมศาสตร์.

ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์. (2559). เส้นทางพัฒนาการศึกษาเรียนรู้ของทันตแพทยสภา, *ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน มกราคม-มีนาคม*, นนทบุรี : ผู้แต่ง

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2550). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทันตแพทยสภา. (2559ก). *ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน มกราคม-มีนาคม*, นนทบุรี : ผู้แต่ง

ทันตแพทยสภา. (2559ข). *ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน กรกฎาคม-กันยายน*, นนทบุรี : ผู้แต่ง.

Copyright by Mahidol University

ธเนศ วงศ์ยานนาวา.(2559). *ความสมเหตุสมผลของความชอบธรรม*. กรุงเทพฯ : สมมติ.

นพพร ประชากุล. (2552). *ยอกอักษร ย้อนความคิด : เล่ม 2 ว่าด้วยสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : อ่านร่วมกับวิภาษา.

พงศธร พึ่งเนตร. (2557). *ภาพลักษณ์การบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 2557*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.

พรพิชชา ภัทรากร. (2545). *การรับรู้ภาพลักษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครของผู้ใช้บริการ*. (วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ธุรกิจ, คณะนิเทศศาสตร์, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์).

พระราชบัญญัติการแพทย์พุทธศักราช2466. (2466, 16 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 40*, 136-152.

พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์พุทธศักราช2479. (2480, 26 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 54*, 160-176.

พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรมพุทธศักราช2537. (2537, 19 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 54* ตอนที่ 40 ก, 1-19.

พิศาล เทพสิทธา. (2535). *กฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์*. กรุงเทพฯ : พชรการพิมพ์.

พิศาล เทพสิทธา. (2558). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา"กฎหมายและทันตนิติเวช" (Jurisprudence and Forensic Dentistry)*. คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยงศักดิ์ ตันติปิฎก.(2546). *การแพทย์ไทย: วาทกรรมสร้างรัฐชาติ วิทยาศาสตร์ และภูมิปัญญา*. เข้าถึงเมื่อ 7 เมษายน 2559, จาก www.nham.or.th/download/48/.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2548). *นิติเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

เสวต ทัศนบรรจง. (2534). *ประวัติทันตแพทยศาสตร์ (ยุคโบราณ ถึง ปัจจุบัน)*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

อธิพรรณ น่วมกระจ่าง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคลินิกแพทย์ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี*, (การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกระบบบารสนเทศ, คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี).

Copyright by Mahidol University

อำไพ ลำน้อย. (2558, มิถุนายน). *ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพฟัน และการทำฟันปลอมในฐานะระบบทันตกรรมเพื่อสุขภาพในพื้นที่จังหวัดสงขลา*. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6, สงขลา. สืบค้นจาก http://www.hrd.nida.ac.th/shrdjournal/image/2.%20Bliography_APA_Style%206th.pdf

ภาษาอังกฤษ

American College of dentists. (2012). *Ethics handbook for dentists*. Maryland: Author.

American Dental Association. (2009). *Principles of Ethics and Code of Professional Conduct*. Chicago : Author.

Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian discourse analysis. *Willig C and Stainton-Rogers W (eds) The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE. 91–108.

Australian Dental Association. (2012). *Code of ethics for dentists*. New South Wales : Author.

Barker, C. (2012). *Cultural studies*. London: SAGE.

Bauman, Z. (1993). *Postmodern ethics*. Oxford, UK: Blackwell.

Bauman, Z. (1995). *Life in fragments*. Oxford: Blackwell.

Bauman, Z., & Donskis, L. (2013). *Moral blindness*. Cambridge, UK: Polity Press.

Beauchamp, T., & Childress, J. (2012). *Principles of biomedical ethics*, 7th ed. NY: Oxford University Press.

Botklon, P. (2004). *The risk of dental service behavior for the grievance among Thai dentists*. (Master's thesis, Mahidol University, Thailand).

Burt, B., & Eklund, S. (2005). *Dentistry, dental practice, and the community*. Edinburgh: Elsevier Saunders.

