

05

การก่อตัวและการใช้ข้อบังคับ จรรยาบรรณทันตแพทย์

THE FORMATION AND PRACTICE OF THE CODE OF DENTAL ETHICS

พูนพล โควิบูลย์ชัย¹ เสาวภา พรสิริพงษ์²
ขวัญจิต ศศิวงศาโรจน์² ณรงค์ อางลุมิติ³

POONPON KHOWIBOONCHAI¹, SAOWAPA PORNSIRIPONGSE²,
KWANCHIT SASIWONGSAROJ² AND NARONG ARDSMITI^{2 3}

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ประจำหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล

* Corresponding author. Email address: s_ampawan@yahoo.com

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้ศึกษาที่มาของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์ เพื่อสร้างคำอธิบายว่าจรรยาบรรณก่อตัวขึ้นมาได้อย่างไร พร้อมทั้งวิเคราะห์การใช้งานในปัจจุบันว่ามุ่งผลประโยชน์ไปที่ผู้ป่วยเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่การวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านแนวคิดการวิเคราะห์วาทกรรมของ มิเชล ฟูโกต์

การศึกษาพบว่า การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ มีวิถีโคจรของประวัติศาสตร์ในลักษณะเฉพาะของตัวเอง เกิดจากการเข้ามาของวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์เดิมของประชาชนให้อยู่ภายใต้วาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้จรรยาบรรณวิชาชีพนอกจากจะถูกสร้างด้วยลักษณะทางจริยธรรมที่แฝงฝังในหลักการแพทย์สากลแล้ว ยังถูกสร้างขึ้นด้วยลักษณะทางจริยธรรมในเชิงประเพณี ตั้งแต่จุดกำเนิดที่เกิดจากการแย่งชิงอำนาจทางการแพทย์ระหว่างฝั่งกรมสาธารณสุขกับโรงเรียนแพทย์ในการควบคุมกิจการด้านการแพทย์ ไปจนถึงความพยายามควบคุม “หมोजอมปลอม” ที่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาให้บริการโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนหวังเพียงทำผลกำไร ท้ายที่สุดจึงเกิดเป็นระบบจริยธรรมที่ควบคุมตลาดทางการแพทย์ขึ้นเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องเจอกับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่การควบคุมการเข้าสู่วิชาชีพ ควบคุมตลาดของการบริการ ตลอดจนควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ ด้วยการห้ามผู้ประกอบการวิชาชีพโฆษณาความรู้ความสามารถตน รวมถึงไม่แย่งผู้ป่วยและทับถมว่าร้ายผู้ร่วมวิชาชีพ

ดังนั้นการใช้งานของจรรยาบรรณวิชาชีพจึงถูกใช้ในลักษณะที่อิงอยู่กับการจัดการปัญหาทางจริยธรรมแบบจารีตที่มุ่งสร้างเสถียรภาพ เน้นภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือของวิชาชีพ ทำให้การรับรู้เรื่องภาพลักษณ์กลายเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจในการเข้ารับบริการ เรื่องของความรู้ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยถูกทำให้พร่าเลือนไป ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความไม่เท่าเทียม และเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วย

**คำ
สำคัญ**

จรรยาบรรณวิชาชีพ/จริยธรรมทันตแพทย์/ วาทกรรมการแพทย์/
ภาพลักษณ์วิชาชีพ/อำนาจทางการแพทย์

Abstracts

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

The result suggested that the formation of the Code of Ethics was due to the introduction of modern medicine, having to transform the folk medicine into the part of professional medical system, which was subjected to the Discourse of medical science. Apart from the practice to control treatment standards in accordance with international professional ethics, the ethical code acquired its characteristics of traditional ethics arranging traditional medicine to build novel modern medicine for the whole country. Being the first such organization, the Medical Council controlled and registered dentists in B.C. 2466 (A.D. 1923) pertaining to dental professional conduct, which was formed the Ministry of Public Health's (formerly under the Ministry of Interior) proposal of the Medical Act.

In Thailand, ethics did not concern medicine as a trade to obtain benefits as can be seen in cases of "quacks" using medical equipment as a means in medical services to gain benefits without taking people's health in consideration. Ethics came to play an

important role in order to control the medical service market, helping patients to avoid substandard treatment from the first level, with control over entry, controlling the market structure, control over competitive practice by not allowing professionals to advertise their knowledge and ability, including fighting over patients and gossiping about colleagues.

At present, the Code of Ethics has been utilized in relation to the management of traditional ethical issues, with its purpose being to build the stability of professional institution. Once the patients have chosen the service, the first and foremost criterion for their decision-making is the reliability of professional identity as to which dentist and type of treatment they would opt for, resulting in the decrease in the imbalance of knowledge or information between dentists and patients. The relationship between the dentists and patients was, therefore, unequal, meaning that it was considered a power relationship in terms of paternalism, inattentive to self-autonomy and self-determination.

**Key
words**

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

● บทนำ

ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ถูกร่างขึ้นเพื่อมุ่งบรรลู่ให้เกิดเป้าหมายของการประกอบวิชาชีพได้แก่ เพื่อบริการสังคมในด้านทันตกรรมและเป็นหลักประกันความเป็นธรรมให้สังคมอุ่นใจยิ่งขึ้น โดยมุ่งประกอบวิชาชีพเพื่อรับใช้สังคมเป็นที่ตั้ง (พิศาล เทพสิทธิธา, 2535) ที่ผ่านมาปัญหาทางจริยธรรมของทันตแพทย์ส่วนมากถูกมองว่าเป็นเรื่องของสำนึกในผิดชอบชั่วดีของปัจเจกบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการไม่ได้มาตรฐาน เป็นปัญหาเรื่องความละโมภต้องการทำกำไรของทันตแพทย์ รวมไปถึงเป็นเรื่องของปัญหาการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทันตแพทย์ (Botklon, 2004) ทั้งนี้เนื่องมาจากข้อบังคับจรรยาบรรณมีลักษณะเป็นกฎเกณฑ์ที่แข็งทื่อตายตัว มีลักษณะเดียวและคิดได้แบบเดียว ไม่เปิดพื้นที่ให้ชดเชยคุณค่าทางศีลธรรมอื่นๆหรือประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆเข้ามาปะทะต่อรองทางความคิด หรือทำให้คิดถึงประเด็นทางจริยศาสตร์อื่นๆ ที่มีคุณค่าได้ (Bauman, cited in Elliott, 2009) ในขณะที่การศึกษาจริยศาสตร์ในวงการจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ยอมรับกันโดยวงกว้างว่าไม่ควรมีกฎหรือข้อตกลงสากลใดที่จะนำมาใช้ตัดสินความผิดถูกในเชิงจริยธรรม พร้อมทั้งเสนอแนะว่าให้คลายตัวหลักการที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินคุณค่าทางจริยธรรมที่แข็งทื่อลง เพื่อเปิดให้มีการปะทะต่อรองของชดเชยคุณค่าอื่นๆ (Smith Iltis, 2000) จึงทำให้เกิดข้อสังเกตว่าสังคมที่พยายามฝึกให้ผู้คนมีกิจกรรมทางจริยธรรม (ethical practice) ให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน คิดแบบเดียวกัน ภายใต้กฎที่ออกคำสั่งอย่างตายตัว กิจกรรมทางจริยธรรมในลักษณะนี้ชวนให้คิดถึงเรื่องของ อุดมการณ์ วาทกรรม และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ มากกว่าจะเป็นเรื่องของ การแสวงหาระบบจริยธรรม หรือหลักความประพฤติอันดีงาม

งานวิจัยชิ้นนี้จึงได้เพิ่มมิติของการศึกษาปัญหาทางจริยธรรมนอกเหนือไปจากเรื่องสำนึกผิดชอบชั่วดีของทันตแพทย์ ด้วยการศึกษาค้นคว้าข้อบ่งชี้จรรยาบรรณหรือสิ่งที่นำมาวัดคุณค่าความดีงามของทันตแพทย์ ว่ามีที่มาที่ไปอย่างไร ทำไมถึงกลายมาเป็นข้อบ่งชี้จรรยาบรรณได้ ศึกษาร่างขึ้นมาเพื่อที่จะจัดการกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์อะไร ตลอดจนปัจจุบันถูกใช้งานอย่างไร ผ่านแนวคิดเรื่องการวิเคราะห์วาทกรรม (discourse analysis) ของ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) โดยแบ่งเนื้อหาบทความออกเป็น 3 ส่วนหลัก โดยในส่วนแรกเป็นการอธิบายที่มาที่ทำให้เกิดเป็นข้อบ่งชี้จรรยาบรรณขึ้น ตามด้วยวิเคราะห์การถูกใช้งานในปัจจุบัน และส่วนสุดท้ายเป็นการสรุปและอภิปรายข้อบ่งชี้จรรยาบรรณทันตแพทย์ว่า จากอดีตจนถึงปัจจุบันถูกใช้งานในลักษณะใดบ้าง และท้ายที่สุดแล้วมุ่งรับใช้สังคมเป็นที่ตั้งหรือไม่อย่างไร

1. วิธีวิทยาของงานวิจัย

1.1 วิธีกรวิจัย

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้การวิจัยเอกสาร และวิเคราะห์การใช้งานของข้อบ่งชี้ดังกล่าวจากการวิจัยเอกสารและข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การวิจัยเอกสาร

ศึกษาข้อมูลที่เป็นเหตุการณ์หรือเรื่องราวจำเพาะเจาะจงจากเอกสาร (purposive documents) ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและการใช้งานข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ โดยแบ่งเอกสารที่ใช้ศึกษาตามกรอบแนวคิดงานวิจัยเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1.1.1 เอกสารที่ใช้ศึกษาการก่อตัวขึ้นมาของข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพ (discursive objects) ได้แก่ 1) เอกสารวิชาการงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง 2) เอกสารประวัติศาสตร์และบันทึกการประชุม

ของสภาการแพทย์ 3) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 ร่างระเบียบวิชาชีพ พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 กฎกระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2480 ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งตามปีพุทธศักราชที่มีพระราชบัญญัติให้อำนาจในการบังคับใช้ข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพในแต่ละช่วงเวลาจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ พ.ศ.2466 พ.ศ.2479 และ พ.ศ.2537

1.1.1.2 เอกสารที่ใช้ศึกษาบริบทการบังคับใช้ข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ (discursive practice) ได้แก่ 1) ร่างพระราชบัญญัติและข้อบังคับที่อาศัยอำนาจตามความพระราชบัญญัติ ได้แก่พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และ ข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2538 2) รายงานสถิติการฟ้องร้องผ่านข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพทันตแพทย์ 3) ประกาศจากทันตแพทยสภาเรื่องแนะนำการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของทันตแพทย์ 4) เอกสารวิชาการ งานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหมวดต่างๆในข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่ถูกร้องเรียนเรื่องความปลอดภัย เรื่องภาพลักษณ์ของแพทย์/ทันตแพทย์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นที่วิเคราะห์ข้อบ่งชี้จรรยาบรรณวิชาชีพ ได้แก่ ข้อบังคับที่ว่าด้วยเรื่องการเก็บความลับของผู้ป่วย (confidentiality) เอกสารที่ใช้ประกอบคือ ตัวอย่าง

โครงสร้างแบบไบอินยอมให้การรักษา (informed consent) จาก
โรงพยาบาลรัฐและคลินิกเอกชนที่ยินยอมให้เผยแพร่ได้

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่ 1) รายงานการร้องเรียนจรรยา
บรรณวิชาชีพที่อยู่ในรูปสื่อบันทึก 2) เอกสารที่เป็น ร่างพระราชบัญญัติ ข้อบังคับคำ
สั่ง หรือ คำประกาศจากกระทรวงหรือจากสภา และ 3) เอกสารวิชาการ งานวิจัย
ที่ช่วยในการวิเคราะห์ปฏิบัติการของวาทกรรม ได้แก่ ข้อมูลเรื่องภาพลักษณ์ต่อ
การตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการถูกรังเรียน
จรรยาบรรณของทันตแพทย์ และข้อมูลเรื่องการขอคำยินยอมในการรักษา

