

ทุกข์จาก โรงพยาบาล

เลขหมู่ พ84 ๐247ท 2542

เลขทะเบียน หส๐๖19

วันที่ 22 ส.ค. 2554



กระดาษเนื้อในของหนังสือเล่มนี้พิมพ์ด้วยกระดาษรีไซเคิล

ทุกข์จากโรงพยาบาล

ประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่ไม่ควรมองข้าม

สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์

เรียบเรียง

จากรายงานการวิจัย

"15 กรณีศึกษา ว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ"

โดย สารี อ่องสมทวง สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์ อภิญา ดันทวิวงศ์ และคณะ

ของ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย

สนับสนุนการวิจัยโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค จัดพิมพ์เผยแพร่

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สนับสนุนการพิมพ์

ธันวาคม 2542

ทุกข์จากโรงพยาบาล

6 ประสบการณ์ความทุกข์ของผู้ป่วย
จาก "15 กรณีศึกษา ว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ"

ISBN 974-87237-5-5

จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม

เจ้าของ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หัวหน้าโครงการ

สารี อ๋องสมหวัง

สนับสนุนการพิมพ์

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

เรียบเรียง

สุกรานต์ โรจนไพรวงศ์

นักวิจัย

ผการัตน์ อุดอามาตย์

ดิณ นิติกรวินกุล

เกื้อเมธา ฤกษ์พรพัฒน์

สมพัฒน์ ศรีเมฆารัตน์

สายรุ้ง ทองปลอน

สุภาภรณ์ อัมมมงคล

ออกแบบปก สหพรษ เพ็ชรจรัส

รูปเล่ม โลกศุลยภาพ

พิมพ์ที่ บริษัทพิมพ์ดี จำกัด โทร. 803 2694-2

จัดจำหน่าย บริษัทเคล็ดไทย จำกัด โทร. 225 9536-9

ราคา 100 บาท

สารบัญ

คำปราชญ์ : ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์	7
คำนำผู้พิมพ์เผยแพร่ : นางสาวสวรี อ่องสมหวัง	13
คำนำผู้เรียบเรียง : นางสาวสุกวรรณ โรจนไพรวงศ์	19
บทนำ : ศ. นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	25
เกิดอะไรขึ้นกับบุญมาก ?	31
อย่าบอกว่ามาจากโรงพยาบาล	49
'หนุ่มรัดทนต์' คนดัง	63
การเดินทางของปราณี	81
ศักยภาพพร้อม ชาตแต่เตี้ยง	99
เพื่อไปให้พ้นจาก 'ศูนย์'	111

คำปรารภ

ความทุกข์ ระบบการแพทย์ และความเป็นมนุษย์

โดยฐานคติทางปรัชญาแล้วการแพทย์สมัยใหม่ถือว่า “ความทุกข์” ไม่ใช่ประเด็นทางการแพทย์ หมายความว่า ความทุกข์ไม่ใช่ประเด็นที่สถาบันทางการแพทย์ หรือสถาบันที่วิจัยค้นคว้าเกี่ยวกับศาสตร์สุขภาพสมัยใหม่จะให้ความสำคัญ แม้ในการเสนอโครงการวิจัยเรื่องร้องทุกข์ของคนไทยกับระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นที่มาของหนังสือเล่มนี้นั้น ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์บางท่านยังได้ให้ความเห็นว่า การใช้คำว่า “ทุกข์” และ “ความทุกข์” ในการวิจัยนี้ไม่น่าจะเหมาะสม ควรจะเปลี่ยนจาก “ความทุกข์” เป็น “ปัญหาที่เกิดจากการใช้บริการทางการแพทย์” จะมีความเหมาะสมมากกว่า ข้อเสนอที่น่าจะมาจากพื้นฐานความคิดที่ว่า เรื่อง “ความทุกข์” และคำว่า “ทุกข์” นั้นควรจะมีที่ทางของมันอยู่ต่างหากเสียที่อื่น (เช่นในวงการศาสนา ปรัชญา หรือในบทละครชีวิตต่าง ๆ) มากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่นำมาวิเคราะห์ค้นคว้าหรือถกเถียงอภิปรายกันในแวดวงวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงไม่น่าแปลกที่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความทุกข์ของประชาชนกับระบบสาธารณสุขนั้นมียุเป็นจำนวนนับได้ไม่เกินนิ้วบนฝ่ามือ

ความรู้สึกที่ว่า การพูดถึงความทุกข์ในวงการแพทย์และสาธารณสุข เป็นเรื่องผิดที่ผิดทางนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการพูดถึง “ความทุกข์” นั้นเจอ

ได้ด้วยเรื่องราวของอารมณ์ความรู้สึก การแพทย์ตะวันตกนั้นก็เหมือน วิทยาศาสตร์สมัยใหม่ทั้งหลายตรงที่ปฏิเสธการเข้าไปเกี่ยวข้องกับด้านใน ของชีวิตที่เป็นอารมณ์ ความรู้สึก หรือมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์ ระบบ การแพทย์สมัยใหม่สนใจมนุษย์ก็แต่ในส่วนที่เป็นชีววิทยาและความผิดปกติ ของอวัยวะต่าง ๆ เป็นส่วน ๆ แยกจากกัน หาได้สนใจความเป็นมนุษย์ โดยองค์รวมไม่ ยิ่งวิทยาการทางการแพทย์พัฒนาไปเป็นศาสตร์เฉพาะทางก็ ยิ่งแยกมนุษย์ออกเป็นส่วนย่อย ๆ ของระบบร่างกาย แต่ละอวัยวะก็มี แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางดูแลเป็นส่วน ๆ ไป วิทยาศาสตร์การแพทย์เช่น นี้ไม่มีที่ทางสำหรับอารมณ์ความรู้สึกหรือมิติทางจิตวิญญาณของความเป็น มนุษย์ เพราะจิตวิญญาณและความเป็นมนุษย์นั้นบังเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมี บุรณาการของส่วนย่อยที่รวมกันเข้าเป็นองค์รวม โดยคุณสมบัติขององค์ รวมนี้จะไม่ ปรากฏให้เห็นในส่วนย่อยแต่ละส่วน การแยกส่วนย่อย ๆ มา พิจารณาอย่างที่มีการแพทย์แยกระบบร่างกายออกเป็นอวัยวะและนำมา วิเคราะห์เป็นส่วน ๆ จึงมองไม่เห็นความเป็นมนุษย์ องค์ความรู้ทางการแพทย์จึงไม่มี มิติทางจิตวิญญาณและขาดความเข้าใจที่ลุ่มลึกต่อองค์รวม ของความเป็นมนุษย์อย่างที่มีก่อกำเนิดว่า เมื่อ “คนไข้” มาหาหมอ นั้น หมอ เห็นแต่ “ไข้” ไม่เห็น “คน”

ไม่เฉพาะแต่มิติของความเป็นมนุษย์จะขาดหายไปจากองค์ความรู้ ทางการแพทย์ ในส่วนของการวิจัยเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขนั้นก็มิ ได้แตกต่างออกไปเท่าไรนัก องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขได้ รับแรงขับเคลื่อนเป็นด้านหลักจากแนวคิดทฤษฎีการบริหารจัดการสมัยใหม่และ ทฤษฎีด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งล้วนสนใจแต่ในเรื่องที่ตรวจวัดได้ในเชิงปริมาณ ดังจะเห็นได้จากการมีการพัฒนา “ตัวชี้วัด” และ “เครื่องมือ” ต่างๆ เพื่อใช้ ในการวางแผนหรือประเมินการพัฒนาต่างๆ ศาสตร์เหล่านี้ใส่ใจเฉพาะด้าน ที่เป็นภาวะวิสัย คือสิ่งที่วัดได้โดยไม่ขึ้นกับอารมณ์หรือความรู้สึกนึกคิดสิ่ง เหล่านี้ไม่มีอยู่เพราะเป็นสิ่งที่ตรวจวัดไม่ได้ แต่ความทุกข์มนุษย์นั้นแม้จะ

เป็นความรู้สึกในใจของแต่ละคน แต่เราต่างก็สามารถรับรู้ความทุกข์ ความ
ขมขื่น หรือความปวดร้าวของผู้อื่นได้ และหากปราศจากความรู้สึกนึกคิดที่เป็น
อติวิสัย เช่น อารมณ์รัก โกรธ เสียใจ ความใฝ่ฝัน และการมีกำลังใจ
หรือการสิ้นหวัง คนเราก็หมดเสียซึ่งธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ การ
ศึกษาที่นำเอา “ความทุกข์” มาเป็นโจทย์ในการวิจัยจึงเป็นยาถอนพิษที่ดี
สำหรับระบบการแพทย์ที่ลืมนองด้านที่เป็นมนุษย์ของความเจ็บป่วย การ
บอกกล่าวเรื่องราวชีวิตของผู้คนที่ต้องทนทุกข์จากความเจ็บป่วยแล้วยังต้อง
ถูกซ้ำเติมด้วยทุกข์ที่เกิดจากโรงพยาบาลอาจช่วยเผยโฉมหน้าของความเป็น
มนุษย์ที่มีอยู่ในโรคภัยไข้เจ็บให้เห็นได้ชัดเจนขึ้น

ผมตอบรับเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัยเรื่อง 15 กรณีศึกษาว่าด้วย
ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ (ซึ่งผลการวิจัยถูกนำมาเรียบเรียงเป็น
หนังสือสามเล่มในชุดที่ท่านถืออยู่นี้ คือ ทุกข์จากโรงพยาบาล เจ็บเกินโรค
และทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์) อย่างไม่ลังเลใจ ส่วนหนึ่งเพราะรู้จักกับ
คุณสารี อ๋องสมหวัง ผู้เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยมากกว่า 10 ปี และรู้ว่า
คุณสารีและทีมวิจัยนี้เป็นกลุ่มสตรีที่ทำอะไรจริงจังและทุ่มเท แต่สาเหตุ
สำคัญอีกประการหนึ่งก็เพราะเห็นว่า สิ่งที่คุณสารีและคณะจะทำการศึกษานี้
เป็นเรื่องราวที่ขาดหายไปจากวิถีคิดทางการแพทย์ และสิ่งนี้ทำให้การแพทย์
ขาดมิติของความเป็นมนุษย์ ความทุกข์ของผู้คนที่ต้องเผชิญเมื่อเจ็บป่วยและ
ยังต้องมาเจอทุกข์ทับถมเพิ่มเติมจากระบบบริหารทางการแพทย์ที่ไม่
ละเอียดอ่อนนี้มีอยู่มหาศาล ทุกข์เหล่านี้เป็นทุกข์ที่สูญเปล่ามาโดยตลอด
เพราะเป็นทุกข์ที่เกิดขึ้นแล้วมิได้เกิดการเรียนรู้หรือนำไปสู่ปัญญาเพื่อปัญหา
ของระบบบริการ

กรณีศึกษาหลายกรณีชี้ชัดว่า การร้องทุกข์กับหน่วยงานที่รับผิดชอบ
ขอบนอกจากต้องใช้เวลาและทรัพยากรเป็นอย่างมากแล้ว กลไกการให้
ความเป็นธรรมแก่ผู้เสียหายยังขาดประสิทธิภาพหรือไม่ก็ขาดความตั้งใจจริง
ที่จะแก้ไขปัญหา มิต้องพูดถึงเรื่องการเรียนรู้ที่จะนำไปสู่สติปัญญาอย่าง

ใหม่ที่จะนำไปสู่การแก้ไขในเชิงระบบเลย ผู้คนที่มีความทุกข์ยากเหล่านี้ซึ่งในบางกรณีพ่อแม่ต้องสูญเสียบุตร - ธิดา หรือสามีภรรยาต้องพลัดพรากจากกัน บางกรณีผู้ป่วยต้องพิการหรือสูญเสียคุณค่าและถูกลดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ต้องหันไปร้องหาความเป็นธรรมโดยอาศัยสื่อมวลชน สื่อมวลชนจึงมีส่วนช่วยให้ผู้ไม่ได้รับความเป็นธรรมได้รับความสนใจจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่สื่อมวลชนมักให้ความสนใจเฉพาะกับกรณีที่สถานพยาบาลรักษาผิดพลาดหรือกรณีแพทย์ละเลยจรรยาวิชาชีพจนทำให้เกิดความเสียหายว่ากันโดยส่วนใหญ่แล้ว สื่อมวลชนจะมุ่งไปที่การหาตัวผู้กระทำผิดมากกว่าที่จะมองไปที่ความผิดพลาดของการของตัวระบบที่ผิดพลาด

ไม่มีหมอหรือพยาบาลที่จบใหม่คนไหนตั้งใจมาเริ่มชีวิตการทำงานด้วยความคิดที่จะมาซ้ำเติมให้คนไข้หรือญาติต้องทุกข์ยากมากขึ้น หมอพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ว่าไปแล้วก็เป็นลูกหลานชาวบ้านที่รู้ดีถึงความทุกข์ยากในยามเจ็บป่วย และเกือบทุกคนต่างก็รับรู้หรือเคยประสบกับตนเองว่าการไปรับการรักษาโรคเมื่อเจ็บป่วยที่โรงพยาบาลมักพบกับถ้อยคำหรือกิริยาท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่ทำให้ต้องซุนเคืองใจ แต่บุคคลเหล่านี้เมื่อเข้าสู่ระบบการทำงานได้สักระยะหนึ่งก็สูญเสียความละเอียดอ่อนที่เคยมีต่อเพื่อนมนุษย์ ความรู้สึกรู้สึมกับความทุกข์ยากที่ตนเองก็เคยชมชื่นใจกลับถูกทำให้ชาชินไปโดยระบบระเบียบและโครงสร้างการทำงานที่ลดทอนความเป็นมนุษย์ บ่อยครั้งที่ความเหน็ดเหนื่อยจากภาระการงานที่หนักทำให้ง่ายที่โทสะจริตจะเข้ามาครอบงำเหนือสำนึกและจรรยาวิชาชีพ ยิ่งการแพทย์กลายเป็นการพาณิชย์ที่แสวงหากำไรจนเกินขอบเขต ความเป็นมนุษย์ยิ่งถูกลดทอนลงเหลือค่าเท่ากับคำตอบแทนทางธุรกิจ

ที่กล่าวมานี้มิได้หมายความว่าแพทย์จะไม่สามารถก้าวพ้นข้อจำกัดของระบบวิธีคิดของตนเองได้ แต่การที่จะก้าวพ้นข้อจำกัดนี้จะต้องเริ่มจากการรู้เท่าทันจุดอ่อนของระบบการแพทย์ที่เป็นอยู่เสียก่อน บ่อยครั้งที่ความทุกข์ซึ่งเกิดจากระบบบริการถูกมองว่าเป็นเพราะแพทย์หรือบุคลากร

ทางการแพทย์ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย ความพยายามแก้ปัญหา จึงมักมุ่งไปที่การฝึกทักษะการสื่อสาร ทักษะดังกล่าวแม้จะถือได้ว่าถูกต้อง แต่เหตุแห่งทุกข์ที่สำคัญน่าจะมีปัจจัยหลักอยู่อย่างน้อยสองประการนอกเหนือจากการขาดการสื่อสาร สาเหตุประการแรกอยู่ที่ทักษะแม่บท (หรือที่เรียกว่ากระบวนการทัศน์) ที่ผิดพลาดของการแพทย์สมัยใหม่ที่มองชีวิตแยกเป็นส่วน ๆ จนมิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไป การแก้ปัญหาจะต้องเริ่มจากสัมมาทิฐิหรือทฤษฎีที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพที่เคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ จึงจำเป็นต้องมีการปรับทัศนะทางการแพทย์ในระดับรากฐาน การเรียนรู้จากความทุกข์ยากที่เกิดขึ้นจะเป็นขั้นตอนสำคัญในการปรับทัศนะดังกล่าว การศึกษาขั้นนี้มุ่งประโยชน์เพื่อการเรียนรู้จากความทุกข์เพื่อนำมาไปสู่การปรับทัศนะที่เป็นข้อจำกัดของระบบบริการ จึงมิได้พุ่งเล็งไปที่การกล่าวโทษตัวบุคคลหรือหา “เหยื่อ” ที่เป็นผู้กระทำผิด

สาเหตุประการที่สองเป็นเรื่องโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่แยกขาดจากชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการต่อรองหรือกำกับระบบบริการทางการแพทย์น้อย ยิ่งระบบการแพทย์มีขนาดใหญ่ มีการแบ่งแยกสาขาความชำนาญเฉพาะทาง มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ราคาแพง และมีการทำการแพทย์ให้เป็นการค้ามากขึ้น ช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยก็ยิ่งถ่างกว้างมากขึ้น การเปิดโอกาสให้ตัวแทนชุมชนหรือองค์กรทางสังคมเข้ามามีเสียงในการบริหารจัดการจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำทางอำนาจ และสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการได้ โรงพยาบาลที่มีความร่วมมือและการมีส่วนร่วมที่ใกล้ชิดจากชุมชนจึงมักก่อความทุกข์น้อย แต่การทำงานร่วมกันอย่างสมานฉันท์ระหว่างชุมชนกับสถานพยาบาลไม่ใช่สิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ง่าย ๆ เพราะต้องการวุฒิภาวะและความยืดหยุ่นของทุกฝ่าย จึงมิใช่เฉพาะแต่วงการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้นที่ต้องเรียนรู้ หากแต่สังคมจะต้องเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้สังคมทั่วทั้งหมดยุคสามารถเข้าใจและร่วม

กันแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนเชื่อมโยงกันเป็นระบบจนยากจะแก้ไขที่จุดใดจุดเดียวได้สำเร็จ

การปรับกระบวนการทัศน์และการปรับโครงสร้างของระบบการแพทย์ การสาธารณสุขเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นควบคู่กัน เพื่อที่จะทำให้ความเป็นมนุษย์ และความละเอียดอ่อนต่ออารมณ์ ความรู้สึก และความทุกข์ของผู้คนได้รับการเอาใจใส่ และทำให้การแพทย์เป็นศิลปะการเยียวยารักษาโรคที่เป็นการประสมกลมกลืนระหว่างความเป็นศาสตร์และศิลป์ มากกว่าการประยุกต์เทคโนโลยีการรักษาโรคเพื่อซ่อมสุขภาพเหมือนซ่อมเครื่องยนต์กลไก

ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

29 พฤศจิกายน 2542

ตำนานผู้พิมพ์เผยแพร่

ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เป็นศูนย์ที่เน้นการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความช่วยเหลือผู้บริโภคที่ประสบปัญหาจากการใช้หรือรับบริการจากปัจจัยสี่ต่าง ๆ ตลอดจนรณรงค์ด้านนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้บริโภค

เกิดขึ้นจากความคิดและความเชื่อของคนทำงานในองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขที่เห็นว่า สังคมและกระแสนิยมจะเป็นกระแสหลักของสังคมไทย จำต้องมีกระบวนการป้องกันและแก้ปัญหาที่แตกต่างกันออกไปจากเดิม และหนึ่งในกิจกรรมสำคัญที่ท้าทายผู้คนในยุคเมื่อห้าปีที่ผ่านมานั้น คือ ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคซึ่งเกิดขึ้นท่ามกลางความวิตกกังวลว่า หากไม่มีคนร้องทุกข์จะทำกันอย่างไร

ประสบการณ์ห้าปีในการทำงานผู้บริโภคทำให้ได้ข้อสรุปที่สำคัญหลายประการ เช่น ในอดีตสังคมไทยไม่จำเป็นต้องใช้สิทธิก็มีความสุขได้เป็นอย่างดี เนื่องจากวิถีการบริโภคไม่สลับซับซ้อนเช่นปัจจุบัน ประการที่สองคนที่ใช้สิทธิมักถูกมองว่าเป็นคนเรื่องมาก เจ้าปัญหา แทนที่จะถูกยกย่องว่าเป็นผู้ตั้งคำถามกับความไม่เป็นธรรม เป็นผู้มีคุณูปการกับผู้บริโภคคนอื่น ๆ ที่ช่วยให้สังคมหาทางในการแก้และป้องกันปัญหา และที่สำคัญพบว่า กลไกต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการช่วยคุ้มครองสิทธิ ผู้บริโภคยังไม่ทราบและเข้าไม่ถึงบริการ ถึงแม้บางคนจะทราบและมีประสบการณ์ใช้บริการ แต่พบว่ากลไกส่วนใหญ่บั่นทอนกำลังใจในการใช้สิทธิมากกว่าจะมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือและไม่เป็นกลางจริง ขาดความเป็นอิสระในการตัดสินใจ และเมื่อมองการใช้

สิทธิด้านบริการสุขภาพ ผู้บริโภคยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆ มากมาย ตั้งแต่ขาดหน่วยงานที่ดูแลผู้บริโภคที่เป็นผู้ป่วย มีเพียงผู้ดูแลสถานบริการ โรงพยาบาล ผู้ประกอบวิชาชีพ และที่หนักหนาสาหัสหากมีการฟ้องร้องในกระบวนการศาลก็เห็นจะเป็นภาระในการพิสูจน์ความผิด กระบวนการศาลที่ล่าช้ายาวนาน จนทำให้คนใช้สิทธิทั้งหลายท้อแท้ไปตาม ๆ กัน

การมีศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภคทำให้ได้รับทราบถึงความทุกข์ของผู้ป่วยหลายประการที่เกิดขึ้นจากบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการไม่ได้รับการบริการที่ดีจากโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่แพงมากขึ้น การปฏิเสธการรักษาในกรณีฉุกเฉินด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เกิดความพิการทางร่างกายจากการรับบริการโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ คุณภาพบริการชั้นสองภายใต้ระบบประกันสังคม การเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการขาดข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็นเป็นต้น

ประสบการณ์จากการทำงานเหล่านี้เองทำให้มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคตัดสินใจโดยไม่ลังเล ว่าเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการโครงการวิจัยในการศึกษาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพ ด้วยการตระหนักถึงความทุกข์ของผู้ป่วย อันเป็นฐานข้อเท็จจริงที่สำคัญอีกมิติหนึ่งในการปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุข เพราะปัญหาหรือความทุกข์จากการใช้บริการด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่กระทบต่อชีวิตประชาชนอย่างมาก บางกรณีทับถมความทุกข์ความเจ็บป่วยให้มากขึ้นไปอีก หรือนำมาซึ่งความสูญเสียที่ไม่อาจจะลืมเลือนได้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง ไม่เฉพาะทางฝ่ายผู้ประสบทุกข์ แต่รวมถึงฝ่ายผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นจากแพทย์ พยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบยุติธรรม องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์ สื่อมวลชน หน่วยงานด้านการประกันสุขภาพ และระบบสวัสดิการ

สุขภาพ เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจปัญหา ความทุกข์ และประสบการณ์ชีวิตของ
กรณีศึกษาอย่างลึกและรอบด้านที่สุด มุ่งหาข้อเท็จจริงจากทุกฝ่ายให้
สมบูรณ์ที่สุด โดยแต่ละกรณีศึกษาจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลราว 3 เดือน
และครอบคลุมการใช้บริการ ณ สถานบริการของรัฐและเอกชน ทั้งในกรุงเทพฯ
ปริมณฑล และต่างจังหวัด

และที่สำคัญการศึกษาค้างนี้มิได้มุ่งศึกษาเพื่อหาบทสรุปในการเพ่ง
โทษไปที่บุคคลหรือหน่วยใดหน่วยหนึ่ง และไม่ได้มุ่งหาข้อสรุปว่าฝ่ายใดถูก
ต้องกว่ากัน ตลอดจนไม่ให้ความสำคัญว่าใครถูกหรือผิด หากแต่มุ่ง
พิจารณาความทุกข์และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริงทั้งในอดีตและปัจจุบัน
เพื่อให้เห็นถ่องแท้ถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาของการบริหารจัดการ
ที่เกี่ยวข้องอยู่ในระบบสาธารณสุข ด้วยทัศนะว่า “ระบบ” มีอิทธิพลต่อ
“คน” ซึ่งในที่นี้หมายถึงบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงการ
ดำเนินบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง อย่างไม่อาจแยกจากกัน และ
ด้วยพื้นฐานความเชื่อว่า ความรู้และความเข้าใจในทุกข์ของคนจะเป็นพลังใน
การแก้ปัญหาในระบบบริหารด้านสุขภาพให้ตอบสนองต่อสังคมโดยรวม โดยมี
คนเป็นศูนย์กลาง

รูปธรรมความทุกข์ที่สำคัญ ๑ ได้แก่ ความสูญเสียคนที่รักและผูก
พัน ซึ่งเป็นความสูญเสียที่ร้ายลึก และบางครั้งระยะเวลาก็ไม่อาจที่จะ
เยียวยาหรือทำให้ความทุกข์นั้นเบาบางลง การสูญเสียอวัยวะและโอกาสใน
การปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในชีวิต ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรเกิดขึ้นจาก
การรักษาพยาบาล และภาระเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจากการใช้
บริการและการใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ในฐานะผู้ป่วยหรือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็น
ภาระทางเศรษฐกิจ ภาระในการร้องเรียน ฟ้องร้อง ติดตามเรื่องราว หรือแม้
กระทั่งการพิสูจน์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Burden of proof) ตลอดจน
ความสูญเสียคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งจากการถูกตราหน้า การได้
รับการปฏิบัติไม่ดี การเกิดความรู้สึกในทางลบต่าง ๆ ความคับแค้น และที่

สำคัญเกิดความทุกข์ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้

ปฏิกิริยาของผู้ที่ได้รับทุกข์ ส่วนหนึ่งสามารถยอมรับได้กับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ซึ่งมีการดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ การร้องเรียนกับหน่วยงานเพื่อให้มีการตรวจสอบปัญหา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความรับผิดชอบ หรือการเปิดเผยเรื่องสู่สาธารณะเพื่อสอนบทเรียนและหวังผลในการหาทางแก้ปัญหา การฟ้องร้องดำเนินคดีกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการ ตลอดจนความพยายามในการแสวงหาทางแก้ปัญหาความทุกข์ที่เกิดขึ้น

ความทุกข์ที่เกิดขึ้นสัมพันธ์โดยตรงกับระบบบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อันได้แก่ คุณภาพการให้บริการที่ได้รับ เช่น ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย การขาดเทคโนโลยีและการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น การมีระบบบริหารและจัดการผลประโยชน์เกี่ยวกับอุปกรณ์และบริการพิเศษในโรงพยาบาล นโยบายลดการสนับสนุนการบริการจากภาครัฐ การขาดระบบตรวจสอบคุณภาพการให้บริการในสถานบริการ ตลอดจนระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสิทธิภาพของระบบการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการทั้งจากหน่วยงาน องค์กรวิชาชีพ และสื่อมวลชน ระบบหลักประกันด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การบังคับใช้กฎหมายและช่องว่างของกฎหมาย เป็นต้น

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เกิดข้อเสนอมากมายทั้งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐ องค์กรผู้บริโภค สื่อมวลชนที่จะต้องมียบทบาทในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพร่วมกัน

การมีคณะกรรมการหรือกลไกอิสระในการดำเนินการด้านคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยด้านบริการสุขภาพน่าจะเป็นมาตรการเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ

รัฐควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและกลุ่มผู้บริโภค เพื่อผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและส่งเสริมให้มีกลไก

คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ผู้บริโภครสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเป็นอิสระในการพิจารณาและตัดสินใจ ตลอดจนการสนับสนุนข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้บริโภค

การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังและเข้มงวด การปฏิรูปกระบวนการทางศาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น ตลอดจนการแก้ไขเพิ่มเติมสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความเป็นธรรมจากการพิสูจน์ความผิด การพิสูจน์ความผิดถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ

การจัดทำมาตรฐานในการชดเชยความเสียหาย ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรจะเกิดขึ้น ตลอดจนการสูญเสียโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่และสถานบริการอย่างมีรูปธรรมชัดเจน

