

โครงการวิจัย การสำรวจสถานภาพความรู้ “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา”
(Narrative Medicine)

ศิริวรรณ ลาภสมบูรณ์นันท์

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
๑๐ มีนาคม ๒๕๕๗

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	๑
บทที่ ๑ เรื่องเล่าที่หายไป : การตระหนักถึงปัญหาของการแพทย์แบบชีวกลไก	๔
แนวคิดเรื่องการแพทย์แบบชีวกลไก	๕
รักษาโรคหรือรักษาคนไข้	๗
ความเจ็บปวดหรือความทุกข์	๙
ความเป็นวิชาชีพกับวิถีแพทย์	๑๑
บทที่ ๒ ความเป็นมาและการสร้างกรอบแนวความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา	๒๐
อิทธิพลของกระแสความคิดแบบหลังสมัยใหม่ (postmodernism) กับอำนาจความรู้	๒๐
ทางการแพทย์	
การปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้กระบวนการทัศน์หลังสมัยใหม่โดยการให้ความสำคัญกับ	๒๑
เรื่องเล่า	
ความพยายามในการนำเรื่องเล่ามาใช้ในการศึกษาด้านการแพทย์และสุขภาพ	๒๓
การเสนอแนวคิด “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา”	๒๖
บทที่ ๓ ความหมายและจุดมุ่งหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา	๓๕
ความหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา	๓๕
การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่า	๓๖
การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่าโดยใช้แนวคิดทางวรรณกรรมศึกษา	๓๗
การฝึกทักษะทางเรื่องเล่า ๖ ข้อ (สำหรับผู้ไม่มีพื้นฐานทางวรรณกรรมศึกษา)	๓๙
จุดมุ่งหมายและประโยชน์ของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา	๔๔
บทที่ ๔ การนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปปรับใช้เพื่อคืนหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ให้กับ	๔๗
การแพทย์	
ตัวอย่างการนำแนวคิดนี้ไปใช้กับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์	๔๙
ตัวอย่างการนำแนวคิดนี้ไปใช้กับเวชปฏิบัติ	๕๐
ตัวอย่างการนำแนวคิดนี้ไปใช้กับสังคมไทย	๕๒
บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๕๖
บรรณานุกรม	

บทนำ

โครงการวิจัยการสำรวจสถานภาพความรู้ “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” (Narrative Medicine)

หลักการและเหตุผล

หากคิดรวบยอดว่า กระบวนการรักษาคือการแปลความหมายของอาการเจ็บป่วยให้เข้าใจได้ ดังนี้แล้ว “เรื่องเล่า” จึงเกี่ยวข้องกับการแพทย์อย่างแยกจากกันไม่ได้ เพราะเรื่องเล่าเป็นสื่อกลางในการทำความเข้าใจสาเหตุและอาการของความเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการรักษากับแพทย์ผู้ให้การรักษา การแพทย์ตั้งแต่ครั้งอดีตกาล ตั้งแต่ในสังคมชนเผ่า ก็ใช้เรื่องเล่าซึ่งอาจจะเป็นตำนาน เทพนิยาย หรือสร้างตัวแทนสมมติให้เป็นรูปธรรม มาเป็นคำอธิบายอาการเจ็บไข้ได้ป่วย จวบจนกระทั่งการแพทย์สมัยใหม่ ก็ยังต้องใช้เรื่องเล่าซึ่งเปลี่ยนโฉมไปเป็นคำอธิบายทางการแพทย์ที่รับรองได้ด้วยผลการตรวจทางวิทยาศาสตร์แทน

หากแต่ด้วยความคิดในเชิงปฏิฐานนิยมและการวัดผลที่ต้องมีตัวชี้วัดที่ชัดเจนที่ครอบงำการแพทย์สมัยใหม่นี้เอง กลับทำให้ลดทอนคุณภาพของกระบวนการรักษา เพราะทุกอย่างต้องสามารถแสดงผลได้ผ่านตัวเลขและการประเมินคุณค่าที่ตรวจสอบได้ด้วยหลักฐาน จนลืมการใส่ใจให้กับมิติของความเป็นมนุษย์ ทั้งที่กระบวนการรักษาเป็นกระบวนการที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนมนุษย์ที่ใกล้ชิดกันมากที่สุดอย่างหนึ่ง

ในต่างประเทศ โดยเฉพาะฝั่งอังกฤษและอเมริกา ได้มีความพยายามรื้อฟื้นการนำปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการของเรื่องเล่าเข้ามาปรับใช้กับกระบวนการรักษา ซึ่งอาจเรียกโดยรวมได้ว่า narrative medicine หรือ “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” โดยมีจุดสำคัญในการศึกษา เผยแพร่ ตลอดจนผลักดันให้เกิดการเรียนการสอน ก็เพื่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและความใส่ใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในกระบวนการรักษา เนื่องจากการบรรลุเป้าหมายในการรักษาไม่ใช่การเอาชนะโรคร้ายได้อย่างเด็ดขาด เพราะหากยึดถือเช่นนั้นแล้ว การรักษาผู้ป่วยจะเป็นเพียงแค่การประลองกำลังความสามารถระหว่างแพทย์กับปรีศนาโรคร้าย บ่อยครั้งที่การต่อสู้นั้นก็กลับกลายเป็นความขัดแย้งระหว่างผู้รักษาและผู้รับการรักษาเนื่องจากความตึงเครียดในการหวังผลสำเร็จเท่านั้น

การศึกษาเรื่องเล่าเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการรักษาร่วมกัน ถือได้ว่าเป็นการสงบศึกเป็นการทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสันติและเป็นสุขที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้รักษาเองก็ได้เรียนรู้ชีวิตของมนุษย์ที่ไม่ใช่แค่ตัวโรคที่รักษาอยู่ สังคมรอบข้างก็ได้รับรู้ถึงความอาทรต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน การศึกษา narrative medicine จึงไม่ใช่แค่ เครื่องมือหรือวิธีการในการรับรู้หรือเข้าถึงความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่กระบวนการของเรื่องเล่าที่ตนเองที่จะเป็นเป้าหมายในการเยียวยารักษาโดยตัวเองอีกด้วย

ในสังคมไทย ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ พยายามนำเสนอ narrative medicine เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหวนกลับไปสู่ “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” อีกครั้ง โดยนำเสนอแนวคิดเรื่องนี้ผ่านปาฐกถาและบทความ ต่อมาได้ร่วมกับสถานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.) และสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ จัดการอบรมปฏิบัติการเวชปฏิบัติเรื่องเล่ากับการเรียนรู้ (Narrative Medicine Workshop: Learning Through Stories) ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ มีผู้เข้าร่วมอบรมและ

กลับไปดำเนินงานสานต่อแนวคิดนี้อีกจำนวนมาก อย่างไรก็ตาม ความรู้ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นความรู้ในภาคปฏิบัติเสียเป็นส่วนใหญ่ จึงไม่อาจนำเสนอด้วยบทฤษฎีที่สำคัญๆ อันจะเป็นรากฐานสำคัญสำหรับการศึกษาทางวิชาการได้

โครงการวิจัย เรื่อง การสำรวจสถานภาพความรู้ “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” (Narrative Medicine) จะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยเสริมความรู้และความเข้าใจในแนวความคิดเรื่อง narrative medicine ให้แข็งแกร่งในเชิงวิชาการมากขึ้น ทั้งยังเป็นฐานการศึกษาที่สำคัญซึ่งจะทำให้เกิดการต่อยอดและขยายผลของการศึกษานี้ให้งอกงามขึ้นในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อเข้าใจความหมาย ความเป็นมาและรูปแบบการนำ “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” (narrative medicine) มาใช้ซึ่งเริ่มจากต่างประเทศจนกระทั่งได้รับการเผยแพร่ในสังคมไทย สามารถสรุปให้เห็นภาพรวมของการศึกษาที่ปรากฏในสังคมไทยได้

๒. เพื่อกระตุ้นให้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษา เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) และส่งเสริมให้เกิดการเผยแพร่อย่างกว้างขวางในวงวิชาการ

๓. เพื่อรู้จักบทอ่านชิ้นสำคัญในการศึกษา เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) เกิดความเข้าใจในแนวคิดและหลักการร่วมกัน ตลอดจนสามารถนำไปพัฒนาเป็นประเด็นข้อถกเถียงในวงวิชาการได้

กรอบการทบทวนและขอบเขตการศึกษา

๑. สรุปความเป็นมาและทบทวนบทอ่านชิ้นสำคัญเกี่ยวกับ เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) เพื่อนำไปสู่การทำสรุปภาพรวมของการศึกษานี้ (overview) ให้สามารถนำไปอ้างอิงทางวิชาการได้

๒. เสนอรายชื่อบทอ่านชิ้นสำคัญ (essential texts) เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการทำบรรณานุกรม (bibliography) ในการกำหนดวิชาเฉพาะหรือหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) ต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

๑. การศึกษาเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) นี้ นับเป็นการศึกษาแนวใหม่ในสังคมไทย แม้จะมีผู้เผยแพร่หลักอยู่บ้างแล้ว แต่ยังไม่แพร่หลายทั่วไปในแวดวงวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงทำให้แทบไม่มีหนังสือหรือวารสารสำคัญๆ ทางด้านนี้ให้ค้นคว้าในห้องสมุดหรือศูนย์สารสนเทศต่างๆ ตามมหาวิทยาลัยในประเทศไทย การศึกษานี้จึงต้องเริ่มตั้งแต่การเสาะหาบทอ่านซึ่งใช้เวลาและใช้เงินทุน อย่างการสั่งซื้อหนังสือวิชาการจากต่างประเทศนั้นต้องเสียเวลาในการขนส่งและมีราคาแพง

๒. แม้ในปัจจุบันจะมีการบริการฐานข้อมูลออนไลน์ (online database) เพื่อการค้นคว้าที่สะดวกขึ้นมาก แต่การให้บริการมักจำกัดเฉพาะบุคลากรในมหาวิทยาลัยเท่านั้น ทำให้ผู้วิจัยอิสระจากหน่วยงานอื่นๆ ไม่อาจเข้าถึงฐานข้อมูลลักษณะนี้ได้โดยสะดวก

๓. ด้วยระยะเวลาในการศึกษามีจำกัด และข้อมูลการวิจัยที่มีเป็นจำนวนมาก จึงทำให้ผลการวิจัยนี้เป็นเพียงการสรุปภาพรวมของการศึกษา ไม่สามารถลงลึกในรายละเอียดปลีกย่อยหรือมีการวิพากษ์ตัวบทอย่างเข้มข้นได้

ระเบียบวิธีการศึกษาและการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ (historical approach) นำเสนอข้อมูลแบบพรรณนาวิเคราะห์ (descriptive analysis) โดยเน้นการอ่านตัวบททั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สรุปและสังเคราะห์ เพื่อให้เกิดข้อมูลใหม่ที่ที่สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นสำหรับผู้ค้นคว้าและผู้สนใจชาวไทย และมีหลักเกณฑ์อ้างอิงที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการได้

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เข้าใจความสำคัญของการศึกษาเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) และมองเห็นภาพรวมของการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) ในสังคมไทย เกิดแรงกระตุ้นให้มีเผยแพร่อย่างกว้างขวางในวงวิชาการต่อไปได้ ทั้งในรูปแบบของการเรียนการสอน การเสวนา การจัดทำโครงการวิจัยต่างๆ

๒. มีฐานข้อมูลของการศึกษาเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) ที่รวบรวมไว้อย่างมีหลักเกณฑ์และรอบด้าน สามารถนำไปต่อยอดในการอ้างอิงทางวิชาการ หรือเป็นบรรณานุกรมในการทำเค้าโครงการศึกษาหรือร่างหลักสูตรการเรียนการสอนต่อไปได้

๓. เกิดการน้อมนำหลักการของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) ไปสู่แนวทางการปฏิบัติ ทั้งในเชิงการปรับโครงสร้างของนโยบาย และการลงมือปฏิบัติงานจริงในระดับโรงพยาบาลหรืองานชุมชน

บทที่ ๑

เรื่องเล่าที่หายไป : การตระหนักถึงปัญหาของการแพทย์แบบชีวกลไก

ปัญหาของการแพทย์สมัยใหม่ที่แม้จะเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี แต่ไม่สามารถรักษาคนไข้ให้หายจากความทุกข์ได้ แม้ว่าจะหายจากความเจ็บป่วยแล้วก็ตาม ยิ่งไปกว่านั้น โรคในสังคมปัจจุบันส่วนใหญ่ยังเป็นโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถกำจัดความเจ็บป่วยไปอย่างสิ้นเชิงได้ ผู้ป่วยต้องทุกข์ทนกับความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเป็นเวลานาน ซึ่งการแพทย์แบบสมัยใหม่ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์นั้นได้

ในอดีตสมัยเมื่อความรู้แบบวิทยาศาสตร์กายภาพชีวภาพยังไม่พัฒนา ความเจ็บป่วยและความตายยังอธิบายไม่ได้หรือไม่อาจจัดการได้ด้วยหลักความรู้ที่เป็นระบบ หรือมีวิธีการตรวจสอบรักษาได้อย่างแน่นอน ความเจ็บป่วยและความตายจึงถูกมองว่าเป็นผลกระทบที่เกิดมาจากสิ่งเหนือธรรมชาติ ที่มนุษย์ไม่อาจควบคุมได้ การบรรเทาความเจ็บป่วยหรือการรับมือกับความตายจึงต้องการผู้ที่มีอำนาจในชุมชนในการติดต่อหรือประสานกับพลังของสิ่งเหนือธรรมชาติ เพื่อให้เกิดความสงบสุขขึ้นมาได้ การรักษาโรคจึงเป็นเกี่ยวพันของจิตวิญญาณมากกว่าเรื่องทางร่างกาย เพราะว่าความตายเป็นเรื่องที่หนีไม่พ้น หากแต่การประสานและสร้างความเชื่อที่ว่าจะมีความสงบสุขหลังความตายนั้นเป็นสิ่งที่สมเหตุสมผลกว่า แม้ว่าการสังเกตและจดจำต่อๆ กันมาในกระบวนการรักษาจะทำให้เกิดผู้มีความรู้ในทางการรักษา จนเกิดวิชาชีฟเฉพาะเป็นแพทย์ หรือหมอกกลางบ้าน หรือเป็นหนึ่งในหน้าที่ของผู้นำทางจิตวิญญาณ เช่น นักบวช หรือหมอผี ก็ตาม การรักษาโรคยังคงต้องเกี่ยวพันกับมิติทางจิตวิญญาณไปด้วยเสมอ

พัฒนาการของวิทยาการและวัฒนธรรมทางการแพทย์ในสังคมตะวันตก (Lupton, 2003: 86-95) โดยเฉพาะหลังศตวรรษที่ ๔ จนถึงปลายศตวรรษที่ ๑๔ อันเป็นช่วงยุคกลาง เมื่อความเชื่อและความศรัทธาทางศาสนาได้ฝังรากลึกกลายเป็นอุดมการณ์ทางความคิดกระแสหลักในสังคม ศาสนามีบทบาทในการดำรงชีวิตของผู้คน การแพทย์และศาสนาจึงแยกจากกันไม่ได้ เพราะเชื่อว่าความเจ็บป่วยเป็นบทลงโทษจากพระเจ้าหรือความผิดบาป นักบวชจึงมีบทบาทในการรักษาอย่างมากเพราะเป็นตัวแทนในการรับสารจากพระเจ้า จึงสามารถชำระบาปได้ผ่านการสารภาพและสวดภาวนา การรักษาที่นอกเหนือไปจากการบรรเทาอาการทางร่างกายด้วยภูมิปัญญาชาวบ้านแล้วจึงการรักษาทางจิตใจ โดยเป็นกระบวนการพูดคุยเพื่อผ่อนคลายความทุกข์และความกังวลใจต่างๆ นานา ก่อนจะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อนักบวชยุคกลางสามารถเยียวยารักษาได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนการแพทย์ยังไม่มีประสิทธิภาพและความแน่นอน ทำให้ผู้ทำการรักษาหรือแพทย์ไม่ได้รับความเชื่อถือ หรือมองว่าเป็นพวกหลอกลวงด้วยซ้ำ การสัมผัสกับเลือดถูกมองว่าเป็นของสกปรก เป็นพิษ การจัดการกับร่างกาย เช่น การผ่าตัด ผ่าศพเพื่อศึกษา ถูกมองว่าเป็นเรื่องเลวร้ายต้องห้าม และกลายเป็นความผิด ทำให้การศึกษาทางการแพทย์ทางกายภาพและชีวภาพในสังคมตะวันตกหยุดชะงักไป ต่างจากในสมัยก่อนหน้าอย่างกรีกและโรมันที่มีการพัฒนาตำราทางกายวิภาคแล้ว หรือในสังคมอารยธรรมอื่นๆ ร่วมสมัยที่มีเปิดกว้างและมีความก้าวหน้า เช่น อารบิกหรือสังคมจีน

ต่อมาในช่วงปลายศตวรรษที่ ๑๔-๑๕ หรือในช่วงยุคแห่งการฟื้นฟูศิลปะวิทยาการ ซึ่งอำนาจของศาสนจักรได้เสื่อมลง แต่กษัตริย์และชนชั้นสูงมีอำนาจมากขึ้น จึงให้ความสำคัญกับการครอบครองดินแดนและ

การสะสมทุนทรัพย์ ทำให้เกิดพัฒนาการด้านการค้าและวิทยาศาสตร์มากขึ้น เนื่องจากการคิดค้นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ จะเอื้อให้เกิดการค้าขายและนำไปใช้สร้างชุมชนอำนาจให้แก่ตนเองได้ จึงมีการรื้อฟื้นความคิดทางศิลปะและวิทยาการจากสมัยกรีกและโรมัน รวมทั้งรับวิทยาการความรู้จากชาวอารบิก ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ จนเข้าสู่ศตวรรษที่ ๑๖-๑๗ ในยุคเรืองปัญญาซึ่งเกิดพัฒนาการความคิดในเชิงเหตุผลอย่างมาก จึงเกิดพัฒนาการอย่างก้าวกระโดดจนเรียกได้ว่าเป็นยุคของการปฏิวัติวิทยาศาสตร์ นักคิดในเชิงเหตุผลนิยมอย่างเดส์การ์ตส์ (Rene Descartes) ได้เสนอแนวคิดแบ่งแยกกายกับจิต วิธีคิดนี้เป็นฐานให้เกิดปรัชญาวิทยาศาสตร์ที่ให้ความสนใจกับร่างกาย ความคิดของนิวตัน (Issac Newton) ที่เสนอแบบจำลองจักรวาลว่าเป็นเสมือนนาฬิกาเรือนยักษ์ที่เคลื่อนไหวไปได้เองจากระบบกลไกที่ดำเนินสอดประสานไปอย่างดี พื้นฐานความคิดทางวิทยาศาสตร์นี้เองที่ส่งผลกระทบต่อความคิดและความเชื่อที่เกี่ยวกับร่างกาย ความเจ็บป่วย ความตาย และทำให้ความคิดแบบวิทยาศาสตร์กลายเป็นแนวความคิดหลักของการแพทย์แบบสมัยใหม่ หรือการแพทย์แบบตะวันตก

แนวความคิดเรื่องการแพทย์แบบชีวกลไก

การแพทย์แบบตะวันตกมักเรียกกันว่า Biomedicine หรือการแพทย์แบบชีวกลไก^๑ เนื่องจากอธิบายสุขภาพในความหมายทางชีววิทยา โดยให้ความสำคัญกับการศึกษาร่างกายทั้งทางโครงสร้างกายวิภาค (anatomy) และระบบสรีรวิทยา (physiology) ตามมุมมองของการแพทย์แบบชีวกลไก สุขภาพเป็นเหมือนการประกอบเข้ากันของอวัยวะต่างๆ ที่ทำงานอย่างเป็นระบบ หากเกิดความขัดข้อง เช่น ถูกบุกรุกโดยเชื้อโรคหรือไวรัส เกิดความเสื่อมหรือความเสียหายของอวัยวะภายใน สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สามารถซ่อมแซมแก้ไขได้โดยผู้เชี่ยวชาญที่รู้จักโครงสร้างและระบบของร่างกายเป็นอย่างดี โดยใช้วิธีการอย่างการทดสอบเพื่อหาความผิดปกติ การใช้ยาปฏิชีวนะในการยับยั้งเชื้อโรคหรือยาอื่นๆ ในการรักษาและบรรเทาความเจ็บปวด การผ่าตัดหรือศัลยกรรมเพื่อซ่อมแซม แทนที่ อวัยวะที่เสียหายหรือกำจัดสิ่งผิดปกติ (Llyod, 2012: Online)

การแพทย์แบบชีวกลไก มีพัฒนาการมาจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ในช่วงปลายศตวรรษที่ ๑๘ ได้เกิดแนวคิดใหม่ของการแพทย์ซึ่งสามารถกวาดทิ้งทฤษฎีความคิดเกี่ยวกับการรักษาตามทฤษฎีพื้นอารมณ์ (humeral theories) ที่เชื่อว่าความเจ็บป่วยในร่างกายมนุษย์เป็นผลมาจากความไม่สมดุลย์ของของเหลว ๔

^๑ Biomedicine (n.) ตาม The American Heritage Dictionary (2007: Online) มี ๒ ความหมาย ดังนี้

๑. สาขาของวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่จัดการเกี่ยวกับความสามารถของมนุษย์ที่ทนกับสภาพความกดดันหรือความเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เช่น การเดินทางทางอากาศ

๒. การใช้หลักการของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ โดยเฉพาะชีววิทยาและสรีรวิทยา ในเวชปฏิบัติ

ตลอดรายงานการวิจัยนี้ ใช้ biomedicine ในความหมายที่สอง ส่วนคำแปลภาษาไทยมีการแปลแตกต่างกันไป เช่น ชีวการแพทย์ การแพทย์ชีวภาพ ชีวเวชศาสตร์ ในรายงานการวิจัยนี้แปล biomedicine ว่า การแพทย์แบบชีวกลไก เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจถึงลักษณะพื้นฐานความคิดของการแพทย์แบบนี้ได้ทันที โดยไม่สับสนกับ “ชีว-” ที่ประกอบกับคำอื่นๆ ที่ใช้กันแพร่หลาย ซึ่งมีนัยยะเกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมชาติ เช่น ชีวภาพ (เภสตรอินทรีย์) หรือชีวจิต (การรักษาสุขภาพทางเลือกวิธีหนึ่งที่เน้นการบริโภคและใช้ชีวิตสัมพันธ์กับธรรมชาติ)

ชนิดในร่างกาย เป็นรากฐานความคิดทางการแพทย์ตะวันตกมาตั้งแต่ยุคกลางนับเป็นเวลาหลายร้อยปี ลักษณะเด่นของแนวความคิดทางการแพทย์ใหม่นี้เกิดขึ้นจากหลักทางวิทยาศาสตร์ซึ่งเชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการรุกรานของสิ่งภายนอกเข้าสู่ภายในร่างกายทำให้ความผิดปกติของพยาธิภายในร่างกาย แม้จะไม่สามารถบอกได้ว่าการรุกรานนี้เกิดขึ้นมาได้เมื่อไรหรืออย่างไร แต่สามารถหาพบได้ว่าความเจ็บป่วยนี้ฝังตัวอยู่ที่ใด โดยอาศัยเทคนิควิธีทางการพิสูจน์และการชันสูตร เพื่อบอกถึงสาเหตุของโรคร้าย นอกจากนี้ยังมีความพยายามในการจำกัดสถานที่จำเพาะอย่างโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นกิจจะลักษณะด้วย (Armstrong, 2003: 1)

ในศตวรรษที่ ๑๘ แม้แบบทางวิธีคิดและวิธีการศึกษาวิทยาศาสตร์กายภาพได้ถูกนำมาใช้ศึกษาสรีรวิทยาของมนุษย์ นักชีววิทยาเริ่มใช้วิธีคิดแบบแยกส่วนและกลไกมาอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับชีวิตความสำเร็จสำคัญในการอธิบายการทำงานของร่างกายในลักษณะกลไกคือ คำอธิบายว่าด้วยระบบหมุนเวียนเลือดของฮาร์วีย์ (William Harvey) ซึ่งแสดงว่า ระบบหมุนเวียนเลือดของร่างกายมนุษย์เป็นไปตามหลักฟิสิกส์ (hydraulic physics) หัวใจเปรียบเหมือนปั๊มที่คอยสูบฉีดเลือดไปตามหลอดเลือดต่างๆ ที่เปรียบเหมือนท่อไปทั่วร่างกาย ต่อมาลาวัซซิเอร์ (Antoine Lavoisier) ได้ทดลองจนเห็นได้ว่า ชีวิตนั้นเป็นกระบวนการทางเคมีที่อาศัยการสันดาปที่มีออกซิเจนเป็นองค์ประกอบสำคัญ วิทยาศาสตร์จึงเปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับร่างกายมนุษย์จากที่เป็นร่างจำลองที่ได้มาจากพระเจ้า กลายเป็นร่างอินทรีย์ที่สามารถอธิบายการทำงานได้ด้วยกลไกทางฟิสิกส์และกระบวนการทางชีวเคมี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๕: ๔๗)

ในตอนปลายของศตวรรษที่ ๑๙ มีการเปลี่ยนความคิดอย่างขนานใหญ่ในการสาธารณสุข จากการค้นพบทฤษฎีเชื้อโรค (germ theory) ซึ่งเสนอว่า โรคต่างๆ เกิดขึ้นมาจากแบคทีเรียและจุลินทรีย์ ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นมาไม่นานหลังจากที่มีการตรวจสอบค้นคว้าทางวิทยาศาสตร์โดยการใช้กล้องจุลทรรศน์ เช่น งานของปาสเตอร์ (Louis Pasteur) และค็อก (Robert Koch) ปาสเตอร์แสดงให้เห็นว่ามีสิ่งมีชีวิตเล็กๆ ที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าที่เรียกว่าจุลินทรีย์ ซึ่งสามารถกำจัดได้ด้วยการทำสเตอริไรเซชัน (sterilization) และการกำจัดอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ออกไป ส่วนค็อกสามารถแยกเชื้อแอนแทรกซ์ (anthrax bacillus) และทดลองให้เห็นได้ว่าสปอร์ของเชื้อนี้สามารถเติบโตได้อย่างรวดเร็วหากอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม แม้ว่าจิ้งจอกจะเชื่อไว้นานแล้วก็ตาม ทำให้ได้ข้อสรุปต่อมาว่า จุลินทรีย์เหล่านี้สามารถเติบโตภายนอกตัวพาหะหรือผู้ติดเชื้อ (host) ได้ และสามารถกลับไปเจริญพันธุ์ในตัวพาหะหรือร่างกายได้อีก

การยอมรับในทฤษฎีเชื้อโรค เป็นการยกระดับวิทยาศาสตร์ที่ใช้เครื่องมือในห้องทดลอง การแยกแยะจุลินทรีย์และแบคทีเรียในห้องทดลอง ได้ทำให้การแพทย์พึ่งพิงเครื่องมือเหล่านี้ในการค้นหาสาเหตุและต้นกำเนิดของโรค (etiology) รวมถึงการสร้างความเป็นไปในการรักษา โดยเฉพาะการทำเวชบำบัดกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาล ขอบเขตความสนใจในการรักษาเหลือเพียงแค่เรื่องร่างกายและความสัมพันธ์ระหว่างตัวคนป่วยกับผู้เชี่ยวชาญ นอกจากการรักษาแล้ว ทฤษฎีเชื้อโรคยังส่งผลต่อการสาธารณสุขด้วย ตัวอย่างเช่น การใส่ใจเรื่องความสะอาด ทฤษฎีเชื้อโรคจะให้ความสนใจอย่างยิ่งกับการกำจัด “ของเสีย” ที่ออกมาจากร่างกาย ส่งผลให้การสาธารณสุขเน้นเรื่องสุขอนามัยของประชาชน

การแพทย์แบบชีวกลไกมีบทบาทสำคัญในความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนทั่วไป เนื่องจากระบบการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันล้วนเป็นไปเพื่อรองรับพื้นฐานความคิดนี้ โดยมีความสำเร็จที่นำมากล่าวอ้างได้ว่าเป็นความก้าวหน้าของการแพทย์และการสาธารณสุขนับตั้งแต่ศตวรรษที่ ๒๐ เป็นมา เช่น อัตราการตายของทารกลดลงอย่างมาก การหายป่วยอย่างเด็ดขาดของโรคร้ายอดีตอย่าง ฝีดาษ โปлио อย่างไรก็ตาม มีการโต้แย้งว่า ไม่ใช่ความสำเร็จของวงการแพทย์สมัยใหม่แต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นผล ประกอบจากการพัฒนาอื่นๆ ในรอบศตวรรษด้วย เช่น การพัฒนาสุลักษณะของที่อยู่อาศัย การวางผังเมือง การระบบวิธีการทำงาน การบริโภคอาหารที่ดีและมีคุณค่า แต่ที่ปฏิเสธไม่ได้คือ การแพทย์แบบชีวกลไก ได้กลายเป็นพื้นฐานความคิดหรือวาทกรรมหลักสำหรับการดูแลรักษาสุขภาพของคนในสังคมไปแล้ว (Llyod 2012: Online)

แนวความคิดการแพทย์แบบชีวกลไกประสบความสำเร็จเป็นอย่างมากนับตั้งแต่ศตวรรษที่ ๑๘ จนถึงปัจจุบัน จนอาจกล่าวได้ว่าการแพทย์กระแสหลัก จนไปดบังแนวการอธิบายการรักษาแบบอื่นๆ ให้กลายเป็นการรักษาทางเลือกที่ด้อยกว่า แต่เมื่อสภาวะสังคมเปลี่ยนไป ความเจ็บป่วยเปลี่ยนลักษณะไป การแพทย์แบบชีวกลไกกลับไม่สามารถตอบคำถามสำคัญ ๓ ข้อนี้ได้

รักษาโรคหรือรักษาความเจ็บป่วย

คำว่า disease (โรค) และ illness (ความเจ็บป่วย) มีความหมายที่ใกล้เคียงกันมาก จนใช้แทนกันได้โดยทั่วไป แต่การแยกความหมายระหว่าง โรค และ ความเจ็บป่วย จะทำให้เข้าใจถึงมิติทางสังคมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีความละเอียดอ่อนได้มากขึ้น

ตามพจนานุกรม The American Heritage Medical Dictionary (2007: Online) ได้ให้ความหมายของ disease (โรค) ไว้ว่า “พยาธิสภาพของร่างกาย อวัยวะ หรือระบบที่เป็นผลมาจากเหตุต่างๆ เช่น การติดเชื้อ ความบกพร่องทางพันธุกรรม หรือความตึงเครียดทางสภาพแวดล้อม ที่สามารถแสดงลักษณะและชี้ชัดเฉพาะได้ว่าเป็นสัญญาณหรืออาการ” ส่วน illness (ความเจ็บป่วย) หมายถึง “โรคของร่างกายหรือจิตใจ สุขภาพไม่ดี ความป่วยไข้” ส่วนคำจำกัดความในเชิงมานุษยวิทยาประยุกต์ (McGraw-Hill Higher Education, 2002: Online) ได้ให้ความหมาย disease ว่า “การคุกคามสุขภาพที่ชี้ชัดเฉพาะได้ทางวิทยาศาสตร์ว่าเกิดจาก แบคทีเรีย เชื้อรา ปรสิต หรือจุลินทรีย์ที่ก่อให้เกิดโรค” ส่วน illness หมายถึง “สภาวะของสุขภาพที่ไม่ดีที่เกิดขึ้นหรือรู้สึกได้ในบุคคล”