1.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ผู้ที่ให้ข้อมูลสำคัญ
(key informants) คือทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานในการพิจารณา
การร้องเรียนจรรยาบรรณทางวิชาชีพจำนวน 3 ราย เพื่อเก็บข้อมูล
เหตุการณ์หรือเรื่องราวที่ขยายให้เห็นถึงบริบทของการบังคับใช้ข้อบังคับ
จรรยาบรรณวิชาชีพในปัจจุบันว่าถูกใช้จัดการกับปัญหาทางจริยธรรมของ
ทันตแพทย์อะไรบ้าง มีกระบวนการตัดสินใจในการร้องเรียนจรรยาบรรณ
อย่างไร ตลอดจนเนื้อหารายละเอียดของการร้องเรียนจรรยาบรรณที่ขยาย
ให้เห็นรูปแบบของการร้องเรียนที่แตกต่างกันออกไป

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

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

1.2.1 วิเคราะห์การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ
(discursive objects) โดยใช้แนวทางวิเคราะห์วาทกรรมในหัวข้อเรื่อง
การเลือกตัวบทหรือถ้อยแถลงในวาทกรรม (selecting a corpus of

statements) และ การทำให้เป็นประเด็นปัญหา (problematizations)
ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในแง่ของการเป็น
วาทกรรม (discursive construction) เพื่อสำรวจหาจุดตัดหรือจุดที่เกิด
การเปลี่ยนแปลงว่ามีประเด็นปัญหาอะไรที่ทำให้เกิดการบังคับใช้จรรยา
บรรณวิชาชีพ

1.2.2 วิเคราะห์ลักษณะการใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ
ทันตแพทย์ (discursive practice) ใช้แนวทางในหัวข้อเรื่อง *เทคนิควิธี
ของอำนาจ (technologies of power) ตัวละครในวาทกรรม (subject
positions) กระบวนการสร้างตัวตน (subjectification)* เป็นแนวทาง
วิเคราะห์ภาคปฏิบัติการว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้งานอย่างไร
บ้าง มีอำนาจหน้าที่อย่างไร จำนวนสถิติการฟ้องร้องปัญหาเรื่องจริยธรรม
ในทันตแพทย์มีเรื่องใดบ้างลักษณะการฟ้องร้องสามารถแบ่งออกเป็น
รูปแบบที่แตกต่างกันออกไปได้อย่างไรบ้าง ไปจนท้ายที่สุดวิเคราะห์ให้เห็น
ว่าการใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในบริบทที่เกิดขึ้นดังกล่าวท้าย
สุดแล้วมุ่งผลประโยชน์ไปที่ผู้ป่วยเป็นหลักหรือไม่ อย่างไร

2. ประวัติศาสตร์ของข้อบังคับจรรยาบรรณ

แห่งวิชาชีพทันตกรรม

จากการศึกษาพบว่าข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมมีต้น
กำเนิด มีการโคจรทางประวัติศาสตร์ผ่านเรื่องราวหรือเหตุการณ์ต่างๆจนกลายมา
เป็นข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

2.1 จุดกำเนิดของสภาวิชาชีพและการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการโรคศิลปะ

ปัจจุบันการจะเป็นทันตแพทย์ได้นั้นต้องผ่านการศึกษาตามหลักสูตร
ทันตแพทยศาสตรบัณฑิตจากคณะทันตแพทยศาสตร์ที่ได้รับการรับรองจาก

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาและต้องได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพจากทันตแพทยสภา แรกเริ่มเดิมทีนั้นการให้การรักษาทางทันตกรรมไม่ได้มีองค์กรคอยกำกับดูแลความประพฤติ ด้านการศึกษาเองก็ไม่ได้มีคณะทันตแพทย์โดยเฉพาะ ด้านการศึกษาถูกสอนรวมเป็นการแพทย์แขนงหนึ่งอยู่ในโรงเรียนแพทย์ โดยโรงเรียนแพทย์แห่งแรกคือ “ศิริราชแพทยากร” หรือ “โรงเรียนแพทยากร” ในปี พ.ศ.2432 และเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงเรียนราชแพทยาลัย” (Royal medical college) ในปี พ.ศ.2443 หลังจากนั้นก็ได้มีการปรับหลักสูตรเรื่อยมา จนถึงจุดเปลี่ยนสำคัญคือการเข้ามาของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller foundation) ในปี พ.ศ.2458 ที่เข้ามาสำรวจและปรับปรุงหลักสูตรโรงเรียนแพทยาลัยจนเป็นรูปเป็นร่างในปี พ.ศ.2459 กระทั่งปีถัดมา พ.ศ.2460 พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดตั้งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยขึ้นภายในพระบรมมหาราชวัง และสถาปนา “คณะแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” ขึ้นพร้อมกับความช่วยเหลือในการปรับปรุงหลักสูตรจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์เรื่อยมาในยุคนั้น (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550) จนกระทั่งในปี พ.ศ.2483 ถึงได้มีการแยกคณะทันตแพทยศาสตร์ออกมาจากคณะแพทยศาสตร์ จัดตั้งขึ้นเป็นคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งปัจจุบันยังคงสังกัดอยู่กับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จะเห็นว่าวิชาชีพทันตแพทย์นั้นมีรากฐานมาจากวิชาชีพแพทย์ นอกจากนี้ส่วนของหลักสูตรการศึกษาที่ภายหลังแยกออกมาจากโรงเรียนแพทย์แล้ว ด้านการควบคุมความประพฤติผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมก็เช่นกัน ได้แยกออกมามีองค์กรวิชาชีพทันตแพทย์ที่ควบคุมตนเองในปี พ.ศ.2537 ดังนั้นในช่วงก่อนหน้าการศึกษาประวัติศาสตร์ของจรรยาบรรณทันตแพทย์จึงต้องย้อนกลับไปศึกษาเทียบเคียงกับประวัติศาสตร์จรรยาบรรณของแพทย์ โดยองค์กรแรกที่เข้ามาควบคุมเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะได้แก่ “สภาการแพทย์” (medical council) ในปี พ.ศ.2466 ถูกจัดตั้งขึ้นเนื่องมาจากกรมสาธารณสุข สังกัดกระทรวง

มหาดไทยในขณะนั้น เสนอให้มีกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ หลักใหญ่ใจความคือประกาศให้มีการจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นเพื่อควบคุมวิชาชีพแพทย์ ตั้งแต่หลักสูตรการเรียนการสอนไปจนถึงการประกอบวิชาชีพ ในช่วงแรกที่เสนอนั้นมีกระแสคัดค้านรุนแรงมาจากฝั่งของกระทรวงธรรมการ เนื่องจากอำนาจของสภาการแพทย์ที่เสนอในร่างพระราชบัญญัตินั้น นอกจากจะให้อำนาจสภาการแพทย์ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ยังครอบคลุมไปถึงหลักสูตรการเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ด้วย ทำให้การเรียนการสอนของคณะแพทยศาสตร์ซึ่งเดิมอยู่ในการดูแลของกระทรวงธรรมการแต่เพียงกระทรวงเดียว จะตกอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของสภาการแพทย์ที่สังกัดกรมสาธารณสุขอีกชั้นหนึ่ง นับเป็นการแย่งชิงอำนาจในวงการแพทย์ของกรมสาธารณสุขที่มีต่อกระทรวงธรรมการ แต่ท้ายที่สุดในปี พ.ศ.2466 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉบับแรกก็ถูกประกาศใช้ ด้วยอำนาจของพระราชบัญญัติฉบับนี้ ทำให้เกิดการจัดตั้ง “สภาการแพทย์” ขึ้น เพื่อควบคุมกิจการด้านการแพทย์ไปจนถึงโรงเรียนแพทย์ และได้ระบุให้ “การช่างฟัน” เป็นหนึ่งใน “โรคศิลปะ” ที่สภาการแพทย์ต้องควบคุมดูแล หากแต่เรื่องกิจการในโรงเรียนแพทย์นั้น กระทรวงธรรมการได้ต่อรองให้สภาการแพทย์ทำหน้าที่เป็นเพียงที่ปรึกษาหลักสูตรเท่านั้น อำนาจหน้าที่หลักของสภาการแพทย์จึงเป็นแค่เรื่องารขึ้นทะเบียนอนุมัติใบอนุญาตให้บุคคลเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550)

จะเห็นว่าอำนาจในพระราชบัญญัติฉบับนี้ บังคับให้ผู้ประกอบโรคศิลปะเกี่ยวกับการช่างฟัน หากไม่ได้ขึ้นทะเบียนจากสภาการแพทย์เสียก่อน จะยังไม่สามารถประกอบโรคศิลปะเกี่ยวกับการช่างฟันได้ แต่อย่างไรก็ตามแม้พระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 จะถูกประกาศบังคับใช้ แต่กิจการของสภาการแพทย์และกรมสาธารณสุขยังเป็นไปอย่างทุลักทุเล และไม่สามารถขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะได้จริง (Lertmanorut, 2005, pp. 31-32) ต้องรอจนถึง พ.ศ.2472 จึงเริ่มดำเนินการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบโรคศิลปะได้ เนื่องจาก

วิกฤติเศรษฐกิจของประเทศทำให้รัฐบาลขาดแคลนทุนทรัพย์ในการบริหารประเทศ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 160-161) แต่ผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตเพิ่มว่าการดำเนินกิจการที่เป็นไปอย่างสุกสุกของสภาการแพทย์นั้น ไม่ได้เกิดจากแค่วิกฤติทางเศรษฐกิจของประเทศเท่านั้น หากแต่เพราะการจัดตั้งสภาการแพทย์ไม่เป็นไปตามนโยบายรวมศูนย์อำนาจตามเจตนาของกรมสาธารณสุขที่พยายามรวมกิจการแพทย์เข้าไว้ด้วยกัน เนื่องด้วยในขณะนั้นอยู่ภายใต้บรรยากาศการปกครองแบบรัฐสมบูรณาญาสิทธิราชย์ การบริหารราชการมีลักษณะแบบรวมศูนย์อำนาจ (centralization) การที่โรงเรียนแพทย์ที่เพิ่งก่อตั้งขึ้นมาได้ดำเนินกิจการทางด้านการศึกษาโดยเป็นอิสระจากกรมสาธารณสุข เป็นสิ่งที่กรมสาธารณสุขไม่คุ้นเคยมาก่อน เห็นได้จากกรมสาธารณสุขมีพยายามรวมศูนย์อำนาจอีกครั้ง ด้วยการเสนอร่างพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2469 เพื่อจัดตั้งสภาการสาธารณสุขในการเป็นผู้พิจารณาและอนุมัติทุกโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขและการบำบัด แต่ท้ายที่สุดก็ถูกคัดค้านจากฝั่งโรงเรียนแพทย์ ดังเช่นที่ผ่านมา (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550) เมื่อมองในแง่ “สภาการแพทย์” จึงเป็นความพยายามแปลงรูปโฉมหน่วยงานของกรมสาธารณสุขให้เข้ามาแย่งชิงพื้นที่อำนาจในการควบคุมกิจการแพทย์ทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อให้ได้เข้ามาควบคุมโรงเรียนแพทย์ในสังกัดกระทรวงธรรมการ ดังนั้นระยะแรกของการก่อตั้งการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศไทยจึงเป็นการแย่งชิงอำนาจทางการแพทย์ระหว่างฝั่งกรมสาธารณสุขกับโรงเรียนแพทย์ในการควบคุมกิจการด้านการแพทย์ ทำให้จุดกำเนิดแรกของมรยาทวิชาชีพที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 จึงเป็นเพียงคำสั่งที่มอบอำนาจในการวาง “บทบังคับสำหรับมรยาทในวิชาชีพของผู้ถือใบอนุญาต” ไว้เท่านั้น แต่ไม่พบว่ามีกร่างบทบังคับมรยาทที่เป็นลายลักษณ์อักษรขึ้นมาบังคับใช้จริง