การปฏิรูประบบบริการให้ผู้บริโภคทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ (universal coverage of health care) โดยให้ความสำคัญกับป้องกันความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นจากหลักประกันด้านสุขภาพ

ภารกิจที่สำคัญร่วมกันของทุกส่วนคือ การให้การศึกษา เพื่อพัฒนาและรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนวิถีคิดเรื่องสุขภาพที่ตกอยู่ภายใต้กระแสบริโภคนิยม

และท้ายที่สุดคือ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต้องให้ความสำคัญกับความทุกข์ของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ต้องเป็นระบบที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบและมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอกได้ ตลอดจนการมีตัวแทนของผู้ป่วยหรือผู้บริโภค สื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการที่พึงประสงค์

โครงการการศึกษานี้ไม่อาจสำเร็จเป็นรูปเล่มที่ถืออยู่นี้ได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยและญาติที่ประสบทุกข์ การถ่ายทอดประสบการณ์สำหรับให้คณะนักวิจัยนำมารวบรวมเป็นข้อมูลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้ หมายถึงการที่บุคคลเหล่านี้ต้องย้อนรำลึกไปถึงช่วงเวลาอันทุกข์ทรมาน เจ็บปวด สูญเสีย และการพลัดพราก

จากผู้เป็นที่รักอีกครั้งหนึ่ง

ความทุ่มเทในการแสวงหาความจริงอย่างเข้มแข็งและแข็งขันของนักวิจัยทุกท่าน การสนับสนุนของผู้ประสานงานโครงการวิจัยทั้งคุณสุภรานต์ ไรจนไพรวงศ์และคุณอภิญา ตันทวีวงศ์ ซึ่งเป็นผู้เรียบเรียงหนังสือฉบับสาธารณชนทั้งสามเล่มนี้ ที่ว่าด้วยความทุกข์จากโรงพยาบาล เจ็บเกินโรค และทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์ ตลอดจนข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าจากที่ปรึกษาโครงการ และท่านผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่กรุณามาร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะในเวทีวิชาการที่จัดขึ้นทั้ง 3 ครั้งในระหว่างดำเนินการวิจัย คืออีกส่วนสำคัญหนึ่งที่ทำให้โครงการการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี และส่งผลให้เกิดข้อมูลฉบับสาธารณชนทั้งดงาม

นอกจากนี้ หากขาดเสียซึ่งการเห็นความสำคัญของโครงการฯ และการสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และการสนับสนุนในการจัดพิมพ์ฉบับสาธารณชนจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ความทุกข์ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 15 กรณีนี้ก็คงมีสถานะเป็นเพียงประสบการณ์แห่งความเจ็บปวดและสูญเสียเฉพาะบุคคล และโดยไม่มีโอกาสได้ถ่ายทอดให้สังคมและผู้เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์และสาธารณสุขในวงกว้างได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อเป็นพลังในการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้วยความเข้าใจในความทุกข์ จึงต้องขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สารี อ๋องสมหวัง

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

29 พฤศจิกายน 2542

ตำนานผู้เรียบเรียง

ระหว่างการเขียนเรียบเรียงเรื่องราวความทุกข์ของผู้ป่วยแต่ละกรณีเหล่านี้ มีเพื่อนและคนใกล้ชิดบางคนแวะมาใช้เวลานั่งอ่านบางตอนของเรื่องราวแตกต่างกันไป เกือบทุกคนบ่นว่า “ทุกข์จัง” บางคนก็พรรณารูสึกและความเห็นประกอบด้วย ขณะที่บางคนเฉยๆ แต่มีอยู่บางคน แวะสายตากับหน้ากระดาษต้นฉบับพักเดียวก็เดินจาก พลังเปรยเชิงให้เหตุผลว่า “อ่านไม่ไหวหรอก แค่อ่านต้นมาก็เศร้าแล้ว”

ฟังแล้วก็ได้แต่ตอบกลับเพื่อนในใจว่า “ก็แล้วผู้คนที่เป็เจ้าของเรื่องราวเหล่านี้เล่า” ...ต่อให้รับไม่ไหว แต่การเดินหนีจากคงไม่ช่วยให้อะไรดีขึ้นแน่

งานวิจัย “15 กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ” หรือที่พวกเราคณะผู้ทำวิจัยมักเรียกสั้น ๆ เป็นที่รู้กันว่า “ทุกข์ผู้ป่วย” ใช้ความทุกข์เป็นตัวตั้งในการศึกษาก็ด้วยหวังว่า ในฐานะที่ความทุกข์เป็นสิ่งที่ทุกชีวิตล้วนต้องประสบ การมองปัญหาสาธารณสุขทางด้านของผู้ป่วยผ่านทางความทุกข์ของผู้คนจริง ๆ จึงน่าจะช่วยให้ทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้น อันจะนำไปสู่การแสวงหาแนวทางการปฏิรูประบบที่ตอบสนองต่อประชาชนอย่างแท้จริงต่อไป

หลังจากใช้เวลากว่าปี จากกลางปี 2541 ที่เริ่มต้นด้วยการกำหนดความคิด การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ เรียบเรียงรายงานวิจัย จนกระทั่งปรับแก้เสร็จสิ้นในเดือนกันยายนที่ผ่านมา งานวิจัยแสดงปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดจากการใช้บริการทางการแพทย์ชัดเจน โดยสะท้อนเชื่อมโยงไปถึงระบบสาธารณสุขในหลากหลายระดับด้วยกัน อีกทั้งยังมีส่วนชี้ถึงแนวทางการแก้ไขปรับปรุงระบบในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังคงไม่อาจกล่าวได้ว่า ผลการวิจัยนั้นได้

เข้าถึงความทุกข์เพียงพอ เพราะยิ่งศึกษาก็ยิ่งชัดเจนว่า เรื่องราวของความทุกข์นั้นไม่ธรรมดาเลย อีกทั้งไม่แน่ว่า ด้วยบริบทและวัฒนธรรมทางวิชาการ ในปัจจุบันจะเข้าถึงเรื่องราวทำนองนี้ได้เพียงใด

บางเรื่องในชีวิตนั้น แม้เกิดขึ้นในเวลาสั้นนิดเดียว แต่ก็อยู่ร่วมกับคนนั้นตลอดชีวิตบางเรื่องถึงกับส่งผลให้ชีวิตที่เหลือทั้งหมดเปลี่ยนแปลงพลิกผัน และในท่ามกลางเรื่องราวและการเปลี่ยนแปลงอันไม่พึงประสงค์นั้นเองคือจุดที่ความทุกข์เกิดขึ้น ซึ่งต่อเรื่องราวและความเปลี่ยนแปลงหนึ่ง ๆ คนเราแต่ละคนอาจรู้สึกทุกข์แตกต่างกัน ดังนั้นความทุกข์ในแง่ของรายละเอียดทางความรู้สึกแล้วถือเป็นเรื่องอัตวิสัย แต่ขณะเดียวกันความรู้สึกนั้นก็มีความเป็นสากล ซึ่งอยู่เหนือกว่าความเป็นภาวะวิสัยด้วยซ้ำไป

ในการทำงานวิจัย "ทุกข์ผู้ป่วย" นี้ ทีมของเราจึงไม่เคยกังวลใจ ว่าความทุกข์ของผู้ป่วยและญาติแต่ละคนจะอัตวิสัยเพียงใด อัตวิสัยที่ต้องระวังคือของผู้ทำวิจัยและผู้อ่านงานมากกว่าเช่นเดียวกัน เรามีการนิยามความทุกข์แต่ตระหนักดีว่า เอาเข้าจริงแล้ว ถ้อยคำมักลดความหมายของสรรพสิ่งเสมอ แม้ความทุกข์นั้นมิใช่ยิ่งใหญ่โดยตัวมันเอง ทว่าความรู้สึกและคนที่ทุกข์มีความหมายอย่างยิ่ง ดังนั้น ความทุกข์คืออะไรย่อมไม่สำคัญเท่ากับว่าทุกข์อย่างไร และที่สำคัญก็คือ ต้นเหตุของเรื่องอันก่อทุกข์นั้นคืออะไร

ในฐานะที่ไม่ได้เป็นคนในแวดวงวิชาการ หากมีประสบการณ์ในงานด้านสื่อสารมวลชนเป็นหลัก ทำให้มีการรับรู้โดยพื้นฐานว่า ความทุกข์กับปัญหาต่าง ๆ ทางสังคมในทุก ๆ ด้านนั้นเป็นเรื่องที่ไม่อาจแยกออกจากกันได้ เพราะเมื่อใดที่แยกเอาความทุกข์ออกไป จะไม่มีชีวิตอยู่ในปัญหานั้นไม่ว่าจะเป็นชีวิตคน หรือชีวิตของสรรพสิ่งอื่น ๆ อาจจะด้วยมีฐานการคิดเช่นนี้เองจึงเกิดความคับข้องใจที่หาคำตอบชัด ๆ ไม่ได้มานานแล้ว จากการที่พบอยู่เสมอว่า ในการศึกษาทำความเข้าใจปัญหาหลาย ๆ เรื่อง มักละเลยมิติเรื่องความทุกข์และผู้ประสบทุกข์เสมอ

ตัวอย่างเช่น ในกรณีปัญหาสารเคมีระเบิดที่คลองเตยเมื่อ 2 มีนาคม

2534 เมื่อเวลาคล้อยหลังหลายปี แล้วมีผู้เจ็บป่วยแสดงตัว หน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าดูแลเรื่องจะห่วงใยในประเด็นเรื่องความยุติธรรมต่อฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงวนเวียนถกเถียงกันในเรื่องที่ว่า ความเจ็บป่วยใช้มีสาเหตุจากเหตุการณ์ดังกล่าวหรือไม่ ถ้าหากใช่ การทำเรื่องแห่งประเทศไทยก็ควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ แต่หากไม่ใช่ นอกจากไม่ควรเรียกร้องต่อการทำเรื่อง แล้ว รัฐก็ยังไม่ควรนำภาษีประชาชนทั่วไปมาใช้จ่ายเพื่อเรื่องนี้ ซึ่งหากจะติดตามตรวจสุขภาพย่อมต้องใช้เงินจำนวนมาก เป็นการไม่ยุติธรรมต่อสังคมส่วนรวม ส่วนประเด็นสำคัญที่แท้จริงที่ว่า ทำอย่างไรจึงจะบรรเทาหรือจัดทุกข์แก่ผู้คนในพื้นที่นั้นได้กลับถูกละเลย และในที่สุดก็ไม่มีอะไรทั้งสิ้นต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้น

ในปัญหาเรื่องป่าไม้ โดยเฉพาะป่าอนุรักษ์ก็เช่นกัน กรมป่าไม้ถือกฎหมายที่มีบทบัญญัติว่า ในพื้นที่ที่กฎหมายคุ้มครองให้เป็นที่ธรรมชาตินั้นจะต้องปลอดคนและกิจกรรมต่าง ๆ ของคนโดยทั่วไป จากนั้นใช้กฎหมายในการจัดการสภาพความเป็นจริงที่มีทั้งคนอยู่อาศัยและทำมาหากินในผืนป่าหลายแห่งด้วยการไล่หรือโยกย้ายออกมา มีวิธีการจัดการทั้งที่ละมุนละม่อมรุนแรง จนถึงขั้นเถื่อน ซึ่งแน่นอนว่าก่อให้เกิดระดับความทุกข์ที่แตกต่างกันไป แต่ถึงอย่างไร แม้ในวิธีรุนแรงที่สุด ก็มีได้มีการคำนึงโยยดีถึงความทุกข์ของผู้คนอย่างแท้จริงอยู่ดี

การได้มีส่วนร่วมในงานวิจัย “ทุกข์ผู้ป่วย” ช่วยให้ได้คำตอบบางประการตอบความคับข้องใจในส่วนหนึ่ง โดยมาจากการได้ทราบว่า การศึกษาปัญหาต่าง ๆ ผ่านมุมมองว่าด้วยความทุกข์นั้นยังนับเป็นเรื่องใหม่ในวงการศึกษาวิจัยของไทย ซึ่งบังเอิญอยู่ในวัฒนธรรมยึดความเป็นกลางเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงมีประเด็นพื้นฐานที่จะต้องค่อยก้าวผ่านอีกมาก เช่น ประเด็นที่ว่า จะต้องศึกษาความทุกข์อย่างไรจึงจะไม่เป็นเรื่องอึดวิสัย ทำอย่างไรที่การศึกษาเรื่องความทุกข์จะไม่ออกมาในเชิงเป็นการเสนอแต่ปัญหา ฯลฯ

นอกจากนี้ พบว่า พวกเราชาวไทย (หรืออาจจะเฉพาะชาวพุทธ)

ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความทุกข์ในสองมิติที่ขัดแย้งกัน กล่าวคือ ขณะที่ทางหนึ่งเห็นว่าความทุกข์เป็นเรื่องธรรมดา แต่อีกทางหนึ่งก็รังเกียจความทุกข์อย่างยิ่ง จนชอบที่จะก้าวข้ามไปเร็ว ๆ ยิ่งถ้าเป็นทุกข์ของคนอื่นก็ใช้วิธีมองข้ามไปเลย กระทั่งไม่ทันได้เฉลียวใจว่า หากได้ใช้เวลาพิจารณาทุกข์เสียบ้าง ความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ จะแจ่มชัดขึ้น และการผ่านทุกข์แต่ละครั้งก็จะยังให้เกิดประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับทุกข์ทางสังคม เมื่อเข้าใจก็สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไข มากกว่าเป็นส่วนของการตำหนิปัญหา หรือก่อทุกข์ทับถม ช้ำชาก...

นี่เป็นอีกส่วนหนึ่งที่แอบพูดกับเพื่อนในใจด้วย เพราะในชีวิต มีทั้งความทุกข์ที่หลีกเลี่ยงได้และหลีกเลี่ยงไม่ได้ ขณะเดียวกันก็มีความทุกข์มากมายไม่ควรจะต้องเกิดขึ้นเลย ทุกข์แบบหลังนี่เองที่ต้องการการจัดการป้องกัน ซึ่งหากเป็นทุกข์ชนิดเฉพาะตัว แต่ละคนคงต้องจัดการเอง แต่เมื่อเป็นทุกข์ทางสังคม ย่อมเป็นภาระหน้าที่ของสังคมที่จะจัดการ โดยเริ่มต้นง่าย ๆ ได้จาก...การให้ความใส่ใจ

สุภรนต์ โรจนไพรวงศ์

พฤศจิกายน 2542

เรื่องโนเล่า

บทนำ : ศ. นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	25
เกิดอะไรขึ้นกับบุญมาก	31
อย่าบอกว่ามาจากโรงพยาบาล	49
'หนุ่มรัดทอ' คนดัง	63
การเดินทางของปราณี	81
ศักยภาพพร้อม ขาดแต่เตียง	99
เพื่อไปให้พ้นจาก 'ศูนย์'	111

+ + + + +

บทนำ

ศ. นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์

คำว่าระบบบริการสุขภาพนั้น ในประเทศไทยอาจแบ่งได้เป็น 4 ระบบใหญ่ด้วยกันคือ

1. ระบบบริการของราชการ หมายถึงระบบบริการที่ดำเนินการโดยภาครัฐทั้งหมด เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการเป็นข้าราชการและลูกจ้างของรัฐทั้งหมด และรวมทั้งการให้บริการสุขภาพของหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจด้วย ระบบนี้นับว่าเป็นระบบใหญ่ที่สุดของประเทศ และในระยะแรก ๆ ของการให้บริการเกือบจะเป็นระบบผูกขาดเอาทีเดียว

2. ระบบบริการของหน่วยงานองค์การกุศลที่ไม่ค้ากำไร ได้แก่ บริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์การกุศลที่ไม่หวังกำไร ซึ่งจัดตั้งขึ้นในรูปของมูลนิธิและองค์กรศาสนา ระบบบริการส่วนนี้มีอยู่เป็นส่วนน้อย เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเหล่านี้ทั้งหมดมีรายได้จากเงินเดือนประจำขององค์การกุศลที่เป็นเจ้าของหน่วยงานนั้น

3. ระบบบริการเอกชน ส่วนบุคคล ระบบนี้ได้แก่ สถานบริการขนาดเล็กที่เป็นของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เปิดให้บริการบางเวลา ผู้ให้บริการมักจะเป็นข้าราชการในระบบราชการนั่นเอง แต่มาให้บริการนอกเวลาราชการที่ข้าราชการผู้นั้นพ้นจากหน้าที่ตามปกติของเขา

ระบบบริการสุขภาพแบบธุรกิจ สถานบริการประเภทนี้เพิ่งจะเริ่มขยายตัวอย่างรวดเร็วเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา และเกิดขึ้นเป็นคู่แข่งทั้งระบบบริการของรัฐ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานบริการประเภทนี้ ส่วนหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ที่กินเงินเดือนประจำของสถานบริการนั้น และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับค่าบริการโดยตรงจากผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพประเภทนี้ส่วนใหญ่มาจากข้าราชการ หรือพนักงานในระบบบริการของราชการนั่นเอง

ระบบบริการทั้ง 4 ระบบนี้มีได้แยกจากกันโดยเด็ดขาด มีการสร้างระบบที่โยงใยและเกี่ยวพันกันเชื่อมกันอยู่ในระหว่างระบบทั้ง 4 นั้น อีกอย่างสลับซับซ้อนยากที่คนทั่วไปจะเข้าใจได้

หนังสือเล่มนี้ได้สะท้อนให้เห็นว่า ระบบบริการที่เป็นอยู่มีความบกพร่อง และก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ไปใช้บริการได้อย่างน่าเวทนายิ่งนัก บางกรณีดูเหมือนจะเห็นว่าเป็นความบกพร่องหรือความประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะราย แต่ถ้ามองลึกลงไปถึงตัวระบบก็จะพบความบกพร่องของระบบในตัวของมันเองอยู่เช่นกัน

รายชื่อ 1 เป็นโรคที่ต้องการความดูแลจัดการจากผู้ชำนาญหลายฝ่าย แต่พอไปโรงพยาบาลโดยที่ผู้ป่วยหวังว่าจะได้รับการผ่าตัดที่จะทำให้รูปหน้าดีได้ ผู้ป่วยจึงถูกนำไปยังหน่วยศัลยกรรมตกแต่ง และชะรอยแพทย์ผู้ตรวจคงมุ่งแต่จะทำการผ่าตัดเพื่อตกแต่งใบหน้าผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ทำให้ไม่ได้นึกถึงความพิการที่ซ่อนอยู่ภายในก้อนเนื้องอก ซึ่งต้องการการแก้ไขจากผู้ชำนาญสาขาอื่น จึงละเลยการปรึกษาหารือที่รอบคอบเพื่อร่วมมือกันในการให้บริการผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

ระบบการปรึกษาร่วมกันจากผู้ชำนาญหลายสาขามีได้ถูกนำมาใช้ในกรณีนี้ หากแต่เป็นการให้บริการแบบแยกส่วน ต่างคนต่างทำในแต่ละส่วนที่ตนเกี่ยวข้อง ความทุกข์จึงเกิดแก่ผู้ป่วยรายนี้ ความจริงถ้าจะให้

บริการแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแล้ว ตัวผู้ป่วยควรต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยว่า การผ่าตัดแก้ไขความพิการเช่นนี้ มีความเสี่ยงต่ออันตรายร้ายแรงอะไรบ้างแล้วผู้ป่วยอาจไม่ยอมเสี่ยงให้ทำการผ่าตัดก็ได้

รายชื่อ 2 เป็นความบกพร่องของระบบส่งต่อผู้ป่วย ทั้ง ๆ ที่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดหน่วยราชการกระทรวงเดียวกันแท้ ๆ ก็ยังขาดการประสานข้อมูลระหว่างกัน นอกจากนั้นกรณีนี้ยังแสดงให้เห็นว่า การกำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรในสถานบริการหละหลวมเป็นอย่างมาก

รายชื่อ 3 ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ระบบบริการที่มีอยู่ในปัจจุบันยากที่ผู้ด้อยโอกาสจะเข้าถึง เหตุที่ผู้ป่วยเข้าไปรับบริการได้เพราะเป็นกรณีฉุกเฉิน แต่ก็ได้รับบริการเพียงครั้ง ๆ กลาง ๆ ต้องกลับมาทนทุกข์อีกเป็นเวลานาน เนื่องจากความบกพร่องในระบบติดตามผู้ป่วย และการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน

รายชื่อ 4 เป็นความบกพร่องของระบบส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งยังไม่มีประสิทธิภาพ การใช้บริการของระบบบริการสุขภาพแบบธุรกิจที่ลงทุนจากการซื้อเครื่องมือราคาแพง ย่อมต้องมีค่าบริการสูง ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ก็เข้าไม่ถึงบริการนั้น การใช้บริการจากเทคโนโลยีราคาแพง ไม่มีการวางแผนที่จะทำให้ทุกคนสามารถใช้บริการได้อย่างยุติธรรมและทันเหตุการณ์ ระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถที่เกิดโดยกฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ

รายชื่อ 5 แสดงให้เห็นความบกพร่องของระบบประกันสังคม และการคุ้มครองแรงงาน และความบกพร่องในการประสานงานจากหน่วยงานรัฐในการให้บริการในระดับการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ถูกจำกัดไว้เฉพาะผู้ที่สามารถจ่ายเงินเป็นค่าบริการพิเศษได้เท่านั้น

รายชื่อ 6 เป็นความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพ เพราะถูกเลือกปฏิบัติ

ถ้าผู้อ่านได้รับรู้ความทุกข์ของผู้รับเคราะห์กรรมทั้งหมดในหนังสือนี้แล้ว คงจะเห็นว่าระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังมีข้อบกพร่องอีกมาก โดยเฉพาะระบบการเยียวยาผู้ได้รับความทุกข์ยังไม่มีประสิทธิภาพ และจำเป็นต้องหาทางป้องกันมิให้ความทุกข์ทรมานนี้เกิดขึ้นมาอีก

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องเกิดขึ้นและต้องสร้างระบบใหม่ที่ไม่ทำให้เกิดความทุกข์แก่ผู้รับบริการ ดังตัวอย่างในหนังสือเล่มนี้ ระบบบริการที่จะปฏิรูปใหม่ควรจะเน้นการบริการที่เหมาะสมกับประสิทธิภาพของสถานบริการแต่ละแห่ง โดยการให้บริการมุ่งแบบองค์รวม และมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยควรเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอน การบริการที่ใช้เทคโนโลยีระดับสูง ต้องมีการวางแผนเครือข่ายในการส่ง - รับ ผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องมีระบบส่งต่อที่รวดเร็ว โดยการสร้างเครือข่ายของสถานบริการระดับต่าง ๆ ให้แน่นหนา ตลอดจนเครือข่ายของระบบข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยที่เชื่อมโยงกัน จะทำให้การประสานงานสถานบริการต่าง ๆ มีประสิทธิภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ระบบกฎหมายที่สนับสนุนการเรียกร้องค่าเสียหายของผู้ได้รับทุกข์ในปัจจุบันก็ไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ การเรียกร้องค่าชดเชยจำต้องใช้สิทธิเรียกร้องทางแพ่ง ซึ่งต้องผ่านกระบวนการทางศาลตามหลักกฎหมายแพ่งส่วนละเมิด ทำให้ผู้เสียหายหรือผู้ได้รับความทุกข์หากจะใช้สิทธิเรียกร้องดังกล่าวต้องพึ่งทนายความ ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายอีกจำนวนหนึ่ง อันทำให้ผู้ได้รับความเสียหายที่มีฐานะยากจนเข้าไม่ถึงระบบกฎหมายดังกล่าว

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการประกาศใช้ พ.ร.บ. ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 กฎหมายฉบับนี้สร้างภูมิคุ้มกันให้เจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับที่ไม่ต้องถูกฟ้องจากมูลกรณีละเมิด เนื่องจากการปฏิบัติงานของเขาในหน้าที่ แต่เปิดโอกาสให้ผู้เสียหายสามารถเรียกค่าเสียหายจาก

หน่วยงานของรัฐที่เป็นนิติบุคคลได้โดยตรงหรือจะฟ้องหน่วยงานนั้นเป็นจำเลยต่อศาล โดยไม่ต้องฟ้องบุคลากรของรัฐที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำละเมิดนั้นก็ได้ ทำให้ผู้เสียหายมีโอกาสเพิ่มขึ้นในการเรียกร้องเพื่อให้เกิดการเยียวยาความเสียหายนั้น โดยไม่ต้องใช้สิทธิทางศาล และถ้าได้รับการปฏิบัติจากหน่วยงานในการพิจารณาความเสียหายไม่เป็นที่พอใจก็ยังสามารถฟ้องคดีต่อศาลปกครองได้ ซึ่งการพิจารณาคดีคงจะรวดเร็วและยุ่งยากน้อยกว่า การฟ้องเรียกค่าเสียหายทางคดีแพ่งทั่วไป ผู้ได้รับความเสียหายหรือความทุกข์จากสถานบริการของรัฐทุกแห่งจะสามารถใช้กฎหมายฉบับใหม่นี้เป็นเครื่องมือในการบรรเทาความเสียหายได้ระดับหนึ่ง แต่ความเสียหายที่เกิดจากระบบบริการนอกราชการยังต้องใช้กระบวนการทางคดีแพ่งในการเรียกร้องค่าเสียหายอยู่

เรื่องราวในหนังสือเล่มนี้เป็นผลจากงานวิจัยภาคสนาม ซึ่งได้นำมาเป็นกรณีศึกษาเพื่อแสดงให้เห็นถึงความทุกข์ที่เกิดจากระบบบริการสุขภาพ และยังมีหนังสือชุดเดียวกันนี้อีก 2 เล่ม หวังว่าหนังสือชุดนี้คงจะเป็นอุทาหรณ์ที่ให้แนวคิดแก่ผู้อ่านบ้าง ไม่น่ามากเกินไป



เกิดอะไรขึ้น กับบุญมาก ?