อย่างน้อยจากความหมายข้างต้น ความหมายของ “โรค” หรือ disease จะเป็นความหมายในเชิงวิชาการการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์ ที่สามารถบ่งชี้ลักษณะผิดปกติได้ชัดเจน จากสัญญาณ (sign) หรืออาการ (symptom) ที่เกิดกับร่างกายหรืออวัยวะ ส่วน “ความเจ็บป่วย” เป็นเรื่องของความรู้สึกส่วนบุคคลว่ารู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายกาย หรือผิดไปจากปกติที่เคยเป็นมา โรคและความเจ็บป่วยจึงไม่ใช่สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นพร้อมกัน หรือเป็นเหตุเป็นผลให้แกกัน คนคนหนึ่งอาจเป็นโรคโดยที่ไม่รู้สึกถึงว่าตัวเองกำลังเจ็บป่วยอยู่ เพราะไม่มีการแสดงอาการ หรือไม่รู้สึกถึงความเจ็บป่วยหรือผิดปกติ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกหรือคิดว่าตัวเองเจ็บป่วยอยู่ โดยที่แพทย์ไม่สามารถหาสาเหตุหรือไม่สามารถวินิจฉัยโรคได้

ความคล้ายคลึง แต่ไม่เหมือนกันระหว่าง “โรค” และ “ความเจ็บป่วย” นี้เองจึงกลายมาเป็นปัญหาในการสื่อสารและการสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้วินิจฉัย นักสังคมวิทยาการแพทย์ อาร์มสตรอง (Armstrong, 2003: 3-5) อธิบายว่า โดยนัยยะนี้แพทย์จึงคล้ายกับนักสืบ ซึ่งจะสืบหาโรคได้จากร่องรอยต่างๆ ที่ผู้ป่วยเป็นผู้บอกเล่า (สัญญาณหรืออาการของโรค) แต่ในพฤติกรรมโดยทั่วไปนั้น การวินิจฉัยหรือการรักษาให้ได้ผลดีนั้นไม่สามารถพึ่งพาคำบอกเล่า สัญญาณ หรืออาการของผู้ป่วยได้เสมอไป เพราะผู้ป่วยเป็นผู้ที่ “รู้สึก” ถึงความเจ็บป่วย จึงเป็นอัตวิสัยที่ไม่สามารถเจาะจงได้ ผู้ป่วยบางส่วนไม่รู้สึกรู้สึถึงถึงความเจ็บป่วย หรือไม่ใส่ใจ จึงมาพบแพทย์ช้าเกินไป อาการของโรคกำเริบหนักเสียแล้ว อีกกลุ่มหนึ่งอาจตรงกันข้ามคือใส่ใจและรู้สึกถึงความเจ็บป่วยมากเกินไป (บางครั้งอาจคิดไปเอง เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิตแบบ Munchausen syndrome หรืออาการป่วยที่คิดว่าตัวเองป่วยและต้องการการรักษา) บางครั้งเป็นอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ทำให้แพทย์มีงานหนักมากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๖๐ มีการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior) เป็นวิธีการบอกอาการของโรคที่แตกต่างกันไปตามการรับรู้ การประเมิน และการปฏิบัติที่แตกต่างไปในแต่ละคน (Mechanic, 1962 cited in Armstrong, 2003: 5) การศึกษานี้เดิมตั้งใจเพื่อวางแผนให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการของตัวเองได้ถูกต้องตามที่ควรเป็นแล้วมาพบแพทย์ได้อย่างเหมาะสมทันเวลา เมื่อเสริมเข้ากับการศึกษาเรื่องบทบาทผู้ป่วย (the sick role) ของพาร์สันส์ (Talcott Parsons) ที่ได้เสนอมาตั้งแต่ในช่วงทศวรรษ ๑๙๕๐ ที่แสดงให้เห็นว่า แพทย์เท่านั้นเป็นผู้ที่มีอำนาจในการวินิจฉัยในการกำหนดโรคและมอบบทบาทผู้ป่วยให้ได้ โดยที่ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์ (ละเว้นจากวิถีชีวิตปกติ, ไม่ต้องรับผิดชอบในความเจ็บป่วยของตัวเอง) ก็ต่อเมื่อยอมรับการแทรกแซงทางการแพทย์หรือการรักษา (อยากหายจากโรค, ยอมรับกระบวนการรักษา) (Parsons, 1951 cited in Armstrong, 2003: 7-8) ตามแนวทางนี้แล้ว พฤติกรรมความเจ็บป่วยและบทบาทผู้ป่วย จึงช่วยต่อยุ่อำนาจของการแพทย์ในการควบคุมการให้ความหมายของโรคและความเจ็บป่วย

ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยจะตระหนักและตัดสินใจ “ความเจ็บป่วย” ของตัวเองว่าน่าจะเป็น “โรค” ในทัศนะของการแพทย์ด้วยหรือไม่ ทำให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกันในการมาพบแพทย์หรือขอความช่วยเหลือด้านการแพทย์ ที่น่าสนใจคือ การเลือกหรือการตัดสินใจนี้ไม่สามารถแยกเป็นสองข้อเด็ดขาดได้ว่าเป็นผลมาจากอารมณ์ส่วนตัว (อัตวิสัย) หรือเป็นผลจากความไม่รู้ในเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ภาววิสัย) แต่มีปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวข้องอีกมากมาย ทั้งสภาพสังคม-เศรษฐกิจ วัฒนธรรม หรือเพศสภาพ

ดังที่ภายหลังความคิดเรื่องพฤติกรรมความเจ็บป่วยและบทบาทผู้ป่วยนี้ที่ได้ถูกนำไปใช้ในวิจัยในเชิงสังคมศาสตร์ พบปัจจัยและเงื่อนไขในการให้ความสำคัญกับการพบแพทย์หรือยอมรับการรักษาไม่เท่ากัน เช่น กลุ่มผู้หญิงชนชั้นแรงงานจะยอมมาพบแพทย์หรือรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มผู้หญิงชนชั้นกลางมีการศึกษา เนื่องจากความบีบคั้นเศรษฐกิจ การให้คุณค่าความสำคัญของตัวเอง หรือระดับการศึกษา ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมความเจ็บป่วย ส่วนการกำหนดบทบาทผู้ป่วยตามทัศนะการแพทย์ทำให้เกิดปัญหากับผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย แต่ไม่สามารถสวมบทบาทผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เช่น ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ อาจถูกมองว่าไม่ยอมหายหรือไม่ให้ความร่วมมือ หรือผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับกระบวนการรักษา เช่น ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วย

เหล่านี้มักจะเกิดความอิหฺลลือในการรักษา ตัวอย่างเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่สามารถผูกขาดการให้ความหมายของโรคและความเจ็บป่วย และทำให้ผู้ป่วยยอมรับอย่างเต็มใจจนยอมให้ความร่วมมือได้

การให้ความหมายของโรคและความเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่เป็นความขัดแย้งในมุมมองตัดสินระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ที่เป็นคู่ปฏิบัติการเท่านั้น นักจริยศาสตร์การแพทย์ บอยด์ (Boyd, 2000) อธิบายว่า คำเกี่ยวกับสุขภาพ อย่าง disease (โรค) illness (ความเจ็บป่วย) health (สุขภาพ) healing (การรักษา) wholeness (องค์รวม) มีความหมายที่กำกวม เนื่องจากมุมมองของผู้ให้ความหมายว่าจะตัดสินใจในการให้ความหมายนั้นอย่างเอาตัวเองเข้าไปเกี่ยว (first-person judgment) เช่น การให้คำอธิบายที่อิงกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา หรือตัดสินในการให้ความหมายนั้นอย่างเป็นกลาง (third-person judgment) เช่น การให้ความหมายในเชิงวิทยาศาสตร์ (การแพทย์) หรือกฎหมาย ซึ่งจะกลายเป็นข้อถกเถียงเมื่อเกิดปัญหาทางการแพทย์กับความเห็นทางจริยธรรมหรือบรรทัดฐานทางสังคม เช่น การทำการรณยุทธ

การแสดงความหมายที่แตกต่างระหว่าง โรคและความเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่าการแพทย์แบบชีวกลไกมีแนวโน้มที่จะกำจัดโรค ออกจากร่างกาย จากมุมมองที่มองว่าโรคเกิดจากผู้บุกรุก หรือ เชื้อโรค เมื่อรวมกับทัศนคติแบบเดส์การ์ตส์ที่แยกกายและจิตออกจากกัน ร่างของคนไข้จึงกลายเป็นเหมือนสนามประลองกำลังระหว่างการแพทย์กับโรคร้าย แต่ไม่ได้คิดถึงประสบการณ์อันเป็นเรื่องของสภาพทางจิตใจว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาด้วย แม้วิทยาการการแพทย์จะเจริญก้าวหน้าจนพบว่า การเกิดโรคไม่ได้เกิดมาจากเชื้อโรคหรือผู้บุกรุกจากภายนอกเสมอไป แต่ทัศนคติที่ว่า การรักษาโรคคือการกำจัด ก็ยังคงอยู่ การรักษาแบบการแพทย์สมัยใหม่จึงเป็นการกำจัดสิ่งที่เป็นอันตรายต่อร่างกายออกไป แต่กลับกลายเป็นการรักษาโรค แต่ไม่ได้รักษาความเจ็บป่วย เพราะผู้ป่วยก็ยังเป็นทุกข์จากการรักษานั้นเอง

ความเจ็บปวดหรือความทุกข์

ในความเข้าใจทั่วไป ความเจ็บปวดหรือความทุกข์มีความหมายที่เชื่อมโยงกันจนเกือบแยกจากกันไม่ได้ ด้วยความเจ็บปวดซึ่งเป็นผัสสะและความรู้สึกทางร่างกายน่าจะเทียบเท่ากับความทุกข์อยู่แล้ว แต่การเผชิญหน้ากับประสบการณ์ความเจ็บป่วยไม่จำเป็นต้องเท่ากับความทุกข์เสมอไป อย่างเช่น อาการป่วยทางจิตใจซึ่งผู้ป่วยทุกข์ทรมานโดยไม่เ้าอจบอกเป็นระดับความเจ็บปวดได้ หรือผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีความทุกข์ที่กัดกร่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจจากอาการป่วยที่รักษาไม่หายขาด แม้จะเ้าอจบอกเป็นระดับความเจ็บปวดหรือชาชินกับความเจ็บปวดแล้ว แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เ้าอจมีความทุกข์

ในทางการแพทย์ ความเจ็บปวด (pain) หมายถึง “ความรู้สึกที่ไม่น่ายินดีที่เกิดขึ้นหลายระดับตามความรุนแรงที่เป็นผลจากการบาดเจ็บ โรค หรือความไม่มั่นคงทางอารมณ์” (The American Heritage Medical Dictionary 2007: Online) ส่วนความหมายของความทุกข์ (suffering) ในทางการแพทย์นั้นไม่มี แต่พบความหมายของความเจ็บปวดและความทุกข์ (pain and suffering) โดยการใช้ทั้งสองคำนี้คู่กัน ในทางกฎหมาย หมายถึง “การเรียกร้องค่าเสียหายสำหรับการรักษาความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความทุกข์ ความอึดอัดไม่พอใจ และบาดแผลที่เกิดขึ้นกับจิตใจ ที่บุคคลต้องประสบอันเป็นผลมาจากการบาดเจ็บ ”

(Mosby's Medical Dictionary, 2009: Online) หรือ “การรวบรวมความไม่สบายกาย ความอึดอัดไม่พอใจ บาดแผลทางจิตใจและอารมณ์ ให้กลายเป็นความเสียหายในการเรียกร้องทางกฎหมาย” (Segen's Medical Dictionary, 2012: Online)

มีการสนใจในความหมายของความเจ็บปวดและความทุกข์มากขึ้นอันเป็นผลมาจากการศึกษาเรื่อง ความเจ็บป่วยเรื้อรัง หลังทศวรรษ ๑๙๔๐ เป็นต้นมามีพัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมาก ทั้ง ด้านเทคโนโลยีการแพทย์ การวินิจฉัยโรค ศัลยกรรม เกสัชวิทยา ทำให้สามารถรักษาโรคร้ายแรงและโรคเรื้อรัง ได้มีประสิทธิภาพมากกว่าสมัยก่อน ทำให้ความเจ็บปวด ซึ่งเดิมมักมองว่าเป็นปัญหาเฉพาะหน้าหรือปัญหา ระยะสั้น เนื่องจากผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตไม่นานหลังจากเกิดความเจ็บปวดอย่างหนัก แต่ในปัจจุบันความ เจ็บปวดกลายเป็นปัญหาทั้งในเชิงการแพทย์และสังคม เนื่องจากผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือไม่ให้เสียชีวิตและมี ชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บปวดอย่างเรื้อรังและยาวนานไปด้วย

คาสเซลล์ (Eric J. Cassell) เป็นบุคคลสำคัญในการศึกษาเรื่องความเจ็บปวดและความทุกข์ในเชิง ปรัชญาการแพทย์ คาสเซลล์ประหลาดใจที่พบว่า ไม่มีการให้ความหมายเรื่อง “ความทุกข์” ในทางการแพทย์ มีแต่ “ความเจ็บปวด” ทั้งยังเป็นความเจ็บปวดทางร่างกายที่ถูกทำให้วัดระดับได้ สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงขอบ ความรู้แบบทวิลักษณ์ในทางการแพทย์แบบสมัยใหม่ที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ที่แยกระหว่างร่างกายและ จิตใจ การแยกระหว่างอวัยวะและจิต จินไปถึงความเป็นคนและความเป็นวัตถุ ทำให้เกิดผลที่ย้อนแย้งว่า ในกระบวนการรักษาของแพทย์นั้นอาจเป็นการสร้างความทุกข์ให้แก่ผู้ป่วยเสียเอง (Cassell, 2004)

ในบทความชิ้นสำคัญซึ่งต่อมาขยายความเป็นหนังสือในชื่อเดียวกัน *The Nature of Suffering and the Goal of Medicine* (1982; 1991) คาสเซลล์เสนอมุมมองใหม่เกี่ยวกับการรักษาและจริยธรรมทาง การแพทย์ ด้วยการเสนอว่าต้องล้มเลิกความคิดในการแยกคู่ตรงข้ามระหว่างร่างกาย/จิตใจ ที่นำมาสู่การ แบ่งแยก ความเจ็บปวด/ความทุกข์ ทำให้ความทุกข์ถูกมองเป็นเรื่องทางจิตใจหรือจิตวิญญาณ ไม่เกี่ยวกับการ รักษาทางการแพทย์ คาสเซลล์เสนอไว้ ๓ ประเด็น ข้อแรกคือ ความทุกข์นั้นเป็นประสบการณ์ที่ถูกรับรู้โดยตัว บุคคล (person) ตัวบุคคลหรือความเป็นตัวบุคคล (personhood) นี้ไม่ควรถูกจับเหมารวมว่าเป็นมิติของจิตใจ จิตวิญญาณ หรือเป็นอวัยวะเท่านั้น เพราะการสร้างหรือการรับรู้ความเป็นตัวบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสิ่งเข้ามา ประกอบกัน ข้อสอง ความทุกข์เกิดขึ้นเมื่อความเป็นตัวบุคคลนั้นถูกทำลายหรือถูกทำให้แตกสลาย ในทาง กลับกัน การบรรเทาทุกข์คือการรวบรวมความเป็นบุคคลนั้นให้กลับมาเป็นตัวตนได้อีกครั้ง ดังนั้น ในประเด็น ที่สาม แม้ว่าความทุกข์มักจะเกิดเมื่อเกิดความเจ็บปวดหรืออาการผิดปกติทางร่างกาย แต่ความทุกข์ไปไกลกว่า เรื่องของร่างกาย อาจกล่าวได้ว่า ความทุกข์เป็นภาวะของความติดขัดซับซ้อนที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่บ่อน เาะาะกับความเป็นตัวบุคคล การรับรู้ถึงความทุกข์และความเจ็บป่วยจึงเป็นเรื่องของความสัมพันธ์มากกว่าเรื่อง ทางชีวภาพเท่านั้น การผ่อนคลายความทุกข์และการรักษาโรคควรได้รับการพิจารณาว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วย แพทย์ที่ละเลยธรรมชาติของความทุกข์ จึงไม่เพียงแต่บรรเทาทุกข์ไม่ได้ แต่อาจเป็นผู้สร้าง ความทุกข์ให้เกิดขึ้นเสียเอง (Cassell, 1982: Online)

ความทุกข์ไม่ใช่เพียงเรื่องความไม่สบายทางร่างกาย แต่ความทุกข์ถูกรับรู้และสัมผัสได้ด้วยความเป็น ตัวตน ในฐานะที่เป็น “ตัวบุคคล” ที่มีองค์ประกอบซับซ้อนไปด้วยมิติทางสังคมและจิตใจ อย่างที่คาสเซลล์ ได้

อธิบายไว้ว่า ความทุกข์จากความเจ็บป่วยเกิดจากการแตกสลายของตัวตน ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความทุกข์จึงไม่ใช่อาการของความเจ็บปวด แต่เป็นประสบการณ์ที่เกิดจากการร้อยเรียงของเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบ การรักษาผู้ป่วยโดยมุ่งบรรเทาแต่ความเจ็บปวด แต่ไม่บรรเทาความทุกข์ที่เกิดจากความเจ็บป่วย จึงไม่ใช่การรักษาความเจ็บป่วยอย่างเป็นองค์รวม

ความเป็นวิชาชีพและวิถีแพทย์ (medical professionalism)

สถานะของแพทย์หรือผู้รักษา มีความซับซ้อนอันเนื่องมาจากพัฒนาการทางสังคม ในยุคโบราณหน้าที่การรักษายาบาลของคนในชุมชนตกอยู่กับพระหรือหมอผี ซึ่งทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรม ศาสนา กำหนดกฎเกณฑ์ความเชื่อในสังคม รักษาคน ประสานความยุติธรรมและให้คำตัดสินด้วย จึงเป็นผู้มีฐานะทางสังคมสูงกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ในสังคม โดยคนทั่วไปให้ความเคารพศรัทธาเชื่อถือ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาจึงเป็นความสัมพันธ์ทางชนชั้น (status relationship) ซึ่งผู้ป่วยไปขอรับบริการด้วยความเอื้อเฟื้อ และมีน้ำใจของผู้ทำการรักษา ซึ่งผู้ป่วยมอบอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับชะตากรรมของตนทุกอย่างให้ผู้รักษา จึงถือเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจอุปถัมภ์แบบที่ผู้มีอำนาจเหนือกว่าตัดสินใจเบ็ดเสร็จตามที่ตนเห็นว่าดีที่สุด (paternalism) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ๒๕๓๗ : ๑๓-๑๕)

ในสมัยต่อมา เมื่อพระกับแพทย์แยกหน้าที่ออกจากกันแล้ว การเป็นแพทย์ เป็นทั้งหน้าที่ที่สำคัญและกลายมาเป็นวิชาชีพที่เฉพาะมีการควบคุม ไม่ว่าจะทางกฎหมายหรือทางจารีต ทั้งนี้การเป็นแพทย์เป็นหน้าที่ที่มีอำนาจ ให้คุณให้โทษแก่ผู้คนอย่างเด่นชัด สังคมจึงต้องมีการควบคุมอำนาจหรือจำกัดกรอบแห่งความประพฤติเพื่อไม่ให้แพทย์ได้ฉกฉวยผลประโยชน์จากผู้เดือดร้อนไปได้ กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและหน้าที่แพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดในประมวลกฎหมายพระเจ้าฮัมบูราปี ประมาณ ๑๙๐๐-๑๗๐๐ ปีก่อนคริสตกาล ต่อมาในยุคอารยธรรมกรีก ช่วง ๔๖๐-๓๕๕ ปีก่อนคริสตกาล ฮิปโปเครติส (Hippocrates) ผู้ได้ชื่อว่าเป็นบิดาแห่งการแพทย์สากล เพราะเชื่อว่าโรคนั้นเป็นกระบวนการทางธรรมชาติ การรักษาโรคของเขาจะการใช้การสังเกต เหตุการณ์ธรรมชาติ และหาทางอธิบายสาเหตุและผลที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นรากฐานของวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ฮิปโปเครติสได้กำหนดให้ผู้จะมาเป็นลูกศิษย์ของเขาต้องให้คำสาบานตัวก่อนจะไปรักษาผู้ป่วย (Hippocratic Oath) ซึ่งอาจนับได้ว่าเป็นจรรยาแพทย์ที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุด และเป็นรากฐานของจรรยาแพทย์สากลที่ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของแพทย์จนถึงปัจจุบัน ตามที่แพทยสมาคมโลกได้ประมวลหลักสำคัญมากำหนดเป็นคำประกาศกรุงเจนีวา พ.ศ. ๒๔๙๐ (The Geneva Declaration 1944) (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ๒๕๓๗ : ๙-๑๑)

ในยุคกลางของยุโรป ได้นับให้ พระ แพทย์ และ นักกฎหมาย เป็นวิชาชีพ^๒ เหตุที่ต้องมีการรวมกลุ่ม และควบคุมจรรยาบรรณประพฤติดของผู้ประกอบวิชาชีพนั้น เนื่องจากฐานะของผู้ประกอบวิชาชีพนั้นเหนือกว่า ผู้รับบริการอย่างเทียบไม่ได้ เพราะมีความรู้ความชำนาญในวิชาชีพของตนเหนือกว่าผู้รับบริการ เช่น แพทย์ กับผู้ป่วย เป็นต้น ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ จึงถือว่าการเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนเหนือกว่าประโยชน์ของ ผู้รับบริการนั้น เป็นบาปอย่างใหญ่หลวงของผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้กระทำการเช่นนั้น ต้องถูกจัดไปจากวง วิชาชีพ นี่คือแก่นของจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งสมาคมหรือองค์การวิชาชีพจะต้องกำหนดไว้ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ๒๕๓๗ : ๑๐๕)

ต่อมาในศตวรรษที่ ๑๘ ในยุคปฏิวัติอุตสาหกรรมที่มีแนวคิดชาตินิยมและทุนนิยมเป็นอุดมการณ์หลัก อุดมการณ์นี้มองว่ามนุษย์เป็นกำลังการผลิตที่สำคัญ สังคมที่จะมีอำนาจจึงเป็นสังคมที่ประชาชนมีร่างกายที่ แข็งแรงสมบูรณ์ อายุยืน ประกอบความคิดการเปรียบเทียบเรื่องราวเกี่ยวกับเครื่องจักรและการทำงานสอด ประสานแบบกลไก ที่ฟันเฟืองแต่ละตัวแม้จะทำหน้าที่ต่างกัน แต่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและต้องทำงาน ร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนสิ่งใหญ่กว่าได้ เกิดการเชื่อมโยงวาทกรรมทางการแพทย์เข้ากับอุดมการณ์ทางการเมือง รัฐเข้ามากำหนดนโยบายในการควบคุมสุขภาพของประชาชนอย่างใกล้ชิด การแพทย์จึงกลายมาเป็นเครื่อง อย่างหนึ่งในการบริหารของอำนาจรัฐ แพทย์จึงกลายมาเป็นผู้มีอำนาจในสังคมที่มีการแต่งตั้งจากทางการ (authority) เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและเป็นมาตรฐาน (standardization) จึงได้มีการแจกใบประกาศนียบัตร รับรองการประกอบวิชาชีพแพทย์ โดยผ่านการศึกษาศึกษาจากสถาบันที่ได้รับการรับรอง จึงเป็นการจำกัดสิทธิและ อำนาจให้มหาวิทยาลัยและสถาบันทางการแพทย์เท่านั้นที่สามารถมอบประกาศนียบัตรรับรองความเป็นแพทย์ ได้ (ต่างจากสมัยก่อนที่เป็นการยอมรับจากในชุมชนหรือเป็นการควบคุมผ่านการรับรองในกลุ่มสมาคม กันเอง) ซึ่งสถาบันทางการแพทย์เหล่านี้เองที่ได้กำหนดหลักสูตรมาตรฐานและสร้างแนวคิดของการแพทย์แบบ สมัยใหม่หรือการแพทย์แบบชีวกลไก จนทำให้กลายเป็นการแพทย์กระแสหลักที่ได้รับความเชื่อถือ (ชุตินพนธ์ ตรีอำนรรค, ๒๕๕๒: ๑๘-๑๙)

ในการแพทย์สมัยใหม่แบบชีวกลไกนี้ แพทย์ได้จำกัดบทบาทและการปฏิบัติของตนเองลงไป จากเดิมที่ แพทย์เป็นผู้รักษาคนป่วย กลายมาเป็นผู้รักษาร่างกายของคนเจ็บไข้ คือไม่ได้รักษา “คน” ที่เจ็บไข้แล้ว แต่เป็น

^๒ คำว่า “วิชาชีพ” (profession) จากการบัญญัติศัพท์ของพระเจ้าวรวงศ์เธอ กรมหมื่นนครสิริพงษ์ประพันธ์ ทรงอธิบายไว้ว่า “คำว่า profession นั้น ตามศัพท์หมายความว่า ปณิธาน เพราะฉะนั้น สภาพอันแท้จริงแห่งวิชาชีพก็คือ อาชีพปณิธาน คือ การ ปณิธานตนต่อสรรพสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะประกอบอาชีพตามธรรมเนียม ซึ่งมีวางไว้เป็นบรรทัดฐาน อาชีพปณิธานในขั้นต้น ได้แก่ วิถีอาชีพของนักบวช ซึ่งต้องเคร่งในระเบียบวินัยที่บังคับไว้ และต่อมาได้แก่นักกฎหมายและนายแพทย์ ฯลฯ ซึ่งเขาได้จัด องค์การควบคุมกันเข้าเอง มีวินัยและมรรยาทอันเคร่งครัด” สำหรับวิชาชีพดั้งเดิมที่ยอมรับกันตั้งแต่สมัยกลางของยุโรป ได้แก่ พระ แพทย์ และนักกฎหมาย เหตุที่ถือเป็น “วิชาชีพ” ด้วยลักษณะดังนี้ ๑. เป็นอาชีพในแง่ที่เป็นการงานที่มีการอุทิศตนทำไป ตลอดชีวิต ๒. การงานนั้นต้องได้รับการสั่งสอนอบรมเป็นวิชาชีพชั้นสูงที่ต้องอบรมกันเป็นเวลาหลายปี ๓. ผู้ทำการงาน ประเภทนี้จะมีชุมชน หรือหมู่คณะที่มีขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำคัญในจรรยาบรรณ เกียรติยศและศักดิ์ศรีวิชาชีพของตน และเมื่อองค์กรและกระบวนการเพื่อสอดส่องพิทักษ์รักษาขนบธรรมเนียมเกียรติยศศักดิ์ศรีของวิชาชีพ (กรมหมื่นนครสิริพงษ์ ประพันธ์, ในวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, ๒๕๓๗ : ๑๐๔)

เพียงผู้รักษา “ร่างกาย” ที่เจ็บไข้ แล้วต่อมาก็แคบลงไปอีก กลายเป็นผู้รักษา “อวัยวะ” หรือชิ้นส่วนของร่างกายที่เจ็บไข้ เป็นเฉพาะๆ ชิ้นส่วนนั้นๆ กลายเป็นผู้มีความชำนาญพิเศษเฉพาะทาง (specialization) ที่มีการแตกสาขาการศึกษาที่แยกย่อยและเจาะลึกยิ่งขึ้นไปอีก ทักษะแบบผู้ชำนาญหรือแยกส่วนนี้ เป็นทักษะที่มองชีวิตเป็นเครื่องจักร แพทย์มีความชำนาญในการรักษาอวัยวะแต่ละอย่าง เหมือนดั่งกับชิ้นส่วนของเครื่องยนต์แต่ละชิ้น ยิ่งไปกว่านั้น ด้วยทักษะของของผู้ชำนาญการ จึงทำให้แพทย์เป็นผู้ครอบครองความรู้ที่เหนือกว่า มีอำนาจในการอธิบายและครอบงำแนวทางการรักษา จนผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในการเสนอความคิดหรือความต้องการของตนเองเกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยเป็นเสมือนวัตถุที่รอการซ่อมแซม อันเป็นลดทอนความสัมพันธ์ในมิติแห่งความเป็นมนุษย์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย (Armstrong, 2003 :85-88)

นอกจากปัญหาของการแพทย์แบบชีวกลไกที่มองการรักษาเป็นแค่การรักษาโรค ไม่ใช่รักษาคน ซึ่งเป็นปัญหาสากล แนวความคิดการแพทย์แบบสมัยใหม่นี้ยังส่งผลเฉพาะต่อบริบททางสังคมด้วย เมื่อหันมาพิจารณาสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม วัฒนธรรมความเชื่อตามศาสนาพราหมณ์ และอิทธิพลของพุทธศาสนา แนวคิดไทยเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเกิดจากโลกทัศน์ที่มีรากฐานจากวัฒนธรรมที่ผสมผสานระหว่างผี, พราหมณ์, พุทธ ระบบการแพทย์ในสังคมไทยจึงไม่ได้มีระบบเดียวแต่มีความหลากหลายไปตามความเชื่อและวิถีปฏิบัติของแต่ละสังคม-วัฒนธรรม โดยที่ไม่มีการสถาปนาระบบการแพทย์ใดเป็นกระแสหลัก แม้แต่ในราชสำนักเองก็มีหมอหลวงหลายแขนงจากที่ต่างๆ เช่น หมอไทย หมอจีน หมอฝรั่ง ส่วนสังคมชาวบ้านนั้น พบวิธีการรักษาที่หลากหลาย ทั้งที่มีหลักวิชา และความเชื่อในการบนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อรักษาโรค ระบบการแพทย์ในสังคมไทยจึงได้ชื่อว่าเป็นระบบการแพทย์แบบพหุลักษณ์ (medical pluralism) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๓๕)

แม้ว่าการแพทย์แบบตะวันตกหรือการแพทย์สมัยใหม่จะได้รับการก่อตั้งและพัฒนาในสังคมไทยมากกว่า ๑๐๐ ปี แต่อาจกล่าวได้ว่า การแพทย์สมัยใหม่เพิ่งจะกลายมาเป็นที่ยอมรับและเชื่อถือของคนไทยอย่างกว้างขวางไม่เกิน ๕๐ ปีที่ผ่านมาเอง จากการค้นคว้าเชิงประวัติศาสตร์ของทวีศักดิ์ เผือกสม (๒๕๕๐) การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยเกิดขึ้นในสมัยรัชกาลที่ ๓ เป็นการเริ่มขึ้นพร้อมกับการเข้ามาของลัทธิอาณานิคมตะวันตก มีชาวต่างประเทศเข้ามาอยู่ในเมืองไทยอย่างแพร่หลายทั้งทำการธุรกิจการค้าและมิชชันนารีที่เผยแผ่ศาสนา ต่อเนื่องมาในสมัยรัชกาลที่ ๕ จึงได้ทรงมีพระราชดำริให้มีการสร้างโรงพยาบาลวังหลัง ซึ่งต่อมาได้รับพระราชทานชื่อตามพระโอรสที่ประสูติพระชนม์เป็น “โรงศิริราชพยาบาล” ในปี พ.ศ. ๒๔๓๑ พร้อมกันนั้นก็ได้ผลิตคนเพื่อมาเป็นแพทย์

การเรียนการสอนการแพทย์แบบสมัยใหม่นั้น เกิดขึ้นครั้งแรกที่โรงเรียนแพทยากร หน้าวังสราญ พยาบาล ในปีพ.ศ. ๒๔๓๖^๓ โดยรับหลักสูตรมาจากต่างประเทศโดยมีชาวตะวันตก ดร. ยอร์ช แมคฟาร์แลนด์ หรือ พระอาจารย์ยาคน เป็นผู้สอน ในระยะแรก โรงเรียนสราญพยาบาล และผู้ที่เรียนจบจากโรงเรียนแพทย์ สมัยใหม่ จะยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากคนไทยยังไม่คุ้นเคยกับการรักษาแบบสมัยใหม่ และ ยังให้ความเชื่อกับระบบการแพทย์แบบเดิมที่มีในสังคมไทยอยู่ จึงเลือกรักษาการแพทย์แผนสมัยใหม่เฉพาะแต่ ที่เชื่อว่าได้ผล เช่น การรักษาบาดแผล มากกว่าการรักษาด้วยยา การแพทย์แบบตะวันตกจึงเป็นระบบแพทย์ อีกระบบหนึ่งในสังคมไทย

แต่การแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกเริ่มกลายเป็นระบบการแพทย์กระแสหลักในสังคมได้ เมื่อ หลักสูตรการแพทย์แผนตะวันตกของไทยได้มีการปรับปรุงหลักสูตรใหม่ให้มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับมากขึ้น หลังจากได้รับความช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในปี พ.ศ. ๒๔๖๔ ทำให้เกิดความยอมรับมากขึ้น แต่ถึง อย่างนั้น ในสังคมไทยทั่วไปก็ยังไม่ได้ให้ความนิยมเป็นพิเศษในการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตก จนกระทั่งเกิด การปรับปรุงประเทศและสร้างสถานพยาบาลตามนโยบาย “อวดธง” ในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม พ.ศ. ๒๔๗๙ จึงทำให้เกิดโรงพยาบาลประจำจังหวัดหลายแห่งโดยเฉพาะในเขตชายแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่เป็นเพียงการอวดความเจริญก้าวหน้าแก่ต่างชาตินับว่ายังไม่ดีเท่าที่ควร ยังไม่ถือว่าทำให้การแพทย์ สมัยใหม่สามารถเข้าถึงประชาชนไทยตามชนบทได้อย่างกว้างขวาง แต่ก็เป็นการปัดหมุดให้มีโรงพยาบาล ประจำจังหวัด และทำให้แพทย์ที่ได้รับการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์มีตำแหน่งบรรจุที่แน่นอนได้ ถือว่าเป็นการ สร้างแพทย์ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็น “อาชีพ” ได้

^๓ ประวัติของโรงเรียนแพทย์และคณะแพทยศาสตร์ในสังคมไทยมีความยาวนานอยู่พอสมควร จากโรงเรียนแพทยากร พ.ศ. ๒๔๓๖ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น โรงเรียนราชแพทยาลัย พ.ศ. ๒๔๔๓ ถูกผนวกรวมเข้าเป็นหนึ่งในสี่คณะเริ่มแรกของจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เป็น คณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพ.ศ. ๒๔๕๙ ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อตามพระราชบัญญัติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๔๖๑ เป็นคณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล จนถึงสมัยรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูล สงคราม เห็นว่า ควรได้มีการสนับสนุนการศึกษาแพทยศาสตร์ให้เด่นชัด จึงได้จัดระเบียบบริหารราชการใหม่ โดยโอนย้ายคณะ แพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล แผนกทันตแพทยศาสตร์ แผนกสัตวศาสตร์ และแผนกเภสัชศาสตร์ จากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย มาเป็นคณะในสังกัดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในความดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีพ.ศ. ๒๔๘๖ และ เพื่อขยายปริมาณการผลิตแพทย์ให้เพียงพอ จึงได้ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์แห่งที่สองขึ้นที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ของ สภากาชาดไทย ซึ่งต่อมาได้กลายเป็นคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในปี พ.ศ. ๒๔๙๐ ทั้งนี้ตามหลักสูตรการเรียนแพทยศาสตร์ ต้องสำเร็จวิชาวิทยาศาสตร์ซึ่งต้องศึกษาที่คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย จากนั้นจึงแยกย้ายตามการเลือกจะเรียนในโรงเรียนแพทย์แห่งใด จนเกิดคำเรียกการเลือกสังกัดนี้ว่า “ข้าม ฟาก” ซึ่งหมายถึงการข้ามแม่น้ำเจ้าพระยามาเรียนแพทยศาสตร์ที่โรงพยาบาลศิริราช ต่อมา มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ สามารถตั้งแผนกการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์ได้เองจนไม่ต้องไปเรียนที่คณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงตั้ง คณะต่างๆ ได้เพิ่มเติม จนใน พ.ศ. ๒๕๑๒ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ พระราชทานชื่อให้แก่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ว่า มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทย์ พงศ์พนิตานนท์, ๒๕๓๓).

การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทยยังคงเจริญรุดหน้าอย่างรวดเร็วด้วยการส่งเสริมจากนโยบายรัฐที่มุ่งจะสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพดีในสมัยรัฐบาลของจอมพล ป. พิบูลสงคราม นับตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สองจนหลังสงครามโลกครั้งที่สอง สืบเนื่องในเวลาต่อมาช่วงสงครามเย็นนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๙๐ ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทุนและวิทยาการอย่างมากจากประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะการเข้ามาขององค์การยูซอม (USOM – United States Operation Mission) และองค์การยูเซด (USAID – United States Agency for International Development) ทำให้เกิดโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลสมัยใหม่ได้ครบทุกจังหวัด เกิดกรมควบคุมโรคที่ช่วยจัดการโรคระบาดที่แพร่หลาย การจัดทำสาธารณสุขโปสเตอร์ที่ถูกสุขลักษณะ การส่งเสริมทุนการศึกษาให้กับแพทย์ไปเรียนหรือทำงานในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

การพัฒนาต่างๆ นี้ล้วนส่งเสริมให้สังคมไทยรับการแพทย์ตะวันตกเป็นการแพทย์กระแสหลัก จนทำให้ละเลยและทอดทิ้งการแพทย์ไทยแบบดั้งเดิม และการรักษาพื้นบ้านในแบบอื่นๆ ไปมาก จนเพิ่งจะได้รับการฟื้นฟูขึ้นมาอีกครั้งให้กลายเป็นการแพทย์ทางเลือกในช่วงราวทศวรรษ ๒๕๔๐ เมื่อสังคมไทยเกิดวิกฤตครั้งใหญ่ทางเศรษฐกิจและสังคมทำให้เกิดการหวนหาคุณค่าของวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงศักดิ์ ตันติปัญญา, ๒๕๕๐)

ความไม่ประสานกลมกลืนและภาวะที่ไม่สมดุลที่เกี่ยวกับการแพทย์แบบตะวันตกในสังคมไทย มีทั้งความคิดที่ว่า คนที่เรียนเก่งที่สุดควรจะมาเรียนแพทย์ เนื่องจากวิชาแพทย์เป็นวิชาที่ให้ความหวังในเรื่องรายได้ที่ดีที่สุด ทำให้การศึกษาเปลี่ยนเป้าหมายจากการศึกษาเพื่อประกอบอาชีพในแบบที่ตนศรัทธากลายเป็นการศึกษาเป็นเครื่องมือเพื่อเลื่อนสถานะทางสังคม จึงยิ่งดึงดูดให้คนเข้ามาสู่ศูนย์กลางหรือเมืองใหญ่ซึ่งสามารถหารายได้มากกว่า มีความเจริญและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ตอบสนองต่อวิถีชีวิตแบบบริโภคนิยมมากกว่า อีกทั้งหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในสังคมไทยที่รับมานั้นหนักไปด้านการรักษามากกว่าการป้องกัน เหมาะกับการประกอบอาชีพในโรงพยาบาลหรือในชุมชนเขตเมืองที่มีเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ต่างจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคที่ขาดความพร้อมและต้องการการป้องกันส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชนบท การขาดแคลนแพทย์ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพที่จะปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคทำให้เกิดการวางกฎให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติราชการเป็นระยะเวลา ๒ ปี หลังจากจบแพทย์ฝึกหัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ (อารีย์ วัลยะเสวี, ใน พระธรรมปิฎก, ๒๕๓๙: ๔๑-๔๒)

พระธรรมปิฎก ยังเห็นถึงความไม่สมดุลของการแพทย์ตะวันตกในวัฒนธรรมไทยอีกประการหนึ่ง ในประเทศตะวันตกเอง เวชปฏิบัติหรือการทำหน้าที่ของแพทย์นั้นถือเป็นการแลกเปลี่ยนซื้อขายบริการ ทำให้มีรายได้ดี แต่แพทย์ในตะวันตกนั้นจะต้องเสี่ยง จะต้องระมัดระวังตัวมากในเรื่องที่จะถูกฟ้องเรียกค่าเสียหาย วัฒนธรรมธุรกิจที่พ่วงมากับการฟ้องร้องในการแพทย์ตะวันตกจึงเป็นเครื่องถ่วงดุลให้คานอำนาจซึ่งกันและกันไว้ ส่วนการแพทย์สมัยใหม่แบบตะวันตกเข้ามาในเมืองไทย โดยพื้นฐานคนไทยนับถือแพทย์ให้ความเคารพยกย่องแพทย์จึงไม่มีการฟ้องร้องแพทย์ แพทย์ในเมืองไทยจึงได้ส่วนดีมาจากสองระบบ คือ ในแง่ของรายได้กับธุรกิจ อาชีพแพทย์นับว่าเป็นอาชีพที่มีรายได้ดีที่สุดในขณะเดียวกัน วัฒนธรรมน้ำใจแบบไทยๆ ก็ช่วยไม่ให้แพทย์ไทยต้องเสี่ยงกับการฟ้องร้องค่าเสียหาย ภาวะแบบนี้เป็นความไม่ประสานกลมกลืนทางวัฒนธรรม ซึ่งถ้า

หากแพทย์ไม่มีคุณธรรม ก็จะมีโอกาสที่ไม่ต้องระมัดระวังตัว และสามารถเอาเปรียบคนไข้ได้มาก เรียกว่าเป็น การฉวยโอกาสหรือฉวยประโยชน์จากระบบวัฒนธรรมทั้งสองสาย (พระธรรมปิฎก, ๒๕๓๙: ๕๘-๕๘)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้ สังคมไทยก็มีการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น โดยเฉพาะนับตั้งแต่ หลัง พ.ศ. ๒๕๔๐ ก่อนหน้านั้น สิทธิของผู้ป่วยตามบทบัญญัติกฎหมายไทยยังไม่มีระบุโดยตรง แต่นั่น สอดแทรกอยู่กฎหมายรัฐธรรมนูญในหมวดหม่อมมาตราต่างๆ เช่น สิทธิในร่างกาย สิทธิในการเลือกรักษา ส่วน การควบคุมแพทย์ในทางกฎหมาย มีพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ แต่เมื่อมีคำประกาศสิทธิ ผู้ป่วยในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๑ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ และเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้อย่างถ้วนหน้าและเกิดความคาดหวังกับการบริการมากขึ้น เมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความไม่พึงพอใจซึ่ง เกิดได้จากหลายสาเหตุจึงทำให้เกิดการฟ้องร้องกันมากขึ้น แม้จะได้มีความพยายามแก้ปัญหาเพื่อพิทักษ์สิทธิ ของทั้งฝ่ายผู้ป่วยและรักษาสถานะให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ดูเหมือนว่ากลับจะเป็นการ สร้างความแตกแยกให้มากขึ้น^๔

การแพทย์และการสาธารณสุขปัจจุบันมีความซับซ้อน การแพทย์แยกออกเป็นหลายสาขาตามความ เชี่ยวชาญ มีวิธีการรักษา เครื่องมือ และยารักษาโรค แบบใหม่ที่มีประสิทธิภาพดีขึ้นเรื่อยๆ มีนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า แต่ความก้าวหน้าเหล่านี้ก็ยังไม่อาจลบความจริงที่ว่า โรคภัยไข้เจ็บหลายชนิดไม่มีทางรักษาให้หายขาด ได้เพียงแค่ทำให้ทุเลา แต่เมื่อผู้ป่วยและญาติคาดหวังสูงว่าแพทย์ต้องรักษาให้หายได้ แต่เมื่อทำไม่ได้และไม่ สามารถสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงได้ จึงนำมาซึ่งความทุกข์

แต่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข ไม่ควรตั้งเป้าหมายเพียงแค่ว่าให้ผู้ป่วยหายจากโรค เพราะ โรคหลายโรคไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้อยู่แล้ว เป้าหมายที่เหมาะสมกว่าจึงเป็นว่าแพทย์ พยาบาล และ บุคลากรสาธารณสุข ควรรู้จักวิธีสัมผัสความรู้สึกของผู้ป่วยและบำบัดความเจ็บป่วยของพวกเขาได้ในระดับ หนึ่ง ซึ่งการบำบัดทุกข์ของผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีพิเศษ เพียงแค่ต้องการความสามารถที่จะเอาใจ เขามาใส่ใจเรา หรือที่เรียกได้ว่า เต็มหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ลงไป (แผนพัฒนา มมส. ๒๕๕๐: ๗๕)

เครื่องมือและกลวิธีอย่างหนึ่งในการคืนหัวใจความเป็นมนุษย์ให้กับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและ ผู้รับบริการในระบบสุขภาพ คือ “เรื่องเล่า” ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทรงพลังอย่างยิ่งในการอธิบายประสบการณ์ที่ เกิดจากความเจ็บป่วยและความทุกข์ เรื่องเล่าสามารถช่วยแก้ปัญหาของการแพทย์แบบชีวกลไกได้ เพราะเป็น การคืนเสียงและอำนาจให้กับผู้ป่วย มากกว่าจะเป็นการมอบอำนาจให้กับแพทย์เป็นผู้ควบคุม เรื่องเล่ายังมี

^๔ โดยเฉพาะในกรณีประกาศแพทยสภาเรื่องข้อเท็จจริงทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๔๙ และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษา จริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๔๙ ทำให้เกิดการประท้วงและคัดค้านจากประชาชนและองค์กรภาคสังคมอย่าง กว้างขวาง ทำให้ทางแพทยสภาต้องทำจดหมายชี้แจงและตัดข้อความที่อาจจะส่งผลในทางกฎหมายและก่อให้เกิดความเข้าใจ ผิดออกไป ตูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ใน (มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค, ๒๕๕๐: ๖๙-๗๑).

ลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกันไป ทำให้เข้าใจโลกของความเจ็บป่วยและความทุกข์ที่แตกต่างกันไป ไม่เกิดการเหมารวม จะทำให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า และเป็นการทำให้แพทย์กลับมาเป็นผู้รักษาที่เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย มากกว่าเป็นช่างชำนาญการที่รักษาโรคทางร่างกายเท่านั้น

รายการอ้างอิง

- Armstrong, D. (2003). *Outline of sociology as applied to medicine* (5th ed.). London: Arnold.
- Boyd, K. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities* [Online] 26. pp. 9-17. Available from <http://mh.bmj.com/content/26/1/9.full> [Accessed: 11th December 2013].
- Cassell, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*. [Online] 306(11). pp. 639-45. Available from <http://www.med.uottawa.ca/courses/totalpain/pdf/doc-47.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Cassell, E.J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Engel, J.D., Zarconi, J., Pethtel, L.L. & Missimi, S.A. (2008). *Narrative in health care: healing patients, practitioners, profession, and community*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Lloyd, C. (2012). What is biomedicine? [Online] Available from <http://www.open.edu/openlearn/body-mind/health/health-studies/what-biomedicine> [Accessed: 11th December 2013].
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture illness, disease and the body in western societies* (2nd ed.). London: SAGE Publication.
- McGraw-Hill Higher Education. (2002). Key terms. [Online] http://highered.mcgraw-hill.com/sites/0072500506/student_view0/chapter17/key_terms.html [Accessed: 11th December 2013].
- Mosby's Medical Dictionary. (2009). Pain and Suffering. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+and+suffering> [Accessed: 11th December 2013].

Segen's Medical Dictionary. (2012). Pain and Suffering. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+and+suffering> [Accessed: 11th December 2013].

The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Biomedicine. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/biomedicine> [Accessed: 11th December 2013].

The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Disease. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/disease> [Accessed: 11th December 2013].

The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Illness. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/illness> [Accessed: 11th December 2013].

The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Pain. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain> [Accessed: 11th December 2013].

The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Pain and Suffering. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+and+suffering> [Accessed: 11th December 2013].

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๕). *แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย*. นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๕). จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). *มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๙). *พหุลักษณะทางการแพทย์ : มุมมองมานุษยวิทยากับความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ*. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร. หน้า ๒-๗๖.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ดี ดันติปัญญา. (บก.). (๒๕๕๐). *สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยและสุขภาพ.

ชุติมนนท์ ตรีอำรรค. (๒๕๕๒). *เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาวรรณคดีเปรียบเทียบ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสิดศรี-สฤษดิ์วงศ์. (๒๕๕๐). *แพทยศาสตร์ศึกษาองค์รวม*. กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสิดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (๒๕๓๙). *การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์*. กรุงเทพฯ: กองทุนวัฒนธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (๒๕๕๐). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*.

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. (๒๕๕๐). *จรรยาพลาต จรรยาแพทย์? X-ray ก้าวใหม่ของแพทยสภากับชะตากรรมของคนไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

วิทย์ พงศ์พนิตานนท์. (บก.). (๒๕๓๓). *ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (๒๕๓๗). *สิทธิผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: คบไฟ, ๒๕๓๗.

บทที่ ๒

ความเป็นมาและการสร้างกรอบแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา

บทนี้จะทำการสำรวจในเชิงประวัติศาสตร์ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับที่มาของแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา จึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ขนาดใหญ่ในแวดวงสังคมศาสตร์ นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา มีการเปลี่ยนกระแสนิยมความคิดอย่างขนานใหญ่หรือที่เรียกว่าเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) นั่นคือ การเปลี่ยนกรอบความคิดหลักหรือทัศนะแม่บทที่กำหนดวิธีคิด วิธีมองและวิธีทำความเข้าใจกับสรรพสิ่ง จากกระบวนทัศน์แบบสมัยใหม่ (modernism) ซึ่งรวมความคิดแบบปฏิฐานนิยม (positivism) และความเป็นศูนย์กลางอำนาจทางวัฒนธรรม (ethnocentrism) มาเป็นความคิดแบบหลังสมัยใหม่ (postmodernism) ที่ตั้งคำถามกับค่านิยมความเชื่อของอำนาจ ศูนย์กลาง และทฤษฎีหลักที่สถาปนาความจริงหลักอันจริงแท้ แต่เชื่อว่าความจริงมีหลายแง่มุม สัมพันธ์กับผู้สังเกตและบริบทแวดล้อม และให้ความสำคัญกับภาษาในการสร้างความสัมพันธ์กับความจริง

จากนั้นจึงมาสำรวจเกี่ยวกับความสนใจของการนำเรื่องเล่ามาใช้ในวงการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องเล่าความเจ็บป่วย ที่เฟื่องฟูในวงการศึกษาศังคมวิทยาการแพทย์และมานุษยวิทยาการแพทย์ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐-๙๐ และจึงนำมาสู่การเสนอความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) ในช่วงปลายทศวรรษที่ ๑๙๙๐ ซึ่งเป็นการนำความคิดมาใช้กับเวชปฏิบัติในวงการแพทย์

อิทธิพลของกระแสนิยมความคิดแบบหลังสมัยใหม่ (postmodernism) กับอำนาจความรู้ทางการแพทย์

นับตั้งแต่กลางศตวรรษที่ ๑๙ ก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ ๒๐ เป็นช่วงเวลาที่มีความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และองค์ความรู้แขนงต่างๆ ในสังคมตะวันตกดูเหมือนไปอย่างมาก ทุกอย่างดูแปลกใหม่ทันสมัยผิดไปจากยุคก่อนหน้า ผู้คนและสังคมถูกหล่อหลอมด้วยอารยะวิถีจากระบบระเบียบและหลักการที่มีเหตุผลที่ยึดถือร่วมกัน หรือที่เรียกว่าอยู่ในยุคสังคมนิยมสมัยใหม่ (modernism) เมื่อทุกอย่างได้พัฒนาไปอยู่ในจุดสูงสุด ผู้คนจึงเชื่อว่า จิตใจของพวกเขาก็ได้รับการพัฒนาไปสู่จุดสูงสุดเช่นเดียวกัน เมื่อเกิดสงครามโลกครั้งที่สอง (ค.ศ. ๑๙๓๙-๑๙๔๕) ที่วิวัฒนาการและเทคโนโลยีต่างๆ รวมถึงอุดมการณ์และแนวคิดที่เคยเป็นเหตุผลหลักที่เชื่อถือกันมา ได้ถูกทำให้เป็นเครื่องมือและความชอบธรรมในการทำสงครามเพื่อทำลายมนุษย์ด้วยกันเอง นักคิดและนักวิชาการในหลายแขนงจึงเกิดการตั้งคำถามถึงแนวคิดปรัชญาแบบเหตุผลนิยม ซึ่งเป็นอุดมการณ์หลักที่หล่อหลอมความคิดในช่วงนั้น การตั้งคำถามนั้นนำมาซึ่งการปฏิเสธความคิดความเชื่อแบบเดิมที่ว่าความจริงแท้มีเพียงหนึ่งเดียวและเป็นสากล หากแต่ความจริงในโลกนี้ไม่ได้ดำรงอยู่จริง แต่ความจริงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาจากชุดความรู้ของแต่ละช่วงสมัยตามแต่การนำความคิดของผู้มีอำนาจทางสังคมในเวลานั้น ความจริงจึงไม่ได้มีเพียงหนึ่งเดียว หรือเป็นสากลที่เหมือนกันไปหมด แต่เปลี่ยนแปลงไปตามบริบททางสังคมและยุคสมัย วิธีการทำความเข้าใจกับความจริงจึงมีได้หลายมุมมอง ไม่จำเป็นต้องผ่านมุมมองจากปรัชญาเหตุผลนิยมหรือมาตรฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์เท่านั้น ความคิดแนวนี้ซึ่งเกิดจากการตั้งคำถามและการวิพากษ์แนวความคิดยุคสมัยใหม่จึงเรียกว่า เป็นแนวคิดแบบหลังสมัยใหม่ (postmodernism)

การเปลี่ยนแปลงทางความคิดดังกล่าวทำให้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ กลายเป็นแนวคิดที่ถูковиพากษ์มากที่สุด เพราะแนวคิดวิทยาศาสตร์ถูกกำหนดให้เป็นมาตรวัดและวิธีการเข้าถึงความจริงมาตั้งแต่ยุคเรืองปัญญาในศตวรรษที่ ๑๖-๑๗ การแพทย์สมัยใหม่ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาทางวิทยาศาสตร์จึงถูกตั้งคำถามไปด้วย นักคิดและนักปรัชญาประวัติศาสตร์ ฟูโกต์ (Michel Foucault) เห็นว่า กลุ่มที่ทรงอำนาจในแต่ละยุคสมัยไม่ได้แสดงออกซึ่งอำนาจในการบังคับขู่เข็ญหรือลงโทษแต่เพียงเท่านั้น แต่ยังใช้อำนาจอย่างแยบยลด้วยการสร้างวินัยให้ผู้คนยินยอมปฏิบัติตามผ่านการหล่อหลอมด้วยการสร้างองค์ความรู้และความจริง ในงานอย่าง *Madness and Civilization* (1960), *The Birth of the Clinic* (1963), *The Order of Things* (1966), *Discipline and Punish* (1975) ในศตวรรษที่ ๑๘ รัฐใช้อำนาจในการควบคุมร่างกายของคนในสังคมโดยอาศัยความรู้จากวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ โดยการสร้างความรู้เรื่องการมีสุขภาพที่ดีเข้าไปในความคิดของปัจเจกบุคคล และลงโทษร่างกายที่ฝ่าฝืนระเบียบและเงื่อนไขของสังคม ปฏิบัติการเหล่านี้เป็นไปเพื่อให้ร่างกายของปัจเจกบุคคลมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ทั้งในทางการเมืองและเศรษฐกิจสูงสุด อีกทั้งเมื่อได้สถาปนาความรู้ทางการแพทย์ให้กลายเป็นความชำนาญเฉพาะทางแพทย์แล้ว จึงทำให้แพทย์มีอำนาจในการสอดส่อง วินิจฉัย และตัดสินร่างของผู้ป่วยได้โดยที่ผู้ป่วยยอมรับในอำนาจของความรู้ที่เหนือกว่านั้น การศึกษาของฟูโกต์จึงทำให้เกิดข้อสงสัยต่อความรู้ทางการแพทย์ว่าไม่ได้เป็นความรู้อันเป็นภววิสัย แต่เป็นหนึ่งในเครื่องมือและวาทกรรมเพื่อสร้างประโยชน์ในการใช้อำนาจและควบคุมได้ โดยความรู้การแพทย์อ้างตนเองในฐานะหลักวิชาการและองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ความรู้การแพทย์อำพรางตนเองจากการแสดงออกซึ่งอำนาจและความรุนแรงได้

การปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้กระบวนการทัศน์หลังสมัยใหม่โดยให้ความสำคัญกับเรื่องเล่า (narrative turn)

ความคิดวิพากษ์อำนาจของความรู้การแพทย์ตามแนวคิดแบบหลังสมัยใหม่สอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องจำนวนหนึ่งที่ตระหนักว่า การแพทย์ใช้อำนาจเหนือร่างกายของเขา และทำให้ตัวตนของพวกเขาหายไประหว่างการรักษาเยียวยา ทั้งยังมีผลประโยชน์ อคติ และความรุนแรงที่แอบแฝงอยู่ในการแพทย์สมัยใหม่ วิธีการที่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งเลือกใช้เพื่อแสดงตัวตนและท้าทายอำนาจทางการแพทย์ก็คือการสร้างเรื่องเล่า (หรือที่ภายหลังมีการศึกษาเฉพาะเรียกว่า เรื่องเล่าความเจ็บป่วย) โดยอาศัยประโยชน์จากแนวคิดหลังสมัยใหม่ที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนชายขอบ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ผลิตเรื่องเล่าเล็ก (little narratives) ซึ่งเกิดจากประสบการณ์เฉพาะบุคคลที่มีความหลากหลาย เพื่อเป็นการแทรกแซง เสนอตัวตนหรือตำแหน่งแห่งที่ และอาจถึงขั้นวิพากษ์ การผลิตเรื่องเล่าแบบอภิดำเนิน (metanarratives) หรือเรื่องเล่าที่เป็นความจริงและมีลักษณะสากล จึงกลายเป็นเรื่องเล่าในกระแสหลักที่เกิดจากคำบอกเล่าของกลุ่มคนที่มีอำนาจในสังคม เช่น เรื่องเล่าจากแพทย์ หรือเรื่องเล่าทางศาสนา แนวคิดแบบหลังสมัยใหม่จึงเปิดพื้นที่ให้กับเรื่องเล่าอื่นๆ ที่ไม่เคยได้รับการยอมรับเนื่องจากถูกเรื่องเล่ากระแสหลักตีกรอบครอบงำไว้ (ชุตินณพน์ ตรีอำรรค, ๒๕๕๒: ๒๖-๒๗)

เรื่องเล่า ได้รับความสนใจจากแวดวงสังคมศาสตร์ เนื่องจากเรื่องเล่าเป็นรูปแบบสำคัญที่สะท้อนลักษณะของสังคมหลังสมัยใหม่ได้ เพราะเรื่องเล่ามีลักษณะเฉพาะตัว สะท้อนให้เห็นความเข้าใจ การสร้างมุมมอง และการตัดสินใจทางศีลธรรมของตัวผู้เล่าที่มีต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ที่กระทบต่อการดำรงอยู่และสร้างประสบการณ์ชีวิต เรื่องเล่าจึงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้ความหมายกับความเป็นจริงที่เราประสบอยู่

เรื่องเล่าเคยถูกมองเป็นแค่รูปแบบหนึ่งของ “ภาพตัวแทน” (representation) นั่นคือ เป็นตัวกลางในการสะท้อนความจริง แต่กระแสการปรับเปลี่ยนความคิดโดยใช้กระบวนการทัศน์หลังสมัยใหม่โดยการให้ความสำคัญกับเรื่องเล่า (narrative turn) เป็นการศึกษา เรื่องเล่า ในมุมมองที่ว่า เราจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจกับโลกทางสังคมได้ผ่านการคิดในรูปแบบของเรื่องเล่า (Somers, 1994 cited in Hyden 1997: 50) การศึกษาเรื่องเล่าจึงไม่ได้เป็นไปแค่ต้องการรู้ว่าคนนั้นเล่าหรือพูดถึง “อะไร” ในเรื่องเล่า แต่หันมาสนใจว่า คนเล่าหรือพูดถึงเหตุการณ์ที่เขาประสบมานั้น “อย่างไร” เรื่องเล่าจึงไม่ใช่สื่อกลาง หรือสื่อที่เป็นกลางในการสะท้อนความจริงที่อยู่นอกเหนือไปจากภาษาและเนื้อเรื่อง แต่ด้วยตัวของเรื่องเล่าเอง ในการสร้างและวิธีนำเสนอเรื่องเล่านั้นเอง จึงเป็นการสื่อให้เห็นตัวตนของผู้เล่านั่นเองด้วย (Hyden 1997: 50)

ซาร์นีอวสกา (Czarniawska, 2004) ได้เรียบเรียงประวัติของการศึกษาเรื่องเล่าในแวดวงวิชาการมนุษยศาสตร์-สังคมศาสตร์ไว้ว่า จุดเริ่มของการศึกษาเรื่องเล่าน่าจะมาจากการศึกษาศาสตร์แห่งการตีความ (hermeneutic studies) ที่เดิมเป็นการศึกษาเนื้อหาและการตีความคัมภีร์ทางศาสนา เช่น คัมภีร์ไบเบิล ในเวลาต่อมาขยายการศึกษาเป็นการวิเคราะห์ตัวบทในวรรณกรรมอื่นๆ จนมาถึงการศึกษาของกลุ่มนักวรรณกรรมศึกษากลุ่มรัสเซียพรหมลลิซึม อย่างพรอพพ์ (Vladimir Propp) ที่ศึกษานิทานพื้นบ้านรัสเซีย ใน *Morphology of the Folktale* ปีค.ศ. ๑๙๒๘ บุกเบิกการมองวิเคราะห์เรื่องเล่า งานของพรอพพ์ได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษและฝรั่งเศสในปีค.ศ. ๑๙๕๘ จนกระทั่งฉบับแปลภาษาอังกฤษในปีค.ศ. ๑๙๖๘ แนวคิดเรื่องการวิเคราะห์เรื่องเล่าของพรอพพ์ก็ได้แพร่หลายไปมากกว่าในแวดวงวรรณกรรมศึกษา

การศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่าในวงวรรณกรรมศึกษา จากการศึกษานักทฤษฎีของ โพลคิงฮอร์น (Polkinghorne, 1987 cited in Czarniawska, 2004: 2) เห็นว่า ต้นธารของการศึกษาเรื่องเล่าในวรรณกรรมศึกษายังได้รับอิทธิพลทางความคิดเป็นอย่างมากจากทฤษฎีของภาษาศาสตร์ จากนักภาษาศาสตร์ที่สำคัญ ๒ คนที่มีชีวิตอยู่ในช่วงกลางศตวรรษที่ ๑๙ – ต้นศตวรรษที่ ๒๐ ได้แก่ เดอ คอร์ตเนย์ (Jan Niecislaw Baudouin de Courtnay) ชาวโปแลนด์ และ เดอ โซซูร์ (Ferdinand de Saussure) ชาวสวิส นอกจากนี้ ทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่ายังได้แพร่กระจายและพัฒนาอย่างแพร่หลายจากเหตุที่นักทฤษฎีจากประเทศยุโรปตะวันออกต่างลี้ภัยออกจากประเทศที่กลายคอมมิวนิสต์แล้วเข้ามาอยู่อเมริกาและยุโรปตะวันตก เช่น จาคอบสัน (Roman Jakobson) โทโดรอฟ (Tzvetan Todorov) เกรมาส์ (Algirdas Greimas) แต่ยังคงมีคนที่ยังคงอยู่ในสหภาพโซเวียตและส่งอิทธิพลทางความคิดภายหลัง เช่น บากห์ติน (Mikhail Bakhtin) โพลคิงฮอร์นยังได้แบ่งทฤษฎีการศึกษาเรื่องเล่าออกเป็น ๔ กลุ่มหลักตามลักษณะชนบของแต่ละชาติ ได้แก่ กลุ่มรัสเซียพรหมลลิซึม (Russian Formalism) กลุ่มนวิวิจารณ์อเมริกัน (American New Criticism) กลุ่มโครงสร้างนิยมฝรั่งเศส (French Structuralism) และกลุ่มศาสตร์แห่งการตีความเยอรมัน (German Hermeneutics)

