

ประสบการณ์และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เรื่องเล่าจากห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน

ปรกรณ์ เกียรติภูมิอมร
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาค้อ
อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ส่วนที่ 1 บทนำ

“เผยปี 49 ประกันสุขภาพจ่ายค่าเสียหายจากการรักษาผู้ป่วยแล้ว 36 ล.” พาดหัวข่าวตามหนังสือพิมพ์ทั่วไปและเป็นเรื่องดังที่น่าสนใจอีกเรื่องที่เกิดจากข้อผิดพลาดทางการรักษาทางการแพทย์จนกลายเป็นการเรียกร้องขอความเป็นธรรมและค่าเสียหายต่อรัฐ (ผู้จัดการออนไลน์ 4 พฤศจิกายน 2549 15.13 น.)

คำทำนายที่กล่าวไว้เมื่อ 20 กว่าปีก่อนของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่ว่า “การประณามแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาล ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์อยู่เนืองๆ และที่ฟ้องร้องมายังแพทยสภาก็มี การประณามกันแบบนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ...ถ้ายังไม่เปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสาธารณสุข จะเกิดความสับสนมากขึ้นจนถึงจุดวิกฤตในวงการแพทย์” (โกมาตร 2550) นอกจากคำกล่าวข้างต้นยังมีข้อมูลสถิติผู้ร้องเรียนผ่านศูนย์บริการประกันสุขภาพต้องงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เรื่องราวร้องทุกข์ของประชาชนในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่างเดือนตุลาคม 2544 ถึงมีนาคม 2546 พบว่าคำถามและข้อร้องเรียนที่ได้รับทั้งสิ้น 65,369 เรื่อง และจากรายงานของแพทยสภาในเดือนมกราคม 2549 พบว่าในปี 2548 มีเรื่องร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา รวม 258 เรื่อง โดยรวมเรื่องที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดจะเป็น มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและการโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ประจำปี 2549)

มุมมองการเจ็บป่วยของหมอและชาวบ้านนั้นแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ซึ่งมีสาเหตุมาจากประสบการณ์การรับรู้ที่แตกต่างกันและช่วงเวลาที่เขาไปปฏิสัมพันธ์เพื่อรับการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยต้องทำงานทั้งวันไม่มีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ด้วยความเป็นห่วงมากกว่าที่เคยเป็นบางครั้งไม่เคยเห็นพฤติกรรมของผู้ป่วยดังที่เป็นมาโดยคิดว่ามีอากาศที่แยลง ผลที่ตามมาคือการพาคนที่ตนรักมารับการรักษากับหมอผู้ซึ่งได้รับการยกย่องสรรเสริญว่าเป็นผู้ซึ่งมากด้วยบารมีและอำนาจบงการการเกิด การมีชีวิตรอด หรือแม้กระทั่งความตาย เพื่อที่จะให้หมอได้รักษาผู้ซึ่งอันเป็นที่รักของตน โดยไม่คำนึงว่าจะเป็นเวลาใด ซึ่งในความคิดอาการที่พามาคือการเจ็บป่วยแบบฉุกเฉินในสายตาของตนเอง ในทางกลับกันหมอ พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลได้รับการถ่ายทอดความรู้โดยการปลูกฝังแบบปัจจุบันด้านวิทยาศาสตร์ ซึ่งยึดเอา

โรค อาการสำคัญ เป็นตัวชี้วัดใช้ประเมินการรักษาแต่เพียงทางกายที่พบเห็น ซึ่งอาจมองข้ามทางด้านจิตใจที่หดหู่ของผู้ป่วยที่ต้องการหมอรักษาทั้งทางกายและจิตใจ

หากถอดหัวโขนที่ถูกสวมขึ้นเพื่อแบ่งชนชั้นหน้าที่ระหว่างผู้ป่วยและหมอออก ข้อโต้แย้งและคำถามที่ไม่ต้องการคำตอบคงหมดไป คงเหลือไว้ซึ่งความปรารถนาดีที่ต้องการให้หายจากการเจ็บป่วย แต่ในความเป็นจริงไม่เพียงแต่หัวโขน ยังแฝงมาด้วยอำนาจ ระเบียบ ข้อบังคับที่ตั้งขึ้นมาเพื่อความสะดวกของหมอเพื่อการมีอำนาจเหนือการต่อรองทั้งปวง ผู้ป่วยซึ่งมาด้วยสภาพที่ด้อยต่ำขาดอำนาจต่อรองในการรักษา ต้องจำยอมให้ถูกกดขี่ข่มเหงด้านจิตใจด้วยคำพูดที่บาดหูเสียดแทงถึงชั่วหัวใจ ด้วยตกอยู่ในฝ่ายเป็นรอง ตราบใดที่ให้การรักษาที่เป็นที่พอใจระดับหนึ่งของผู้ป่วยเองและญาติ เมื่อใดที่การรักษาไม่เป็นไปตามความคาดหวัง การต่อรองต่อต้านขัดขืนจะเกิดขึ้นในความคิดของผู้ป่วยทันที ไม่ว่าวิกฤตในหนนั้นจะมาจากสาเหตุใดก็ตาม

โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นอีกโรงพยาบาลหนึ่งที่เคยมีการร้องเรียน ฟ้องร้องหมอเกิดขึ้น และยังมีการฟ้องร้องทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้มารับบริการ อันส่งผลให้เกิดความไม่เห็นพ้องต้องกันที่จะร่วมมือให้การดำเนินงานสาธารณสุขและงานอื่นๆ ที่ส่งผลโดยตรงต่อประชาชนในชุมชน จากสถิติข้อร้องเรียนที่พบส่วนใหญ่สาเหตุมาจากการเข้าใจไม่ตรงกันเรื่องของความเจ็บป่วยและอาการการแสดงออก นอกจากนี้เหตุสุดวิสัยทางการแพทย์ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการฟ้องร้องหมอที่เกิดขึ้นในอำเภอเขาค้อ

ประสบการณ์และการให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน: เรื่องเล่าจากห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน เป็นอีกโครงการวิจัยหนึ่งที่ต้องการเข้าใจและทราบถึงการให้นิยามความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มาด้วยอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทางการลดข้อขัดแย้งของหมอและผู้ป่วยไม่ให้เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางป้องกันการผิดพลาดในการรักษาพยาบาล โดยที่ชุมชนเข้าใจในบริบทของความเจ็บป่วยฉุกเฉินของทางโรงพยาบาล และสถานพยาบาลได้เข้าใจบริบทความเจ็บป่วยฉุกเฉินในมุมมองสายตาของผู้มารับบริการ

จากเหตุการณ์ฟ้องร้องหมอ การร้องเรียนเรื่องการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในอำเภอเขาค้อ ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะหาสาเหตุ เรื่องการรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย การให้ความหมาย ความเข้าใจของผู้ป่วยเองต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและหมอในเรื่องของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน อันจะส่งผลต่อการทำงานสาธารณสุขในชุมชนที่สะดวกและได้รับความร่วมมือของชุมชนในการดูแลและการเจ็บป่วยของตนเองและชุมชนได้ ถึงแม้ว่าการฟ้องร้องหมอยังคงเกิดขึ้นอยู่อย่างเนืองๆ หากแต่ต้องใช้เวลาในการปรับความเข้าใจและหาข้อยุติร่วมกันในการรักษาพยาบาลทั้งทางร่างกายและจิตใจของตัวผู้ป่วยและคนใกล้ชิด

ประกอบกับตัวผู้วิจัยได้อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเขาค้อ ซึ่งได้เห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเข้ามาโรงพยาบาลด้วยวิธีที่หลากหลาย ซึ่งเป็นอันรู้กันว่าหากมาด้วยพาหนะที่มีความเร็วสูงจะต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในรายที่มาด้วยคนเต็มกระบะท้ายรถต้องมาด้วยการเย็บพญาติที่เจ็บป่วยและนอนรักษาในโรงพยาบาลเขาค้อ บ่อยครั้งที่ญาติมารอหน้าห้องฉุกเฉินเป็นจำนวนมากแต่ยังไม่มีวิแววที่จะได้รับการตอบสนองในเรื่องการรักษา สุดท้ายในกลุ่มญาติหากมีคนที่ยังจำตัวผู้วิจัย ก็จะเดินตรงมาที่บ้านพักเพื่อสอบถามกระบวนการรักษา ให้ช่วยประสานงาน รับรองสิทธิที่ตัวผู้ป่วยมีซึ่งบางครั้งมาโรงพยาบาลด้วยความใจร้อนจึงลืมหีบเอกสารที่ต้องใช้ประกอบการรักษาที่จะทำให้ตนเองไม่ต้องเสียเงินค่ารักษาพยาบาล

เพื่อเป็นการทำความเข้าใจถึงตรรกะวิธีคิด มุมมองการให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของคนอำเภอเขาค้อ โดยเฉพาะเป็นพื้นที่รับรู้ที่มาจากความขัดแย้งทางความคิด ซึ่งต้องทำการศึกษาและเข้าใจถึงรูปแบบทางความคิดและสาเหตุที่ทำให้วิธีคิดแตกต่างออกไปได้อย่างลึกซึ้ง หากเข้าใจถึงตรรกะวิธีคิดของชาวบ้านก็สามารถนำมาสู่การปฏิบัติงานที่ไม่มีการกระทบกระทั่งกันทางความคิด คำพูดและอื่น ๆ ที่ไม่สามารถแสดงออกได้

คำถามการวิจัย

ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1

- 1.การเจ็บป่วยฉุกเฉินในสายตาของผู้ป่วยมีลักษณะอาการเป็นอย่างไร
- 2.มีปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจว่าเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 3.การเจ็บป่วยแบบใดบ้างที่เป็นเหตุให้มาโรงพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ชุดคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2

- 1.ผู้ป่วยและญาติให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้อย่างไร
- 2.มีผู้ใดในชุมชนเป็นผู้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 3.มีการเจ็บป่วยแบบใดบ้างที่เกิดในชุมชนที่จะต้องมารับการรักษาด้วยการเจ็บป่วย

ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย
- 2.เพื่อศึกษาการให้ความหมายของการเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วย

ระเบียบวิธีวิจัย

เนื้อหาในบทความนี้ต้องการนำเสนอมุมมองของหมอและผู้ป่วย ที่ให้ความหมายของความผิดปกติของร่างกายที่แตกต่างกัน ซึ่งได้ใช้แนวคิด “แบบจำลองคำอธิบาย (Explanatory Model – EM) เพื่อหามุมมองเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของคน (Illness) ซึ่งจะช่วยให้เห็นและเข้าใจของการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยได้อย่างไรโดยการอาศัยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกเวลาราชการ โรงพยาบาลเขาค้อโดยพยายามถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเร่งด่วน ซึ่งในบางครั้งอาการที่มาขัดกับความคิดและการรับรู้ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

การนำเสนอในบทนี้ผู้วิจัยขอเสนอถึงวิธีการได้มาซึ่งข้อมูล การคัดเลือกผู้ที่จะให้ข้อมูลโดยการคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษา โดยการนำเสนออย่างละเอียดทุกขั้นตอนตั้งแต่ระเบียบวิธี พื้นที่การวิจัย รวมไปถึงตัวผู้วิจัยเองที่บอกกล่าวถึงเหตุที่ต้องมาทำการวิจัย ส่วนตอนท้ายของบทผู้วิจัยได้แทรกข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่ทำการศึกษา เพื่อเป็นการให้เห็นภาพที่ชัดเจนในเรื่องการเลือกกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้เห็นและเข้าใจในแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ อาจเป็นแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยที่สายงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมองในทางตรงข้ามกับสิ่งที่ผู้ป่วยคิด

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยซึ่งผู้ป่วยมารับการรักษาพยาบาล ณ ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน นอกเวลาราชการ โดยพยายามถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและเร่งด่วน ซึ่งในบางครั้งอาการที่มาขัดกับความคิดและการรับรู้ของผู้ให้บริการรักษาพยาบาล

1.วิธีการวิจัยแบบกรณีศึกษา

เพื่อให้งานวิจัยสามารถตอบคำถามได้เกี่ยวกับเรื่องแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีคำอธิบายและวิธีคิดที่แตกต่างไปจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การรักษา ก่อนการรักษามักจะมีเรื่องความเข้าใจ ข้อคิดเห็นที่แตกต่างกันเกิดขึ้นจนกลายเป็นข้อโต้แย้งที่พบเห็นเป็นประจำบริเวณหน้าห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้การวิจัยคุณภาพแบบกรณีศึกษา โดยเลือกผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มาด้วยการเจ็บป่วยต่างๆ ที่ไม่ใช่การเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุเล็กน้อย ปานกลางจนถึงการคุกคามถึงชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาเป็นตัวอย่าง (case) ด้วยเหตุผลที่ว่าผู้ป่วยและญาติที่มารับการรักษาในเวลาดังกล่าว ณ ห้องฉุกเฉินมีแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร และอาการอย่างไรบ้างที่นำมาสู่การรักษาอย่างเร่งด่วนนอกเวลาราชการ ซึ่งโดยทั่วไปมีการรับรู้หากไปในเวลาดังกล่าวอาจไม่เจอแพทย์รักษา แต่จะเป็นพยาบาลหรือ

เจ้าหน้าที่คนอื่นที่มีความรู้และสามารถรักษาแทนแพทย์ได้ ซึ่งกลุ่มนี้จะเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างดี ซึ่งมีความแตกต่างเรื่องอาการและชนิดของโรคที่ต้องมารับการรักษา โดยการแพทย์ชีวภาพได้จำกัดและให้คำนิยามโรคไว้อย่างชัดเจน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ต่างคาดว่าผู้ป่วยทุกคนควรรู้เช่นเดียวกัน การศึกษานี้จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้รับรู้และทำความเข้าใจถึงแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2. การเลือกชุมชน

จุดเริ่มต้นของการทำวิจัยเรื่องนี้เกิดขึ้นเมื่อครั้งที่ผู้วิจัยได้ลงชุมชนเพื่อไปช่วยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใกล้เคียงเหตุที่ชาวบ้านรวมตัวกัน เพื่อที่จะมาร้องเรียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อจากข้อบกพร่องที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทำการรักษาแล้วไม่มีเห็นอกเห็นใจและตั้งใจในการปฏิบัติงาน เป็นประเด็นที่ขัดแย้งทางความคิดเรื่องโรคและอาการที่ไปรักษา ซึ่งในความเข้าใจของบุคลากรทางการแพทย์ดูว่าเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงแต่ยังไม่คุกคามถึงชีวิต จึงได้ให้การรักษาเบื้องต้นและให้กลับบ้าน แต่ยาตีผู้ป่วยกลับมองว่าอาการดังกล่าวหากไม่รักษาอาจตายได้ ผู้วิจัยและทีมงานได้อธิบายและพูดคุยจนเป็นที่เข้าใจ และมีอีกหลายครั้งที่ได้รับการแจ้งข่าวจากบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชนว่ามีเหตุการณ์คล้ายกันเกิดขึ้นอีกแต่สามารถควบคุมได้

ผู้วิจัยได้เข้ารับการตอบรับการอบรมระยะสั้นต่อเนื่อง (On the job training) 1 ปี สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ซึ่งสนใจหัวข้อทำไมชาวบ้านไม่เข้าใจหมอ จึงได้เลือกพื้นที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล จากข้อมูล que ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมไว้ส่วนมากการทะเลาะและการโต้แย้งระหว่างผู้ป่วยญาติผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์มักเกิดที่หน้าห้องฉุกเฉินสืบเนื่องจากการสื่อความหมายและการรับรู้ของโรคต่างๆได้แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ประกอบกับตัวผู้วิจัยอาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกับสถานที่ดังกล่าว จึงทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและทันท่วงที

อำเภอเขาค้อเป็นอีกอำเภอหนึ่งที่ประชากรหลายเชื้อชาติ หลายชนเผ่า ซึ่งประกอบด้วยชาวเขาเผ่าม้งที่มีประชากรเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด ชาวเขาเผ่าลีซู เย้า พื้นที่เป็นภูเขาสลับพื้นที่ราบ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ และรับจ้าง จากอาชีพดังกล่าวหากเกิดการเจ็บป่วยก็จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเขาค้อ หากเจ็บป่วยในช่วงเช้าและสะดวกที่มารับการรักษาก็จะมารับการรักษาในเวลานั้นซึ่งเป็นเวลาราชการ (08.30 - 16.30 น.) แต่การเจ็บป่วยนั้นยังสามารถที่จะอดทนได้และอยู่ในเวลาการรับจ้างงาน จะไม่มารับการรักษาด้วยสาเหตุไม่อยากเสียเงินและเสียเวลาในการรับจ้าง ซึ่งต้องมารับการรักษานอกเวลาราชการ (16.30 - 08.30 น.) ซึ่งเป็นเวลาที่สะดวกและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

3. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

3.1 การค้นหาผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

หลังจากผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและแนะนำ การเขียนโครงร่างงานวิจัยคุณภาพจากทีมสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้เรียนรู้และเป็นงานชิ้นแรกที่จะทำงานชิ้นนี้ ผู้วิจัยในฐานะเป็นคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเขาค้อ (คปสอ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นทีมงานประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ สาธารณสุขอำเภอเขาค้อ หัวหน้าสถานีอนามัย หัวหน้าฝ่ายในโรงพยาบาล หัวหน้างานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาค้อที่คอยควบคุมกำกับดูแลการดำเนินงานสาธารณสุขภายในอำเภอเขาค้อให้ดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย อีกทั้งยังช่วยประสานการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านวิชาการ บริหาร งบประมาณและอื่นๆ ที่จะทำให้การดำเนินงานสาธารณสุขบรรลุเป้าหมายไม่มีอุปสรรค ผู้วิจัยรับหน้าที่เกี่ยวกับการทำวิจัยและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข การรับเรื่องราวร้องเรียนของผู้บริโภค ซึ่งได้นำเสนองานวิจัยฉบับนี้ต่อ คปสอ.เขาค้อ เพื่อให้กรรมการรับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินการวิจัย ผลที่คาดว่าจะได้รับ สิ่งที่ต้องขอความร่วมมือจากผู้วิจัยพร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและให้ความสะดวกในการจัดเก็บข้อมูลและลงพื้นที่

ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ เพื่อขออนุญาตสังเกตการณ์และเก็บข้อมูลดังกล่าว ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขาค้อ ในระหว่างเวลา 16.30 น - 24.00 น. ของวันราชการและ 08.30 น - 24.00 น. ของวันหยุดราชการและนักชดถุภษ โดยผู้วิจัยได้สังเกตการณ์และช่วยงานในห้องบัตรโรงพยาบาลเขาค้อเนื่องจากเป็นห้องที่ติดกับห้องฉุกเฉิน ซึ่งสะดวกในการเฝ้าดูและแยกแยะผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โดยเก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงลึกกับตัวผู้ป่วยเองและญาติใกล้ชิด โดยจำแนกกลุ่มผู้ป่วยได้ดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 2)กลุ่มญาติผู้ป่วยที่มาด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3)ผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาด้วยวิธีการส่งต่อไปรับการรักษา ณ สถานพยาบาลแห่งใหม่

3.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

เพื่อให้การวิจัยในครั้งนี้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่มีคำอธิบาย และวิธีคิดที่แตกต่างไปจากบุคลากรทาง การแพทย์ที่ให้การรักษายาบาล ตลอดจนบุคคล เหตุการณ์ใดที่ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาใน ห้องฉุกเฉินนอกเวลาทำการระหว่างเวลา 16.30 น - 24.00 น.ของวันราชการและ 08.30 น - 24.00 น. ของวันหยุดราชการและนักชดถุภษ โดยเลือกผู้ป่วยที่สามารถให้ข้อมูลที่สะท้อนถึงแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของตัวเองได้ ว่าอาการอย่างไร ทำไม อาการเช่นนี้จึงเป็นเหตุฉุกเฉินให้มา ใครเป็นผู้ช่วยในการตัดสินใจให้มาเข้ารับการรักษา หากผู้ป่วยและญาติคนใดที่มีเวลาและเต็มใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลเชิงลึกเรื่องราวของชีวิตผู้ให้ข้อมูล ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนของผู้ป่วยฉุกเฉินคน อื่นๆ

ในกรณีผู้ป่วยมาด้วย การทำแผลประจำวัน การรับยาต่อ คลอด หรือในกรณีมาตามแพทย์นัด ผู้วิจัยจะไม่นำผู้ป่วยกลุ่มนี้มาเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามที่บุคลากรทางการแพทย์เห็นสมควรว่าต้องมารักษาและตัวผู้ป่วยเองยอมรับว่าต้องมารับการรักษา ซึ่งไม่ตรงกับเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้

4. การเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือ

ด้วยสังคมปัจจุบันบีบบังคับให้ต้องแข่งขันการประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัว การต้องการเงินมากยิ่งต้องอุทิศตนกับงานมากยิ่งขึ้น การประกอบอาชีพเกษตรกรรมยังมีความเร่งด่วนต้องแข่งกับธรรมชาติ ไม่สามารถรอคอยเวลาหรือตั้งเป้าหมายกฎเกณฑ์และปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ได้ชัดเจน ผู้ป่วยหลายคนที่ไม่สามารถมารักษาพยาบาลในเวลาราชการได้ เนื่องจากต้องรับจ้างและทำงานในเวลาดังกล่าวเช่นกันกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสามารถตั้งรับผู้ที่จะให้ข้อมูล ณ โรงพยาบาลได้

ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ ส่วนมากมาด้วยอาการที่รุนแรงจากการเกิดอุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกาย ซึ่งเป็นวินาทีชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติต่างต้องการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนไม่สนใจที่จะพูดคุย การให้ข้อมูล ผู้วิจัย เข้าใจสภาวะการณดังกล่าว การที่จะไปเก็บข้อมูลโดยไม่สนใจต่อชีวิตผู้ป่วยย่อมเป็นไปไม่ได้ ซึ่งการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าไปช่วยในกระบวนการรักษาพยาบาลโดยได้รับการอนุญาตจากแพทย์เจ้าของไข้และผู้บริหารโรงพยาบาล แต่ต้องไม่ขัดขวางการทำงานดังกล่าว เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการพูดคุยกับญาติและผู้ป่วย ขณะที่ทำการรักษาพยาบาลและระหว่างที่ญาติรอรับผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยได้สอบถามประวัติ แนวคิดอย่างไม่ละเอียด เพียงยึดหัวข้อหลักๆ เช่น อาการอย่างไรบ้างที่ต้องมาโรงพยาบาล, ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าอาการนี้เกิดจากอะไร, ไปทำอะไรมาถึงเป็นอย่างนี้, ทำไมคิดว่ามันรุนแรง, ถ้าไม่มารักษาจะเป็นอย่างไร, แล้วรู้ได้อย่างไรจะเกิดปัญหานั้นขึ้น, มีใครเคยเป็นอย่างนี้บ้าง, ถ้ามีคนเคยเป็น, เขามาโรงพยาบาลหรือเปล่า ซึ่งจะไม่บังคับให้ผู้ป่วยและญาติตอบหากเป็นผู้ป่วยหรือญาติที่มาด้วยอาการที่ตรงตามต้องการและพร้อมที่จะให้ข้อมูลแต่มีเวลาไม่เพียงพอ ผู้วิจัยได้ขอที่อยู่และขออนุญาตติดต่อกลับไปภายหลังเพื่อขอทราบข้อมูล

ข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติมาในช่วงเวลาค่ำมืด หากได้รับการรักษาเสร็จเรียบร้อยแล้วแพทย์ลงความเห็นให้กลับบ้านได้ ทั้งผู้ป่วยและญาติเองมีความรอนใจต้องการกลับไปพักผ่อน ทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วนได้ จึงต้องตามไปเก็บข้อมูลที่บ้านผู้ป่วย ในรายที่แพทย์ลงความเห็นให้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้แจ้งผู้ป่วยและญาติว่าวันรุ่งขึ้นจะไปเยี่ยมและพูดคุยซักถามหากไม่ขัดข้อง

นอกจากเรื่องเวลาที่เป็นข้อจำกัดแล้วสถานที่ยังเป็นอีกสาเหตุหนึ่ง ซึ่งหน้าห้องผู้ป่วยฉุกเฉินจะมีทั้งญาติจำนวนมากที่มาให้กำลังใจและรอฟังข่าว ทำให้การสัมภาษณ์พูดคุยเช่นนี้จะมีผู้สนใจเข้ามาพูดคุยด้วยหลายคน ทำให้เกิดการยัดเยียดการพูดคุย นอกจากนี้การพูดคุยบางครั้งยังไวต่อความรู้สึกของญาติผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ญาติผู้ป่วยยังคง

ผะวงกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอยู่ ผู้วิจัยได้แก้ปัญหาเรื่องนี้โดยการพูดคุยให้กำลังใจญาติผู้ป่วยและประสานงานเรื่องเอกสารที่ติดขัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ค้นเคย แล้วจึงเสนอให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกสถานที่ที่สะดวกมีความเป็นส่วนตัวเพื่อการให้ข้อมูลเชิงลึก การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจะไม่ยึดติดตายตัวแต่จะเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังต้องลงไปเก็บข้อมูลในหมู่บ้าน ชุมชนที่ผู้ป่วยและญาติอาศัยอยู่ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลว่าง โดยให้เป็นผู้นัดหมายเวลาเอง ซึ่งเป็นการเยี่ยมผู้ป่วยตามนโยบายของโรงพยาบาล โดยเปลี่ยนเวลานัดตามความเหมาะสมของผู้วิจัย ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์รถของโรงพยาบาลและทีมเยี่ยมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเขาค้อ

4.1 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก(In-dept interview)
- 2) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม
- 3) เทปบันทึกเสียง
- 4) กล้องถ่ายภาพ
- 5) เอกสารข้อมูลชุมชน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากสนามโดยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์อย่างเจาะลึก (In-dept interview) ถึงรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูลหลักถึงแนวคิดเกี่ยวกับเรื่องแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของตัวเองที่จะต้องมารับการรักษาพยาบาลนอกเวลาราชการ จำนวน 8 ราย ต่อเรื่องราวความเข้าใจไม่ตรงกันกับบุคลากรทางการแพทย์ ที่มองว่าการเจ็บป่วยที่มาหาหนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่“ไม่ฉุกเฉิน”เป็นแค่เพียงการเจ็บป่วยที่รุนแรงไม่คุกคามถึงชีวิต

การสัมภาษณ์เชิงเจาะลึก(In-depth interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจงจากบุคคล

- 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 2) กลุ่มญาติผู้ป่วยที่มาด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- 3) ผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาด้วยวิธีการส่งต่อไปรับการรักษา ณ สถานพยาบาลแห่งใหม่แต่ไม่ได้รับการส่งต่อ

นอกจากการเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม แล้วแนวคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึกส่วนหนึ่งได้จากการศึกษาแบบจำลองคำอธิบายการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยขั้นนี้ ซึ่งคำถามทั้งหมดเป็นคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยได้ตั้งกรอบแนวคำถามเพื่อใช้สัมภาษณ์เชิงเจาะลึกครอบคลุมถึง อาการอย่างไรบ้างที่จะต้องมารับการรักษาทันที อาการหรือโรคนี้เกิดจากอะไร แล้วไปทำอะไรทำไมคิดว่าเป็นมากหรือรุนแรง ถ้าไม่มารักษาจะเป็นอย่างไร จะมีปัญหาเกิดขึ้นภายหลังหรือเปล่า เป็นต้น

คำถามบางประเด็นอาจไวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล อาจกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือบุคคลรอบข้างได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ประเด็นดังกล่าวก็ต่อเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจที่จะเล่าเหตุการณ์ดังกล่าวให้ฟังเพื่อใช้ในการสะท้อนความรู้สึก และผลกระทบทางจิตใจที่ได้รับมา ผู้วิจัยมักจะเริ่มด้วยประเด็นที่มีการโต้แย้งเรื่องการรักษาพยาบาลตามที่เป็นข่าว ซึ่งเราพบเห็นได้เป็นประจำวัน เพื่อให้การได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ทำการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งในการจดบันทึกและบันทึกเสียง ซึ่งการบันทึกเสียงเป็นสิ่งที่ดูแปลกประหลาดราวกับว่าถูกจับจ้องด้วยวัตถุชิ้นนี้ และจะทำให้บรรยากาศการสัมภาษณ์ไม่เป็นมิตร ผู้วิจัยจึงได้ใช้เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล (digital audio player) โดยวางรวมไว้กับเอกสารที่ติดไปด้วยเพื่อไม่เป็นที่สังเกตได้ชัด

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation)

- 1) อาการของการเจ็บป่วยที่เข้ามารับบริการของผู้ป่วย
- 2) ลักษณะท่าทางของผู้ป่วยและญาติที่มาถึงบริเวณห้องฉุกเฉิน
- 3) ความพึงพอใจและความต้องการบริการรักษาเพิ่มเติมจากที่ได้รับ
- 4) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างที่เข้ารับการรักษารอคอยการรักษา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยการช่วยเหลือและเป็นผู้ป่วยในห้องบัตร และสังเกตบันทึกประวัติผู้ป่วยขณะที่พยาบาลดำเนินการซักประวัติผู้ป่วย ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยจะให้พยาบาลเวรเป็นผู้ซักประวัติและดำเนินการรักษาตามขั้นตอน ระหว่างรอรับผู้ป่วยผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ญาติที่นำผู้ป่วยมาส่งโรงพยาบาลอย่างคร่าวๆ ถึงสาเหตุ อาการและลักษณะการตัดสินใจที่นำผู้ป่วยมาส่ง เพื่อประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการลงสนาม

สำหรับผู้ป่วยที่เข้าประเด็นที่ต้องการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขอซักประวัติผู้ป่วยเองในกรณีที่อาการไม่รุนแรง มีสติและประเมินได้ว่าไม่เป็นอันตรายแก่ตัวผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเข้าไปคุยกับญาติเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมให้ห้องฉุกเฉินและในส่วนวิจัย ในบางครั้งญาติผู้ป่วยมีอาการกระวนกระวายหรือไวยวายเรื่องการรักษาที่ดำเนินการช้าหรือการขาดเอกสารที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาล ผู้วิจัยอาศัยโอกาสนี้สร้างความสัมพันธ์กับญาติผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการประสานงานเรื่องเอกสารเมื่อเรียบร้อยแล้วจึงสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกต่อไป ในกรณีที่ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นหรือผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้วิจัยจึงขออนุญาตผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยไปเยี่ยมที่บ้านเพื่อทำการเก็บข้อมูลส่วนที่ขาดเพิ่มเติม

การสังเกตแบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้วิจัยเห็นและเข้าใจปรากฏการณ์ที่ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วย
อยู่ข้างนอกห้องฉุกเฉิน เช่น สาเหตุการเกิดเหตุการณ์ ลักษณะอาการที่เคยมีผู้พบเห็น
ความเห็นอกเห็นใจของบ้านใกล้เรือนเคียง การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นต้น ซึ่งการเกิดและ
ดำเนินไปของเหตุดังกล่าวเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงวิถีชีวิตของชุมชนต่างๆ ในสถานการณ์
ต่างๆ ได้คมชัดยิ่งขึ้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การตีความ (Interpretation) และนำ
ข้อมูล

มาตรวจสอบยืนยันกันของข้อมูลเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

แบบคำถามในการสัมภาษณ์

	ผู้ป่วยและญาติทั่วไป	ผู้ป่วยที่ต้องการ ศึกษา
ชื่อ ที่อยู่ อาการ รูปแบบการเข้ามา	/	/
1. เป็นอะไรมาถึงมาโรงพยาบาล	/	/
2. อาการเป็นอย่างไรบ้าง	/	/
3. ไปทำอะไรมาถึงเกิดอาการแบบนี้	/	/
4. คิดว่าอะไรทำให้เกิดอาการนี้	/	/
5. ใครบอกให้มารักษาหรือมาเอง	/	/
6. มีใครเคยเป็นแบบนี้หรือเปล่า	/	/
7. มีอาการแบบไหนบ้างที่ต้องรีบมารับการรักษา		/
8. อาการแบบนี้คิดว่าเป็นอย่างไร		/
9. แล้วถ้าหากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอย่างไร		/
10. ปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจะแก้ไขอย่างไร		/
11. อยากได้รับการรักษาแบบไหน		/
12. ถ้าเจ็บป่วยแล้วไม่มาโรงพยาบาล ทำอย่างไรบ้าง		/
13. คิดอย่างไรที่เขาบอกว่าต้องมารักษา		/

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีนาคม 2550 – ตุลาคม 2550

ในการนำเสนอบทความนี้ได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนสำคัญดังนี้ **ส่วนที่ 1** เป็นบทนำที่แสดงให้เห็นความสำคัญของปัญหาที่ต้องการศึกษา วัตถุประสงค์ของการวิจัยและคำถามการวิจัย **ส่วนที่ 2** จะเป็นการนำเสนอประวัติศาสตร์ความเป็นมาของการแพทย์ฉุกเฉิน การปฏิบัติงาน ภาระหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติ **ส่วนที่ 3** การสื่อสารที่ไม่ตรงกันระหว่างหมอกับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งต่างฝ่ายมีความรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน นำมาสู่การตัดสินใจการให้ความหมายของการเจ็บป่วยและพิธีการรักษา และการนำเสนอการปฏิบัติงานของหมอที่มีต่อคนไข้ผ่านเรื่องเล่าทางคลินิกที่เจาะประเด็นเรื่องเวลาของการเข้ามารับการรักษาด้วยความเจ็บป่วยทางกาย โดยการแพทย์ชีวภาพให้การรักษาไม่ฉุกเฉินสมควรที่จะมารักษาในเวลาราชการเนื่องจากโรคที่มาไม่สมควรมาในเวลานอกราชการ ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาในเวลานั้น อันมีผลมาจากภารกิจส่วนตัวและการประกอบอาชีพ ซึ่งมุมมองและการรับรู้เรื่องความเจ็บที่แบบจำลองคำอธิบาย (Explanatory Model – EM) แตกต่างกัน **ส่วนสุดท้าย** คือการสรุปประเด็นที่ต้องการถกเถียงกับความเจ็บป่วยที่ถูกกำหนดสถาปนาให้มีความจริงเพียงอย่างเดียวตามองค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพ ที่ไม่สนใจสาเหตุความเจ็บป่วยที่สามารถจากเกิดจากสิ่งอื่นที่อยู่นอกเหนือความรู้ที่ปลูกฝังมาอย่างมีมาตรฐานและพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ โดยได้กีดกันความจริงอื่นซึ่งตรงข้ามกับแนวคิดให้มหายไม่สามารถได้มีโอกาสโต้แย้งได้พร้อมทั้งการกำหนดกีดกันการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาลที่สวนทางกับนโยบายระดับชาติ

ส่วนที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ประวัติศาสตร์ความเป็นมาการแพทย์ฉุกเฉินของตะวันตก

ในศตวรรษที่ 18 การแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ได้เกิดขึ้นในช่วงสงครามนโปเลียนโดยแพทย์ทหารของนโปเลียน (Baron Dominigve Jean Larrey) ได้เป็นผู้ให้กำเนิดระบบขนส่งการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency logistic transferal system) และเป็นผู้ให้กำเนิดรถพยาบาล (Ambulance) ในลักษณะรถเทียมม้าอีกด้วย ระบบขนส่งดังกล่าวได้พัฒนาเป็นเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical system ; EMS) ปัจจุบันนี้ นายแพทย์ Jean Larrey ยังได้สร้างระบบการคัดกรอง (Triage system) ขึ้นเป็นครั้งแรกของโลก โดยระบบคัดกรองแรกที่เกิดขึ้นนี้เป็นระบบการคัดกรองด้านการทหาร (Military triage System) ซึ่งได้พัฒนาไปอย่างมาก ณ ปัจจุบัน เรามีระบบคัดกรองของห้องฉุกเฉิน (Emergency department triage system) และระบบคัดกรองเหยื่อภัยพิบัติ (Disaster triage system) ที่มีคุณภาพมาก (สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน :2548)

ระหว่างการศึกษาในฝรั่งเศส ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศสชื่อ Dominique Jean Larrey ได้นำแนวคิดจากการซ่อมรถการบินในสนามรบ มาประยุกต์ใช้เป็น Flying ambulance เพื่อเป็นการนำส่งทหารที่ได้รับบาดเจ็บไปรักษาในที่ที่มีประสิทธิภาพและมีความพร้อมมากกว่านี้ Larrey ได้กำหนดให้เหล่าทหารที่ได้รับการฝึกมาอย่างดีเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลสำหรับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากการสู้รบ เป็นผู้นำส่งทหารที่ได้รับบาดเจ็บสู่โรงพยาบาล นำไปสู่การเกิด MASH units ซึ่งภายหลัง Larrey เรียกวิธีการนี้ว่า Emergency Medicine

ในช่วงต้นของศตวรรษที่ 19 ได้มีแนวคิดในการสร้างสถานที่รับผู้ป่วยที่มาแบบปัจจุบัน ทันด่วนหรือผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ไปตรวจในสถานที่ใดที่หนึ่งของโรงพยาบาล จากแต่เดิมพยาบาลเป็นผู้คัดกรองแล้วให้ผู้ป่วยไปตรวจที่หอผู้ป่วย (ward) ที่คาดว่าจะตรงกับโรคที่เป็น โดยสถานที่นั้นเรียกว่า “ห้องฉุกเฉิน” ในอเมริกาเหนือหรือ “ศูนย์รับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (A&E) ” ในยุโรปและอังกฤษ โดยให้แพทย์อาวุโสของโรงพยาบาลหรือแพทย์ฝึกหัด (intern) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มายังห้องฉุกเฉิน เนื่องด้วยข้อจำกัดด้านประสบการณ์และความรู้เวชศาสตร์ฉุกเฉิน การใช้แพทย์ฝึกหัดดูแลห้องฉุกเฉินจึงยังไม่ใช่ว่าดีที่สุด

ช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีแนวคิดพัฒนาให้ห้องฉุกเฉิน (Emergency Room) พัฒนาไปสู่แผนกฉุกเฉิน (Emergency Department) ความแตกต่างระหว่างแผนกฉุกเฉินและห้องฉุกเฉิน คือ แผนกฉุกเฉินจะมีการกำหนดพื้นที่ (area) เป็นพื้นที่ใช้รักษาผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มมากขึ้น ต่างจากเดิมที่ห้องฉุกเฉินจะเป็นห้องโถงโล่งกว้าง ส่วนแผนกฉุกเฉินจะมีพื้นที่รักษา เช่น พื้นที่รักษาผู้ป่วยวิกฤต (resuscitation area) พื้นที่ทำหัตถการ (treatment area) และพื้นที่แยกผู้ป่วยโดดเดี่ยว (Isolate area) เป็นต้น ช่วงแรกของการเกิดแผนกฉุกเฉินแพทย์ที่มา

ปฏิบัติงานยังคงเป็นแพทย์ฝึกหัด หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นอยู่ดี จนกระทั่งได้เริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินครั้งแรกในปี ค.ศ.1969 ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ซินซิน เนติ (Cincinnati University) ณ ปัจจุบันนี้ มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่ทั่วโลกประมาณ 150 ประเทศ โดยมีองค์กร ราชวิทยาลัย หรือสมาคมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินของแต่ละประเทศเป็นผู้ดูแลกำกับอยู่ มีองค์กรระหว่างประเทศ คือ “สหพันธ์เวชศาสตร์ฉุกเฉินนานาชาติ (International Federation of Emergency Medicine; IFEM)” เป็นองค์กรกลางประสานความร่วมมือในการฝึกอบรม การศึกษาและการวิจัยของเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

การแพทย์ฉุกเฉินยังคงเป็นเรื่องใหม่ ในช่วง 1960 – 1970 ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีคณะทำงานเป็นแพทย์โดยมีการหมุนเวียนแพทย์มาทำงาน มีทั้งศัลยแพทย์, อายุรแพทย์, จิตแพทย์และแพทย์ที่ชำนาญด้านโรคผิวหนัง บางครั้งอาจมีแพทย์ฝึกหัด แพทย์จบจากต่างประเทศและพยาบาลเข้าร่วมที่มงานด้วย

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) เป็นสาขาการแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลที่มีแผนกฉุกเฉิน ดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (emergency) โดยเน้นการรักษาเริ่มต้นที่ถูกต้อง ทันทีทั้งที่ ประสานกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นในการรักษาเฉพาะเจาะจงต่อไป (definitive care)

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีเข็มมุ่งหลักในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการรักษาทันที รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ในภาวะฉุกเฉินเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีที่สุด (สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2548)

กระบวนการเข้าสู่การเป็น “หมอ”

ตั้งแต่ครั้งโบราณ การรักษาการเจ็บป่วยที่เหลือกำลังตนเองจะมองหาใครที่ไหนไม่ได้ นอกจากหมอกกลางบ้าน ผู้ซึ่งมีความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยต่างๆ การเป็นกมอกกลางบ้านหรือหมอพื้นบ้านนั้นจะตั้งสั่งสมประสบการณ์ ความรู้ด้านสมุนไพร อาการโรค วิธีการแก้ การวางยา การหาสมุนไพรมาทำยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยดังกล่าว

ผู้ที่จะเป็นหมอจะถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่อีกรุ่น ไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลยว่าหากปู่ ย่า ตา ยาย เป็นหมอพื้นบ้าน หลานๆ ที่กำลังจะเจริญตามมาจะต้องเป็นหมอด้วยเหมือนกัน ซึ่งการเลี้ยงหลายของปู่ย่าตายายที่เป็นหมอนั้น มักจะนำลูกหลานมาช่วยในการเก็บ จัดเตรียมยาสมุนไพรเพื่อทำการรักษา จึงเป็นการสั่งสมความรู้ด้านการแพทย์ตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งความรู้และประสบการณ์นี้ถูกสั่งสม อบรมภายในกรอบที่หมอพื้นบ้านส่วนใหญ่ต้องมี คือความเมตตา สงสาร ศีลธรรมอันดีงาม ต้องการให้ผู้เจ็บป่วยพ้นจากการเจ็บป่วยนั้น ไม่ว่าญาติจะมาเรียกยามใดหมอพื้นบ้านก็ต้องไปได้ทุกเมื่อ ไม่ว่าหนทางจะลำบากสักปานใด

ถึงแม้ความรู้ด้านการรักษาจะถูกถ่ายทอดในระบบวงศ์ตระกูล ในบางครั้งหากมีผู้สนใจมาขอฝากตัวเป็นศิษย์ หมอก็รับเป็นศิษย์แต่การที่จะให้วิชาความรู้ที่มีทั้งคุณและโทษ หมอพื้นบ้านต้องใช้เวลาในการสังเกตนิสัยใจคอ ความมีศีลธรรม ความอดทน การเสียสละความสุข

ส่วนตนไปให้กับผู้อื่น ว่าลูกหลานและศิษย์ที่รับมาผู้ใดที่สมควรจะรับการถ่ายทอดได้ก็จะมอบวิชาความรู้ไปใช้การประกอบอาชีพ ซึ่งที่สำคัญที่สุดคือจะต้องเป็นคนดี

การถ่ายทอดความรู้เป็นลักษณะปากต่อปาก การท่องจำ การอ่านสมุดข่อย ตำรา อีกทั้งยังต้องอาศัยประสบการณ์ สังเกต จดจำให้ขึ้นใจ เกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วย การรักษาสมุนไพรที่มารักษา วิธีการเก็บ ประยาสสมุนไพร ซึ่งครูจะเป็นผู้สั่งสอนและชี้แนะ แนะนำต่างๆ

ในรัชสมัยต่างๆ มักจะมีหมอผู้ทำการรักษาพระมหากษัตริย์ซึ่งเรียกว่า หมอหลวง หากหมอที่รักษาอยู่ตามหมู่บ้านหัวเมืองต่างๆ จะเรียกว่า “หมอชาวบ้าน” “หมอราษฎร์” “หมอเชลยศักดิ์” ซึ่งจะมีกระจายต่างท้องที่ต่างๆ (ลือชัย 2551)

การแบ่งแยกสถานภาพหมอนั้น หมอหลวงจะมีความเป็นอยู่สถานะภาพสูงกว่าหมอเชลยศักดิ์ อีกทั้งยังเป็นการสืบทอดทางสายโลหิตเป็นส่วนใหญ่ ส่วนหมอเชลยศักดิ์นั้นจะเป็นใครก็ได้ที่มีความรู้ความสามารถด้านการแพทย์ มีอิสระในการก้าวเข้าสู่ความเป็นหมอ