เจ้าของเรื่องราว _____ บุญมากและคำปุ่น
เพศ _____ หญิง
อายุ _____ 25 ปี
สถานภาพ _____ โสด
อาชีพ _____ เดิมเจียรไนพลอย /
ปัจจุบันตาบอด ไม่ได้ทำอะไร
ที่อยู่ _____ จังหวัดขอนแก่น



บุญมากกับก้อนเนื้อประหลาด

“บุญมาก” เกิดที่บ้านโนนพันเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ. 2517 โดยเป็นน้องคนสุดท้องของครอบครัว มีพี่สาวพี่ชายทั้งสิ้นรวม 6 คน อาชีพของพ่อแม่คือทำนา

นับตั้งแต่เกิด บุญมากมีก้อนเนื้อผิดปกติสีดำโผล่ขึ้นมาตรงบริเวณสันจมูก เมื่อเธอเติบโตขึ้นก้อนเนื้อดังกล่าวก็มีขนาดใหญ่โตขึ้นด้วย เป็นปมด้อยสำหรับเด็กหญิงผู้รักสวยรักงาม

พ่อของเธอมีได้นิ่งนอนใจต่อเรื่องนี้ เมื่อลูกสาวอายุได้ 6-7 ปี เคยติดต่อกับโรงพยาบาลในจังหวัดเพื่อหาทางแก้ไข แต่แพทย์บอกว่าเด็กยังอายุน้อย ไม่มีภูมิคุ้มกันทานพอจะรับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออก ขณะที่ตัวบุญมากเองก็ไม่ยอมรับการรักษา เอาแต่ร้องไห้ เรื่องนี้จึงเป็นอันพับไป

เวลาล่วงเลยมากระทั่งถึงปี 2531 พ่อซึ่งเป็นผู้นำครอบครัวประสบอุบัติเหตุสูญเสียขาและเป็นอัมพาต จากนั้นต่อมาไม่นานก็เสียชีวิต ทำให้แม่-ลูก 8 ชีวิตต้องยากลำบากขึ้น บุญมากเองเมื่อเรียนจบชั้น ป. 6 ก็ต้องออกมาช่วยแม่ทำนา

ระหว่างวันเวลาเหล่านั้น เรื่องของก้อนเนื้อผิดปกติที่จมูกของเด็กหญิงจึงถูกมองข้ามไปเป็นเวลาอีกหลายปี จนกระทั่งมรสุมชีวิตเริ่มจางร่องรอยไป ฐานะครอบครัวโดยรวมมั่นคงขึ้น ตัวบุญมากเองเติบโตเป็นสาว ส่วนพี่ ๆ ต่างแยกย้ายกระจัดกระจายกันไปทำมาหากินและมีครอบครัวกันหมดแล้ว โดยมีอยู่ 3 คน คือคนโต คนที่สาม และคนที่สี่ที่ทำงานและตั้งหลักแหล่งอยู่กรุงเทพฯ คนที่สองทำงานอยู่ได้หวัน ขณะที่อีกสองคนหนีจากบุญมากยังคงอยู่ในจังหวัดขอนแก่น โดยออกเรือนแยกไปอยู่ไม่ไกลนัก และยังคงยึดอาชีพทำนาสืบทอดต่อจากพ่อแม่

อาการรูโหว่แต่กำเนิด

ในทางการแพทย์ถือว่า ก้อนเนื้อของบุญมากเป็นความพิการแต่กำเนิด เรียกว่า “รูโหว่แต่กำเนิด” (congenital frontoethmoidal meningoencephalocele) ซึ่งไม่ใช่โรค ลักษณะของอาการดังกล่าวตามคำบรรยายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญคือ “บริเวณกะโหลกด้านหน้าจะปิดไม่สนิท โดยการเชื่อมต่อของบริเวณริมฝีปาก เพดานปาก ตา ช่วงที่ขึ้นมาตรงสันจมูกเป็นเหมือนกับสามเหลี่ยม ทำให้อากาศและน้ำสามารถเข้าไปที่ปอด และหลอดอาหารได้ ขณะเดียวกันตรงทางแยกนี้ กระดูกศีรษะจะมีรูโหว่อยู่ ทำให้สมองกับถุงน้ำยื่นออกมาด้วย

“ในบริเวณที่เป็นช่องว่างยื่นออกไปหรือบริเวณก้อนเนื้อนี้จึงประกอบด้วยถุงห่อหุ้มสมอง น้ำไขสันหลัง ตลอดจนเนื้อสมอง เป็นเหตุให้เมื่อจับดูจะพบว่ามันเดินได้ นอกจากนี้ โดยปกติบริเวณรูโหว่นี้จะมีภาวะน้ำคั่งร่วมด้วย และหากก้อนเนื้อโตขึ้นจะส่งผลทำให้ตาถูกเบียด ประสาทตาอาจผิดปกติและการหายใจลำบาก หรือหากส่วนสมองออกมามาก ๆ ก็เป็นผลให้สติปัญญาไม่ปกติไปด้วย รวมทั้งจะเป็นหวัดบ่อย”

อาการรูโหว่แต่กำเนิดนี้ โดยมากพบในผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร วงการแพทย์ยังคงไม่ทราบแน่ชัดถึงสาเหตุของการเกิดอาการ เพียงแต่มีข้อสันนิษฐานว่า ในช่วงที่แม่ตั้งครรภ์ระยะก่อนที่รูปร่างของทารกจะเสร็จสมบูรณ์ ช่วงนั้นเองอาจเกิดเหตุผิดปกติบางอย่างขึ้น เช่นการขาดสารอาหาร การมีไวรัส อีสุกอีใส หรือตัวยาบางตัวทำให้เกิดปัญหา ฯลฯ อย่างไรก็ตาม อาการนี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการผ่าตัด โดยสามารถทำได้ตั้งแต่เด็ก ๆ อายุเพียงขวบเศษ ๆ¹



¹ ข้อมูลในกรอบนี้มาจากการสัมภาษณ์ ดร.วรวิมล ขวณิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและให้การรักษาลักษณะอาการรูโหว่แต่กำเนิด ประจำโรงพยาบาลศิริราชและ ศ.พญ.สุรางค์ เจริญจรรยา แห่งภาควิชากุมารประสาทแพทย์เด็ก โรงพยาบาลรามธิบดี

ที่บ้านหลังเดิมคงเหลือแต่บุญมากอยู่กับแม่ผู้ซึ่งแก่ชราลงทุกวัน บุญมากจึงกลายเป็นกำลังหลักในการดูแลบ้าน เป็นผู้ทำงานบ้านทุกอย่าง ขณะเดียวกันก็ยังคงช่วยทำนา นอกจากนั้นยังรับจ้างเจียรไนพลอย มีรายได้วันละร้อยกว่าบาท ทำให้สามารถรับผิดชอบตัวเองและสนับสนุนจนเจือครอบครัวอีกแรงหนึ่ง เสริมจากส่วนที่พี่ ๆ ให้การอุดหนุนตามอัธยาศัย แม่ของบุญมากผู้แบกรับภาระหนักมานานกลายเป็นย่าและยายผู้มีชีวิตชีวาขึ้นจากการที่เริ่มมีลูกหลานวิ่งเล่นอยู่รอบ ๆ บ้าน ในท่ามกลางแวดล้อมของญาติมิตรในชุมชนที่แสนคุ้นเคย

ช่วงต้นปี 2539 ขณะเมื่อบุญมากอายุได้ 22 ปี ก่อนเนือผิดปกติที่จมูกของเธอก็เริ่มได้รับการคิดถึงอีกครั้งหนึ่ง ในเวลานั้นก่อนเนือสีดำคล้ำที่สันจมูกซึ่งโตขึ้นมาด้วยกันกับเจ้าของมีขนาดเท่ากำปั้นมือแล้ว ตำแหน่งของมันคั่นกลางอยู่ระหว่างดวงตาทั้งสองข้าง โดยทั่วไปก่อนเนือนี้ไม่มีอาการผิดปกติอะไร แต่ในยามเจ็บป่วย บุญมากพบว่าก่อนเนือจะหดตัวและเจ็บ เมื่อลองจับดูพบว่า เป็นก้อนเนื้อนิ่ม ๆ ซึ่งบางครั้งเดินเป็นจังหวะเดียวกับหัวใจ

บรรดาญาติพี่น้องพากันยู่ให้ “คำปุ่น” พี่สาวคนที่สามที่เข้ากรุงเทพฯ ไปทำงานเป็นเวลาประมาณ 20 ปีแล้ว จัดการพาบุญมากไปผ่าตัดที่กรุงเทพฯ เพราะเชื่อว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในเมืองหลวงเจริญก้าวหน้าพอจะจัดการปัญหาของหญิงสาวได้ หลังจากพิจารณาตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลอยู่พักหนึ่ง โดยลังเลระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์สองแห่ง ในที่สุดวันที่ 19 พฤษภาคม 2539 คำปุ่นก็จัดแจงพาน้องสาวเข้าพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งย่านใจกลางกรุงเทพฯ ด้วยเหตุผลสำคัญคืออยู่ใกล้กับที่ทำงานของตัวเอง การเดินทางเพื่อดูแลและเยี่ยมเยียนน้องจะได้สะดวก ประกอบกับเห็นว่าเป็นสถานพยาบาลของรัฐ ค่ารักษาพยาบาลคงจะไม่แพง

คำปุ่นผู้อยากช่วยให้น้องสาสาสาย

ที่โรงพยาบาล หลังจากคำปุ่นแจ้งความประสงค์ในการเข้ารับการรักษาทางเจ้าหน้าที่ได้จัดให้พบกับแพทย์แผนกศัลยกรรมเบื้องต้นแพทย์ได้ซักถามว่าทำไมไม่รักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เพราะที่นั่นก็มีเครื่องมือครบครันเช่นเดียวกัน คำปุ่นเป็นผู้ตอบไปว่า “ที่นั่นไปมาลำบาก เพราะบ้านห่างจากโรงพยาบาลตั้ง 70 กว่ากิโล” จากนั้นแพทย์ทำการตรวจจับก้อนเนื้อและเอกซเรย์ส่วนสมอง แล้วแจ้งผลแก่พี่น้องสองสาวว่า “เป็นเนื้องอกเฉย ๆ ตัดก็ไม่มีปัญหา ไม่เป็นอะไร ตัดแล้วจะสวย”

กระนั้นเอง บุญมากก็ยังคงรู้สึกกลัวและลังเลที่จะผ่าตัด เพราะที่ผ่านมาเธอยังไม่เคยเจ็บป่วยถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนเลย ความรู้สึกของเธอก็คือ “หนูก็กลัวตาย” คำปุ่นจึงพยายามเกลี้ยกล่อมน้อง โดยตอนหนึ่งได้ยั่วว่า “ถ้าไม่เชื่อหมอแล้วจะเชื่อใคร” ส่งผลให้บุญมากกังวลน้อยลงและตัดสินใจได้ในที่สุด

อีกประมาณ 1 เดือนต่อมา คำปุ่นพาน้องเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งตามเวลาที่แพทย์นัด หลังจากนั้น 4 วัน คือในวันที่ 18 มิถุนายน 2539 บุญมากก็ได้รับการผ่าตัด ซึ่งใช้เวลาหลายชั่วโมง จากนั้นใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์ โดยมีแม่เป็นผู้ให้การดูแล

บุญมากเล่าถึงช่วงเวลาภายหลังการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออกไปว่าอาการของเธอปกติดี “เขาให้น้ำเกลือหนูเพียง 2 ขวดเท่านั้น นอกนั้นก็ให้ยา กิน และไม่มีอะไรที่ติดตัวอย่างอื่นอีก” เธอบอกด้วยว่า ในระหว่างพักฟื้นแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมาเยี่ยมเยียนถามอาการอยู่เสมอ ซึ่งเธอก็ตอบไปตามจริงว่ามีเพียงอาการปวดตามเนื้อตามตัวเท่านั้น ครั้นเมื่อถึงเวลาที่แพทย์เปิดผ้าปิดแผลออกก็พบว่าแผลเริ่มแห้งแล้วและทุกอย่างดูปกติดี แพทย์จึงอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม โดยนัดตรวจในอีก 8 วันต่อมา พร้อมกับบอกว่า “หากมีปัญหาก็รีบมาหาหมอ”

แต่ระหว่างนั้นไม่ปรากฏว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้น รวมทั้งผลการตรวจตามนัดครั้งแรกก็ไม่พบอาการผิดปกติแต่อย่างใด แพทย์จึงนัดเพื่อทำศัลยกรรมตกแต่งในอีก 1 เดือน

ในส่วนของการรักษาพยาบาลตกประมาณ 10,000 บาท ซึ่งบุญมากเล่าว่า พี่สาวได้ขอให้ทางโรงพยาบาลลดให้ และทางโรงพยาบาลก็ลดให้เกือบครึ่งหนึ่ง

ระหว่างรอเวลาในช่วงนี้โดยพักอยู่ที่บ้านพี่สาวคนโตที่มีอาชีพค้าขายในย่านสำโรงนั่นเอง บุญมากเริ่มมีอาการปวดหัว เนื่องจากไม่คิดว่าอาการดังกล่าวจะหนักหนาอะไร ประกอบกับรู้สึกคิดถึงบ้านที่จากมานานมากขึ้นทุกที แทนที่จะไปพบแพทย์ บุญมากกลับเลือกเดินทางกลับบ้านที่จังหวัดขอนแก่น

กลับถึงบ้านแล้ว อาการปวดหัวยังคงไม่หาย บุญมากจัดการซื้อยามารับประทานเอง แต่อาการก็รุนแรงขึ้น ในที่สุดญาติจึงพาไปสถานีนอนมัย แต่เนื่องจากไม่มีประวัติการรักษาให้ตามที่แพทย์ขอ เธอจึงไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้แต่ใช้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการต่อไป จนกระทั่งมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย

บุญมากพูดถึงอาการของเธอในขณะนั้นว่า รุนแรงถึงกับรับประทานข้าวไม่ได้ อาเจียน และสุดท้ายถึงกับชักโดยตัวเธอเองไม่รู้ตัว แล้วต่อมาเขาก็เริ่มพรั่มว คำปุ่นจึงถูกตามตัวมาขอนแก่น มาหอบหิ้วเอาตัวเธอกลับเข้าโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ อีกครั้ง

“พอไปอยู่บ้านได้อาทิตย์กว่า ๆ เขาเริ่มชัก เขาชักตัวเกร็ง แม่ก็เลยโทรมาเรียกไปบ้านนอก ไปดูน้อง ไปเอน้องมาหาหมอ ตอนนั้นตาเขาจะราง ๆ มัวนิดหน่อย แม่ก็เลยบอกว่าเหมารถมาที่กรุงเทพฯ เลย สมมติว่าเขาชักวันนี้ แม่โทรบอก พอวันที่สองเรากลับบ้าน วันที่สี่ก็มาถึงโรงพยาบาลเลย ตอนตีห้า ตอนนั้นมาอยู่ห้องฉุกเฉินข้างล่าง” คำปุ่นเล่า

คนไข้ต้องได้ทราบข้อมูล

ตามเอกสารประวัติการรักษาระบุว่า แพทย์แผนกศัลยกรรมตกแต่งที่หน่วยศัลยศาสตร์ของโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตรวจอาการของบุญมากทราบดีว่าคนไข้มีอาการที่เรียกว่า “รูโหว่แต่กำเนิด” อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานว่าแพทย์ได้แจ้งถึงข้อเท็จจริงนี้แก่คนไข้และญาติ และมีได้แจ้งหรืออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ กระบวนการรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแต่อย่างใด กล่าวคือไม่มีการให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการผ่าตัดหรือไม่ ซึ่งถือว่าขัดต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 3 ที่มีการประกาศเมื่อปี พ.ศ. 2541 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

นอกจากนี้ ประเด็นที่ว่าพ่อได้เคยพาบุญมากไปพบแพทย์มาแล้วเมื่ออายุประมาณ 6-7 ปี แต่แพทย์กลับมีข้อวินิจฉัยว่ายังเด็กเกินกว่าจะรับการรักษา ก็น่าสนใจว่าเหตุใดจึงมีวินิจฉัยเช่นนั้น ตลอดจนแพทย์ทราบหรือไม่ว่า อาการของบุญมากคืออะไร ถ้าทราบการไม่แจ้งหรือให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กก็นับว่าไม่เหมาะสมเช่นกัน



แล้วคนสายก็ตาบอด

ในขณะที่มาถึงโรงพยาบาลนั้น บุญมากรู้เพียงว่าตนเองปวดหัวอย่างรุนแรง ซึ่งเธอบอกว่า “หนูได้แต่นอนร้องไห้ เพราะหนูมองไม่เห็นและปวดหัวมาก”

หลังจากนั้นเธอนอนพักรักษาตัวภายในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 38 วัน ได้ออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2539 โดยในขณะนั้นหายจากอาการปวดหัวแล้ว แต่สายตายังคงมองไม่เห็น โดยที่ระหว่างนั้นยังคงไม่ได้รับทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้น เหตุใดจึงปวดหัวอย่างมากและทำไมถึงตาบอดตลอดจนไม่ทราบด้วยว่ากระบวนการรักษาตลอดเวลากว่า 1 เดือนนั้นคืออะไร

การแก้ไขอาการรูโหว่แต่กำเนิด

ดร.วรุดิ ชนวนิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญการรักษาอาการรูโหว่แต่กำเนิดประจำโรงพยาบาลศิริราชอธิบายถึงการแก้ไขอาการรูโหว่แต่กำเนิดว่าทำได้โดยการปิดช่องโหว่ด้วยกระดูกและเนื้อเยื่อจากกล้ามเนื้อชั้นอื่น และตกแต่งกรอบลูกตา โดยขั้นตอนการรักษามีสองจังหวะ

“คือเริ่มจากปิดช่องโหว่สมอง ตรงนี้ประสาทศัลยกรรมแพทย์หรือแพทย์นิวโรเป็นคนทำ ต่อไปได้แก่การตกแต่งกระดูกตา ให้แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งเป็นคนทำ ตกแต่งกระดูกตาเข้ามาหากัน เพื่อไม่ให้ดูตาห่างน่าเกลียด”

ดร. วรุดิกล่าวด้วยว่า ปกติแล้วการรักษาด้วยการผ่าตัดจะไม่ มีผลกระทบต่อดวงตา นอกจากคนไข้รายนั้นจะเสียหายทางดวงตามาก่อน ซึ่งเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ก้อนเนื้อใหญ่มากจนทับให้ดวงตาแบนไปตั้งแต่เกิด ส่วนในกรณีของบุญมากที่พบว่า บางครั้งก้อนเนื้อมีการหดตัวและเจ็บ แสดงให้เห็นว่ามีความดัน หมายความว่าน้ำที่อยู่ในสมองเลื่อนมากระแทกตรงบริเวณที่เป็นช่องว่าง ในลักษณะอาการเช่นนี้ หากผ่าตัดจะต้องใส่เครื่องลดความดันน้ำ

“บางคนผ่าตัดแล้วความดันน้ำไม่ลดลงก็จำเป็นต้องใส่เครื่องลดน้ำ ต้องทำ หรือแล้วแต่ว่าหมอจะพิจารณาเป็นคน ๆ ไป เช่นว่ามีรูโหว่ขนาดเล็ก หรือมีความดันน้อย แต่ที่พบส่วนมาก มีประมาณ 25 % ที่จะมีน้ำเพิ่มความดันขึ้น และจำเป็นต้องใส่เครื่องลด” ดร. วรวิทย์กล่าวถึงรายละเอียดวิธีการรักษา

ส่วน ศ.พญ.สุรางค์ เจียมจรรยา กล่าวว่า การผ่าตัดก้อนเนื้อนี้ เลย์ตันที่มักไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะจะมีภาวะน้ำคั่งร่วมอยู่ด้วย ดังนั้น ต้องแก้ไขด้วยการใส่ท่อ ซึ่งเป็นวัสดุที่อยู่ในร่างกายได้ เรียกกระบวนการว่า “การทำขึ้น” แต่ทั้งนี้ขึ้นกับภาวะน้ำคั่งของแต่ละบุคคล ถ้าก้อนเนื้อใหญ่มากก็ต้องรีบทำ และต้องวัดความดันสมองดูว่ามีความดันในสมองมากไหม หากมากบางครั้งต้องทำขึ้นก่อนแล้วจึงผ่าตัดก้อนเนื้อออก

หากพิจารณากรณีของบุญมากเปรียบเทียบกับคำอธิบายวิธีการรักษาที่ควรจะเป็นจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสองนี้ จะพบว่า แพทย์ผู้รับผิดชอบหลักในการแก้ไขอาการของบุญมากนั้นเป็นแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง แต่จะมีแพทย์ศัลยกรรมประสาทร่วมด้วยหรือไม่ จากการตรวจสอบเอกสารไม่ปรากฏหลักฐาน

อย่างไรก็ตาม คำถามหนึ่งที่น่าสนใจคือ เกิดอะไรขึ้นในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์ เนื่องจากด้วยอาการ “รูโหว่แต่กำเนิด” นั้น หากบุญมากได้พบแพทย์ศัลยกรรมประสาทย่อมจะเหมาะสมมากกว่าการเริ่มต้นรักษากับแพทย์ศัลยกรรมพลาสติก

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ มีผลเปรียบเสมือนการเริ่มก้าวแรกเข้าไปในทิศทางที่ถูกต้องเพียงใด

ส่วนรายละเอียดในการรักษากรณีของบุญมากนั้น ไม่พบว่ามี การทำขึ้น แต่ในบันทึกการรักษาของทางโรงพยาบาลระบุว่า หลังการผ่าตัด แพทย์ได้ทำการติดตามน้ำในสมองที่ไหลลงที่คอตลอดเวลา และบันทึกอาการผู้ป่วยว่าแข็งแรงดี ลักษณะแผลผ่าตัดดี ไม่มีอาการไข้ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีอาการปวดแผล



บุญมากเองจำได้แต่เพียงว่า แรกทีเดียวเธอได้รับน้ำเกลือและยาแก้ปวดหัว แล้วในขั้นตอนการรักษาต่อมา แพทย์ได้ทำการเจาะหลัง ซึ่งทำถึง 5 ครั้ง แต่ละครั้งทำให้อาการปวดบรรเทาลงได้ แต่ก็เพียงวันสองวันเท่านั้น โดยทุกครั้งที่เกิดอาการปวดหัวขึ้นมา บุญมากก็จะนอนร้องไห้

ด้านคำปูนและน้องสะใภ้เล่าว่า หลังจากมีการเจาะหลัง 5 ครั้งแล้ว ได้มีการย้ายบุญมากจากชั้น 5 ไปยังชั้น 9

“เขาเอน้องไปรวมกับแผนกอุบัติเหตุ เราก็บอก ‘เฮ้ย ทำไมต้องทำอย่างนี้’ แม่ก็บอกว่า ‘ดูน้องหน่อยสิ ทำไมเป็นอย่างนี้’ เราก็ไปถามหมอ หมอบ่ายเที่ยง เขาไม่ค่อยมาสนใจ เขาจะไม่มาดูแล เราถามเขา เขาก็นัด แล้วนัดอีก แล้วหมอบางคนก็ไม่รู้เรื่อง เขาบอกให้น้องกลับบ้าน ให้ไปอยู่บ้าน เขาบอกว่า ‘อ้าว เขาบอดมาจากบ้านนอกไม่ใช่เหรอ แล้วมาที่นี่ทำไม จะให้เรารับผิดชอบ’ คนข้างบนเขาจะพูดอย่างนี้ เราก็เลยแย้งว่า ‘คุณหมอ น้องไม่ได้ตาบอดมาจากบ้านนอกนะ เขาบอดที่โรงพยาบาลนี้’ เขาก็เลยง ๑”

พี่สาวของบุญมากเล่าอีกว่า เมื่อได้พบแพทย์อีกคนที่เคยช่วยในการผ่าตัดครั้งแรก แพทย์ได้พูดกับเธอว่า “ก็ไม่ได้อยากทำให้บอด หมอทุกคนก็อยากให้คนไข้หายดี” ส่วนแพทย์ที่ผ่าตัดนั้นบอกว่า ถ้าไม่ผ่าบุญมากจะอายุสั้น และผ่าไม่ผ่าตาก็บอด

“เราก็ถามหมอว่า ทำไมตอนแรกคุณหมอไม่พูดแบบนี้” พี่สาวของบุญมากกล่าว

สำหรับการรักษาอีกขั้นหนึ่งที่บุญมากและญาติ ๆ จำได้ก็คือ การเจาะช่องท้อง

พี่สะใภ้ของบุญมากกล่าวว่า การเจาะช่องท้องนั้นก็เพื่อ “เอน้ำจากหลังออก แต่ไม่รู้เหมือนกันว่าน้ำอะไร” นอกจากนี้เธอยังทราบว่ามีการใส่สายยางที่ช่องท้องเพื่อ “ให้น้ำที่มาจากสันหลังออก” แต่ก็ไม่ทราบอีกเช่นกันว่า นั่นคือการรักษาอะไร เพื่ออะไร และทำไม ส่วนบุญมากทราบเพียงว่า หลังจากมีกระบวนการรักษาขั้นนี้แล้ว อาการปวดศีรษะก็หายไปเป็นปกติทั้ง แต่

กลับมีสิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นในตัวของเธอ นั่นคือรอยแผลเป็นจากการเจาะช่อง
ท้องกับสายยางภายในร่างกาย ส่วนสายตานั้นยังคงมองไม่เห็น

และนี่คือภาวะการณที่เกิดขึ้นกับบุญมากตลอดจนญาติ ๆ ที่เฝ้าไข้
โดยตลอดระยะเวลา 38 วันนั้น ก่อนจะมีการขอใบส่งตัวจากแพทย์ เพราะ
ปรึกษากันแล้ว ไม่พอใจที่จะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลดังกล่าวอีกต่อไป ส่วน
เรื่องที่ว่า อาการตาบอดของบุญมากนั้นเป็นอาการถาวรที่ไม่อาจแก้ไขแล้ว
เป็นเรื่องที่เพิ่งมาทราบกันในภายหลัง

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวรอบนี้เสียไปประมาณ 20,000
กว่าบาท แต่สิ่งที่เสียไปมากอย่างมีอาจประมาณได้ก็คือ ความรู้สึกและจิตใจ
โดยบุญมากและญาติ ๆ ต่างเห็นว่าโรงพยาบาลและแพทย์ไม่ใช้ที่พึ่งอีกต่อไป
อย่างไรก็ตาม ในเวลานั้นพวกเขายังคงไม่ตระหนักอย่างแท้จริงว่าเกิดอะไร
ขึ้นกับน้องสาวคนเล็ก

ตอนที่คำปูนขอใบส่งตัวจากทางโรงพยาบาล เธอยังตั้งใจว่าจะพา
น้องกลับไปรักษาต่อที่ขอนแก่นเนื่องจากเห็นว่าในช่วงหลัง ๆ ไม่มีการรักษาแล้ว
และแพทย์ผู้ผ่าตัดไม่เหลียวแลเท่าที่ควร กระทั่งในระหว่างไปพักที่บ้าน
พี่สาวที่สำโรงเช่นครั้งก่อน เพื่อนบ้านบริเวณนั้นแนะนำให้ไปที่จักษุคลินิก
แห่งหนึ่งซึ่งขึ้นชื่อว่าแพทย์เก่ง แพทย์ที่คลินิกได้ยืนยันกับบุญมากอีกครั้งว่า
เส้นประสาทตาตายแล้ว ไม่มีทางรักษา ทุกคนจึงเพิ่งกระจ่างว่าไม่จำเป็น
ต้องดิ้นรนหาทางรักษาอีกแล้ว

ดังนั้นบุญมากจึงกลับบ้านพร้อมใบส่งตัวที่ไม่ได้ใช้ประโยชน์ ใช้
เวลาพักฟื้นนานประมาณ 3 เดือน แล้วไม่ติดต่อกับสถานพยาบาลใด ๆ อีก
ได้แต่ปรับตัว-ปรับชีวิตกับสภาพใหม่ของตัวเอง สอดคล้องกับหลักฐานของ
ทางโรงพยาบาลที่ระบุว่า ในการจำหน่ายตัวคนไข้รายนี้ออกนั้น แพทย์นัดให้
กลับไปดูอาการในอีก 1 เดือน แต่ปรากฏว่าคนไข้ไม่เคยกลับไปอีกเลย

เพราะพี่ น้องถึงตาบอด ! ?