การให้อำนาจในการวางบทบังคับมรยาทในวิชาชีพของผู้ถือใบอนุญาตในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 นับเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการสร้าง

เสถียรภาพให้กับระบบจริยธรรมของการแพทย์สมัยใหม่ เพราะระบบการเรียนการสอนของการแพทย์สมัยใหม่แตกต่างออกไปจากระบบอบรมสั่งสอนของการแพทย์พื้นบ้าน กล่าวคือ การแพทย์พื้นบ้านนั้นมีระบบจริยธรรมในลักษณะที่แฝงอยู่ในกระบวนการเรียนการสอน ตั้งแต่วิธีการรับลูกศิษย์ที่ตั้งอยู่บนความพึงพอใจของอาจารย์ ลูกศิษย์ต้องอยู่คอยรับใช้อาจารย์จนกว่าจะได้รับความไว้วางใจและสำนึกบุญคุณอาจารย์ในระดับเดียวกับบุพการี แม้จบการศึกษาไปแล้วยังคงมีพิธีกรรมไหว้ครูก่อนทำการรักษา ไปจนถึงประกอบพิธีไหว้ครูอย่างต่อเนื่องเพื่อระลึกถึงพระคุณของครูตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2548, น. 41) พิธีกรรมไหว้ครูจึงเป็นพิธีกรรมที่เชื่อมโยงให้ศิษย์ผูกพันกับจรรยาบรรณและหน้าที่ที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมาในอดีตและดำรงตนอยู่ในร่องในรอยที่อาจารย์อบรมสั่งสอนมา อาจารย์จะเป็นศูนย์กลางของทั้งความรู้การแพทย์ เป็นผู้บังคับบัญชา ผู้มีพระคุณ พร้อมทั้งเป็นจรรยาบรรณให้กับลูกศิษย์ได้ยึดโยงตนเองและปฏิบัติตามอาจารย์ ในขณะที่โรงเรียนแพทย์เป็นระบบแบบแยกส่วน เริ่มตั้งแต่วิชาเนื้อหาที่เรียนก็แบ่งอาจารย์หลายท่านสอนตามความเชี่ยวชาญ มีหน่วยงานลูกจ้าง มีกลุ่มผู้บริหาร พร้อมทั้งมีกลไกของรัฐที่คอยควบคุมให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของรัฐ (state control) และต้องทำงานร่วมกับสถาบันอื่นๆ เพื่อตอบสนองนโยบายรัฐ การยึดโยงของลูกศิษย์ที่มีต่ออาจารย์จึงถูกแยกส่วนออกไปต่างจากระบบการเรียนการสอนของการแพทย์แบบพื้นบ้าน ไม่ว่าจะเป็นอย่างนี้หน้าทีของแพทย์ที่ขึ้นอยู่กันโยบายจากรัฐ วิทยาการความรู้ขึ้นอยู่กับงานวิจัยใหม่ๆ การอบรมสั่งสอนอยู่ในรูปแบบของความเป็นมืออาชีพมากกว่าจะเป็นเรื่องพันธะความผูกพันทางใจ แม้เรื่องจริยธรรมจะแฝงอยู่ในระบบการเรียนการสอนแต่ไม่มีข้อตกลงที่แน่นอน ไม่มีกลไกที่สามารถยึดโยงนักเรียนแพทย์เข้ากับระบบจริยธรรมได้ ทำให้กลายเป็นข้ออ้างสำคัญที่ทำให้กรมสาธารณสุขยกประเด็นเรื่องการควบคุมจรรยาบรรณของแพทย์ขึ้นมาอ้างเพื่อรวบกิจการโรงเรียนแพทย์ เมื่อการจัดตั้งสภาการแพทย์ทำได้สำเร็จ การวางบทบัญญัติเรื่องมรยาทแพทย์จึงเป็น

ความจำเป็นที่ต้องให้อ่านาจไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 และเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของจรรยาบรรณแพทย์ในรูปแบบของลายลักษณ์อักษร

2.2 การบังคับใช้มรรยาทวิชาชีพกับการขีดเส้นแบ่งการแพทย์ด้วยความ เป็นวิทยาศาสตร์

แม้ว่าในช่วงระยะเวลาแรกที่ก่อตั้งขึ้นมา สภาการแพทย์จะไม่มีบทบาทใน สังคมมากนัก แต่ภายหลังเปลี่ยนชื่อมาเป็น “คณะกรรมการแพทย์” ได้ดำเนินการ ออกกฎเสนาบดี ในปี พ.ศ.2472 ด้วยอาศัยอำนาจแห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 แบ่งประเภทการประกอบโรคศิลปะออกเป็น “ประเภทแผนปัจจุบัน” และ “ประเภทแผนโบราณ” โดยได้ระบุความหมายว่า

“ประเภทแผนปัจจุบัน” คือผู้ประกอบโรคศิลปะโดยความรู้จากตำราอันเป็น หลักวิทยาศาสตร์โดยสากลนิยม ซึ่งดำเนินและจำเริญขึ้นอาศัยการศึกษา ตรวจสอบและ ทดลองของผู้รู้ในทางวิทยาศาสตร์ทั่วโลก

ส่วน “ประเภทแผนโบราณ” คือผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยความสังเกต ความชำนาญอันได้บอกเล่าสืบต่อกันมา หรืออาศัยตำราอันมีมาแต่โบราณ มิได้ ดำเนินไปในทางวิทยาศาสตร์

การกำหนดลำดับชั้นการแพทย์ในลักษณะนี้ทำให้เกิดเส้นแบ่งขึ้น เป็นการ ลดระดับของความรู้แพทย์แบบจารีตพื้นบ้านลงให้ต่ำกว่าความรู้การแพทย์แบบ วิทยาศาสตร์ด้วยเส้นแบ่งระหว่างการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์กับการแพทย์ที่ ไม่ใช่วิทยาศาสตร์ นอกจากนี้การนิยามแพทย์พื้นบ้านในความหมายนี้เต็มไปด้วย อคติที่จงใจทำให้การแพทย์พื้นบ้านดูเป็นเรื่อง “ล้าสมัย” และไม่มีความสามารถที่จะ พัฒนาขึ้นมาได้ ทำให้ฝั่งการแพทย์พื้นบ้านเกิดกระแสต่อต้านคัดค้าน มีการ เรียกร้องต่อคณะกรรมการแพทย์ตั้งแต่การขอผ่อนผันเกณฑ์ในการขึ้นทะเบียน บางข้อไปจนถึงส่งจดหมายร้องเรียน แต่ในขณะเดียวกันเทคโนโลยีของการแพทย์ สมัยใหม่ได้กลายเป็นสัญลักษณ์ของ “ความทันสมัย” โดยเฉพาะเข็มฉีดยาและหูฟัง

แพทย์ (stethoscope) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายเพื่อเพิ่มมูลค่าทางการค้าตลอด จนสร้างความน่าเชื่อถือให้กับการบริการตรวจรักษา มีการร้องเรียนของแพทย์ แผนปัจจุบันชั้น 1 ต่อคณะกรรมการแพทย์ในเรื่องนี้เป็นอย่างมากว่าพบการใช้ หูฟังแพทย์และยาแผนปัจจุบันในการตรวจรักษาผู้ป่วยของผู้ประกอบโรคศิลปะ แผนโบราณ ทางคณะกรรมการแพทย์มีความเห็นว่าต้องควบคุม “หมอ จอมปลอม” อย่างเคร่งครัด เพราะการใช้เข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ไม่มีสอนใน ตำราของแผนโบราณ การใช้เข็มฉีดยาและหูฟังแพทย์ในการตรวจรักษาโรคโดย ปราศจากความรู้จึงเป็นการหลอกลวงผู้ป่วย ในช่วงเวลาต่อมาจึงเกิดเป็นความ พยายามผลักดันให้เกิด “ระเบียบวิชาชีพ” เพื่อสะสางปัญหา “หมोजอมปลอม” ทำให้การรักษาเกิดเป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้น ไม่ผิดไปจากความรู้ของหลักการ แพทย์เพื่อรักษาผลประโยชน์ของประชาชน โดยมี “มรรยาท” ที่สำคัญที่สุดคือ การไม่นำการแพทย์ไปทำให้เป็นการพาณิชย์ และจะไม่ต่อไปอนุญาตให้ผู้อื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบโรคศิลปะชั้นที่ 2 หากพิจารณาเห็นว่าไร้ความสามารถ หรือให้การตรวจรักษาที่ไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ตลอดจนไม่มีความรู้ทัดเทียม ยุคสมัย ด้วยการนิยามคำว่า “Mal-practice” หรือ “ความบกพร่องในการตรวจ รักษา” ในระเบียบวิชาชีพให้ขยายความหมายจากเดิมที่หมายถึงแค่การตรวจ รักษาที่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ให้กลายเป็นเรื่องของการตรวจรักษาที่ต้อง ไม่ปนเปื้อนพาณิชย์นโยบาย ซึ่งคือการห้ามบุคคลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบ โรคศิลปะแพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 นำเอาเทคโนโลยีของการแพทย์สมัยใหม่ ประกอบการตรวจรักษาและคิดค่าบริการ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 168-171)

แต่สุดท้ายการร่างระเบียบวิชาชีพต้องถูกชะงักลง เนื่องจากรัฐไทยประสบ ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในระบบราชการ ทางคณะรัฐมนตรีต้องการเร่งให้ผลิต แพทย์มากกว่าการควบคุมหมोजอมปลอม ทำให้สำนักงานคณะกรรมการแพทย์ ต้องมาหารือกับคณะกรรมการที่คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งขึ้น เพื่อกันไม่ให้คณะ รัฐมนตรีแทรกแซงหลักสูตรโรงเรียนแพทย์และไม่ทำให้วิทยฐานะของแพทย์

ตกต่ำลง (ทวิศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 168-171) อย่างไรก็ตามหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศจากการปฏิวัติของคณะราษฎร ที่ท้ายที่สุดได้มีการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 โดยมีรายละเอียดเป็นแนวปฏิบัติเด่นชัดมากในกฎกระทรวงคือ หมวดที่ 3 เรื่องข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลป์ และหมวด 4 เรื่องมรรยาทวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นเรื่องการควบคุมรูปแบบการโฆษณา ด้วยการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เข้าไปในรูปร่างเดียวกัน เพื่อไม่ให้เสื่อมเสียเกียรติแห่งวิชาชีพ แต่ทว่าภายใต้ภาพลักษณ์ที่ต้องการรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กีดกันองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้ ด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่ให้อภิสิทธิ์แก่แพทย์แผนปัจจุบันชั้นที่ 1 ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้ได้ให้อำนาจในการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะขึ้นแทนคณะกรรมการแพทย์ ในการควบคุมดูแลโรคศิลปะ ซึ่งรวมไปถึงสาขาทันตกรรม อันได้แก่ “การบำบัดโรคฟัน การช่างฟันหรือทั้งสองอย่าง” (กฎกระทรวงมหาดไทย ออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479, 2479) ทำให้งานด้านทันตกรรมอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะมาอย่างยาวนานกว่า 58 ปี มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะทั้งสิ้น 9 ฉบับ ฉบับสุดท้ายใน พ.ศ.2530 (พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2542, 2542) ก่อนจะแยกวิชาชีพทันตแพทย์ออกมาควบคุมกันเองด้วยอาศัยอำนาจในพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537

2.3 พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ปัจจุบันผู้ที่ประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ได้ ต้องขึ้นทะเบียนและขอรับ

ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันสาขาทันตกรรม ภายใต้การควบคุมของ “ทันตแพทยสภา” โดยสภานี้จัดตั้งขึ้นตามอำนาจของพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 นอกจากสภาของวิชาชีพทันตกรรมแล้วยังมีสภาเภสัชกรรมและสภาการพยาบาลที่แยกตัวเองออกมาจัดตั้งสภาเพื่อควบคุมดูแลกันเอง ด้วยอ้างเหตุผลว่ามีการเพิ่มจำนวนของบุคลากรการแพทย์ในแต่ละสาขาที่มากขึ้น อีกทั้งวิทยาการความรู้ของแต่ละสาขาการแพทย์ก็มีความลึกซึ้งขึ้น จำเพาะเจาะจงในรายละเอียดขึ้น จึงเป็นผลดีกับวิชาชีพมากกว่าหากให้ควบคุมดูแลกันเอง พร้อมทั้งบรรยากาศสังคมการเมืองในช่วงนั้นที่ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชน การเรียกร้องความเท่าเทียมความเสมอภาคกำลังเบ่งบาน ท่ามกลางการปกครองในระบอบประชาธิปไตยในยุครัฐบาลที่มาจากทางเลือกตั้ง (ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์, 2559) ภายใต้บรรยากาศทางการเมืองในลักษณะนี้ไม่เพียงแต่วิชาชีพด้านการแพทย์เท่านั้น แต่มีอีกหลายหน่วยงานที่ขอผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติ บรรยากาศเช่นนี้คึกคักถึงขีดสุดในช่วง พ.ศ.2540 ในรัฐบาลถัดมา และทำให้ท้ายที่สุดเรื่องสุขภาพของประชาชนได้ถูกรับรองให้เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานโดยตรงในรัฐธรรมนูญ

ด้วยอำนาจของพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมจึงถูกประกาศใช้ในปี พ.ศ.2538 ให้เป็นแนวทางความประพฤติเพื่อบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่า และเป็นลักษณะสำคัญที่ทำให้วิชาชีพทันตกรรมมีลักษณะเป็นวิชาชีพชั้นสูง กล่าวคือ เป็นวิชาชีพที่มีกฎหมายรับรอง มีมาตรฐานวิชาชีพที่ชัดเจนตามหลักการแพทย์ มีการศึกษาอบรมที่ใช้ระยะเวลายาวนานพอสมควร มีสถาบันวิชาชีพที่คอยควบคุม และมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการประพฤติตน (พิศาล เทพสิทธิธา, 2535) การบริการทางทันตกรรมแก่สังคมจึงมีลักษณะเฉพาะตัว นั่นคือไม่ใช่ใครที่ไหนจะประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ ดังเช่นในช่วงที่มีหมอจีน หมอแขก หรือช่างตัดผมทำฟันในร้านตัดผมได้ แต่ต้องฝึกอบรมหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ต้อง

สอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมขั้นที่ 1 ไปจนถึงเมื่อประกอบวิชาชีพแล้วต้องอยู่ภายใต้การตรวจสอบควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทั้งวิชาชีพ โดยมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและรักษาไว้ซึ่งเกียรติแห่งวิชาชีพ แต่ลักษณะเฉพาะตัวของการประกอบวิชาชีพในลักษณะดังที่กล่าวมานี้ กว่าจะถูกจัดระเบียบให้กลายเป็นระบบได้อย่างไรในปัจจุบัน ได้ผ่านขั้นตอนทางประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนาน การจัดระเบียบครั้งใหญ่ที่สุดคือกลไกทางกฎหมายที่อาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติในการควบคุมกิจการทางการแพทย์ การเกิดขึ้นมาของสภาวิชาชีพ และการร่างระเบียบต่างๆ ทำให้เกิดการควบคุมตลาดของบริการสุขภาพช่องปาก (market structure) ด้วยกฎหมายผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพให้เฉพาะผู้ที่ได้รับใบอนุญาตเท่านั้น หากผู้ใดที่ไม่ได้รับอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพละเมิดจะมีโทษทางอาญา อีกทั้งลักษณะที่สำคัญอีกประการคือการควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (control over competitive practice) ด้วยการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมขึ้น ห้ามไม่ให้โฆษณาความรู้ความสามารถตนเอง ดังจะเห็นในหมวดที่ 3 ของจรรยาบรรณ และไม่ห้ามให้ร้ายทันตแพทย์ท่านอื่น ไม่ชักจูงผู้ป่วยของคนอื่นมาเป็นของตน ในหมวดที่ 4 ของจรรยาบรรณวิชาชีพ (วิฑูรย์ อังประพันธ์, 2548)

ความจำเป็นในการออกข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 จึงไม่ใช่แค่ต้องออกข้อบังคับเนื่องจากมีอำนาจคำสั่งตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 แต่เนื่องจากระบบการแพทย์ได้เปลี่ยนแปลงไป ระบบการแพทย์ดั้งเดิมถูกทำให้อยู่ภายใต้ระบบแบบแผนเดียวกัน ภายใต้ระบบการแพทย์สากลที่ใช้กันทั่วโลก ความรู้การแพทย์แบบวิทยาศาสตร์กลายเป็นวาทกรรมหลักที่กำกับให้ผู้ป่วยต้องเข้าพบทันตแพทย์เมื่อเจ็บป่วยในช่องปาก มีระบบโรงเรียนแพทย์ที่อบรมสั่งสอนและสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ขึ้นมาใหม่อยู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งมีระบบจริยธรรมที่สร้างข้อกำหนดจรรยาบรรณขึ้นมาอย่าง

ชัดเจน อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบจริยธรรมการแพทย์แบบสมัยใหม่จะมีงานวิจัยทางการแพทย์ (evidence based medicine) และแขนงวิชาจริยศาสตร์ชีวการแพทย์ (biomedical ethics) ที่คอยผลิตป้อนองค์ความรู้กำกับให้แพทย์ต้องประพฤติปฏิบัติตาม แต่องค์ความรู้เหล่านี้ก็ให้เพียงแนวทางปฏิบัติในเชิงวิชาชีพ (professional ethics) ยังไม่เพียงพอที่จะเป็นแนวปฏิบัติที่สมบูรณ์ เนื่องจากยังมีปัญหาทางจริยธรรมการแพทย์ในอดีตที่สังคมไทยเคยเผชิญมา ซึ่งเป็นปัญหาปฏิบัติในเชิงประเพณี (traditional ethics) ได้แก่การตรวจรักษาโดย “หมोजอมปลอม” ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันที่แอบหยิบยืมนำเครื่องมือทางการแพทย์ไปให้การตรวจรักษาโดยที่ตนไม่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ ทำให้จรรยาบรรณวิชาชีพที่ผ่านมาถูกใช้งานร่วมกับการสร้างข้อจำกัดหรือเงื่อนไขทางกฎหมายต่างๆ เพื่อไม่ให้ผู้ประกอบโรคศิลป์แขนงอื่นที่ไม่ใช่แพทย์แผนปัจจุบันขั้นที่ 1 ลักลอบนำเครื่องมือหรือวิธีการทางการแพทย์มาใช้ตรวจรักษา หากผู้ใดละเมิดจะมีความผิดทั้งทางจรรยาบรรณและทางอาญา พร้อมทั้งกำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพขึ้นโดยเฉพาะหมวดที่ 3 การโฆษณาการประกอบวิชาชีพทันตกรรม และหมวดที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลไกทางกฎหมายของสภาวิชาชีพในการสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน เพื่อควบคุมตลาดบริการสุขภาพช่องปากไม่ให้มีการแก่งแย่งแข่งขันระหว่างทันตแพทย์ด้วยกันเอง

3. จรรยาบรรณวิชาชีพกับความสัมพันธ์

เชิงอำนาจแบบพ่อปกครองลูก

จากการศึกษาพบว่าข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพมีบริบทการถูกใช้งานตามรายละเอียดดังนี้

3.1 ขอบเขตอำนาจของข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม

ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องรักษาจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมตามที่คณะกรรมการกำหนดไว้ หากผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมถูกร้องเรียนต่อ

ทันตแพทย์สภาว่าประพฤติดีผิดไปจากข้อบังคับ ทันตแพทย์สภาจะแต่งตั้งคณะกรรมการจรรยาบรรณเพื่อสอบสวนข้อเท็จจริง โดยมีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ยกข้อกล่าวหาหรือข้อกล่าวโทษ 2) ว่ากล่าวตักเตือน 3) ภาคทัณฑ์ 4) พักใช้ใบอนุญาตมีกำหนดเวลาตามที่เห็นสมควรแต่ไม่เกินสองปี 5) เพิกถอนใบอนุญาต (ข้อบังคับทันตแพทย์สภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ พุทธศักราช 2538, 2538) ดังนั้นโทษสูงสุดหากทันตแพทย์ถูกร้องเรียนเรื่องจรรยาบรรณและถูกตัดสินว่ามีความผิดคือการเพิกถอนใบอนุญาต นั่นหมายถึงการถูกสั่งห้ามไม่ให้เข้ามาตรวจรักษาในตลาดการบริการสุขภาพช่องปากตลอดชีวิต แต่หากฝ่าฝืนจะมีโทษทางอาญาตามกฎหมายอาญา ซึ่งโทษทางอาญานี้จะอยู่นอกเหนืออำนาจของคณะกรรมการแห่งทันตแพทย์สภา สภาวิชาชีพมีอำนาจเพียงในส่วนของใบอนุญาตเท่านั้น

ส่วนเนื้อหาของข้อบังคับจรรยาบรรณฉบับนี้ประกอบไปด้วย 6 หมวด โดยผู้วิจัยได้แบ่งลักษณะทางจริยธรรมออกได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ “จริยธรรมในเชิงวิชาชีพ” (professional ethics) เป็นจริยธรรมในลักษณะที่เป็นสากลทั่วโลก แผงผังอยู่ในองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่กำกับว่าหากผู้ป่วยมีอาการอะไร จะต้องตรวจอย่างไร และมีการรักษาไต่บ้างที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ใช้กันอย่างสากล พร้อมทั้งมีงานวิจัยทางการแพทย์ผลิตบ่อน้องค์ความรู้ใหม่ๆ ออกมาอยู่เสมอ หากทันตแพทย์ทำผิดไปจากหลักวิชาการแพทย์นี้ก็เท่ากับทำผิดจรรยาบรรณด้วย นอกจากนี้ยังมีจริยธรรมการแพทย์ที่เป็นสากลอย่างสาขาวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ (bioethics) ที่ปูแนวทางจริยธรรมทางการแพทย์ตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองว่าด้วยการปฏิบัติต่อมนุษย์และสิ่งมีชีวิต (Degrazia, 1992) ซึ่งลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงวิชาชีพเหล่านี้ถูกร่างเป็นเนื้อหาในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพปรากฏอยู่ในหมวดที่ 2 ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่เกือบทุกข้อเป็นจริยธรรมในเชิงวิชาชีพ ตั้งแต่ข้อ 5 - 21 เนื้อหาโดยรวมกล่าวถึงการต้องประกอบวิชาชีพโดย

ไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพให้ดีที่สุด คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ต้องคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เป็นต้น นอกจากนี้หมวดที่ 2 แล้วยังปรากฏอยู่ในหมวดที่ 6 ว่าด้วยการทดลองในมนุษย์

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

หมวดที่ 1 ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ต้องไม่กระทำการใดๆ เป็นเหตุให้เสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

หมวดที่ 2 แม้ว่าเกือบทุกข้อจะเป็นลักษณะของจริยธรรมในเชิงวิชาชีพ แต่มีบางข้อที่สะท้อนลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี ได้แก่ ข้อ 10 ว่าด้วยผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต้องไม่ใช้หรือไม่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม รวมทั้งต้องดูแลมิให้มีการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนประกอบ

วิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งเป็นความพยายามควบคุม “หมอมอมปลอม” ตั้งแต่ในอดีต จนปัจจุบันยังเป็นเรื่องของเจ้าของสถานพยาบาลที่ปล่อยปละละเลยให้มีผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ป่วยในสถานพยาบาลของตน