หมอหลวง เป็นหมอที่เชี่ยวชาญ มีความรู้ความสามารถมากที่สุดในแผ่นดิน เนื่องจากความรู้ด้านต่างๆ ที่มีอยู่ในแผ่นดินจะถูกเก็บรวบรวมไว้ในวัง หมอหลวงจะมีโอกาสมากในการศึกษาวิชาความรู้แขนงต่างๆ อีกทั้งยังเข้ารับราชการเป็นข้าราชการที่มีศักดิ์นา เงินเบี้ยหวัดรายปีที่แน่นอน ทำหน้าที่รักษาพระมหากษัตริย์และบุคคลในราชสำนัก รายได้ของหมอหลวงมีได้มาจากสิทธิที่ตนเองมีแล้ว ยังได้จากการไปรักษาเจ้านายหรือข้าราชการตามราชโอรการเป็นจำนวนมาก ซึ่งตามความเป็นจริงแล้วหมอหลวงไม่ต้องรับเงินอื่นอีกนอกจากเบี้ยหวัดของตนเองที่มีก็เพียงพอแก่การดำรงชีพ แต่ส่วนมากมักจะให้ถือว่าเป็นสินน้ำใจที่เดินทางมารักษา

หมอเชลยศักดิ์ เป็นหมอที่มีความรู้ความสามารถระดับหนึ่งที่ได้รับการถ่ายทอดวิชาความรู้ จากครูหรือบรรพบุรุษที่เป็นหมอพื้นบ้าน ซึ่งการรักษาจะต้องเดินทางไปหาผู้ที่เจ็บป่วยที่บ้านมักจะไม่นำผู้เจ็บป่วยมาที่บ้านเนื่องจากหมอจะเดินทางสะดวกและยังสามารถเก็บสมุนไพรตามทางไว้เป็นยารักษาได้อีก โดยทั่วไปก่อนการรักษาจะต้องมีพิธีกรรมบอกกล่าวครู การเลี้ยงครูและคำครุในการรักษา ซึ่งประกอบไปด้วย หมากพลู ข้าวสาร กล้วย เทียนติดเงินคำครุ เหล้าขาว ผ้าขาวม้า หรืออื่นๆ ตามกำลังของผู้เจ็บป่วย ซึ่งของเหล่านี้จะนำมาบูชาครู หากหมอรักษาหายผู้ป่วยจะยกของบูชาดังกล่าวให้กับหมอที่ทำการรักษา แต่หากรักษาไม่หายหมอจะไม่ได้รับค่าบูชาดังกล่าว รายได้ของหมอจะไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ ส่วนมากมักจะประกอบอาชีพเสริมเช่น ทำไร่ ทำนา และอื่นๆ มีทั้งที่เป็นฆราวาสและพระ

กระบวนการสร้างความเป็นวิชาชีพแพทย์ของรัฐสยามสู่ความทันสมัย

ระบบการปกครองไทยสมัยโบราณและกฎหมายตราสามดวง ที่มีใช้มาจนถึงตอนต้นของรัตนโกสินทร์ มุ่งที่จะคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชน ความเสมอภาค การไม่เอารัดเอาเปรียบของรัฐกับราษฎร ประชาชนกับประชาชนด้วยกันเอง เน้นไปที่ใครกระทำผิดอันใดมันผู้นั้นต้องได้รับโทษที่มันกระทำ ซึ่งการกำหนดโทษเช่นนี้ไม่ได้ยกเว้นไว้สำหรับกลุ่มบุคคลใดบุคคลหนึ่ง (ลือชัย 2551)

กฎหมายไทยสมัยโบราณได้มุ่งเน้นความเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งรวมไปถึงการรักษาของหมอที่กระทำต่อชีวิตมนุษย์ด้วยกันเอง หากหมอรักษาและทำให้เกิดการบาดเจ็บล้มตาย หมอก็ต้องมีความผิดเช่นคนทั่วไป มากกว่าที่จะคุ้มครองวิชาชีพ ซึ่งกว่าที่หมอคนหนึ่งจะรักษาผู้ที่เจ็บป่วยได้ต้องรักษาตนเองให้หายซะก่อนจึงจะมั่นใจไปรักษาคนอื่นได้ ซึ่งกฎหมายที่ตราขึ้นมาเพื่อปกป้องประชาชนผู้ที่ไม่มีอำนาจด้านต่างๆ ที่จะไปต่อรอง ไม่ให้ถูกกระทำอันเป็นอันตรายต่อร่างกายและชีวิตมากกว่าที่จะกำหนดว่าใครสามารถประกอบวิชาชีพแพทย์ได้ ต่างจากกฎหมายในปัจจุบันมากที่คุ้มครองผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และการสงวนอาชีพไว้เฉพาะบุคคลเท่านั้น

การพัฒนาข้าราชการและระบบราชการรวมถึงแนวคิดวิชาชีพนิยมในสมัยรัชการที่ 5 ส่งผลต่อการปกครองอย่างมาก ซึ่งมุ่งเน้นการหาความรู้ความสามารถเฉพาะทางที่มากขึ้น มีการจัดระบบการศึกษาที่เป็นระบบน่าเชื่อถือ ต่างจากการแพทย์พื้นบ้านที่มีการสอนที่ยาวนานและหวงวิชา ไม่เป็นระบบ การแพทย์แผนโบราณจึงถูกจำกัดอยู่ในวงแคบๆ เท่านั้น อีกทั้งยังมีการแบ่งกลุ่มไม่รวมกันเป็นกลุ่มก้อนที่แข็งแรงอย่างเช่นการแพทย์ตะวันตกที่มาจากแหล่งผลิตเดียวกัน

จากความต้องการการอยู่รอดของประเทศในยุคล่าอาณานิคม ทำให้ต้องพัฒนาประเทศให้ทันสมัยเท่าเทียมกับอารยประเทศ รัฐจึงต้องเข้ามาจัดระบบต่างภายในประเทศเพื่อที่จะได้มีมาตรฐาน ความน่าเชื่อถือ มีหมอเพียงพอกับประชาชนที่เจ็บป่วย จากการถ่ายทอดวิชาความรู้การแพทย์พื้นบ้านที่ไม่เป็นระบบ ยาวนาน ไม่น่าเชื่อถือ รัฐจึงตั้งโรงพยาบาลเพื่อผลิตแพทย์และทำการรักษาประชาชนที่มีการเจ็บป่วยมากขึ้น

โรงพยาบาลศิริราชจึงถูกสร้างขึ้นในปี พ.ศ.2431 มีการรักษาทั้งทางตะวันตกและตะวันออก การแพทย์แผนไทยถูกยกเลิกในหลักสูตรใน พ.ศ.2456 เนื่องจากไม่มีความน่าเชื่อถือและการสอนไม่เป็นระบบ ไม่สามารถอธิบายทางและพิสูจน์วิทยาศาสตร์ได้

จากการยกเลิกหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จึงมีการกำหนดคุณสมบัติผู้ที่จะมาเป็นแพทย์แผนปัจจุบันพร้อมทั้งรัฐและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ทุนสนับสนุนการผลิตแพทย์ตามแนวทางตะวันตก ซึ่งแพทย์แผนปัจจุบันถูกผลิตออกมาตามแนวคิดผู้ที่มีความรู้และอำนาจชอบธรรมที่รัฐให้การสนับสนุน ซึ่งตรงกับกระบวนทัศน์แบบเหตุผลนิยมหรือกระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์ ที่สามารถอธิบายอย่างเห็นได้ชัดว่ากระทำการสิ่งนี้เพื่อสิ่งที่ไม่ดีได้ดีขึ้น (ลือชัย 2551)

ประวัติความเป็นมาของเวชศาสตร์ฉุกเฉินในประเทศไทย

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยถือกำเนิดในปี พ.ศ.2540 โดยมีที่ตั้งสมาคมอยู่ที่ ศูนย์นเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี กระทรวงสาธารณสุข (Thailand Association of Emergency Medicine) ในช่วงแรกของการดำเนินงานของสมาคมมีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นพยาบาลและเวชกรฉุกเฉิน เนื่องจากยังขาดแรงสนับสนุน และกำลังทางวิชาการจากแพทย์ผลงานในระยะแรกจึงยังมีไม่มาก

ในปี พ.ศ.2547 แพทยสภาได้เปิดโอกาสให้มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินในประเทศไทยเป็นครั้งแรก ทั้งนี้มีราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ให้การสนับสนุน คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จนกระทั่งปัจจุบันนี้มีการฝึกอบรมทั้งสิ้น 16 สถาบันทั่วประเทศ

ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Conditions)

ภาวะฉุกเฉิน คือ ภาวะที่มีความคุกคามต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต ภาวะฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การที่จะบอกได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินหรือไม่ต้องใช้กระบวนการคัดแยกผู้ป่วย (triage) ไม่ได้ให้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเองว่าตนฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่ามีเพียงร้อยละ 18-89 ของผู้ป่วยที่มาตรวจยังห้องฉุกเฉินเท่านั้นที่เป็นภาวะฉุกเฉินอย่างแท้จริง (true emergency) โดยแปรผันกับขนาดของโรงพยาบาล ถ้าเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแนวโน้มของผู้ป่วยฉุกเฉินแท้จริงจะต่ำ อาจมีเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้น แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ลักษณะทุติยภูมิ หรือ ตติยภูมิ จะมีผู้ป่วยฉุกเฉินแท้จริงมากขึ้นได้มากถึงร้อยละ 70-80 ผู้ป่วยฉุกเฉินแท้จริงจะมีภาวะฉุกเฉินโดยภาวะฉุกเฉินนั้นมีหลายระดับได้แก่

ภาวะฉุกเฉินที่สุด (resuscitation trier) ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะถึงแก่ความตายอย่างรวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น , ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ , ผู้ป่วยหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง และผู้ป่วยการหายใจล้มเหลวเป็นต้น

ภาวะฉุกเฉิน (Emergency trier) ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน การรักษาที่ล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือสูญเสียคุณภาพชีวิต การรักษาที่ล่าช้าจะเกิดอันตรายมากขึ้นต่อผู้ป่วย ภาวะฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน , ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรง และผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น

ภาวะเร่งด่วน (Urgency trier) ผู้ป่วยจะมีอันตรายมากขึ้น ถ้าหากดูแลล่าช้า เป็นสิ่งที่อันตรายหากเพิกเฉย หรือปล่อยให้อาการเกินไป เช่น กระดูกหักแบบเปิด ถูกลมโป่งพองกำเริบ และผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะปานกลาง เป็นต้น

ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-urgency) คือผู้ป่วยที่สามารถรอตรวจได้นาน สามารถไปพบแพทย์ประจำครอบครัว (Family Physician) ได้เร็วกว่ารอตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ในต่างประเทศผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินหากต้องการตรวจที่ห้องฉุกเฉินอาจต้องรอนานกว่า 5-6 ชั่วโมง ดังนั้นกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญมากสำหรับเวชปฏิบัติฉุกเฉิน การคัดแยกที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ไม่ดี

จากประวัติความเป็นมาของทั้งตะวันตกและของไทยทำให้เราได้พบว่าการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการมองอาการและโรคที่เกิดทางด้านร่างกายของมนุษย์ที่มีความบกพร่องของอวัยวะบางส่วน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและเร่งด่วนอาจทำให้เป็นอันตรายจนเสียชีวิตได้ โดยที่ไม่ได้มองสาเหตุความเป็นมาอย่างลึกซึ้งว่ามีเหตุใดเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้เกิด

เหตุเช่นนี้ยังคงมองไปที่อวัยวะที่บกพร่องเท่านั้น และพยายามหาทางให้อวัยวะนั้นกลับมาทำงานได้อย่างเป็นปกติ

ซึ่งทำให้หมอที่ทำงานในโรงพยาบาลที่ถูกปลูกฝังมาจากโรงเรียนแพทย์ ยังคงมองเห็นสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดมาซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์ โดยไม่มองถึงคุณค่าทางด้านจิตใจ การเห็นอกเห็นใจ คงมองเพียงแค่ต้องการรักษาอวัยวะที่บกพร่องนั้นให้กลับมาทำงานได้อย่างปกติสุข หากจะมองด้านจิตใจคงเป็นจิตแพทย์ที่มีความชำนาญเท่านั้นที่มองออก จากความคิดของโลกตะวันตกที่มองสิ่งต่าง ๆ แบบแยกส่วนซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กัน หากมีสิ่งใดที่ชำรุดหรือบกพร่องก็จำดำเนินการแก้ไขโดยหาสิ่งนั้นมาเปลี่ยนกับสิ่งที่ชำรุด ซึ่งไม่สามารถใช้ได้กับมนุษย์ที่ยังมีความคิด ความรู้สึกอ่อนไหว หากนำมาใช้คงจะบรรเทาความเจ็บปวดได้บางส่วน แต่ไม่สามารถรักษาให้หายทั้งทางร่างกายและจิตใจได้

บริบทชุมชนเขาค้อ

เขาค้อในอดีตคือพื้นที่แห่งการสู้รบของคนไทยด้วยกันเอง เป็นผลมาจากความขัดแย้งทางอุดมการณ์ทางการเมือง ของนักศึกษาเหตุการณ์ที่รู้จักกันในนามสั้น ๆ ว่า "14 ตุลา"

เมื่อเดือนตุลาคม พุทธศักราช 2516 เยาวชนคนหนุ่มสาวหลายคนออกจากบ้าน ไปร่วมกับความเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ หลายคนไม่ได้กลับบ้านอีกเลย บางคนกลับ ไปด้วยร่างกายพิการ บางคนกลับไปด้วยความรู้สึกใหม่ เหตุการณ์ 14 - 15 ตุลาคม มีผู้เสียชีวิต 77 คน บาดเจ็บ 857 คน

ผลจากเหตุการณ์ 14 ตุลา นักศึกษาส่วนหนึ่งได้หนีเข้าป่า ตั้งแต่ภูหินร่องกล้า นครไทยชาติการซึ่งเป็นเขตจังหวัดพิษณุโลก บางส่วนได้มาตั้งฐานที่อำเภอเขาค้อเพื่อหลบหนีการจับกุมของทางราชการ เวลาผ่านไป กระแสการเมืองที่แบ่งแยกระบบประชาธิปไตยและคอมมิวนิสต์ยังคงรุนแรงในพื้นที่อำเภอเขาค้อ พ.ศ. 2518 สงครามต่อสู้ทางอุดมการณ์เกิดขึ้นอีกครั้งในพื้นที่อำเภอเขาค้อ ทางราชการต้องการปราบปรามคอมมิวนิสต์ให้สิ้นซาก จึงได้เกณฑ์ประชาชนทหาร ตำรวจ เพื่อสู้รบกับนักศึกษาและผู้หลงผิดที่ปักกิ่งและอาศัยอยู่บนเขาค้อ การต่อสู้จึงเกิดขึ้นนานหลายปีประกอบกับเขาค้อเป็นภูเขาสูงหนาที่บไปด้วยป่าไม้อันเป็นที่อาศัยของโรคภัยไข้เจ็บ อาทิ ไข้ป่า ไข้มาลาเลีย อหิวาต์ตกโรค อื่นๆ

ในขณะนั้นความเจริญยังเข้ามาไม่ถึงเขาค้อ ดังมีคำกล่าวที่ว่า “มาเพชรบูรณ์ให้นำหม้อดินมาด้วย” เนื่องจากเป็นภูมิประเทศป่าเขาที่บ โรคภัยไข้เจ็บที่สำคัญได้แก่โรคไข้ป่า อหิวาต์ตกโรค ซึ่งคนต่างถิ่นมาช่วยมากจะเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว และหม้อดินที่นำมาเพื่อที่จะนำกระดูกของตนเองใส่ไว้หลังจากที่เสียชีวิตแล้ว การรักษาพยาบาลคงต้องอาศัยยาที่ได้จากสมุนไพรธรรมชาติ เพื่อที่จะบรรเทาอาการเจ็บป่วยต่างๆ บ้างก็มีชีวิตรอดมาจนถึงปัจจุบัน บ้างก็เสียชีวิตทันทีที่มาถึง

ผู้ที่รอดชีวิตมาได้ปัจจุบันส่วนมากเป็นพรานและหมอยาสมุนไพรในหมู่บ้าน หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นกับตนเองและญาติ ยังคงรักษาด้วยยาสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าว หลายครั้งการรักษาดังกล่าวเป็นผลในทางที่ดี หากอาการไม่ดีขึ้นจึงส่งมาเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐต่อไป และยังคงเป็นความเชื่อที่ตนเองผ่านประสบการณ์ที่โหดร้ายมาก่อน ในแนวคิดของผู้รอดชีวิตมาในเรื่องการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นปัจจุบันยังคงไม่ให้ความสำคัญที่จะต้องเริ่มมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสักเท่าใด ยังคงรักษาด้วยวิธีและแนวทางที่เคยทำมาในอดีต เนื่องจากประสบการณ์ในสงครามทำให้ต้องอดทนยิ่งกว่าสิ่งใดๆ หากไม่อดทน การมีชีวิตรอดมาถึงปัจจุบันคงเป็นไปไม่ได้ยาก

ด้านการแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่งในพื้นที่สงคราม ซึ่งประชาชนบางส่วนและนักศึกษาบางกลุ่มที่มีความรู้และได้รับความไว้วางใจจากพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย ได้ส่งบุคคลเหล่านี้ไปเรียนวิชาการแพทย์เพื่อมาใช้ในการสนามรบจากประเทศจีน โซเวียต การเดินทางไปเรียนต้องไปด้วยการเดินเท้าเท่านั้น เพื่อเป็นการฝึกความอดทน ลูกชายของหมอหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้ร่วมพัฒนาชาติไทยในปัจจุบันได้เล่าให้ฟังว่า หากต้องการได้รับสิทธิเหนือกว่าคนธรรมดาต้องไปเรียนหมอ ที่เมืองจีนหรือไมกิโอโซเวียตเท่านั้น ต้องเดินเท้ากว่าสามเดือนถึงจะไปถึง เพื่อเป็นการฝึกความอดทน หากเดินทางไปถึงก็สามารถเรียนหมอได้ หลายคนที่ไม่เสียชีวิตระหว่างทาง ส่วนมากจะเสียชีวิตด้วยโรคไข้ป่าซึ่งจะยอมการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยมาเป็นอุปสรรคต่อการเดินทางไปเรียนไม่ได้ เพราะถ้าเสียเวลากับการนอนป่วยอยู่ก็ไม่สามารถตามขบวนได้ บางคนทนไม่ไหวต้องให้เพื่อนสงเคราะห์ไม่ให้ทรมาณด้วยปืนประจำตัว

อดีตสหายจ้าวได้เล่าให้ฟังว่า อันเป็นที่รู้กันในสหายร่วมรบ หากได้รับการบาดเจ็บหรือป่วยไข้ ต้องรีบทำการรักษาตนเองให้หาย ในเบื้องต้น หากอาการไม่มากก็จะไม่เดินทางไปยังโรงพยาบาลเพราะต้องเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตในระหว่างถูกรบได้ และหากไปได้การเจ็บป่วยไม่ว่าจะหนักหนาสาหัสสักปานใดก็หายได้ด้วยตนเอง เนื่องจากต้องเดินทางด้วยเท้าอย่างน้อยสองวันกับหนึ่งคืนซึ่งเป็นระยะทางที่ไกลพอสมควรและเสี่ยงอันตรายมาก หากใครเดินทางมาถึงแสดงว่าร่างกายสมบูรณ์รอดจากการเสียชีวิตระหว่างทางได้ ซึ่งยังคงมีแนวความคิดนี้อยู่ในหมู่บ้านที่ผ่านการสู้รบมาอย่างยาวนาน และยังคงถูกปลูกฝังให้ลูกหลานทำตามสืบกันมา หากการเจ็บป่วยไม่มากก็ให้รักษาเองเมื่อเป็นหนักมากจึงเดินทางไปหาหมอเพื่อทำการรักษา แม้ปัจจุบันการคมนาคมสะดวก คนส่วนใหญ่ยังคงไม่ยอมมาโรงพยาบาลเพียงเพื่อมารักษาไปกินบรรเทาอาการชั่วคราวคืนเท่านั้น แต่ที่เขามากันเนื่องจากทนทรมานมานาน และทนต่อไปไม่ไหวจึงมาโรงพยาบาลโดยไม่คำนึงถึงระบบ ระเบียบข้อบังคับและเวลา ที่มากด้วยความหวังสิ่งสุดท้ายที่โรงพยาบาลเพื่อหวังว่าหมอยกยัดอายุผู้เจ็บป่วยต่อไปได้อีก.....ถ้าท่านเจ็บป่วยแล้วต้องรอให้ถึงเข้าก่อนหรือเปล่าถึงจะมารักษา....ท่านก็คงกลัวตายเหมือนกับชาวบ้านตาดำๆ ทั่วไป

ประวัติศาสตร์ความเป็นมาการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเขาค้อ

หลังเหตุการณ์การสู้รบสงบลง รัฐบาลมีนโยบายให้มีการจัดตั้งหมู่บ้านและส่วนราชการขึ้นในเขตอำเภอเขาค้อ เพื่อเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจไม่ให้มีศัตรูเข้ามาแทรกซึมทำลายล้างประเทศไทยได้ พี่แหม่มพนักงานขับรถในโรงพยาบาลได้เล่าให้ฟังว่า ก่อนที่จะมีโรงพยาบาลอย่างปัจจุบันนี้ ได้มีทหารจัดตั้งหน่วยแพทย์ทหารขึ้นที่บริเวณสนามบินใกล้ๆ กับโรงพยาบาลเพื่อลำเลียงทหารที่บาดเจ็บไปรักษาที่พื้นที่ข้างล่าง แต่เมื่อสงครามสงบกระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลหล่มสักจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่มาให้การรักษาประชาชนทั่วไป ชนิดไปเข้าเย็น กลับอยู่หลายปี ซักสิบแปดปีที่ผ่านมามีเห็นจะได้ก็จักสร้างอาคารแผนกผู้ป่วยนอกรับเฉพาะคนไข้ทั่วไป ไม่มีหอผู้ป่วย เมื่อปี 2535 ได้รับงบประมาณสร้างอาคารผู้ป่วยขนาดสิบเตียง รับรักษาโรคทั่วไปและงานผ่าตัดเล็ก เนื่องจากมีแพทย์ไม่เพียงพอในการทำงาน