...ด้วยความที่ไม่ได้ตาบอดแต่กำเนิด บุญมากจึงต้องปรับตัวอย่างหนักกับการใช้ชีวิตส่วนที่เหลือ งานบ้านที่เคยทำได้คล่องแคล่วก็กลายเป็นงานที่ทำได้ยาก แม้แต่การประกอบกิจวัตรประจำวันธรรมดาภายในบ้านอันคุ้นเคยที่อาศัยอยู่มาแต่เยาว์วัยยังเต็มไปด้วยอุปสรรค โดยเฉพาะในการขึ้นลงบันไดบ้าน การเข้าห้องน้ำ ฯลฯ ส่วนการทำงานอื่นนั้นไม่ต้องพูดถึงเลย เพราะไม่อาจทำได้แล้ว โดยเฉพาะการเจียรไนพลอยที่ต้องใช้สายตาเป็นหลัก ดังนั้นทั้งที่ยังคงอยู่ในวัยทำงาน แต่บุญมากกลับกลายเป็นผู้ไม่อาจประกอบอาชีพได้ ซึ่งกระทบถึงการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจด้วย

คำปุ่นเล่าด้วยเสียงสั่นเครือว่า “คนเคยตาดี ทำได้ทุกอย่าง พอมาตาบอดอย่างนี้เขาทำอะไรไม่ได้ เขามีแต่ค่าเราอย่างเดียวว่า ‘เพราะพี่พาไปผ่าถึงเป็นแบบนี้’ จิตใจเราไม่ได้คิดแบบนี้หรอก คิดแต่ว่าให้น้องสบาย ให้น้องมองเห็น ให้น้องสวย ก็เลยพาไปทำ น้องพูดอย่างนี้ วันนั้นร้องไห้เลย เขาว่าเขาตาบอดเพราะพี่พาไปทำ เราก็ต้องคิดมากใช่ไหม คิดมากมาตั้งปีสองปีเรื่องน้อง เขามีแต่ค่าเราอย่างเดียวว่าเราพาเขาไปผ่า เขาถึงได้บอด เขาทำใจไม่ได้ที่เขาบอดสนิทอย่างนั้น”

นอกจากการคิดมากที่บังคับไม่ได้แล้ว สิ่งที่คำปุ่นพยายามจะทำก็คือ การทำงานหนักเพื่อส่งเงินบางส่วนให้น้องใช้ แต่ตัวเธอเองก็มีรายได้จากการทำงานในโรงงานผลิตเสื้อชั้นในเพียงเดือนละไม่ถึง 6,000 บาท อีกทั้งยังมีลูก 2 คนที่อยู่ในวัยเริ่มต้นวัยเรียน

คำปุ่นต้องตกเป็นผู้ถูกกล่าวหาจากน้องสาวชนิดเต็ม ๆ ตัวอยู่เป็นเวลานานพอสมควร ซึ่งเป็นภาวะที่ทุกข์ทรมานใจอย่างมาก และแม้เธอจะรู้ว่าเจตนาเริ่มต้นของตนเองมาจากความหวังดีเท่านั้น แต่จากความไม่ชัดเจนและความคลุมเครือของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผ่นวกกับการถูกกล่าวโทษจากน้องสาว ก็พาให้อดรู้สึกผิดไม่ได้

โชคดีที่หลังจากผ่านไปได้สองปี บุญมากดูจะเปลี่ยนความคิดในเรื่องนี้ไป อันเป็นผลส่วนหนึ่งมาจากการที่คนอื่น ๆ พากันช่วยพูดให้เธอเข้าใจที่สาวมากขึ้น ว่าไม่ควรจะไปโทษ เพราะพื้นที่นั่นหวังดี เป็นห่วง อยากให้น้องสวย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วก็ตกทุกข์เช่นเดียวกัน ทุกวันนี้บุญมากจึงดูจะทำใจได้มากขึ้น เธอพูดถึงเรื่องการโทษพี่สาวว่า “แต่ก่อนก็คิดอยู่แต่ตอนนี้ไม่แล้ว”

ความคิดของบุญมากในการโทษพี่สาวเปลี่ยนไปแล้ว แต่สิ่งที่ไม่เปลี่ยนและเป็นเรื่องถาวรก็คือการสูญเสียสายตากการมองเห็น กับความทุกข์ทั้งของตัวเองและของครอบครัว ทุกวันนี้แม่ของเธอต้องกลับมารับภาระหนักอีกครั้งในการดูแลลูกสาว ตรงข้ามกับแต่เดิมที่เธอเคยเป็นฝ่ายช่วยเหลือดูแลแม่ ภาระดังกล่าวนับว่าเป็นเรื่องหนักทั้งต่อร่างกายและจิตใจสำหรับหญิงสาววัยกว่า 60 ปีที่เป็นโรคหัวใจและโรคคอพอกอย่างยิ่ง

“ตอนนี้แม่ทรุดมาก ห่วงน้อง เขาเคยอ้วน สองสามปีมานี้ทรุดมากเลย เขาต้องมาเลี้ยงคนตาบอด ทุกวันนี้ต้องไปทิ้งไว้กับบ้านน้องสาวอีกคน เพราะบ้านนั้นเป็นบ้านชั้นเดียว ที่นี่ก็เอาแม่มาอยู่ด้วย ให้คอยดูแล” คำบ่นบอกเล่าสภาพ

เกิดอะไรขึ้นที่โรงพยาบาล ?

ตามเอกสารประวัติการรักษาของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่รับตัวบุญมากเข้ารักษาระบุว่า ในวันที่คนไข้กลับมาโรงพยาบาลในรอบนี้ตรงกับวันที่ 13 สิงหาคม ซึ่งเท่ากับผิदनัดไป 6 วัน ส่วนการระบออาการเมื่อมาถึงนั้นได้แก่ปวดศีรษะ มองไม่เห็น ตามัว ซึ่งเป็นมาก่อนแล้ว 1 สัปดาห์ มีอาการกระตุกมืออาการชาที่มือขวา แล้วไม่รู้สีกตัว

ด้านการรักษา เอกสารของทางโรงพยาบาลบันทึกไว้ว่า ในวันแรกของการกลับเข้าโรงพยาบาลของบุญมาก แพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแพทย์

ศัลยกรรมประสาท จากนั้นวันที่ 15 สิงหาคม มีการย้ายตัวคนไข้จากแผนก เวชศาสตร์ฉุกเฉินไปรักษาที่คลินิกประสาทวิทยา (ตามที่บุญมากและญาติ ระบุว่า เป็นชั้น 5) ในวันเดียวกันตรวจพบว่า มีการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง ทำให้ตามองไม่เห็น มีปัญหาทางลิ้น โดยลิ้นเอียงไปข้างหนึ่ง มีการอักเสบของเส้นประสาทตาเกี่ยวข้องด้วย แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย โดยอ่อนแรงในลักษณะคนปกติกำลังเต็ม 5 แต่บุญมากเหลือเพียง 4 ตาบอดสนิท ทั้งประสาทเส้นที่ 9 ที่เกี่ยวกับลิ้นและเส้นที่ 2 ที่เกี่ยวกับการมองเห็นบกพร่อง มีอาการคอแข็ง มีเยื่อสมองอักเสบเส้นที่ 12 รวมทั้งกล้ามเนื้อต้นคอด้วย สรุปได้ว่าการติดเชื้ออักเสบ แต่เมื่อนำเนื้อไปเพาะเชื้อแล้วกลับไม่พบ และจากการเจาะไขสันหลังตรวจก็ไม่พบเชื้อการอักเสบ

บันทึกประวัติการรักษาของทางโรงพยาบาลระบุว่า ในการเยียวยา มีการให้ยาปฏิชีวนะตัวหนึ่งนานประมาณ 2-3 สัปดาห์เพื่อฆ่าเชื้อ จากนั้นพบว่ามีอาการเบ้าหวานเกิดขึ้น ในที่สุดแพทย์มีการสรุปว่า การอักเสบเกิดเนื่องมาจากการอักเสบของโพรงจมูกทั้งหมด มีการอักเสบของไซนัส การติดเชื้ออาจเป็นเพราะกระทบกระเทือนที่ประสาทตา และแพทย์วินิจฉัยว่า โอกาสที่อาการทางตาจะฟื้นตัวมีน้อยมาก

กระทั่งวันที่ 21 สิงหาคม ได้มีการปรึกษาจักษุแพทย์ จักษุแพทย์ให้การยืนยันว่าประสาทตาเสียไป และเตือนให้ระวังในเรื่องอาการชักและน้ำตาลในเลือดสูง จากนั้นวันที่ 29 เดือนเดียวกันมีการเจาะไขสันหลังดูความดันในน้ำไขสันหลัง พบว่ามีความดันเพิ่มขึ้น มีอาการปวดศีรษะเพราะความดันในสมองสูงผิดปกติ อาการทั้งหมดรวมเรียกว่า pseudo tumor cerebri เมื่อความดันในสมองเพิ่มขึ้น มีสาเหตุที่ไม่เกี่ยวกับเนื้องอกในสมอง แต่เป็นผลจากการติดเชื้อ

เหตุใดจึงตาบอด

ดร.วรวิฒิ ขนวนิช กล่าวถึงประสบการณ์เท่าที่เคยพบกรณีเกิดอาการตาบอดว่า จะเป็นเพราะมีน้ำคั่งอยู่มาก โดยทั่วไปเมื่อมาให้แก๊สจะแก้มได้ “บางครั้งแก๊สให้หายปวดหัวได้ แต่ตาจะไม่คืนมา เราเจออย่างนี้ประมาณ 25 % ที่มีเรืงน้ำเพิ่มขึ้นมา ทำให้เกิดปัญหาตาบอด หากทางแก้มไม่ทัน หากมีการระบายน้ำตั้งแต่แรกก็ไม่แน่ว่าจะหาย เพราะรูรั่วมันยังอยู่ มองไม่เห็นจากภายนอก น้ำมันไม่แรง แต่รอยรั่วยังอยู่ สมอคนเราเดินตลอดเวลาตามจังหวะการหายใจ ถ้าการเดินของน้ำมีความดันจะทำให้กระแทกประสาทตา จะต้องแก๊สไซบิโตรอยรั่วจึงหาย หรือลดความดันของน้ำลง ทำสายยาง แล้วใส่เครื่องลดความดัน”

สำหรับขั้นตอนการรักษาในกรณีของบุญมา² ดร.วรวิฒิ ตั้งข้อสังเกตว่า เมื่อคนไข้มาถึง ตามที่ว่าผิวนัดไปหลายวันนั้น มีการใส่เครื่องลดความดันให้เลยหรือไม่ ในเมื่อไม่ได้ใส่คงเป็นเพราะไม่ได้เตรียมใส่ให้ นอกจากนี้เห็นว่า ในการเจาะช่องท้องใส่สายยางเพื่อระบายน้ำนั้นค่อนข้างตัดสินใจช้า ทำให้ตาแยลงไปแล้ว



² เป็นการให้ความเห็นเฉพาะในเชิงเทคนิคการรักษา โดยนายแพทย์วรวิฒิได้ทราบกรณีทั้งหมด แต่ได้อ่านรายงานการรักษา

จนวันที่ 6 กันยายน คนไข้ยังคงปวดศีรษะอยู่ และคอแข็ง ในวันที่ 9 กันยายน แพทย์ศัลยกรรมประสาทจึงแก้ปัญหานี้โดยทำท่อระบายน้ำ เรียก ว่าการทำชั้น (theco-parito meun shunting) มีการใส่ท่อจากสมองลงมา ยังช่องท้อง ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการปวดศีรษะได้ และลดความดันในสมองลงได้ แต่ประสาทตาไม่สามารถฟื้นได้ เมื่อเป็นเช่นนี้จึงเป็นอันยุติการรักษา

สรุปว่าในการกลับเข้ารักษาครั้งที่สองด้วยอาการปวดศีรษะและมีอาการตามัวนั้น แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งเจ้าของไข้มีการปรึกษาแพทย์ ศัลยกรรมประสาทแล้ว และในการรักษารอบนี้ภายหลังก็มีการทำชั้นแก้ไข ภาวะน้ำคั่ง กระทั่งคนไข้หายจากอาการปวดศีรษะ ทว่าไม่อาจแก้ไขปัญหาดวงตาได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นจริง ๆ ในโรงพยาบาลในการเข้า รับการรักษาทั้ง 2 ครั้งของบุญมาก ประเด็นที่สำคัญยิ่งก็คือ ผู้ป่วยและญาติ ไม่ได้รับทราบถึงสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ๆ เลย

แม้แต่สาเหตุของการต้องสูญเสียการมองเห็น ทางโรงพยาบาลก็ ไม่มีคำอธิบายใด ๆ แก่คนไข้และญาติ หรือแม้เพียงการชี้แจงให้ทราบว่าผลสรุปคืออะไร

สำหรับทัศนะต่อเรื่องที่เกิดขึ้น เมื่อแรกที่พี่ ๆ และญาติทราบว่า บุญมากตาบอดเสียแล้ว โดยเทคโนโลยีสมัยใด ๆ ไม่อาจแก้ไขได้ ต่างก็ได้แต่ยอมรับสภาพ แต่การมองสาเหตุของปัญหานั้นแตกต่างกันไป เพราะไม่ทราบว่าคุณเท็จจริงเป็นอย่างไร ขณะที่ตัวบุญมากเองดูจะพุ่งเป้าโทษไปที่พี่สาวที่เป็นคนจัดการให้เกิดการรักษาก่อนเนื้อ ญาติบางคนก็มองว่า อาจเป็นเพราะว่าบุญมากไม่ได้ไปตามนัด และบ้างก็เห็นว่าเป็นความผิดพลาดของแพทย์ แต่สรุปแล้วไม่มีใครกล้าสรุปอะไรอย่างชัดเจน ทุกอย่างเป็นเพียงข้อสันนิษฐานและความคิดเห็น เพราะจนกระทั่งบัดนี้ บุญมากและครอบครัว ไม่เคยได้รับทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกันแน่

แต่พวกเขามีความเห็นตรงกันประการหนึ่งว่า แพทย์ควรจะเข้ามา

รับผิดชอบต่อเรื่องที่เกิดขึ้นบ้าง โดยแพทย์ควรจะช่วยรับผิดชอบค่าครองชีพของบุญมากสักเดือนละ 1,000 - 2,000 บาท เพื่อให้บุญมากยังชีพไปได้ โดยไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจแก่คนอื่นมากนัก

ทว่าสำหรับเจ้าตัวเอง เธอเพียงแต่มองขึ้นไปบนฟ้า ไม่ได้เอ่ยปากออกมาว่าต้องการสิ่งใด ส่วนชีวิตแต่ละวันในปัจจุบันของเธอ บุญมากใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนั่งหน้าจอโทรทัศน์ ผู้ที่ไม่รู้จักจะเข้าใจว่าเธอกำลังใช้สายตาหาความบันเทิงจากเรื่องราวที่นำเสนอทางจอภาพ เพราะดวงตาดูไม่มีความผิดปกติใด ๆ ทว่าแท้จริงแล้ว หญิงสาวคนนี้ได้แต่ใช้หูเปิดรับรู้เรื่องราว หาความเพลิดเพลิน และฆ่าเวลาส่วนที่เหลืออยู่ของชีวิตไปทีละวัน ๆ ส่วนทางโรงพยาบาลดูจะไม่รับรู้ต่อเรื่องราวที่เกิดขึ้นนี้เลย³



³ ทางโรงพยาบาลปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และไม่ให้ความร่วมมือใดในการทำวิจัยด้วย แม้แต่เอกสารต่าง ๆ ทางการศึกษาก็ต้องขอความร่วมมือจากคนไข้ไปดำเนินการใช้สิทธิขอดู

อย่าบอก มาจากโรงพยาบาล



เจ้าของเรื่องราว _____ ยินดี
เพศ _____ หญิง
อายุ _____ 62 ปี (ณ ปีที่เสียชีวิต พ.ศ. 2541)
สถานภาพ _____ สมรส
อาชีพ _____ -
ที่อยู่ _____ จังหวัดปทุมธานี



โรคประจำตัวผู้สูงอายุ

“ยีนดี” เกิดเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2478 เป็นแม่ของลูก 5 คน ประกอบด้วยลูกหญิง 2 คน ลูกชาย 3 คน ลูกสาวคนโตนั้นเกิดจากสามีคนแรก ส่วนอีก 4 คนที่เหลือเกิดกับสามีคนที่สอง ผู้ซึ่งเสียชีวิตไปก่อน

เดิมนิติอาศัยอยู่ที่ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี แต่ในบั้นปลายชีวิตได้ย้ายมาอยู่กับลูกสาวคนโตที่คลอง 7 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยที่บ้านของลูกชายคนเล็กก็อยู่ไม่ไกลกันนัก มีระยะห่างราว 100 เมตรเท่านั้น

ยีนดีมีโรคประจำตัวคือเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตรวจพบครั้งแรกเมื่อประมาณปลายปี 2536 ขณะที่ยังได้ 58 ปี ในระหว่างเข้ารับการรักษาก่อนการป่วย ณ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งใจกลางกรุงเทพฯ นับแต่นั้นมาจึงต้องรับประทานยาและพบแพทย์เป็นประจำ แต่ทั้งยีนดีและลูก ๆ ต่างยังคงดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยลูก ๆ เห็นว่าแม่เป็นโรคของคนสูงอายุทั่วไป ส่วนตัวยีนดีเองมิได้กังวลต่ออาการป่วยของตน ขณะเดียวกันก็ไม่คาดหวังว่าจะหายจากโรค ทราบดีว่าจะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกวัน

แม้ที่พำนักจะอยู่ไกลจากโรงพยาบาล และอายุค่อนข้างมาก แต่ยามที่ต้องไปพบแพทย์หรือรับยา ยีนดีก็เดินทางไปเองเสมอ นอกจากนี้ยังคงสามารถช่วยลูกสาวทำงานบ้านได้ ไม่เว้นกระทั่งในวันสุดท้ายของการอยู่ที่บ้าน

พลบค่ำวันนั้นซึ่งอยู่ในช่วงปลายปี 2540 ยีนดีเริ่มมีอาการปวดศีรษะขณะนั่งซักผ้าพลางสนทนากับบุตรสาวคนโต แต่ยังคงลุกขึ้นเดินไปซื้อ “กระเทียมแดง” 1 ขวด จากร้านค้าใกล้บ้านมาต้ม แล้วซักผ้าต่อจนเสร็จ จึงย้ายไปนั่งเล่นบนเก้าอี้พลาสติกหน้าบ้าน

การขาดการส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

ยีนดีมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งน่าจะได้รับความแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลอย่างต่อเนื่องว่า ควรดื่มเครื่องดื่มประเภทชาหรือกาแฟ

แต่เมื่อคุณยีนดีปวดศีรษะ ได้ลุกเดินไปซื้อเครื่องดื่มผสมกาแฟอื่น ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่รู้จักในนามเครื่องดื่มบำรุงกำลัง (กระทิงแดง) มาดื่มหันหนึ่งขวดจากนั้นชักผ้าจนเสร็จ และลุกไปนั่งหน้าบ้าน แต่ยังไม่ปวดหัวมากขึ้นและท้ายที่สุดล้มหมดสติและอาเจียนออกมา

ยีนดีอาจจะรับรู้จากบุคลากรด้านการแพทย์ว่าตนเองไม่ควรดื่มกาแฟ แต่อาจจะไม่ทราบเลยว่า เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่บริโภคมีองค์ประกอบของกาแฟด้วย

กาแฟมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราว ซึ่งยีนดีมีปัญหความดันโลหิตสูง ดังนั้น การดื่มเครื่องดื่มพวกนี้อาจจะทำให้เกิดความดันโลหิตที่สูงเพิ่มขึ้น ประกอบกับขณะนั้นมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งอาจจะมี ความดันโลหิตที่ผิดปกติ¹



¹ กาแฟเฟอีน FACTs & ISSUES ชัยชาญ แสงดี และอุดม จันทราภิรักษ์ศรี บรรณาธิการ, จัดพิมพ์โดยสมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทย, พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2541

ลูกสาวคนโตที่อยู่ในเหตุการณ์เล่าว่า เธอได้ยินแม่บ่นปวดหัวมาตั้งแต่ยังนั่งซักผ้าอยู่ แต่ก็ไม่เห็นว่าจะเกิดอาการผิดปกติใด จนเมื่อนั่งเล่นไปได้สักพักหนึ่ง จึงได้ยินเสียงบ่นอีกครั้งหนึ่งว่าปวดมากขึ้น ต่อมาได้ยินเสียงพูดขึ้นดัง ๆ ว่า “ทนไม่ไหวแล้ว” พร้อมกับภาพที่เห็นคือ แม่ทั้งแขนลงข้างตัวหมดสติอยู่กับเก้าอี้พลาสติกที่หน้าบ้านนั่นเอง เธอจึงรีบเข้าประคอง และแม็ก็นำเอาเจียนออกมา

ผู้เป็นลูกเรียกรถแท็กซี่นำแม่ส่งยังโรงพยาบาลรัฐใกล้บ้านก่อน แต่หลังจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเห็นสภาพคนไข้และสอบถามอาการเพิ่มเติมแล้วก็แนะนำให้ไปยังโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งที่มีขนาดใหญ่กว่า มีเครื่องมือเครื่องมือพร้อมกว่า

ระหว่างทางไปโรงพยาบาลแห่งที่สองนั้น ยินดีบ่นเพ้อว่าปวดหัว ๆ สลับกับอาเจียนตลอดทาง อีกทั้งยังปัสสาวะออกมาโดยไม่รู้ตัวด้วย กระทั่งเวลาประมาณ 22.30 น. จึงไปถึงโรงพยาบาลรัฐแห่งนั้น ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลได้ตรวจดูอาการและรับเข้าเป็นคนไข้ในทันที ตามคำบอกเล่าของผู้นำส่งระบุว่า พยาบาลได้ฉีดยาและให้น้ำเกลือ ส่วนข้อมูลในเวชระเบียนระบุว่า คนไข้มีความดันแรกรับ 220/90 อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส

อยู่ในมือหมอ คงปลอดภัย

ลูกสาวคนโตนำยีนดีส่งถึงมือแพทย์แล้วก็เชื่อว่าน่าจะไม่มีอะไร จึงได้กลับบ้านไป ขณะที่ลูกชายคนเล็กซึ่งได้ทราบเรื่องจากพี่สาว หลังเลิกงานแล้วจึงเดินทางไปยังโรงพยาบาล โดยไปถึงในเวลาประมาณ 02.00 น. เศษ ขณะเดินผ่านเคาน์เตอร์ที่ชั้นหนึ่ง เขาพยายามที่จะมองหาแพทย์หรือพยาบาลเพื่อจะสอบถามถึงอาการป่วยของแม่ แต่กลับพบว่าทุกคนต่างกำลังหลับ บ้างนั่งหลับก บ้างก็พุดอยู่กับโต๊ะ ดังนั้นจึงเดินออกมาข้างนอก

ได้พบกับยามรักษาการณ์ ซึ่งได้ช่วยพาไปส่งยังตึกหลังหนึ่ง ทราบภายหลังว่าเป็นตึก 5 ชั้นหลังใหม่ของทางโรงพยาบาล

ที่ห้องคนไข้รวมภายในตึกหลังนั้น เขาพบสภาพการณ์เช่นเดิม นั่นคือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่างหลับกันหมด แม้เข้าไปเคาะโต๊ะก็ไม่มีตื่น เรียกไปก็ไม่มียืนรับ จึงถือวิสาสะเที่ยวเดินตามหาคนไข้เอาเอง

ภาพที่เขาได้พบก็คือ “แม่นอนจมอยู่ในกองอุจจาระปัสสาวะ” เขาจึงลงมือทำความสะอาดให้ ระหว่างนั้นยีนดีมีสติขึ้นชั่วคราวและบอกให้ไปตามพี่น้องมาให้ครบ แต่หลังจากนั้นก็ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองอีก เขาคิดว่าแม้คงจะอ่อนเพลียจนหลับไป ด้วยความเกรงใจผสมกับความรู้สึกที่ว่า แม้อยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในความดูแลของแพทย์และพยาบาลแล้วคงจะปลอดภัย เขาจึงเดินทางกลับบ้าน แต่ในระหว่างทางนั้นเองก็ถูกคิดขึ้นว่า หากเกิดปัญหาหรือมีเหตุฉุกเฉิน พยาบาลจะทราบได้อย่างไรในเมื่อต่างหลับกันหมดเช่นนั้น

นั่นคือคำถามที่ค้างอยู่ในใจของเขา และทำให้เริ่มวิตกกังวล

วันต่อมา เขากลับไปเยี่ยมแม่อีกครั้ง และได้พบว่า พี่สาวคนที่สองไปถึงก่อนแล้ว พี่สาวบอกกับเขาว่า ช่วงก่อนเที่ยงเห็นนางพยาบาลเข้ามาสะกิดเรียกว่า “ยาย ๆ กินข้าว” แล้วก็วางอาหารไว้ที่หัวเตียง ครั้นเมื่อเธอเข้าไปเรียกดูบ้างก็พบว่า แม่ไม่อยู่ในอาการรับรู้ อีกทั้งยังได้เห็นว่า ใกล้ ๆ กับอาหารชุดนั้นมียารวางอยู่ก่อนแล้วด้วยไม่ทราบว่ามีคนนำมาให้ตั้งแต่เมื่อไร

เมื่อทราบความจากพี่สาวดังนั้น ผนวกเข้ากับสิ่งที่พบเห็นเองเมื่อคืนที่ผ่านมา รวมถึงสภาพของแม่ในขณะนั้นที่ยังคงหมดสติและได้รับเพียงน้ำเกลือ ทั้งที่เข้าเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมงแล้ว ความกังวลและไม่พอใจก็เกิดขึ้น ตลอดจนเริ่มสังหรณ์ใจว่า อาการเจ็บป่วยของแม่อาจไม่ธรรมดา ผู้เป็นลูกชายคนเล็กของยีนดีจึงตัดสินใจไปถามอาการกับพยาบาล

ที่เคาน์เตอร์ พยาบาลซึ่งกำลังผลิตเพลินอยู่กับโทรทัศน์เพียงแค่หันมาให้คำตอบว่า คนไข้มีความดันโลหิตสูง จากนั้นหันกลับไปจดจ่อ

สนุกสนานกับภาพภายในจอสีเหลี่ยมต่อ ไม่ได้สนใจต่อความวิตกกังวลของญาติคนไข้

เข้ากับพี่สาวจึงปรึกษากันและตกลงที่จะย้ายแม่ไปยังโรงพยาบาลที่รักษาอยู่ประจำ เมื่อไปแจ้งความประสงค์ ปรากฏว่า พยาบาลแสดงความไม่พอใจ กล่าวว่า “ถ้าจะย้ายก็จัดการย้ายเอาเอง เช็นชื่อไว้ด้วยว่าไม่พอใจรักษาที่นี่”

ลูกสาวของยินดียอมรับในคำพูดนั้น และเอ่ยขอรถพยาบาลนำส่ง โดยระบุด้วยว่ายินดีเสียค่าใช้จ่าย ทว่าคำตอบที่ได้รับก็คือ “คุณต้องติดต่อเอง” ฝ่ายลูกชายจึงเข้าไปที่รถคันหนึ่งซึ่งมองเห็นจอดอยู่ แสดงความจำนงว่าใช้รถคันนั้นก็ได้ ก็ได้รับการบอกว่า “คันนั้นมีไว้ชนเลือด” และผู้พูดหันหลังปิดการสนทนา

ต่อเรื่องนี้ ผู้บริหารของโรงพยาบาลชี้แจงว่า “หากคนไข้คือคุณยินดี มีอาการหนัก ทางโรงพยาบาลไม่นิ่งดูตายแน่ แต่ยามนั้นทางโรงพยาบาลเองพิจารณาว่ายังอยู่ในขีดความสามารถที่จะรักษาต่อได้ แต่ญาติคนไข้ต้องการย้ายโรงพยาบาลเอง เมื่อไม่มีรถให้ ทางโรงพยาบาลก็ยังดำเนินการติดต่อรถพยาบาลในภายหลังได้”

ผู้บริหารโรงพยาบาลให้รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องรถว่า ทางโรงพยาบาลมีรถอยู่ 4 คัน เป็นรถสำหรับคนไข้หนัก 2 คัน อีก 2 คันเป็นรถตู้ธรรมดาทั่วไป และขณะนั้นมีภาระต้องชนเลือดจริง ส่วนกรณีการให้เช็นยินยอมว่าจะไม่รักษาต่อนั้นเป็นไปตามระเบียบที่ปฏิบัติกันมานานแล้ว เพราะทางโรงพยาบาลพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยยังอยู่ในความสามารถที่โรงพยาบาลจะดูแลรักษาได้ หากญาติไม่ยินยอมก็ต้องเช็นชื่อในใบไม่ยินยอมให้รักษา