ซานีออร์สกา สรุปว่า กลุ่มทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่าเหล่านี้แตกต่างจากการศึกษาศาสตร์แห่งการตีความแบบดั้งเดิม ตรงที่มองว่าการศึกษารเรื่องเล่าเป็นการศึกษาดัวยบทที่ตัดขาดออกจากเจตนาของผู้แต่งหรือตัดขาดจากสภาพแวดล้อมในการผลิตตัวบทนั้น แต่ละกลุ่มก็มีความสนใจเฉพาะ ตัวอย่างนักคิดในกลุ่มนวนิวิจารณ์ เช่น ฟราย (Northrop Frye) หรือ โซลส์ (Robert Scholes) ซึ่งไม่ได้เสนอแค่ทฤษฎีเกี่ยวกับพล็อตสากล (universal plots) แต่ยังมองหาวิวัฒนาการของเรื่องเล่าในเชิงประวัติศาสตร์ด้วย นักทฤษฎีฝั่งฝรั่งเศส เช่น โทโดรอฟ และบาร์ตส์ (Roland Barthes) ได้รับอิทธิพลความคิดแบบโครงสร้างนิยมมาจากนักมานุษยวิทยา เลวี-สโตรสส์ (Claude Levi-Strauss) ผู้ซึ่งอ่านงานของพรอพพ์มาก่อนเช่นกัน กลุ่มนี้จึงมองบทบาทของภาษา และเรื่องเล่าที่มีความหมายขึ้นได้จากการอ้างอิงในโครงสร้างของการสถาปนาความจริงในสังคม ส่วนกลุ่มศาสตร์แห่งการตีความเยอรมันนั้น เป็นการเสนอศาสตร์แห่งการตีความใหม่ โดยมีนักปรัชญาสำคัญ ได้แก่ กาดามอร์ (Hans-Georg Gadamer) และริเกอร์ (Paul Ricoeur) ที่เสนอแนวคิดที่สัมพันธ์ระหว่างตัวตน เรื่องเล่า และสภาวะของเวลา และนักวรรณกรรมศึกษาในกลุ่มศาสตร์แห่งการตีความเยอรมันที่สำคัญ เช่น อิเซอร์ (Wolfgang Iser) และจอสส์ (Hans Robert Jauss) เสนอการตีความเรื่องเล่าที่เกิดจากความสัมพันธ์โต้ตอบระหว่างผู้อ่านและตัวบท

การเทียบเคียงลักษณะความเหมือนและแตกต่างของกลุ่มทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่าดังกล่าว จะช่วยให้เข้าใจถึงความแพร่หลายของการใช้ทฤษฎีเรื่องเล่าในสาขาต่างๆ ทั้งวรรณกรรมศึกษา สังคมศาสตร์ มานุษยวิทยา ปรัชญา ซึ่งจะเอื้อต่อการทำความเข้าใจในการคลี่คลายและการนำทฤษฎีเรื่องเล่ามาใช้ในการศึกษาทางการแพทย์และสุขภาพต่อไป

ความพยายามในการนำเรื่องเล่ามาใช้ในการศึกษาด้านการแพทย์และสุขภาพ

การศึกษาเรื่องเล่าที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สามารถศึกษาได้หลายแนวทาง ขึ้นอยู่กับว่าจะใช้หลักฐานแบบใด และฐานทฤษฎีหรือความคิดชุดใดมาเป็นเงื่อนไขในการศึกษา จากการศึกษาของไฮเดน (Hyden, 1997: 48-69) พบว่า มีการนำเรื่องเล่ามาศึกษาในสาขาเกี่ยวกับการแพทย์และความเจ็บป่วยตั้งแต่ทศวรรษที่ ๑๙๘๐ แต่เป็นหัวข้อย่อยอยู่ในการศึกษาเรื่องอัตลักษณ์และตัวตน แต่นับจากช่วงกลางทศวรรษที่ ๑๙๙๐ การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเล่าโดยเฉพาะเรื่องเล่าความเจ็บป่วยก็กลายมาเป็นหัวข้อหลัก ในตลอดช่วงระยะเวลาประมาณกว่าสิบปีไฮเดนทำการศึกษานี้ สามารถเห็นแนวโน้มพัฒนาการศึกษาเรื่องเล่าในการแพทย์ออกมาได้เป็น ๓ ลักษณะ ได้แก่ ธีม (theme) เกี่ยวกับเรื่องเล่า, ทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่า และวิธีวิทยาเกี่ยวกับเรื่องเล่า

ธีมเกี่ยวกับเรื่องเล่า ได้มีการปรับเปลี่ยนจากที่เริ่มแรกให้ความสำคัญกับเรื่องเล่าของเวชปฏิบัติและประสบการณ์ของแพทย์ในการรักษา ในภายหลังมีการให้ความสำคัญกับประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ของคนไข้มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงธีมนี้ นอกจากจะเป็นผลจากการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่มอบอำนาจให้แพทย์เป็นผู้อธิบายความเจ็บป่วย มาเป็นการสะท้อนโต้ตอบของผู้ป่วยในการเรียกร้องเสียงของความเจ็บป่วยกลับคืนมาแล้ว เรื่องเล่ามีความสำคัญมากขึ้นในการศึกษาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพราะเรื่องเล่าเป็นวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป เข้าใจอัตลักษณ์แบบใหม่ของผู้ป่วย

ตนที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้น ปรับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นใหม่ทั้งกับร่างกายของตัวเอง ตัวตน และสถานะแวดล้อม สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังนั้น กระบวนการสร้างเรื่องเล่าจะทำให้คนสามารถก่อเค้าโครงของชีวิตมองเห็นความเป็นไปได้ในการสร้างความหมายใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม อันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงของชีวิต

ทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องเล่า จากเดิมที่ในทางการแพทย์มองเรื่องเล่าเป็นการให้ข้อมูล หรือเป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เพื่อจัดเข้ากับระบบของอาการความเจ็บป่วย แต่เมื่อเรื่องเล่าถูกมองในเชิงสังคมศาสตร์ มีการให้คุณค่าเกี่ยวกับความทุกข์มากกว่าแค่ความเจ็บป่วย เรื่องเล่าเป็นการสถาปนาอัตลักษณ์จากปากคำผู้ป่วย แทนที่จะเป็นการสร้างเรื่องเล่าสำเร็จรูปจากตำราแพทย์ เรื่องเล่าจากประสบการณ์จากชีวิตประจำวันของคนไข้ จึงเป็น “ความเป็นจริง” อีกรูปแบบหนึ่งที่แตกต่างต่างในตำราแพทย์

วิธีวิทยาของเรื่องเล่า จากเดิมที่มองว่าอัตลักษณ์เป็นผลมาจากประวัติชีวิต แต่เมื่อการศึกษาเรื่องเล่าทำให้เห็นว่าเป็นกระบวนการสร้างระหว่างผู้เล่ากับผู้ฟัง อัตลักษณ์จะไม่ใช่สิ่งที่แน่นอนตายตัว แต่อัตลักษณ์สามารถเปลี่ยนแปลงและมีความเป็นไปได้หลายรูปแบบ เช่นเดียวกับการเล่าเรื่อง ความเจ็บป่วยจึงไม่ใช่การตีตรา แต่เป็นแนวโน้มและความเป็นไปได้แบบใหม่ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างเรื่องเล่า

การรวบรวมของไฮเดนซางตัน ทำให้เห็นทิศทางและแนวโน้มทางวิชาการของการศึกษาเรื่องเล่าที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ ที่ให้ความสนใจกับเรื่องเล่าความเจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายตัวตนและอัตลักษณ์ที่ถูกตัดขาดจากประวัติชีวิตเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น

ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) แพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ “เรื่องเล่าการเจ็บป่วย” (Illness Narratives) เขาไม่เห็นด้วยกับแนวทางตามจารีตนิยมที่แพทย์ส่วนมากใช้ในการรักษาโรคที่มุ่งแต่ซักถามประวัติการเจ็บป่วย หรือความเจ็บป่วยเกินขึ้นที่ส่วนใดของร่างกาย ไคลน์แมนได้เสนอแนวคิดที่เรียกว่า “แนวทางการบำบัดทางเลือก” (Kleinman, 1988: 10) โดยมีเป้าหมาย ๒ ข้อ ได้แก่ การใส่ใจรับรู้โลกประสบการณ์แห่งความทุกข์ทนของคนไข้ และการจัดการกับวิกฤตด้านสังคมจิตวิทยา (psychosocial) ของคนไข้ที่ดำรงอยู่ โดยใช้แนวคิดเรื่องเล่าการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้เข้าใจธรรมชาติและการตีความอาการเจ็บป่วย โดยผ่านโลกประสบการณ์การเจ็บป่วยของตัวคนไข้ที่รับรู้และประเมินตนเอง โดยที่ “เรื่องเล่า” เป็นการช่วยสำรวจและค้นหาตัวตนที่หายไปของผู้ป่วย และสร้างความเข้มแข็งให้กับตัวตนเดิมที่สูญเสียไป

เรื่องเล่าความเจ็บป่วยคือเรื่องเล่าที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นในขณะที่เจ็บป่วยหรือหลังจากได้รับการเยียวยาจากโรคแล้ว การสร้างเรื่องเล่าเป็นความพยายามของผู้ป่วยในการเรียบเรียงประสบการณ์ความเจ็บป่วยของตน ความเจ็บป่วยทำให้การรับรู้ถึงความต่อเนื่องของชีวิตขาดหวังหรือผิดแปลกไปจากเดิม ส่งผลต่อมุมมองและความพยายามในการเข้าใจชีวิตหรือตีความความหมายของชีวิต การสร้างเรื่องเล่าจึงเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ทำความเข้าใจกับวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเอง ทำความเข้าใจกับชีวิตว่าเกิดอะไรขึ้นเพื่อให้ดำรงอยู่และยอมรับกับประสบการณ์นั้นได้ การเล่าเรื่องจึงเป็นเป็นการผลิตซ้ำตัวตนเดิม และสร้างตัวตนใหม่ในชีวิตประจำวันไปพร้อมกัน การเล่าเรื่องจึงเป็นรูปแบบการตอบโต้กันระหว่างความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับตัวตนของผู้ป่วยกับผู้อื่น การเล่าเรื่องจึงเต็มไปด้วยชุดประสบการณ์ คำพูด เป้าหมาย และการคาดหวัง เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นใน

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่นเดียวกับที่ตอบสนองความต้องการของผู้อื่นด้วยเช่นกัน

เรื่องเล่าความเจ็บป่วยของคนไข้บอกเล่าเรื่องสำคัญอย่างน้อย ๒ เรื่อง อย่างแรกประสบการณ์ที่เป็นส่วนตัวมากๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตัวเอง ซึ่งแฝงฝังด้วยเรื่องเล่าที่แสดงให้เห็นเครือข่ายสังคม รูปแบบความเชื่อท้องถิ่น มายาคติ รวมถึงประวัติศาสตร์ทางวัฒนธรรมในสังคมนั้น อย่างที่สอง แม้แต่เรื่องเล่าในเชิงวัฒนธรรมของสังคมนั้นเองก็สอดแทรกเรื่องราวการต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งระบบสุขภาพและความสมบูรณ์แบบ ที่เป็นการต่อสู้กับความแปลกแยกที่มาจากสังคมอื่น ยกตัวอย่างจากบันทึกที่มาจากผู้อพยพหรือสังคมที่ตกอยู่ภายใต้อาณานิคม มักจะบรรยายถึงการแบ่งปันประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอดีตหรือปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นการพลัดพราก ความสูญเสีย ความลำบากทางร่างกาย การถูกเหยียดหยันกีดกัน ความยากจน หรือการถูกจำกัดทั้งหมดนี้ล้วนแต่ส่งอิทธิพลสำคัญถึงธรรมชาติและความเป็นไปของความเจ็บป่วยทั้งสิ้น อาจกล่าวได้ว่า เรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วยก็คือบันทึกประสบการณ์ของความทุกข์ (Skultans 1998: 225-32)

เรื่องเล่าความเจ็บป่วย ช่วยในการปรับตัว กอบกู้ตัวตนของคนไข้ที่แตกสลายไม่ลงรอยจากบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์กับคนรอบข้างให้กลับฟื้นคืน สร้างความรู้สึกแห่งศักดิ์ศรีและมีคุณค่าของความเป็นมนุษย์ระหว่างการอยู่ในโลกประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังนั้น แนวทางการบำบัดทางเลือกที่อาศัยเครื่องมือที่เรียกว่า “เรื่องเล่าการเจ็บป่วย” นี้ จึงไม่เพียงทำให้เกิดความเคารพต่อการตัดสินใจในตัวตนของคนไข้ แต่เพื่อยินยอมให้คนไข้ได้มีบทบาทมากขึ้นในการดูแลความเจ็บป่วยของตนเอง แทนที่จะเป็นแค่ตัวถูกรับการบำบัดทางการแพทย์ ทั้งในมุมมองของหมอและคนไข้ว่า ไม่ได้เป็นโลกประสบการณ์ทางธรรมชาติแห่งความทุกข์ทรมานเหมือนที่เคยเข้าใจกัน แต่เป็นโลกประสบการณ์ทางวัฒนธรรมที่ควบคุมได้ (Kleinman, 1988: 49)

แนวคิดดังกล่าวของโคลน์แมน อาจจะขัดกับการรับรู้ของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขโดยทั่วไปที่มองว่า การร่วมรับรู้เห็นใจผู้ป่วยเป็นเรื่องทำได้ยาก เพราะการที่จะเห็นใจผู้อื่นได้ ต้องเคยผ่านหรือมีประสบการณ์การเจ็บป่วยที่คล้ายกันมาก่อน ซึ่งความคิดเช่นนี้เป็นการจำกัดมุมมองอยู่แค่ว่า แพทย์อาจจะมีประสบการณ์การเจ็บป่วยร่วมกับคนไข้ ผ่านทางคำอธิบายการเจ็บป่วยของคนไข้ (explanatory model) แต่หมอที่รักษาก็ไม่สามารถจะมีประสบการณ์ร่วมเห็นใจกับคนไข้อย่างแท้จริงได้ แต่โคลน์แมนได้แย้งว่า ความเป็นอกเห็นใจเป็นสิ่งที่สามารถจินตนาการขึ้นมาได้ ไม่ได้หมายความว่าต้องบังคับให้หมอกลายเป็นคนไข้เสียก่อนถึงจะเข้าใจโลกประสบการณ์การเจ็บป่วย (Kleinman, 1988: 43)

โคลน์แมนจึงเสนอให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขสนใจร่วมรับฟังเรื่องเล่าการเจ็บป่วยตามที่ผู้ป่วยเล่ามา ไม่เพียงแต่จะเป็นการสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจแก่กัน แต่ยังเปรียบเสมือนเป็นประตูที่จะทำความเข้าใจโลกประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ดำรงอยู่อย่างซับซ้อนยาวนาน เนื่องจากเรื่องเล่าการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยนำเสนอออกมานั้น โดยมากสร้างจากการใช้คำเปรียบเทียบหรืออุปลักษณ์ทางวัฒนธรรม (metaphors) ตำนานท้องถิ่น (folklores) หรือความเชื่อของสาเหตุต่างๆ ที่ไหลเวียนอยู่ในวัฒนธรรมของคนไข้ (ประชาติป กะทา, ๒๕๕๑: ๑๓๘)

การเสนอแนวคิด “เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” (narrative medicine)

การใช้เรื่องเล่าในทางแพทย์เพื่อการรักษา น่าจะเริ่มมาตั้งแต่วิธีการรักษาผู้ป่วยทางจิตด้วยวิธีจิตวิเคราะห์ (psychotherapy) ของฟรอยด์ (Sigmund Freud) ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องเล่าของผู้ป่วยในการรักษาอาการทางจิต แต่แล้ววิธีการรักษาจิตเวชของแพทย์ก็ได้พัฒนามารักษาด้วยยาและเครื่องมือทางการแพทย์แทน จนทำให้การรักษาทางจิตวิทยามองข้ามเรื่องเล่าของผู้ป่วย

เรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วย เริ่มมีให้เห็นในตลาดหนังสือตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ ๑๙๕๐ หากจัดอยู่ในหมวดหนังสือสุขภาพหรือหมวดดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๖๐ เกิดกลุ่มต่อต้านการรักษาแบบจิตเวช (Anti-psychiatric group) นำโดยนักวิชาการและนักจิตวิทยา เช่น คูเปอร์ (David Cooper) แลง (R.D. Laing) ซาสซ์ (Thomas Szasz) มองว่าการรักษาทางจิตเวชแบบสมัยใหม่เป็นการกระทำความรุนแรงกับผู้ป่วย ควรกลับมายึดหลักการรักษาแบบดั้งเดิมที่เน้นรับฟังเรื่องเล่าของผู้ป่วยมากกว่า ส่งผลให้เกิดองค์กรอิสระอย่าง The World Federation for Mental Health และ MIND ในปี ๑๙๗๐ เพื่อส่งเสริมในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยทางจิตและครอบครัวผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้พื่อนำเสนอภาพหรือสร้างอัตลักษณ์ของผู้ป่วยด้วยตัวเอง การเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเรียกร้องสิทธิมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยออกมาบอกเล่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยมากขึ้น และทำให้สังคมยอมรับกับเรื่องเล่าประเภทนี้ จนในช่วงทศวรรษ ๑๙๘๐ มีหนังสือเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยออกมามาก โดยเฉพาะเขียนโดยบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคม ทำให้เรื่องเล่าความเจ็บป่วยได้รับความสนใจจากคนในสังคมมากขึ้น จนมาถึงในปัจจุบัน เมื่อมีผู้รอดชีวิตจากความเจ็บป่วยขั้นร้ายแรง หรือเป็นผู้ที่ยังต้องใช้ชีวิตกับความเจ็บป่วยเรื้อรังมากขึ้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลจึงต้องการทราบประสบการณ์ของผู้อื่น ผู้ที่ประสบวิกฤตการณ์เดียวกัน เรื่องเล่าความเจ็บจึงเป็นที่นิยมมากขึ้นในตลาดหนังสือวงกว้าง (ชุดนิพนธ์ ตรีอำนาจ, ๒๕๕๒: ๓๕-๓๖)

ในด้านการเรียนการสอน นับตั้งแต่ในทศวรรษที่ ๑๙๗๐ หลักสูตรแพทยศาสตร์มีการนำรูปแบบของเรื่องเล่าประเภทวรรณกรรม เช่น นวนิยาย เรื่องสั้น หรือวรรณกรรมที่ถูกดัดแปลงมาเป็นละครหรือภาพยนตร์ มาใช้ในการเรียนการสอน คัดสรรเนื้อเรื่องมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของการสอนจริยธรรมหรือศีลธรรมทางการแพทย์ วรรณกรรมที่ถูกเลือกมานั้นมักจะเป็นวรรณกรรมแนวสมจริง (realistic) เขียนโดยแพทย์ (ที่เป็นนักเขียน) หรือเป็นนักเขียนชื่อดังที่สะท้อนถึงภาวะความเจ็บป่วย การรักษา หรือแสดงให้เห็นภาพของผู้ป่วยและบริบททางสังคม ตัวอย่างงานในกลุ่มนี้ที่ได้รับการศึกษาอย่างแพร่หลาย เช่น งานเขียนของนพ. ริชาร์ดเซลเซอร์ (Richard Selzer) เรื่อง *Letters to Young Doctor* (1982), *The Doctor Stories* (1988) บทกวีของวิลเลียม คาร์ลอส วิลเลียมส์ (นายแพทย์และนักเขียนรางวัลพูลิตเซอร์ มีผลงานตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ ๑๙๐๐-๑๙๖๐) โอลิเวอร์ แซกส์ (จิตแพทย์) เรื่อง *The Man Who Mistook His Wife for a Hat* (1985) นิยายและเรื่องสั้นของลีโอ ตอลสตอย เช่น *Anna Karenina* (1887), *The Death of Ivan Illych* (1886) เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ด้วยการหลอมรวมแนวคิดในเชิงสหวิทยาการที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรื่องเล่ามากขึ้น ทำให้การใช้เรื่องเล่าในการศึกษาแพทยศาสตร์ไม่ได้จำกัดรูปแบบเพียงแค่วรรณกรรมหรือนิยายอีกต่อไปแล้ว แอนน์ ฮัตสัน โจนส์ สรุปประวัติการนำวรรณกรรมเข้ามาใช้สำหรับสอนในโรงเรียนแพทย์ ในบทความ

เรื่อง Literature and Medicine: Narrative Ethics (Jones, 1997: Online) ว่า ในช่วงทศวรรษแรก ค.ศ. ๑๙๗๒-๘๑ วรรณกรรมถูกนำมาสอนในหลักสูตรเพื่อกล่อมเกลาจิตใจของนักศึกษาแพทย์ให้รู้จักจริยธรรม ความงาม และความดี จึงเป็นส่วนเสริมในการสอนวิชาหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (principle-based ethics) ในทศวรรษต่อมา ค.ศ. ๑๙๘๒-๙๑ การศึกษาวรรณกรรมกับการแพทย์ ไม่ได้จำกัดเพียงแค่ เนื้อเรื่อง (story) อย่างที่ปรากฏในวรรณกรรมรูปแบบเฉพาะ เช่น นิยาย เรื่องสั้น เท่านั้น แต่เป็นการศึกษา เรื่องเล่า (narrative) ที่ครอบคลุมงานเขียนหลากหลายประเภท เช่น ประวัติผู้ป่วย บันทึกทางการแพทย์ กรณีศึกษาทางการแพทย์ (case studies) โดยมีการใช้ทฤษฎีวรรณกรรมเข้ามาศึกษาประกอบด้วย เพื่อให้นักศึกษา แพทย์ ได้สัมผัสมุมมองที่แตกต่างกัน เกิดความเข้าใจและมีมุมมองทางจริยธรรมทางการแพทย์ที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น โดยไม่ด่วนตัดสินหรือยึดถือตามกฎเกณฑ์อย่างเคร่งครัด แต่ให้มีลักษณะยืดหยุ่นโดยอาศัยเรื่องเล่าเป็นสะพาน เชื่อมโยง (narrative bridge) ระหว่างหลักวินัยซึ่งเป็นหลักการโดยรวมกับการตีความเป็นกรณีเฉพาะบุคคล ไป เธอเรียกหลักการลักษณะนี้ว่า narrative ethics หรือจริยธรรมเรื่องเล่า

การเสนอความคิดเพื่อนำเรื่องเล่ามาใช้ในกระบวนการเรียนและกระบวนการรักษา ยังพบในบทความ เรื่อง The Study of Literature in Medical Education (Hunter et al., 1995: Online) แคทริน มอนต์โก เมอรี ฮันเตอร์, ริตา ซารอน และจอห์น แอล. คูเลอแฮน เสนอถึงประโยชน์ของการเรียนวรรณกรรมและการ สร้างความสามารถในการใช้เรื่องเล่า (narrative competence) ว่า ทำให้เข้าถึงประสบการณ์และการให้ คุณค่าของบุคคลฝ่ายต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ว่าจะแพทย์, ผู้ป่วย, ครอบครัว สร้างทักษะให้กับ การสังเกตและการตีความ เปิดตัวเองให้กับจินตนาการใหม่ๆ ในกระบวนการรักษา รับรู้ รับฟัง รับทราบ ถึง สถานการณ์ของความทุกข์ยากและซับซ้อนที่ชีวิตคนเราต้องเผชิญในยามป่วยไข้ ด้วยเหตุนี้แล้ว ความคิดเรื่อง การนำเรื่องเล่าเข้ามาใช้ในกระบวนการเรียนการสอนแพทยศาสตร์ จึงไม่ใช่เพียงการเรียนการสอนศีลธรรม จริยธรรมในชั้นเรียนของแพทย์มือใหม่แล้ว แต่ยังสามารถนำแนวคิดและวิธีการศึกษาเรื่องเล่าไปปรับใช้ในมิติ อื่นๆ ซึ่งส่งผลดีกับกระบวนการรักษาได้อีกด้วย จึงเรียกการศึกษาในเป้าหมายนี้ว่า Narrative Medicine

การใช้ “เรื่องเล่า” เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข เรียกโดยรวมว่า narrative medicine ซึ่งมีแนวความคิดและกรอบการปฏิบัติที่ชัดเจน อีกทั้งสามารถ เผยแพร่ให้เกิดเป็นการเรียนการสอนในระดับมหาวิทยาลัยได้ ซึ่งอาจแบ่งเสียงของผู้นำเสนอหลักได้เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

“กระบวนการรักษาด้วยเรื่องเล่า” หรือ narrative based medicine โดยกลุ่มของทริชา กรีน ฮอลล์ ใน *British Medical Journal*

ผู้นำการศึกษาในกลุ่มนี้ได้แก่ กรีนฮอลล์ (Trisha Greenhalgh), เฮอรวิตซ์ (Brian Hurwitz), โจนส์ (Ann Hudson Jones) เป็นต้น นักวิชาการกลุ่มนี้มาจากฝั่งอังกฤษเป็นส่วนใหญ่ ประกาศเผยแพร่ แนวความคิดเรื่อง narrative based medicine เป็นบทความต่อเนื่องจำนวน ๕ ชิ้น ตีพิมพ์ในวารสาร การแพทย์ชั้นนำ *British Medical Journal* (BMJ) ตั้งแต่ ๒-๓๐ มกราคม ๑๙๙๙ ได้แก่ “Why Study Narrative?” (Greenhalgh and Hurwitz, 1999: online) “A Narrative Approach to Mental Health

in General Practice” (Launer, 1999: online) “Stories We Hear and Stories We Tell: Analysing Talk in Clinical Practice” (Elwyn and Gwyn, 1999: online) “Narrative in Medical Ethics” (Jones, 1999: online) และ “Narrative Based Medicine in an Evidence Based World” (Greenhalgh, 1999: online)

บทความทั้ง ๕ ชิ้นนี้เสนอกรอบความคิดเรื่องการนำเรื่องเล่ามาเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพของการรักษา เนื่องจากว่าวงการแพทย์และสาธารณสุขถูกครอบงำด้วยความคิดแบบปฏิฐานนิยม (positivism) ซึ่งรับรองการศึกษาและความคิดที่ต้องพิสูจน์ให้ประจักษ์ได้อย่างชัดเจนเป็นระบบและตรวจทานได้ สืบเนื่องมาถึงการยอมรับวิธีและผลทางการรักษาที่ต้องมีหลักฐานรองรับ (evidence-based medicine) แต่เมื่อประสบกับปัญหาในกระบวนการรักษาแบบเดิม แพทย์และนักวิชาการกลุ่มนี้จึงได้เสนอแนวคิดใหม่นั้นคือ กระบวนการรักษาด้วยเรื่องเล่า (narrative based medicine)

ข้อเสนอของแพทย์และนักวิชาการกลุ่มนี้ต้องการให้มีการหวนกลับมาให้ความสนใจกับกระบวนการเล่าเรื่องและการรับฟังเรื่องเล่าให้มากขึ้นในขั้นตอนการรักษา โดยเฉพาะการรับฟังอย่างจดจ่อและเข้าร่วมมีประสบการณ์กับเรื่องเล่าความเจ็บป่วยอันจะเป็นส่วนสำคัญในการทำ ความเข้าใจหรือตีความกับ “ความหมาย” ที่แฝงเร้นอยู่ในภาวะของความเจ็บป่วย นำไปสู่กระบวนการรักษาที่ดีและรอบด้านมากขึ้นกว่าการยึดกับแนวปฏิบัติเดิมๆหันมาให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (patient-centred approach) ไม่ใช่แค่หาวิธีการพิชิตโรคร้าย สร้างมนุษยสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รักษาและผู้รับการรักษา ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งในการเสริมสร้างจริยธรรมทางการแพทย์ที่ไม่ได้ผูกขาดคำตัดสินไว้ที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใด แต่ด้วยการรับฟังและแลกเปลี่ยนเรื่องเล่านี้จะเป็นการสร้างความยินยอมพร้อมใจร่วมกันอันจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในวิชาชีพนี้ได้

narrative based medicine เป็นข้อเสนอสำหรับแนวทางการรักษาหรือแนวทางการปฏิบัติ เพื่อสะท้อนกับแนวความคิดแบบ evidence-based medicine บทความจึงมีลักษณะเป็นคู่มือการศึกษาหรือวิเคราะห์ตัวอย่างจากกรณีศึกษา โดยอาศัยแนวคิดจากวรรณกรรมศึกษาและกรอบความคิดจากสังคมศาสตร์เข้ามาช่วยวิเคราะห์หรืออธิบายความหมายของเรื่องเล่าและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นกับกระบวนการเล่าเรื่องนั้นๆ ตัวอย่างบทความชิ้นสำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ บทความ ๕ ชิ้นในวารสาร BMJ ดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีหนังสือรวมบทความที่สำคัญได้แก่ *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice* (Greenhalgh and Hurwitz, 1998) *Narrative Based Primary Care: A Practical Guide* (Launer, 2002) *Narrative Based Healthcare: Sharing Stories - A Multiprofessional Workbook* (Greenhalgh and Collard, 2003) *What Seems to be the Trouble? Stories in Illness and Healthcare* (Greenhalgh, 2006) *Narrative Research in Health and Illness* (Hurwitz et al, 2004)

“เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา” หรือ narrative medicine ของกลุ่มริตา ชารอนแห่ง Columbia University

นักวิชาการกลุ่มนี้มาจากฝั่งอเมริกาเป็นส่วนใหญ่ โดยมีริตา ชารอน ผู้นำการศึกษาเป็นแพทย์/นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ในบทความเรื่อง “What to Do With Stories: The Sciences of

Narrative Medicine” (Charon, 2007: Online) ชารอน ได้อธิบายถึงพัฒนาการการศึกษานี้ว่า เธอเป็นผู้ใช้กลุ่มคำ “narrative medicine” ครั้งแรกในปี ๒๐๐๐ เพื่อหมายถึง “กระบวนการรักษาพยาบาลที่เพิ่มพลังได้จากความสามารถในการใช้เรื่องเล่า – ด้วยความสามารถในการตระหนัก ซึมซับ เผาผลาญ ตีความ และมีอารมณ์ร่วมไปกับเรื่องเล่าของความเจ็บป่วย” โดยมีทีมงานซึ่งเป็นแพทย์และนักวิชาการจากหลายสาขามาช่วยขยายความเข้าใจกับการศึกษาเรื่อง narrative medicine นี้ในหลายมิติ ได้แก่ ดัสคุปตา (Sayantani DasGupta), เออร์ไวน์ (Craig Irvine), มาร์คัส (Eric Marcus), สปีเกล (Maura Spiegel), สแตนลีย์ (Patricia Stanley)

จุดสำคัญในการศึกษา เผยแพร่ ตลอดจนผลักดันให้เกิดการเรียนการสอน narrative medicine ของริตา ชารอนและทีมงานนั้น เป็นไปเพื่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในกระบวนการรักษา ในกระบวนการเรื่องเล่านี้เองทั้งผู้เล่าและผู้ฟังจะเกิดการแลกเปลี่ยนสะท้อนโต้ตอบกันตลอดเวลา (reflection) ทำให้เกิดการปรับบทบาทระหว่างผู้ให้กับผู้รับ ไม่มีใครอยู่ฝ่ายตั้งรับหรือผลักดันอย่างเดียว การแลกเปลี่ยนนี้ทำให้เกิดความอบอุ่นและอ่อนโยนขึ้นสำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขให้หวนกลับไปทำงานด้วยหัวใจที่ทุกซ່อร้อนอ่อนไหวไปกับเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน (profession) และในที่สุดแล้วจึงสามารถสร้างความไว้วางใจในตัวผู้รักษาและผู้รับการรักษาอีกครั้ง (trust)

narrative medicine ได้รับการบรรจุเป็นหลักสูตรหรือเป็นโครงการศึกษาในหลายแห่งทั่วโลกทั้งในทวีปอเมริกา ยุโรป ละตินอเมริกา ตะวันออกกลาง และออสเตรเลีย สำหรับที่มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ในนิวยอร์ก มีการศึกษาเป็นหลักสูตรปริญญาโท (M.S. in Narrative Medicine) ซึ่งริตา ชารอนเป็นหนึ่งในผู้ก่อตั้งและผู้สอนอยู่ที่นั่นด้วย เสนอหลักสูตรในการฝึกความสามารถในการใช้เรื่องเล่า ทั้งการฟัง การอ่าน การเขียน เพื่อให้ผู้เรียน ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่าง แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เรียนที่มาในสาขาอื่นๆ โดยเฉพาะด้านวรรณกรรมศึกษาหรือนักเขียน โดยมุ่งหวังให้การฝึกการใช้เรื่องเล่า (narrative training) สามารถเพิ่มพูนความสามารถในกระบวนการเยียวยารักษาที่ไม่เพียงแค่เฉพาะการรักษาโรค แต่เป็นการเยียวยา “ตัวตน” ของผู้ที่อยู่ในกระบวนการรักษานั้นทั้งหมด ทั้งผู้รักษา (healer) และผู้ได้รับการรักษา (healed) ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษานั้น เช่น ผู้ดูแล (caregiver) และสังคมโดยรวม (community) ซึ่งได้รับรู้และร่วมแลกเปลี่ยนกับเรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วยนั้น