หมวดที่ 3 และ หมวดที่ 4 เป็นเรื่องของการควบคุมการโฆษณาและการปฏิบัติตนต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ เพื่อสร้างภาพลักษณ์ของวิชาชีพให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ไม่ให้อั้วอดว่าสถานพยาบาลของตนหรือฝีมือของตนดีกว่าทันตแพทย์ท่านอื่น เพื่อไม่ให้เกิดการแก่งแย่งแข่งขันในตลาดบริการทางทันตกรรม

หมวดสุดท้ายคือหมวดที่ 5 กล่าวถึงการปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ช่วยเหลืองานต่างๆ ในคลินิกนอกเหนือจากการตรวจรักษาว่าให้เคารพศักดิ์ศรีของกันและกัน พร้อมทั้งสนับสนุนให้การทำงานในส่วนที่เพื่อนร่วมงานรับผิดชอบ

3.2 รูปแบบของการร้องเรียนจรรยาบรรณ และสถานภาพความเป็นทันตแพทย์

ในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2539-2559 จากสถิติแจ้งในข่าวสารทันตแพทย์สภาประจำเดือน กรกฎาคม - ตุลาคมปี พ.ศ.2559 มีทันตแพทย์ถูกร้องเรียนจรรยาบรรณต่อทันตแพทย์สภาทั้งหมด 258 คน แบ่งเป็นเพศชาย 136 คน เพศหญิง 122 คน (ทันตแพทย์สภา, 2559ข, น. 10) แต่จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้ซึ่งทำงานเกี่ยวข้อง (key informant) พบว่าทันตแพทย์บางคนถูกร้องเรียนมากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นจำนวนทันตแพทย์ที่ถูกร้องเรียนจริงๆ มีจำนวนไม่ถึง 258 คน โดยร้อยละ 79 ถูกร้องเรียนเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ ที่ผู้ร้องเรียนสงสัยว่าทันตแพทย์ให้บริการไม่เป็นไปตามหลักวิชาการแพทย์ ร้อยละ 8 ถูกร้องเรียนเรื่องความไม่สุภาพในการให้การตรวจรักษา ร้อยละ 7 ถูกร้องเรียนว่าทำผิดข้อบังคับหมวดควบคุมโฆษณาการประกอบวิชาชีพ อีกร้อยละ 6 ทำผิดข้อบังคับหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 ว่าด้วยการช่วยเหลือหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้ที่ไม่ได้ขึ้น

ทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ตนเองรับผิดชอบ ซึ่งพบว่าการฟ้องร้องในหมวดที่ 2 ข้อที่ 10 นี้มีผู้ถูกฟ้องร้องจำนวนทั้งสิ้น 16 คน และมีอยู่ 12 คนที่ถูกตัดสินลงโทษให้พักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ทันตแพทย์สภา, 2559ข, น. 10)

เพื่อให้เห็นบริบทโดยรวมว่าการร้องเรียนมีลักษณะในรูปแบบใดบ้าง ขยายให้กว้างกว่าข้อมูลสถิติการถูกร้องเรียนที่อ้างในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการบังคับใช้ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ พร้อมทั้งยกกรณีตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริงประกอบ เพื่อแยกประเภทการถูกร้องเรียนให้ชัดเจนว่าเป็นไปในรูปแบบใดบ้าง และมีกระบวนการตัดสินปัญหาทางจริยธรรมอย่างไร สามารถสรุปลักษณะการร้องเรียนออกมาให้เห็นบริบทของการร้องเรียนได้เป็นปัญหาจริยธรรม 6 รูปแบบดังนี้ 1) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการไม่ให้การตรวจรักษาตามหลักวิชาการแพทย์ เป็นปัญหาจริยธรรมที่มีการร้องเรียนมากที่สุด เพื่อขอให้ตรวจสอบว่าได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานเหมาะสมหรือไม่ โดยการร้องเรียนมีข้อเท็จจริงตั้งแต่ทันตแพทย์ได้ละเลยมาตรฐานการรักษาตามที่ร้องเรียน ไปจนถึงทันตแพทย์ปฏิบัติตามมาตรฐานแต่ผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจในการตรวจรักษาที่ตนได้รับ 2) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการบริการที่ไม่สุภาพ เช่น การพูดจาดูหมิ่นถากถางผู้ป่วย การแสดงท่าที่ไม่สนใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วย นำไปสู่ความรู้สึกที่ไม่ดีต่อทันตแพทย์ 3) ปัญหาจริยธรรมเรื่องการช่วยเหลือผู้ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม มีกรณีตัวอย่างเช่นทันตแพทย์ฝึกเด็กรับชมหรือทันตภิบาลให้ทำงานทันตกรรมในคลินิกส่วนตัว ทำยที่สุดมีผู้แจ้งไปยังกองการประกอบโรคศิลป์ และได้ทำการล่อซื้อสืบสวน จนทำยที่สุดแจ้งในคดีอาญา พร้อมทั้งทันตแพทย์สภามีมติลงโทษพักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ 1 ปี (สมชาย กิจสนาโยธิน, 2555, น. 108-109) 4) ปัญหาจริยธรรมเรื่อง การโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงอั้วอดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น เป็นการหลอกลวงผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจผิดในการประกอบวิชาชีพ

ทันตกรรม ซึ่งมีกรณีตัวอย่างตั้งแต่ การตั้งป้ายโฆษณาเกินจริง อย่างโฆษณาว่า ฟอกสีฟันด้วยเครื่องเลเซอร์ แต่ความจริงใช้เพียงเครื่องฉายแสงธรรมดา (สมชาย กิจสนาโยธิน, 2555, น. 100-102) ไปจนถึงโฆษณาจูงใจหรือชักชวนผู้ป่วยให้มารับบริการทางทันตกรรม อย่างการปิดป้ายโฆษณาว่า “สามารถจัดฟันได้เลย ไม่ต้องรอคิวให้เสียเวลา รับรองความพึงพอใจ” (สมชาย กิจสนาโยธิน, 2555, น. 92-93) ซึ่งการโฆษณาทั้งหมดก็เพื่อผลประโยชน์ของตนเอง 5) *ปัญหาจริยธรรม เรื่องการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆ อันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว* มีตั้งแต่ยินยอมให้ผู้อื่นนำความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของตนไปโฆษณา อย่างกรณีตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาการร้องเรียนว่า มีโฆษณาแปงเด็กได้ว่าจ้างให้ทันตแพทย์โฆษณาผลิตภัณฑ์ให้ ด้วยรับรองว่าตนเองเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก ทำยาสีฟันที่ดีที่สุดถูกร้องเรียนและถูกลงโทษว่ามีมูลความผิดในคดีจรรยาบรรณทันตแพทย์ ไปจนถึงนำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมของตนเผยแพร่ไปยังสื่อมวลชนในทำนองโฆษณาคุณวุฒิ ความรู้ความสามารถของตน กรณีตัวอย่างเช่น มีการโฆษณาในหนังสือพิมพ์บางฉบับว่า มีคลินิกแห่งหนึ่งเปิดเป็นสปาทันตกรรม มีจุดเด่นตรงที่ “นวดหน้าไปด้วย ทำฟันไปด้วย” และให้บริการนวดด้วยทันตแพทย์เอง ซึ่งจะสร้างบรรยากาศผ่อนคลาย และทำให้ผู้ป่วยพอใจ การให้ข้อมูลในลักษณะนี้เป็นการแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะและใช้สถานภาพทันตแพทย์เข้าไปเกี่ยวข้อง และข้อมูลดังกล่าวเป็นการเผยแพร่สู่สาธารณชน จึงเข้าข่ายผิดข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพ (สมชาย กิจสนาโยธิน, 2555, น. 94-96) 6) *ปัญหาจริยธรรมเกี่ยวกับความประพฤติด้านอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพทันตกรรม หากแต่เป็นเหตุทำให้ภาพลักษณ์วิชาชีพมีความเสื่อมเสีย* การร้องเรียนในข้อนี้มีความน่าสนใจที่เป็นการร้องเรียนจากความคาดหวังของสังคม ที่คาดหวังจริยธรรมจากทันตแพทย์มากกว่าการตรวจรักษาโรคในช่องปาก แต่คาดหวังให้ทันตแพทย์ดำรงตนอยู่ในครรลอง

ของศีลธรรมจรรยา มีความประพฤติด้านอื่นๆที่ติงาม นอกเหนือไปจากการ ให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยด้วย ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาการร้องเรียน พบว่ามีกรณีตัวอย่างเช่น ทันตแพทย์ของทุนลาศึกษาต่อ แล้วไม่ยอมกลับมาใช้ทุนตามสัญญา เป็นผลให้ผู้ที่ค้าประกันให้กับทันตแพทย์ท่านนั้น ต้องสูญเสียทรัพย์ชดใช้หนี้แทน ซึ่งในกรณีนี้ทันตแพทย์สภาได้มีมติถอนใบประกอบวิชาชีพเนื่องจากทันตแพทย์ท่านนั้นประพฤติเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ

ส่วนหลักเกณฑ์ในการตัดสินพิจารณานั้น จะดูจากข้อมูลนำเข้าทั้งหมดและแยกการพิจารณาเป็นประเด็นต่างๆออกไป ใช้หลักการคล้ายคลึงกับศาลที่ค่าให้การทุกอย่างเป็นข้อมูลนำเข้ามาประกอบการพิจารณาการร้องเรียน ด้วยการพิจารณาว่าการตรวจรักษาที่ทันตแพทย์ปฏิบัตินั้นผิดวิสัยไปจากวิจรรณญาณของคณะกรรมการสอบสวนจรรยาบรรณหรือไม่ โดยเกณฑ์ที่ใช้ไม่ได้อิงแค่ตำราการแพทย์ ไม่ได้อิงแค่แนวทางปฏิบัติที่แนะนำโดยองค์กรทันตแพทย์ในระดับนานาชาติ หากแต่พิจารณาจากสภาวะแวดล้อมทั้งหมด หลักวิชาการแพทย์เป็นเพียงข้อมูลส่วนหนึ่งในการนำเข้ามาพิจารณาเมื่อเกิดการร้องเรียนจริยธรรม

จากรูปแบบการร้องเรียนจริยธรรมทั้งหมด 6 รูปแบบ การร้องเรียนจรรยาบรรณ ในระดับข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 5 มีลักษณะที่ร่วมกันคือเป็นการร้องเรียนด้วยการพิจารณาจากการสวมบทบาทการเป็นทันตแพทย์ว่า เมื่อสวมบทบาทเป็นทันตแพทย์แล้วบทบาทที่แสดงออกไปนี้สามารถทำได้หรือไม่ มีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร ตั้งแต่การให้บริการตรวจรักษา การสื่อสารกับผู้ป่วยเมื่อแสดงบทบาทเป็นทันตแพทย์ การช่วยเหลือผู้ไม่ได้รับอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม การโฆษณาอวดอ้างความรู้ของตนรวมถึงโอ้อวดสถานพยาบาลของตนว่าดีกว่าสถานพยาบาลอื่น ไปจนถึงการอวดอ้างตนเองในฐานะทันตแพทย์เพื่อรับรองสินค้าและบริการอื่นๆอันเป็นไปเพื่อผลประโยชน์ส่วนตัว แต่สำหรับในระดับของข้อที่ 6 แตกต่างออกไปจากระดับอื่นๆตรงที่เป็นการร้องเรียนทั้งที่ไม่ได้อยู่ในสถานภาพที่บุคคลแสดงบทบาทของทันตแพทย์ แต่ถูก

ร้องเรียนเนื่องจากการมีสถานภาพเป็นทันตแพทย์ติดตัวอยู่ในสังคม จะเห็นว่า แม้จะไม่ได้สวมบทบาททันตแพทย์แต่เมื่อกระทำการอะไรจนเกิดเป็นเหตุให้คู่กรณี ร้องเรียนได้ สถานภาพความเป็นทันตแพทย์จะถูกร้องเรียนได้ด้วยเสมอ การร้องเรียนในลักษณะนี้เป็นผลมาจากความคาดหวังของสังคมต่อสถานภาพความเป็นทันตแพทย์ที่ต้องดำรงตนอยู่ในครรลองของศีลธรรมจรรยา มีความประพฤติด้านอื่นๆ ที่ดีงามนอกไปจากการให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย “สถานภาพความเป็นทันตแพทย์” จึงเป็นภาพลักษณ์ที่แบกรับความรับผิดชอบ ความเป็นมืออาชีพ และต้องเป็นที่ไว้วางใจให้กับสังคม