สำหรับเรื่องของการพยากรณ์โรคขั้นต้นของคนไข้รายนี้ ทางโรงพยาบาลเปิดเผยว่า เมื่อแรกรับนั้นยังไม่สามารถตอบได้ว่าผู้ป่วยเส้นโลหิตในสมองแตกหรือไม่ โรงพยาบาลจึงให้การรักษาตามอาการ นั่นคือให้ยาลดความดัน และในเวลาเที่ยงคืนวันแรกรับนั้นมีการตรวจคนไข้รายนี้อีกครั้ง

ซึ่งคนใช้รู้สึกตัว และผลการตรวจพบว่า คนใช้ความดันลดลง (แต่ไม่ได้บันทึกตัวเลขไว้) ไม่คลื่นไส้ ไม่เวียนศีรษะ และรับประทานอาหารได้

ส่วนประเด็นเรื่องสภาพของบุคลากรนั้น ทางโรงพยาบาลให้สัมภาษณ์ยอมรับว่า “เป็นเรื่องที่ได้พยายามแก้ไขแล้วโดยตลอด แต่ด้วยเหตุที่แผนกอายุรกรรมที่ยินดีเข้ารับการรักษามีเวรผลัดละ 8 ชั่วโมง เข้าเวรเช้า 4 คน เย็นและดึกผลัดละ 3 คนต่อจำนวนเตียงคนไข้ 32 เตียง การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากจึงอาจเกิดปัญหาการดูแลไม่ทั่วถึง รวมทั้งความเหนื่อยล้า-อ่อนเพลียของผู้ปฏิบัติงาน เรื่องนี้เกิดได้เสมอ ขอความเห็นใจและเข้าใจด้วย เพราะบุคลากรมีน้อย งบประมาณก็จำกัด อุปกรณ์ขาดแคลน จึงเกี่ยวเนื่องเป็นลูกโซ่ปัญหาโยงถึงกันหมด”

และสำหรับคำตอบต่อเรื่องการพุดจาและการปฏิบัติงานของนางพยาบาลนั้น ทางโรงพยาบาลกล่าวว่า “พยาบาลคนนั้นอาจเป็นคนที่พุดจาไม่ไพเราะโดยนิสัย อาจไม่ได้มีอุปนิสัยที่แท้จริงดังกล่าว”

ท้ายตามคำนึงถึงคนไข้

ทางด้านลูกของยินดี เมื่อไม่ได้รับความร่วมมือตอบสนองในทางที่ดีในการย้ายโรงพยาบาล สองคนพี่น้องก็ไม่กล้าตัดสินใจ พวกกันกลับบ้านเพื่อปรึกษาหารือพี่น้องและญาติคนอื่น ๆ และกว่าจะกลับมาอีกครั้งก็เป็นเวลาประมาณ 16.00 น. แล้ว ซึ่งในระหว่างนั้นเองได้มีความเคลื่อนไหวสำคัญเกิดขึ้นที่โรงพยาบาล

ตามบันทึกการรักษาระบุว่า ในเวลาประมาณ 12.00 น. แพทย์ประจำเวรได้มาตรวจอาการของยินดี และมีข้อวินิจฉัยให้เอกซเรย์สมอง ซึ่งหมายถึงจะต้องมีการเคลื่อนย้ายคนไข้ไปใช้บริการยังโรงพยาบาลแห่งอื่นที่มีเครื่องมือ แต่เนื่องจากไม่มีญาติคนไข้อยู่ในที่นั้น จึงมีการรออนุมัติ

แพทย์ผู้ตรวจเล่าย้อนถึงเรื่องนี้ โดยกล่าวถึงเหตุผลความจำเป็นว่า จำต้องรออนุญาตเพื่อบอกกล่าวและขอคำตอบเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปรับการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งมี 2 ทาง คือไปโรงพยาบาลรัฐ กับไปโรงพยาบาลเอกชน แต่เนื่องจากวันนั้นเป็นวันหยุดราชการ การไปโรงพยาบาลรัฐจะติดขั้นตอนและพบความยุ่งยากมากกว่า จึงเห็นควรไปโรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตาม การไปโรงพยาบาลเอกชนต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000 บาทขึ้นไป โดยทางโรงพยาบาลเอกชนจะคิดค่าบริการทันที ทางโรงพยาบาลจึงต้องรออนุญาตอนุญาต เพราะหากแพทย์ดำเนินการไปเองแล้วญาติไม่อนุญาตขึ้นมา แพทย์ก็ต้องเสียค่าเอกซเรย์เอง

ถ้าหากเวลาที่มีแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นเวลาประมาณ 12.00 น. ตามที่บันทึก กว่าเวลาแห่งการรอจะสิ้นสุดลงก็กินเวลาถึง 4 ชั่วโมง

ลูกชายคนเล็กของยินดีเล่าว่า เมื่อเขาและพี่สาวกลับมาถึงโรงพยาบาลอีกครั้งในเวลาประมาณ 4 โมงเย็น พบว่า นอกจากแม่จะยังคงหมดสติแล้วยังมีอาการลิ้นจุกปากด้วย และขณะนั้นเองมีพยาบาลเข้ามาบอกว่า “ดูคนไข้จะซีมีลง คงต้องเอกซเรย์สมอง จะย้ายคนไข้เลยไหม”

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคนฟังก็คือความไม่พอใจ “ถ้าจะเอกซเรย์สมอง ทำไมโรงพยาบาลไม่จัดการ กลับมาถามญาติ ถ้าทำได้ผมไม่พาแม่มาโรงพยาบาลหรอก” ผู้เป็นลูกชายคนเล็กกล่าวอย่างมีอารมณ์ เขาระบุว่า การที่พยาบาลเข้ามาถามดังนั้นแสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลาหลายชั่วโมงที่ผ่านมาเขาเข้าใจว่าหมายรวมถึงการย้ายโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากก่อนหน้านี้มีการพูดกันถึงเรื่องนี้ เขาจึงรู้สึกเชิงลบอย่างยิ่งว่า โรงพยาบาลออกปากถามเหมือนไล่ โดยเขาระบุว่า “คำพูดของพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่มีการอธิบายใด ๆ ”

ประสิทธิภาพการรักษากับการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอาเจียน ซึมลง และไม่รู้สึกตัว อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมงจึงได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยระหว่างนั้นไม่ปรากฏชัดได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพอาการและมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการที่มีประสิทธิภาพเพียงใด อีกทั้งเมื่อในที่สุดแพทย์มีข้อวินิจฉัยชัดเจนว่าควรได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อการรักษาได้ถูกต้องในขั้นตอนต่อไป กลับไม่มีการดำเนินการโดยทันที หากได้แต่ปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปนานหลายชั่วโมงด้วยเหตุผลเพียงรอรับอนุญาตจากญาติ เพื่อจะไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย นี่สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังคงไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาเพียงเพราะติดเงื่อนไขว่าต้องรอรับอนุญาตจากญาติ โดยมีเหตุผลสำคัญเกี่ยวข้องกับเรื่องการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ไม่ใช่ข้ออ้างที่เหมาะสม อีกทั้งฟ้องว่าทางโรงพยาบาลตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์เห็นความสำคัญของหลักประกันทางการเงิน ยิ่งกว่าเรื่องของการให้การรักษาย่างทันทีทันใดและมีประสิทธิภาพ

ส่วนการขอเปลี่ยนแพทย์ที่ทำการรักษาหรือขอย้ายโรงพยาบาลของญาติและผู้ป่วยถือเป็นสิทธิอันชอบธรรมตามประกาศการรับรองสิทธิผู้ป่วยของแพทยสภา¹ เพราะฉะนั้นสิทธินี้ต้องได้รับการเคารพ ไม่ใช่ถูกตั้งแง่รังเกียจ



¹ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภานาฬิกากรรมทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ประกาศเมื่อ ปี พ.ศ. 2541

มาถึงขั้นนี้ ลูกสาวคนที่สองของยีนดีเป็นผู้ให้คำตอบแก่พยาบาล ว่าขอย้ายด่วน พร้อมกับเซ็นชื่อว่า ไมยนิยอรรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนั้นต่อ จากนั้นทางเจ้าหน้าที่พยาบาลติดต่อรถพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งให้ พร้อมกับแนะนำว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาลที่รักษาประจำให้บอกว่า มาจากบ้าน

อีกกว่าชั่วโมงต่อมารถโรงพยาบาลจึงมาถึง เมื่อจะนำคนไข้ขึ้นรถ ทางโรงพยาบาลได้บอกให้ญาติไปซื้อเสื้อผ้าที่ตลาด ไมยนิยไม่ให้ใส่ชุดของโรงพยาบาลไป และไม่มีอาการออกไปส่งตัว นอกจากนั้นยังถอดสายน้ำเกลือออก ซึ่งตามความรู้สึกของลูกชายคนเล็ก เขาใช้คำพูดว่า “อย่างไม่ไยดี ไม่คิดถึงมนุษยธรรมเลย”

ทางฝ่ายโรงพยาบาลกล่าวถึงเหตุการณ์ในเย็นวันนั้นว่า ขั้นตอนการรักษาที่ทางโรงพยาบาลต้องการจะทำก็คือส่งคนไข้เอกซเรย์สมอง ซึ่งจะช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการได้ และหากพบว่าไม่อยู่ในขีดความสามารถของโรงพยาบาลก็จะส่งต่อยังโรงพยาบาลศูนย์ตามขั้นตอน (มีการระบุชื่อโรงพยาบาล ซึ่งก็เป็นโรงพยาบาลเดียวกับที่ยีนดีรักษาอยู่เป็นประจำนั่นเอง) แต่กรณีนี้ญาติไมยนิยยอมให้เอกซเรย์และยืนยันจะส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลดังกล่าวโดยทันที ไม่ฟังคำของแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลจึงให้คำแนะนำด้วยความหวังดีแท้ ๆ อีกทั้งยังติดต่อรถพยาบาลเอกชนให้ เพราะขณะนั้นรถของทางโรงพยาบาลไม่ว่าง มีภาระต้องขนเลือด

“ที่บอกญาติให้แจ้งแก่โรงพยาบาลศูนย์ว่ามาจากบ้านคือความปรารถนาดี รวมถึงการไม่ออกไปส่งตัวด้วย เพราะที่ผ่านมากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์มักเกิดปัญหา ทางโรงพยาบาลศูนย์จะบอกว่าเตียงเต็มบ้าง แพทย์ไม่พร้อมหรือไม่ว่างบ้าง เป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นมานานแล้ว หลายครั้งพยาบาลประจำรถพยาบาลที่ติดรถไปต้องวิ่งตระเวนนำตัวผู้ป่วยไปหลายต่อหลายโรงพยาบาลกว่าจะได้เข้ารับการรักษา บางครั้งไม่สำเร็จก็

ต้องนำกลับมา เป็นการทรมานคนไข้โดยใช่เหตุ และที่สำคัญหากญาติคนไข้
ไม่ยินยอมรับการรักษา การไปโรงพยาบาลศูนย์ลักษณะเช่นนี้มักจะไม่ได้รับ
เข้ารับรักษา พยาบาลจึงแนะนำด้วยคำนึงถึงคนไข้เป็นหลัก” นี่คือข้อชี้แจงจาก
ผู้บริหารของทางโรงพยาบาล

ในที่สุดคนไข้ไปถึงโรงพยาบาลที่รักษาเป็นประจำเมื่อเวลาสองทุ่มกว่า
ซึ่งแพทย์ตรวจอาการแล้วถามหาใบส่งตัว แพทย์ไม่เชื่อคำบอกเล่าของญาติ
ที่ว่ามาจากบ้าน กลับขอให้บอกความจริง เรื่องทั้งหมดจึงได้รับการเปิดเผย
และญาติทราบว่หลังจากนั้นแล้วโรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีการติดต่อกัน แต่
ไม่ทราบรายละเอียด

ณ โรงพยาบาลแห่งใหม่นี้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับศูนย์แห่งหนึ่ง
ในกรุงเทพฯ ยินดีได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองทันทีในคืนแรกเช้า
และในเวลาต่อ ๆ มาได้รับการผ่าตัดซ้ำอีก 2 ครั้งก่อนที่จะเสียชีวิตในวันที่ 12
พฤษภาคม 2541 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลในสภาพที่ไม่รู้สึกตัวนาน
กว่า 5 เดือน

การจากไปของยินดีเป็นเรื่องที่ลูก ๆ ต่างทำใจยอมรับได้ แต่สิ่งที่
ติดค้างอยู่ในใจคือ คำถามต่อการปฏิบัติของโรงพยาบาลแห่งแรกที่รับตัวแม่ไว้
โดยเฉพาะลูกชายคนเล็กของยินดีที่ได้ประสบเหตุโดยตลอด

“ทำไมโรงพยาบาล ... (โรงพยาบาลที่รับตัวแห่งที่สอง) ทั้งหมด
และพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าคุณชนิดหน้ามือเป็นหลังเท้า เรื่องที่ทำไม่
ออกใบส่งตัว ทำไมไม่ออกรถพยาบาล ทำไมถอดสายน้ำเกลือ ทำไมเจ้าหน้าที่
พยาบาลหลับแหวะกันหมด ทำไมแนะนำญาติให้โกหก ทำไมพยาบาล
พูดจาด้วยท่าที่ดูถูก เพราะพวกผมจนหรือ ... ” นี่คื้คำถามที่พรั่งพรูออก
จากปากของลูกชายคนเล็กของยินดี

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยและปัญหา

ปัญหาที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ฉันคิดว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีความบกพร่องและขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ

1. เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีแพทย์ศัลยกรรมประสาท ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงและต้องรับการรักษาถึงขั้นผ่าตัด ศักยภาพของสถานพยาบาลแห่งนี้ย่อมรับไม่ไหวอยู่แล้ว ดังตามคำชี้แจงของทางโรงพยาบาลเองก็ระบุว่า ภายหลังจากทราบผลการเอกซเรย์สมองแล้ว หากคนไข้มีอาการหนักมากเกินไปขีดความสามารถของทางโรงพยาบาลที่จะรักษา ก็จะส่งต่อยังโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งตามปกติการจะทำเช่นนั้น ทางโรงพยาบาลย่อมต้องมีการเตรียมการรับมือที่พร้อมเพียงพอ แต่จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจริง (ภายใต้ความต้องการของทางญาติ) ทางโรงพยาบาลกลับไม่อาจเอื้ออำนวยความสะดวกได้ โดยเฉพาะในส่วนของการพยาบาลนี้ย่อมสะท้อนว่า หากมิใช่เพราะทางโรงพยาบาลไม่มีการเตรียมการเพื่อการนี้ดีพอ ก็ย่อมเป็นเพราะทางโรงพยาบาลไม่ยินยอมให้บริการ

2. ในการส่งต่อจะต้องคำนึงถึงความต่อเนื่องในการรักษาและการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วย ดังนั้นการถอดน้ำเกลือ การแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งโรงพยาบาลที่รับตัวว่ามาจากบ้าน ตลอดจนการไม่ออกใบส่งตัว ทำให้ขาดข้อมูลการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาลแรก และการไม่มีบุคลากรด้านการพยาบาลร่วมดูแลคนไข้ในระหว่างเดินทาง ถือเป็นการละทิ้งคนไข้ให้อยู่ในภาวะความเสี่ยงโดยไม่สมควร

3. จากการให้สัมภาษณ์ของนายแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาล ระบุว่าปัญหาเรื้อรังอยู่ในส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

เครือข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิเสธไม่
รับคนไข้ที่โรงพยาบาลเครือข่ายส่งไป ด้วยเหตุผลที่แท้จริงคือไม่
ต้องการรับภาระหนัก และเกรงว่าโรงพยาบาลเครือข่ายจะส่งต่อมาก
เกินจำเป็น² ในประเด็นเดียวกันนี้ นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์
กล่าวว่า เท่าที่ทำงานอยู่ในแผนกไม่มีการปฏิเสธคนไข้ส่งต่อ หากมี
การติดต่อประสานงานมาก็รับเสมอ เว้นแต่ว่าเตียงจะเต็มจริง ๆ หรือ
อุปกรณ์จำเป็นยามนั้นไม่พร้อมก็รับไม่ได้ อย่างไรก็ตาม นายแพทย์
หัวหน้าแผนกศัลยกรรมประสาทของโรงพยาบาลศูนย์ผู้เห็นด้วยว่า
ในทางปฏิบัติเรื่องการส่งต่อนั้นมีปัญหามาก เพราะโดยหลักการทาง
โรงพยาบาลศูนย์ต้องรองรับโรงพยาบาลเครือข่าย แต่ในทางปฏิบัติจริง
โรงพยาบาลศูนย์ก็มีคนไข้ของตนเอง นอกจากนั้นยังมีโรงพยาบาลเอกชน
โรงพยาบาลจากจังหวัดใกล้เคียง ตลอดจนบรรดามูลนิธิบรรเทา
สาธารณภัยทั้งหลายพากันนำคนไข้หรือคนเจ็บมาส่งอีกเป็นจำนวนมาก
“เหมือนโรงพยาบาลเราเป็นถังขยะ ใคร ๆ ก็นำคนไข้มาไว้ที่นี่ แต่
ความจริงเราก็มีขีดจำกัดเช่นกัน ในเรื่องจำนวนเตียง แพทย์ พยาบาล
และเครื่องมือต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถส่งผู้ป่วย
ข้ามระหว่างโรงพยาบาลต่างสังกัดอีกด้วย ทั้งที่บางทีทราบว่ ทางโรง
พยาบาลบางแห่งเตียงว่าง พร้อมรับ แต่กลับติดปัญหาว่าเป็นคนละ
หน่วยงาน”³ คือคำกล่าวของนายแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์



² สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลที่รับตัวยีนดีแห่งแรก, มกราคม 2542

³ สัมภาษณ์หัวหน้าแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้การผ่าตัดแกยีนดี,
กุมภาพันธ์ 2542

เขายังแสดงความคิดเห็นและข้อวิจารณ์เพิ่มเติมด้วยว่า “... เงิน
ภาษีประชาชนทั้งนั้นที่พวกคุณรับแต่ละเดือน ผมกับคุณ กับคนอื่น ๆ ต่าง
ทำงานเหมือนกัน จะอ้างว่าเหนื่อย ธรรมดาทำงานกลางแดด ยกของหนัก
คุณสบายกว่าเยอะ ทำงานในห้องแอร์เย็นฉ่ำ ทุกคนต่างมีหน้าที่ ไม่ใช่สักแต่
ว่าทำ ผมอยากถามว่าสังคมเป็นอะไร หรือเป็นธรรมเนียมไปเสียแล้วที่คน
จน ๆ ต้องไปโรงพยาบาลของรัฐ แล้วได้รับการปฏิบัติเช่นนี้ จนดูเป็นเรื่อง
ปกติ เกิดมาจนต้องทำใจยอมรับสภาพหรือ” ในท้ายที่สุด ลูกชายของยีนดี
คนนี้ได้แจ้งเรื่องที่เกิดขึ้นแก่หนังสือพิมพ์ที่เขาทำงานอยู่ด้วย ทำให้มีการตี
พิมพ์เป็นข่าว ซึ่งเขากล่าวถึงเจตนาที่ทำเช่นนั้นว่า “เพียงอยากบอกให้สังคม
รับรู้ในวงกว้างไม่อยากให้เรื่องแบบนี้เกิดขึ้นกับคนอื่น กับคนรุ่นลูก รุ่นหลาน”

ส่วนการร้องเรียนและการดำเนินการอื่น ๆ เขาไม่ทำ ด้วยเหตุผลว่า
“แม้มันเสียไปแล้ว ทำอย่างไรแม้มันไม่ฟื้น ผมซีเกียจเสียเวลา ยุ่งยาก ทำยังไง
ก็หาตัวผู้รับผิดชอบไม่ได้” เขาบอกด้วยว่า สำหรับพี่น้องคนอื่น ๆ นั้น ทุก
คนต่างไม่กระตือรือร้น แต่ทุกคนพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า ถึงไม่มีทางเลือก
อย่างไรก็ไม่มีทางไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนั้น และจะบอกต่อแก่คนอื่นด้วย



'หนุ่มรินทด'

คนดัง



เจ้าของเรื่องราว	จินดา
เพศ	ชาย
อายุ	22 ปี
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	ถือสามล้อรับจ้าง และ รับจ้างใช้แรงงานทั่วไป
ที่อยู่	จังหวัดนนทบุรี



‘หนุ่มไล่ไหล’

“ไวย ร.พ. ดึงผ้าตัดลำไส้แล้วไม่ยัดคืน ยังต้องมีค่าผ่าตัดหมื่นห้า
เมยหนุ่มรันทด โดนลูกหลงวัยรุ่นไล่ยิงกัน ร.พ. ... (โรงพยาบาลที่รักษา) รับ
ตัวเข้ารักษา ผ่าตัดบาดแผลแล้วเอาลำไส้ใหญ่ออกมาไว้ข้างนอกช่องท้อง
เพื่อใช้ขับถ่ายแทนทวารหนัก พอถึงเวลานัดกลับเรียกค่าผ่าตัด 15,000 บาท
เมยหนุ่มรันทดหมดปัญญาหาเงิน เพราะมีอาชีพขับรถสามล้อรับจ้าง ได้เงิน
วันละ 50 บาท ต้องเลี้ยงลูกถึง 4 คน ขนาดไปยืมยืมถึง 2 ครั้ง ทาง ร.พ.
ยังยืนกรานต้องใช้เงินเท่าเดิม ทุกวันนี้ลูกชายทนทุกข์ทรมาน ใช้ถุงพลาสติก
ครอบลำไส้ วอนผู้ใจบุญยื่นมือช่วยเหลือ”

นั่นคือเรื่องราวของ “จินดา” ที่หนังสือพิมพ์รายวันชื่อดังฉบับหนึ่ง
ตีพิมพ์เป็นข่าวหน้าหนึ่งเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2540 รวมทั้งนำเสนอเรื่องราว
ต่อเนื่องเพิ่มเติมติดต่อกันอีกสองวันด้วย โดยในวันที่ 3 และ 4 เมษายนนั้น
ฉายาของจินดาเปลี่ยนจาก ‘หนุ่มรันทด’ ไปเป็น ‘หนุ่มไล่ไหล’ เข้ากับสภาพ
ร่างกายของเขามีปลายลำไส้เปิดอยู่ภายนอกช่องท้อง อันเป็นต้นเหตุที่
ทำให้เจ้าตัวตกเป็นคณดั่งในหน้าหนังสือพิมพ์ถึง 3 วัน

แต่ก่อนหน้านั้น เขามีสภาพดังกล่าวมาแล้วนานกว่า 1 ปี 4 เดือน

เรื่องเริ่มต้นขึ้นตั้งแต่วันลอยกระทงปลายปี 2538 จินดาบังเอิญ
เข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ยิงล้างแค้นกันในซอยแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี
ทำให้ถูกลูกหลงยิงเข้าที่บริเวณหน้าท้องและท่อนขาซ้าย ออจาย์ประจำ
โรงเรียนในละแวกที่เกิดเหตุเป็นผู้นำตัวส่งโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง

ทางโรงพยาบาลรับตัวจินดาไว้เป็นผู้ป่วยใน ในการรักษา แพทย์ได้
ผ่าตัดเอากระสุนออก และเนื่องจากพบว่ากระสุนยิงทะลุลำไส้ใหญ่จำนวน 5 รู
ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 0.5 เซนติเมตร จึงได้ทำการเจาะช่องท้องด้านซ้ายที่
ถูกยิง เอาปลายลำไส้ใหญ่ข้างหนึ่งออกมาไว้นอกร่างกายสำหรับขับถ่ายและ
ป้องกันการติดเชื้อ เพื่อรอเวลาให้แผลด้านในหายแล้วจะได้นำกลับเข้า

ภายในตามปกติ

หลังจากนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 16 วัน จินดาภิ กลับบ้าน โดยทางโรงพยาบาลให้ยาล้างแผล ยาแก้ปวด แก้อักเสบ พร้อมทั้งถุงสำหรับครอบลำไส้มาด้วยจำนวนหนึ่ง พร้อมกับนัดให้เขากลับไปพบ แพทย์ในอีก 3 เดือนข้างหน้า

จินดาภิเล่าว่า เมื่อถึงกำหนดนัด เขาได้กลับไปโรงพยาบาลถึง 3 วัน ติดต่อกัน “นัดครั้งแรกไป 3 ครั้ง สองวันแรกไม่เจอ วันที่ 3 ถึงเจอ หมอบอกว่า ลำไส้ยังบวมใหญ่เกินไป ยังใส่ให้ไม่ได้ หมอให้เปิดลำไส้ให้ดูแล้วก็บอกอย่างนี้ บอกว่าต้องรอไปอีกวัน ใส่แล้วเดี๋ยวมันจะเน่า ต้องรอถึง 6 ปี ผมเดินร้องไห้ กลับบ้านเลย”

จินดาภิระบุว่า หลังจากนั้นอีก 4 เดือน เขาได้กลับไปพบแพทย์อีกครั้ง แต่ก็ยังคงได้รับการยืนยันตามเดิม กระทั่งผ่านไปอีก 3 เดือน เมื่อกลับไป พบแพทย์อีกเป็นครั้งที่ 3 และยังคงถูกปฏิเสธอีก เขาก็ถึงแก่หัวใจและสิ้นหวัง ไม่ได้กลับไปโรงพยาบาลอีกเลย

ในที่สุดจึงตกอยู่ในสภาพที่มีปลายลำไส้เปิดอยู่ภายนอกช่องท้อง นานเกือบปีครึ่ง กระทั่งเรื่องราวของเขากลายเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ขึ้นมา เนื่องจากญาติของคนในซอยเดียวกันได้เห็นปลายลำไส้ที่เปิดอยู่ของเขา และรับทราบเรื่องราว เกิดความรู้สึกทอนไม่ได้ จึงนำความไปแจ้งแก่นักข่าว

ทางด้านโรงพยาบาลได้ส่งหนังสือชี้แจงต่อทางหนังสือพิมพ์ที่ลงข่าว มีใจความตอนหนึ่งตามที่ทางหนังสือพิมพ์ได้ตีพิมพ์ว่า “...หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รวมเวลารักษาตัว 16 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และนัดมาตรวจเพื่อพบแพทย์ที่ทำการรักษาในอีก 3 เดือน แต่ปรากฏว่าผลยังไม่หายสนิท ยังไม่ควรที่จะผ่าตัดลำไส้ใหญ่กลับสู่ช่องท้องในช่วงเวลานี้ เจ้าหน้าที่แจ้งให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้รักษามาตามเวลาที่ออกตรวจ เพื่อจะได้นัดผ่าตัดต่อไป แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ไม่ได้กลับมาติดต่อกับทางโรงพยาบาลอีกเลย”

จากการสัมภาษณ์ นายแพทย์รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลแสดงความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า หลังจากถูกปฏิเสธครั้งแรกแล้ว จินดาคงจะไม่ได้กลับมาพบแพทย์อีก หรือหากมาจริงตามที่ระบุ ก็อาจจะเป็นเพียงการมาโรงพยาบาล เข้ายื่นบัตรตามขั้นตอนปกติ แต่ไม่ได้พบแพทย์ เนื่องจากไม่ได้มาตรงตามนัด แพทย์อาจไม่อยู่ หรือติดงานรักษาคนไข้ ดังนั้นจึงไม่ได้รับการรักษาให้เสร็จสิ้นเสียที ทั้งที่จากการประเมินคร่าว ๆ ในกรณีอย่างจินดา ใช้เวลาประมาณ 3 เดือนหลังการผ่าตัดก็น่าจะนำลำไส้กลับเข้าไปได้

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่ชาวตีพิมพ์ออกไปเพียงวันเดียว รุ่งขึ้นทางโรงพยาบาลก็ได้ส่งรพยาบาลพร้อมด้วยนักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุศึกษา และประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลมารับตัวเจ้าของฉายา 'หนูมีไส้ไหล' ถึงบ้าน

จินดาจึงได้รับการผ่าตัดปิดช่องท้องเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2540 โดยระหว่างการพักฟื้น เชาระบุ่ว่า ทางโรงพยาบาลได้จัดให้เข้าพักในห้องพิเศษจนกระทั่งถึงวันที่ 17 เมษายน

ส่วนทางโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า จำนวนค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดครั้งนี้คิดรวมทั้งหมดเป็นเงิน 11,528 บาท ซึ่งไม่มีการเรียกเก็บจากคนไข้แต่อย่างใด

ผลจากการเป็นข่าวไม่เพียงแต่ทำให้จินดาได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากยังเป็นเหตุให้ผู้ใจบุญหลายรายนึกเวทนาบริจาคเงินช่วยเหลือ

จินดาเล่าว่ามีนักแสดงอาวุโสท่านหนึ่ง ซึ่งขณะนั้นพักรักษาตัวด้วยโรคหัวใจอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ได้ให้เงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 18,000 บาท นอกจากนี้ยังมีผู้ส่งนามติมาอีกหลายราย แต่เพราะเขาไม่มีบัตรประชาชน จึงไม่สามารถนำไปขึ้นเงินได้ ท้ายที่สุดนามติเหล่านั้นก็ถูกตีกลับ

แก้ปัญหาโดยสื่อมวลชน หรือปฎิรูประบบ ?