อาคารโรงพยาบาลเขาค้อที่เห็นในปัจจุบันสร้างเสร็จในปี พ.ศ.2542 เป็นแบบที่ไม่เหมือนใคร เนื่องจากโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นอาคารชั้นเดียวยกพื้นสูงไม่มากเท่าไร เรียงรายตามพื้นที่ของโรงพยาบาล แต่โรงพยาบาลเขาค้อจำกัดด้วยพื้นที่เขา ซึ่งมีพื้นที่ว่างราบเรียบประมาณหนึ่งไร่แต่ต้องสร้างอาคารที่มีพื้นที่ใช้สอยประมาณสามถึงสี่ไร่ ด้วยพื้นที่จำกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงได้เขียนแบบอาคารโรงพยาบาลพื้นที่จำกัดขึ้นเป็นแห่งแรกของประเทศไทย เมื่อเข้ามาถึงบริเวณที่จอดรถโรงพยาบาลเดินผ่านประตูที่ใกล้ที่สุดที่ติดกับที่จอดรถ จะพบฝ่ายประชาสัมพันธ์อยู่บริเวณด้านหน้าสุด ด้านซ้ายเป็นห้องจ่ายยามีกาอี้รอรับยาประมาณยี่สิบที่นั่ง เลี้ยวไปด้านซ้ายมือเป็นห้องส่งเสริมสุขภาพ ห้องชั้นสูตร หากมองตรงไปจะพบประตูทางออกด้านหลังโดยส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลให้บริการเนื่องจากเป็นทางเดินลงไปบ้านพักด้านหลัง ซ้ายมือของประตูทางออกด้านหลังจะเป็นห้องสุขาที่ให้ประชาชนที่มาติดต่อได้ใช้บริการ ด้านขวาของประตูเป็นห้องกายภาพบำบัดถัดไปด้านขวามือเป็นห้องตรวจผู้ป่วยนอกที่มาในเวลาราชการซึ่งอยู่ติดกับฝ่ายประชาสัมพันธ์ ย้อนกลับมาที่ประตูทางเข้าด้านขวาจะเป็นห้องทำบัตร ผู้ป่วยที่มารับบริการต้องมาแจ้งสิทธิเพื่อรับคิวการตรวจ ด้านข้างห้องบัตรจะมีทางเดินพอประมาณที่รถเข็นผู้ป่วยทั้งชนิดนั่งและนอนผ่านไปได้ ด้านหลังห้องบัตรเป็นห้องฉุกเฉิน ซึ่งสามารถเข้าได้อีกทางโดยที่โรงพยาบาลเขาค้อมีประตูทางเข้าด้านหน้าอาคารจำนวนสองทาง ผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาราชการจะต้องมาเข้าที่ประตูที่สองเนื่องจากประตูแรกหากหมดเวลาราชการจะทำการปิดประตู เมื่อมองไปที่ประตูที่สองจะพบว่ามียางให้รถยนต์ผ่านได้ด้านหน้าห้องฉุกเฉินจะมีรถลิฟท์หรือรถฉุกเฉินสำหรับส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่อื่นจอดอยู่สองคัน ก่อนที่จะเข้าห้องฉุกเฉินด้านขวามือเป็นที่เก็บรถเข็นผู้ป่วยและมีพนักงานเปลี่ยนผ้าปูที่นอนอยู่จำนวนหนึ่งคน ภายในห้องฉุกเฉินมีเตียงผู้ป่วยอยู่จำนวนสองเตียงมีตู้เก็บอุปกรณ์เรียงรายรอบห้อง ด้านซ้ายของห้องเป็นโต๊ะตรวจโดยมีพยาบาลเวรจำนวนสองคนสำหรับนอกเวลาราชการ ส่วนในเวลาราชการมีเพิ่มอีกสองคน ข้างโต๊ะตรวจมีวิทยุสื่อสารขนาดใหญ่ไว้คอยรับแจ้งเหตุต่างๆ ซึ่งจะมีเสียงเล็ดลอดออกมาอยู่ไม่ขาดสายเนื่องจากใช้ความถี่เดียวกันทั้งจังหวัดเพชรบูรณ์ ด้านสุดเป็นห้องสังเกตการณ์ผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจนแก่การรักษาโดยมีเตียงนอนจำนวนสองเตียงมีเครื่องอำนวยความสะดวกครบ ไม่ว่าจะเป็นตู้เย็น ทีวี

ห้องฉุกเฉินถูกออกแบบไว้ให้อยู่บริเวณด้านหน้าของตัวอาคารและอยู่ชั้นล่างเพื่อความสะดวกในการเข้ามารักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งถนนด้านหน้ารถยนต์สามารถขับสวนทางกันได้ แต่ทางโรงพยาบาลได้จัดให้เป็นการเดินทางเดียวไม่มีการสวนทางเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยมีพยาบาลหลายคนหมุนเวียนกันขึ้นให้บริการตามตารางเวรที่ได้จัดไว้ ตุ่มหัวหน้าพยาบาลหัวฉุกเฉินได้เล่าให้ฟังว่า ผู้ป่วยส่วนมากที่มารับการรักษานอกเวลาราชการ จะมาด้วยอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ ตามมาด้วยการคลอด ยังมีอีกส่วนหนึ่งที่มาด้วยอาการที่ไม่ร้ายแรงหรือฉุกเฉินแต่อย่างใด แต่ที่มาก็เพราะกลางวันลงงานมาไม่ได้ ผ่านมาเลยมาขอยาไว้ทานบ้าง และอื่นๆ อีก ซึ่งตุมและพยาบาลอีกหลายคนก็ไม่เข้าใจว่าทำไมต้องมานอกเวลาราชการกัน ก็รู้อยู่ว่าหากมาเวลานี้ต้องเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้นอีกทั้งโอกาสที่จะได้พบแพทย์เวรก็ไม่ได้จะพบกันทุกคน

การจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบจะให้พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าเวร มีหน้าที่ในการตรวจรักษาและตัดสินใจกระบวนการรักษาแทนแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการไม่ร้ายแรงเกินความสามารถ หากเกินความสามารถจะต้องรายงานให้แพทย์เวรทราบ และอีกคนเป็นพยาบาลเทคนิคหรือไม่ก็พยาบาลวิชาชีพที่อาวุโสน้อยกว่า ส่วนคนงานทำหน้าที่ตรวจวัดร่างกายผู้ป่วยขึ้นพื้นฐาน เตรียมอุปกรณ์การแพทย์ให้พร้อมรวมถึงการทำความสะอาดเครื่องมือและพื้นที่ห้องในกรณีเปื้อนสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ป่วย การขึ้นเวรของพยาบาลในหนึ่งวันจะแบ่งเป็นสามช่วงช่วงแรกเวรเช้าทำงานตั้งแต่แปดโมงเช้าถึงบ่ายสี่โมงเย็นซึ่งเป็นเวลาราชการต่อจากนั้นเป็นเวรบ่ายเริ่มทำงานบ่ายสี่โมงเย็นจนถึงเที่ยงคืน จากเที่ยงคืนถึงแปดโมงเช้าเป็นหน้าที่ของเวรดึก โดยสลับหมุนเวียนกัน ในส่วนของคนงานจะขึ้นเวรตั้งแต่บ่ายสี่โมงลงเวรแปดโมงเช้า ซึ่งเป็นข้อตกลงและปฏิบัติกันมาเป็นระยะเวลานาน

แพทย์เวรจะรอรับรายงานและให้คำปรึกษา บ้างก็อยู่ที่ทำงานเพื่อทำงานต่อ บ้างก็พักผ่อนอยู่ที่บ้าน บ้างก็เล่นกีฬาอยู่บริเวณด้านหน้าของโรงพยาบาลที่อยู่ห่างออกไปไม่ไกลร้อยเมตร โดยส่วนมากหากเป็นผู้ป่วยที่ไม่สำคัญยากแก่การตัดสินใจมักจะไม่ตามแพทย์เวร โดยแพทย์เวรจะขึ้นเวรตั้งแต่สี่โมงครึ่งตอนเย็นไปออกเวรก็แปดโมงเช้า หากมีผู้ป่วยให้ทำการรักษาหรือปรึกษาก็สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ โดยมีแพทย์หมุนเวียนเปลี่ยนกัน ซึ่งปัจจุบันมีแพทย์สามคนโดยจะรับผิดชอบเวรคนละสัปดาห์ ซึ่งสามารถเปลี่ยนกันได้ตามความพอใจของแต่ละคน ซึ่งมีแพทย์ประจำจำนวนสองคนอีกคนเป็นแพทย์ที่จบใหม่หมุนเวียนแต่ละอำเภอก็ครบทั้งสิบเอ็ดอำเภอเพื่อที่จะได้ทำความรู้จักแต่ละโรงพยาบาล บางครั้งจะมาหมุนเวียนสามถึงสี่เดือนตามจำนวนที่แพทย์จบมาใหม่ หากจบมาน้อยระยะเวลาก็จะยาวนานขึ้น

หมอหมุนเวียน

หมอพนาผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อเล่าให้ฟังว่า โรงพยาบาลเขาค้อเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง รับผิดชอบประชากรในอำเภอเขาค้อ ประมาณ 31,000 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวเขาเผ่าต่างๆ นอกจากนี้ยังมีสถานีนอนมัยอีก 10 แห่งกระจายตาม

ตำบลต่างๆ เพื่อทำหน้าที่รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเบื้องต้น อำเภอเขาค้อเป็นอำเภอลำดับที่ 10 ถ้าเปรียบเทียบกับแง่ของการพัฒนา จากทั้งหมด 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์เป็นไปด้วยความยากลำบาก เนื่องจากเป็นไปตามหลักทาง เศรษฐศาสตร์หากที่ได้มีความเจริญมาก ย่อมมีผู้คนมากสิ่งอำนวยความสะดวก สาธารณูปโภค ย่อมมากตามจำนวนประชากร

ปัจจุบันโรงพยาบาลเขาค้อมีแพทย์ประจำการเพียงสามคน โดยที่ความจำเป็นต้องมี แพทย์มากกว่านี้แต่เนื่องด้วยความไม่เจริญและไม่เป็นที่ต้องการจึงทำให้มีเท่านี้ ประกอบกับ โรงพยาบาลเขาค้อได้แยกแผนกผู้ป่วยนอกออกไปตั้งในชุมชนทางคมนาคมเส้นหลักของ เส้นทางภาคเหนือสู่ภาคอีสาน ทำให้ต้องกระจายแพทย์ไปประจำอีกหนึ่งคน ทำให้เหลือแพทย์ จำนวนสองคนในบางครั้งไม่สามารถตรวจคนไข้ได้ทันตามความต้องการ เพราะต้องเข้ารับการ ประชุมของผู้บริหารบ้างประชุมวิชาการบ้าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์จึงจัดสรร แพทย์ที่จบใหม่มาหมุนเวียนช่วยงานครั้งละ 3 เดือน บางครั้งไม่มีแพทย์หมุนเวียนจึงต้องอาศัย แพทย์และพยาบาลที่มีอยู่ดำเนินการรักษา

ส่วนมากแพทย์ที่หมุนเวียนมาช่วยราชการเป็นคนต่างจังหวัด ซึ่งเป็นไปได้ยากที่แพทย์ เหล่านี้จะมีเวลาลงชุมชนเพื่อเข้าใจถึงวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณีท้องถิ่น ที่สำคัญที่สุด ภาษาและการสื่อสาร ผู้ป่วยส่วนมากนอกจากเป็นชาวไทยภูเขาแล้วยังมีหลากหลายกลุ่มชนและ ถิ่นฐานวัฒนธรรมภาษา อำเภอเขาค้อเป็นที่รวมของอารยธรรมทั้งภาคเหนือ ภาคกลาง ภาค อีสาน นอกจากนี้ภาษาท้องถิ่นยังมีความหลากหลาย จึงทำให้แพทย์ที่มาหมุนเวียนพยายาม ปรับตัวให้เข้ากับชุมชน เมื่อเริ่มปรับตัวและเข้าใจในวิถีชุมชนบ้างระยะเวลาที่มาช่วยราชการก็ หหมดลงไป ต้องเปลี่ยนให้แพทย์หมุนเวียนคนใหม่เข้ามาทำหน้าที่แทน ซึ่งการส่งงานต่างๆ เป็น เรื่องไม่ยากสำหรับแพทย์มาใหม่แต่การเข้าใจในชุมชนเขาค้อต้องเริ่มใหม่ทั้งหมด

การหมุนเวียนแพทย์เช่นนี้ยังคงมีให้เห็นได้ที่อำเภอเขาค้อทุกปี และไม่มีที่ท้าวจะหยุด นิ่งเพื่อให้ระบบการแพทย์ได้พัฒนาทำความเข้าใจในชุมชน นอกจากการหมุนเวียนแล้วการที่มี แพทย์มาบรรจุใหม่ในโรงพยาบาลเขาค้อ เป็นไปด้วยความยากลำบากเพราะเมื่อแพทย์ใช้ทุน ครบตามที่กระทรวงกำหนด ก็จะเริ่มหาทางลาศึกษาต่อซึ่งส่วนมากก็สามารถศึกษาต่อได้และจบ กลับมาต้องไปใช้ทุน ณ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ การขาดแคลนแพทย์จึงเป็นวงจรเช่นนี้เรื่อยไป

อุจจาระร่วงกับชาว

ยามบ่ายอาทิตย์อัสดง อากาศเริ่มเย็นเพราะเริ่มใกล้เข้าสู่ฤดูหนาว หลายคนใน โรงพยาบาลเขาค้อเริ่มเตรียมตัวเก็บข้าวของให้เข้าที่เพื่อให้พร้อมการเริ่มงานใหม่ในวันรุ่งขึ้น บ้างก็ลงรายงาน บ้างก็เก็บของใช้ส่วนตัว ตัวผมเองกำลังเก็บเอกสารใกล้ๆ กับพยาบาลเวรเข้า ห้องฉุกเฉินกำลังส่งรายงานให้กับเวรบ่ายที่มารับงานต่อ ซึ่งตอนเที่ยงมีงานหนักเพราะมี อุบัติเหตุมาหลายคน แต่ทุกคนก็ปลอดภัยดีไม่อันตรายถึงชีวิต เนื่องจากทีมการแพทย์ฉุกเฉินที่มี คุณภาพ พร้อมการรับการปฐมพยาบาลและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสบเหตุทุกชนิด ระหว่าง

ที่พยาบาลกำลังรับส่งเวรกันอยู่ เสียงรถจักรยานยนต์ได้ตรงเข้ามาจอดด้านข้างของห้องฉุกเฉิน ฟังเสียงแล้วน่าจะมาเยี่ยมคนไข้มากกว่า เพราะโดยส่วนมากที่มาห้องฉุกเฉินในยามนี้จะมาด้วยอุบัติเหตุจากท้องถนนเป็นส่วนใหญ่รองลงมาเป็นโรคที่เจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งการเข้ามาจะส่งเสียงดังพร้อมด้วยเสียงพาหนะนำส่งที่มาด้วยความรวดเร็วตามมาด้วยเสียงสัญญาณฉุกเฉินและเสียงแตร ที่ส่งเสียงถี่ระยิบเพื่อขอทางให้รถคันดังกล่าวผ่านไปด้วยความรวดเร็ว

ผิดความคาดหมาย ชายวัยกลางคนเดินมาพร้อมกับเด็กสาววัยรุ่น มาติดต่อบริเวณโต๊ะทำบัตรผู้ป่วย ไม่ใช่ใครที่ไหนเป็นพี่ศักดิ์พร้อมกับน้องปอนด์ ลูกสาวคนเดียวของพี่ศักดิ์ซึ่งอ้วนน้องเฟริส หลานสาวที่อยู่ข้างบ้านซึ่งเป็นร้านขายดอกไม้เช่นเดียวกับพี่ศักดิ์ น้องเฟริส เด็กสาวแก้มแดงใสราวกับผลมะเขือเทศสุกที่เปื้อนด้วยน้ำมูกเป็นทางยาว ตามประสาเด็กที่ถูกเลี้ยงดูตามธรรมชาติตามพื้นดินในชนบททั่วๆ ไป เบ้าตาเงืงนองไปด้วยน้ำตา หน้าตามอมแมม มีผ้าพันที่ฝ่าเท้าไม่มีรอยคราบเลือดเปื้อนที่ฝ่าที่พันไว้ ดูแล้วไม่น่าจะเป็นสาเหตุให้ร้องไห้ แต่ระหว่างที่น้องปอนด์เดินเข้ามาได้ปลอบเฟริสไม่ไห้กลัวการมาโรงพยาบาลหมอนัดยาให้ไม่เจ็บหรือถ้าไม่ฉีดยาเดียวไม่ได้เห็นหน้าพ่อแม่เนะ ซึ่งเฟริสคงจะกลัวการฉีดยาเหมือนกับอีกหลายคนที่ไม่ชอบมาโรงพยาบาล เพราะกลัวการฉีดยา

พี่ศักดิ์ชายวัยกลางคนประมาณ 40 ปี รูปร่างสูงโปร่งผิวสองสี เสียงดังอุปนิสัยใจคอเป็นคนตรงไปตรงมา ปากตรงกับใจ พี่ศักดิ์ประกอบอาชีพส่วนตัวค้าขายไม้ดอกไม้ประดับอยู่บริเวณริมทางหลวง ซึ่งจัดบริเวณหน้าบ้านที่ว่างเปล่าให้เป็นที่ขายไม้ดอกไม้ประดับ ส่วนบ้านพักไม่ได้สวยงามใหญ่โตแค่พออาศัยอยู่ได้สำหรับพ่อแม่ลูก อาศัยเพียงไม้ไผ่สับฟากทำเป็นพื้นบ้านและฝา ส่วนเสาบ้านอาศัยไม้ไผ่ตงหลังบ้านมาเป็นเสา หลังคามุงด้วยหญ้าคาแบ่งห้องออกเป็นสองห้อง อีกห้องให้เป็นของลูกสาวน้องปอนด์วัย 16 ปี กำลังเรียนระดับมัธยมปลาย ลักษณะท่าทางเป็นชาวไร่ชาวนา ถ้าไม่บอกก็จะไม่มีใครรู้เลยว่าพี่ศักดิ์พื้นเพเป็นชาวกรุงเทพมหานครโดยกำเนิด ฐานะทางบ้านค่อนข้างดี พี่ศักดิ์จบการศึกษาปริญญาตรีรัฐศาสตรบัณฑิตจากมหาวิทยาลัยรามคำแหง จากนั้นเข้ารับราชการในกรมศิลปากร โดยได้รับหน้าที่ดูแลภาคอีสานระหว่างทำงานมีความสนใจด้านภาษาตะวันออก จึงได้ลาศึกษาต่อปริญญาโทโบราณคดี เอกจารึกและภาษาตะวันออก ด้วยความสนใจด้านภาษาที่จรรยไ้วันไปนาน และวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสาน ภูมิปัญญาการดูแลตนเองด้วยการแพทย์พื้นบ้าน โดยระหว่างนั้นได้ศึกษาดาราศาสตร์และภาษาเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับสมุนไพรและการรักษาโรค ซึ่งได้รับคำแนะนำจากพ่อหมอทองอ่อน สิทธิไกรพงษ์ ชาวอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นหมอและปราชญ์ท้องถิ่นถ่ายทอดความรู้แขนงต่างๆ

จากการที่รับราชการจึงได้มีโอกาสเดินทางไปในห้องถิ่นต่างๆ ได้พบแขนงความรู้มากมายบางครั้งได้รับการสอนจากเจ้าของวิชา บ้างก็อาศัยครูพักลักจำแล้วนำมาเปรียบเทียบกับความรู้ที่ได้เรียนรู้มา เพื่อนำมาใช้กับตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ยังถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับมาให้กับผู้สนใจที่มาพูดคุย ซึ่งหลายครั้งเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยยามค่ำคืน ที่การคมนาคมไม่สะดวก เนื่องจากไม่มีรถประจำทางให้บริการและไม่มีรถส่วนตัว จะมีชาวบ้านที่มา

เรียกพี่ศักดิ์เพื่อขอความช่วยเหลือ ให้หาทางช่วยบรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่เป็นอยู่ พี่ศักดิ์ก็รู้ทุกอย่างหาสมุนไพรรวมถึงสมุนไพรต่าง ๆ มาใช้ในการรักษา

พี่ศักดิ์มาพร้อมกับน้องปอนด์และหลานสาววัยสามขวบกว่า ๆ ที่กำลังชน เนื้อตัวมอมแมมจากการกินขนมที่ถือมาแต่ไม่ถึงกับสกปรก หน้าตาเหงา ซึมเล็กน้อยแต่ยังคงพูดเล่นกับน้องปอนด์ แต่กับคนอื่นไม่ยอมพูดด้วยคงเอาแต่กอดคอง้องปอนด์ไว้อย่างเหนียวแน่น ไม่แสดงอาการหวาดกลัวคนหรือร้องไห้เมื่อเจอคนแปลกหน้า น้องปอนด์อุ้มน้องสาวพร้อมกับเดินไปยังห้องฉุกเฉิน ซึ่งเป็นอันรู้กันในอำเภอเขาคว่าหากมาหลังเวลา 16.00 น. ต้องมาตรวจหรือรับการรักษาที่ห้องนี้เนื่องจากหมดเวลาทำการรักษาพยาบาลในส่วนของปกติ

“มาทำอะไรซะเย็นเลยละ น่าจะไวกว่านี้นะ” เสียงพยาบาลกล่าวทักทาย

“เมื่อบ่ายน้องเพริสมันเหยียบตะปุ่นะ แต่ไม่มีคนอยู่บ้านพ่อแม่เขาฝากไว้พอลุกกลับจากทำงานในไร่ เห็นหลานเดินแปลกๆ ถามเจ้าตัวดูก็รู้ว่าเหยียบตะปูกี่เลยพามาทำแผลนี่ละ เสร็จแล้วก็จะขอฉีดยากันบาดทะยักด้วยนะหมอ” พี่ศักดิ์รายงานให้พยาบาลที่ทักทายฟัง

“แล้วคนอื่นไม่มีใครว่างพามาได้หรือ มันเย็นแล้วนะ” เสียงของพยาบาลคนเดิมที่พยายามค้นหาให้ได้ว่าทำไมไม่มารักษาหลังจากเกิดอุบัติเหตุใหม่ๆ