บทอ่านชิ้นสำคัญในการศึกษาเรื่อง narrative medicine ของกลุ่มริตา ชารอน ปรากฏเป็นบทความที่แพร่หลายมาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษของปี ๒๐๐๐ ในวารสารทางการแพทย์ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์หลายฉบับ เช่น *Narrative, Annals of Internal Medicine, Journal of the American Medical Association (JAMA), Lancet, The New England Journal of Medicine* และ *Literature and Medicine* ซึ่งเป็นวารสารวิชาการราย ๖ เดือน ของมหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ซึ่งริตา ชารอนเคยเป็นบรรณาธิการ นอกจากนี้ยังมีวารสาร *The Intima* ซึ่งเป็นวารสารสำหรับ narrative medicine โดยเฉพาะ ส่วนหนังสือรวมบทความที่ได้รับการอ้างอิงทางวิชาการอยู่เสมอ ได้แก่ *Narrative Medicine: Honoring the*

Stories of Illness (Charon, 2006) *Stories Matter: The Role of Narrative in Medical Ethics* (Charon and Montello, 2002)

นอกจากสองกลุ่มหลักนี้แล้ว ยังพบผู้ใช้คำ narrative medicine ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยเรื่องเล่า แต่เป็นไปในฐานะการแพทย์ทางเลือก (alternative medicine) ตัวอย่างที่น่าสนใจ ได้แก่ ดร. เมห์ล-มาโดรนา (Lewis Mehl-Madrona) แพทย์ จิตแพทย์ และผู้ศึกษาวัฒนธรรมชาวอินเดียนแดงอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะการรักษาแบบชนเผ่าแบบดั้งเดิม และความพยายามในการปรับให้วิถีการแพทย์แบบปัจจุบัน เขาเขียนหนังสือหลายเล่มเกี่ยวกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการรักษาของชาวอินเดียนแดง ได้แก่ *Coyote Medicine* (1997) *Coyote Healing: Miracles in Native Medicine* (2003) *Coyote Wisdom: The Power of Story in Healing* (2005) จนนำมาสู่แนวความคิดที่ว่า การเล่าเรื่องเป็นพลังสำคัญในการรักษาและสร้างโลกทัศน์ทางสุขภาพ ความเจ็บป่วยและการรักษาความเจ็บป่วยนั้นจะถูกทำให้มีความหมายและเป็นจุดมุ่งหมายในเรื่องราวของชีวิตคนคนหนึ่ง เพื่อให้หายป่วยทั้งสังคมต้องสถาปนาเรื่องเล่าให้ทุกคนเชื่อว่าจะมีทางรักษาหรือรับมือกับความเจ็บป่วยนั้นได้ เพื่อให้ทุกคนมีความหวังและเชื่อในการรักษาสุขภาพนั้น ดังที่ปรากฏต่อมาในหนังสือ *Narrative Medicine* (2007) และ *The Healing Power of Story: The Promise of Narrative Psychiatry* (2010) (Mehl-Madrona, 2007; Klosterman, 2009: Online)

การศึกษาเรื่อง narrative medicine ในสังคมไทย

สำหรับในประเทศไทย การศึกษาเรื่องเล่ากับการแพทย์ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเป็นหลักวิชาในการเรียนการสอนอย่างเต็มรูปแบบ หากแต่มีการเผยแพร่อยู่บ้างเนื่องจาก “เรื่องเล่า” หรือ narrative เป็นประเด็นทางวิชาการที่ได้รับความสนใจในวงวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมา

เสียงหลักของการนำเสนอการศึกษาเรื่อง narrative medicine ในสังคมไทย ได้แก่ ดร.นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ มีความพยายามในการนำเสนอประเด็นเรื่อง “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” เพื่อให้เข้าสู่เป้าหมายนั้นจึงจะต้องรื้อระบบความคิดของการทำงานและการให้บริการของแพทย์และบุคลากรในวิชาชีพสาธารณสุข โดยใช้ “การเรียนรู้จากเรื่องเล่า” มาช่วยสร้างความละเอียดอ่อนในจิตใจ ให้รู้จักคิดและรู้สึกแทนคนอื่นได้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๐)

แนวความคิดเรื่องการเรียนรู้จากเรื่องเล่าถูกนำไปขยายผลให้กับบริการปฐมภูมิ เพื่อปรับเปลี่ยนกรอบความคิดเดิมที่มักมองการบริการปฐมภูมิเป็นเพียงหน้าด่านคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งเข้าโรงพยาบาล หรือเป็นเพียงสถานพยาบาลของผู้ยากไร้ที่เข้าไม่ถึงโรงพยาบาลใหญ่ๆ ส่งผลให้เกิดความถดถอยต่อตัวของทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทั้งที่จริงบริการปฐมภูมิมิคุณลักษณะเด่นอยู่ที่ความใกล้ชิดระหว่างผู้รักษาและผู้รับการรักษา ตลอดจนมีลักษณะเฉพาะตัวตามแต่ละวัฒนธรรม จึงทำให้เอื้อต่อการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชนได้ เพื่อให้ประชาชนและบุคลากรในบริการปฐมภูมิได้หวนกลับมาเห็นความสำคัญในมิตินี้อีกครั้ง จึงได้เกิดโครงการวิจัยที่จะนำเรื่องเล่ามาเป็นสะพานเชื่อมโยง ในโครงการวิจัยของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ เรื่อง “เรื่องเล่า งานคือความดีในระบบบริการปฐมภูมิ (Narrative in Primary Care)” โดยศึกษาผ่านเรื่องเล่าประสบการณ์ด้านดีในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ด้วย

สมมติฐานว่าด้วยอำนาจของเรื่องเล่าและสุนทรียสาธก (Appreciative Inquiry) สามารถปลุกฝังและแพร่ขยาย “เรื่องดีๆ” ที่สร้างขวัญและฟื้นฟูกำลังใจในองค์กรขึ้นมาได้ (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ, ๒๕๕๑) โดยมีผลงานเป็นหนังสือรวมเรื่องเล่าชุด *งานคือความดี* จำนวน ๗ เล่ม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, ๒๕๕๑)

โครงการวิจัยนี้ได้มีการต่อยอดขยายผลไปทั่วประเทศ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมหาชน (สรพ.) นำเสนอแนวคิดนี้สู่โรงพยาบาลต่างๆ ในราวปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ภายใต้โครงการ SHA (Spiritual Health Accreditation) ต่อมา สรพ. ได้ร่วมมือกับสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ จัดการอบรมปฏิบัติการเวชปฏิบัติ “เรื่องเล่ากับการเรียนรู้ (Narrative Medicine Workshop: Learning Through Stories)” จัดการอบรมเรื่องเล่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ มีจำนวนผู้ผ่านการอบรมเรื่องเล่าทั้งสองรุ่นรวมแล้ว ๑๑๒ โรงพยาบาล และยังคงมีการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการเข้าร่วมอบรมปฏิบัติการเวชปฏิบัติ “เรื่องเล่ากับการเรียนรู้ (Narrative Medicine Workshop)” ทำให้เกิดการตื่นตัวในการใช้เรื่องเล่าเพื่อช่วยฟื้นฟู เยียวยา สร้างพลังและกำลังใจให้กับบุคลากรในวิชาชีพ จนก่อให้เกิดการขยายผลที่เป็นรูปธรรม โดยมีการเขียนเรื่องเล่าจากประสบการณ์การทำงานซึ่งจะตีพิมพ์เป็นประจำในคอลัมน์ “สารคดีชีวิต” ในวารสาร *สุขภาพ* นับตั้งแต่ฉบับปฐมฤกษ์ (๒๕๕๑) จนปัจจุบัน อีกทั้งยังมีหนังสือรวมเล่มที่เกิดมาจากรเรื่องเล่าในการอบรมเหล่านี้ ได้แก่ *เรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่* (วีระศักดิ์ จันทรสงแสงและโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๒) *เรื่องเล่า เปลี่ยนเรา เปลี่ยนโลก* (มธุรส ศิริสถิตย์กุล, ๒๕๕๓)

นอกจากนี้แล้ว ในแวดวงวิชาการทั่วไป เริ่มมีความสนใจในเชิงสหวิทยาการในการศึกษาเรื่องเล่ากับการแพทย์มากขึ้น ตัวอย่างงานศึกษาที่น่าสนใจได้แก่ วิทยานิพนธ์ *ความเจ็บป่วย อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ: เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลชุมชน* (อดิศักดิ์ จึงพัฒนามดี, ๒๕๔๘) *รายงานวิจัยภาพตัวแทนทางสังคมของคนพิการในสังคมไทยกรณีศึกษาผ่านวรรณกรรมไทย* (กุลภา วจนสาระ, ๒๕๔๘) วิทยานิพนธ์ *วาทกรรมความพิการในเรื่องเล่าสมัยใหม่ของไทย* (ถนอมนวล หิรัญเทพ, ๒๕๕๑) *เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่* (ชุตินณณ์ ตรีอำรรค, ๒๕๕๒)

รายการอ้างอิง

- Charon, R. & Montello, M. (eds.). 2002. *Stories matter: the role of narrative in medical ethics*. New York & London: Routledge.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Charon, R. (2007). What to Do With Stories: The Sciences of Narrative Medicine. *Canadian Family Physician* [Online] 53. pp.1265-1267. Available from

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949238/> [Accessed: 11th December 2013].
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: SAGE Publications.
- Elwyn, G. and Gywn, R. (1999). Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* [Online] 318 (7177). pp. 186-8. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114667/> [Accessed: 11th December 2013].
- Greenhalgh, T. (1998). Narrative based medicine in an evidence based world. In Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (eds). *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative Based Medicine in an Evidence Based World. *BMJ* [Online] 318 (7179). pp. 323-5. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114786/> [Accessed: 11th December 2013].
- Greenhalgh, T. and Hurwitz B. (1999). Why study narrative?. *BMJ* [Online] 318 (7175). Pp. 48-50. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114541/> [Accessed: 11th December 2013].
- Greenhalgh, T. & Collard, A. (2003). *Narrative based health care: sharing stories*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. (2006). *What seems to be the trouble? narrative research in health and illness*. London: BMJ Books.
- Hurwitz, B., Greenhalgh, T. & Skultans, V. (eds.). (2004). *Narrative research in health and illness*. London: BMJ Books.
- Hunter K.M., Charon, R., Coulehan, J. (1995). The study of literature in medical education. [Online] 70. pp. 787-794. Available from http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1995/09000/The_Study_of_Literature_in_Medical_Education.16.aspx [Accessed: 11th December 2013].
- Hyden, L-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*. [Online] 19 (1). pp. 48-69. Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Jones, A.H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet* [Online] 349. pp.1243-46. Available from

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305740/pdf/westjmed00311-0052.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Jones, A.H. (1999). Narrative in medical ethics. *BMJ* [Online] 318 (7178). pp. 253-6. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114730/> [Accessed: 11th December 2013].
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Klosterman, L. (2009). Narrative medicine heals bodies and souls. *Chronogram* [Online] Sep-Oct. Available from <http://www.utne.com/mind-and-body/narrative-medicine-heals-bodies-and-souls.aspx?PagelD=1> [Accessed: 11th December 2013].
- Launer, J. (1999). A narrative approach to mental health in general practice. *BMJ* [Online] 318 (7176). pp. 117-9. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114579/> [Accessed: 11th December 2013].
- Launer, R. (2002). *Narrative based primary Care: a practical guide*. London: Radcliffe Publishing.
- Mehl-Madrone, L. (2007). *Narrative medicine: the use of history and story in the healing process*. Vermont: Bear & Company.
- Skultun, V. (1998). Anthropology and narrative. In Greenhalgh T. & Hurwitz B. 1998. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Publications, pp. 225-32.
- กุลภา วจนสาระ. (๒๕๔๘). รายงานวิจัยภาพตัวแทนทางสังคมของคนพิการในสังคมไทยกรณีศึกษาผ่านวรรณกรรมไทย. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๕). จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า ๔๑-๗๕.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๕๐). การแพทย์ที่มีหัวใจของมนุษย์. ใน วรพงษ์ เวชมาลีนนท์ (บก.). *อุดมคติ นักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๑: งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต*. นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๒: ความดีที่เยียวยา*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๓: มนุษย์เล็กๆ ในระบบที่ซับซ้อน*.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๔: กำลังใจและความหวัง*. นนทบุรี:

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๕: ก่อนโลกขวานรับ*. นนทบุรี:

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๖: หุ่นส่วนความดี*. นนทบุรี:

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๗: ฟ้าหลังฝน*. นนทบุรี: สำนักวิจัย

สังคมและสุขภาพ.

ชุดิณชนันท์ ตรีอำรรค. (๒๕๕๒). *เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่*.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาวรรณคดีเปรียบเทียบ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ถนอมนวล หิรัญเทพ. (๒๕๕๑). *วาทกรรมความพิการในเรื่องเล่าสมัยใหม่ของไทย*. วิทยานิพนธ์ดุขบัณฑิต

ภาควิชาวรรณคดีเปรียบเทียบ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปกรณ์ สิงห์สุริยา. (๒๕๔๙). *ศาสตร์การตีความเรื่องเล่าของปอล ริเกอร์ในการวิจัยทางการแพทย์*. ใน

สุวรรณา สถาอานันท์. (บก.) *ความจริงในมนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ปกรณ์ สิงห์สุริยา, คงกฤษ ไตรรงค์ และรชฏ สาตราวุธ. (๒๕๕๖). *เรื่องเล่า อัตลักษณ์ และความยุติธรรมใน*

ปรัชญาของปอล ริเกอร์. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

ประชาธิป กะทา. (๒๕๕๑). *มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยเรื้อรัง*. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ

คณะ. *วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา : แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์*. นนทบุรี :

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

มธุรส ศิริสถิตกุล. (บก.). (๒๕๕๓). *เรื่องเล่า เปลี่ยนเรา เปลี่ยนโลก*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

วีรศักดิ์ จันทร์สงแสง และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). (๒๕๕๒). *เรื่องเล่า จินตนาการสุขภาพใหม่*.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (๒๕๕๑). *สุนทรียสาธก เรื่องเล่ากับการรื้อถอนมายาคติบริการปฐมภูมิ*. *หมอ*

อเนกมัย (พฤษภาคม-มิถุนายน). ๗-๒๐.

อดิศักดิ์ จึงพัฒนาดิ. (๒๕๔๘). *ความเจ็บป่วย อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ: เรื่องเล่าจาก*

โรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บทที่ ๓

ความหมายและจุดมุ่งหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา

หลังจากที่เข้าใจปัญหาและที่มา หรือรวมถึงกลุ่มของแนวความคิดของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาแล้ว ในบทนี้จะมาทำความเข้าใจความหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) และวิธีการฝึกการสร้างความสามารถทางเรื่องเล่า (narrative competence) รวมทั้งจุดมุ่งหมายและประโยชน์ของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) เพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

ความหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine)

ริตา ชารอน ผู้เขียน *Narrative medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006) ได้ให้ความหมายของเวชปฏิบัติที่เรียกว่า narrative medicine หรือที่ในงานวิจัยนี้แปลว่า เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาว่าหมายถึง “การรักษาด้วยการใช้ทักษะความสามารถทางเรื่องเล่าเพื่อที่จะตระหนัก ซึมซับ ตีความ และทุกซักร้อนอ่อนไหวไปกับเรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วย” (“medicine practiced with the narrative competence to recognize, absorb, interpret, and be moved by the stories of illness”) (Charon 2006: vii)

ชารอนอธิบายว่า ขอบเขตของ narrative medicine เกิดจากการไหลรวมกันจากหลายแขนงวิชา ตั้งแต่ มนุษยศาสตร์ การแพทย์ การแพทย์ปฐมนุติ ศาสตร์แห่งเรื่องเล่าแบบใหม่ และการศึกษาเกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนป่วย โดยมีสมมติฐานที่ว่า narrative medicine จะสามารถช่วยเติมเต็มส่วนที่การรักษาสัมัยใหม่ขาดไป โดยเฉพาะมิติของความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ ซึ่งการฝึกฝนทางด้านวรรณกรรมจะช่วยให้ ในขณะเดียวกัน ก็ปรับให้ความคิดที่เป็นนามธรรมของพวกวรรณกรรมศึกษาสามารถใช้ประโยชน์ได้จริง และเห็นผลที่ชัดเจนที่สุดในการแพทย์นี้เอง narrative medicine เอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริงในการทำความเข้าใจว่าอะไรที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในยามเจ็บป่วย หรือต้องเผชิญกับอะไรในยามดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเห็นว่าในกระบวนการรักษาอย่างไรก็ดี “เรื่องเล่า” ไม่พ้น เพราะปรากฏอยู่ในทั้งการรักษา การเรียนการสอน การวิจัย ดังนั้น “narrative medicine” จึงเป็นการผสมคำที่เหมาะสมดีแล้วเพราะชี้ให้เห็นถึงทั้งภาคปฏิบัติและภาคทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเล่าเรื่อง (Charon, 2006: vii-viii)

ในความพยายามแรกๆ ของการนำเอาการศึกษาวรรณกรรมมาใช้ในการแพทย์นั้น มักจะมีการเปรียบเทียบว่า ผู้ป่วยเปรียบเสมือนตัวบท ส่วนแพทย์ผู้รักษาเปรียบเหมือนผู้อ่านหรือผู้แปล แต่นักทฤษฎีวรรณกรรมศึกษา โจนส์ (Ann Hudson Jones) เห็นว่าการเปรียบเทียบในลักษณะนี้อาจเป็นการลดทอนความสำคัญของคนไข้โดยการมอบอำนาจของให้กับแพทย์ซึ่งเป็นเสียงสุดท้ายในการตัดสินใจว่าเรื่องที่เล่าออกมา นั้นหมายความว่าอย่างไร ซ้ำยังอาจทำให้แพทย์หลงลืมไปว่า เรื่องที่เล่าานั้นเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง กับคนจริงๆ ไม่ใช่ตัวบท ตัวหนังสือ การลดทอนความสัมพันธ์ของกระบวนการเรื่องเล่าในการรักษาให้เหลือแค่ตัวบท/ผู้อ่าน อาจเป็นการลดทอนมิติของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยเสียด้วยซ้ำ ซึ่งตรงกับข้ามกับเจตนาเริ่มต้น

ที่ต้องการให้แนวคิดของเรื่องเล่าหรือวรรณกรรมศึกษาเข้ามาช่วยฟื้นฟูความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ผู้รักษา (Jones, 1994 cited in Engel et al, 2008: 189)

แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา จึงเน้นย้ำที่พลวัตของการร่วมกันสร้างเรื่องเล่า (co-authoring) ทั้งผู้เล่าและผู้ฟังต่างมีส่วนในการสร้างและตีความเรื่องเล่านั้นด้วยกัน ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับ (รับฟัง รับการตีความ รับไปปฏิบัติตาม) หรือเป็นผู้ให้ (เล่าเรื่อง ให้คำวินิจฉัย สั่งให้ปฏิบัติ) แต่ฝ่ายเดียว เรื่องเล่าในที่นี้ จึงเป็นกระบวนการ (process) ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา ไม่ใช่ของสำเร็จรูป (product) ที่ผู้รักษาได้รับมาจากผู้ป่วย ความสำคัญของกระบวนการเรื่องเล่านี้อยู่ตรงที่เป็นการร่วมมือกันระหว่างผู้เล่ากับผู้ฟังเพื่อสร้างเรื่องเล่าร่วมกัน อย่างที่แมตทิงลีย์ (Cheryl Mattingly) นักมานุษยวิทยาเรียกว่า “co-constructed narrative” กล่าวคือ “ความหมายของเรื่องเล่าไม่ได้เป็นสิ่งที่เฉพาะของผู้เล่าหรือปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนทางสังคม เช่น การสัมภาษณ์ ระหว่างผู้พูดกับผู้ฟัง ...หากแต่เรื่องเล่านี้ต้องเป็นผลผลิตร่วมกัน ไม่ใช่ของผู้ป่วยแต่ฝ่ายเดียว” (Mattingly, 1998 quoted in Meza and Passerman, 2011: 9)

การสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ จึงไม่ใช่การปฏิสัมพันธ์ในการสื่อสารทั่วไป แต่ควรต้องมีการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการนำกระบวนการเรื่องเล่ามาใช้ในการรักษาอย่างได้ผลดี ซึ่งก็คือ การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่า

การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่าจึงไม่ใช่เรื่องผิวเผิน แม้หลายคนอาจจะคิดว่า ได้ยินได้ฟังเรื่องเล่าอยู่ทุกวันอยู่แล้ว เพราะทฤษฎีของเรื่องเล่าไม่ใช่สิ่งที่จะเรียนรู้กันได้ง่ายๆ การอ่านอย่างเจาะลึก (close reading) ต้องใช้การฝึกฝน ทักษะ และมีประสบการณ์การอ่านตัวบทมาอย่างมาก ดังนั้น ผู้ที่จะฝึกฝน narrative medicine จึงจำเป็นมีวินัยอย่างมากในการเรียน การทำความเข้าใจแนวคิด ภาษา แบบใหม่ และต้องฝึกปฏิบัติอย่างหนักหน่วง แต่ผลที่ได้รับกลับมาก็คือ การได้ฟื้นฟูความคิดสร้างสรรค์ใหม่ๆ การทำความรู้จักตัวเอง และการเข้าใจผู้อื่น รวมทั้งความสุขในการเข้าถึงสุนทรียรส ที่สำคัญคือ เมื่อได้รับการฝึกฝนจนมีทักษะความสามารถในเรื่องเล่าแล้ว จะกลายเป็นนิสัย ซึ่งเกิดมาจากการปฏิบัติตนเอง (Charon, 2006: ix-x)

การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่า (narrative competence)

แม้การเล่าเรื่องจะเป็นเรื่องพื้นฐานทางการสื่อสารในสังคม แต่ระดับของความเข้าใจและการใช้เรื่องเล่าไม่ได้มีอย่างเท่าเทียมในทุกคน โดยเฉพาะในการนำมาใช้กับแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขบางคนอาจจะมีความพื้นฐานนิสัยเดิมที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นและพร้อมแสดงออกถึงความรู้สึกอ่อนโยน มีความใส่ใจและอดทนในการรับฟัง ยินดีสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแม้ไม่ใช่หน้าที่ เข้าใจและยอมรับความเห็นของผู้อื่นโดยไม่ด่วนตัดสิน ทำให้ง่ายต่อการน้อมนำแนวคิดนี้มาปฏิบัติ แต่บางคนก็ไม่ได้มีพื้นฐานนิสัยดังกล่าวมาช่วยหนุนนำ อีกทั้งในระบบการศึกษาแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมักจะถนัดกับการเรียนแบบวิทยาศาสตร์มากกว่าทางมนุษยศาสตร์หรือสังคมศาสตร์ จึงทำให้สนใจเนื้อหาความจริงที่เป็นข้อมูลในเชิงปริมาณมากกว่าจะสนใจข้อมูลแบบเรื่องเล่าที่ต้องมีประสบการณ์และทักษะในการรับรู้เรื่องเล่าหลายๆ รูปแบบ มิหนำซ้ำการเรียนในสายวิทยาศาสตร์ยังมีแนวโน้มให้ใช้ข้อมูลแบบภววิสัย ให้ผู้ศึกษาแยกตัว

ออกมา จึงทำให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขไม่กล้าผูกพันกับผู้ป่วยมากเกินไปเพราะกลัวว่าการรับรู้เรื่องส่วนตัวจะทำให้เกิดความไม่เป็นกลาง

เพื่อให้สามารถยกระดับความสามารถในการทำความเข้าใจ มีไหวพริบ และการนำเรื่องเล่าไปใช้ประโยชน์ตามแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างความสามารถทางเรื่องเล่า (narrative competence) หรือบางแห่งเรียกว่า ทักษะทางเรื่องเล่า (narrative skills) ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกัน

การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่าโดยใช้แนวคิดทางวรรณกรรมศึกษา

ริตา ชารอน (Charon, 2004: Online) ให้ความหมายไว้ว่า ความสามารถทางเรื่องเล่า เป็นกลุ่มของทักษะที่ต้องการการการตระหนักรู้ การซึมซับ การตีความ และอ่อนไหวไปกับเรื่องเล่าที่ได้ยินหรืออ่าน ความสามารถนี้ต้องอาศัยทักษะทางตัวบท (textual skills) ได้แก่ การรู้จักโครงสร้างของเรื่อง รู้จักมุมมองที่แตกต่างกัน รู้จักการเปรียบเทียบและการอ้างอิง ทักษะทางการสร้างสรรค์ (creative skills) ได้แก่ จินตนาการ การตีความหลายๆ แบบ การสร้างความสนใจใคร่รู้ การสร้างตอนจบหลายๆ แบบ และทักษะในการสร้างผลกระทบทางจิตใจ (affective skills) ได้แก่ การรู้จักถ่วงความไม่แน่นอนระหว่างที่เรื่องยังไม่เปิดเผย และการเข้าถึงลักษณะอารมณ์ของเรื่อง ด้วยการหลอมรวมความสามารถทางเรื่องเล่าทั้งหมดนี้ จะทำให้ผู้อ่านหรือผู้ฟังได้รับสาระจากเนื้อเรื่องและเข้าใจความหมายที่ซ่อนอยู่ได้ ตามความเห็นของชารอน แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้มีความสามารถทางเรื่องเล่า จะสามารถเข้าใจและตีความในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการจะบอกได้อย่างแม่นยำ สามารถใช้เวลาในการวินิจฉัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสกัดเรื่องเล่าความเจ็บป่วยให้เป็นความรู้ทางการแพทย์ได้ กล่าวคือ ไม่เพียงแต่เข้าใจคนไข้ แต่เป็นอีกหนทางที่ทำให้เข้าใจโรคได้ละเอียด

ใน *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006) ชารอนซึ่งเป็นแพทย์และมีพื้นฐานอย่างดีทางด้านวรรณกรรมศึกษา มองว่า กิจกรรมของการอ่านและกิจกรรมของการรักษามีลักษณะใกล้เคียงกัน จึงได้เสนอการฝึกทักษะทางเรื่องเล่าโดยใช้วิธีแบบวรรณกรรมศึกษา (Charon, 2006: 107-129) นั่นคือ การให้ความสำคัญกับการอ่านพิณี (close reading) ตามแนวความคิดของกลุ่มนวิวิจารณ์อเมริกัน (New Criticism) ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ ๑๙๕๐ การอ่านพิณี หรือ close reading เป็นการอ่านตัวบทโดยให้ความสนใจเฉพาะกับตัวบทที่อ่าน โดยไม่นำบริบทอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นประวัติของผู้แต่ง ยุคสมัยของงาน หรือเหตุผลทางการเมืองวัฒนธรรมมาพิจารณา ผู้อ่านจับจุดสนใจของตัวบท ไม่เพียงเนื้อเรื่องหรือพล็อตเท่านั้น แต่ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับคุณสมบัติเฉพาะของตัวบท เช่น ความกำกวม (ambiguity) ความยอกย้อน (irony) ปฏิทรรศน์ (paradox)

ทักษะหรือความสามารถในการอ่านที่จะจับจุดคุณสมบัติพิเศษในสิ่งที่อ่านได้เช่นนี้ ชารอนกล่าวว่าในการเรียนแพทย์ก็ได้รับการฝึกมาเช่นกัน เช่น การดูฟิล์มเอ็กซเรย์ สำหรับคนทั่วไปอาจจะเห็นเป็นแค่ภาพขาว-ดำของช่องอก แต่แพทย์ที่อ่านเป็นจะเห็นได้ว่าเกิดความผิดปกติตรงไหนบ้าง ดังนั้น การฝึกทักษะการอ่านพิณีสำหรับแพทย์จึงไม่ใช่เรื่องเกินความสามารถที่จะสามารถจับจุดคุณสมบัติเฉพาะในเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ สิ่งที่ได้จากการฟังจะไม่ใช่แค่อาการของโรค ให้สามารถเทียบเคียงได้ว่าผู้ป่วยน่าจะเป็น

อะไร หรืออาการเป็นอย่างไร แต่จะจับจุดของความทุกข์หรือเรื่องราวขัดแย้ง ความซับซ้อน ของความเจ็บป่วย ที่ซ่อนอยู่เบื้องหลัง ซึ่งสามารถนำมาเสริมความเข้าใจและวินิจฉัยให้ถูกต้องได้มากขึ้น

นอกจากนี้ ชารอนยังใช้แนวคิดทางวรรณกรรมศึกษาจากทฤษฎีการตอบสนองจากผู้อ่าน (Reader Response) เกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ ๑๙๖๐ ชารอนเห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวบทกับผู้อ่าน ไม่ว่าจะเป็น การอ่านตัวบทของหนังสือ หรือการวินิจฉัยเรื่องที่ผู้ป่วยเล่า ผู้อ่านหรือผู้ฟังจะแสดงตัวตนเพื่อตอบสนอง กับสิ่งที่ได้อ่านหรือได้ฟังเสมอ ไม่ว่าจะเป็น การสัมผัส การต่อต้าน หรือการเข้าร่วม จะโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ ตาม การกำหนดความหมายไม่อาจจะเกิดขึ้นมาจากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งได้แต่เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นของทั้งผู้เล่า และผู้ฟัง โดยเป็นความสัมพันธ์แบบเป็นพลวัตเพราะทั้งสองฝ่ายจะช่วยกันพัฒนาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปด้วยกัน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจในระดับลึกซึ้ง เช่น มิติของอารมณ์ ความปรารถนา ทศนคติทางจริยธรรม หรือการ ตัดสินคุณค่า ที่ไปไกลกว่าการเข้าใจระดับเนื้อเรื่องว่าเหตุการณ์อะไรขึ้นบ้าง

ส่วนการแสดงออกถึงการสะท้อนหรือตอบสนองนั้น ชารอนสนับสนุนให้มีการเขียน โดยใช้ภาษาหรือ การบรรยายที่ไม่ใช่ภาษาทางเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้รับรู้ตัวตนของผู้ป่วย สามารถแปลความหมายให้เป็นที่ เข้าใจได้ทั่วไป สามารถแสดงถึงอารมณ์ความรู้สึก รวมไปถึงเส้นทางชีวิตของผู้เล่า และหลอมรวมมาเป็นงาน เขียนเพื่อสะท้อนย้อนคิด (reflective writing) ชารอนเห็นว่า เป้าหมายของการฝึกการเขียนแบบนี้ ไม่ได้อยู่ที่ แค่การฝึกให้ผู้เขียนคิดถึงแต่อารมณ์หรือความรู้สึกภายในตัวเอง หรือเป็นการเขียนระบายสิ่งที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่ สำคัญและเป็นสำนึกแรกในการเขียนเพื่อสะท้อนย้อนคิดนั้น ต้องเป็นไปเพื่อให้บรรลุหน้าที่ทางการรักษาที่มี ต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้เขียน ในฐานะแพทย์และผู้ทำการรักษาตระหนักถึงการทำหน้าที่ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย การเขียนนี้ จึงจะได้สะท้อนให้เห็นถึงจิตสำนึก ความทุ่มเท ความรับผิดชอบ และจริยธรรมที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษา การตระหนักรู้ถึงสิ่งเหล่านี้เองจะทำให้เกิดการยอมรับเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งในความสัมพันธ์ระหว่างผู้รักษาและ ผู้ป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ ด้วยความอาทรและห่วงใยระหว่างเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน (Charon, 2006: 131)