ข่าวของจินดาที่ถูกเผยแพร่ออกไปทางหนังสือพิมพ์เป็นปัจจัยผลักดันให้จินดาได้มีโอกาสกลับไปโรงพยาบาลผ่าตัดเอาลำไส้กลับไว้ในช่องท้องดังเดิม อีกทั้งยังส่งผลสืบเนื่องให้ทางโรงพยาบาลให้การดูแลคนไข้รายนี้ในโอกาสต่อมามีด้วย

แต่จะมีผู้ป่วยสักกี่คนที่มีโอกาสเข้าถึงสื่อมวลชนในการเผยแพร่ปัญหาจากการใช้บริการ หรือแม้แต่หากแต่ละกรณีได้รับการเผยแพร่ทางสื่อมวลชนและได้รับการแก้ไขปัญหาลุล่วงไปด้วยดี แต่การแก้ปัญหานั้นก็จำเป็นต้องกระทำควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการ มิใช่การแก้ปัญหาแบบเฉพาะหน้าเป็นรายการณี

การปฏิรูประบบบริการด้านสาธารณสุขจะต้องถูกปรับปรุงเพื่อให้แก้ปัญหาความทุกข์ของคน ไม่อย่างนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบบริการคงจะยังคงคู่กับสังคมไทยเรื่อยไป



นอกจากนี้ เหตุการณ์ดังกล่าวได้นำมาซึ่งผลต่อเนื่องทางบวกในแง่ของหลักประกันสุขภาพสำหรับจินดา ที่ไม่เคยมีมาก่อนก็กลับมี ดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้นปี 2542 เมื่อจินดาประสบอุบัติเหตุรถชนและได้รับการส่งตัวเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดิมนั้นอีก ก็ปรากฏว่า ทางโรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาจนกระทั่งหายดี โดยที่ไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกด้าด้อยและรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่าเป็นสิ่งที่ได้รับการตอกย้ำจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ยังคงอยู่กับจินดาเช่นเดียวกับความรู้สึกเป็นปฏิกิริยาต่อสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

ตามติดคนจน

ใครได้พบกับจินดาก็จะรู้ทันทีเลยว่าเขาจน แต่เป็นความจนที่ทำให้ต้องทุกขทนเพียงไร และมีชีวิตอยู่ชายขอบเพียงไหน คงยากจะมีคนสนใจทำความเข้าใจ

ครอบครัวของจินดาในวันนี้มีด้วยกัน 7 ชีวิต นอกจากแม่และตัวเขาแล้ว ยังมีน้องชาย 2 คน วัย 20 ปี และ 8 ปี ที่เหลือคือน้องสาววัย 18 ปี สามีมของเธอ และลูกน้อย ทั้งหมดอยู่ภายใต้ชายคาเดียวกัน ซึ่งเป็นบ้านเช่าขนาดเล็กปลูกสร้างด้วยไม้ในย่านตำบลตลาดขวัญ สภาพภายในตัวบ้านมีห้องเล็ก ๆ ขนาดพอวางฟูกนอนได้ 1 หลังจำนวน 2 ห้อง ห้องหนึ่งจินดาและน้องชายอีกสองคนยึดครองหลบนอน อีกห้องหนึ่งเป็นของครอบครัวน้องสาว ส่วนแม่อาศัยนอนบนพื้นที่ว่างแคบ ๆ ระหว่างห้องทั้งสอง สถานที่ที่พำนักนี้มีสภาพเก่าทรุดโทรมเต็มที่ หลังคาที่มุงสังกะสีนั้นมืรูรั่วอยู่หลายแห่ง จินดาเล่าว่า ถึงหน้าฝนที่ไร ถ้าฝนตกกลางคืนก็ไม่เป็นอันหลับอันนอนกันทั้งบ้าน

คนไทยมากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์ยังขาดหลัก ประกันสุขภาพ

คนไทยมีหลักประกันหลายรูปแบบ เช่น การประกันสังคม การประกันภัยเอกชน การประกันสุขภาพโดยสมัครใจของรัฐ 500 บาท สวัสดิการข้าราชการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ฯลฯ

มีประชาชนไทยประมาณร้อยละ 60-70 อยู่ภายใต้สวัสดิการหรือการประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น ที่เหลืออีกร้อยละ 30-40 ยังไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการ หรือการประกันสุขภาพใด ๆ จึงเกิดคำถามแก่นักการเมือง ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะสุฯว่า จะขยายการครอบคลุมประชากรที่ไม่มีหลักประกันเหล่านี้ได้อย่างไร¹

กรณีของจินดาซับซ้อนมากกว่าการขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ซึ่งหากพิจารณาภายใต้ระบบหลักประกันในปัจจุบัน จินดาอาจถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือ แต่เนื่องจากจินดาไม่มีบัตรประชาชน ทำให้การเข้าถึงหลักประกันเรื่องนี้กลายเป็นเพียงการวาดวิมานในอากาศ



¹ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร “ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย”, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, พิมพ์ครั้งที่ 2, 2540

ไม่เพียงแต่แม่เท่านั้นที่มีอาชีพถีบสามล้อรับจ้าง ตัวเขาเองก็ทำอาชีพอย่างเดียวกับแม่ โดยทำเลทำมาหากินของสองคนแม่ลูกคือบริเวณซอยโรงพยาบาลบาราคนราตร ขณะที่ทำเลหลักของพ่อก่อนที่จะจากโลกนี้ไปได้แก่ตลาดเมืองนนท์ เสิร์มด้วยสถานที่ต่าง ๆ ตามแต่กำลังจะไปได้ขอเพียงแต่ให้มีผู้คนพลุกพล่านและตำรวจไม่กวน เพราะงานที่พ่อของเขาทำคือการขอทาน

ส่วนที่จินดาบอกว่าเขาไม่มีบัตรประชาชนทำให้ไปรับเงินธนาณัติไม่ได้ นั้นเป็นอีกปมของชีวิตที่ถึงที่สุดเป็นเพียงเรื่องปลายทาง เรื่องต้นทางคือ เขากับน้อง ๆ ทั้ง 4 คนไม่มีแม่แต่ใบเกิด เหตุที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะ หลังจากที่แม่ตั้งต้นแต่งงานกับพ่อที่มีอายุแก่กว่าถึง 20 กว่าปี ก็มีปัญหากับครอบครัวจนถึงขั้นทะเลาะวิวาท คู่ชีวิตพร้อมกับลูกคนหัวปีที่ยังแบเบาะจึงอพยพออกจากบ้านของฝ่ายหญิงที่อยู่ย่านพระประแดงมาอาศัยอยู่จังหวัดนนทบุรี โดยไม่ได้แจ้งย้ายสำเนาทะเบียนบ้านออกมาด้วย

ทั้งจินดาและน้อง ๆ จึงไม่มีตัวตนอยู่ในการรับรู้ของรัฐ ไม่ได้เข้าโรงเรียน อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ครั้นเมื่อโตเป็นหนุ่มเป็นสาวแล้วก็ไม่มีบัตรประชาชน ในความหมายทางราชการ พวกเขาถือเป็นคนเถื่อน

จินดาเล่าว่า ความยากจนขั้นแค้นของครอบครัวทำให้เขาต้องถีบสามล้อรับจ้างตั้งแต่อายุได้เพียง 13 ปี “ตอนนั้นยังต้องนั่งบนเหล็กอยู่เลย ไม่สามารถนั่งตรงเบาะได้เพราะขาเอื้อมไม่ถึงที่ปั่นราคาค่าเช่าในตอนนั้นวันละ 30 บาท ถีบได้วันละร้อยกว่าบาท แต่ไม่ค่อยเหลือหรอก เพราะต้องหักค่าเช่ารถ และต้องกินต้องใช้”

จินดาไม่มีการศึกษา งานที่ทำได้นอกจากการถีบสามล้อรับจ้างจึงมีเพียงงานรับจ้างใช้แรงงานอย่างอื่น ๆ แม้กระนั้นเขาก็เป็นหนึ่งในกำลังหลักของการทำมาหากินร่วมกับแม่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในคืนวันลอยกระทงปี 2538 และต่อจากนั้นอีกเกือบปีครึ่งจึงเท่ากับทำให้เสาต้นหนึ่งของครอบครัวนี้หมดสภาพการค้ำยัน และผลกระทบทางเศรษฐกิจนับว่าหนักหนาที่สุด

เรื่องราวเหล่านี้ ทางโรงพยาบาลที่ให้การรักษาคิดมาถึงสองครั้ง
สองคราไม่แผ้วพานรับรู้เลย

ในช่วงแรก ๆ เมื่อร่างกายยังไม่แข็งแรง จินดาแทบจะทำงานไม่ได้
เลย แต่ภาวะความจำเป็นก็บีบบังคับตลอดเวลา ดังที่จินดากล่าวไว้ว่า “เวลา
ไม่มีกินก็ต้องทำ แม้รู้ บอกว่าไม่ต้องไปทำ ให้อ่อนเลย ส่วนน้องชายกับแม่ก็
ต้องไปช่วยกันซื้อหาเงิน ผมถึงรีบร้อนอยากใส่ใส่ จะได้ช่วยแม่ทำมาหากิน
อีกแรง”

แต่เมื่อความต้องการดังกล่าวไม่อาจบรรลุเป็นจริงได้ จินดาจึงต้อง
พยายามหา路ทางเพื่อจะดำรงชีวิตไปได้ในสภาพที่มีลำไส้เปิดอยู่ภายนอก
ซึ่งเขาพบว่ายากไม่ใช่น้อย “ตอนใล้อยู่ข้างนอก ผมเคยไปขอแบกปูน เจ้
เจ้าของร้านเขาเคยห้ามไว้ บอกว่าเดี๋ยวใส่ทะลัก ผมเลยไม่ทำ กลัวปูนจะเข้า
แผลแล้วตายด้วย...”

นอกจากนี้เขายังไปทำงานอย่างที่พ่อทำแต่ก็พบว่าเกินจะทำใจรับได้
“ผมเคยไปนั่งขอทานที่ตัวจังหวัดนนท์ ไปแค่ครั้งเดียวแล้วไม่เอาอีกเลย ผม
อายุเขา ต้องคอยเปิดลำไส้ให้เขาดู ไม่อย่างนั้นไม่ได้เงิน เพราะสภาพร่าง
กายอย่างอื่นปกติหมด ตอนนั้นเราไม่มีรถรา กลุ้มใจเลยไปนั่งขอตั้งค์ ได้มา
ยี่สิบสามสิบกว่าบาทก็กลับบ้าน กลัวเทศกิจมาจับเหมือนกัน ยิ่งเราเป็นคน
เก๋นิดด้วย”

ข้างฝ่ายผู้เป็นแม่เล่าว่า ตอนที่ลูกชายคนโตป่วยนั้นลำบากมาก
เพราะเขาถือเป็นกำลังหลักในการหารายได้เข้าครอบครัว เมื่อมาล้มป่วยจึง
ต้องกู้หนี้ยืมสินจากผู้ปล่อยกู้ 5 ราย รวมเป็นเงินหมื่นกว่าบาท ในอัตรา
ดอกเบี้ยร้อยละ 20 ต่อเดือน ซึ่งทุกวันนี้ก็ยังชำระหนี้ไม่หมด

จากการสอบถามนายจ้างเก่าเจ้าของร้านวัสดุก่อสร้างที่จินดาเคย
ทำงานด้วย ระบุว่าเคยให้เงินช่วยเหลือครอบครัวนี้จำนวน 500 บาท เพราะ
จินดามาขอ

COLOSTOMY

การเปิดลำไส้ไว้ภายนอกของท้องเรียกว่า การทำ colostomy ในทางการแพทย์ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา ผู้ป่วยสามารถมีลำไส้ใหญ่อยู่นอกช่องท้องตลอดชีวิตได้โดยมีความสุขตามปกติ ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดปิด²

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของคนทั่วไปไม่ได้มองเรื่องนี้ธรรมดาไปด้วย และพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ที่ทำ colostomy จะไม่สามารถทำใจยอมรับได้เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย โดยเฉพาะในระยะแรก ผู้ป่วยมักยอมรับไม่ได้ ต่อเมื่อเวลาผ่านไปจึงสามารถปรับตัวได้มากขึ้น ซึ่งปัจจัยการยอมรับและการปรับตัวเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล แต่มีเวลาเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่ง และวัยที่แตกต่างกันก็จะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่ต่างกันไปด้วย โดยในวัยหนุ่มสาวจะได้รับความสะเทือนใจมากกว่าวัยผู้สูงอายุ เพราะวัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่ต้องเข้าสังคม พบปะผู้คน และมีกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อสภาพร่างกายแตกต่างออกไปย่อมจะรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดความกังวลวิตก ขำร้ายบางรายถ้าเกิดถุงที่ครอบลำไส้ไว้หลุด ส่งกลิ่นเหม็นเพียงแค่ครั้งเดียว ก็จะมีสูญเสียความมั่นใจตลอดไป

นอกจากนี้ ถึงอย่างไรผู้ที่ทำ colostomy ก็ไม่อาจใช้ชีวิตได้เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์เช่นเดียวกับคนทั่วไป และมีภาวะพิเศษเพิ่มเติมอย่างน้อยที่สุดก็ต้องเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ ซึ่งปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับผู้มีลำไส้เปิดที่หน้าท้องคือ การติดถุงไม่พอดี ทำให้เกิดแผลส่วนด้านการดำเนินชีวิตประจำวันก็มีข้อต้องระมัดระวัง เช่น หลีกเลี่ยง

² สัมภาษณ์นายแพทย์รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคูร์นี เดือนกุมภาพันธ์ 2542

การรับประทานอาหารบางประเภท เช่นที่ก่อให้เกิดกลิ่นรุนแรง
หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการกระทบกระแทกรุนแรง โดยเฉพาะในระยะ
แรกทำ colostomy ไม่นาน ลำไส้อาจมีเลือดออกได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยจะ
ไม่รู้สึกรู้สึ เนื่องจากบริเวณลำไส้ใหญ่ไม่มีเส้นประสาท

สำหรับภาวะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นับว่าไม่เป็นปัญหา
ต่อผู้ทำ colostomy เพราะลำไส้ใหญ่โดยปกตินั้นสกปรกและใน
อุจจาระก็มีเชื้อโรคมามากอยู่แล้ว³

colostomy สำหรับจินดาผู้มีพ่อเป็นขอทานและแม่เป็นคน
พิการสามล้อรับจ้างยังไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดาของชีวิตอย่างแน่นอน
และย่อมเป็นภาระและความเดือดร้อนที่ไม่เล็กน้อย ทั้งนี้มีพักต้อง
กล่าวถึงภาวะทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความกังวลที่เกิดจากความไม่รู้
หรือความกังวลอื่นที่สมเหตุสมผล เหล่านี้ควรที่แพทย์จะต้องให้ความ
ใส่ใจและทำความเข้าใจให้มากขึ้น ตลอดจนถือเป็นภาระหน้าที่ในการ
ให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง แทนที่จะมอบแต่ทัศนคติเชิงลบต่อ
ผู้ป่วย อันรังแต่จะสร้างปัญหาและก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์กับ
สังคมโดยรวม ดังเช่นที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ด้วย เพราะถึงอย่างไร ใน
ความรับรู้ของคนทั่วไปก็ยังคงมองว่าการมีลำไส้เปิดอยู่ภายนอกช่องท้อง
เป็นความอเนจอนาถอยู่นั่นเอง

แพทย์เองจะไม่อาจอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข หากยัง
คงมีทัศนคติเชิงดูแคลนต่อความไม่รู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนักเหล่านี้



³ สัมภาษณ์กลุ่ม Octomy Care ของโรงพยาบาลศิริราช เดือนมีนาคม 2542

อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลัง ๆ ถึงแม้จะยังคงมีปลายลำไส้ใหญ่เปิด
อยู่ภายนอกช่องท้อง แต่เมื่อสภาพอยู่ตัวขึ้น จินดาก็กลับไปสืบสามล้อรับ
จ้างอีกครั้ง จนกระทั่งหนังสือพิมพ์นำเสนอเรื่องราวของเขา ทำให้ได้รับการ
ผ่าตัดนำลำไส้กลับสู่ช่องท้องในที่สุด

เบื้องหลังสุดขอบฟ้า

ต่อกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ที่กินระยะเวลายืดเยื้อปีเศษ
นายแพทย์รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาล และเป็นแพทย์ผู้
ผ่าตัดรักษาในครั้งหลังได้ชี้แจงว่า ปัญหาดังกล่าวสืบเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยเอง
เพราะผู้ป่วยไม่ได้มาตามกำหนดนัดหมายของแพทย์ผู้รักษา

แพทย์ผู้นี้ยังเชื่อว่า เป็นเพราะระดับสติปัญญาของผู้ป่วยไม่ค่อยมี
เนื่องจากไม่มีการศึกษา จะถามหรือแสดงความคิดเห็นอะไรก็ไม่กล้า เป็นคน
เฉย ๆ จากประสบการณ์ตรงที่ได้เคยพูดคุยซักถามด้วย พบว่า เวลาถาม
อะไรก็ไม่มีการตอบสนอง แม้แต่เมื่อผ่านการผ่าตัดครั้งที่สองและมีการ
นัดมาดูแผลหลังจากนั้นอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์ ผู้ป่วยก็ไม่ได้สนใจมาตรวจ
ตามนัด “ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยอีกระดับหนึ่งเขาจะดูแลสุขภาพของตัวเองเป็นอย่างดี
ส่วนนายจินดานั้นเขาหวังการทำมาหากินของตนเองมากกว่า” แพทย์รองผู้
ำนวยการโรงพยาบาลกล่าว

สอดคล้องกับคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ซึ่งเป็นผู้ไป
รับตัวจินดาที่บ้านเข้ารับรักษาอีกครั้ง เธอถ่ายทอดภาพของคนไข้ว่า “ความรู้สึก
ของเขาเฉย ๆ ไม่ได้ซีเรียสกับอาการป่วยตัวเอง เพราะผู้ป่วยบางคนเวลา
หมอนัดจะซีเรียสมาก ต้องมาให้ตรงนัด อย่างวันที่ไปรับตัวนาย... (ชื่อจริง
ของนายจินดา) ก็ต้องไปนั่งรอ เพราะเขาออกไปสืบสามล้อ ดูเขาก็ไม่ได้

เดือดร้อนอะไร” อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์คนดังกล่าวก็มีความเห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวจินดาถือว่ายากจนจริง แต่เธอมิได้แสดงความเข้าใจว่า ความจนกับการออกไปเก็บสามล้ออย่างกับไม่มีอะไรผิดปกติ เชื่อมเกี่ยวสัมพันธ์กันอย่างไร

สำหรับประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่กลายเป็นชาวอีสาน พยาบาลหัวหน้าตึกศัลยกรรมให้ความเห็นว่า ปัญหาไม่ได้อยู่ที่เรื่องเงิน เพราะปกติในแต่เดือนตึกศัลยกรรมมียอดเงินติดลบ 300,000 – 400,000 บาทอยู่แล้ว หากผู้ป่วยไม่มีเงินจ่ายทางโรงพยาบาลก็ไม่เรียกเก็บค่ารักษา แต่ก็ต้องติดต่อฝ่ายสังคมสงเคราะห์ แล้วเรียกเก็บเท่าที่มี

อย่างไรก็ตาม ตามความรู้สึกของจินดา เธอเองเชื่อปักจิตปักใจว่าสาเหตุที่แพทย์ไม่ใส่ใส่ให้เป็นเพราะเห็นว่าไม่มีเงินมากกว่า โดยมีความรู้สึกเช่นนี้ตั้งแต่เมื่อถูกปฏิเสธครั้งแรกแล้ว ทั้งนี้เพราะเขายังจำได้ดีถึงฉากเหตุการณ์เมื่อถูกนำตัวส่งถึงโรงพยาบาลครั้งแรก...

“พอไปถึงก้นอนบนรถเข็น ที่แรกไม่ยอมรับเราด้วย ผมก็ได้ยื่นเขาคูยกกันว่าคุณมีเงินหรือเปล่า ถ้ายังไม่มีเงินก็รอไปก่อน พอติดตอนนั้นภรรยาของอาจารย์เขามา ก็เลยจ่ายไปให้ก่อน 3,500 บาท ตอนนั้นผมจะขาดใจอยู่แล้ว ไปถึงเขาก็บอกว่าจะเอาเงิน”

สิ่งที่จินดาบอกเล่ากับคำพูดของภรรยาอาจารย์ที่เป็นผู้นำเขาส่งที่โรงพยาบาลไม่เหมือนกันเสียทีเดียวแต่ตรงกันในประเด็นเรื่องการเรียกเก็บเงิน กล่าวคือภรรยาอาจารย์เล่าว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ก็เอาเตียงมารับ เสียบสายน้ำเกลือให้ทันที แต่ก็เรียกเก็บเงินค่าน้ำเกลือทันทีเช่นกัน เป็นจำนวนเงิน 600 บาท โดยมีการล่ำทาบว่าให้จ่ายเดี๋ยวนั้นเลยด้วย

จินดาอ่อนไหวต่อการถูกปฏิเสธและการถูกเลือกปฏิบัติ และมักเชื่อมโยงว่าเกิดขึ้นเนื่องเพราะความอึดคัดขัดสน ซึ่งก็คือความเป็นจริงอันขม

ขึ้นและชวนคับแค้นที่เขาถูกละทิ้งมาตลอดชีวิต ดังนั้นเขาจึงสะดุดสะดุ้งง่ายตาย โดยที่คนอื่น ๆ ที่ปฏิสัมพันธ์ด้วยคงยากจะติดตามทัน ดังเช่นที่เขาเล่าถึง เหตุการณ์เมื่อตอนจะออกจากโรงพยาบาล ความรู้สึกในท่วงทำนอง คล้ายคลึงกันก็เกิดขึ้นกับเขาอีก จากการที่มีพยาบาลคนหนึ่งมาถามว่า อยากกลับบ้านไหม ซึ่งเขาตอบไปว่า “อยากกลับ” แต่ความรู้สึกภายในที่ต่อเนื่องตามมาของเขาก็คือ คำถามนั้นเหมือนเป็นการไล่เขาออกจากโรงพยาบาลทั้งที่อาการเจ็บป่วยยังไม่หายดี

จินดาตุจะรู้สึกอยู่เสมอว่า ความจนนั้นเองที่ทำให้ตนถูกปฏิเสธ และไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ดี

“เราก็ก้าวว่าเมื่อไรจะใส่ใส่ให้ หมอบอกว่าให้รอไปก่อน 6 ปี แล้วบอกว่าถึงเวลานัดใส่ใส่แล้วจะเรียกมา เพราะเราไม่มีเงินจ่าย หมอบอกให้กลับบ้านไปก่อนเพราะโรงพยาบาลเตียงเต็ม” จินดากล่าว

เมื่อมีปัญหาเรื่องการผ่าตัดลำไส้กลับเข้าไป เขาจึงบักใจคิดว่า ปัญหาอยู่ที่เรื่องเงินอย่างแน่นอน “เขานัดสามเดือนครึ่งหนึ่ง สี่เดือนครึ่งหนึ่ง แล้วก็สามเดือนอีกครั้งหนึ่ง ผมก็รอ จนกระทั่งแจ้งนักรักษา โรงพยาบาลก็เอารถมารับทันที แล้วก็ใส่ใส่ให้ อย่างนั้นที่บอกว่า 6 ปี ก็หลอกผมนะสิ แสดงว่าเขาต้องการเงิน” จินดาสรุปสาเหตุแห่งปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น

สิ่งที่ช่วยสาคับความเชื่อของจินดาในประเด็นนี้ก็คือ การที่ทางโรงพยาบาลให้ทำสัญญาค่างชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาเอาไว้ ก่อนจะให้เขากลับบ้าน และหลังจากนั้นยังเคยโทรศัพท์มาติดตามทวงหนี้ โดยโทรมาที่บ้านเจ้าของห้องเช่าที่อาศัยอยู่ติดกัน

เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลอธิบายว่า “เหตุที่ต้องทำใบค่างชำระนี้ให้แก่นายจินดาภายหลังการรักษาพยาบาลในครั้งแรกนั้น เนื่องจากในกรณีของเขามีคู่มือที่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายได้ จึงถือว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลแม้ไม่อาจชำระค่าใช้จ่ายเองได้

ติดตามเงิน ไม่ติดตามผู้ป่วย

โรงพยาบาลอ้างว่า ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามนัด ขณะที่ผู้ป่วยเองอ้างว่า ไปโรงพยาบาลถึง 3 ครั้งแล้ว ได้รับแต่การยืนยันว่ายังผ่าตัดเอาลำไส้กลับคืนให้ไม่ได้ โดยมีการเรียกเงินในการทำผ่าตัดด้วย

ข้อเท็จจริงในประเด็นนี้เป็นเรื่องยากจะพิสูจน์ เนื่องจากการไปโรงพยาบาลเพื่อการนี้ของจินดาไม่ได้ผ่านระบบการบันทึกอย่างเป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสนใจอยู่ที่ว่า ในขณะที่ทางโรงพยาบาลมีระบบการติดตามทวงหนี้ค่ารักษาพยาบาลด้วยการโทรศัพท์ถึงบ้านได้ เหตุใดจึงไม่มีการพัฒนาระบบในการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องบ้าง

นับเป็นข้อเท็จจริงที่ว่า จินดาไม่มีความรู้ ไม่มีคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐาน แต่เขาก็เป็นคนคนหนึ่งที่มีชีวิต ลมหายใจ เลือดเนื้อ อยู่ในสังคมจริง ๆ เพราะฉะนั้นระบบบริการพื้นฐานอย่างการสาธารณสุขต้องมีที่ยืนและต้องเข้าไปถึงตัวตนของคนอย่างจินดา และบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเอาใจใส่ต่อช่องว่างแห่งความแตกต่างที่กว้างขวางอยู่ โดยทำความรู้จักคนให้มากขึ้น เน้นรักษาคนมากกว่าสนใจรักษาแต่เพียงโรค



แต่อาจเรียกเก็บจากคนที่ยังได้ในภายหลัง ทั้งนี้โดยผู้ป่วยมีภาระที่ต้องติดตามเอาเงินมาชำระแก่โรงพยาบาล เรื่องนี้ถือเป็นกฎระเบียบของทางโรงพยาบาลที่จะไม่ให้เกิดภาระขึ้นโดยไม่จำเป็น ถึงกระนั้นในแต่ละปีก็มีหนี้สูญเป็นจำนวนมาก ซึ่งในทางปฏิบัติจริง ๆ แล้วทางโรงพยาบาลก็ทำอะไรไม่ได้ถ้าผู้ป่วยไม่จ่าย”