3.3 ภาพลักษณ์ของทันตแพทย์กับช่องว่างทางความรู้ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย

จากลักษณะการถูกร้องเรียนของข้อที่ 6 ที่ทันตแพทย์ถูกร้องเรียนจรรยาบรรณโดยเรื่องที่ถูกร้องเรียนนั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเลยนั้น ทำให้เกิดคำถามขึ้นว่า ทำไมทันตแพทย์จึงต้องถูกคาดหวังว่าให้มีความประพฤติที่ดีงามในด้านอื่นๆ นอกเหนือไปจากการตรวจรักษาผู้ป่วย

ในประเด็นนี้มีงานวิจัยเรื่องภาพลักษณ์ทางการแพทย์ว่ามีความสำคัญอย่างมากต่อการรับรู้ของผู้ป่วยในการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจรักษา งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันว่าปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกเข้ารับบริการเป็นเรื่องของการรับรู้เรื่องภาพลักษณ์ อาทิ พงศธร พึ่งเนตร์ (2557) พบว่าภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือและน่าไว้วางใจมีผลต่อการเลือกเข้ารับบริการตรวจรักษา พรพิชชา ภัทรากร (2545) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ในด้านบวกจะนำมาสู่ความไว้วางใจ อธิพรรณ น่วมกระจำง (2554) อธิบายว่าปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยเลือกบริการในแต่ละคลินิกเอกชนนั้น นอกจากการเข้าถึงที่สะดวกใกล้บ้านแล้ว ภาพลักษณ์เรื่องความสะอาด ความเต็มใจให้บริการ ก็ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจ ดังนั้นเจตนาธรรมณ์ของการบังคับใช้จรรยา

บรรณที่ช่วยปกป้องไม่ให้เกิดความเสื่อมเสียต่อความเป็นทันตแพทย์ รักษาไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพ ได้สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วยจนกลายเป็นเกณฑ์ตัดสินใจในการเลือกรับบริการทางทันตกรรม พร้อมกันนี้ทำให้สถานภาพความเป็นทันตแพทย์ถูกคาดหวังให้ดำรงตนอยู่ในครรลองของศีลธรรม มีความประพฤติทั่วไปในสังคมที่ดีงามนอกเหนือไปจากการให้การตรวจรักษาแก่ผู้ป่วย

นอกจากนี้ พอล แลมป์เดน (2002) ได้สรุปว่า ความเชื่อถือในทันตแพทย์เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีให้ทันตแพทย์ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การไม่เท่ากันในความรู้ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย (imbalance of information) ทักษะทางการแพทย์ที่ต้องฝึกฝนจนเชี่ยวชาญ (professional skill) ลักษณะงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life threatening) และข้อมูลความลับของผู้ป่วยที่ทันตแพทย์ต้องปกปิดไม่ทำให้ผู้ป่วยเสื่อมเสีย (confidentiality) ภาพลักษณ์ที่ดีของวิชาชีพจึงมีความสำคัญอย่างมากในการสร้างความมั่นใจ โดยความเชื่อถือในลักษณะนี้แตกต่างไปจากความเชื่อถือนระหว่างเพื่อนสนิทที่ต้องอาศัยระยะเวลา แต่กับทันตแพทย์เป็นการเชื่อถือในคุณธรรมแห่งวิชาชีพ (virtue of training) เชื่อถือในสถานภาพที่ต้องทำหน้าที่รับผิดชอบต่อสังคม (special role in society) สถานภาพของทันตแพทย์จึงกลายเป็นที่คาดหวังของคนในสังคม แต่ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ลักษณะนี้เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมกัน (inequality relationship) เป็นความสัมพันธ์ในแบบ “พ่อปกครองลูก” หรือ “paternalism” ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ทันตแพทย์มีอำนาจทางการแพทย์ ส่วนผู้ป่วยนั้นอยู่ในภาวะที่ต้องพึ่งพิง ทำให้ความคาดหวังต่างๆของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นคุณภาพที่ดีจากการรักษา การเจ็บปวดที่น้อยที่สุด หรือค่ารักษาพยาบาลที่เป็นธรรม วางอยู่บนความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยต้องไว้วางใจเชื่อใจทันตแพทย์ (fiduciary relation) ดังนั้นสิ่งสำคัญที่ต้องระวังคือการเพิกเฉยต่อความเป็นบุคคล (autonomy) ของผู้ป่วย ที่บุคคลมีสิทธิตัดสินใจราวในชีวิตของตัวเอง โดยการตัดสินใจนั้นอาจมีความจำเป็นส่วนตัวต่างไปจาก

มุมมองของทันตแพทย์ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้จักโรคที่เป็นอยู่ ไม่รู้จักเทคนิคในการรักษา แต่ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความจำเป็นของตนเองดีที่สุด ดังนั้นการตัดสินใจในทางเลือกการรักษา (treatment decision) จึงไม่ใช่แค่กำหนดด้วยการตัดสินใจจากทันตแพทย์ ที่มองในมุมของการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงสิทธิในการเป็นเจ้าของตนเองของผู้ป่วยและต้องได้รับการยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วยด้วย (Lambden, 2002, pp. 89-99)

การขอความยินยอมเพื่อให้การรักษา (inform consent) เป็นกระบวนการที่ปรับความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยให้เสมอภาคยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแง่ของความรู้ที่ไม่เท่ากันเป็นการถ่วงดุลระหว่างความรู้ทางการแพทย์ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์และผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลทางการแพทย์ที่เป็นความจริง เข้าใจได้ และมากเพียงพอ สุดท้ายผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดว่าตนเองจะเลือกรับการรักษาแบบใด (self-determination) ซึ่งจะเป็นการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงที่สุดและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงสุด ในขณะเดียวกันก็ลดความเสี่ยงในการฟ้องร้อง และหลีกเลี่ยงความระแวงของผู้ป่วยที่คาดว่าทันตแพทย์จะให้การรักษาที่เกินจำเป็น (Lambden, 2002, pp. 89-99) ในประเทศไทยจากการศึกษาของ ชนภัทร วินยวัฒน์ (2551) พบว่าหนังสือขอคำยินยอมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล มีไว้เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับความยินยอมให้รักษาจากผู้ป่วย แต่ไม่สอดคล้องกับหลักกฎหมายที่เป็นสากลในเรื่องการขอคำยินยอม ไม่มีการระบุเงื่อนไขที่สำคัญและรายละเอียดที่แจ้งถึงความจำเป็นต่างๆที่ผู้ป่วยต้องใช้ประกอบการตัดสินใจในการยินยอมรับการรักษาหลายประการ ทำให้หลักการเรื่องการเคารพสิทธิมนุษยชนตามหลักเสรีนิยม (principle of autonomy) และหลักการกำหนดชะตาชีวิตของตนเอง (principle of self-determination) ที่ควรจะเป็นหลักการสำคัญของการขอคำยินยอมในการรักษาพยาบาลถูกละเลยไป นอกจากนี้ยังพบว่า ในข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม หมวด 2 ข้อ 20 ได้

ระบุไว้ว่า “ผู้ประกอบการวิชาชีพทันตกรรมต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาระสำคัญของการให้บริการทางวิชาชีพทันตกรรม เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการบำบัดรักษาของผู้ป่วย และต้องแจ้งค่าบริการให้ผู้ป่วยทราบเป็นรายการว่าแต่ละรายการเป็นจำนวนเงินเท่าใด รวมทั้งสิ้นเท่าใด เมื่อได้รับการร้องขอ” ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ได้ร้องขอ ทันตแพทย์จึงไม่มีความเป็นที่ยอมรับที่ต้องทำหนังสือขอความยินยอมเพื่ออธิบายสาระสำคัญในการรักษา จึงไม่น่าแปลกใจที่การศึกษาของ ปริยานุช บทกลอน (2004) พบว่าพฤติกรรมการเสี่ยงต่อการถูกร้องเรียนของทันตแพทย์มากที่สุด เป็นเรื่องของการไม่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (the patient’s unrealized expectations regarding dental service provider’s behavior) (Botklon, 2004) นั่นเพราะวัฒนธรรมที่ผ่านมา การให้บริการตรวจรักษาของทันตแพทย์ดำเนินอยู่บนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้ป่วยเชื่อใจในภาพลักษณ์ของทันตแพทย์ ทำให้ช่องว่างของความรู้ทางการแพทย์และการตัดสินใจทุกอย่างในการตรวจรักษาแทนที่จะถูกนำมาอธิบายต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจนและยกอำนาจในการตัดสินใจให้กับผู้ป่วย กลับถูกรองรับด้วยภาพลักษณ์ของจริยธรรมแห่งวิชาชีพที่มีเกียรติและเชื่อถือไว้ใจได้ จึงไม่น่าแปลกใจว่าทำไมทันตแพทย์ในประเทศจึงถูกสังคมคาดหวังว่าต้องมีความประพฤติที่ดีงามในทุกๆ ด้าน

● สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาข้อบังคับจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรมในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาอำนาจผ่านแนวคิดการวิเคราะห์ทฤษฎีที่ศึกษาว่ามนุษย์กลายมาเป็นวัตถุของอำนาจได้อย่างไร ถูกอำนาจจัดการจนกลายเป็นแบบที่เป็นอย่างไรร่าง การเดินทางผ่านของอำนาจเป็นมาอย่างไร อำนาจในความหมายนี้จึงไม่ใช่เรื่องของการบังคับข่มขู่จากกลุ่มผู้มีอำนาจ แต่เป็นอำนาจที่แฝงอยู่ในชีวิตประจำวัน เป็นอำนาจของความรู้ในการจัดระบบ ทำให้กลายเป็นระเบียบวินัย

ตั้งแต่ในระดับอุดมการณ์ (ideology) ไปจนถึงกลายมาเป็นวิถีปฏิบัติ ซึ่งพบว่า การก่อตัวขึ้นมาของข้อบังคับจรรยาบรรณทันตแพทย์มีวิถีโคจรของอำนาจเป็นลักษณะเฉพาะ (trajectory) มีเทคนิคและประวัติศาสตร์ของตัวเอง ทำให้แต่ละประเทศมีข้อบังคับจรรยาบรรณที่แตกต่างกันออกไป ทั้งที่ทันตแพทย์ทั่วโลกมีองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นสากล มีแขนงวิชาจริยศาสตร์ชีวภาพ ที่เป็นประเด็นถกเถียงร่วมกัน มีงานวิจัยทางแพทย์ที่ปรับปรุงร่วมกันใช้อ้างอิงร่วมกันทั่วโลก แต่ลักษณะของจริยธรรมที่ทำให้ข้อบังคับจรรยาบรรณเกิดความแตกต่างกันออกไปคือ การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ที่ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมการแพทย์เดิมของประชาชนให้อยู่ภายใต้วาทกรรมกรการแพทย์สมัยใหม่ การที่ต้องสร้างรูปแบบทางการแพทย์ให้เป็นระบบเดียวจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดกฎเกณฑ์และใช้กระบวนการทางกฎหมายขับเคลื่อนให้การแพทย์สมัยใหม่กลายเป็นการแพทย์กระแสหลัก ลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อสร้างมาตรฐานการรักษาทางการแพทย์ให้เป็นรูปแบบเดียวในสังคม ในประเทศไทยจริยธรรมเป็นเรื่องของการไม่นำการแพทย์มาประกอบการค้าทำธุรกิจหวังผลกำไร ที่เกิดจาก “หมอมอมปลอม” ที่นำเครื่องมือทางการแพทย์มาให้บริการโดยไม่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนหวังเพียงทำผลกำไร ทำยาสที่สุดจึงเกิดเป็นระบบจริยธรรมที่ควบคุมตลาดทางการแพทย์ขึ้นเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องเจอกับการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่การควบคุมการเข้าสู่วิชาชีพ (control over entry) ด้วยการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะลงทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ ควบคุมตลาดของการบริการ (market structure) ด้วยการควบคุมกฎหมายให้ผูกขาดอำนาจการประกอบวิชาชีพ ไว้เฉพาะผู้ที่ขึ้นทะเบียนได้รับอนุญาตเท่านั้น จนมาถึงการควบคุมการแก่งแย่งแข่งขันในการประกอบวิชาชีพ (control over competitive practice) ด้วยการห้ามผู้ประกอบวิชาชีพโฆษณาความรู้ความสามารถตน ตลอดจนไม่แย่งผู้ป่วยและทับถมว่าร้ายผู้ร่วมวิชาชีพ (วิศุรีย์ อิงประพันธ์, 2548, น. 45)