“นั่งรอแป๊บหนึ่งนะลุง หมอกำลังส่งเวรกันอยู่ ลุงไปทำบัตรก่อนนะกับหมอผู้ชายคนนี้นะ”

พี่ศักดิ์เดินเข้ามาเพื่อทำบัตรกับผม ผมได้ทำทะเบียนประวัติให้ พร้อมกับซักอาการเจ็บป่วยที่ต้องมารับการรักษา พี่ศักดิ์ได้แจ้งชื่อหลานและสาเหตุที่มา ตามขั้นตอนการรักษา จากนั้นผมจึงให้พี่ศักดิ์มานั่งรอที่พักคนไข้รอตรวจ ในบริเวณห้องฉุกเฉินและทักทายกับน้องเพริส เพริสยังไม่ยอมพูดด้วย น้องปอนด์จึงบอกกับน้องว่าไม่ต้องกลัวหรอก หมอเขามาคุยด้วย¹

น้องเพริสจึงพูดคุยกับผมได้บ้างโดยที่ไม่แสดงอาการกลัวและอายที่จะพูดคุยด้วยเหมือนครั้งแรกที่พบ ระหว่างนั้นน้องเพริสหันไปบอกกับน้องปอนด์ว่าอยากเข้าห้องน้ำ ซึ่งผมได้ยินด้วยจึงบอกให้ไปใช้ห้องน้ำผู้ป่วยด้านในห้องฉุกเฉิน

“พ่อว่าน้องเพริสมันเป็นชางนะหมอ อีกสักสองสามวันก็หายเอง” น้องปอนด์รีบบอกผมทันที

ด้วยความสงสัยว่าชางจะเป็นอย่างไร ทำไมจะต้องเกี่ยวกับการเข้าห้องน้ำด้วย ระหว่างนั้นหมอเอ็กซ์หมอเวรประจำวันเดินเข้าห้องฉุกเฉินเพื่อที่จะดูว่าเกิดอะไรขึ้น หลังจากที่ได้ดูว่าไม่สำคัญมาก หมอเอ็กซ์ก็นั่งอ่านหนังสือพิมพ์อยู่บริเวณที่พักราชการ พร้อมกับพยาบาลเวรบ่ายส่งเวรเสร็จ แล้วเรียกให้พี่ศักดิ์พาน้องเพริสไปนอนที่เตียงเพื่อที่จะทำแผล

หลังจากที่ทำแผลไปได้สักครู่ น้องเพริสได้เรียกน้องปอนด์เข้าไปหาเพื่อกระซิบกระซาบ

¹ ผู้ป่วยส่วนมาก มักไม่สามารถจำแนกตำแหน่งหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ได้ จึงเหมารวมเรียกบุคคลที่ให้การรักษาประเภทต่าง ๆ ว่าหมอ

“คุณพยาบาลคะขอเข้าห้องน้ำหน่อยนะคะ” น้องปอนด์ขออนุญาตให้เฟริสเข้าห้องน้ำกับพยาบาลที่นั่นทำทะเบียนประวัติ

“ปวดมากมัยละ ถ้ามากไปเข้าก่อนก็ได้นะเพราะหมอเตรียมยายังไม่เสร็จ” เสียงพยาบาลที่เตรียมวัคซีนป้องกันบาดทะยักบอกให้ไดยิน ไม่ทันขาดคำน้องเฟริสวิ่งเข้าห้องน้ำโดยไม่รู้สึกเจ็บที่แผลสักครู่แล้วก็ออกมา

“เมื่อสักครู่ก็เข้าห้องน้ำไม่ใช่หรอ หลานท้องเสียหรือเปล่า” เสียงหมอเอ็กซ์ซึ่งนั่งอยู่ข้างถามออกมาด้วยความเป็นห่วง

“ครับหมอ มันก็เป็นมาสองวันแล้ว พรุ่งนี้คงจะหายแล้วละ.....มันก็ถ่ายหลายครั้งแล้วละ แต่ก็ไม่ได้กินอะไรผิดสำแดงนะ ก็กินตามปกติ คนในบ้านไม่เห็นมีใครเป็นอะไรเลย” พี่ศักดิ์รีบบตอบ

“น้องตรวจละเอียดหน่อยนะ ทำแลกตัมสวอป²ด้วยนะ กลัวเด็กเป็นอันตราย” เสียงหมอเอ็กซ์สั่งพยาบาลเวรให้ทำการรักษาเพิ่มเติมจากการที่มาแค่ทำแผล

“ทำไม่ลงไม่บอกเลยว่าเด็กท้องเสียด้วยละ แล้วเสียมาก็ครั้งแล้ว มาตรงนี้ดีกว่า จะได้ซักประวัติให้ละเอียด” เสียงพยาบาลหัวหน้าเวรห้องฉุกเฉินเรียกพี่ศักดิ์ให้เข้าไปแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับอาการท้องร่วงเพิ่มเติม

“มันไม่ใช่โรหอกหมอมันเป็นซางก็เท่านั้นเอง ถ้าอหิวาห์นะหนักกว่านี้ อีกสองสามวันก็หาย...” พี่ศักดิ์พูดพลางเดินไปหาหัวหน้าพยาบาลคนดังกล่าว

“ซาง เชิง อารายหมอไม่รู้จักหรอกนะ แต่อาการอย่างนี้เรียกว่าท้องเสีย แล้วเด็กท้องเสียมากี่วัน ละ แล้วมีอาการอย่างอื่นอีกหรือเปล่า บอกมาให้ครบนะ” เป็นคำถามที่ต้องการคำตอบของหัวหน้าเวรที่ต้องการรู้อย่างละเอียด แทบจะไม่เปิดโอกาสให้พี่ศักดิ์ได้อธิบาย

“มันเป็นมาเมื่อวานนี้ละ น้องเฟริสมันก็ถ่ายท้องธรรมดา แต่มันบ่อยเท่านั้นเอง ประมาณ 5 -6 ครั้ง ส่วนมากเป็นน้ำนิดหน่อย เอาเกลือแร่ให้มันกินแล้วก็ยาแก้ซางสำหรับเด็ก ก็ไม่ใช่โรหอก สักสองสามวันก็หาย.....” แล้วพี่ศักดิ์ก็เริ่มบรรยายเกี่ยวกับอาการอย่างชำนาญ ไม่ทันที่จะได้อธิบายต่อ

“อย่างนี้จะเรียกว่าท้องเสีย ดินะที่กินเกลือแร่ เคยรู้หรือเปล่าว่าถ้าท้องเสียเป็นน้ำเกิน 2 ครั้งหรือถ่ายเป็นมูก เลือด ให้รีบมาโรงพยาบาล ถ้ามาช้ากว่านี้อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้นะ” เสียงโตขึ้นมาจากหัวหน้าเวร ระหว่างนั้นหมอเอ็กซ์เข้าไปตรวจดูอาการของน้องเฟริส แล้วก็สั่งให้นอนดูอาการสักสองสามชั่วโมงหากไม่เป็นไรประมาณ ก็ให้กลับบ้านได้

“หมอไม่นอนได้หรือเปล่า ไม่มีใครอยู่บ้านแล้วอีกอย่างผมไม่เห็นว่าจะต้องนอนเลย ผมว่ามันเป็นซางตามวัยมันนะหมอ ไม่ได้ท้องเสียเป็นอันตรายอย่างที่หมอเข้าใจหรอกเมื่อก่อนตอนอยู่ในป่าถ้าป่วยแค่นี้แล้วต้องนอนพักนะ ไม่รอดหรอก กินยาแก้ซางซักรสามวันก็หายแล้ว ตอนนีผมก็ให้กินอยู่...” พี่ศักดิ์ได้พยายามอธิบาย

² การตรวจหาเชื้อจุลินทรีย์ทางทวารหนัก

“ลุงเชื่อหมอเขาเถอะ นอนดูอาการสักสองสามชั่วโมงแล้วค่อยว่ากันอีกที หากไม่เป็นอะไรแล้วค่อยกลับบ้าน แต่ดูแล้วน่าจะนอนโรงพยาบาลสักคืนนะ ถ้าเป็นอะไรขึ้นมามีการรักษาไม่ทันนะ” เสียงสัมผัสจากพยาบาลที่เตรียมจะฉีดยาป้องกันโรคบาดทะยักตั้งขึ้นพร้อมกับการลงมือฉีดยา

ด้วยความรู้สึกที่ขัดแย้งภายในใจของพี่ศักดิ์เองที่ไม่สามารถจะอธิบายถึงความเจ็บปวดดังกล่าวว่าไม่ได้เป็นดังเช่นหมอและพยาบาลเข้าใจ เป็นเพียงอาการที่แสดงออกมาตามที่ได้ศึกษาเรียนรู้และจากประสบการณ์ที่ได้ประสบมา ถึงอาการที่จะต้องเกิดขึ้นกับร่างกายของเด็กในช่วงอายุหนึ่งๆ หากพูดไปก็จะเป็นคนที่ไม่เข้าใจอะไรและไม่ยอมรับการรักษาของหมอซึ่งมีความรู้ทางการแพทย์ดีกว่าพี่ศักดิ์ และอีกอย่างพี่ศักดิ์ไม่สามารถมีกำลังเพียงพอที่จะต้านทานความคิดเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงต้องจำใจให้น้องเฟริสหลานสุดที่รักของแถมอนสังเกตอาการอยู่ในห้องสังเกตการณ์ใกล้ห้องฉุกเฉิน

“ลุงจะไปรู้อะไร โรคสมัยโบราณรักษาด้วยสมุนไพรแล้วป่วยมาหาเราตั้งเยอะ...ไม่รู้แล้วยังจะมาเถียง” เสียงพยาบาลบ่นกันซึ่งอยู่ไกลออกมาจากห้องสังเกตการณ์

เมื่อเห็นท่าว่าจะไม่ได้กลับบ้านไวตามที่คิด พี่ศักดิ์จึงโทรศัพท์ไปแจ้งให้ทางบ้านทราบว่าหมอให้นอนโรงพยาบาลก่อนถ้าอาการดีแล้วค่อยกลับบ้าน ซึ่งระหว่างนั้นพนักงานเปลได้ย้ายน้องเฟริสไปนอนรอที่ห้องสังเกตการณ์ ผมจึงตามเข้าไปด้วยเพราะอยากทราบว่าทำไมพี่ศักดิ์ว่าหลานไม่เป็นอะไรมาก และโรคชางเป็นอย่างไร ซึ่งระหว่างนั้นผมได้ชวนน้องเฟริสคุยและเล่นเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย เพื่อที่น้องเฟริสจะได้ไม่ตื่นกลัวและกลัวพูดคุย ซึ่งเป็นไปตามที่ผมคิด จากการสังเกตและพูดคุยกับน้องเฟริส ทำให้ได้รู้ว่า น้องเฟริส สามารถเล่น พูดคุยได้ปกติแต่อยากเข้าห้องน้ำเท่านั้นเอง นอกจากนี้ยังสังเกตเห็น ตุ่มแดงๆ ขึ้นตามตัวคล้ายกับอาการออกหัด ไม่มีอาการคันตามตุ่มที่เกิดขึ้น อาการเพื่อยไม่มาก ปากแห้งกระหายน้ำซึ่งสามารถเติมน้ำได้ปกติแถมยังจะมากซัดด้วยซ้ำ

จากการพูดคุยถึงอาการของน้องเฟริสและสังเกตจากการเข้าไปทำความสะอาดให้น้องเฟริสของน้องปอนด์พบว่า แพบไม่มีอุจจาระออกมา บางครั้งมีเพียงเล็กน้อยจนแทบสังเกตไม่ได้ หลังจากที่ถ่ายเสร็จน้องเฟริสไม่มีอาการเหนื่อยหรือแสดงอาการว่าร่างกายขาดน้ำแต่อย่างใด ยังคงวิ่งเล่นภายในห้องได้ปกติ ซึ่งพี่ศักดิ์ยังอดที่จะโต้แย้งไม่ได้ “หมอถ้าเป็นในหมู่บ้านผมนะ แคบอกว่าเป็นชางตามวัย เท่านั้นละ เขาก็เข้าใจกันทั้งหมู่บ้าน แต่ทำไมที่โรงพยาบาลไม่มีคนรู้จักเลยละหมอ.....ผมก็ยังไม่รู้เหมือนกันว่าโรคที่เคยเป็นในวัยเด็กและปู่ตายอายุรู้จักโรคและวิธีการรักษามา ได้ถ่ายทอดสู่รุ่นหลานแต่ในโรงพยาบาลกลับไม่มีความรู้ที่อยู่เลย.....หากเป็นสมัยสงครามนะตายอย่างเดียวถ้ารักษาแบบนี้..ต้องปล่อยให้มันมีภูมิขึ้นบ้างซิ..”

แม้ในการแพทย์ชีวภาพได้พยายามอธิบายโรคด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ ที่พิสูจน์ได้แต่ในบางเรื่องที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ก็ยังได้รับการยอมรับว่าเป็นจริง โดยที่ไม่สามารถแสดงออกมาให้เห็นได้ ในชีวิตประจำวันมากมายความรู้ทางการแพทย์ตะวันตกและตะวันออกยังคงผสมผสานกันอยู่อย่างแยกไม่ออก โรคชางที่พี่ศักดิ์เชื่อและอีกหลายๆ คนเชื่อว่ามีอยู่จริงเป็น

ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาตั้งแต่โบราณผสมผสานกับประสบการณ์ที่เจอ เมื่อได้ทำตามความเชื่อที่ถูกถ่ายทอดมาแล้วสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ เหตุการณ์ดังกล่าวจึงเป็นการสนับสนุนความเชื่ออันนั้นได้อย่างดียิ่ง

หมอในโรงพยาบาล บริบทที่เปลี่ยนไป

ในบทความต่อไปนี้ผู้วิจัยต้องการแสดงให้เห็นว่ามุมมองของหมอที่มองโรค แตกต่างไปจากชาวบ้านที่มารับการรักษาในช่วงเวลาที่สะดวกที่สุด ซึ่งทั้งสองฝ่ายต่างมองว่าน่าจะมาในช่วงที่ตนเองพร้อมและไม่เดือดร้อน จากภาระกิจการทำงาน รายได้ที่ได้รับ วิถีชีวิตที่ทั้งสองฝ่ายเดินทางสวนกันอย่างไม่สามารถที่จะสับหลักให้มาพบกันโดยที่แต่ละฝ่ายไม่เสียอะไรเลย

แพทย์ก็เป็นคนธรรมดาคนหนึ่ง

แสงอาทิตย์อัสดงลับเหลี่ยมเขา ท้องฟ้าเริ่มมืดแสงไฟตามเสาเริ่มติดหลังจากสายฝนเม็ดสุดท้ายหล่นจากหลังคาหน้าบ้านพักเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบ้านของผู้วิจัยเอง ฝนนอกฤดูหลงเข้ามาแต่เช้าที่ออกมาเมื่อเช้ามืดอุตุฯแจ้งว่ามีการทำฝนเทียมที่จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งห่างจากเขาค้อทางภาคพื้นดินประมาณ 120 กิโลเมตร แต่ทางอากาศเท่าไรไม่รู้แต่ได้ยินจากพี่ที่เป็นนักบินว่าใช้เวลาจากพิษณุโลกมาเขาค้อประมาณ 15 นาที คิดว่าคงไม่ไกลกันเท่าไร

พอฝนหยุดตกหลายคนเริ่มออกเดินทางกลับบ้าน เพื่อนที่ทำงานหลายคนมีรถยนต์ส่วนตัวมาก็กลับไปก่อน บางคนใช้รถจักรยานยนต์ก็ต้องรอฝนหยุดตก ส่วนมากมักจะรวมกลุ่มกันไม่ใช่ที่อื่นไกลก็หน้าบ้านของผู้วิจัยเองนั่นละ เนื่องจากอยู่บริเวณสามแยกที่เข้ามาจากปากทางเข้าโรงพยาบาล ตรงไปเป็นบ้านพักพยาบาลซึ่งวันนี้แทบไม่มีคนอยู่ เนื่องจากเป็นวันศุกร์ที่ทุกคนต้องกลับบ้านกัน ถ้าเลี้ยวไปทางขวามือก็จะเข้าอาคารโรงพยาบาล วันนี้จะเจียบเหงาคนไข้ที่นอนพักในโรงพยาบาลกลับบ้านกันหมด คงเหลือแต่เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาลที่อยู่เวรรวมถึงตัวผู้วิจัยเองเพราะต้องรอรับแขกจากกระทรวงที่มาพักผ่อนในวันพรุ่งนี้

“..พี่วันนี้ผมว่าง พี่ไปไหนหรือเปล่า ผมอยากคลายเครียด.....” เสียงหมอชันร้องทักผมขณะที่ผมกับน้องๆ คนงานนั่งดูการแข่งขันฟุตบอลทางโทรทัศน์ ใบหน้าทุกคนเริ่มยิ้มอย่างปิติยินดีราวกับว่ามีพระมาโปรด เป็นเช่นนั้นจริงๆ หมอชันยื่นเงินให้น้องคนงานธนบัตรหนึ่งใบเพื่อไปหาอาหารเย็นมาทานกัน ในกลุ่มคนที่ยังต้องเฝ้าโรงพยาบาลอยู่ หมอชันเป็นแพทย์จบใหม่ที่มาเวียนใช้ทุนที่โรงพยาบาลเขาค้อ ซึ่งหมอฟังจะมาเวียนได้ประมาณสองอาทิตย์ ก็จะเริ่มรู้จักกลุ่มเจ้าหน้าที่ไม่มากเท่าไรแต่ด้วยที่บ้านผู้วิจัยเป็นศูนย์รวมของกลุ่มเจ้าหน้าที่ คนงานที่มานั่งคุย กินข้าวกันเป็นประจำ จึงทำให้หมอเป็นสมาชิกอีกคนที่มาประจำที่ศูนย์รวมแห่งนี้

“...พี่ผมว่าอีกซักสองสามเดือนจะลาออกแล้วนะ....” ทุกคนที่นั่งอยู่เริ่มละความสนใจจากการดูทีวีหันมามองหน้าหมอ และเริ่มสอบถามถึงสาเหตุที่หมอจะลาออกถ้าหากหมอลาออกจริงๆ จะกลายเป็นเรื่องใหญ่ของโรงพยาบาลอีกครั้ง เนื่องจากที่โรงพยาบาลมีแพทย์จำนวน 3 คนเท่านั้น ซึ่งผู้อำนวยการมักจะต้องเดินทางเข้าร่วมประชุมต่างๆ ตามตำแหน่งผู้บริหาร

โรงพยาบาล ซึ่งไม่ค่อยมีเวลามาตรวจคนไข้สักเท่าไร หากวันไหนที่ว่างไม่มีประชุม ผู้อำนวยการจะลงมาช่วยตรวจ วันนั้นหมอจะอารมณ์ดีเป็นพิเศษ ซึ่งวันนี้คงไม่ใช่ ส่วนหม่อีกคนจะต้องไปอยู่ประจำอีกแห่งหนึ่งเนื่องด้วยเปิดสาขาที่สอง ซึ่งห่างตัวอำเภอเขาต้องออกไปอีกยี่สิบกว่ากิโลเมตร

จากการสอบถามทำให้รู้ว่าวันนี้หมอถูกผู้ป่วยต่อว่ามา ว่ามารักษาช้าต้องให้รอนาน อีกทั้งยังต้องการที่จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งใหม่

“.....ฟิดิตดูสิเมื่อคืนผมต้องมาดูห้องที่คลอดไม่ได้ กะว่าจะส่งไปเพชร (โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่อยู่ห่างไปประมาณ 50 กิโลเมตร)แต่ดูแล้วกลัวหมอที่เพชรจะว่าเอาว่าแค่นี้ต้องส่งลงมาด้วย.....กว่าจะเสร็จก็ตีสองกว่า เข้ามาผมต้องร้าวออร์ดตั้งยี่สิบกว่าคน...แค่เห็นผมลงไปหาอะไรในห้องแป๊บเดียวเอง...”

ผู้วิจัยนั่งฟังหมอชั้นเล่าความในใจออกมาจนหมด โดยไม่ได้ขัดคอแต่อย่างใด คงทำได้โดยการรับฟังและทวนคำบอกเล่า กระตุ้นให้การเล่าเรื่องเป็นไปอย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งทุกคนในที่นั้นในความสนใจที่จะฟัง จึงได้ความว่าญาติผู้ป่วยเบาหวานที่พาญาติมาตรวจตามปกติต้องการให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นเนื่องจากน้ำตาลไม่ลง ประกอบกับต้องการให้ญาติไปอยู่ด้วยที่ต่างจังหวัด ซึ่งตัวผู้ป่วยเองก็รู้ว่าประมาณ 10.00 น.แพทย์จึงจะมาตรวจให้เนื่องจากต้องรอผลการตรวจระดับน้ำตาลจากห้องชันสูตรโรค ที่ต้องตรวจตัวอย่างกว่า 60 ตัวอย่าง เป็นเวลาโดยปกติที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกคนเข้าในและปฏิบัติกันมาตลอด ระหว่างที่รอผลน้ำตาลหมอได้ไปตรวจคนไข้ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณยี่สิบกว่าคน หลังจากตรวจผู้ป่วยในเสร็จเห็นว่าผลน้ำตาลยังไม่เสร็จจึงไปซื้อขนมมารับประทาน และได้เจอญาติผู้ป่วยบริเวณโรงอาหารในโรงอาหารเต็มไปด้วยผู้ป่วยเบาหวานที่นำข้าว อาหารมาทานกันเอง

“..ยายพริกยังชวนหมอกินข้าวด้วยเลยแต่หมอว่าแกจะไปตรวจ ..”เสียงสมทบของช่างไฟฟ้า ที่ช่วงเวลานั้นกำลังทำการเปลี่ยนหลอดไฟฟ้าบริเวณโรงอาหาร โอช่างไฟฟ้ายืนยันว่ามีผู้ป่วยเบาหวานชวนหมอกินข้าวด้วยระหว่างที่รอผลน้ำตาล ซึ่งโอเห็นหมอมานซื้อขนมและนมอีกกล่องขึ้นไปยังตึก

“..ถ้าจะเอาจริงๆ ผมทำงานแปดโมงถึงสี่โมงเย็นนะพี่ แต่ผมก็มาตรวจก่อนเวลาให้ทำไมเขาไม่ดูเวลาบ้างเลย...ยิ่งตอนเช้ามีตึกมีพยาบาลมาเรียกให้ลงไปดูคนไข้ ผมก็ลงไปดูให้นะไม่เห็นเป็นไรมากเลย เอาเข้าไปกินเท่านั้นเอง....ผมไม่ไปดูก็ได้นะให้พยาบาลเวรบอกให้คนไข้รอแปดโมงก็ยังได้....