แต่แน่นอนว่า จินดาไม่ได้รับทราบข้อความเหล่านี้ ยิ่งไปกว่านั้น จินดายังปักใจเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับเขาในช่วงเวลาประมาณ 1 ปีครั้งนั้น เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้พ่อวัย 60 กว่าปีต้องจบชีวิตลงในระหว่างที่กำลังนั่งชอทานกลางสะพานลอยแถวตลาดเมืองนนท์ เนื่องจากคิดมากจากอาการไม่สบายของเขา รวมทั้งกังวลกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่นับวันมีแต่จะเลวร้ายลง

“ช่วงนั้นเป็นตอนสาย ๆ มีคนมาบอกว่าพ่อชกตายกลางสะพานลอย เพราะเขาคิดมาก ไม่มีเงิน และเป็นโรคความดัน ก่อนหน้านั้นผมต้องเป็นคนคอยเป่ายานัตถุ์ให้อยู่เสมอ ๆ พ่อตาย รถปอเด็กตั้งก็มารับไป เพราะไม่มีเงินจะทำศพ ” จินดาบรรยายความรู้สึกคับแค้นใจ

ความจนสำหรับจินดา ที่เขาคบครองมันและมันครอบครองเขา ดูจะไม่ได้มีความหมายเพียงแค่อัดขีดขัดสนเงินทอง หากกินความเลวลึกถึงการอับจนหนทาง ตลอดจนโอกาสชนิดสามัญที่สุดที่มนุษย์พึงมี



การเดินทาง ของปราณี



เจ้าของเรื่องราว _____ ปราณีและสามี
เพศ _____ หญิง
อายุ _____ 32 ปี (ณ ปีที่เสียชีวิต พ.ศ. 2538)
สถานภาพ _____ สมรส
อาชีพ _____ ทำสวนยาง
ที่อยู่ _____ จังหวัดพังงา



นาทียึดบนท้องถนน

อำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา ย่ำค่ำของวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 “ปราณี” ผู้ซึ่งเพิ่งแยกกับสามีเมื่อตอนเย็น หลังจากขี่จักรยานยนต์ส่งเขาไปเผ้ากระซังปลาให้เพื่อน เดินทางไปจ่ายตลาดในย่านชุมชนแห่งหนึ่งบริเวณถนนเพชรเกษมกับน้องสาวของเขา เธอจอดจักรยานยนต์คู่ใจไว้ริมถนนฝั่งตรงข้ามตลาด ให้น้องสามีเผ้าเอาไว้

หลังจากซื้อของเสร็จ กำลังจะข้ามฟากกลับ ปรากฏมีจักรยานยนต์ขนาด 100 CC ขับขี่โดยวัยรุ่นแล่นมาด้วยความเร็วสูง แซงซ้ายรถบรรทุกที่วิ่งขวางอยู่ข้างหน้า พุ่งเข้าชนร่างของปราณีสุดแรง เธอล้มลงหัวฟาดพื้นในสภาพคว่ำหน้า มีเลือดไหลออกจากบริเวณศีรษะ ท่ามกลางความตะลึงของชาวบ้านย่านนั้น

ปราณีถูกนำส่งโรงพยาบาลชุมชนใกล้เคียงที่เกิดเหตุ โรงพยาบาลดังกล่าวเป็นโรงพยาบาลรัฐขนาด 10 เตียง ที่ปกติมีแพทย์ประจำ 2 คน แต่ในขณะนั้นเป็นเวลาประมาณ 20.00 น. แล้ว จึงมีเพียงแพทย์สาวที่เพิ่งจบประจำการอยู่คนเดียว กับพยาบาลเวรจำนวน 2 คน

บัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลระบุว่า “เมื่อแรกรับคนเจ็บเข้ารักษายังมีความรู้สึกตัว สลับกลับไปมากับความไม่รู้สึกตัว มีระดับความดัน 130/80 มม. P 72 ครั้งต่อนาที R 32 ครั้งต่อนาที ม่านตา 2 มม. ซ้ำต่อแสง ถูกมอร์เตอร์ไซค์ชน กะโหลกบุบ ได้ให้การรักษาโดยการเย็บแผลและให้น้ำเกลือ ญาติขอให้มีการรักษาต่อที่โรงพยาบาล... (ชื่อโรงพยาบาลรัฐอีกแห่งหนึ่ง)”

ตามคำบอกเล่าของแม่สามีผู้ซึ่งไปเยี่ยมดูอาการลูกสะใภ้เป็นคนแรกระบุว่า ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ปราณีได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการเย็บบาดแผลบริเวณหัวคิ้วซ้ายจำนวน 24 เข็ม จากนั้นแพทย์บอกแก่ญาติว่าให้คนเจ็บนอนพักที่โรงพยาบาลสักคืนค่อยกลับบ้าน ซึ่งสร้างความสบายใจ

แก่ผู้ฟังอย่างมาก แต่แล้วเมื่อได้เข้าไปดูอาการคนเจ็บจริง ๆ กลับได้เห็นภาพที่สร้างความรู้สึกในทางตรงกันข้าม

“ที่นอนมีแต่เบาะเฉย ๆ ไม่มีผ้าปูที่นอน ไม่มีหมอนให้หนุนสักอันหนึ่งเลย” นั่นคือภาพแรกที่ผู้เป็นแม่สามีได้เห็น แล้วเกิดความรู้สึกไม่ดี แต่ภาพที่ร้ายแรงยิ่งกว่าคือการได้พบเห็นเลือดไหลนองจากบาดแผลฉีกขาด กระรุ่งกระริ่งที่บริเวณท้ายทอย นางและลูกชายผู้เป็นน้องสามีของปราวณีจึงเข้าไปต่อว่าต่อขานแพทย์หญิงและพยาบาลด้วยโทสะ ซึ่งแพทย์หญิงได้แต่ขอโทษขอโพยและชี้แจงว่าวันนั้นงานยุ่งมากมาตลอดทั้งวัน ประจวบกับในเวลาใกล้เคียงกันนั้นก็มีผู้ประสบอุบัติเหตุอีกรายหนึ่งถูกส่งตัวเข้ามาด้วย

ด้วยความโกรธและไม่วางใจในการรักษาพยาบาล ญาติจึงตกลงใจขอย้ายคนเจ็บไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตที่มีขนาดใหญ่กว่า

ในช่วงนั้นทางฝ่ายญาติมีการแบ่งกำลังกัน โดยน้องสาวของสามีไปกับรพพยาบาลพร้อมนางพยาบาลประจำรถอีกคนหนึ่ง ส่วนแม่และน้องชายของสามีได้เดินทางกลับบ้านเพื่อไปนำเงินมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากเงินที่นำมาในตอนแรก 1,000 บาทนั้นได้ใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่ารถพยาบาลไปแล้วจำนวน 800 บาท

ปราวณีถูกเคลื่อนย้ายออกจากโรงพยาบาลแห่งแรกเมื่อเวลาประมาณ 21.45 น. ด้วยรถพยาบาลที่เก่าคร่ำและไม่ได้มาตรฐาน โดยในตัวรถประกอบด้วยชุดตู้ยาอย่างง่าย ๆ ถึงออกซิเจน กับเปลล้อเลื่อนเบาะเป็นพลาสติกที่มีขนาดเล็กพอติดตัวเท่านั้น

ระยะห่างระหว่างโรงพยาบาลสองแห่งประมาณ 40 กว่ากิโลเมตร แต่ปรากฏว่า รถพยาบาลเดินทางมุ่งหน้าสู่จังหวัดภูเก็ตใช้เวลาประมาณ 45 นาทีแล้วก็ยังไม่ได้ถึงจุดหมาย ขณะที่อาการของปราวณีทรุดลงอย่างมาก ทำให้ต้องเปลี่ยนไปเข้าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้กว่าแทน ซึ่งญาติที่ร่วมเดินทางด้วยบอกว่า ในระหว่างอยู่บนรถปราวณีมีอาการทุรนทุราย และพูดออกมาตลอดทางว่า “เจ็บหัว”

ศักยภาพที่เหมาะสมของโรงพยาบาลชุมชน

ในระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ประกอบด้วยสถานบริการในหลายระดับ ที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน มีการจัดสรรบุคลากรและอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ให้ไม่เท่ากัน เนื่องจากยึดถือหลักการที่ว่าสถานพยาบาลแต่ละระดับมีภารกิจที่มุ่งเน้นเฉพาะแตกต่างกัน

โรงพยาบาลชุมชนถูกวางบทบาทให้บริการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐาน ดังนั้นจึงมีศักยภาพจำกัดในการรับมือกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรง อย่างไรก็ตามหลักการนี้อาจถึงเวลาต้องทบทวนอย่างน้อยเพื่อให้มีความยืดหยุ่นขึ้นตามสภาพท้องถิ่น เช่น ในพื้นที่ที่เป็นเมืองท่องเที่ยวหรือพัฒนามีสภาพเป็นเมืองมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนก็จะต้องตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุมากขึ้น

ในกรณีของปราณีได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นหนึ่งที่สถานพยาบาลในทุกระดับจำเป็นต้องคำนึงถึง และวางแผนเตรียมการล่วงหน้า นั่นคือ หน่วยงานของตนจะทำอะไรเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินศักยภาพการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีได้รับความปลอดภัยสูงสุดในช่วงเวลาอันวิกฤต ติดตามด้วยการได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมต่อสภาพความเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุด

ประเด็นที่สำคัญยิ่งกว่าก็คือ ในเมื่อสถานพยาบาลไม่มีความพร้อม ก็จะต้องตระหนักในศักยภาพที่มี แล้วพิจารณาส่งต่อ

ผู้ป่วยรายที่เกินกว่าจะดูแลได้อย่างมีซักช้า การยึดเอาศักยภาพการรักษาของแพทย์ภายในสถานพยาบาลนั้นเป็นที่สุดของกระบวนการรักษา หรือปล่อยให้ผู้ป่วยและญาติเป็นฝ่ายคิดแก้ปัญหาตามเหตุการณ์เฉพาะหน้า โดยทางสถานพยาบาลไม่มีการเตรียมแผนงาน หรือแนวทางปฏิบัติการล่วงหน้าพอที่จะให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุดดังที่ปรากฏในกรณีนี้ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายถึงขั้นเสียชีวิตในเวลาต่อมา

สถานพยาบาลขนาดเล็ก อาทิ สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลในระดับตำบลหรืออำเภอคงจะต้องให้ความสำคัญต่อความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนักในขั้นเบื้องต้น เพื่อให้อาการลุกลามช้าที่สุด รวมทั้งมีอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา นั้นหมายความว่า โรงพยาบาลที่มีศักยภาพไม่สูงย่อมควรจะต้องมีความพร้อมและมีประสิทธิภาพในการส่งต่อสูง อันถือเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้



นาทิตฤษฎีภายในโรงพยาบาล

เอกสารของทางโรงพยาบาลแห่งที่สองที่รับตัวปราณีไว้ระบุว่า ในห้องฉุกเฉินนั้นแพทย์และพยาบาลได้ตรวจร่างกายปราณี พบว่า “มีความดันโลหิต 220/20 มม. หายใจเองได้ อาการโคม่า มีบาดแผลฟกช้ำที่หน้าผาก ด้านซ้ายขนาด 3 ซม. และฉีกขาดยาว 4 ซม. รูม่านตาขวา 5 มม. ซ้ายต่อแสง ตาซ้าย 3 มม. ซ้ายต่อแสง หัวใจ ปอด ท้อง แขนขาปกติ”

แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งที่สองนี้ ซึ่งเชื่อกันว่าก็คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งแรกที่กำลังมาปฏิบัติงานนอกราชการ วินิจฉัยว่าคนไข้มีอาการเลือดคั่งในสมอง ให้การรักษาโดยใส่ท่อหายใจ ดูดเสมหะ ให้น้ำเกลือ ฉีดยาลดความดันในสมอง (ยาลดบวม) พร้อมกับระบุให้รีบนำส่งโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่แห่งหนึ่งซึ่งมีแพทย์ผ่าตัดสมองเพียงคนเดียวของจังหวัดประจำอยู่ โดยให้นำไปเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ก่อน

เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีอุปกรณ์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจึงบอกแก่ญาติ ๆ ว่าจำเป็นต้องส่งคนเจ็บไปเอกซเรย์สมองที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของเอกชนที่ในเวลานั้นทั้งจังหวัดมีอยู่เพียงแห่งเดียวเช่นกัน โดยในการนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวน 4,000 บาท

ปรากฏว่าในขณะนั้นบรรดาญาติ อันประกอบด้วยนางสาว น้องสาว และเพื่อนบ้านอีกคนที่บังเอิญพบที่โรงพยาบาลแห่งนั้นต่างไม่มีเงินติดตัวมาเพียงพอ

เพื่อนบ้านที่อยู่ในเหตุการณ์เล่าว่า ตนเองได้พยายามเสนอตัวเป็นประกันอยู่ที่โรงพยาบาล แล้วให้รีบส่งตัวปราณีไปก่อน อีกทั้งยังได้ยืนยันว่าอย่างไรเสียเงินก็กำลังมาถึงอยู่แล้ว เนื่องจากมีการโทรศัพท์แจ้งแก่แม่สามีทราบเรื่องเรียบร้อยแล้ว แต่ทางโรงพยาบาลก็ยังปล่อยให้ปราณีอยู่ในห้องฉุกเฉินต่อไป

ตามบันทึกการตรวจและรักษาของโรงพยาบาลแห่งที่สอง ระบุว่าทางโรงพยาบาลเตรียมที่จะนำส่งคนเจ็บไปเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเมื่อเวลาประมาณ 22.45 น. หรือเพียง 15 นาทีหลังจากรับตัว แต่คนเจ็บเกิดอาการหิวอากาศ (air hunger) สภาพทรุดหนักมาก แพทย์จึงตัดสินใจให้ส่งเอกซเรย์สมอง พร้อมกับรีบติดต่อส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์ผ่าตัดสมองทันที โดยปราณีถูกนำตัวออกจากโรงพยาบาลไปพร้อมกับญาติเมื่อเวลา 23.00 น.

ทางด้านแม่และน้องชายสามีของปราณี เมื่อได้รับทราบเรื่องค่าเอกซเรย์จำนวน 4,000 บาท ได้รับติดต่อญาติคนหนึ่งที่อยู่อาศัยในตัวเมืองภูเก็ตให้รับนำเงินไปที่โรงพยาบาลก่อน ส่วนทั้งสองรีบเดินทางจากบ้านที่อำเภอตะกั่วทุ่ง นำเงิน 10,000 บาทติดตามมา แต่ครั้งมาถึงโรงพยาบาลก็พบว่า สะใภ้ถูกส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สามแล้ว ส่วนญาติที่อยู่ทางภูเก็ตเองก็มาไม่ทันเช่นเดียวกัน จึงได้ติดตามไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สาม โดยได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลแห่งที่สองจำนวน 952 บาท

นำหญิงที่ร่วมติดรถพยาบาลไปด้วยเล่าว่า ถึงตอนนี้ปราณีอยู่ในสภาพหมดสติแล้ว นางพยาบาลได้ให้น้ำเกลือและออกซิเจนช่วยหายใจตลอดการเดินทาง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที

เวลาประมาณ 23.30 น. ปราณีถูกนำส่งเข้าห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งที่สาม ที่นั่นปราณีได้รับการช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้นจากนายแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปพร้อมด้วยพยาบาลอีก 2 คน

จากการสัมภาษณ์พยาบาลเวรรับผิดชอบห้องฉุกเฉินที่ดูแลปราณีคนหนึ่ง และจากใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ประจำวัน (Doctors order sheet) พอสรุปได้ความว่า การช่วยเหลือเบื้องต้นที่ปราณีได้รับประกอบไปด้วย การใส่สายปัสสาวะ การดูดของเหลว การเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ ให้ออกซิเจน ใส่เครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับมีการจองเลือดให้ จากนั้นได้ส่งเข้าพักรักษาที่แผนกศัลยกรรม

พ.ร.บ. ผู้ประสบภัยจากรถยนต์

จากการตรวจสอบพบว่า ในช่วงปี 2538 นั้น โรงพยาบาลเอกชนแห่งที่สองที่รับตัวปราณียังไม่บริการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ โดยทางโรงพยาบาลเพิ่งจะขึ้นป้ายรับบริการเมื่อปี 2540 ทั้งที่กฎหมายดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2535

ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและจริงจังดังกล่าว ส่งผลโดยตรงต่อชีวิตปราณี เพราะตาม พ.ร.บ. ดังกล่าวระบุให้ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ที่ถูกนำตัวไปรักษายังสถานพยาบาลหลังเกิดเหตุ มีสิทธิได้รับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทันทีในวงเงิน 15,000 บาท โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ และค่าใช้จ่ายและค่าทำศพรวมแล้วไม่เกิน 80,000 บาท ซึ่งเพียงพอสำหรับค่าเอกซเรย์สมองของศูนย์เอกซเรย์ในจังหวัดที่เกิดเหตุ

หากการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างจริงจัง ซึ่งจะส่งผลให้ทางโรงพยาบาลเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่ 3 ตั้งแต่ปี 2535 ปราณีน่าจะได้รับการส่งตัวไปรับการเอกซเรย์ได้ทันทีที่แพทย์สั่ง



ข้อมูลตามใบบันทึกการพยาบาล (รายงานประจำวันผู้ป่วย) แสดงให้เห็นว่า หลังใช้เวลาที่ห้องฉุกเฉินไปประมาณ 20 นาที ปราณีถูกนำส่งถึงแผนกศัลยกรรมหญิงในอาการหมดสติไม่รู้สึกรู้ส ไม่ลืมตา ม่านตาขยาย 6 มม. ซ้ำต่อแสง ม่านตาซ้าย 4 มม. ซ้ำต่อแสง ยังคงชักแขนขาหนีเมื่อพยาบาลใส่ท่อช่วยหายใจให้

จากนั้นอีก 10 นาทีต่อมา พยาบาลได้โทรศัพท์รายงานอาการของผู้ป่วยรายนี้ให้นายแพทย์ศัลยกรรมประสาททราบ ซึ่งแพทย์ออกคำสั่งให้รีบนำตัวส่งไปเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ ปราณีจึงต้องออกเดินทางอีกครั้งไปยังศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่มีอยู่แห่งเดียวนั้น โดยครั้งนี้สามีซึ่งถูกตามตัวมาถึงแล้ว ร่วมเดินทางไปด้วย

เมื่อกลับถึงโรงพยาบาลอีกครั้ง ปราณียังคงถูกนำตัวเข้าพักที่แผนกศัลยกรรมหญิง ในขณะที่พยาบาลนำฟิล์มและชาร์ตแสดงผลเอกซเรย์ไปให้แพทย์ดูที่ห้องผ่าตัด ซึ่งรายงานจากการ CT-SCAN ระบุว่าพบก้อนเลือดขนาด 2X3X3 ซม. สำหรับเวลาในขณะนั้นตามที่มีการบันทึกไว้คือล่วงเข้าสู่วันที่ 8 กรกฎาคมมาได้ 1 ชั่วโมงแล้ว ครั้นอีก 15 นาทีต่อมา แพทย์ได้เข้าเยี่ยมอาการคนไข้และให้การรักษาเพิ่มเติม ติดตามด้วยการพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับอาการและการรักษา

สามีของปราณีเล่าว่า แพทย์ศัลยกรรมประสาทคนดังกล่าวบอกกับเขาว่า คนไข้มีอาการหนักมากจากการที่ศีรษะได้รับการกระแทกอย่างรุนแรง เลือดคั่งในสมองมากแล้ว ยากที่จะช่วยเหลือให้รอดชีวิตได้ และได้ถามเขาว่า “คุณทำใจได้ไหม คุณส่งคนเจ็บมาช้า”

ประโยคหลังของคำถามสร้างความจุนงนแก่เขาอย่างมาก แต่กระนั้นในเบื้องต้น เขาก็ยังเข้าใจว่า สิ่งที่ต้องทำใจหมายถึงว่า การผ่าตัดอาจจะส่งผลให้ภรรยาต้องมีอาการทางประสาท บ้า ๆ เป๋อ ๆ ซึ่งเขาบอกกับตัวเองว่า ‘ก็ยังพอรับกันได้ ขอให้ช่วยชีวิตไว้เถอะ’

การกระจายเทคโนโลยีที่ไม่เป็นธรรม

ในกรณีของปราณี จะเห็นได้ว่า การประสบอุบัติเหตุทำให้ปราณีมี อาการเลือดคั่งในสมอง อันเป็นอาการที่ทรุดลงได้ในเวลาอันรวดเร็ว ในขณะที่ขั้นตอนเพื่อทำการวินิจฉัยอาการทางสมองดำเนินไปอย่างยืดยาวนาน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดเนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านเครื่องมือและ อุปกรณ์ ทั้งที่นโยบายรัฐมีแนวทางการพัฒนาส่งเสริมให้เกิดเป็นเมือง ท้องเที่ยวมาก่อนหลายปีแล้ว

ในช่วงเวลาที่เกิดเหตุขึ้นที่จังหวัดภูเก็ตมีเครื่องเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมอง (CT-SCAN) เพียงเครื่องเดียวในศูนย์เอกซเรย์ของเอกชน ส่วนในปัจจุบัน (2542) เครื่อง CT-SCAN มีเพิ่มขึ้นรวมเป็น 3 เครื่อง โดยมีเพิ่มในโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง



แต่เมื่อความหมายที่แท้จริงคือ แพทย์ตกลงใจที่จะไม่ผ่าตัดให้ เขา จึงรู้สึกอย่างรุนแรงว่า ถ้อยคำ “...ส่งคนเจ็บมาช้า” นั่นคือการย่ำว่าเป็น ความผิดของฝ่ายญาติ ในขณะที่เดียวกันแพทย์เองก็ได้บัดความรับผิดชอบพัน ตัวไป ทั้งที่เวลาที่เสียไปกับการรอแพทย์ก็นานมิใช่น้อย กล่าวคือเขาระบุเวลาว่า หลังจากทางโรงพยาบาลแห่งที่สามนี้รับตัวปราณีเข้าสู่ห้องฉุกเฉินเมื่อเวลา ประมาณ 23.30 น. กว่าพยาบาลจะเรียกตัวให้ร่วมกันพาปราณีไปเอกซเรย์ สมองนั้นก็ใช้เวลาถึง 01.00 น. แล้ว และเมื่อกลับถึงโรงพยาบาล เวลา ก็ผ่านไปอีกประมาณครึ่งชั่วโมงจึงได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ถึงผลการวินิจฉัย ดังนั้นรวมแล้วเท่ากับเสียเวลากับการรอแพทย์ผู้นี้นานเกือบ 2 ชั่วโมง ซึ่ง ตลอดเวลานั้น เขาเข้าไปสอบถามอาการและความคืบหน้ากับพยาบาล

หลายครั้งได้รับแต่คำตอบว่าต้องรอหมอก่อน โดยผู้ตอบแสดงกิริยาที่ไม่ดีด้วย
อย่างไรก็ดี ความคลาดเคลื่อนเรื่องระยะเวลานี้ไม่อาจหาข้อสรุปได้
ตรงกันข้ามกับชีวิตของปราณีที่ถึงบทสรุปอย่างชัดเจนนับแต่เวลานั้น

แพทย์เฉพาะทางกับการแก้ปัญหาต้นทาง

ญาติต้องพาร่างที่บาดเจ็บสาหัสของปราณีตระเวนไปตามโรงพยาบาลถึง 3 แห่งจึงถึงมือแพทย์ที่มีความชำนาญพอที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยของปราณีได้

ในประเทศไทยยังมีแพทย์คลยกรรมประสาท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการผ่าตัดสมองจำนวนน้อยมาก เฉพาะในเขตพื้นที่ที่ปราณีประสบอุบัติเหตุ เมื่อปี 2538 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้อยู่เพียง 2 คน และแม้จะเพิ่มเป็น 3 คนแล้วในปัจจุบัน แต่แพทย์เหล่านี้ก็ยังต้องทำงานหนัก และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้เข้าถึงบริการได้ทันเวลา เนื่องจากในพื้นที่ดังกล่าวมีผู้ป่วยอุบัติเหตุจากยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากมอเตอร์ไซด์ทุกวัน วันละหลายราย ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายหมวกนิรภัยที่ยังไม่เป็นจริง

การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในโรคที่มีอุบัติการณ์สูงเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพเช่นเดียวกับปราณีมีอยู่มากมาย ทั้งที่ผ่านมาและในอนาคต

อย่างไรก็ตาม กล่าวสำหรับแนวทางที่ดีที่สุดในการป้องกันอุบัติเหตุในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นกับปราณีย่อมอยู่ที่การลดอุบัติการณ์โดยมาตรการทางจราจร และการลดความรุนแรงโดยการสวมหมวกนิรภัย มาตรการเช่นนี้มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษา ซึ่งทำได้ยาก ไม่ได้ผลดี อีกทั้งเป็นเพียงการแก้ปัญหาปลายเหตุ



นาทิงบิธาต

เมื่อตอนที่ปราณีจากไปเธออายุได้ 32 ปี ทั้งสามวัย 35 ปี ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา 7 ปี ให้ตกอยู่ในความโศกเศร้าและคับแค้นใจ

การจากไปของเธอเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการคาดคิด เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาที่สามภรรยา กำลังช่วยกันทำมาหากิน หลังจากที่อยู่ในช่วงต้นของชีวิตคู่ ทั้งสองเคยกลางแครงต่อกัน เนื่องเพราะทั้งการหมั้นหมายและการแต่งงานถูกผู้ใหญ่จัดการให้ทั้งสิ้น ทำให้ความสัมพันธ์ของคนคู่นี้เริ่มต้นจากการคลุมถุงชน เป็นการแต่งงานบนพื้นฐานของผลประโยชน์

แต่ด้วยความใกล้ชิดและการเห็นความดีในกันและกัน ในที่สุดความเข้าใจและความรักก็ค่อยงอกงามขึ้นตามกาลเวลา จนทั้งสองร่วมดำเนินชีวิตกันอย่างเต็มใจและเป็นหนึ่งเดียว ทั้งสองได้ช่วยกันทำสวนยางบนที่ดินที่แม่ของปราณีแบ่งให้ พร้อมกันนั้นฝ่ายสามียังคงทำขนมส่งโรงงานของครอบครัวของเขา ทำให้แต่ละเดือนมีรายได้ถึง 10,000 บาท โดยทั้งสองเจียดเงินจำนวน 1,000 บาทฝากธนาคารทุกเดือน ภายใต้บัญชีที่เปิดในชื่อของทั้งสองคน เป็นการเก็บสะสมเงินทองเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน

แต่แล้วความฝันนี้ก็สะดุดหยุดลงพร้อมกับประโยคของแพทย์ที่ว่า “คุณทำใจได้ไหม คุณส่งคนเจ็บมาช้า” นั่นเอง

เมื่อแรกที่บรรดาญาติ ๆ ได้รับฟังประโยคดังกล่าว ต่างใช้เวลาชั่วคราวหนึ่งในการยอมรับและทำความเข้าใจ แต่ทั้งสามีและญาติคนอื่น ๆ ก็ยังไม่ยอมจำนน พยายามหาทางติดต่อโรงพยาบาลอื่น ๆ ภายในจังหวัด รวมทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในจังหวัดอื่น ๆ ในแถบภาคใต้ตอนล่าง แต่ที่สุดก็ต้องยอมรับความจริงที่ว่า โรงพยาบาลแห่งที่สามที่รับตัวปราณีไว้นี้มีศักยภาพทางการแพทย์ที่ดีที่สุดแล้วสำหรับกรณีการเจ็บป่วยเช่นนี้ แพทย์ผู้กล่าวประโยคนั้นก็เป็นแพทย์ศัลยกรรมประสาทคนเดียวของจังหวัด เพราะ