ดังนั้นข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพนอกจากจะถูกใช้ควบคุมมาตรฐานในการให้การตรวจรักษาที่ควรจะต้องเป็นไปตามหลักการแพทย์สากลแล้ว (professional ethics) ยังมีลักษณะของจริยธรรมในเชิงประเพณี (traditional ethics) ที่ถูกใช้จัดระเบียบระบบการแพทย์เดิมเพื่อสร้างระบบการแพทย์แบบสากลขึ้นมาใหม่ให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งท่ามกลางการจัดระเบียบนั้นยังพบลักษณะการถูกใช้งานของข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพในด้านอื่นๆ เป็นลักษณะเฉพาะอยู่ 3 ลักษณะได้แก่

1. ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เป็นข้อยุติให้กับการปะทะกันของชุดเหตุผลทางศีลธรรมทั้งหมด

การแพทย์แผนปัจจุบันได้ผ่านกระบวนการทางสังคมและบ่มเพาะทางกฎหมายมากมายที่จะกลายมาเป็นสถาบันการแพทย์กระแสหลัก เหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์ที่สำคัญคือการปะทะกันของอำนาจต่างๆ ในวงการแพทย์จนเกิดเป็นผลบังคับใช้ทางกฎหมาย เริ่มตั้งแต่ การจัดตั้งสภาการแพทย์ขึ้นตามอำนาจพระราชบัญญัติการแพทย์ พ.ศ.2466 การขึ้นทะเบียนแพทย์และออกใบอนุญาตให้บุคคลประกอบโรคศิลปะในปี พ.ศ.2472 จนมาถึงพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 หมายความว่าเวลานี้ล้วนแล้วแต่มีการปะทะกันของอำนาจในเชิงที่อ้างศีลธรรมแบบของตัวเองแทบทั้งสิ้น แต่แม้ว่าฉากหน้าจะเป็นการถกเถียงในเชิงศีลธรรมว่าสถาบันการแพทย์ควรวางตนเองไว้ตำแหน่งใด มีบทบาทและภาพลักษณ์อย่างไร แต่ฉากหลังแท้จริงคือการปะทะกันของฝ่ายอำนาจต่างๆ ที่ต้องการขึ้นมามีบทบาทในการขับเคลื่อนสถาบันการแพทย์ในประเทศ ซึ่งผลลัพธ์จากการปะทะต่อรองนั้นจะถูกยุติด้วยกระบวนการทางกฎหมายและแปรรูปข้ออ้างศีลธรรมนั้นให้กลายเป็นข้อตกลงทางกฎหมาย

2. ข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพถูกใช้เพื่อขยายอำนาจของการแพทย์ให้เข้ามาในพื้นที่ทางวัฒนธรรม

ข้ออ้างเรื่องการต้องไม่นำการแพทย์ไปประกอบการพาณิชย์เพื่อค้ำกำไรกลายเป็นประเด็นทางจริยธรรมที่จับต้องได้ เนื่องจากมีแพทย์แขนงอื่นๆ ที่ไม่ได้เรียนตำราทางการแพทย์ปัจจุบันนำเครื่องมือแพทย์แผนปัจจุบันไปให้การรักษาเพื่อค้ำกำไร ในแง่ที่ทางคณะกรรมการแพทย์เห็นว่าเป็นการทำผิดศีลธรรมอันดีเป็นการหลอกลวงประชาชนเพื่อการพาณิชย์ จรรยาบรรณในลักษณะนี้ได้ขยายความหมายของคำว่า “ความบกพร่องในการตรวจรักษา” (Mal-practice) จากเดิมที่กินความหมายแค่พื้นที่ทางการแพทย์ว่าการตรวจรักษาที่เหมาะสมต้องเป็นไปตามความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์ ยังได้ขยายพื้นที่ความหมายเกินขอบเขตการแพทย์ออกมาว่าการแพทย์ต้องไม่ปนเปื้อนการพาณิชย์ที่มุ่งค้ำกำไรด้วย ด้วยอ้างเรื่องการไม่ทำให้เสื่อมเสียเกียรติวิชาชีพควบคู่ไปกับการควบคุมการโฆษณาสถานพยาบาลของแพทย์และทันตแพทย์ แต่ทว่าภายใต้ข้อบังคับเหล่านี้ แท้จริงคือการตอกย้ำเส้นแบ่งที่กีดกันองค์ความรู้แพทย์แขนงอื่นๆ ที่ไม่ใช่วิทยาศาสตร์การแพทย์ไว้และสร้างเสถียรภาพให้กับองค์กรวิชาชีพแพทย์แผนปัจจุบัน ด้วยการกำหนดขอบเขตหน้าที่ที่ให้สิทธิมากที่สุดกับแพทย์แผนปัจจุบัน ในขณะที่การแพทย์พื้นบ้านกลับเต็มไปด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบโรคศิลปะ ข้ำร้ายเมื่อไปหยิบจับอุปกรณ์การแพทย์แผนปัจจุบันมาใช้ประกอบการตรวจรักษาก็จะถูกตีตราตราหน้าว่าเป็น “หมोजอมปลอม”

3. จรรยาบรรณวิชาชีพเป็นส่วนเสริม (supplement) ที่สำคัญมากที่ทำงานร่วมกับองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์และสถาบันทางการแพทย์อื่นๆ ในการสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ขึ้นมาเป็นการแพทย์ระบบหลักในสังคม

การเข้ามาของการแพทย์สมัยใหม่ในประเทศสยามไม่ได้อาศัยแค่ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่ให้สัมฤทธิ์ผลในการรักษาโรค แต่ก่อบริด้วยสถาบันต่างๆ ที่เข้า

มาปะทะต่อรองอำนาจกัน ต่างอ้างความชอบธรรมและประดิษฐ์สร้างเงื่อนไขต่างๆ ขึ้นมา เริ่มตั้งแต่กระทรวงธรรมการสร้างโรงเรียนแพทย์โดยเน้นวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบตะวันตกแทนการแพทย์แบบจารีตของไทย การเข้ามาช่วยเหลือของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ได้มาตรฐานสากล ตลอดจนการจัดตั้งสภาการแพทย์ของกรมสาธารณสุข การร่วมปฏิสังสรรค์ของสถาบันต่างๆ เหล่านี้นับเป็นจุดเริ่มต้นในการสถาปนากองค์ความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์จนในปัจจุบันโรงเรียนแพทย์เปลี่ยนเป็นคณะทันตแพทย์ที่มีการอบรมสั่งสอนที่เป็นระบบ มีงานวิจัยและความรู้ใหม่ผลิตป้อนอยู่เสมอ มีสภาวิชาชีพที่คอยควบคุมตั้งกระบวนการผลิตทันตแพทย์ ดูแลหลักสูตรตลอดจนควบคุมความประพฤติเมื่อสำเร็จการศึกษาไปแล้ว ในแง่ที่ข้อบังคับจรรยาบรรณจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเมื่อถูกใช้ในลักษณะที่เป็นจริยธรรมในเชิงประเพณีในการจัดการกับการแพทย์ดั้งเดิมเพื่อสถาปนาการแพทย์สมัยใหม่ให้กลายเป็นการแพทย์สถาบันหลัก

ดังนั้นจนถึงปัจจุบันนี้ จรรยาบรรณวิชาชีพจึงถูกใช้ในลักษณะที่อิงอยู่กับการจัดการปัญหาทางจริยธรรมแบบจารีต (traditional ethics) ที่มุ่งสร้างเสถียรภาพขององค์กรวิชาชีพ ให้ระบบการแพทย์ในประเทศอยู่ภายใต้ระบบการแพทย์สมัยใหม่เพียงระบบเดียว ทำให้เมื่อผู้ป่วยต้องเลือกเข้ารับบริการ สิ่งที่จะใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจว่าจะรับการตรวจรักษาจากทันตแพทย์ท่านใด และรักษาด้วยวิธีใด จึงกลับวางอยู่บนความไว้นิ่งเชื่อใจในภาพลักษณ์ของวิชาชีพ ทำให้เรื่องของความรู้ที่ไม่เท่ากันระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วย (imbalance of information) เรื่องของงานทันตกรรมที่ต้องใช้ทักษะทางวิชาชีพขั้นสูงซึ่งเป็นงานหัตถการที่ต้องการการฝึกฝนให้เชี่ยวชาญ (professional skill/ high skill) เรื่องของลักษณะของงานที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยตรงและมีความเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตได้ (life-threatening) ถูกทำให้พราวเลื่อนไปและเป็นประเด็นที่ไม่ถูกทำให้งามมองเห็นในการเป็นเกณฑ์ตัดสินใจเลือกเข้ารับบริการของผู้ป่วย ความสัมพันธ์

ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยจึงมีความไม่เท่าเทียม เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ในลักษณะพ่อปกครองลูก (paternalism) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่เพิกเฉยต่อความเป็นบุคคลที่มีสิทธิตัดสินใจเรื่องราวในชีวิตตัวเองของผู้ป่วย (self-autonomy)

แม้ผู้ป่วยจะมั่นใจได้ว่าจะรับการตรวจรักษาที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากมีองค์กรวิชาชีพคอยช่วยตรวจสอบจรรยาบรรณของทันตแพทย์ แต่การใช้งานข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพแท้จริงแล้วกลับให้น้ำหนักไปที่เสถียรภาพขององค์กรวิชาชีพมากกว่า สังเกตได้จาก ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจสอบช่วยเหลือก็ต่อเมื่อมีการร้องเรียนจรรยาบรรณเกิดขึ้น มิหนำซ้ำการตรวจสอบลงโทษก็ดำเนินไปภายในองค์กรวิชาชีพกันเอง หากกล่าวให้ถึงที่สุดการควบคุมกันเองของวิชาชีพ แท้จริงเริ่มตั้งแต่กระบวนการผลิตทันตแพทย์ การกำหนดหลักสูตร การสอบขึ้นทะเบียน กำหนดมาตรฐานและจรรยาบรรณในการทำงาน ไปจนถึงตรวจสอบลงโทษผู้ที่ละเมิดมาตรฐานและข้อบังคับจรรยาบรรณที่กำหนดไว้ ทั้งหมดนี้สภาวิชาชีพมีอิสระในการกำหนด ควบคุม ตรวจสอบ และลงโทษภายในวิชาชีพกันเอง ความอิสระในการควบคุมการทำงานในลักษณะนี้ นำมาสู่ “การครอบงำของอำนาจทางการแพทย์” ไม่ว่าจะเป็น อำนาจทางเศรษฐกิจ (economic autonomy) ที่มีอำนาจในกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาล ไม่มีพื้นที่ต่อรองอัตราค่ารักษาพยาบาล มีอำนาจที่จะไม่คิดค่ารักษาพยาบาลหากพึงพอใจ อำนาจทางการเมือง (political autonomy) ที่มีอำนาจในการแสดงความคิดเห็น ชี้นำ ไปจนถึงตัดสินใจในนโยบายที่เกี่ยวข้องสุขภาพในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพ อำนาจในการตรวจรักษา (clinical autonomy) คืออำนาจในการกำหนดมาตรฐานวิชาชีพในการให้บริการทันตกรรม เป็นอำนาจที่สามารถควบคุมการทำงานของผู้ร่วมงาน ควบคุมผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็มีอิสระในการทำงานของตนเอง