ชารอนได้เสนอตัวอย่างการปรับใช้ เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาในทางเวชปฏิบัติ โดยเฉพาะการเขียน แบบสะท้อนย้อนคิดในการปฏิบัติงานทางคลินิก ซึ่งสามารถทำได้หลายกลุ่ม หลายหัวข้อ เช่น นักเรียน พยาบาลเขียนบันทึกถึงตัวเองระหว่างการฝึกปฏิบัติในชั้นเรียน นักศึกษาแพทย์ปีหนึ่งได้รับมอบหมายให้เขียน แสดงความรู้สึกที่ต้องผ่าร่างกายมนุษย์ นักศึกษาแพทย์ปริคินิกที่เรียนเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และ ผู้ป่วยให้ลองเขียนประวัติชีวิตผู้ป่วย การมอบหมายให้นักศึกษาแพทย์เขียนบทกวีหรือแต่งเรื่องเพื่อส่งเสริม การแสดงออกถึงอารมณ์ที่ละเอียดอ่อนและความห่วงใยเพื่อนมนุษย์ แพทย์จบใหม่ที่ศึกษาต่อเฉพาะทาง (เรสิ เดนซ์) ให้เขียนเกี่ยวกับ “สถานการณ์วิกฤต” เพื่อให้สะท้อนย้อนคิดถึงอารมณ์และประสบการณ์ในช่วงเวลา แห่งความเป็นความตาย เจ้าหน้าที่ที่ติดตามอาการและนัดแนะผู้ป่วยให้ลองเขียนอธิบายสิ่งที่ได้ยินจริงๆ ระหว่างที่โทรนัดหมายไปตามบ้าน หรือให้แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ลองเขียนมุมมอง ของตนเองระหว่างการรักษาเคสผู้ป่วยเดียวกันแล้วมาแลกเปลี่ยนกัน (Charon, 2006: 131)

การฝึกทักษะทางเรื่องเล่า ๖ ข้อ (สำหรับผู้ไม่มีพื้นฐานทางวรรณกรรมศึกษา)

แนวทางการสร้างความสามารถทางเรื่องเล่าโดยใช้แนวคิดทางวรรณกรรมศึกษาที่เสนอมาช้างต้น อาจจะค่อนข้างเข้าใจยากสำหรับผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับทฤษฎีวรรณกรรมศึกษาหรือแนวคิดเชิงปรัชญาที่ชาลอนใช้เป็นฐานความคิด ในหนังสือเล่มอื่นๆ ที่แต่งโดยกลุ่มแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขได้เสนอแนวทางที่เป็นขั้นเป็นตอนและเข้าใจได้ง่ายกว่า ดังตัวอย่างใน *Narrative in Healthcare* (2008) เองเกลและคณะได้ให้ความหมายว่า ความสามารถทางเรื่องเล่า เป็นการสร้างปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้รักษากับคนไข้ เพื่อแยกแยะการรับรู้ ความอัดอั้นตันใจ และความหมาย และทำให้กระจ่างขึ้น โดยการร่วมกันกับคนไข้ในการร่วมกันสร้าง (co-construct) และตีความหมาย (interpret) เรื่องเล่าความเจ็บป่วยของคนไข้ โดยการผนวกรวมอาการภาวะปัจจุบันหรือโรคที่กำลังเป็นอยู่ว่าจะมีผลอย่างไรกับชีวิตทั้งชีวิต (Engel et al. 2008: 169)

การสร้างความสามารถทางเรื่องเล่าจึงต้องการการฝึกฝนและจับลักษณะเด่นๆ เพื่อให้แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข (ในฐานะผู้ฟัง) สามารถเข้าถึงและพร้อมจะมีส่วนร่วมในเรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเล่าออกมาได้ เองเกลและคณะเสนอแนวทางการฝึกทักษะทางเรื่องเล่า ๖ ข้อ ซึ่งทั้ง ๖ ข้อนี้มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันไปโดยตลอด ดังจะสรุปมาได้ดังนี้ (Engel et al, 2008: 170-206)

๑. ฝึกการแสดงท่าทีใส่ใจ (compassionate presence) และการฟังอย่างมีสมาธิ (mindful listening)

ก่อนที่จะก้าวไปถึงการฝึกขั้นอื่นๆ ขอให้เริ่มต้นจากเรื่องพื้นฐานอย่างการฟัง ปัญหาที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างกันได้แก่ความไม่กระตือรือร้นในการรับฟังเรื่องราวจากอีกฝ่ายหนึ่ง ทั้งที่มีตัวผู้ฟังอยู่ตรงหน้า แต่ผู้เล่าไม่รู้สึกรู้ว่าเรื่องเล่าของพวกเขามีคนรับฟัง ผู้ป่วยมักรู้สึกว่าคุณหมอหรือเจ้าหน้าที่ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของพวกเขา ไม่ว่าจะโดยท่าทีเฉยเมย ขาดความเอาใจใส่ (เพราะทำหน้าที่ประจำซ้ำๆ) หรือรับฟังแต่ไม่มีการตอบสนอง (อาจจะ่วนอยู่กับการบันทึกรายละเอียด) การตัดบทการสนทนาเพื่อขมวดปมให้การเล่าเรื่องของผู้ป่วยเหลือแค่การบรรยายอาการหรือความผิดปกติ หรือการสรุปความเห็นหรือคำวินิจฉัยแต่เพียงฝ่ายเดียว (ตัดสินใจแล้วให้ผู้ป่วยรับยา) ทั้งหมดนี้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณหมอของเขาเป็นเรื่องไม่สำคัญ ทั้งๆ ที่ตัวผู้ป่วยเองรู้สึกเป็นกังวลอย่างยิ่ง เป็นจุดเริ่มแรกที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอคติกับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ได้ง่าย ทั้งที่ไม่ได้มีฝ่ายใดทำผิดอย่างร้ายแรงเลย

การแสดงท่าทีใส่ใจในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงการเสแสร้งแกล้งทำ เพราะอีกฝ่ายหนึ่งจะรู้สึกได้ทันที จากอวัจนภาษาที่แสดงออกมา แต่การแสดงท่าทีใส่ใจนั้นจะเกิดขึ้นมาเองจากการฟังอย่างสงบ โดยการตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้เล่าเล่าออกมา ตัดสิ่งรบกวนทั้งภายนอกภายใน รวมถึงใจของผู้ฟังที่คิดตีความไปต่างๆ นานาจนไม่อยู่กับภาวะปัจจุบันนั้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้ฟังในฐานะแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ ต้องสามารถจับรายละเอียดหรือลักษณะที่สำคัญในเรื่องเล่าที่สามารถนำมาใช้ในกระบวนการรักษาต่อไปได้ ซึ่งการฟังในลักษณะนี้ต้องอาศัยสมาธิ เนื่องจากเป็นกระบวนการของความตั้งใจ การจดจ่อกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งจะน้อมนำให้เกิดการใช้ความคิด ใช้ปัญญาในการวินิจฉัยได้ต่อไป

การแสดงท่าทีใส่ใจนี้ยังเพิ่มความกล้าและความมั่นใจให้กับผู้ป่วยที่เป็นผู้เล่า ทำให้ผู้เล่าเกิดการทบทวนตัวเอง เห็นว่าตัวเองมีบทบาท (ไม่ว่าจะเป็นบทบาทที่ดีหรือไม่ดีก็ตาม) จึงเป็นดีให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่ในกระบวนการรักษา ให้ผู้ป่วยรู้จักว่าขณะนี้เขาอยู่ ณ จุดไหนของการรักษา ให้ผู้ป่วยคิดได้ว่า เขาสามารถปรับปรุงตัวหรือเข้ารับการรักษาเพื่อเปลี่ยนแนวโน้มของเรื่องเล่านั้นๆ ได้ จึงเป็นการปฏิบัติที่ประโยชน์แก่ทั้งตัวผู้เล่าและผู้ฟัง

วิธีการฝึกที่ดีสำหรับการแสดงท่าทีใส่ใจและการฟังอย่างมีสมาธิ ได้แก่ ฝึกการปฏิบัติสมาธิอย่างเป็นประจำ เพื่อฝึกประคองให้จิตอยู่ในภาวะสงบนิ่ง ไม่ฟุ้งซ่าน อาจจะนั่งสมาธิหรือเตรียมจิตใจให้สงบวันละ ๑๐ นาทีในตอนเช้า หรือก่อนปฏิบัติงานก็ได้ผลดีเช่นกัน หากทำอย่างจริงจังสม่ำเสมอ นอกจากจะช่วยฝึกสมาธิแล้ว ยังช่วยลดความเครียด รักษาระดับอารมณ์ กำจัดความอ่อนล้าจากการทำงานได้อีกด้วย

๒. ฝึกการสร้างจินตนาการทางศีลธรรม (moral imagination) และฝึกการแสดงความเห็นอกเห็นใจ (practicing empathy)

การสร้างจินตนาการทางศีลธรรม เป็นการยอมรับที่จะเข้าใจและให้ความสำคัญในเรื่องของคุณค่า อคติ มุมมอง ความเปราะบาง ของผู้อื่น ตระหนักในประสบการณ์ชีวิตและการดำรงของชีวิตผู้อื่นที่อาจแตกต่างกัน โดยที่ไม่ด่วนตัดสินคุณค่าหรือตีความด้วยประสบการณ์ของตนเองเท่านั้น แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้รับฟังต้องเปิดใจและพร้อมที่จะเป็นผู้รู้เห็น (witness) ตามเรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วย สามารถพาตัวเองให้อยู่ตำแหน่งเดียวกับผู้ป่วยผู้เล่า เพื่อให้เห็นถึงความทุกข์ ความสุข ความโกรธ ความกังวล ความกลัว ความคาดหวัง หรือความสุข ตามโลกทัศน์ของผู้เล่า

ส่วนการแสดงความเห็นอกเห็นใจนั้น เป็นการตอบสนองต่อเรื่องเล่า โดยเฉพาะเรื่องเล่าแห่งความเจ็บป่วยที่เต็มไปด้วยความทุกข์ ซึ่งอันที่จริงแล้ว หากผู้ฟังตั้งใจฟังและสามารถสร้างจินตนาการไปตามโลกทัศน์ของผู้เล่าเรื่องแล้ว ผู้ฟังน่าจะเกิดความเห็นอกเห็นใจขึ้นมาได้อยู่แล้ว เพราะผู้ฟังเข้าใจสถานะของผู้เล่าเรื่องได้ หากแต่ตามลักษณะของวิชาชีพของแพทย์ที่มักแสดงท่าทีเหินห่าง ไม่เข้าร่วมกับการแสดงอารมณ์ จึงทำให้ขาดการเชื่อมโยงความรู้สึกที่เกิดขึ้นระหว่างผู้เล่าและผู้ฟัง การแสดงความเห็นอกเห็นใจจึงช่วยเชื่อมความใกล้ชิดไม่รู้สึกละเหินห่าง มีความรู้สึกผูกพันอันดีมิตรที่จะพร้อมจะร่วมมือหรือช่วยเหลือกันได้

วิธีฝึกสร้างจินตนาการทางศีลธรรมจะเกิดขึ้นได้ไม่ยากหากผู้ปฏิบัติฝึกรับฟัง คิด และจินตนาการไปกับเรื่องเล่าให้มากและหลากหลาย ซึ่งมีได้หลายรูปแบบ ตั้งแต่การรับฟังหรือสัมภาษณ์เรื่องเล่าของผู้ป่วยทั้งตัวต่อตัวหรือการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือ การอ่านวรรณกรรมที่หลากหลายทั้ง นวนิยาย เรื่องสั้น บทกวี บทละคร การรับชมสื่อต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ ละครเวที หรือรับชมงานศิลปะ หรือแม้แต่การพิจารณารูปถ่าย ที่สำคัญคือความพยายามในการเข้าใจโลกทัศน์ของตัวละครในเรื่องนั้นๆ และต่อยอดความคิด ด้วยการถกเถียง แลกเปลี่ยนมุมมอง ซึ่งจะเป็นการฝึกการแสดงออกซึ่งความเห็นอกเห็นใจไปด้วยในตัวเอง

๓. ฝึกอ่านและตีความหนังสือที่ซับซ้อน

ข้อนี้สืบเนื่องมาจากข้างต้น แต่ยกมาเป็นข้อปฏิบัติพิเศษเนื่องจากวิธีการฝึกฝนการรับรู้เรื่องเล่าที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการอ่านงานวรรณกรรม เพราะเป็นวิธีที่ง่ายและได้ผลดีที่สุดในการนำพาให้ผู้อ่านหรือผู้ฟัง สร้างจินตนาการในการเข้าใจและเข้าถึงโลกทัศน์ของผู้อื่นได้ สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (ตัวละคร) ที่โยงใยกันและส่งผลกระทบถึงกัน สามารถจับพล็อตหรือแก่นสำคัญของเรื่องได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เข้าใจความเป็นเหตุเป็นผลสืบเนื่องของเหตุการณ์ได้ อีกทั้งสามารถจับความคิดความเชื่อทางศีลธรรมและค่านิยมของสังคมได้ ส่งผลให้เข้าใจพื้นฐานและเหตุผลของการตัดสินใจของตัวละครได้ กล่าวโดยรวมคือ การอ่านวรรณกรรมจะเป็นการเปิดโลกทัศน์และทำให้เข้าใจประสบการณ์ชีวิตในแบบอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากตัวเองได้ ผ่านความทรงจำตามที่ตัวละครหรือผู้เล่าเรื่องได้บรรยายไว้นั่นเอง

และเช่นเดียวกับการเสนอของชาร์อน การอ่านงานวรรณกรรมให้ได้ผลดีต้องเป็นการอ่านพินิจ (close reading) นั่นคือ การอ่านอย่างจดจ่อโดยให้ความสำคัญไปที่ตัวบท และให้ความสนใจเป็นพิเศษกับคุณสมบัติเฉพาะของตัวบท ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นเรื่องง่ายขึ้นสำหรับการฝึกการอ่านพินิจสำหรับผู้ที่ไม่มีความถนัดในการอ่านงานวรรณกรรม จึงได้เสนอจับจุดสำคัญในการอ่าน ๕ ประเด็นดังต่อไปนี้ (Charon 2006: 114-126; Engel et al, 2008: 190)

๑. ขอบเขตของเรื่อง (frame) – รู้ว่า ใครพูดอะไร ถึงใคร เกี่ยวกับอะไร และผู้เล่าต้องการอะไรจากการเล่าเรื่องนี้

๒. รูปแบบของเรื่อง (form) – รู้จักประเภทของเรื่อง การวางโครงสร้าง การแบ่งส่วน การสร้างบุคลิกตัวละคร เพื่อให้ในฐานะผู้อ่านสามารถแยกแยะระหว่าง การเล่าเรื่อง (ความเข้าใจเหตุการณ์ของเรื่องโดยรวม) และผู้เล่าเรื่อง (มุมมองเฉพาะของคนที่เล่าเรื่อง)

๓. เวลาของเรื่อง (time) – รู้จักลำดับเหตุการณ์ของเรื่องได้ว่าอะไรเกิดก่อนหรือหลัง และวิธีการเล่าซึ่งอาจจะไม่เรียงไปตามลำดับเวลา หรือมีการปิดบังเหตุการณ์ การเล่าเรื่องย้อนหลัง หรือเล่ากลับไปกลับมา

๔. พล็อตเรื่อง (plot) – รู้จักโครงเรื่องหลักว่าใครทำอะไรและเกิดเหตุการณ์อะไรซึ่งทั้งหมดนั้นมีคามหมายสัมพันธ์กันอย่างไร

๕. ความปรารถนา (desire) – รู้ว่าความพึงพอใจที่ได้จากเรื่องนั้นคืออะไร ทั้งในฐานะผู้เล่าและผู้ฟังทั้งด้านสุนทรียรส (เรื่องนี้มีแง่มุมตรงไหน) หรือด้านจริยธรรม (เรื่องนี้มีแง่คิดอย่างไร)

วิธีการฝึกอ่านและตีความหนังสือที่ซับซ้อนสามารถเริ่มต้นได้จากการเลือกหนังสือหรือตัวบทสำหรับอ่าน ซึ่งจะเป็นวรรณกรรมประเภทใดก็ได้ ทั้ง บทกวี เรื่องสั้น นวนิยาย หรือหนังสือชีวประวัติ จากนั้นฝึกการอ่านพินิจโดยมองหาองค์ประกอบ ๕ อย่างดังที่ยกมาข้างต้น นำมาถกเถียงกันในกลุ่มอ่านที่อ่านหนังสือนั้นร่วมกัน พยายามให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมเพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนมุมมองและสะท้อนความคิดที่แตกต่างกัน

๔. ฝึกเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนและบอกเล่าเรื่องราวของการรักษาที่ลึกซึ้ง

ตามแนวคิดของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องเล่าเพื่อนำมาใช้ในเวชปฏิบัติอย่างได้ผล วิธีการที่จะสะท้อนตัวตนและสำรวจความคิดเห็นของตัวเองที่ดีที่สุดคือการฝึกเขียนเพื่อสะท้อนตัวตน (reflective writing) เช่นเดียวกับที่ชาร์อนได้เสนอไว้ว่า การเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนนี้ไม่ใช่การเขียนเพื่อระบายอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดแต่เพียงอย่างเดียว แม้ว่าการเขียนระบายอารมณ์และความรู้สึกจะเป็นการเริ่มต้นที่ดีและสำคัญเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติที่อยู่ในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มักจะชินกับการเก็บกักอารมณ์ที่เปราะบาง แต่จุดประสงค์ที่สำคัญของการเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนนี้คือเพื่อทำให้เกิดการย้อนคิดถึงหน้าที่และจริยธรรมของผู้ปฏิบัติงานในฐานะแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเวลาปฏิบัติงานจริง หน้าที่และคำตัดสินทางจริยธรรมจะมีมิติที่ซับซ้อนไปมากกว่าแค่ทำตามคู่มือหรือตามที่เรียนมาอย่างถูกต้องหรือดีที่สุด เพราะสิ่งที่ดีที่สุดในทัศนะของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอาจไม่ได้เป็นสิ่งดีและเหมาะสมเสมอไปกับสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขที่เกิดจากประสบการณ์การใช้ชีวิตที่แตกต่างกันไป การฝึกเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนนี้ จึงเป็นการตั้งคำถามและตอบคำถามในตัวเอง เป็นการสร้างจินตนาการถึงความเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ทบทวนถึงวิธีที่จะสามารถทำหน้าที่เหล่านี้ได้ดีและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น แม้ว่าเหตุการณ์ในการรักษาที่ผ่านไปแล้วจะไม่สามารถกลับไปแก้ไขได้ก็ตาม

วิธีฝึกเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนและบอกเล่าเรื่องราวของการรักษาที่ลึกซึ้ง วิธีพื้นฐานคือ การเขียนโดยใช้มุมมองของผู้ปฏิบัติเอง เช่น การให้นักศึกษาแพทย์ แพทย์จบใหม่ พยาบาล นักบำบัด หรือบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ นักสังคมสงเคราะห์ มาเขียนถึงประสบการณ์และสะท้อนความคิดหลังจากที่ได้ดูแลรักษาผู้ป่วย หรือดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย เป็นภาษาบอกเล่าธรรมดา ไม่ใช่ภาษาทางเทคนิคหรือเขียนในเชิงรายงาน ในการเขียนเล่าประสบการณ์ควรสะท้อนอารมณ์และความคิดของผู้เขียนที่มีต่อเหตุการณ์ที่กระทบใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ตั้งแต่เรื่องที่ดูเหมือนเล็กน้อยไม่สำคัญ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลรักษาที่เป็นหน้าที่ประจำ ไปจนถึงสถานการณ์วิกฤตความเป็นความตาย

ผู้เขียนไม่ควรกังวลว่าตัวเองไม่มีความสามารถทางการเขียน (แบบมืออาชีพ) หรือเขียนได้ไม่ซาบซึ้งไม่งดงาม ไม่สามารถตอบคำถาม หรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยไม่ได้ นั่นไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการเขียนเพื่อสะท้อนตัวตน หากในกระบวนการลงมือเขียนนั่นเองที่จะช่วยให้ผู้เขียนได้กลับมาทบทวนคิดถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาไปและความเป็นไปได้ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ความปรารถนาดีและความตั้งใจดีที่ผู้เขียนอยากจะทำให้กับผู้ป่วยนั้น การระลึกถึงของผู้เขียนนี้เองเป็นการย้อนรอยความสัมพันธ์และทำให้ผู้เขียนมองเห็นการปฏิบัติของตัวเอง เป็นการสะท้อนตัวตนผ่านความคิดของตัวเองซึ่งจะทำให้ผู้เขียนได้เรียนรู้ตัวเองและผู้อื่นได้ดียิ่งขึ้น

วิธีฝึกเขียนเพื่อสะท้อนตัวตนและบอกเล่าเรื่องราวของการรักษาที่ลึกซึ้ง ไม่จำเป็นจะต้องเป็นการเขียนโดยใช้มุมมองของผู้ปฏิบัติเอง อาจลองสมมติให้ผู้เขียน (ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุข) เขียนเล่าเหตุการณ์นั้นในมุมมองของผู้ป่วยที่ตัวเองดูแลอยู่ก็ได้ เป็นการกลับด้านทางความคิด เพื่อกระตุ้นให้เกิดมุมมองอื่นที่มีต่อเหตุการณ์เดียวกัน ซึ่งจะช่วยให้เกิดความใกล้ชิดและเข้าใจสถานะและเงื่อนไขของอีกฝ่ายได้ดีขึ้น หรือจะลองให้เขียนโดยใช้จินตนาการผ่านมุมมองของผู้ป่วยในภาพถ่ายก็ได้ หลังจากการเขียนสะท้อน

ตัวตนแล้วควรมีการนำมาอ่านแบ่งปันในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองความคิด และฝึกการให้เหตุผลกับเรื่องที่ได้อ่านนั้นด้วย

๕. ฝึกการให้เหตุผลกับเรื่องได้

เรื่องเล่าเป็นการเรียบเรียงเหตุการณ์ที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน การฝึกกระบวนการเรื่องเล่า ไม่ว่าจะเป็นผู้เล่าหรือผู้ฟัง จึงเป็นกระบวนการฝึกความคิดเรียบเรียงให้เชื่อมโยงเป็นเหตุผลด้วย ความเป็นเหตุผลนี้ไม่ได้จำกัดว่าต้องมีเหตุผลที่ถูกต้องตั้งไว้อยู่แล้วและยึดถือตามนั้น แต่เป็นการให้เหตุผลในความหมายที่ว่าสามารถอธิบายหรือให้ความหมายกับการกระทำหรือเหตุการณ์นั้นได้ ซึ่งอาจมีคำอธิบายหรือการให้ความหมายได้หลายแบบ คำอธิบายนั้นจะเกิดขึ้นได้จากการความสามารถในการจินตนาการถึงโลกทัศน์ของบุคคลอื่น เพื่อให้เข้าใจที่มา ความคิด ความเชื่อในการกระทำนั้นๆ ได้ แม้ว่าจะแตกต่างจากโลกทัศน์ ความคิด ความเชื่อ ของตัวเองก็ตาม การให้เหตุผลแก่เรื่องเล่าในลักษณะนี้ จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีมุมมองที่ลึกซึ้งและเปิดกว้างทางจริยธรรม พร้อมทั้งรับฟังและเห็นถึงเงื่อนไขในการกระทำของผู้อื่น ไม่ด่วนตัดสินผู้อื่นตามโลกทัศน์ของตัวเอง ทั้งยังทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความยับยั้งชั่งใจในการกระทำ คำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดกับผู้อื่น เพราะได้คิดถึงเชื่อมโยงในการกระทำและการตัดสินใจของตนเองที่ส่งผลต่อผู้อื่นด้วย

การฝึกการให้เหตุผลกับเรื่อง สามารถฝึกได้จากการรับประสบการณ์เรื่องเล่าให้มากและหลากหลาย (ตามวิธีที่ได้กล่าวมาแล้วในข้อ ๒ – ๔) เพื่อจะได้ฝึกการสร้างจินตนาการ การสร้างมุมมองของผู้อื่น เห็นตัวอย่างที่ดีและไม่ดีที่เกิดขึ้นกับการกระทำและการตัดสินใจตามเหตุการณ์ต่างๆ ในเรื่อง การจับกลุ่มพูดคุยถกเถียงเพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองระหว่างกันเป็นเรื่องสำคัญมากในการฝึกการให้เหตุผลและการยอมรับเหตุผลและความเห็นของผู้อื่น ผู้แลกเปลี่ยนความเห็นควรมองว่าการให้เหตุผลหรือการแสดงความเห็นของผู้อื่น (ซึ่งอาจจะไม่ตรงกับโลกทัศน์ของตัวเอง) นั้นเป็นการเปิดโอกาสความเป็นไปได้ (ของเรื่อง) ไม่ใช่การเปลี่ยนความจริงหรือสัจธรรมที่ตัวเองยึดถือ จึงควรรับฟังสิ่งที่แตกต่างและพิจารณาอย่างรอบด้าน ไม่ควรที่จะตัดโอกาสของความเป็นไปได้โดยการตัดสินว่า ผิด หรือเป็นไปได้ เสียตั้งแต่ต้น นอกจากนี้ อาจใช้วิธีการยกเรื่องเล่าต่างมุมมองจากเหตุการณ์เดียวกันมาเปรียบเทียบกับกัน เช่น เหตุการณ์เดียวกันในมุมมองของผู้ป่วยกับมุมมองของผู้รักษา เพื่อให้เห็นความสำคัญของเหตุผลและความคิดที่ส่งผลต่อการกระทำของทั้งสองฝ่าย หรือใช้การแลกเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อตัวละครในงานวรรณกรรมหรือสื่ออื่นๆ เป็นการฝึกก็ได้

๖. มีส่วนร่วมกับจริยธรรมของเรื่องเล่า (narrative ethics)

ได้มีความพยายามในการนำเรื่องเล่าหรือวรรณกรรมประเภทต่างๆ เข้ามาใช้ในการเสริมสร้างจริยธรรมทางการแพทย์มานานแล้ว โดยยกเป็นตัวอย่างให้ขบคิดหรือเป็นไปในเชิงนิทานสอนศีลธรรม หากแต่แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ไม่ได้ต้องการฝึกกระบวนการเรื่องเล่าหรือหาเรื่องเล่าเพื่อมาเป็นตัวอย่างในเชิงจริยธรรม เพราะเห็นข้อจำกัดว่า การใช้เรื่องเล่าเพียงเพื่อเป็นการยกตัวอย่าง ผู้ยกเรื่องเล่านั้นขึ้นมามักมีมาตรฐานของจริยธรรมหรือความเชื่อเชิงศีลธรรมชุดใดชุดหนึ่งอยู่แล้ว หรือที่เรียกกันว่าเป็นจริยธรรมธรรมตามหลักการ (principle-based ethics) หากแต่การฝึกกระบวนการเรื่องเล่า ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้อง

ร่วมกันสร้างความหมายให้กับเรื่องเล่าด้วยกันทั้งผู้เล่าและผู้ฟัง หลักการในทางจริยธรรมจึงไม่จำเป็นจะต้องตรงกันหรือเป็นสากลร่วมกันเหมือนกฎหมาย แต่จริยธรรมขึ้นอยู่กับโลกทัศน์ของตัวผู้เล่าและผู้ฟัง ซึ่งอาจมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องทางจริยธรรมไม่เหมือนกันก็ได้

เนื่องจากกระบวนการเรื่องเล่าเน้นที่การแลกเปลี่ยนมุมมองและการสร้างความเข้าใจโลกทัศน์ของอีกฝ่ายหนึ่ง จึงทำให้การประเมินคุณค่าทางจริยธรรมไม่มีกฎตายตัว แต่ขึ้นกับการใช้เหตุผลแก่เรื่องเล่าที่ได้รับฟังมา ซึ่งผู้เล่าและผู้ฟังต่างสร้างจินตนาการร่วมกัน มองเห็นสถานะและเข้าใจที่มาและเหตุผลของการกระทำนั้น จนเกิดความเห็นอกเห็นใจอีกฝ่าย ที่จะไม่ด่วนตัดสินการกระทำใดๆ ลงไปเพราะมองเห็นแต่ความเป็นไปได้ในโลกทัศน์ของตัวเอง กระบวนการเรื่องเล่าที่ตนเองที่เปิดโอกาสและความเป็นไปได้อื่นๆ ให้แสดงออกมา นอกเหนือไปจากโลกทัศน์ของตัวเอง จึงเป็นการเปิดพื้นที่ใหม่ และจินตนาการใหม่ในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะปัญหาเชิงจริยธรรมการแพทย์ที่มีความซับซ้อน

การมีส่วนร่วมในจริยธรรมของเรื่องเล่า ไม่เพียงแต่การนำเรื่องเล่าหรือวรรณกรรมมาทำเป็นตัวอย่าง เพื่อถกเถียงแลกเปลี่ยนมุมมองในเชิงจริยธรรม แต่ยังสามารถใช้วิธีย้อนกลับได้ด้วย เนื่องจากปัญหาเชิงจริยธรรมทางการแพทย์เป็นเรื่องหนัก ซับซ้อน และยากต่อการตัดสินใจ ดังที่กรีนฮอว์กเสนอไว้ว่า ให้มองปัญหาเชิงจริยธรรม เหมือนเป็นเรื่องเล่าเรื่องหนึ่ง ใครเป็นตัวละครไหนบ้าง เกิดเหตุการณ์หรือมีการกระทำอะไรขึ้นบ้างจนถึงขณะนี้ ถ้าเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไปจากแนวโน้ม (ที่เป็นกำลังเป็นปัญหาอยู่) จะเกิดผลสืบเนื่องอย่างไร และตัวละครเหล่านั้นจะรู้สึกอย่างไรกับผลสืบเนื่องนั้น (Greenhalgh, 2006 cited in Engel et al., 2008: 210) การลองพิจารณาปัญหาให้กลายเป็นเรื่องๆ หนึ่งจะช่วยลดทอนความหนักอึ้งของปัญหามองเห็นมุมมองเห็นของคนอื่นๆ ไม่ติดค้างกับความคิดเห็นของตัวเอง การเปิดโอกาสให้สร้างความเป็นไปได้อื่นๆ ผ่านจินตนาการจะเอื้อต่อการร่วมกันแลกเปลี่ยนและเสนอทางออกให้แก่ปัญหาในเชิงจริยธรรมนั้นได้

จุดมุ่งหมายและประโยชน์ของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา

ประโยชน์ของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา คือ ไม่เพียงแต่ปรับแนวทางการเผชิญหน้าระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แต่ยังปรับแนวทางการรักษาโดยรวม ไม่ว่าจะเป็นการสอน การทำวิจัย การสร้างความเข้าใจ การวินิจฉัยโรค สะท้อนถึงชีวิตของคนๆ หนึ่งในกระบวนการรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมงาน และเติมเต็มหน้าที่ความรับผิดชอบของการแพทย์ที่มีต่อสาธารณะ (Charon, 2006: 6)

ในทัศนะของชาร์อน ความรู้ในกระบวนการเรื่องเล่าจะทำให้เราสามารถเข้าใจชีวิตผู้อื่นได้ เพราะทำให้เราเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นโดยมีเงื่อนไขของเหตุการณ์และกาลเวลาที่แตกต่างกันไปเป็นเฉพาะของแต่ละคน จึงทำให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องราวของพวกเขาได้ โดยเฉพาะเมื่อได้รับการฝึกให้จินตนาการ ดีความ และตระหนักรับรู้ ทำให้เราสามารถยอมรับเรื่องราวเหล่านั้นว่าเป็นจริงและมีความหมายกับผู้เล่าเรื่องได้จริง ดังนั้น การรับฟังอย่างใส่ใจ (attention) การเขียนหรือการแสดงออกเพื่อสะท้อนให้เห็น (representation) และการยอมรับเข้าร่วมอย่างเต็มที่ (affiliation) จึงเป็น ๓ กระบวนการหลักต้องดำเนินสอดคล้องต่อเนื่องกันไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (Charon, 2006: 6, 9-10, 131-153)

กรีนฮอว์กเห็นว่าด้วยการฝึกทักษะทางเรื่องเล่าจะทำให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขสามารถรับมือกับสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ในงานประจำวันได้ดีขึ้น ด้วยการตระหนักถึงมุมมองเหล่านี้ไว้เสมอ (Greenhalgh, 2006: 28 cited in Engel et al., 2008: 169)

- มองความเจ็บป่วย และความพยายามของคนไข้ในการรับมือกับความเจ็บป่วย เปรียบเหมือนการเปิดเผยโลกทัศน์ของคนไข้รายนั้น เช่น มุมมองที่มีต่อสังคม ทศนคติ ความเชื่อ ที่มีคนไข้มีต่อสิ่งรอบตัว
- ยอมรับผู้ป่วยในฐานะผู้เล่าเรื่องและเป็นบุคคลจริงๆ แทนที่จะเป็นแค่วัตถุของการศึกษาหรือคนที่ปรากฏในเรื่อง อีกทั้งให้ความสำคัญกับคนไข้ในการอธิบาย จัดการ และทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยของตัวเอง
- ตระหนักไว้เสมอว่าปัญหาหนึ่งหรือประสบการณ์หนึ่งสามารถมีคำอธิบายได้หลายแบบ แต่แบบที่สำคัญที่สุดคือแบบที่สามารถจัดการและคลี่คลายได้โดยตัวของผู้ป่วยเอง
- น้อมรับความไว้วางใจที่ผู้ป่วยยอมเปิดเผยความเปราะบางและมีความกล้าในการเล่าเรื่องให้ฟัง แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขจึงต้องยึดถือจริยธรรมในการรับฟังด้วย
- มองว่า การสนทนาพูดคุยระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการทางคลินิก เป็นกระบวนการรักษา ไม่ใช่เรื่องเสียเวลา

จริงอยู่ที่ว่าในกระบวนการสื่อสารทั่วไป แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขสามารถสื่อสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้เสมอ หากแต่แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่นำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปใช้ อย่างน้อยในกระบวนการรับฟังอย่างใส่ใจนั้น สิ่งที่ได้รับกลับมาก็จะเป็นข้อมูลความเจ็บป่วยที่มากกว่าและลึกไปกว่าข้อมูลที่ใช้ในทางคลินิก แพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะสามารถวินิจฉัยถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วย เหตุใด ทำไม และอย่างไรจึงก่อให้เกิดสภาวะความเจ็บป่วยอย่างนั้นทั้งในเชิงของชีวภาพและเชิงสังคมอย่างรอบด้าน เหล่านี้เองจะเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจในความเจ็บป่วยนั้น ทำให้ผู้ทำการรักษาสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหรือออกแบบกระบวนการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นหรือในกรณีนั้นๆ เนื่องจากเป็นแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา เรียกร้องให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกัน กระบวนการรักษาจึงไม่ได้เกิดจากการออกคำสั่งตามความเห็นที่ดีที่สุดของแพทย์เพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นกระบวนการรักษาที่เกิดจากความยินยอมพร้อมใจของทั้งผู้ให้บริการการรักษาและผู้รับบริการการรักษา จึงหลีกเลี่ยงความขัดแย้งหรือการฟ้องร้องที่เกิดจากความไม่พอใจในกระบวนการรักษาไปได้

หากแต่ในกระบวนการเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา การรับฟังอย่างใส่ใจ การสะท้อนตัวตนเพื่อแสดงออกซึ่งความเห็นใจ และการยอมรับเข้าร่วมอย่างเต็มใจ เป็นการพัฒนาตนเองจากภายในด้วยเช่นเดียวกัน การเข้าไปมีส่วนร่วมกับเรื่องเล่าอย่างลึกซึ้ง เป็นการผจญภัยและเรียนรู้โลกทัศน์ของตนเองและผู้อื่น เป็นการสร้างพลังทางด้านบวกในการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน ในที่สุดแล้ว สิ่งที่ได้รับกลับมามากที่สุดในการนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปปรับใช้คือการเป็นแพทย์ที่ดีขึ้น เป็นผู้รักษาที่มีหัวใจความมนุษย์

รายการอ้างอิง

- Charon, R. (2004). Narrative and medicine. *The New England Journal of Medicine*. [Online] 305(9). pp. 862-64. Available from <http://www.bumc.bu.edu/mec/files/2010/06/Rita-Charon-Narratives-NEJM-Feb-04.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Engel, J.D., Zarconi J., Pethel L.L. & Missimi S.A. (2008). *Narrative in health care: healing patients, practitioners, profession, and community*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Greenhalgh, T. (1998). Narrative based medicine in an evidence based world. In Greenhalgh T. & Hurwitz B. (eds). *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- Meza, J. and Passeman, D.S. (2011). *Integrating narrative medicine and evidence-based medicine*. London: Radcliffe Publishing.