จากที่ได้ฟังมาทำให้ผู้วิจัยถึงบางอ้อ ข้าราชการทำงานวันละแปดชั่วโมง เริ่มแปดโมงเช้าหมดเวลากี่โมงเย็น นอกนั้นก็จะมีอีกกลุ่มหนึ่งขึ้นเวรแทน จะเป็นพยาบาลที่ได้เปลี่ยนเวร

ขึ้นทำงานหากใครทำงานเวรเช้า (08.00-16.00 น.) ก็สามารถเลิกงานได้ในบางรายที่ทำงานต่อเวรบ่าย (16.00-24.00 น.) ก็สามารถอยู่ต่อได้ ซึ่งคนที่มาขึ้นเวรทำหน้าที่ต่อจะต้องทำงานเหมือนกับเวรเช้าเหมือนกันต่างกันที่เวลาเท่านั้นเอง อีกหลายสาขามีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต้องรับงานตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมง อย่างเช่นแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรโรค เจ้าหน้าที่รังสี หากมีผู้ป่วยที่แพทย์ลงความเห็นต้องการตรวจเพิ่มเติมก็จะขึ้นมาปฏิบัติหน้าที่บนโรงพยาบาล ในทางกลับกันหากไม่มีผู้ป่วยก็พักผ่อนอยู่ในบ้านพักหรือบริเวณใกล้เคียงที่สามารถติดต่อและเดินทางมาปฏิบัติงานได้

ในกรณีหมอคนที่ต้องอยู่คนเดียว เข้าให้บริการตรวจรักษา หลังสี่โมงเย็นหากมีผู้ป่วยที่เกินความสามารถของพยาบาลเวรที่จะรักษาได้ ก็จะรายงานให้แพทย์เวรทราบเพื่อที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาถูกต้อง หายจากการเจ็บป่วย

“..พีคิตดูสิผมมาทำงานเสียสละขนาดไหน เพื่อนคนอื่นเขาทำงานเท่าๆ กับผม แต่เงินได้มากกว่า ผมก็ไม่ว่าอะไรหรอกนะผมเลือกที่จะมาอยู่เองเพราะอากาศดี อีกอย่างวัฒนธรรมคล้ายคนที่บ้านผม..ผมก็คนธรรมดาคนหนึ่งนะ มือ เท้าเท่ากัน ต่างตรงที่ผมเป็นหมอ เขาเป็นคนไข้ ก็เท่านั้นเอง...หมอก็ไม่ใช่เทวดาที่จะสามารถทำได้ทุกสิ่งตามที่แต่ละคนต้องการ...”

“แล้วหมอจะทำอะไรต่อละ..” ผมถามด้วยอยากให้หมอได้พูดสิ่งที่เก็บไว้ออกมาให้หมด

“..ก็ทำงานต่อไปนั่นละ ได้คุยได้ระบายออกมีคนฟังแล้วไม่เกี่ยงระหว่างที่ผมพูด ก็พอแล้ว..”

“แล้วหมอเคยลองเป็นผู้ป่วยบ้างหรือเปล่า..” เสริฐถามหมอกลับ

หมอหนึ่งไปชั่วขณะ แสดงสีหน้าสงสัยว่าคำถามคืออะไร จนญาติผู้ช่วยพยาบาลพูดสวนขึ้นมา

“..ที่เสริฐถามนะ คงเห็นหมอถามอาการคนไข้คนเดียวเอง แล้วหมอก็สั่งยาทันที ไม่เห็นฟังผู้ป่วยบ้างเลย...”

“..พຼຽນີ້ຟີ ມຸ່ມຈະລອງເປັນໝອກຄົນໄຂ້ດູ ຈະໄດ້ຮູ້ວ່າເຂົາຈິດກັບມຸ່ມຍັງຈັ້ຍ.....” ວ່າແລ້ວໝອກໍຖະດຸກເຄື່ອງຕື່ມລຸ່ມຄວດ້ວຍໂບໜ້າທີ່ມີຄວາມສຸກຕ່າງກັບຕອນທີ່ມາຮາວກິນຂ້າວເມື່ອສອງຂັ້ງໂມງທີ່ແລ້

บทที่ 3

มุมมองเรื่องความเจ็บป่วย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแบบจำลองคำอธิบาย (Explanatory Model)

อาร์เธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) นักมานุษยวิทยาการแพทย์ มองว่า ระบบการแพทย์เป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสัญลักษณ์ ความหมายและตรรกะในตัวเอง (ประจำปี 2549) ในโลกของการแพทย์และสุขภาพของแต่ละแห่งที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีการการสร้างภาพที่สื่อความหมายให้ตรงกัน ซึ่งแต่ละวัฒนธรรมมีการตีความและแปลความหมายของสัญลักษณ์ (โรค) ตามวัฒนธรรมของตนเอง

นอกจากนี้ ไคลน์แมน (อ้างใน ประจำปี 2549) ได้เสนอแนวคิดเรื่อง “แบบจำลองคำอธิบาย” (Explanatory Model) หรือ EM ซึ่งเป็นแบบวิธีการมองหาคำอธิบายการที่ความเจ็บป่วยได้ตีความเชิงสัญลักษณ์ เป็นความคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเยียวยารักษา

ในการรักษาของหมอใช้ EM ที่แตกต่างกันระหว่างหมอกับคนไข้ โดยความเป็นจริง EM ของคนไข้ไม่สามารถอธิบายทางวิทยาศาสตร์ได้ ในส่วนของหมอสามารถอธิบายตามหลักวิทยาศาสตร์ที่ได้เล่าเรียนมาได้ การรักษาการเจ็บป่วยจะไม่มีผลที่ดีขึ้นได้เลย ยิ่งทำให้ความขัดแย้งเกิดขึ้นการได้รับความไว้วางใจลดลง ผลที่ตามมาคือการฟ้องร้องหมอเนื่องจากความเข้าใจที่แตกต่างกันของโรคระหว่างหมอและคนไข้

มุมมองทางมานุษยวิทยาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ

โรคภัยไข้เจ็บ อาการเจ็บป่วย มีการให้ความหมายไว้แตกต่างกันขึ้นกับวัฒนธรรม และโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน ท่ามกลางการรักษาความเจ็บป่วยในปัจจุบันยังคงให้การยอมรับการรักษาโรคและอาการต่างๆ ด้วยวิธีการแพทย์ชีวภาพ ซึ่งเป็นการสร้างขึ้นมาจากวัฒนธรรมที่มีแนวความคิดที่ดูว่ามีสิ่งใดผิดปกติไปจากสิ่งที่ควรเป็นอยู่ ที่จะทำให้กลไกของร่างกายบกพร่องจึงเป็นผลแสดงออกมาเป็นโรคและการเจ็บป่วย หากหาเจอว่าสิ่งใดที่ผิดปกติแล้วให้ดำเนินการซ่อมแซมมันเสีย หากไม่สามารถซ่อมแซมได้ให้จัดการเสีย ซึ่งสามารถตอบคำถามได้ทางหลักวิทยาศาสตร์

โรงเรียนแพทย์ได้ปลูกฝังความคิดดังกล่าวผ่านสู่หมอรุ่นน้องหลายยุคหลายสมัย ว่าโรคหรือการเจ็บป่วยต่างๆ ผู้ที่รู้และสามารถจะทำการรักษาได้มีแต่หมอเท่านั้น ซึ่งคนไข้ที่เจ็บป่วยมาไม่สามารถอธิบายได้ ในส่วนการรับรู้เรื่องการเจ็บป่วยของคนไข้ บางครั้งไม่สามารถบอกหรืออธิบายตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ได้ คงบอกได้ตามความเชื่อที่ถูกปลูกฝังมาแต่ครั้งบรรพบุรุษว่าการเจ็บป่วยที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเรียกว่าเช่นนี้ มีวิธีการรักษาอย่างไร

เหตุผลความจำเป็นและความน่าสนใจที่ต้องการศึกษาได้กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้ผู้ศึกษาต้องการค้นคว้าต่อไปว่าในมุมมองของชาวบ้านมีอะไรบ้างที่เป็นเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนแม้จะมีค่า และมีใครบ้างที่เป็นผู้มีอำนาจในชุมชนที่ตัดสินใจมารักษาพยาบาลด้วยการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนการรับรู้ ความคาดหวังต่อการรับการรักษา

การให้ความหมายความฉุกเฉิน (EM)

ความเชื่อเรื่องโรคชางไม่สามารถค้นหาและให้คำอธิบายทางวิทยาศาสตร์ได้ แต่ยังเป็นความรู้ทางการแพทย์พื้นบ้านที่เชื่อถือและปฏิบัติกันมานับหลายร้อยปี ดังมีในตำราการเรียนการสอนเช่น ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์) ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเวชกรรม ตำราเวชศาสตร์ฉบับหลวง รัชกาลที่ 5 เป็นต้น ซึ่งตำราที่กล่าวถึงยังคงได้รับการยอมรับในกลุ่มชนที่ความเจริญทางด้านวัตถุและการแพทย์มีไม่มาก แต่ยังเป็นความรู้ผสมกับความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดมา ซึ่งสามารถแก้ไขและรักษาอาการต่างๆ ที่เรียกแตกต่างกันไปจากการแพทย์ชีวภาพได้ ทำให้ความรู้และความเชื่อนี้ยังคงมีและได้รับการถ่ายทอดต่อๆ กันมา อาจยังไม่แพร่หลายและได้รับความนิยมนี้อาจเป็นความรู้ที่ไม่เป็นสากลนิยม ไม่เกิดการยอมรับในกลุ่มวิทยาศาสตร์

ในกรณีที่ผู้ศึกษามองอาการของเฟริสและเชื่อว่าเป็น “โรคชาง” นั้นไม่ได้เกิดอย่างลอยๆ หรือตามคำบอกเล่าจากผู้อื่น แต่หลายคนในหมู่บ้านแถวนั้นเชื่อว่าเป็นโรคชางซึ่งเป็นความคิดที่ดำรงอยู่ในชุมชนแห่งนี้ อันเป็นจักรวาลทัศน์และพื้นฐานทางความคิดของชาวบ้านที่ปลูกฝังมาจากการประสบการณ์ที่พบเห็นได้บ่อยในชุมชน แต่การที่หมออธิบายว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง ซึ่งชาวบ้านก็เชื่ออยู่บางส่วน แสดงให้เห็นว่าคนในชุมชนนี้ยังมีความเชื่อร่วมกันในเรื่องโรคชาง อันเป็นการสะท้อนความคิดและความเชื่อของชาวบ้านที่ยังวนเวียนอยู่ในชุมชนแม้ว่าสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปมาก โรคชางถูกหยิบยกขึ้นมาอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงเป็นเหตุเป็นผลที่ว่าโรคชางยังเป็นจริงและมีจริงในโลกของชาวบ้าน

การที่เฟริสถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคอุจจาระร่วง ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยที่เกิดจากโรค (Diseases) และหมอมองต้องการค้นหาให้พบว่าเกิดจากสาเหตุใดและต้องรักษาให้ได้นั้น เป็นการมองความเจ็บป่วยในมุมมองของแพทย์ปัจจุบันที่อยู่บนพื้นฐานทางความคิดของชีวเวชศาสตร์ (biomedicine) ที่ว่าร่างกายของมนุษย์เกิดและประกอบด้วยเซลล์เล็กๆ มากมายมารวมตัวกันเป็นอวัยวะที่ทำหน้าที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนซึ่งมีการประสานงานกันกับอวัยวะส่วนอื่นในการทำหน้าที่และการดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติ ซึ่งอธิบายความเจ็บป่วยโดยอาศัยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาและพิสูจน์ได้ทางวิทยาศาสตร์เป็นหลัก โดยที่จะต้องสืบค้นให้ได้ว่าการเจ็บป่วยเกิดจากอวัยวะใดที่ทำงานบกพร่องผิดปกติไปจากที่ควรเป็นและมุ่งที่จะแก้ปัญหาเฉพาะส่วนของอวัยวะที่ผิดปกตินั้นๆ (โกมาตร 2550: 51)

การที่หมออาศัยแนวคิดของชีวเวชศาสตร์ (biomedicine) มาเป็นส่วนตัดสินการเจ็บป่วยนั้นเป็นการหาทางแก้ไขความเจ็บป่วยนั้นเฉพาะทางร่างกาย แต่ไม่ได้มองถึงมิติทางสังคมและการเยียวยาผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยหาย การเจ็บป่วยดังกล่าวทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งหมอยังคงมองว่าตนเองเชี่ยวชาญแค่เรื่องโรคที่เกิดการบกพร่องของร่างกาย หากมีปัญหาด้านจิตก็ต้องไปเข้ารับการรักษากับจิตแพทย์ ผู้ซึ่งมีความชำนาญด้านจิตใจโดยตรง

แม้ว่าแนวคิดเรื่องความเจ็บป่วยซึ่งเกิดจากการทำงานของอวัยวะบกพร่องและเชื้อโรค ซึ่งเป็นแนวคิดตะวันตก ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในสังคมไทยนั้น ทว่าเป็นการรับเอามาบางส่วน of แนวคิดดังกล่าวโดยที่ไม่ได้นำมาทั้งหมดโดยรู้แจ้งเห็นจริงกับแนวคิดนั้น การที่สังคมไทยจะละทิ้งความเชื่อและแนวคิดตะวันออกที่เชื่อเรื่องธาตุ วิญญาณและอื่นๆ นั้นคงเป็นไปได้ยาก คงเป็นการนำมาประยุกต์ผสมผสานแนวคิดทั้งสองเพื่อที่จะหาทางแก้ไขความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งแนวคิดทั้งสองนั้นไม่ได้จะต้องเลือกเอาฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นสำคัญ แต่เป็นการเสริมกันในการแก้ไขปัญหา โดยที่ยังมีอีกหลายคำถามที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้พบเห็น เช่นทำไมคนอื่นไม่เป็นด้วย ทำไมต้องเป็นเวลานี้ ทำไมไม่เป็นเวลาอื่น ซึ่งแนวคิดตะวันตกจะไม่สามารถนำคำถามดังกล่าวมาช่วยในการตัดสินใจการรักษา เนื่องจากปฐมเหตุดังกล่าวยังไม่ได้รับคำตอบและเกิดในช่วงวิกฤตเวลา การเจ็บป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไข การผสมผสานการรักษาจึงเกิดขึ้นทั้งทางโลกตะวันตกและโลกตะวันออก หลายๆ ครั้งการรักษาทางแพทย์แผนปัจจุบันไม่หายผู้ป่วยและญาติคงหับไปหาการรักษาและพื้นบ้านหรือทางโลกตะวันออก ในทางกลับกันการรักษาทางพื้นบ้านไม่หายก็หันไปหาการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน

ความเจ็บป่วยของน้องเฟริสที่พบในโรงพยาบาลหลังการรักษาอีกโรคหนึ่ง เป็นการเจ็บป่วยที่ไคลน์แมน (อ้างใน ประชาธิป 2549) ได้เสนอไว้ว่าเป็นความเจ็บปวดที่มีนัยของวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนด ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ที่เคยพบมากับตนเอง ซึ่งทางการแพทย์ชีวภาพก็ไม่สามารถอธิบายได้ว่าโรคซางที่พี่ศักดิ์รู้จักคุ้นเคยเป็นเช่นไร โรคซางยังคงเป็นโรคที่ไม่ได้รับการยอมรับของการแพทย์ชีวภาพ **พี่ศักดิ์อธิบายความเจ็บป่วยนี้จากประสบการณ์ที่ผ่านมา** ซึ่งพยาบาลและแพทย์ที่ทำการรักษาน้องเฟริส มองเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายและการได้รับเชื้อโรคเข้าไปในร่างกายเท่านั้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ได้ถูกฝึกฝนมาให้มองเรื่องราวที่เกิดขึ้นผ่านทฤษฎีเชื้อโรคและอวัยวะแยกเป็นส่วนๆ ซึ่งเป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ตายตัวเพื่อจำแนกอาการเหล่านั้นให้เข้ากับโรคที่มีความผิดปกติของอวัยวะบางส่วนในร่างกายที่ผิดปกติหรือจากสิ่งผิดปกติที่ร่างกายได้รับเข้าไป ส่วนมากเป็นเชื้อโรคที่ร่างกายไม่ต้องการ

ความเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมของคนในสังคมดังที่ไคลน์แมน (อ้างใน ประชาธิป 2549) กล่าวไว้ 4 ประการประกอบด้วย **ความเจ็บป่วย (illness)** เป็นความเจ็บป่วยในมุมมองของผู้ป่วยซึ่งให้ความหมายออกเป็น 2 ประเด็นคือความเจ็บป่วยหมายถึงอาการ (**symptom**) ที่ปรากฏแสดงออกมาภายนอกร่างกาย เช่น หอบ เหนื่อย หนาว โดยแสดงออกได้ทั้งสีหน้า ท่าทาง คำพูด เป็นต้น และอีกความหมายโดยมีนัยของวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนด เช่น เริ่มในแง่ความผิดปกติของร่างกายบางส่วนจึงได้แสดงอาการของเริ่มออกมา แต่ในทางวัฒนธรรมบางส่วนมองคนที่เป็นเริ่มเป็นคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือทำผิดศีลธรรมของสังคม ในทางการแพทย์ **โรค (Disease)** เป็นการนิยามความเจ็บปวดโดยบุคลากรทางการแพทย์ในแง่ความผิดปกติทางร่างกายในแง่โครงสร้างหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิมซึ่งอาศัยการอ้างอิงทฤษฎีและรูปแบบทางคลินิกมาเป็นตัวกำหนดโรค **การป่วยไข้ (Sickness)** เป็นมุมมองทางสังคมที่มองกลุ่มคนที่มีความเจ็บป่วยเหมือนกันว่าเป็นผลกระทบที่ทำให้ภาพพจน์ด้านอื่น ๆ เสียหายหรือไม่ รวมถึงสิ่งที่สังคมต้องยื่นมือเข้ามาช่วยอย่างไร

ตารางเปรียบเทียบระหว่างExplanatory Model ของผู้ป่วยและหมอ

องค์ประกอบ	Emic View (EM ผู้ป่วย/ญาติ)	Etic View (EM หมอ)
สาเหตุของการเกิดภาวะฉุกเฉิน	การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในช่วงวัยต่างๆ	สิ่งแปลกปลอม เชื้อโรค ในร่างกาย
เวลาและแบบแผนของการเกิดภาวะฉุกเฉิน	น้องปอนด์อยู่ในช่วงการเปลี่ยนแปลงของวัย	เกิดการติดเชื้อโรคในร่างกาย
พยาธิสภาพของการเกิดภาวะฉุกเฉิน	ร่างกายแสดงการเปลี่ยนแปลงของวัยและ	กินอาหารที่ไม่สะอาด ดิบ ท้องเสีย
แนวคิดเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดภาวะฉุกเฉิน	เกิดเป็นปกติได้ในวัยเด็ก อาศัยระยะเวลาและทานยาก็สามารถหายได้เอง	รุนแรง ต้องรีบทำการรักษา หากปล่อยไว้อาจทำให้เสียชีวิตได้ / ต้องรีบมารับการรักษา
วิธีการการรักษาของการเกิดภาวะฉุกเฉิน	ทานยาแผนโบราณที่มีจำหน่ายหายจากโรคได้	ต้องรีบมาพบแพทย์แผนปัจจุบันอย่างเร่งด่วน

จากกรณีพี่ศักดิ์ หมอต้องรีบทำการรักษาเนื่องจากอาการที่เกิดขึ้นตรงตามคำนิยามของโรคที่ได้แยกแยะไว้ซึ่งจัดว่าอันตรายถึงชีวิตได้ ในมุมมองของหมอที่ถูกสั่งสมและปลูกฝังประสบการณ์ความเชื่อให้มองสุขภาพถึงระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่มีการทำงานชัดเจนแยกส่วนการทำงาน หากส่วนใดบกพร่องหรือชำรุดก็ให้ดำเนินการแก้ไขในส่วนนั้น ส่วนคำอธิบายของชาวบ้านที่มองขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความเชื่อที่ได้รับมาถูกถ่ายทอดฝ่ายทาง

ต่างๆ ในชุมชนไม่ว่าด้านวัฒนธรรม ประเพณี และยังคงดำรงอยู่ในสังคมอย่างเหนียวแน่น แต่บุคคลภายนอกอาจสัมผัสกับสิ่งดังกล่าวค่อนข้างลำบาก ในแง่นี้มุมมองของพีคัตต์ที่มีต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจถูกมองจากหมอว่าเป็นเรื่องไร้สาระเหลวไหล ไม่ควรค่าแก่การเข้าใจและใส่ใจในคำพูดและความเชื่อดังกล่าวซึ่งไม่มีผลต่อการรักษา อันเป็นผลมาจากการที่หมอได้ถูกปลูกฝังมืออย่างมีหลักเกณฑ์เชื่อถือได้ทางวิทยาศาสตร์ แต่ในทางกลับกันความเชื่อดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพอย่างมากของประชาชน

หากหมอไม่พยายามทำความเข้าใจในคำอธิบายต่อโรคของชาวบ้าน ผลที่ตามมาที่เกิดขึ้น *ประการแรก* ความไม่เชื่อถือและศรัทธาของผู้ป่วยและญาติในการรักษาโรคนั้นนั้นเนื่องจากคำอธิบายของโรกระหว่างหมอและผู้ป่วยไม่ตรงกัน *ประการที่สอง* รูปแบบการรักษาไม่เป็นไปตามที่หมอคิดไว้เนื่องจากผู้ป่วยและญาติยังต้องหาแนวทางการรักษาเพิ่มเติมจากที่หมอได้วางแผนไว้ซึ่งทำให้รูปแบบการรักษาถูกแทรกด้วยการรักษาชนิดอื่น เป็นผลทำให้โรคไม่หายตามเวลาที่กำหนดไว้