ท้ายที่สุดการขับเคลื่อนให้วิชาชีพมีระบบจริยธรรมที่ดีขึ้นต้องอาศัยความเสียสละจากวิชาชีพและทันตแพทย์ในหลายๆอย่าง ไม่ว่าจะเป็น การลดอำนาจทางการแพทย์ลง การสร้างเกณฑ์ตัดสินใจที่หลากหลายมากขึ้นนอกจากตัดสินใจ

จากภาพลักษณ์ การส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยให้เท่าเทียม ตลอดจนเปิดโอกาสให้องค์กรนอกวิชาชีพมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบ เพื่อไปถึงระบบจริยธรรมและการสร้างข้อบังคับจรรยาบรรณวิชาชีพที่ดีกว่า และแม้ว่าการขับเคลื่อนจะต้องอาศัยจากหลายภาคส่วน แต่อย่างน้อยวิชาชีพต้องเริ่มตั้งคำถามในเชิงจริยธรรมด้วยตัวเองแล้วว่า ทันตแพทย์ในฐานะวิชาชีพแพทย์ อะไรคือสิ่งที่ดีที่วิชาชีพควรจะทำ (What is the right thing to do?) วิชาชีพจะเป็นวิชาชีพเพื่ออะไร เป็นวิชาชีพที่มุ่งเน้นเพื่อประชาชน เป็นวิชาชีพเพื่อรัฐ หรือเป็นวิชาชีพเพื่อปกป้องวิชาชีพและส่งเสริมวิชาชีพเท่านั้นพอ



เอกสารอ้างอิง

- กฎกระทรวงมหาดไทยออกตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พุทธศักราช 2479. (2480, 27 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 54, 1184-1202.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ยงศักดิ์ ตันติปิฎก.(2550). *สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย*. นนทบุรี : สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ข้อบังคับทันตแพทยสภาว่าด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพพุทธศักราช 2538. (2539, 27 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 113 ตอนที่ 17 ง, 40-47.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2532). *การสัมมนาวิชาการเรื่องจริยศาสตร์และจรรยาบรรณในวิชาชีพทันตแพทย์*. กรุงเทพฯ : ผู้แต่ง.
- คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2533). *การทันตแพทย์ไทยในศตวรรษหน้า*. สงขลา : ผู้แต่ง.
- ชนภัทร วินยวัฒน์. (2551). ความยินยอมในการรักษาพยาบาล: สิทธิของผู้ป่วย. *วารสารนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 95-117, เข้าถึงเมื่อ 5 มิถุนายน 2558. สืบค้นจาก <http://www.law.nu.ac.th/lawnujournal11/index.php/journals/article/view/9>
- ชิกาทารุ ทานาเบ. (2551). *ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ: กลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย*. กรุงเทพฯ : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร.(2554). *วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณะ และความเป็นอื่น*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : วิชาษา.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2555). *สัญญาวิทยาโครงสร้างนิยม หลังโครงสร้างนิยม กับการศึกษารัฐศาสตร์*, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิชาษา.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2558). *อัตวิสัย/วัตถุวิสัยในสังคมศาสตร์/มนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ธรรมศาสตร์.

- ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์. (2559). *เส้นทางพัฒนาการศึกษาเรียนรู้ของทันตแพทยสภา, ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน มกราคม-มีนาคม, นนทบุรี : ผู้แต่ง*
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2550). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทันตแพทยสภา. (2559ก). *ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน มกราคม-มีนาคม, นนทบุรี : ผู้แต่ง*
- ทันตแพทยสภา. (2559ข). *ข่าวสารทันตแพทยสภาประจำเดือน กรกฎาคม-กันยายน, นนทบุรี : ผู้แต่ง*.
- ธเนศ วงศ์ยานนาวา.(2559). *ความสมเหตุสมผลของความชอบธรรม*. กรุงเทพฯ : สมมติ.
- นพพร ประชากุล. (2552). *ยกอักษร ย้อนความคิด : เล่ม 2 ว่าด้วยสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : อ่านร่วมกับวิชาษา.
- พงศธร พึ่งเนตร. (2557). *ภาพลักษณ์การบริการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร 2557*. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- พรพิชชา ภัทรากร. (2545). *การรับรู้ภาพลักษณ์โรงพยาบาลรัฐในกรุงเทพมหานครของผู้ใช้บริการ*. (วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์ธุรกิจ, คณะนิเทศศาสตร์, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต).
- พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2542. (2542, 10 พฤษภาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เข้าถึงเมื่อ 22 ธันวาคม 2560. สืบค้นจาก https://www.tmc.or.th/psb_doc/psb17.pdf
- พระราชบัญญัติการแพทย์พุทธศักราช 2466. (2466, 16 พฤศจิกายน). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 40, 136-152.
- พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะพุทธศักราช 2479. (2480, 26 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 54, 160-176.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรมพุทธศักราช 2537. (2537, 19 กันยายน). *ราชกิจจานุเบกษา*, เล่ม 54 ตอนที่ 40 ก, 1-19.

- พิศาล เทพสิทธิธา. (2535). *กฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพทันตแพทย์*. กรุงเทพฯ : พชรการพิมพ์.
- พิศาล เทพสิทธิธา. (2558). *เอกสารประกอบการเรียนการสอนรายวิชา “กฎหมายและทันตนิติเวช” (Jurisprudence and Forensic Dentistry)*. คณะทันตแพทยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2548). *นิติเวชศาสตร์*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เศวต ทศนบรรจง. (2534). *ประวัติทันตแพทยศาสตร์ (ยุคโบราณ ถึง ปัจจุบัน)*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาย กิจสนาโยธิน. (2555). *คิดไม่ถึง 2*. นนทบุรี : สำนักงานเลขาธิการทันตแพทยสภา.
- อิทธิพรณ น่วมกระจ่าง. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคลินิกแพทย์ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี, (การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกระบบสารสนเทศ, คณะบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี)*.
- อำไพ ลำน้อย. (2558, มิถุนายน). *ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพฟัน และการทำฟันปลอมในฐานะระบบทันตกรรมเพื่อสุขภาพในพื้นที่จังหวัดสงขลา*. การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6, สงขลา. เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2559. สืบค้นจาก [http://www.hu.ac.th/conference/conference2015/proceedings/data/ภาคบรรยาย/H-O-มนุษย์ฯ/714-132H-O\(อำไพ%20%20%20ลำน้อย\).pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2015/proceedings/data/ภาคบรรยาย/H-O-มนุษย์ฯ/714-132H-O(อำไพ%20%20%20ลำน้อย).pdf)

ภาษาอังกฤษ

- American College of dentists. (2012). *Ethics handbook for dentists*. Maryland: Author.
- American Dental Association. (2009). *Principles of Ethics and Code of Professional Conduct*. Chicago : Author.
- Arribas-Ayllon, M., & Walkerdine, V. (2008). Foucauldian discourse analysis. *Willig C and Stainton-Rogers W (eds) The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE. 91–108.
- Australian Dental Association. (2012). *Code of ethics for dentists*. New South Wales : Author.
- Barker, C. (2012). *Cultural studies*. London: SAGE.
- Bauman, Z. (1993). *Postmodern ethics*. Oxford, UK: Blackwell.
- Bauman, Z. (1995). *Life in fragments*. Oxford: Blackwell.
- Bauman, Z., & Donskis, L. (2013). *Moral blindness*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2012). *Principles of biomedical ethics*, 7th ed. NY: Oxford University Press.
- Botklon, P. (2004). *The risk of dental service behavior for the grievance among Thai dentists*. (Master's thesis, Mahidol University, Thailand).
- Burt, B., & Eklund, S. (2005). *Dentistry, dental practice, and the community*. Edinburgh: Elsevier Saunders.
- Council of European Dentists. (2007). *Code of ethics for dentists in the European union*. Bruxelles: Author.

- Degrazia, D. (1992). Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases, and Specified Principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 17(5), 511-539. Retrieved October 14, 2015, from <http://dx.doi.org/10.1093/jmp/17.5.511>
- Deolia, S. G. (2014). An Insight Into Research Ethics among Dental Professionals in A Dental Institute, India- A Pilot Study. *JOURNAL OF CLINICAL AND DIAGNOSTIC RESEARCH*. Retrieved December 28, 2015, from <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/10118.4794>
- Elliott, A. (2009). *Contemporary social theory: an introduction*. Routledge: Newyork.
- Ferlie, E., Mcgovern, G., & FitzGerald, L. (2012). A new mode of organizing in health care? Governmentality and managed networks in cancer services in England. *Social Science & Medicine*, 74(3), 340-347. Retrieved January 5, 2015, from <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.021>
- Foucault, M. (1965). *Madness and civilization*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1995). *Discipline and punish*. New York: Vintage Books.
- Lambden, P. (2002). *Dental law and Ethics*. Abingdon: Rasdcliffe Medical Press.
- Lertmanorut, S. (2005). *Street denturists: The state, the dental profession and illegalization. Case study of a group of street denturist in Bangkok*. (Master's thesis, Mahidol University, Thailand).
- Macpherson Mayol, I., Roqué Sánchez, M.V., Gonzalvo-Cirac M., de Ribot E. (2013). Comparative study of three Western models of deontological codes for dentists. *Cuad Bioet*, 24(82), 367-376.

- Retrieved September 22, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24483313>
- Maior, G. (2009). The dentist between medicine and cosmetology: Ethical shortcomings of the esthetics boom in dentistry. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 119(1), 47-56. Retrieved September 22, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19227803>
- McKinlay, A. & Starkey, K. (1998). *Foucault, management and organization theory*. London: Sage Publications.
- Nadesan, M. (2008). *Governmentality, biopower, and everyday life*. New York: Routledge.
- Oster, C., Henderson, J., Lawn, S., Reed, R., Dawson, S., Muir-Cochrane, E., & Fuller, J. (2016). Fragmentation in Australian Commonwealth and South Australian State policy on mental health and older people: A governmentality analysis. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 20(6), 541-558. Retrieved January 23, 2017, from <http://dx.doi.org/10.1177/1363459316644490>
- Pyrro, M., do Prado, M.M., Cordon, J., Garrafa, V. (2009). Bioethical analysis of the Brazilian Dentistry Code of Ethics. *Cien Saude Colet*, 14(5), 1911-1918. Retrieved December 22, 2015, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19851604>
- Ravishankar, T.L., Tasneem, S. A., Tandon, V., Gowhar, O. (2014). Attitude of Dental Practitioners Towards their Colleagues: A Justifiable Criticism. *JCDR*. Retrieved September 22, 2015, from <http://dx.doi.org/10.7860/jcdr/2014/7873.4392>

- Rule, J., & Veatch, R. (2004). *Ethical Question in Dentistry*. Illinois: Quintessence Publishing.
- Seising, R., & Tabacchi, M. (2013). *Fuzziness and medicine*. Berlin: Springer.
- Singapore Dental Council. (2006). *Ethical code and Guidelines*. College of medicine building, Singapore : Author.
- Smith Iltis, A. (2000). Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry. *The Journal Of Medicine And Philosophy*, 25(3), 271-284. Retrieved December 22, 2015, from [http://dx.doi.org/10.1076/0360-5310\(200006\)25:3;1-h;ft271](http://dx.doi.org/10.1076/0360-5310(200006)25:3;1-h;ft271)
- Thompson, M. (2010). *Understand ethics*. London: Hodder Educational.
- Yang, J. (2009). Serve the People: Understanding Ideology and Professional Ethics of Medicine in China. *Health Care Anal*, 18(3), 294-309. Retrieved May 3, 2015, from <http://dx.doi.org/10.1007/s10728-009-0127-y>