Council of European Dentists. (2007). *Code of ethics for dentists in the European union*. Bruxelles: Author.

Degrazia, D. (1992). Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases, and Specified Principlism. *Journal Of Medicine And Philosophy*, *17*(5), 511-539. http://dx.doi.org/10.1093/jmp/17.5.511

Copyright© by Mahidol University

Deolia, S., Prasad, K., Chhabra, K.G., Kalyanpur, R., Kalghatgi, S. (2014). An Insight Into Research Ethics among Dental Professionals in A Dental Institute, India- A Pilot Study. *JCDR.* http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/10118.4794

Elliott, A. (2009). *Contemporary social theory: an introduction*. Routledge: Newyork.

Ferlie, E., Mcgivern, G., & FitzGerald, L. (2012). A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social Science & Medicine, 74*(3), 340-347. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.021

Foucault, M. (1965). *Madness and civilization*. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. New York: Pantheon Books.

Foucault, M. (1995). *Discipline and punish*. New York: Vintage Books.

Lambden, P. (2002). *Dental law and Ethics*. Abingdon: Rasdcliffe Medical Press.

Macpherson Mayol, I., Roqué Sánchez, M.V., Gonzalvo-Cirac M., de Ribot E. (2013). Comparative study of three Western models of deontological codes for dentists. *Cuad Bioet, 24*(82), 367-376. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24483313

Maio, G. (2009). The dentist between medicine and cosmetology : Ethical shortcomings of the esthetics boom in dentistry. *Schweiz Monatsschr Zahnmed, 119*(1), 47-56. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19227803

McKinlay, A. & Starkey, K. (1998). *Foucault, management and organization theory*. London: Sage Publications.

Nadesan, M. (2008). *Governmentality, biopower, and everyday life*. New York: Routledge.

Oster, C., Henderson, J., Lawn, S., Reed, R., Dawson, S., Muir-Cochrane, E., & Fuller, J. (2016). Fragmentation in Australian Commonwealth and South Australian State policy on mental health and older people: A governmentality analysis. Health: An Interdisciplinary Journal For The Social Study Of Health, *Illness And Medicine.* http://dx.doi.org/10.1177/1363459316644490

Pyrrho, M., do Prado, M.M., Cordón, J., Garrafa, V. (2009). Bioethical analysis of the Brazilian Dentistry Code of Ethics. *Cien Saude Colet, 14*(5), 1911-1918. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19851604

Copyright by Mahidol University

Ravishankar, T.L., Tasneem, S. A., Tandon, V., Gowhar, O. (2014). Attitude of Dental Practitioners Towards their Colleagues: A Justifiable Criticism. *JCDR.* http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/7873.4392

Rule, J., & Veatch, R. (2004). *Ethical Question in Dentistry*. Illinois: Quintessence Publishing.

Seising, R., & Tabacchi, M. (2013). *Fuzziness and medicine.* Berlin: Springer.

Smith Iltis, A. (2000). Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry. *The Journal Of Medicine And Philosophy, 25*(3), 271-284. http://dx.doi.org/10.1076/0360-5310(200006)25:3;1-h;ft271

Singapore Dental Council. (2006). *Ethical code and Guidelines*. College of medicine building, Singapore : Author.

Thompson, M. (2010). *Understand ethics*. London: Hodder Educational.

Yang, J. (2009). Serve the People: Understanding Ideology and Professional Ethics of Medicine in China. *Health Care Anal, 18*(3), 294-309. http://dx.doi.org/10.1007/s10728-009-0127-y

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นาย พูนผล โควิบูลย์ชัย
วัน เดือน ปีเกิด	4 มีนาคม พ.ศ.2530
สถานที่เกิด	จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548-2553 ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555-2560 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา)
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 333/47 หมู่ 2 ตำบลบางขุนกอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130 โทรศัพท์ 0896302742
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันและสถานที่ทำงาน	อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 022007809 E-mail : poonpon.kho@mahidol.ac.th

Copyright by Mahidol University