มุมมองต่อเรื่องเวลาของราชการกับชาวบ้าน

สิ่งที่น่าสังเกตอีกอย่างแต่เป็นเรื่องราวที่ปกติของบุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้ในการอ้างต้องการแสดงอำนาจบังคับให้ผู้ป่วยและญาติคิดให้เหมือนตนเองก็คือเรื่องของเวลา ซึ่งบุคลากรในแวดวงการแพทย์ชีวภาพต่างถูกปลูกฝังเรื่องการแบ่งหน้าที่และเวลาการทำงาน และความรุนแรงของโรคที่จะต้องมารับการรักษาเป็นลำดับขั้น เช่น การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็สามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีอยู่ในอำเภอ หากการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นเกินความสามารถของแพทย์ก็就会被ส่งไปยังโรงพยาบาลระดับจังหวัด ระดับศูนย์ ระดับประเทศตามลำดับและวิธีการที่ได้เรียนรู้มา ในกรณีของเฟริสที่พีคัตต์มารับการรักษาในเวลาใกล้ค่ำ ซึ่งได้รับทักทายเหมือนกับไม่รู้เวลา ความจำเป็นเร่งด่วนและโรคที่ต้องมารับการรักษาฉุกเฉินและเร่งด่วน

การเจ็บป่วยไม่สามารถบังคับให้เกิดในช่วงเวลาที่เหมาะสมได้ บางครั้งการเจ็บป่วยเป็นมานานแต่การที่นำส่งโรงพยาบาลล่าช้าก็ด้วยเหตุผลหลายประการ เช่นกรณีของพีคัตต์ที่นำส่งล่าช้าเนื่องจากต้องทำงานในไร่และไม่รู้ว่าเฟริสเหี่ยวบตะปูเมื่อไร แต่เมื่อรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจึงต้องรีบมาในเวลา ซึ่งการมารับบริการนอกเวลาราชการมักเกิดการโต้แย้งทางความคิดและความเข้าใจที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งนอกเวลาราชการในส่วนของราชการเป็นช่วงเวลาที่ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้ปฏิบัติงานมาทั้งวันจะได้พักผ่อนเพื่อสามารถปฏิบัติงานในวันต่อไป และผู้ที่พักผ่อนมาแล้ว ต้องทำงานแทนหมุนเวียนเปลี่ยนกันไปเป็นระบบ แต่การเจ็บป่วยของชาวบ้านไม่สามารถเลือกเวลาได้ประกอบกับมีปัจจัยหลายอย่างที่ต้องทำให้มานอกเวลาราชการ เช่น ไม่สามารถลงงานเพื่อมาตรวจรักษาได้ สถานที่ทำงานอยู่ไกลต้องรอเลิกงานจึงมีรถผ่านโรงพยาบาล เป็นต้น ทำให้มุมมองทั้งสองต่างกัน

ในกรณีข้างล่างต่อไปนี้จะแสดงให้เห็นถึงความคิดที่แตกต่างกันในเรื่องของเวลา ระหว่างเวลาปฏิบัติงานปกติของหมอที่พร้อมจะทำงาน และเวลาของชาวบ้านที่จะเข้ามารับการรักษา นอกเวลาปกติของหมอแตกต่างกันด้วยเหตุผลของแต่ละฝ่าย

ชีวิตนอกเวลาราชการ

จำ เป็นหญิงสาววัยยี่สิบปีเศษ นอกจากจำยังมีนุชอีกคนที่เป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิง นุชมีครอบครัวซึ่งทำงานที่ป่าไม้ด้วยกัน จำเป็นสาวสวยคนเดียวที่ยังไม่มีครอบครัว ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยโครงการพัฒนาลุ่มน้ำเข็กให้เป็นแหล่งท่องเที่ยว ซึ่งจำมีหน้าที่จ่ายเงินค่าจ้างและตรวจจำนวนคนงานและลูกจ้างของป่าไม้ ตามศูนย์ที่ตั้งกระจายอยู่รอบ ๆ อำเภอเขาค้อ ซึ่งแต่ละหน่วยประกอบด้วยคนงานลูกจ้างของป่าไม้ประมาณ 20 – 30 คนต่อศูนย์ ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 4 ศูนย์ ซึ่งคำว่าศูนย์เป็นคำเรียกสั้น ๆ ย่อมาจากศูนย์ควบคุมและป้องกันไฟป่า ซึ่งแต่ละศูนย์ห่างกันตามแต่พื้นที่ของป่าโดยส่วนมากจะห่างจากที่ทำการโครงการประมาณ 30 กิโลเมตร ถนนหนทางที่เข้าไปส่วนมากเป็นทางลูกลังที่สร้างขึ้นมาเพื่อใช้เดินทางเฉพาะของเจ้าหน้าที่ป่าไม้ ซึ่งต้องใช้รถยนต์ขับเคลื่อนสี่ล้อเท่านั้นจึงจะเดินทางได้ ซึ่งหลายคนบอกว่า “อย่างนี้ดีอีกอย่าง เพราะถ้าทางเข้ามาดี ป่าจะหายไปอีกมาก”

โดยส่วนมากคนงานที่อยู่ในศูนย์ต่าง ๆ มักไม่ค่อยได้ออกมาจากหน่วยสักเท่าไร นอกจากตอนสิ้นเดือนที่จะต้องออกมาหาเสบียงไว้ใช้ ซึ่งจะเป็นช่วงที่จำเข้าไปตรวจงาน เหล่าคนงานทั้งหลายก็จะรวมกลุ่มกันหลังจากเลิกงานจึงจะมีสิทธิ์ออกมาได้ เนื่องจากเป็นที่ระเบียบข้อบังคับที่คนงานจะต้องทำงานตั้งแต่เวลา เจ็ดโมงเช้า พักเที่ยงแล้วเริ่มงานต่อตอนบ่ายโมงกว่าจะเลิกงานก็ห้าโมงเย็นของทุกวัน อาทิตย์หนึ่งจะมีวันหยุดหนึ่งวันโดยกำหนดเป็นทุกวันอาทิตย์ นอกจากมีงานเร่งด่วนเข้ามาจึงจะเลื่อนวันหยุดเป็นวันอื่น บางหน่วยมีไฟฟ้าใช้ตลอดบางที่ต้องปั่นไฟฟ้าใช้และจะมีเวลาหยุดแล้วแต่งบประมาณที่ได้รับมา โดยปกติจะเลิกปั่นไฟฟ้าประมาณสามทุ่มของแต่ละวัน เรื่องอาหารการกินจะมีรถกับข้าวเคลื่อนที่³ คอยให้บริการวันละรอบ เนื่องจากการคมนาคมลำบากไม่สะดวกในการเดินทาง หากต้องการสิ่งของชนิดใดก็จะฝากให้รถกับข้าวซื้อมาให้เป็นการไม่ลำบากเท่าไร

หลายครั้งที่คนงานออกมาเพื่อซื้อของใช้ ซึ่งต้องใช้เวลาออกมาประมาณสี่สิบห้านาที สิ่งแรกที่จะต้องไปคือตลาดสดทุ่งสมอ และต้องใช้เวลามากกว่าหนึ่งชั่วโมงเนื่องจากประมาณหนึ่งทุ่มร้านค้าต่าง ๆ จะปิด เนื่องจากตลาดทุ่งสมอเป็นตลาดที่ต้องเข้ามาจากเส้นทางหลักประมาณสิบ กิโลเมตร ส่วนมากจะเป็นชาวบ้านในละแวกนั้นมาใช้บริการ นาน ๆ ครั้งตรงกับช่วงวันหยุดยาว ๆ และช่วงปีใหม่ที่มีนักท่องเที่ยวมาท่องเที่ยว ร้านค้าต่าง ๆ จึงเปิดเวลาการให้บริการเพิ่มขึ้นไปอีก แต่อย่างไรการปิดร้านจะไม่เกินสามทุ่มเนื่องจากหากเปิดนานเกินไปลูกค้าก็ไม่มีมาใช้บริการ ประกอบกับแต่ละร้านต้องลงไปซื้ออาหารสดที่อำเภอหล่มสัก ซึ่งห่างไปประมาณห้าสิบกิโลเมตรและต้องเดินทางตั้งแต่ตีสองเนื่องจากตลาดหล่มสักเริ่มค้าขายเวลาตีหนึ่ง หากไป

³ รถยนต์ปิกอัพที่ต่อเติมหลังคา ภายในบรรจุด้วยอาหารสดแห้งหลากหลายชนิด

สายกว่านี้รายการสิ่งของที่ต้องการจะไม่ได้ตามที่ต้องการ โดยมากร้านค้าจะรู้เวลาการมาของ
คนงานป่าไม้จึงพยายามเตรียมของให้เพียงพอในช่วงเวลาที่คนงานมาซื้อขาย หากซื้อของมา
กักตุนไว้เป็นการไม่คุ้มค่ากับเงินที่ต้องลงทุนไป

หลังจากที่จับจ่ายของกินของใช้เสร็จแล้วอย่างรวดเร็ว รายการที่จะต้องทำต่อไปคือกลับ
ยังศูนย์ของตน หากคนงานมีการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงทางหน่วยมีอาสาสมัครประจำบ้านไว้คอย
ให้บริการ แต่หากอาการรุนแรงหรือหนักให้ไปหากก็ต้องทำการขอลาหยุดการทำงาน ซึ่ง
การลาหยุดหนึ่งวันเท่ากับรายได้ที่จะต้องหายไปประมาณหนึ่งร้อยห้าสิบบาท นอกจากนี้หา
ไม่มีรถส่วนตัวไม่ว่าจะเป็นรถจักรยานยนต์ รถยนต์ รายจ่ายจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องหยิบยืม
หรือไม่ก็ต้องจ้างรถให้เข้าไปรับและส่ง ขึ้นตำที่ว่าจ้างกันประมาณห้าร้อยบาทถ้วน หากเป็น
ฤดูฝนราคาจ้างจะเพิ่มเป็นเท่าตัวเนื่องจากต้องใช้รถขับเคลื่อนสี่ล้อ ซึ่งมีจำนวนไม่มาก ส่วนมาก
หากอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงขนาดต้องล้มหมอนนอนเสื่อ คนงานจะพยายามไม่ออกมารับการ
รักษาพยาบาลเนื่องจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายอีกมาก ซึ่งส่วนมากที่เป็นคนงานป่าไม้จะมีฐานะ
ไม่ดีเท่าที่ควรยังคงหาเช้ากินค่ำ หากครอบครัวไหนมีลูกหลายคนความลำบากจะเพิ่มขึ้นเพราะ
ต้องฝากลูกไว้ที่โครงการเพื่อสะดวกในการเรียนหนังสือ

หลายครั้งที่จำถูกคนงานขอร้องให้พาไปโรงพยาบาลหลังจากจับจ่ายเสร็จเรียบร้อยแล้ว
เนื่องจากบางคนต้องการไปปรึกษาคุณกำเหนิดที่ใกล้หมด เพราะปกติการจ่ายยาเม็ดคุณกำเหนิดจะ
จ่ายประมาณสามแผงซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณสามเดือน เหตุที่ต้องมารักษาหลังจากจับจ่ายแล้ว
พี่สีคนงานป่าไม้ได้เล่าให้ฟังว่า

“จะให้ทำอย่างไรเพราะพี่เองก็ไม่อยากรบกวนหมอยามนี้หรอก พี่ก็เกรงใจนะแต่ถ้าพี่ไม่
รับยาตอนออกมากับหนูจำและคนอื่น ๆ พี่ก็ต้องลงงานออกมาเพื่อที่จะเอายาคูมนั้นไม่คุ้มค่า
หรอกนะพี่เองก็ฐานะไม่ค่อยดี จะจ้างเขาพาออกมาก็ต้องจ้างเขาน้อยก็สามร้อยเพราะเขา
ต้องลงงานด้วย พี่ขับรถไม่เป็น ลองนึกดูแล้วก็น้อย่างพี่ปลาทูสักตัวนานครั้งจะมีทางได้กิน พี่
ยอมให้หมอด่านะโดนมาหลายครั้งแล้ว ชินชะแล้วดีกว่าพี่ท้อง ถ้าพี่ท้องขึ้นมาพี่ก็ยังไม่รู้เลยว่า
จะทำอย่างไรดี แค่วันนี้ก็แย่พออยู่แล้ว”

เป็นคำบอกเล่าจากพี่สีที่ผมเคยเจอเมื่อครั้งที่ยังไม่ได้ทำโครงการวิจัยเนื่องจากที่พักของ
ผมอยู่ใกล้บริเวณห้องฉุกเฉิน หากมาแล้วไม่เจอหมอส่วนมากจะตรงเข้ามาหาที่พักของผมเพื่อ
สอบถามว่ามีหมออยู่หรือไม่ บ้างก็สอบถามว่าเปิดทำการหรือไม่เห็นปิดประตูและไม่มีหมอ
อยู่ จากการได้พูดคุยกับจำทำให้ทราบว่าคนงานส่วนมากรู้เวลาการให้บริการประเภทที่ตน
ต้องการมาติดต่อ เช่นการรับยาคุณกำเหนิดต้องมารับที่ห้องส่งเสริมสุขภาพตามวันที่หมอนัดและ
ต้องมาในช่วงเวลา 08.30 – 16.00 น.ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์เท่านั้นหากมานอกเหนือจากนี้อาจ
ไม่ได้รับคุณดังกล่าว แต่จำก็จำใจต้องพามาในช่วงเวลาหลังเลิกงานและให้เจ้าตัวมารับเอง
บางครั้งจำยังเคยคิดว่าจะมารักษาแทนพี่ๆ หลายคนแต่ก็ทำไม่ได้เนื่องจากเป็นระเบียบของทาง

โรงพยาบาลว่าผู้ป่วยต้องมาติดต่อกับและรับการตรวจรักษาก่อนจึงจะรับยาได้ เพราะเกรงว่าจะเกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย

เมื่อเป็นเช่นนั้นจำไม่รู้อะไรดี ก็คงต้องพามาโรงพยาบาลในเวลานี้ บ่อยครั้งที่จำถูกต่อว่าจากพยาบาลประจำวันนั้น ซึ่งจำได้เล่าให้ฟังว่า

“หลังจากที่จำจอตลอดเพื่อให้คนงานมาหาหมอ ซึ่งวันนั้นมีคนมาซักสิบคนเห็นจะได้ ส่วนมากบอกว่ายาคุมหมดและอยากได้ยาไว้กินตอนป่วยแต่ตอนนี้ยังไม่ป่วย ซึ่งจำได้ถามกับคนงานว่าทำไมไม่ซื้อยาร้านค้าตลาดทุ่งสมอละ ได้รับการตอบว่ายาแพงไม่มีพอที่จะซื้อหรือแถมตนเองมีบัตรประกันสังคมสามารถรักษาที่โรงพยาบาลเขาต่อได้ อีกอย่างยังโฆษณาในทีวีว่าเจ็บป่วยเมื่อใดสามารถใช้ได้ทันที.....”

“แต่พยาบาลบอกว่าไม่มียาให้เพราะมาผิดวันนัดและผิดเวลา ให้มาใหม่วันพรุ่งนี้เพราะจะได้เจอหมอที่รับผิดชอบโดยตรง ห้องฉุกเฉินไม่มียาคุมให้หรือมีแต่ยาสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งคนงานได้มาของร้องจำ เพื่อที่จะไปพูดให้หมอเขารู้ถึงความจำเป็นว่ามาไม่ได้จริงๆ เพราะถ้ามาทำให้เขาต้องเสียรายได้ไป จำเลยไปคุยกับพยาบาล แต่ก็ได้รับคำตอบว่ากลับมาว่าไม่รู้จักเวลาเสียเลย ทำไมไม่รักตัวเองแค่มารุ่งนี้ อีกอย่างเจ้าหน้าที่เขากลับบ้านหมดแล้ว วันหน้าก็ให้มาตามทีมนัดไว้มาผิดนัดเองก็ช่วยไม่ได้”

จากคำบอกเล่าที่จำคุยให้ฟังแล้ว พี่สี่และคนงานอีกห้าหกคนยังมีความคิดตรงกันว่า

“ทำไมหมอไม่เข้าใจพวกเราบ้าง เราเป็นแค่คนงานหาเช้ากินค่ำไม่ได้มีเงินเดือนกินอย่างหมอ ถ้าลังานมาได้แล้วไม่โดนหักค่าแรงจะมีใครบ้างที่ไม่อยากมาส่วนมากก็รักตัวเองกันทุกคน.....พวกเราที่เกรงใจเหมือนกันที่มาเอาตอนคำอีกอย่างก็ไม่ได้รู้ด้วยว่ายาที่มีอยู่เตรียมไว้ให้คนเจ็บฉุกเฉิน แล้วอย่างที่มากันนี้ไม่เรียกว่าฉุกเฉินหรือ ถ้าท้องขึ้นมาแล้วใครจะช่วยบ้างละหมอน่าจะเห็นใจพวกเราบ้างนะ...”

จากกรณีข้างต้นจะเห็นได้ว่าการกำหนดช่วงเวลาของการทำงานให้บริการรักษาของหมอและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด โดยการกำหนดเวลาการทำงานในช่วงต่างๆ และจำนวนประเภทการให้บริการได้ถูกฝึกฝนและทำเป็นระเบียบ กฎของการให้บริการโดยการนำเอาเวลาของทางราชการมาเป็นตัวกำหนดชนิดของการให้บริการต่างๆ ซึ่งตรงกับเวลาของผู้ป่วย ซึ่งต้องทำงานในเวลาดังกล่าวเช่นเดียวกับหมอที่ให้บริการรักษาตามเวลาที่ได้ถูกกำหนดมาตามหลักสากลนิยม ซึ่งเน้นการทำงานเป็นระบบที่ชัดเจนมีระเบียบแบบแผน เวลาที่กำหนดตายตัว ส่วนเวลาของชาวบ้านซึ่งทำงานหาเลี้ยงชีพตรงตามกับหมอที่ต้องทำงานตามเวลาที่กำหนดเพื่อหาเลี้ยงชีพเช่นเดียวกับชาวบ้าน โดยได้ค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนที่ราชการ

กำหนดให้ ซึ่งเป็นรายรับที่คงที่หากมีการกิจสำคัญก็สามารถลาได้โดยที่ยังรับเงินเดือนเท่าเดิม ไม่มีการหักค่าจ้างเงินเดือนแต่อย่างใด ในทางตรงกันข้ามชาวบ้านต้องทำงานแลกกับค่าจ้างที่ นายจ้างจ้างมา บ้างก็รับเป็นรายวัน รายเดือน ส่วนใหญ่ค่าจ้างจะจ่ายตามจำนวนวันที่เข้าทำงาน จะได้มากบ้างน้อยบ้างตามกำลังฝีมือของแต่ละบุคคล ในวันใดที่มีการขาดงาน การลาต่างๆ ไม่ ก่อให้เกิดงานการจ้างด้วยค่าจ้างดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้น

ในแง่นี้ทำให้มุมมองของจำและคนงานป่าไม้ มองเรื่องภาระกิจการทำงานและการให้ ความสำคัญของงานเช่นเดียวกับหมอ ซึ่งมีเวลาของการทำงานที่ตรงกันและต้องทำหน้าที่ของ ตนเองให้ดีที่สุด หากไม่มีเหตุสุดวิสัยการขาดงานในหน้าที่ความรับผิดชอบคงไม่เกิดขึ้น แต่การ ขาดงานเมื่อเกิดขึ้นกับทั้งสองฝ่าย ความรุนแรงและผลกระทบต่อการดำรงชีพแตกต่างกันอย่าง เห็นได้ชัด โดยที่หมอและพยาบาลหากมีการขาดการทำงานไม่ว่าจะด้วยกรณีลาประเภทต่าง ๆ รายได้ประจำคือเงินเดือนยังคงไม่ลดลง ซึ่งยังคงเป็นสิทธิอันชอบธรรมที่ได้รับมาให้มีอภิสิทธิ์ เหนือชาวบ้านสามัญชนธรรมดา หากถูกจ้างป่าไม้ซึ่งต้องทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งค่าจ้างต้องนำ แรงกายมาทำงานเพื่อเปลี่ยนเป็นค่าจ้าง ไม่ว่าจะเป็นรายวันรายเดือนแต่ข้อตกลงที่เป็นสากล และปฏิบัติเหมือนๆ กันทั่วไปคือหากเมื่อใดที่ไม่มีงานเกิด ซึ่งมาจากการลาประเภทต่างๆ ผลที่ ตามมาคือค่าจ้างจะถูกตัดไปตามจำนวนวันที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งหมายถึงค่าดำรงชีพในวันนั้นจะ สูญหายไปอย่างไม่มีวันเรียกกลับคืนมาได้

ในกระบวนการดูแลสุขภาพโดยที่มีหมอเป็นผู้จัดการ หากหมอไม่สนใจและเห็นใจ พยายามที่จะทำความเข้าใจถึงคำอธิบายและเหตุผลของชาวบ้านที่เข้ามารับการรักษาไม่ตรง ตามขั้นตอนที่หมอเป็นผู้กำหนด ผลที่จะตามมาคือ ประการแรก เกิดการโต้แย้งกันระหว่างหมอ กับผู้ป่วยและญาติ ประการที่สองหากหมอไม่พยายามทำความเข้าใจถึงเหตุผลและหาทางแก้ไข กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจส่งผลต่อกระบวนการรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยอาจเลือกรับการรักษา กับหมอกคนอื่น สถานพยาบาลอื่น ทำให้รูปแบบการรักษาซ้ำซ้อนเกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งทางราชการและตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ สนใจที่จะเข้าใจ เปิดใจกว้างและเข้าใจถึงโลกสุขภาพของชาวบ้าน ความศรัทธา ความเชื่อใจ ความไว้วางใจของชาวบ้านที่มีต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่นับวันจะลดน้อยลง จะน้อยลงไปใน ที่สุดอาจทำให้เกิดการต่อต้านทางความคิด เราจะไม่สามารถทำงาน ให้คำแนะนำ ขอความ ร่วมมือให้ช่วยดูแลสุขภาพของตนเองได้ การเข้าใจถึงความเชื่อของการเจ็บป่วยและเหตุผล ความจำเป็นของผู้ป่วยในสังคมที่เป็นอยู่ จะช่วยให้ความสัมพันธ์ ความไว้วางใจที่มีต่อกัน ระหว่างหมอกับคนไข้ดำเนินไปด้วยความราบรื่น แม้เกิดปัญหาสุดวิสัยขึ้นความไว้วางใจที่มีอยู่ เป็นทุนประกอบกับการสื่อสารพวกเดียวกัน สามารถทำให้เรื่องหนักกลับกลายเป็นเบา เรื่องที่ เบากับการให้อภัยกันได้ การดูแลสุขภาพที่ดีจะตามมา