บทที่ ๔

การนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปปรับใช้เพื่อคืนหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ให้กับ การแพทย์

อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่จำเป็นต้องมีมนุษยสัมพันธ์อย่างรอบด้าน แพทย์ต้องติดต่อสัมพันธ์กับกลุ่มคนหลายกลุ่ม หลายระดับ ไม่เพียงแต่กับผู้ป่วย แต่ยังรวมถึงญาติมิตรของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขที่เป็นเพื่อนร่วมอาชีพ อาจารย์แพทย์กับนักเรียนแพทย์ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าด้วยภาวะของสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบันก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่เหินห่างในอาชีพแพทย์สมัยใหม่

แต่เดิมการเป็นแพทย์ต้องเติบโตไปพร้อมคนไข้ ต้องรู้ประวัติชีวิตและครอบครัว รู้ถึงความกลัวและความคาดหวังที่มีต่อการรักษา แต่การรักษาสมัยใหม่ที่เป็นระบบในสถานพยาบาล บ่อยครั้งเป็นการแยกผู้ป่วยออกจากชีวิตทางสังคมของพวกเขา แพทย์รักษาแต่ความเจ็บป่วยที่เห็นอยู่ตรงหน้าเท่านั้น สภาพความกดดันของการทำงานหนัก เครียด ระเบียบและอำนาจของการสั่งการ ความไม่เท่าเทียมเรื่องรายได้ ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งหรือขาดความเคารพกันระหว่างแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น เช่น พยาบาล ผู้ช่วยแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา ทำให้บุคลากรในอาชีพเหล่านี้รู้สึกโดดเดี่ยว คับข้องใจ และขัดแย้งกันเองแทนที่จะร่วมมือเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยกัน และยังมีการกำหนดบทบาทโทษสำหรับความผิดพลาดทางการแพทย์มากเกินไป ก็ยังทำให้แพทย์ต้องวางตัวเหินห่างกับผู้ป่วย และพยายามใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีมาเป็นหลักประกันมากขึ้น (Charon, 2006: 7)

ทัศนคติและความประพฤติที่เหินห่างระว่างตัวของแพทย์สมัยใหม่ ส่งทอดต่อมาในการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ ทำให้นักเรียนแพทย์รู้สึกเหินห่างไปด้วย เกิดความรู้สึกแยกห่างจากบุคลากรสาธารณสุขและสังคมที่พวกเขาควรจะต้องดูแลรับผิดชอบ อีกทั้งความสัมพันธ์แบบศิษย์อาจารย์และการมีบุคคลต้นแบบที่เคยเป็นหลักสำคัญในการเรียนแพทย์แต่ดั้งเดิมที่เป็นวิธี “เรียนรู้จากการเป็นลูกมือ” (apprentice) เมื่อมาจัดเข้าระบบเป็นโรงเรียนและหลักสูตรแพทยศาสตร์แล้ว ความสัมพันธ์ใกล้ชิดนี้ก็ถูกขจัดไป และถูกแทนที่ด้วยระบบการประเมินค่า และด้วยสภาพแวดล้อมของการแข่งขันและความขาดแคลนในโรงพยาบาล/โรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ ที่ถูกกดดันด้วยความอยู่รอดทางเศรษฐกิจและมีกรอบเวลาที่จำกัดแน่นอน การประเมินผลความเป็นแพทย์วัดด้วยระบบการสอบและประเมินค่า จึงไม่เอื้อต่อการสร้างแพทย์รุ่นใหม่ที่มีหัวใจเห็นแก่เพื่อนมนุษย์สักเท่าไรนัก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๐: ๒๔-๕๐)

อย่างไรก็ตาม ในวงวิชาการทางการแพทย์ ได้มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีหรือแนวคิดเพื่อส่งเสริมให้มีการแพทย์ที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดย ตัวอย่างการพัฒนาในเชิงวิชาการนั้น อาทิ bio psychosocial medicine, primary care medicine, bioethics and professionalism in medicine ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ทศวรรษที่ ๑๙๖๐ จนถึงปัจจุบันเพื่อขยายมุมมองจากการรักษาโรคทางชีวภาพให้หันมาใส่ใจผู้ป่วยในแง่ของอารมณ์ สังคม และความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยมากขึ้น ความเคลื่อนไหวดังกล่าวก่อให้เกิดความก้าวหน้าในหลายด้าน เช่น การฝึกทักษะทางการสื่อสาร การทำงานวิจัยและการสอนเรื่องมิติ

ทางอารมณ์และสังคมของสุขภาพและความเจ็บป่วย การตระหนักถึงแง่มุมทางจริยธรรมด้านสุขภาพ (Charon, 2006: 8)

ในสังคมไทย ได้มีความพยายามส่งเสริมแนวคิดการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ในระดับชาตินับตั้งแต่ ศ.นพ. ประเวศ วะสี ประธานมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) นำคณะดูงาน ได้แก่ คณะบดีคณะแพทยศาสตร์จากหลายสถาบัน ผู้อำนวยการระดับสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและสำนักงานในกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลายแห่งทั่วประเทศ ไปดูงานการจัดการและค้นหารูปแบบการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ ณ โรงพยาบาลพุทธธื้อจี ๒ แห่งในประเทศไต้หวัน วันที่ ๒๖-๓๐ เมษายน ๒๕๕๙ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นนี้อย่างสม่ำเสมอ (แผนพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มสช, ๒๕๕๐: ๗๖)

จากการประชุมในหลายวาระ มีข้อเสนอถึงเครื่องมือหลายชิ้นที่น่าจะช่วยพัฒนาความสามารถในการเข้าใจความทุกข์และแลกเปลี่ยนความเห็นอกเห็นใจ เพื่อให้เกิดสำนึกเรื่องการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น จิตอาสาและการให้, ทักษะการเขียนเรื่องเล่า-บทกวี, ทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย, แบบฟอร์มที่สามารถบันทึกความทุกข์ของผู้ป่วย, การเผยแพร่ประวัติครูแพทย์ที่เป็นปูชนียบุคคล, การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและคำนึงถึงความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจให้แก่ผู้ป่วย, การจัดระบบงานที่คำนึงถึงความเท่าเทียมของบุคลากร, โครงการที่พาแพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ไปพบกับผู้ป่วยโดยตรง, สื่อที่เน้นจริยธรรมทางการแพทย์, ศิลปะบำบัด, การบริหารร่างกายเพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เช่น การรำมวยจีน (วรพงษ์ เวชมาลีนนท์, ๒๕๕๐: ๕-๖)

ต่อมาเกิดการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ครั้งสำคัญในเวทีประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๕๙ โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากสาธารณสุขภาคส่วนต่างๆ เครือข่ายจิตอาสาภาคประชาชน หลังจากนั้น สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ได้จัดการประชุมระดับชาติภายใต้หัวข้อ “คืนหัวใจให้ระบบสุขภาพ” เมื่อวันที่ ๑๓-๑๖ มีนาคม ๒๕๕๐ โดยมีบุคลากรระบบสุขภาพเข้าร่วมประชุมประมาณ ๖,๐๐๐ คน ทำให้ข้อความที่ว่า “การแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์” กลายเป็นวาระและประเด็นสำคัญที่ได้รับความใส่ใจในระบบสุขภาพ ซึ่งก่อให้เกิดรูปธรรมในการปฏิบัติ ได้แก่ การส่งเสริมให้เกิดโครงการจิตอาสาหรืออาสาสมัครในโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถสร้างความร่วมมือในชุมชน โครงการนี้เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในโรงพยาบาลและสถาบันในระบบสุขภาพหลายแห่งทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีโครงการที่นำนักศึกษาแพทย์ไปดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้มีส่วนร่วมในการช่วยผู้ป่วยเผชิญความตายอย่างสงบ ในโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง (แผนพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพ มสช, ๒๕๕๐: ๗๖-๗๙)

การเสนอแนวคิด เรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) จึงเป็นอีกวิธีหนึ่งในการสร้างเสริมให้แนวคิดการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังจะได้นำเสนอตัวอย่างของการนำแนวคิดนี้ไปใช้อย่างได้ผล

ตัวอย่างการนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปใช้กับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์

วิทยาศาสตร์การแพทย์อธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วยโดยมุ่งไปเฉพาะที่ความผิดปกติทางชีววิทยาในระบบการเรียนรู้แพทย์ พยาบาลหรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักเรียนจะถูกสอนว่าเมื่อมีคนไข้มาหาด้วยอาการนำ หรือ chief complaint แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะต้องมองหาให้ได้เป็นอันดับแรกว่าระบบ (system) ส่วนไหนของร่างกายที่ผิดปกติ เมื่อพบว่าระบบใดผิดปกติแล้วจะต้องหาต่อไปว่า อวัยวะ (organ) ไหนผิดปกติ ต่อไปก็ดูเนื้อเยื่อ (tissue) ไหนผิดปกติหรือมีสภาพอย่างไร เช่น ติดเชื้อ (infection) บาดเจ็บ (trauma) เนื้องอก (tumor) อักเสบ (inflammation) ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับกลไกทางชีววิทยาถือว่าไม่มีความสำคัญต่อการเข้าใจกระบวนการเกิดโรค แพทย์จึงสนใจเฉพาะคำถามและคำตอบที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะที่ผิดปกติ แม้แต่ในแวดวงจิตเวชศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญก็พยายามอธิบายปรากฏการณ์ทางจิตบนพื้นฐานของกลไกทางชีววิทยาโดยถือว่าจิตใจเป็นปรากฏการณ์ที่บ่งบเลาะของปฏิกิริยาทางชีวเคมีในสมอง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๔๕: ๕๕-๕๖)

ริตา ชารอน ได้รับปริญญาทั้งแพทยศาสตรบัณฑิตและดุริยางค์บัณฑิตด้านวรรณกรรมอังกฤษจากมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา นับตั้งแต่เผยแพร่แนวความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาในหนังสือ *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006) แล้ว ชารอนก็ได้มีการฝึกเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อสร้าง “ความสามารถทางเรื่องเล่า” (narrative competence) อย่างต่อเนื่องอีกหลายปี จนกระทั่งชารอน ได้เสนอกับวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่องของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย เพื่อสร้างหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตของ narrative medicine (M.S. in Narrative Medicine) เริ่มในปี ๒๐๐๙ เป็นหลักสูตรเต็มเวลา ๑ ปี หรือหลักสูตรนอกเวลา ๒ ปี หลักสูตรจะเน้นไปที่การเรียนรู้ปรัชญา ทฤษฎีวรรณกรรม ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ การเขียนอัตชีวประวัติ และการอ่านวรรณกรรมอย่างลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ในปี ๒๐๐๙ มีผู้สมัครเข้าเรียน ๒๘ คน ส่วนมากเป็นประกอบอาชีพทางด้านแพทย์และสาธารณสุขอยู่แล้ว เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ สาขาอื่นๆ อย่างทนายความ นักวิชาการวรรณกรรม และนักศึกษาปริญญาตรีที่กำลังจะเรียนต่อแพทยศาสตร์ (Kolata, 2009: 17, และดูรายละเอียดเพิ่มเติมของหลักสูตรนี้ได้ที่ School of Continuing Education Columbia University, 2013)

ตัวอย่างหนึ่งของการฝึกที่ชารอนนำไปใช้สอนและให้นักศึกษาแพทย์ปฏิบัติได้แก่การทำ “ชาร์ตคู่ขนาน” (parallel chart) นับตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๙๓ ชารอนในฐานะอาจารย์แพทย์ผู้คุมนักศึกษาแพทย์ปีสามที่กำลังฝึกทำเวชระเบียนแพทย์และเริ่มการตรวจเวรคนไข้ นอกจากจะทำเวชระเบียนแพทย์ตามแบบฟอร์มทั่วไปแล้ว นักศึกษาแพทย์กลุ่มนี้ยังมีการบ้านเพิ่มให้ทำชาร์ตคู่ขนาน เขียนบรรยายว่า ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยนั้นทำให้พวกเขารู้สึกหรือคิดถึงอะไรบ้าง โดยที่ไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องวิชาการ ตัวอย่างเช่น การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งและผู้ป่วยคนนั้นได้ตายไป ทำให้คิดถึงญาติที่ตายไปด้วยโรคมะเร็งเช่นกัน ให้เขียนชาร์ตคู่ขนานอย่างน้อยอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งและนำมาสะท้อนแลกเปลี่ยนในชั่วโมงเรียน ผลที่เกิดขึ้นทำให้นักศึกษาแพทย์รู้สึกผูกพันกับผู้ป่วยมากขึ้น เคารพในความกล้าหาญของผู้ป่วยที่กำลังต่อสู้กับโรคร้าย หรือรู้สึกถึงความอ่อนด้อยของตนเองที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ ความโกรธแค้น ความรู้สึกไม่ยุติธรรม โดยรวมแล้ว ทำให้พวกเขาไม่รู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องเจอกับความโศกเศร้าหรือความรู้สึกผิด (Charon, 2006: 155-56)

สำหรับในประเทศไทย แม้จะยังไม่ได้มีการรับหลักสูตร narrative medicine สำหรับการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์มาใช้โดยตรง แต่พบตัวอย่างการนำแนวทางการปฏิบัติเรื่องความใส่ใจในการรับฟังผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์หลายแห่ง เช่น ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วรพงษ์ เวชสุมาลีนนท์, ๒๕๕๐: ๕๑-๘๙) ตัวอย่างล่าสุดได้แก่ โครงการ “การสอนพาลิเอทีฟแคร์ในโรงเรียนแพทย์ มรรควิธีในการพัฒนาวิถีแพทย์ (Palliative care teaching in medical school, a way for medical professionalism development) โดย นพ. สกล สิงหะ ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นการเรียนรู้เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง คุยกับคนไข้ข้างเตียง และการสะท้อนตนเองในกลุ่มอย่างเป็นกลางในภายหลัง

วิธีการคือ มอบหมายให้นักศึกษาแพทย์เวชปฏิบัติชั้นปีที่ 6 (extern) ดูแลคนไข้พาลิเอทีฟแคร์และประเมินล่วงหน้า แล้วนำมาเสนอในวันกิจกรรมในรูปแบบการเล่าที่เป็นเรื่องราวจากประสบการณ์ของคนไข้เอง (narrative) ไม่ใช่ในแบบการนำเสนอทั่วไปของนักศึกษาแพทย์ (presentation) โดยเน้นที่ความรู้สึกและความคิดของคนไข้และญาติ หลังจากนั้นจะไปที่ข้างเตียงคนไข้ เพื่อให้อาจารย์แพทย์ทำการเข้าหาและสัมภาษณ์ให้ดู ก่อนที่จะกลับมาที่ห้องสัมมนาและสะท้อนว่านักศึกษาแพทย์ได้เห็น ได้คิด ได้รู้สึกอะไรกันบ้าง โดยให้กระดาษเปล่ามาเขียนเป็นการทำแบบสอบถามไปด้วย

นพ. สกล ได้ทำแบบสอบถามในช่วงปี ๒๕๕๑-๒๕๕๔ มีนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ ๖ ตอบแบบสอบถามกลับมา ๒๖๔ คน จากสิ่งนี้นักศึกษาสะท้อนมานั้น นพ. สกล พยายามจัดหมวดหมู่ของการเขียนเรียงความสั้นๆ ให้เข้ากับหัวข้อต่างๆ ในวิถีแพทย์ (medical professionalism) ได้แก่ วิธีการที่เป็นองค์รวม (holistic approach) สิทธิในการเลือกวิถีการดำรงชีวิต (autonomy) การเห็นประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นอันดับหนึ่ง (primacy welfare of the patients) ความสามารถในการรักษา (medical professional experience) ทักษะในการสื่อสาร (communication skill) ข้อสรุปที่นพ. สกล ได้คือ การเรียนที่จะพัฒนาความเป็นวิชาชีพ (professionalism) ต้องใช้ประสบการณ์ตรงมากกว่าการเรียนรู้จากคำนิยาม หรือวิถีแพทย์ไม่สามารถสอนได้ แต่ในทฤษฎี แต่ต้องสอนและแสดงให้รู้ในเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะในบริบทของพาลิเอทีฟแคร์ซึ่งมักจะพูดถึงแต่ในเชิงปรัชญาแต่มองไม่เห็นภาพจริงว่าเป็นอย่างไร การรับรู้จริยธรรมและคุณธรรมแห่งวิชาชีพจะเกิดขึ้นต่อเมื่อทำจริง และใคร่ครวญสะท้อนเรื่องเหล่านี้ (สกล สิงหะ, ๒๕๕๔: ๓๓๔-๓๓๗)

ตัวอย่างการนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปใช้กับเวชปฏิบัติ

การนำการพูดคุยหรือการแบ่งปันเรื่องเล่าเพื่อช่วยเหลือให้กำลังใจ สร้างสายสัมพันธ์ และแบ่งเบาความทุกข์แก่สมาชิกในกลุ่ม พบในการรวมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group หรือ support group) เป็นการรวมกลุ่มด้วยความสมัครใจของสมาชิกที่เผชิญปัญหาที่คล้ายกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น หรือประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีความคิดพื้นฐานที่ว่า สมาชิกในกลุ่มจะได้รับความช่วยเหลือจากคนซึ่งมีประสบการณ์กับการจัดการปัญหานั้นๆ มาก่อน จึงเข้าใจถึงอุปสรรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจที่สมาชิกกลุ่มต้องเผชิญได้ นอกจากนี้สมาชิกกลุ่มยังได้เสริมพลังความเชื่อมั่นจากเพื่อนสมาชิกด้วยกัน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองพบได้ทั้งในปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างกลุ่มที่มีการจัดตั้งอย่างแพร่หลาย เช่น

กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ กลุ่มผู้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอดส์ (ประชาธิปไตย กะทา ใน โภมาตรและคณะ, ๒๕๕๑: ๑๓๙-๑๔๐)

มีการมองว่า การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังนี้เป็นความท้าทายกับระบบการแพทย์แบบชีวกลไก เนื่องจากปฏิเสธการมองปัญหาความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องของการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญ และลดทอนการรักษาให้เป็นเรื่องจัดโรคภัยออกจากร่างกายเท่านั้น (Armstrong, 2003: 94) กลุ่มช่วยเหลือตนเองถือเป็นการเพิ่มอำนาจต่อรองทางสังคม ให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการดูแลตัวเองได้จากการเรียนรู้และแบ่งปันประสบการณ์ พ้นจากการต้องพึ่งพิงความรู้หรือรอความช่วยเหลือจากคนรอบข้างเพียงอย่างเดียว มองเห็นคุณค่าและสามารถสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มได้เองโดยที่ไม่ได้มาจากการตีตราจากภายนอก การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างสมัครใจจึงมักประสบความสำเร็จด้วยดี

การตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้สามารถนำแนวคิดการรักษาด้วยเรื่องเล่าไปปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในเชิงเวชปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น ดังที่ปรากฏใน *Narrative Based Health Care: Sharing Stories* (Greenhalgh and Collard, 2003) เป็นการทำวิจัยโครงการ Diabetes Sharing Stories Projects กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเชื้อสายบังคลาเทศในเขตตัวเมือง Tower Hamlet ในสหราชอาณาจักร ในปี ๒๐๐๐ โดยการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็น ๙ กลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าที่มาจากประสบการณ์ของบริการสาธารณสุขกับชุมชนในท้องถิ่น ภายหลังจากการแลกเปลี่ยนแล้ว ผู้เข้าร่วมของแต่ละกลุ่ม ซึ่งประกอบไปด้วยทั้ง ผู้ป่วย ผู้ดูแล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องเขียนเรื่องเล่าจากประสบการณ์การเข้าร่วมนั้น การเขียนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะเป็นการสะท้อนภายในและให้ผู้เข้าร่วมได้แสดงออกถึงการเรียนรู้ ซึ่งจะเป็นไปอย่างหลากหลายในแง่มุมที่แตกต่างกัน เนื่องจากการเล่าและการเขียนของแต่ละคนจะเป็นอิสระมากกว่าการตั้งประเด็นหลักเพื่อพูดคุยเป็นครั้งๆ ไปอย่างการพูดคุยในกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั่วไป (Greenhalgh and Collard 2003: viii)

อย่างไรก็ตาม หนังสือ *Narrative Based Health Care: Sharing Stories* นี้มีลักษณะเป็นคู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติหรือนักวิจัย จึงมีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาที่สรุปมาแล้ว และมีการแนะนำแนวทางการอบรมอย่างเป็นขั้นตอน เช่น มีการเสนอหัวข้อในการพูดคุย มีตัวอย่างแบบสอบถามที่จะให้ผู้วิจัยเก็บข้อมูล แต่ไม่มีเรื่องเล่าที่มาจากปากคำหรือการใช้ภาษาของผู้เข้าร่วมจริงๆ ไม่ว่าจะเป็นการถอดคำพูดโดยตรง หรือตัวอย่างงานเขียนเรื่องเล่าของผู้เข้าร่วม

นอกจากนี้ความพยายามในการนำเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยามาใช้เวชปฏิบัติ โดยประยุกต์เข้ากับเวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine)^๕ เพื่อให้เกิดบูรณาการระหว่างทักษะทั้งสองด้าน ทั้งการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและทักษะการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อมูลวิจัยทางการแพทย์ ใน *Integrating Narrative Medicine and Evidence-based Medicine* (Meza and Passerman, 2011)

^๕ เวชศาสตร์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) การจัดหาบริการทางสาธารณสุขโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในการเลือกชนิดของการรักษาและบริการที่เหมาะสม โดยใช้กระบวนการอย่างมีระบบในการทบทวนงานวิจัย วิพากษ์และประเมินคุณค่างานวิจัยทางด้านคลินิก เพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพิจารณาวิธีการและนวัตกรรมที่ใช้ในการรักษาตั้งอยู่บนฐานของการใช้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และข้อมูลทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม (ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์, ๒๕๕๒: ๓)

โดยนำทักษะการพูดคุยและรับฟังเรื่องเล่าอย่างเปิดกว้างจากแนวคิดของเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เล่าอาการและเรื่องราวความเจ็บป่วยของตัวเองอย่างตัวผู้ป่วยเองคิดว่าเป็นเรื่องสำคัญ แพทย์เก็บข้อมูลและลักษณะความเจ็บป่วยจากปากคำผู้ป่วยมาเพื่อวินิจฉัยโรคหรือความเจ็บป่วย จากนั้นค้นคว้าหาผลวิจัยทดสอบและเลือกหาวิธีการรักษาที่เหมาะสมที่สุดต่อไป โดยจะมีการพูดคุยถึงทางเลือกในการรักษากับผู้ป่วยอยู่ตลอด

หนังสือเล่มนี้มีลักษณะเป็นคู่มือที่มีทั้งส่วนแนะนำทฤษฎี และส่วนปฏิบัติการที่แนะนำการวินิจฉัยจากปากคำของผู้ป่วย โดยมีการลงบทสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่ใช้แนวคิดจากเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การถามอาการของโรค แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องอื่นๆ ที่คนไข้รู้สึกเกี่ยวข้องกับอาการป่วยหรือรบกวนจิตใจ การแนะนำวิธีค้นคว้าทดสอบเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้กับงานวิจัยหรือการทดลองต่างๆ เพื่อค้นหาทางเลือกในการรักษา และบทสนทนาในการนำผลหรือวิธีการรักษาเหล่านั้นมาพูดคุยกับผู้ป่วยอีก ตัวอย่างจากหนังสือเล่มนี้จึงเป็นตัวอย่างในการแสดงให้เห็นว่าแพทย์สามารถการนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา มาใช้การตรวจหรือรักษาผู้ป่วยในงานประจำได้อย่างไร

ตัวอย่างการนำแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาไปใช้กับสังคมไทย

แนวความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ได้รับการนำเสนอและปรับใช้โดย ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ในโครงการวิจัยของสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ เรื่อง “เรื่องเล่า งานคือความดีในระบบบริการปฐมภูมิ (Narrative in Primary Care)” (สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ๒๕๕๑: ๑-๑๐) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ ให้กลายเป็นระบบบริการที่มีคุณค่าและมีความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพองค์รวมของประชาชน มากกว่าจะเป็นเพียงแค่การหน่วยบริการคัดกรองผู้ป่วยขั้นแรกก่อนส่งหน่วยบริการในขั้นที่สูงขึ้นอย่างที่เขาใจ

โครงการวิจัยนี้อาศัยฐานแนวคิด ๒ เรื่องมาประกอบเข้าด้วยกัน ได้แก่ สุนทรียสาธก (appreciative inquiry) อันเป็นวิธีคิดใหม่ในการจัดการองค์กรด้วยการสร้างมุมมองด้านบวกต่องานและองค์กร เพื่อสร้างเสริมคุณค่าและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรด้วยกัน มากกว่าจะมองไปที่ปัญหาและการแก้ปัญหา เมื่อมาผนวกรวมกับแนวคิดเรื่องอำนาจของเรื่องเล่า ทำให้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรื่องเล่ากลายเป็นเครื่องมือที่ดีในการสร้างตัวแบบที่ดีในการปรับกระบวนการทัศน์ จุดประกายความใฝ่ฝัน และสร้างพลังให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานและองค์กร สะท้อนคุณค่าและความหมายในชีวิตการทำงาน แสดงให้เห็นศักยภาพด้านบวกของระบบบริการปฐมภูมิ

โครงการวิจัยนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิใน ๘ จังหวัด ได้แก่ สงขลา ราชบุรี จันทบุรี อยุธยา ขอนแก่น ลำปาง เชียงใหม่ และนครราชสีมา โดยขั้นแรกสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพจัดกระบวนการฝึกอบรมทำวิจัย การเก็บข้อมูล การเขียนวิจัย การเขียนเรื่องเล่าให้เจ้าหน้าที่ที่เข้าอบรม จากนั้นในทีมของแต่ละจังหวัดจะมีแกนของกลุ่มที่เป็นผู้มองหาเรื่องเล่าที่สะท้อนประสบการณ์ที่ดีในการทำงานปฐมภูมิ นำมาเข้ากระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนและให้เจ้าหน้าที่เจ้าของเรื่องเล่าเหล่านั้นเขียนเป็นเรื่องเพื่อสะท้อนเรื่องราวเหล่านั้น ตลอดระยะเวลาของโครงการมีเรื่องเล่าที่ผ่านการ

คัดเลือกจำนวนมากและได้รับการตีพิมพ์รวมเล่มในหนังสือชุด *งานคือความดี ที่หล่อเลี้ยงชีวิต* จำนวน ๗ เล่ม (๒๕๕๑) และ *เรื่องเล่า จินตนาการสุขภาพใหม่* (๒๕๕๒)

แนวความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยายังได้รับการนำไปใช้ส่งเสริมคุณภาพของการทำงานเพื่อสร้างคุณค่าและหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลด้วย สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ได้ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์กรมมหาชน (สรพ.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ภายใต้โครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน” หรือ SHA (Spiritual Health Accreditation) จัดการอบรมปฏิบัติการเวชปฏิบัติ “เรื่องเล่ากับการเรียนรู้ (Narrative Medicine Workshop: Learning Through Stories)” โดยมีแนวคิดว่าการแบ่งปันและเรียนรู้ในกระบวนการเรื่องเล่าจะมีส่วนช่วยส่งเสริมคุณภาพในการทำงานและส่งเสริมกำลังใจให้แก่กันระหว่างบุคลากรสาธารณสุขและผู้รับบริการ