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากเหตุการณ์ทั้งหมดดังที่ได้กล่าวมาเห็นได้ชัดว่าแบบจำลองคำอธิบาย (Explanatory Model – EM) ระหว่างฟิสิกส์ จำและคนงานป่าไม้กับหมอ นั้นมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งการให้ความหมายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มาจากประสบการณ์การรับรู้ที่แตกต่างกันไม่สามารถโต้แย้งเพื่อทำให้เกิดการยอมรับกันได้ง่ายๆ ซึ่งในโลกการแพทย์ตะวันตกหรือการแพทย์ชีวเวชศาสตร์ (biomedicine) นั้นจะต้องนำหลักความจริงทางชีววิทยามาเป็นเครื่องมือในการพิสูจน์ ให้เห็นได้จริงสามารถตรวจวัดหรือรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทางร่างกายที่มีเครื่องมือทางการแพทย์มาช่วยประกอบ และการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้มีสาเหตุจากสิ่งอื่นใดนอกจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายมนุษย์หรือระบบอวัยวะบกพร่อง โดยที่ความผิดปกติดังกล่าวเรียกว่าโรค (disease) หากต้องการให้ร่างกายสมบูรณ์เป็นปกติก็จะต้องทำการแก้ไขรักษาอวัยวะที่ชำรุดบกพร่องนั้นเสีย ในขณะที่ชาวบ้านมองความผิดปกติของร่างกายต่างๆ ว่าเป็นความเจ็บป่วย (illness) ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นโรคอาจมีหลายสิ่งมากระทำก่อให้เกิดความเจ็บป่วยนั้นได้ การเรียกชื่อการเจ็บป่วยต่างๆ ได้มาจากการเชื่อประสบการณ์การรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งความเชื่อดังกล่าวยังคงมีอยู่ในวัฒนธรรมความเป็นอยู่กับสังคมนั้นๆ แม้จะไม่สามารถพิสูจน์ให้เห็นเป็นจริงได้ในทางวิทยาศาสตร์

จากข้อมูลที่ทำการศึกษาในการลงพื้นที่โดยตรงทำให้พบว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมากหรือน้อยก็ตามผู้ป่วยและญาติมักให้ความสำคัญในการที่จะต้องพบหมอเพื่อทำการรักษาเนื่องจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติประชาสัมพันธ์เรื่องคุณภาพการรักษายาบาลที่โรงพยาบาล เป็นที่น่าเชื่อถือมีมาตรฐาน มีวิทยาการใหม่ๆ ในการรักษายาบาล หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจึงจำเป็นต้องมาโรงพยาบาล ตามคำกล่าวที่ว่า “เจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร 1667 ตลอด 24 ชั่วโมง” จึงทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามเวลาที่ตนสะดวกและอาการเจ็บป่วยเริ่มมากขึ้นซึ่งผิดกับก่อนการประชาสัมพันธ์ ผู้ป่วยจะไม่พยายามมาเวลาหลังเลิกงานแล้วเนื่องจากเกรงใจหมอที่ทำการรักษาและคิดว่าไม่น่าจะเจอหมอใหญ่ที่ทำการรักษา

การเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนเป็นส่วนมาก มีส่วนน้อยที่เป็นการเจ็บป่วยที่ชัดเจนและต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น ไล่ตั้งอักเสบ อุบัติเหตุ การคลอด ไข้หวัดที่รุนแรง เป็นลมหมดสติในผู้สูงอายุ ในกรณีที่เจ็บป่วยไม่ชัดเจนเช่น ปวดท้องรุนแรงที่บ้านรับประทานยาแก้ปวดก่อนมาโรงพยาบาล เมื่อมาถึงโรงพยาบาลแล้วอาการปวดท้องหายไป อาการปวดประเภทต่างๆ ไข้ที่ไม่ทราบสาเหตุท้องเสีย ซาตามแขนขา ซึ่งการเจ็บปวดที่ไม่ชัดเจนดังกล่าวเมื่อมารับการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบอกอาการไม่ชัดเจนและหมอได้ตรวจแล้วไม่พบอาการที่เข้ากับโรคใดเลย จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อกลับบ้านอาการปวดจึงกำเริบขึ้นทำให้การรักษาไม่สามารถกระทำให้เสร็จสมบูรณ์ได้

ประกอบดับในกลางวันผู้ป่วยไม่สามารถมาหาหมอได้เนื่องจากต้องประกอบอาชีพรับจ้าง เป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถหยุดได้ถ้าหยุดงานเมื่อใดรายได้ก็นำมาใช้จ่ายจะหมดหายไปทันที

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาลหลังเวลา 16.00 น. ส่วนมากจะทำใจในการที่จะถูกเจ้าหน้าที่ที่ทำงานอยู่ต่อว่า ที่มาไม่ตรงกับเวลาที่เปิดให้บริการซึ่งเวลาดังกล่าวจะมีไว้ให้บริการกับผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยที่มากหากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยเคยอธิบายแล้วว่าไม่สามารถได้เนื่องจากต้องทำงานหารายได้ ซึ่งในห้องฉุกเฉินจะมีการหมุนเวียนพยาบาลที่ทำการรักษาเป็นประจำ การสื่อสารไม่สามารถครอบคลุมทุกคนได้ ผู้ป่วยจึงจำยอมให้ถูกต่อว่าแต่ยังคงได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม ในส่วนของหมอและพยาบาลผู้ทำการรักษาได้ต่อว่าผู้ป่วยก่อนการรักษานั้นในความเป็นจริงก็ยังคงให้การรักษาเช่นเดิม หากเปลี่ยนจากการต่อว่ามาเข้าใจผู้ป่วยให้มากกว่านี้ ผู้ป่วยคงมารักษาด้วยความเต็มใจและกลับบ้านอย่างมีความสุข หากไม่เจ็บป่วยจริงๆ ก็คงไม่มารักษาเพราะเกรงใจหมอและพยาบาล ส่วนทางหมอและพยาบาลที่เต็มใจรักษาก็จะได้รับแต่ความมีไมตรีจิตและรอยยิ้มจากผู้ป่วย สักวันภาพในความฝันนี้คงจะเกิดได้ในห้องฉุกเฉินและส่วนอื่นๆ ของโรงพยาบาล

ซึ่งบุคคลในครอบครัวมีส่วนในการตัดสินใจที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลนอกเวลาซึ่งเข้าใจว่าการรักษาพยาบาลประเภทเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทันทีทันใดเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ามารับการรักษาจากหมอในโรงพยาบาลเท่านั้น หากไม่สะดวกในการเดินทางจะโทรศัพท์แจ้งให้ทางโรงพยาบาลจะหารถยนต์มารับและส่งโดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ นอกจากนี้ยังสามารถใช้บริการรถของหน่วยกู้ภัยต่างๆ ได้เพื่อที่จะไปรับการรักษาโดยที่ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่ต้องเสีย ซึ่งทางองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ในขณะที่พี่ศักดิ์ จำ พี่สี และคนงานคนอื่นๆ เชื่อว่าความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ได้มีเพียงอย่างเดียวตายตัว ประกอบกับการรักษาพยาบาลไม่สามารถรักษาโรคด้วยวิธีการเดียวที่พิสูจน์ตามหลักวิทยาศาสตร์ได้ แต่ยังมีอีกหลายส่วนหลายความเชื่อที่นำมาประกอบการรักษาโรคได้ ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วยทางร่างกายสามารถรักษาให้หายได้แต่ร่างกายไม่ได้ถูกแยกออกเป็นส่วนๆ โดยที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างลึกซึ้ง แต่ร่างกายยังประกอบไปด้วยจิตวิญญาณที่ไม่มีเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์พิสูจน์ให้เห็นได้มาคอยกำกับควบคุม

ในทัศนคติของระบบการแพทย์แผนปัจจุบันได้วางรากฐานของการทำงานเป็นระบบมุ่งเน้นเรื่องผลงานเป็นหลัก โดยลดคุณค่าความสำคัญเรื่องของจิตใจ ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ ความไว้วางใจ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างหมอและคนไข้ลด ส่งผลทำให้เกิดทุกข์ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยอยู่แล้วให้เลวร้ายลงโดยใช้กรอบเวลาที่ตั้งขึ้นมาเป็นกำแพงขวางกัน มาเป็นจุดตอกย้ำของการแพทย์ชีวเวชศาสตร์ที่มองแบบแยกส่วนซึ่งอาจขัดแย้งขึ้นภายในใจที่ว่า สังคมวัฒนธรรมที่อยู่รอบข้างของการแพทย์ตะวันออกมองทุกส่วนสัมพันธ์กันโดยมีจิตใจเป็นผู้ควบคุมแบ่งแยกความดีงาม หากบุคลากรทางการแพทย์ยอมรับในมุมมองที่แตกต่างของชาวบ้านเรื่องประสบการณ์การรับรู้และเหตุผลความจำเป็นของแต่ละคน

ได้ และพยายามหาทางแก้ไขให้ผู้ป่วยพันทุกข์ อันนำมาสู่ความไว้วางใจ เห็นใจของผู้ป่วยต่อหมอ เหตุการณ์การทะเลาะโต้แย้งรวมกระทั่งการฟ้องร้องหมอกงไม่เกิดขึ้นอย่างแน่นอน

“หมอมีโลกเป็นของตนเอง อยู่กับโรค เชื่อโรคและห้องทดลองทางวิทยาศาสตร์ ไม่ได้ถูกสอนมาให้อยู่กับคนอื่น หมอเลยสื่อสารกับใครไม่เป็น ...” รศ.ดร.ลือชัย ศรีเงินวง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวไว้ในหนังสือผีเสื้อขยับปีก (ทินกร 2551) ซึ่งได้พูดถึงหมอสื่อสารที่ต้องใช้ศัพท์พิเศษทางการแพทย์ เรียก โรค หรืออาการต่างมากกว่าการใช้คำง่าย ๆ ที่คนไขเข้าใจ สื่อสารรู้เรื่อง ซึ่งหมอด้วยกันเท่านั้นที่สื่อสารรู้เรื่องแต่ไม่สามารถสื่อสารกับบุคคลภายนอกไม่รู้เรื่อง จึงเกิดข้อข้องใจเกิดขึ้น ต่างคนจึงไม่พยายามเข้าใจซึ่งกันและกัน ภาษาเฉพาะของแพทย์จึงเป็นสิ่งกันแยกให้หมอออกจากชุมชนและสังคมทั่วๆ ไป ผลักดันให้ดูเป็นผู้ทรงอำนาจได้รับการยอมรับยกย่องศรัทธาจากคนในชุมชนยิ่งมากขึ้น

กฎหมายที่ถูกกำหนดขึ้นให้หมอซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ ทำการรักษาร่างกายของมนุษย์ที่ซำรุด มีเชื้อโรคเข้าไปอยู่ตามแนวคิดของการแพทย์ตะวันตกนั้น กีดกันไม่ให้ผู้ที่มีความรู้ด้านการรักษาความเจ็บป่วยให้หายได้แต่ไม่มีใบประกอบโรคศิลปะ ไม่สามารถทำการรักษาผู้อื่นได้นอกจากตนเอง การรักษาความเจ็บป่วยมีมานานมากแล้วโดยหมอพื้นบ้าน ซึ่งใช้สมุนไพรมาทำการรักษาทั้งทางร่างกาย จิตใจ แม้กระทั่งชีวิตความเป็นอยู่ ด้วยการรักษาแบบองค์รวม แต่กฎหมายที่ตราขึ้นบังคับ โหม่นนาวให้การรักษาแบบพื้นบ้านเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ไม่เป็นที่ยอมรับของอารยะประเทศที่เจริญแล้ว การรักษาพื้นบ้านถูกแทนที่ด้วยการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถอธิบายได้ทางวิทยาศาสตร์ จึงส่งผลผลักดันให้แพทย์เป็นผู้ชี้เป็นชี้ตายของมนุษย์ หากเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมาต้องไปหาแพทย์ที่มีใบประกอบโรคศิลปะเท่านั้นไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้ แพทย์จึงเป็นความหวังสุดท้ายที่สังคมคาดหวังไว้อย่างสูงที่สุดว่าหากถึงมือแพทย์เมื่อไรจะสามารถรอดจากความตายได้

นับวันความขัดแย้งระหว่างแพทย์กับคนไข้จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ต่างฝ่ายต่างคิดกันคนละเรื่องเดียวกันพยาบาลปิดความรับผิดชอบไปให้อีกฝ่าย ผู้ป่วยก็คาดหวังว่าต้องพบหมอทันที ไม่สนคำอธิบายว่า หมอไม่พอ เครื่องมือไม่ครบ ขาดผู้เชี่ยวชาญ ทำไม่ได้และอื่นๆ ยังคงเชื่อความสามารถของหมอจากการประชาสัมพันธ์ ที่มีเทคโนโลยีใหม่ๆ มาช่วยยื้อชีวิตของผู้ป่วยได้ไม่ว่าจะเป็นเครื่องตรวจสมอง ยาที่ค้นคิดออกมาใหม่ๆ สิ่งเหล่านี้ช่วยตอกย้ำความเป็นผู้เชี่ยวชาญของแพทย์ที่สามารถเชือชีวิตได้ แต่หากไม่สามารถทำได้อย่างที่บอกไว้ ผลที่ตามมาคือการหาคนทำผิดให้ถูกลงโทษ การฟ้องร้องจึงเกิดขึ้นทุกวัน

เมื่อเกิดเหตุที่ไม่คาดฝันสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติในสังคมไทยต้องการได้ยินจากปากแพทย์เป็นคำแรก “ผมขอโทษ” ซึ่งในความเป็นจริงแพทย์สาวนมากมักจะใช้ “ หมอทำดีที่สุดแล้ว ” ซึ่งประโยคดังกล่าวเป็นการบอกว่าหมอไม่ผิด ไม่จำเป็นต้องกล่าวคำขอโทษ ผิดที่คนไข้ไม่สามารถเข้มแข็งพอที่จะรับกระบวนการรักษาของแพทย์ให้ครบได้ โรงเรียนแพทย์ได้ปลูกฝังให้แพทย์ไม่สามารถที่จะอ่อนไหวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ เพราะถ้าอ่อนไหวเมื่อใดความน่าเชื่อถือในตัวแพทย์จะลดลงทันที สิ่งที่หมอต้องการให้คนไข้เข้าใจคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมัน

สุดท้ายที่แพทย์จะช่วยให้ คำอธิบายดังกล่าวมักจะใช้ผิดเวลาจึงทำให้เกิดการฟ้องร้องกันขึ้น ซึ่งแพทย์จะมองว่าญาติคนไข้ต้องการเรียกร้องค่าเสียหาย

หากทั้งสองฝ่ายยังคงยึดในความคิดเดิมๆ ความขัดแย้งยังคงมีต่อไปเรื่อยๆ ในมุมมองของผู้วิจัยมองว่าหากแพทย์แจ้งข้อจำกัดให้ผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจถึงกระบวนการรักษา วิธีการรักษา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนในการตัดสินใจรักษา การขัดแย้งคงไม่เกิดขึ้น ผู้ป่วยเองต้องไม่คาดหวังที่สูงเกินไปและต้องยอมรับถึงการเจ็บป่วยนั้นๆ การให้ข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ที่เน้นการขายบริการทางสุขภาพต้องไม่โอ้อวดเกินความเป็นจริง จากทิศทางการพัฒนาประเทศที่ต้องการความเจริญด้านวัตถุ ทำให้แพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยความจริงใจบริการสาธารณะบริการเชิงจริยธรรม มนุษยธรรมกลายเป็นแพทย์เชิงพาณิชย์ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ที่เคยดีต่อกันกลายเป็นผู้ขายและผู้ซื้อ ผู้ซื้อเองก็อยากได้สินค้าทางการแพทย์ที่ดีที่สุด ผู้ขายก็ต้องการขายสินค้าให้ได้เงินมากที่สุด ความสัมพันธ์ที่มีเงินตราเข้าไปเกี่ยวข้องเมื่อใด มักจะไม่มีผู้ใดยอมเสียเปรียบซึ่งกันและกัน

เราจะช่วยกันได้อย่างไร ที่จะให้คุณธรรมประจำจิตใจของแต่ละคนที่ถูกอำนาจเงินตราครอบงำไว้ ได้พบแสงสว่างให้ผู้คนแสวงหาเงินตราเป็นหลักกลับมาช่วยเหลือเกื้อกูลสังคมเมืองไทยให้น่าอยู่ ทางออกจากวิกฤตการฟ้องร้องแพทย์จากการรักษา ที่สามารถทำได้ง่ายและรวดเร็วคือการที่บุคลากรทางการแพทย์เปลี่ยนความคิดจากผู้พูดเป็นผู้ฟังที่ดี ถ้าที่จะยอมรับผิดกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยที่มีการพูดคุยและร่วมมือกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษากับอาการเจ็บป่วยดังกล่าว เราคงต้องใช้วิกฤตการฟ้องร้องแพทย์เป็นโอกาสอันดีที่จะหันมาทบทวนตัวเองถึง คุณธรรมอันดีงาม อุดมคติในชีวิต ความฝันที่หลุดลอยไป คุณค่าของการทำงานที่มากกว่ารายได้ คุณค่าของชีวิตมนุษย์ที่ไม่สามารถอยู่ค่าฟ้าและเออะไรติดตัวไปได้หลังความตายได้มาพรากไป คงเหลือไว้ที่คุณงามความดีที่น่าถึง หรือความไม่ดีที่โลกต้องจดจำไม่ควรนำมาเป็นตัวอย่าง เป็นท่านจะเลือกอย่างไร

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2547). คู่มือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. นนทบุรี : กรมอนามัย.
กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2547). คู่มือการพิจารณาอุทธรณ์ตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2548). คู่มือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. นนทบุรี: กรมอนามัย.
กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2548). กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง คำแนะนำและแนวทางปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2548). คู่มือการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 “เรื่อง การอนุญาต การออกคำสั่งและการยึดและอายัด. นนทบุรี: กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข
- กรมอนามัย. (2548). คู่มือการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา. (2545). คู่มือการทำงานของ อสม. นนทบุรี. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2546) .อำนาจและคอร์รัปชัน: ถอดรหัสวัฒนธรรม ราชการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : อมรินทร์
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2548) .งานคือความดีที่หล่อเลี้ยงชีวิต. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2549).ความดีที่เยี่ยวยา : เรื่องเล่ากับการแพทย์ที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ. (2550). สันติ – สุขภาวะ. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- ทินกร โนรี (บรรณาธิการ).(2551) ฝืเสื้อยับปีก.นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังใจคนด้านสุขภาพ.
- ประชาธิปไตย กะทา .(2549). สมุฏฐานทางสังคมกับโรคยาสูบ.หมออนามัย. 15 (5) มีนาคม – เมษายน 2549
- ประชาธิปไตย กะทา. (2549) . วิกฤตแพทย์ วิกฤตสาธารณสุข วิกฤตระบบสุขภาพไทย. หมออนามัย.15(6) พฤษภาคม – มิถุนายน 2549.
- ประชาธิปไตย กะทา. (2549).แบบจำลองคำอธิบายโรคระหว่างหมอกับคนไข้. หมออนามัย. 16(1) กรกฎาคม – สิงหาคม 2549.

ประชาธิปไตย กะท. (2549).อุปถัมภ์การเจ็บป่วย. หมออนามัย. 16(2) กันยายน – ตุลาคม 2549.

ประวิทย์ สถาพรวงศา. (2548). ทำอย่างไรคนไทยจะหยุดการฟ้องร้องแพทย์. นสาดสื่อ.

12: (69) ตุลาคม – พฤศจิกายน 2548.

ประสาน ต่างใจ. (บรรณาธิการ). (2541).ทำความเข้าใจกับหลักการ ข้อคิด ประสบการณ์.

กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.

ประสาน ต่างใจ.(บรรณาธิการ). (2548).โรงพยาบาลกับประชาชน. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.

พรทิพย์ เนติการัตนกุล. “ผ่าตัดมดลูก: ประสบการณ์และการให้ความหมายต่อมดลูกของเอกสารในการประชุมศุภกัสนา ในวันที่ 11 สิงหาคม 2549.นนทบุรี : สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). สิทธิผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ

ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ.(2551) “ความสัมพันธ์เชิงสมานฉันท์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและชุมชน” นนทบุรี: เอกสารคัดสำเนา.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน . ประชุมวิชาการเวชศาสตร์ฉุกเฉินครั้งที่ 5 ประจำปี 2548, เตรียม

ER รั้งภัยใหม่ในสิบปีหน้า. สมาคมศาสตร์ฉุกเฉิน , บริษัท เอน. พี. เพรสจำกัด

สารี อ่องสมหวัง, สุภรนต์ โรจนไพวงศ์, อภิญา ตันทวีวงศ์. (2542). 15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ.กรุงเทพฯ : มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุภรนต์ โรจนไพวงศ์. (2542) “ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์”.นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สุภรนต์ โรจนไพวงศ์. (2542) “ทุกข์จากโรงพยาบาล”.นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2547). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.นนทบุรี:

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). ฟ้อง-ไม่ฟ้องสูงสุดคืนสู่สามัญ.วารสาร

โรงพยาบาลชุมชน. 7: (3) พฤศจิกายน- ธันวาคม 2548

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2549). คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี:

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักกระบวนวิชา.(2549). คู่มือสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากการจราจร

ทางถนน. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค

สันต์ หัตถิรัตน์. (2522). หมอไม่ใช่เทวดา. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกมลคีมทอง

อรสม สุทธิสาคร. (2549). สงสัย...ตายเพราะหมอ?. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สารคดี.

อดิศักดิ์ จี๋พัฒน์าวดี. (2548). ความเจ็บป่วย อำนาจ และปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพ:
เรื่องเล่าจากโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒน
สังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อภิญา ตันทวีวงศ์. (2542). เจ็บเกินโรค. กรุงเทพฯ: มุลนิธิเพื่อผู้บริโภคและสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข

<http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ermed/webpage/postgrad.htm>

http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=949_0000136570

Judith E. Tintinalli , Emergency Medicine : A comprehensive guide. ACEP, Mc Graw Hill

ems.narenthorn.or.th/emsguide.pdf

hospital.moph.go.th/lopburi/ACCIDENT.HTM - 10k

<http://ems.fire2rescue.com/>

Judith E. Tintinalli , Emergency Medicine: A comprehensive guide. ACEP, Mc Graw Hill.