ขั้นตอนแรก ทางสรพ. จะคัดเลือกบุคลากรและเจ้าหน้าที่ทางสถานพยาบาลทั่วประเทศมาเข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติการกับทีมจากสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ในกระบวนการอบรมแบ่งกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรื่องเล่าในกลุ่มและเรียนรู้กระบวนการเขียนเรื่องเล่าเพื่อเป็นการสะท้อนตัวตน โดยมีพี่เลี้ยง ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เคยอบรมกระบวนการเรื่องเล่าและมีผลงานตีพิมพ์มาแล้ว คอยดูแลและให้คำแนะนำตั้งแต่แรกเริ่มจนสามารถเขียนเรื่องสั้นได้สำเร็จ

นับตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๒-๕๖ มีการเขียนเรื่องเล่าจากประสบการณ์การทำงานของแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ตีพิมพ์เป็นประจำในคอลัมน์ “สารคดีชีวิต” ในวารสาร *สุขศาลา* นับตั้งแต่ฉบับปฐมฤกษ์ (๒๕๕๑) จนปัจจุบัน อีกทั้งยังมีผลงานรวมเล่มที่เกิดมาจากร่องเล่าในการอบรมเหล่านี้ ได้แก่ *เรื่องเล่าจินตนาการสุขภาพใหม่* (วีระศักดิ์ จันทรส่งแสงและโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๒) *เรื่องเล่า เปลี่ยนเรา เปลี่ยนโลก* (มธุรส ศิริสถิตย์กุล, ๒๕๕๓)

การแพทย์กับหัวใจความเป็นมนุษย์นั้นน่าจะเป็นสิ่งที่ดำเนินควบคู่ไปด้วยกันอยู่แล้วโดยไม่ต้องเรียกร้อง หากแต่ด้วยมุมมองการแพทย์แบบสมัยใหม่ที่ปลูกฝังมาตั้งแต่การเรียน และวัฒนธรรมการทำงานทำให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขขาดความใส่ใจในมิติของความเป็นมนุษย์อย่างไม่รู้ตัว การเปลี่ยนมุมมองหรือการหวนคิดให้มองเห็นชีวิตมนุษย์ในความเจ็บป่วยนั้น ควรนับว่าเป็นจุดมุ่งหมายและความท้าทายของการแพทย์ในเวลานี้ อย่างที่ นพ. โกมาตร ได้สรุปไว้เป็นอย่างดี (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๕๐: ๒๙)

หากเรามองสุขภาพจากมุมมองของความเป็นมนุษย์แล้ว เราอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพหรือสุขภาพะนั้นก็คือสภาวะของความเป็นมนุษย์ที่เต็มเปี่ยมสมบูรณ์ การแพทย์ที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์จึงดูแลผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่ง ซึ่งย่อมมีสิทธิ์ที่จะไฝ่ฝัน มีสิทธิ์ที่จะมุ่งมั่นสร้างชีวิตของตัวเองให้ได้ตามความฝัน และไม่ควรเป็นชีวิตที่พ่ายแพ้หรือต้องล้มเหลวเพียงเพราะว่าเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการทางร่างกายขึ้นเท่านั้น จากมุมมองของความเป็นมนุษย์นี้

ภารกิจของเราจะไปพ้นจากการแพทย์ที่เป็นไปเพียงเพื่อการซ่อมอวัยวะ ไปสู่การสร้างสรรค์ชีวิต ไปสู่การเติมเต็มความเป็นมนุษย์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

รายการอ้างอิง

- Armstrong, D. (2003). *Outline of sociology as applied to medicine* (5th ed.). London: Arnold.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Greenhalgh, T. and Collard, A. (2003). *Narrative based health care: sharing stories*. London: BMJ Books.
- Kolata, G. (2009). Learning to listen. *The New York Times* [Online] 29th December. p. 17. Available from http://www.nytimes.com/2010/01/03/education/edlife/03narrative.html?_r=0 [Accessed: 11th December 2013].
- Meza, J. and Passemán, D.S. (2011). *Integrating narrative medicine and evidence-based medicine*. London: Radcliffe Publishing.
- School of Continuing Education Columbia University. (2013). Master of Science in narrative medicine. [Online] Available from: <http://ce.columbia.edu/narrative-medicine> [Accessed: 11 December 2013].
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๔๕). จิตวิญญาณกับสุขภาพ. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. หน้า ๔๑-๗๕.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๕๐). *การแพทย์ที่มีหัวใจของมนุษย์*. ใน วรพงษ์ เวชมาลีนนท์ (บก.). *อุดมคตินักศึกษาแพทย์*. กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสตรี้-สฤตติวงศ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๑: งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๒: ความดีที่เยียวยา*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๓: มนุษย์เล็กๆ ในระบบที่ซับซ้อน*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๔: กำลังใจและความหวัง*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๕: ก่อนโลกขวานับ*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๖: หุ่นส่วนความดี*. นนทบุรี :
สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๗: ฟ้าหลังฝน*. นนทบุรี: สำนักวิจัย
สังคมและสุขภาพ.

ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์. (๒๕๕๒). Evidence-Based Medicine เวชศาสตร์เชิงประจักษ์. *ขอนแก่นเวชสาร*.

[ออนไลน์] ๓๓ (๑). หน้า ๓-๗. จากแหล่งข้อมูล:

<http://www.slideshare.net/maple036/evidence-based-medicine-2892246>. [เข้าถึงข้อมูล

เมื่อ: ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๖].

ประชาธิปไตย กะทา. (๒๕๕๑). มิติทางสังคมวัฒนธรรมของการเจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ

คณะ. (บก.). *วัฒนธรรม สุขภาพ และการเยียวยา: แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์*.

นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์. (๒๕๕๐). *แพทยศาสตร์ศึกษาองค์รวม*. กรุงเทพฯ:

แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

มธุรส ศิริสถิตกุล. (บก.). (๒๕๕๓). *เรื่องเล่า เปลี่ยนเรา เปลี่ยนโลก*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

วีรศักดิ์ จันทร์สงแสง และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). (๒๕๕๒). *เรื่องเล่า จินตนาการสุขภาพใหม่*.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

สกล สิงหะ. (๒๕๕๔). *นิราศชนิดนี้ : ท่องไปในโลกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ศยาม.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (๒๕๕๑). *สุนทรียสาธก เรื่องเล่ากับการรื้อถอนมายาคติบริการปฐมภูมิ. หมอ*

อนามัย (พฤษภาคม-มิถุนายน). ๗-๒๐.

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การรักษาที่ดีต้องเกิดจากองค์ประกอบสองด้านที่ต้องเดินไปพร้อมกัน ได้แก่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ดีที่สุดในเวลานั้น แต่องค์ประกอบทั้งสองนี้กลับไม่ได้เดินไปด้วยกันเสมอไป ยิ่งเมื่อการแพทย์มีความเชื่อมั่นและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากเท่าไร ก็ยิ่งห่างไกลจากการฝึกฝนเรื่องความสัมพันธ์มากเท่านั้น แต่ด้วยการรื้อฟื้นทักษะด้านความสัมพันธ์กับมนุษย์ผนวกรวมกับความคิดด้านวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ก็จะทำให้แพทย์กลับมามีความสมบูรณ์แบบมากขึ้น

แต่เดิมการรักษาเป็นความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากพอๆ กับความสัมพันธ์ในสังคม เป็นการรักษาเป็นการรักษาตามบ้านหรือในพื้นที่กลางของชุมชน ยังไม่มีระบบการแยกขาดระหว่างผู้ป่วยและคนปกติ จนกระทั่งเกิดการแพทย์สมัยใหม่ที่มีพื้นฐานจากพัฒนาการของปรัชญาความรู้ทางวิทยาศาสตร์นับตั้งแต่ศตวรรษที่ ๑๘ จากความคิดเชิงกลไกของนิวตัน การรับโลกทัศน์แบ่งแยกกายและจิตของเดส์การ์ตส์ ทำให้เกิดกระบวนการความคิดที่เชื่อถือความจริงจากการสังเกตและการทดลองแบบวิทยาศาสตร์ เกิดการศึกษาวิชาแพทย์อย่างเป็นระบบในศตวรรษที่ ๑๙ รวมถึงพัฒนาการของเครื่องมือต่างๆ ทำให้การแพทย์เริ่มเอนเอียงมาทางวิทยาศาสตร์มากขึ้น การตรวจโรคและการวินิจฉัยอาการป่วยจึงถูกมองเป็นเหมือนการตั้งสมมติฐานของการทดลอง จนเกิดทัศนคติการมองมนุษย์ว่าเป็นเพียงกลไกอินทรีย์ ความเจ็บป่วยเกิดจากโรคร้ายเข้าแทรกแซงจากภายนอกเข้ามาบุกรุกภายใน การแพทย์สามารถยับยั้งแทรกแซงโรคร้ายนี้ได้ด้วยเครื่องมือและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีเหล่านี้เองเป็นทิศทางการแพทย์แบบสมัยใหม่ที่แพร่หลายในประเทศตะวันตก หรือที่เรียกต่อมาในภายหลังว่า biomedicine หรือการแพทย์แบบชีวกลไก

ทฤษฎีการแพทย์ตะวันตกภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องการแพทย์แบบชีวกลไกถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมเป็นเนื้อเยื่อ อวัยวะ ที่ประสานสัมพันธ์กันเป็นผลให้กระบวนการทางชีววิทยาดำเนินไปได้ตามปกติ วิทยาการแพทย์ตะวันตกจึงอธิบายปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย โดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเป็นสำคัญ โดยความเจ็บป่วยต่างๆ จะต้องสืบค้นให้พบว่ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติของอวัยวะหรือระบบอวัยวะใด และการเยียวยารักษาก็จะมุ่งไปแก้ปัญหาเฉพาะส่วนที่ผิดปกตินั้นให้สามารถทำหน้าที่ได้ตามเดิม การบำบัดรักษาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะที่ เช่น การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะหรือระบบอวัยวะที่ผิดปกติ การผ่าตัด การฉายแสง เป็นต้น ตามแนวคิดเช่นนี้ ทำให้แนวทางการบำบัดรักษาจำกัดตัวอยู่ในขอบเขตของการแก้ปัญหาทางกายเป็นสำคัญ แต่ละเลยการเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมจิตวิทยาของความเจ็บป่วยได้ จึงขาดมาตรการทางสังคมและมาตรการทางจิตวิทยาในการเยียวยารักษาผู้ป่วย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ๒๕๓๕ : ๔๒)

การแพทย์แบบชีวกลไกกลายเป็นทิศทางการแพทย์กระแสหลักในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ยิ่งทำให้ทิศทางการแพทย์แบบนี้มีความแข็งแกร่งในเชิงวิชาการมากขึ้น เกิดการสร้างความชำนาญเฉพาะทางของการแพทย์ จึงยิ่งทำให้เกิดการรักษาเฉพาะส่วนแยกย่อยลงไปเรื่อยๆ เปรียบเหมือนนายช่างที่ดูแลระบบหรืออวัยวะมากกว่าจะเป็นแพทย์ที่รักษามนุษย์ นอกจากนี้ในการเรียนการสอนยังให้แพทย์ตัดขาดทางอารมณ์กับผู้ป่วย เพื่อไม่ให้เกิดอคติ เลือกที่รักที่ชัง จึงมีแนวโน้มที่แพทย์และ

ผู้ป่วยจะแปลกแยกจากกันและเกิดความไม่เข้าใจยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อมีธุรกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้การรักษากลายเป็นเรื่องของการทำธุรกิจมากกว่าจะคำนึงถึงความปลอดภัยแบบเดิมๆ ได้อีก

การแพทย์แบบชีวกลไกมีแนวโน้มที่ลดทอน “เสียง” ของคนไข้ ให้เหลือเพียงการแจ้งข้อมูลที่ผิดปกติของสุขภาพ แต่เมื่อมีการรับแนวความคิดของสังคมศาสตร์เข้ามาในวงวิชาการการแพทย์ เสียงของคนไข้จึงได้มีการรับฟังมากขึ้น ปรากฏให้เห็นในแนวคิดการนำเรื่องเล่าเข้ามาใช้ในวงวิชาการการแพทย์ เรื่องเล่าสามารถช่วยแก้ปัญหาของการแพทย์แบบชีวกลไกได้ เพราะเป็นการคืนเสียงและอำนาจให้กับผู้ป่วย มากกว่าจะเป็นการมอบอำนาจให้กับแพทย์เป็นผู้ควบคุม เรื่องเล่ายังมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างกันไป ทำให้เข้าใจโลกของความเจ็บป่วยและความทุกข์ที่แตกต่างกันไป ไม่เกิดการเหมารวม จะทำให้ตอบสนองต่อการรักษาได้ดีกว่า และเป็นการทำให้แพทย์กลับมาเป็นผู้รักษาที่เข้าถึงจิตใจของผู้ป่วย

การให้ความสำคัญในเรื่องเล่าในวงการแพทย์ เป็นผลจากการเปลี่ยนกระแสดความคิดอย่างขนานใหญ่ในแวดวงสังคมศาสตร์ นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา จากเดิมกระบวนทัศน์สมัยใหม่ รวมความคิดแบบปฏิฐานนิยมและความเป็นศูนย์กลางอำนาจ มาเป็นความคิดแบบหลังสมัยใหม่ ที่ตั้งคำถามกับค่านิยมความเชื่อของอำนาจ ศูนย์กลาง และทฤษฎีหลักที่สถาปนาความจริงหลักอันจริงแท้ ความคิดแบบหลังสมัยใหม่เชื่อว่าความจริงมีหลายแง่มุม จึงได้เกิดการศึกษาเรื่องเล่าในฐานะการนำเสนอความจริงที่สัมพันธ์กับผู้สังเกตและบริบทแวดล้อม ผ่านภาษาในการสร้างความสัมพันธ์กับความจริง

ความสนใจของการนำเรื่องเล่ามาใช้ในวงวิชาการการแพทย์ โดยเฉพาะเรื่องเล่าความเจ็บป่วย (Illness Narratives) ที่เฟื่องฟูในวงการศึกษาสังคมวิทยาการแพทย์และมานุษยวิทยาการแพทย์ในช่วงทศวรรษที่ ๑๙๘๐-๙๐ หากแต่เป็นแนวคิดที่นำเรื่องเล่าไปวิเคราะห์สังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า ในช่วงปลายทศวรรษที่ ๑๙๙๐ จึงมีการเสนอความคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา หรือ narrative medicine ซึ่งเป็นการนำแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องเล่าเพื่อมาใช้นำมาใช้กับเวชปฏิบัติในวงการแพทย์และสาธารณสุขได้

แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา (narrative medicine) มีจุดสำคัญในการศึกษาและปฏิบัติเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องเล่าความเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจและความใส่ใจซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยผู้รับบริการ การแลกเปลี่ยนที่เกิดในกระบวนการเรื่องเล่านี้จะส่งผลกระทบให้กับผู้เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง ไม่ใช่แค่การได้ข้อมูลของโรคหรือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น หากแต่เพิ่มมิติของการรักษาที่ลึกซึ้งมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตัวเองมีบทบาท มีสิทธิ มีเสียง มีศักดิ์ศรีในการรักษา ไม่ใช่วัตถุที่รอการรักษา แพทย์ผู้ดูแลหรือบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลก็ได้เรียนรู้ชีวิตของมนุษย์ที่ไม่ใช่แค่ตัวโรคที่รักษาอยู่ สังคมรอบข้างก็ได้รับรู้ถึงความอาทรต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

ในการฝึกปฏิบัติตามแนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา เพื่อให้เกิดความสามารถทางเรื่องเล่า หรือทักษะทางเรื่องเล่า ทั้งการอ่านอย่างพิถี การรับฟังอย่างใส่ใจ การเขียนหรือแสดงออกเพื่อสะท้อนให้เห็นตัวตน ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดการยอมรับเข้าร่วมอย่างเต็มใจ ความรู้ในกระบวนการเรื่องเล่านี้เองจะทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถเข้าใจชีวิตผู้ป่วยได้ เพราะทำให้เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้อื่นโดยมีเงื่อนไขของเหตุการณ์และกาลเวลาที่แตกต่างกันไปเป็นเฉพาะของแต่ละคน จึงทำให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องราวของพวกเขาได้ โดยเฉพาะ

เมื่อได้รับการฝึกให้จินตนาการ ตีความ และตระหนักรับรู้ ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถยอมรับเรื่องราวเหล่านั้นว่าเป็นจริงและมีความหมายกับผู้เล่าเรื่องได้จริง

แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ที่มุ่งเน้นเรื่องของการสร้างความสัมพันธ์และการเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน จะทำให้แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขสามารถรับรู้และเข้าใจสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่มีเงื่อนไขและความแตกต่างที่ไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน ทำให้สามารถตัดสินใจในกระบวนการรักษาได้เหมาะสมและเป็นยอมรับของผู้ป่วย ลดปัญหาการฟ้องร้องหรือการไม่ได้รับความร่วมมือไปได้ การรับรู้เรื่องราวด้วยมุมมองอื่นที่พ้นไปจากโลกทัศน์ส่วนตัวยังทำให้เห็นมองเห็นแง่มุมของปัญหาหรือความคับข้องใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยนั้น ไม่รีบด่วนตัดสินความถูก-ผิด จึงช่วยในการแก้ปัญหาในเชิงจริยธรรมที่มีความซับซ้อน

แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยา ไม่เพียงแต่ช่วยสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้ดีขึ้น หากแต่ในกระบวนการเรื่องเล่านี้จะทำให้ผู้ปฏิบัติได้พัฒนาตนเองจากภายใน การเข้าไปมีส่วนร่วมกับเรื่องเล่าอย่างลึกซึ้ง เป็นการผจญภัยและเรียนรู้โลกทัศน์ของตนเองและผู้อื่น ลดความเห็นแก่ตัวหรือการเอาตัวเองเป็นหลัก สร้างพลังทางด้านบวกในการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตที่มีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน โดยเฉพาะกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่ถูกโลกทัศน์ของการแพทย์สมัยใหม่และวัฒนธรรมการทำงานที่เคร่งเครียดเร่งรัดทำให้ละเลยความคิดเรื่องชีวิตมนุษย์ที่ลึกซึ้งไปกว่าวิทยาศาสตร์ชีวภาพ แนวคิดเรื่องเล่าเพื่อการเยียวยาจึงมีส่วนสำคัญในการทำให้การแพทย์สมัยใหม่หวนกลับไปคิดถึงสายสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย เป็นการนำการแพทย์กลับสู่หัวใจแห่งเป็นความมนุษย์

มีข้อควรตระหนักไว้ว่า การนำศาสตร์ของเรื่องเล่ามาใช้ในวงการสาธารณสุขเป็นเรื่องใหม่ จากเดิมที่ได้รับความเชื่อถือไม่มากนักในฐานะ (วิทยา) ศาสตร์ จากกระแสความนิยมในทางวิชาการที่หันเหความสนใจมาให้ความสำคัญกับเรื่องเล่า (narrative turn) เป็นอย่างมาก แต่เรื่องเล่าไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมด หรือปัญหาทั้งหมดไม่สามารถถูกเปลี่ยนรูปให้กลายเป็นเรื่องเล่าได้ แต่ก็มีปัญหาบางอย่างที่ใช้กระบวนการเรื่องเล่าจะช่วยเสริมพลังในการแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะในปัญหาที่เกี่ยวกับสถานการณ์ ๔ รูปแบบนี้ (Greenhalgh and Collard 2003: xiii-xvi)

๑. เรื่องเล่าที่สามารถเน้นปัญหาของความเป็นอื่น ตัวอย่างเช่น ความเจ็บป่วยขั้นรุนแรง (ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ) การถูกทารุณกรรม การอยู่ผิดที่ผิดทางหรือสังคมรังเกียจ ปัญหาที่เกิดกับกลุ่มชาติพันธุ์หรือเพศวิถีที่แตกต่างในสังคม

๒. เรื่องเล่าที่เร้าจินตนาการ เพื่อช่วยเปิดโลกทัศน์และมองหาวิธีใหม่ๆ มาเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา

๓. เรื่องเล่าที่สะท้อนถึงการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อเป็นการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ทำให้เข้าใจถึงบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน มองเห็นการโยงใยของระบบการรักษาที่ทุกหน่วยจะส่งผลถึงกัน การสร้างความเข้าใจและเห็นใจร่วมกันนี้จะส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและเคารพในการทำงานร่วมกัน

๔. เรื่องเล่าในฐานะเครื่องมือวิจัย เรื่องเล่าเป็นแหล่งข้อมูลชั้นดีที่จะทำให้เห็นถึงความเชื่อ ทักษะคติ พฤติกรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ แต่การใช้เรื่องเล่าในฐานะเครื่องมือวิจัย จำเป็นต้องเป็นผู้ที่ได้

เรียนรู้หลักทฤษฎีและได้รับการฝึกฝนมาแล้วเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับกับการใช้เครื่องมือวิจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องหลักการและมาตรฐานที่ยอมรับได้ในการนำมาใช้ในการวิจัย

แม้ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้เรื่องเล่าในกระบวนการรักษายังคงมีไม่มากนัก และมักมีการตั้งคำถามถึงระเบียบวิธีวิจัยและการวัดผลในเชิงวิจัย แต่ข้อสรุปอย่างหนึ่งที่ได้รับการยอมรับคือ เรื่องเล่าเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการสร้างความเข้าใจ เปิดเผยและสร้างมุมมองต่อปัญหาร่วมกัน และสามารถกระตุ้นให้เกิดความเปลี่ยนแปลงได้

บรรณานุกรม

Books

- Armstrong, D. (2003). *Outline of sociology as applied to medicine* (5th ed.). London: Arnold.
- Cassell, E.J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press.
- Charon, R. and Montello, M. (eds.). (2002). *Stories matter: the role of narrative in medical ethics*. New York & London: Routledge.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in social science research*. London: SAGE Publications.
- Engel, J.D., Zarconi, J., Pethtel L.L. and Missimi, S.A. (2008). *Narrative in health care: healing patients, practitioners, profession, and community*. Oxon: Radcliffe Publishing.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller: body, illness and ethics*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (eds). (1998). *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. and Collard, A. (2003). *Narrative based health care: sharing stories*. London: BMJ Books.
- Greenhalgh, T. (2006). *What seems to be the trouble? narrative research in health and illness*. London: BMJ Books.
- Hunter, K.M. (1991). *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. New Jersey: Princeton University Press.
- Hurwitz, B., Greenhalgh T. and Skultans, V. (eds.). (2004). *Narrative research in health and illness*. London: BMJ Books.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Launer, R. (2002). *Narrative based primary care: a practical guide*. London: Radcliffe Publishings.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture illness, disease and the body in western societies* (2nd ed.). London: SAGE Publication.

- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mattingly, C. & Garro, L. C. (eds.). 2000. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. California: University of California Press.
- Mehl-Madrona, L. (2007). *Narrative medicine: the use of history and story in the healing process*. Vermont: Bear & Company.
- Meza, J. and Passeman, D.S. (2011). *Integrating narrative medicine and evidence-based medicine*. London: Radcliffe Publishing.
- Montgomery, K. (2006). *How doctors think: clinical judgment and the practice of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Mullan, F., Ficklen, E. and Rubin, K. (eds.). (2006). *Narrative matters: the power of the personal essay in health policy*. Baltimore: The John Hopkins University Press
- Sontag, S. (1990). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphor*. New York: Picador.

Journals Online and Electronics

- Boyd, K. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities* [Online] 26. pp. 9-17. Available from <http://mh.bmj.com/content/26/1/9.full> [Accessed: 11th December 2013].
- Cassell, EJ. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*. [Online] 306(11). pp. 639-45. Available from <http://www.med.uottawa.ca/courses/totalpain/pdf/doc-47.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Cassell, EJ. (1999). Diagnosis suffering: perspective. *Annual of Intern Medicine*. [Online] 131. pp. 531-34. Available from <http://meded.duke.edu/practice/wp-content/uploads/2013/01/Diagnosing-Suffering-A-Perspective.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: a mode for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* [Online] 286: 1897-1902. Available from <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194300> [Accessed: 11th December 2013].
- Charon, R. (2004). Narrative and medicine. *The New England Journal of Medicine*. [Online] 305(9). pp. 862-64. Available from <http://www.bumc.bu.edu/mec/files/2010/06/Rita-Charon-Narratives-NEJM-Feb-04.pdf> [Accessed: 11th December 2013].

- Charon, R. (2007). What to Do With Stories: The Sciences of Narrative Medicine. *Canadian Family Physician* [Online] 53. pp.1265-1267. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949238/> [Accessed: 11th December 2013].
- Elwyn, G. and Gywn, R. (1999). Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* [Online] 318 (7177). pp. 186-8. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114667/> [Accessed: 11th December 2013].
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* [Online] 318 (7179). pp. 323-5. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114786/> [Accessed: 11th December 2013].
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (1999). Why study narrative?. *BMJ* [Online] 318 (7175). pp. 48-50. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114541/> [Accessed: 11th December 2013].
- Hyden, L-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health and Illness*. [Online] 19 (1). pp. 48-69. Available from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x/pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Hunter K.M., Charon, R., Coulehan, J. (1995). The study of literature in medical education. [Online] 70. pp. 787-794. Available from http://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1995/09000/The_Study_of_Literature_in_Medical_Education.16.aspx [Accessed: 11th December 2013].
- Jones, A.H. (1997). Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet* [Online] 349. pp.1243-46. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305740/pdf/westjmed00311-0052.pdf> [Accessed: 11th December 2013].
- Jones, A.H. (1999). Narrative in medical ethics. *BMJ* [Online] 318 (7178). pp. 253-6. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114730/> [Accessed: 11th December 2013].
- Kolata, G. (2009). Learning to listen. *The New York Times* [Online] 29th December. p. 17. Available from http://www.nytimes.com/2010/01/03/education/edlife/03narrative.html?_r=0 [Accessed: 11th December 2013].

- Launer, J. (1999). A narrative approach to mental health in general practice. *BMJ* [Online] 318 (7176). pp. 117-9. Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114579/> [Accessed: 11th December 2013].
- Lloyd, C. (2012). What is biomedicine? [Online] Available from <http://www.open.edu/openlearn/body-mind/health/health-studies/what-biomedicine> [Accessed: 11th December 2013].
- McGraw-Hill Higher Education. (2002). Key terms. [Online] http://highered.mcgraw-hill.com/sites/0072500506/student_view0/chapter17/key_terms.html [Accessed: 11th December 2013].
- Morris, DB. (2008). Narrative medicines: challenge and resistance. *Perm Journal* [Online] 12(1). pp. 88-96. Available <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3042348/> [Accessed: 11th December 2013].
- Mosby's Medical Dictionary. (2009). Pain and suffering. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+and+suffering> [Accessed: 11th December 2013].
- Priya, KR. (2012). Social constructionist approach to suffering and healing: juxtaposing Cassell, Gergen and Kleinman, *Psychology Study* [Online] 57(2). pp. 221-23. Available http://home.iitk.ac.in/~krp/Papers/Gergen_PS_2012_57_211-223.pdf [Accessed: 11th December 2013].
- The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Biomedicine. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/biomedicine> [Accessed: 11th December 2013].
- The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Disease. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/disease> [Accessed: 11th December 2013].
- The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Illness. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/illness> [Accessed: 11th December 2013].
- The American Heritage Medical Dictionary. (2007). Pain. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain> [Accessed: 11th December 2013].

Segen's Medical Dictionary. (2012). Pain and Suffering. [Online] Available from <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pain+and+suffering> [Accessed: 11th December 2013].

School of Continuing Education Columbia University. (2013). Master of science in narrative medicine. [Online] Available from: <http://ce.columbia.edu/narrative-medicine> [Accessed: 11 December 2013].

หนังสือภาษาไทย

- กุลภา วจนสาระ. (๒๕๔๘). รายงานวิจัยภาพตัวแทนทางสังคมของคนพิการในสังคมไทยกรณีศึกษาผ่านวรรณกรรมไทย. นนทบุรี: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (๒๕๓๕). *แนวคิดไทยเรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย*. นนทบุรี: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาการแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). (๒๕๔๙). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ศักดิ์ ตันติปฏิภก. (๒๕๕๐). *สุขภาพไทยวัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี: สำนักวิจัยและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๔๕). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา : แนวคิดทางสังคมและมานุษยวิทยาการแพทย์*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๑: งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๒: ความดีที่เยียวยา*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๓: มนุษย์เล็กๆ ในระบบที่ซับซ้อน*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๔: กำลังใจและความหวัง*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๕: ก่อนโลกขวานรับ*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๖: หุ่นส่วนความดี*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (บก.). (๒๕๕๑). *งานคือความดี เล่ม ๗: ฟ้าหลังฝน*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ชุติมนันท์ ตรีนันทรค. (๒๕๕๒). *เรื่องเล่าความเจ็บป่วย: การนำเสนอตัวตนของผู้ป่วยในสังคมหลังสมัยใหม่*.

วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาวรรณคดีเปรียบเทียบ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถนอมนวล หิรัญเทพ. (๒๕๕๑). *วาทกรรมความพิการในเรื่องเล่าสมัยใหม่ของไทย*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต
ภาควิชาวรรณคดีเปรียบเทียบ คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทวีศักดิ์ เผือกสม. (๒๕๕๐). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*.

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปกรณ สิงห์สุริยา, คงกฤษ ไตรรงค์ และรชฏ สาตราวุธ. (๒๕๕๖). *เรื่องเล่า อัตลักษณ์ และความยุติธรรมในปรัชญาของปอล ริเกอร์*. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.

แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์. (๒๕๕๐). *แพทยศาสตร์ศึกษาของครุวม*. กรุงเทพฯ:

แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตฺโต). (๒๕๓๙). *การแพทย์ไทย ทางเลือกในยุคโลกาภิวัตน์*. กรุงเทพฯ: กองทุนวุฒิธรรมเพื่อการศึกษาและปฏิบัติธรรม.

มธุรส ศิริสถิตกุล. (บก.). (๒๕๕๓). *เรื่องเล่า เปลี่ยนเรา เปลี่ยนโลก*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพ

สถานพยาบาล (องค์การมหาชน).

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. (๒๕๕๐). *จรรยาพลาด จรรยาแพทย์? X-ray ก้าวใหม่ของแพทย์สภากับชะตากรรมของคนไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

วรพงษ์ เวชมาลีนนท์. (บก.). (๒๕๕๐). *อุดมคตินักศึกษแพทย์*. กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพมูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

วิทย์ พงศ์พนิตานนท์. (บก.). (๒๕๓๓). *ปฐมศตวรรษแห่งการศึกษาแพทยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (๒๕๓๗). *สิทธิผู้ป่วย*. กรุงเทพฯ: คบไฟ, ๒๕๓๗.

วีรศักดิ์ จันทร์ส่งแสง และโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (บก.). (๒๕๕๒). *เรื่องเล่า จินตนาการสุขภาพใหม่*.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

สกล สิงหะ. (๒๕๕๔). *นิราศขิดนีย์: ท่องไปในโลกการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: ศยาม.

สุวรรณ สภาอานันท์. (บก.) *ความจริงในมนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (๒๕๕๑). *สุนทรียสาธก เรื่องเล่ากับการรื้อถอนมายาคติบริการปฐมภูมิ. หอมอนมัย* (พฤษภาคม-มิถุนายน). ๗-๒๐.

อดิศักดิ์ จิพัฒน์วดี. (๒๕๔๘). *ความเจ็บป่วย อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ: เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บทความและสื่ออิเล็กทรอนิกส์

ธรรมสรณ์ พิริยสุพงศ์. (๒๕๕๒). Evidence-Based Medicine เวชศาสตร์เชิงประจักษ์. *ขอนแก่นเวชสาร*.

[ออนไลน์] ๓๓ (๑). หน้า ๓-๗. จากแหล่งข้อมูล:

<http://www.slideshare.net/maple036/evidence-based-medicine-2892246>. [เข้าถึงข้อมูล

เมื่อ: ๑๑ ธันวาคม ๒๕๕๖].