จะนั้นเมื่อที่นี้บอกว่าหมดหวัง ก็ไม่มีที่ไหนหรือใครจะช่วยชีวิตของปราณีได้อีกแล้ว

ดังนั้นเอง ตลอดวันถัดมาอันตรงกับวันที่ 8 กรกฎาคม ปราณีจึงมีลมหายใจโดยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจอยู่ที่แผนกศัลยกรรมหญิง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ มีการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดและให้ออกซิเจน รวมทั้งการบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง โดยที่เมื่อเวลาผ่านไป ๗ บั๊จจัยที่แสดงถึงควมมีชีวิตต่าง ๆ ก็เริ่มแสดงผลในทางลบลงเรื่อย ๆ ไม่ว่าจะป็นม่านตาที่เริ่มค้างถาวร การไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่ลืมตา ไม่ตอบสนอง ในขณะที่ระดับความดันโลหิต การเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ทุกส่วนล้วนแต่ค่อย ๆ เคลื่อนไหวช้าลง

แล้วในวันต่อมาเธอก็เริ่มหายใจตามเครื่อง จนกระทั่งวันที่ 10 กรกฎาคมเริ่มมีกลิ่นเหม็นออกมาจากร่างกายในปาก และในท่อช่วยหายใจ การวัดความดันโลหิตเริ่มทำไม่ได้ มีไข้สูง ในวันถัดมาเวลา 07.00 น. พยาบาลได้โทรรายงานให้แพทย์รับทราบว่หัวใจคนเจ็บหยุดเต้นแล้ว แพทย์ลงความเห็นว่าถึงแก่กรรมและอนุญาตให้ญาติถอดเครื่องช่วยหายใจออก เป็นอันจบชีวิตของปราณีอย่างเป็นทางการ

“คนใช้รายนี้ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงมาก ต่อให้ทำดีที่สุดก็ช่วยชีวิตไม่ได้แล้ว สมองไม่สง่างามแล้ว โดยหลักการของผมนจะรักษาเท่าที่ทำได้ แต่ไม่เต็มที่มากนัก เพราะคิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะพยายามอย่างเต็มที่ต่อไป แต่ยืนยันได้ว่าผมรักษาคนไข้ทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติใด ๆ ทั้งสิ้น”

นั่นคือคำกล่าวของผู้ที่ในเวลานั้นเป็นนายแพทย์ศัลยกรรมเพียงคนเดียวของจังหวัดภูเก็ต ซึ่งชี้แจงหลักการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาว่า สำหรับคนไข้ที่วินิจจัยแล้วคิดว่าต้องเสียชีวิตแน่นอนจะไม่รักษาอย่างเข้มข้นมากนัก จะเพียงแต่ใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้น ซึ่งหมายความว่าเวลาที่เหลือก็จะรอจนคนไข้หัวใจหยุดเต้นไปเอง

บั้งเวลาหลังการสูญเสีย

การสูญเสียภรรยาที่รักสร้างความเศร้าเสียใจแก่ผู้เป็นสามีมาก อีกทั้งเขายังมีความรู้สึกคับแค้นใจต่อกระบวนการรักษาของโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนทั้ง 3 แห่ง ดังนั้นเมื่อบังเอิญได้พบผู้สื่อข่าวที่ประจำอยู่บนโรงพักในขณะที่ไปทำเรื่องขอย้ายศพภรรยาออกจากท้องที่จังหวัดภูเก็ต เขาจึงเข้าไปร้องเรียนและเล่าเรื่องให้ฟัง ด้วยวัตถุประสงค์ว่า “หวังให้เกิดความเป็นธรรมกับชีวิตมนุษย์”

การร้องเรียนต่อผู้สื่อข่าวโดยสามีของปราณีประสบผลเต็มที่มีหนังสือพิมพ์ถึง 2 ฉบับให้ความสนใจนำเสนอข่าวเรื่องราวที่เกิดขึ้น ฉบับหนึ่งซึ่งวางขายทั่วประเทศพาดหัวว่า “รพ.หน้าเลือด ทั้ง ‘คนไข้’ ตาย” ส่วนหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นพาดหัวว่า “รถเฉี่ยว-สลบ หามส่ง 3 รพ.” เนื้อหาข่าวมุ่งประเด็นไปที่การเรียกเก็บเงินค่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลแห่งที่สอง และมีการพาดพิงถึงความสับสนในการรักษาของโรงพยาบาลแห่งแรกเล็กน้อย ส่วนโรงพยาบาลแห่งสุดท้ายเพียงถูกกล่าวถึงเล็กน้อย

เนื้อหาข่าวเสมือนเป็นตัวแทนความรู้สึกของผู้ให้ข่าวนั่นเอง เพราะเขากระตือรือร้นที่จะทำให้เกิดการแก้ไขว่า “อยากขอให้ทางโรงพยาบาลอย่าพยายามเรียกเงินก่อนทำการรักษา ขอให้รีบช่วยผู้ป่วยก่อน” ซึ่งประเด็นดังกล่าวพุ่งเป้าไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สองอย่างชัดเจน ส่วนกรณีของโรงพยาบาลแห่งที่สามที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐนั้น เขาตั้งใจในเชิงของตัวบุคคลมากกว่าองค์กร โดยเขาได้ตั้งข้อสมมติฐานขึ้นเองว่า เหตุที่ตื้อคอยแพทย์นานเป็นชั่วโมงก็เพราะแพทย์มีวไปรับงานนอกที่โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนที่รับตัวปราณีเข้ารักษาเป็นแห่งที่สอง ในฐานะที่เป็นผู้เสียหายจากการรายงานข่าวมากที่สุด ได้รับทำการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการโทรศัพท์ไปต่อว่าสื่อมวลชนทั้ง 2 ฉบับ จาก

นั้นในวันที่ 14 กรกฎาคม ได้ทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงแก่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนไข้ประจำของทางโรงพยาบาล และในวันเดียวกันได้รายงานการรักษาสู่ผู้ป่วยถึงแพทย์สภาและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตด้วย ซึ่งทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลยืนยันว่า ทั้งสองหน่วยงานไม่ได้ตั้งใจในผลรายงานที่ส่งไปนั้นเลย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยังได้ออกรายการวิทยุ สวท. ภูเก็ต ชี้แจงรายละเอียดที่เกิดขึ้น ในขณะที่หนังสือพิมพ์ฉบับที่วางขายทั่วประเทศก็ได้ตีพิมพ์การชี้แจงของทางโรงพยาบาลลงในพื้นที่หน้าในของหนังสือพิมพ์ฉบับประจำวัน ที่ 15 กรกฎาคม

สาระหลักในหนังสือชี้แจงของโรงพยาบาลอยู่ที่การยืนยันถึงความพยายามของบุคลากรในการทำหน้าที่เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเต็มที่ 100 % อีกทั้งได้ระบุว่า ขณะที่คนเจ็บมาถึงโรงพยาบาลนั้น แม้ยังสามารถหายใจเองได้ แต่มีอาการเข้าขั้นโคม่าแล้ว และใช้เวลาอยู่ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพียง 30 นาทีเท่านั้น

ส่วนประเด็นเรื่องค่าเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์มีการชี้แจงว่าทางเจ้าหน้าที่ได้บอกแก่ทางญาติถึงความจำเป็นและจำนวนเงินที่ต้องใช้ตลอดจนได้สอบถามว่าได้เตรียมเงินมาหรือไม่ซึ่งเมื่อญาติบอกว่าไม่ได้เตรียมมาทางโรงพยาบาลก็จะออกไปส่งตัวและรับรองค่าใช้จ่ายให้ อีกทั้งได้เตรียมติดต่อไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สามล่วงหน้าแล้ว แต่เนื่องจากคนไข้เกิดอาการทรุดหนักเสียก่อน แพทย์ผู้รักษาก็ตัดสินใจส่งตัวตรงไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นทันที โดยไม่ต้องแวะที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวถือเป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาในขณะนั้น

ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชื่อว่า จุดนี้เองคงจะทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าทางโรงพยาบาลไม่รับรักษาเพราะเรียกเก็บเงินไม่ได้ ดังนั้นปัญหาจึงเกิดจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติ ภายหลังจากเกิดเหตุการณ์นี้แล้ว ทางโรงพยาบาลจึงมีการประชุมสรุปบทเรียนเพื่อหาทาง

ป้องกันการเกิดปัญหาลักษณะนี้ซ้ำขึ้นอีก โดยมีการจัดทำลำดับขั้นตอนการปฏิบัติและสื่อสารกับญาติผู้ป่วย (protocol) ระบุให้เจ้าหน้าที่ระมัดระวังไม่ให้มีการพูดเรื่องเงินขึ้นมาอันจะทำให้ญาติตกใจและเข้าใจผิดได้ และในขั้นตอนควรที่จะนำผู้ป่วยไปทำคอมพิวเตอร์สมองก่อนแล้วรีบนำกลับมาพักในห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ไอซียู) รับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลไปก่อน จากนั้นจึงค่อยติดต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาวินิจฉัย

นอกจากนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นและคณะเจ้าหน้าที่รวม 7 คน ยังได้เดินทางไปร่วมงานศพของปราณี ซึ่งจัดขึ้นที่บ้านของเธอในตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงาด้วย การพูดคุยระหว่างทางโรงพยาบาลกับสามีผู้เพิ่งสูญเสียภรรยาเต็มไปด้วยอารมณ์ดุเดือดและใช้เวลานาน ซึ่งสามีของผู้เสียชีวิตเล่าว่า ในขณะนั้นตัวเขาเองกำลังอยู่ในภาวะเศร้าเสียใจ ยังคงร้องไห้อย่างหนัก และถกเถียงกับทางโรงพยาบาลจนกระทั่งเป็นลมหมดสติ

ตามความคิดเห็นของผู้ที่ต้องสูญเสียภรรยา เขายังคงคิดว่าเหตุใดทางโรงพยาบาลจะต้องกล่าวถึงค่าใช้จ่ายกับญาติ ในเมื่อตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณีมิ่งเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 15,000 บาทเป็นหลักประกันเบื้องต้นอยู่แล้ว โดยเขายืนยันว่ารถมอเตอร์ไซด์ที่ชนภรรยาได้ทำประกันอยู่กับบริษัทประกันภัยแห่งหนึ่งอย่างแน่นอน และเช้าวันที่ 8 กรกฎาคม ทางบริษัทประกันของคู่กรณียังได้นำเงินจำนวน 15,000 บาทมาให้ที่โรงพยาบาลเป็นค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย ซึ่งเงินจำนวนนี้มีการมอบให้แก่ญาติคนหนึ่งเป็นผู้ไปจัดการ แต่ทางโรงพยาบาลแห่งที่สามก็มิได้ติดต่อกับเรื่องนี้ตั้งแต่วันแรกรับตัวคนเจ็บเช่นกัน

ในประเด็นนี้ ตามเอกสารลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2538 ของฝ่าย พ.ร.บ. ของโรงพยาบาลแห่งที่สาม ระบุว่า ทางโรงพยาบาลได้ติดต่อขอหลักฐานจากทางญาติแล้ว แต่ได้รับหลักฐานไม่ครบ จึงได้นัดให้ญาตินำหลักฐานในส่วนที่ขาด ซึ่งได้แก่ใบขับขี่ของคนขับ ลำเนากรรมสิทธิ์ประกันภัย และ

สำเนาสมุดคู่มือรถ มาให้ในวันที่ 13 กรกฎาคม ซึ่งไม่ทันที่จะหามาให้ได้ คนเจ็บก็เสียชีวิตไปเสียก่อน ญาติจึงต้องจ่ายเงินเอง เป็นจำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 3,560 บาท

ทางด้านแพทย์ผู้ดูแลปราณีเป็นคนสุดท้าย ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้นในภาพรวมว่า “เรื่องนี้ควรโทษโรงพยาบาลหรือไม่คงบอกไม่ได้ เพราะความสามารถของหมอแต่ละคนคงไม่เท่ากัน วิธีการช่วยเหลือคนไข้ก็แตกต่างกัน การส่งต่อคนไข้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าไม่ดีคนไข้ก็แย่ตั้งแต่ต้น เมืองไทยบกพร่องตั้งแต่ขั้นพื้นฐานแล้ว ความจริงต้องมีคนที่มีความรู้เรื่องปฐมพยาบาลที่ดีพอ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิตอยู่ในรถพยาบาล ซึ่งเมืองไทยทำไม่ได้ดีเพราะขาดเงิน”

ในกรณีของปราณีนายแพทย์ผู้นี้สรุปว่าไม่ขอโทษโรงพยาบาลใดทั้งสิ้น รวมทั้งทางโรงพยาบาลแห่งที่สองเองคงทำดีที่สุดแล้วเช่นกัน ไม่เช่นนั้นคงไม่รอดมาถึงโรงพยาบาลแห่งที่สามอย่างแน่นอน ส่วนข้อกล่าวหาต่อตัวเขาที่ว่ามาล่าช้าเพราะติดงานนอกนั้น แพทย์หนุ่มกล่าวเพียงว่า ในช่วงนั้น นอกจากงานประจำที่โรงพยาบาลดังกล่าวแล้ว เขามีงานนอกที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งเดียวเท่านั้น และไม่เคยทำคลินิกด้วยซ้ำ



ศึกษาภาพพร้อม बाटแต่เตียง

❖ ❖ ❖ ❖ ❖ ❖

เจ้าของเรื่องราว	เจริญศรี
เพศ	หญิง
อายุ	26 ปี
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	แรงงานรับจ้าง
ที่อยู่	กรุงเทพมหานคร

❖ ❖ ❖ ❖ ❖ ❖

สาวโรงงานคนใหม่

เมื่อต้นปี 2541 เนื่องจากโรงงานที่สามีทำงานเป็นพนักงานขับรถ อยู่เกิดย้ายสถานที่ตั้งจากย่านบางบอนมาอยู่แถววัดบางกระดี แขวงสามคน เสด็จบางขุนเทียน กรุงเทพฯ “เจริญศรี” จึงเปลี่ยนงานจากโรงงานเย็บผ้าย้าย เข้าทำงานในโรงงานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทางฝ่ายสามีที่มีอายุงาน 5 ปีและมี เงินเดือน 7,500 บาท ไม่ต้องเปลี่ยนงานใหม่

ในเวลานั้นเจริญศรีกับสามีแต่งงานกันมาเกือบ 3 ปี ต่างยังอยู่ใน วิทยาลัยครู เจริญศรีเกิดเมื่อ พ.ศ. 2516 ส่วนสามีแก่กว่า 1 ปี ทั้งคู่เป็นคน จังหวัดบุรีรัมย์ แต่อยู่ต่างอำเภอ พ่อแม่ของเจริญศรีมีอาชีพทำนา เธอเป็น ลูกคนที่ 6 ในบรรดาพี่น้องรวมทั้งสิ้น 7 คน ซึ่งเกือบทั้งหมดทำงานอยู่ใน กรุงเทพฯ ส่วนสามีเป็นลูกคนกลางในบรรดาพี่น้อง 3 คน เขาเป็นคนเดียว ที่เข้ามาทำงานในเมืองหลวงด้วยวุฒิการศึกษาในระดับภาคบังคับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เท่ากันกับเจริญศรี

ในฐานะพนักงานแผนกแพ็กถุงพลาสติก เจริญศรีได้ค่าแรง ประมาณวันละ 70 บาท¹ เทียบกับงานเดิมที่เฉลี่ยได้วันละไม่ต่ำกว่า 300 บาทแล้ว นับว่ารายได้ลดลงไปหลายเท่าตัว แต่อย่างน้อยที่ทำงานใหม่ก็ยัง มีที่พักและมีข้าวให้รับประทาน มีภาระเพียงต้องหาซื้อกับข้าวเอาเองเท่านั้น อีกประการหนึ่ง คู่ชีวิตทั้งสองได้ตกลงใจร่วมกันว่า จะทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ เพียงถึงเดือนพฤษภาคม 2542 เพื่อส่งแชร์ให้หมดเท่านั้น จากนั้นก็จะกลับ ไปทำงานทำที่บ้านเกิด

ลักษณะงานใหม่ที่เจริญศรีต้องทำก็คือ การนำถุงพลาสติกใบเล็ก จำนวน 100 ใบบรรจุลงในถุงใบใหญ่แต่ละใบ โดยที่ถุงใบใหญ่ที่ใช้บรรจุนั้น จะต้องได้รับการเจาะรูเสียก่อน เพื่อให้อากาศเข้าได้ ถุงบรรจุจะได้ไม่โป่ง พองเมื่อถูกแพ็กปิดผนึก

¹ ถึงแม้จะมีการกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำจำนวน 165 บาทตามกฎหมาย แต่ยังมีลูกจ้างอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับค่าจ้างขั้นต่ำตามนี้

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2541 เวลาประมาณ 13.30 น. เนื่องจากเจริญศรีใช้ถุงบรรจุหมดแล้ว จึงนำถุงปึกใหม่ไปเจาะรูที่เครื่องซึ่งมีอยู่หลายขนาด และตั้งอยู่ใกล้กับบริเวณที่ทิ้งแท่งถุง เครื่องที่ว่านี้ความจริงแล้วคือเครื่องที่ใช้สำหรับตัดปากถุงหิ้ว เป็นแท่งเหล็กขนาดใหญ่ น้ำหนักมาก มีด้านคมสองด้าน แต่ไม่ใช่ความคมในระดับคมกริบ ปกติหากใช้ตามหน้าที่ เครื่องตัดนี้เป็นเครื่องอัตโนมัติ แต่ในยามที่ใช้เพื่อเจาะรูถุงบรรจุจะต้องใช้มือหมุนขึ้นหมุนลง ในวันเวลาดังกล่าว เจริญศรีผู้ซึ่งเป็นพนักงานใหม่จัดแจงใช้มือหมุนเครื่องขึ้น แล้วนำปลายถุงพลาสติกข้างหนึ่งวางทาบไปที่แป้น จากนั้นกดเครื่องลง เมื่อเครื่องเจาะรูที่ปลายถุงข้างหนึ่งเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงยกเครื่องขึ้น

หลังจากนั้น เจริญศรีจัดการเก็บเศษถุงที่ถูกเจาะออกมาด้วยมือข้างซ้าย พร้อมกับได้ใช้นิ้วมือข้างขวาสอดเข้าไปเพื่อดึงถุงพลาสติกที่เจาะรูแล้วออกมา แต่ทันใดนั้น เครื่องเจาะก็หล่นลงมาทับและตัดปลายนิ้วโป้ง และนิ้วชี้ขาดออก ชิ้นส่วนของนิ้วโป้งนั้นกระเด็นตกลงไปที่พื้นข้างล่าง ส่วนปลายนิ้วชี้ตกอยู่ใกล้ ๆ แป้นของเครื่อง

มีคนตะโกนบอกสามี และเขาได้ขับรถจักรยานยนต์ของบริษัทพาเจริญศรีไปคลินิกหน้าปากซอย พร้อมกับเพื่อนคนงานคนหนึ่งนั่งซ้อนไปด้วย ทั้งนี้โดยที่เพื่อนพนักงานที่อยู่ในเหตุการณ์คนหนึ่งได้ช่วยใช้เลื่อยห่อปลายนิ้วทั้งสองให้นำไปพร้อมกัน

ทางคลินิกทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการทำแผล พร้อมทั้งนำปลายนิ้วทั้งสองใส่ถุงพลาสติกแล้วแช่ในถุงน้ำแข็ง และแนะนำให้ไปโรงพยาบาลเพื่อต่อนิ้ว ในระหว่างนั้น สามีได้ติดต่อพี่ชายของเจริญศรีที่ทำงานอยู่ในบริษัทฝั่งตรงข้ามถนนให้นารถกระบะมารับ

ทั้ง 4 คนมุ่งหน้าไปยังโรงพยาบาลของรัฐในย่านฝั่งธนบุรีที่อยู่ใกล้ ๆ แต่แพทย์ที่แผนกฉุกเฉินเห็นบาดแผลและทราบอาการแล้วแจ้งว่า ทางโรงพยาบาลไม่มีความพร้อม ไม่มีแพทย์ผ่าตัด แนะนำให้ไปที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ มีศักยภาพเพียงพอ

เจริญศรีไปถึงพยาบาลดังกล่าวเมื่อเวลาประมาณ 15.00 น. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้นั่งรถเข็นพาไปยังแผนกฉุกเฉิน ขณะที่ญาติและเพื่อนติดต่อบำบัดรอยู่ภายนอก

ถามเรื่องเงินแล้วตอบเรื่องเตียง

เจริญศรีเล่าว่า ในแผนกฉุกเฉิน เธอถูกพาไปนอนที่เตียง จากนั้นมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประมาณเกือบ 10 คน เป็นหญิงชายปะปนกันมารุมล้อมอยู่รอบเตียง มีการแกะแผลออกดู และแพทย์หญิงคนหนึ่งนำตัวเธอไปเอกซเรย์โดยเซ็นเข้าไปทั้งเตียง ในการเอกซเรย์ได้ทดลองนำปลายนิ้วมาต่อกันดูด้วย หลังจากนั้นก็พันแผลไว้ตามเดิม และเมื่อเซ็นเตียงกลับออกมา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประมาณ 10 คนก็เข้าล้อมรอบเตียงอีกครั้ง มีการถามขึ้นว่า เธอมีประกันสังคมหรือไม่ ซึ่งเธอตอบว่า ไม่มี คำถามที่ติดตามมาคือแล้วใครจะเป็นคนจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อเธอตอบไปว่า “เอ้าแก่” บุคลากรของโรงพยาบาลกล่าวว่า “จะไหวเหรอ มันแพงนะ” เธอจึงถามถึงจำนวนเงิน ได้รับคำตอบว่า ประมาณ 10,000 - 20,000 บาท

“เขาว่าอย่างนี้แล้วเขาก็เดินออกไป” เจริญศรีบอก

เหตุการณ์ต่อมาตามคำบอกเล่าของเจริญศรีคือ มีแพทย์ใส่ชุดเขียวซึ่งเธอคาดว่าคงเป็นแพทย์ผ่าตัดเดินเข้ามาบอกว่า “ที่นี่เตียงไม่ว่าง” เธอจึงถามว่าต้องรอนานไหม ได้รับคำตอบว่า ผ่าตัดออกมาแล้วจะไม่มีเตียงให้นอนพร้อมกับถามว่า รู้จักโรงพยาบาลไหนบ้าง ซึ่งเธอตอบไปว่า รู้จัก แต่กลัวจะไม่รับเหมือนที่นี่ แล้วได้ขอร้องให้ช่วยติดต่อให้

‘หมอชุดเขียว’ ตอบเจริญศรีว่า “เดี๋ยวจะถามให้” แล้วหายไปครึ่งหนึ่ง ก่อนจะกลับเข้ามาบอกว่าให้ไปติดต่อเอง เพราะหากติดต่อให้ทางโรงพยาบาลอื่นจะไม่รับ ตรงเข้าไปยังห้องฉุกเฉินเลยดีกว่า

ต่อมาแพทย์ในชุดเขียวได้ให้นางพยาบาลไปตามญาติ แต่นาง

พยาบาลกลับมาบอกว่า เรียกแล้วไม่เห็นมีใคร ทำให้เจริญศรีตกใจมาก ตอนนั้นเองพยาบาลก็ถามว่า “ลูกไหวไหม ลองไปดูเองสิ” เธอจึงจำต้องลุกออกไป ซึ่งเธอบอกว่า “ไม่ไหวก็ต้องไหว เพราะต้องไปแล้ว อยู่ไม่ได้แล้ว เขาไม่ให้อยู่”

คำรักษาพยาบาล

การเรียกเงินก่อนการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลของเอกชน เป็นชาวที่ปรากฏในสื่อมวลชนเป็นระยะ ๆ พร้อมกับการออกมาปฏิเสธข่าวของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องว่าไม่เป็นจริง ทำให้มีการกำหนดมาตรการในการลงโทษกับเจ้าของสถานพยาบาลในการปฏิเสธผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยการจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับกับเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะอันตราย²

ถึงแม้กรณีของเจริญศรีจะไม่ใช่อุบัติเหตุที่ถึงแก่ชีวิต แต่การรักษาต้องใช้ความเชี่ยวชาญพิเศษด้านการต่อนิ้ว ต่อเส้นโลหิต ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ชำนาญและมีความสามารถในการนี้จำนวนไม่มากนักในปัจจุบัน

ทั้งที่เจริญศรีได้ถูกนำตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีบุคลากรและอุปกรณ์ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือในการผ่าตัดต่อนิ้วได้ แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ภายหลังจากที่ทางโรงพยาบาลรับทราบข้อมูลว่า เจริญศรีไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพใด ๆ อันเป็นเครื่องรับประกันด้านค่าใช้จ่ายได้ ก็ได้ทำเสมือนผลึกภาระ โดยให้ผู้ป่วยต้องออกตระเวนหาสถานพยาบาลแห่งใหม่ต่อไปอีก



² มาตรา 36 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

เมื่อออกไปก็เห็นสามี พี่เชย และเพื่อนร่วมงานนั่งอยู่ เจริญศรีจึงเรียกเข้ามา ญาติได้คุยกับแพทย์หญิงคนหนึ่ง ซึ่งนำกระดาษแผ่นหนึ่งมอบให้ ในขณะนั้นตัวเจริญศรีเองไม่ทราบว่าเป็นใบอะไร ทั้ง 4 คนใช้เวลาอยู่ครู่หนึ่งปรึกษากันว่าจะไปโรงพยาบาลไหนดี ระหว่างนั้นเอง เจ้าของโรงงานที่เจริญศรีและสามีทำงานอยู่ก็โทรศัพท์เข้ามาทางเครื่องมือถือของพี่เชย บอกให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้กับโรงงาน โดยตัวเขาได้ติดต่อเบื้องต้นกับทางโรงพยาบาลแล้ว

คนเจ็บและผู้นำส่งทั้งสามเดินทางย้อนกลับไปยังย่านถนนพระราม 2 อีกครั้ง ถึงโรงพยาบาลเมื่อเวลาประมาณ 19.00 น. ทั้งช่วงห่างจากเวลาที่เกิดเหตุประมาณ 5 ชั่วโมงครึ่ง

ในที่สุด เจริญศรีได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น โดยแพทย์ต่อนิวชี้ให้ ใช้เวลาในห้องผ่าตัดประมาณ 6 ชั่วโมง ส่วนนิวโป่งนั้น แพทย์อธิบายว่า เนื่องจากปลายที่ขาดสั้นมาก พยายามต่อแล้วแต่ต่อไม่ได้ จึงนำชิ้นเนื้อส่วนอื่นมาปิดไว้เพื่อให้ดูเป็นรูปทรงไม่น่าเกลียด

นอกจากใช้เวลาหลายวันพักฟื้นในโรงพยาบาลแล้ว เจริญศรียังต้องพักรักษาตัวต่อที่บ้าน และในช่วงต้นต้องไปพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เพื่อดูแล ดูภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนกระทั่งถอดลวดออก ติดตามด้วยการนัดดูอาการครั้งสุดท้ายในวันที่ 21 เมษายน จากนั้นต้องทำกายภาพบำบัดต่อ ซึ่งเจริญศรีและสามีทราบว่า ทางโรงงานไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ จึงเลือกทำเองที่บ้าน รวมแล้วใช้เวลาพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดรวมทั้งสิ้น 3 เดือนตามที่แพทย์สั่ง

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมดประมาณ 50,000 กว่าบาท ทางเจ้าของโรงงาน หรือ 'ถ้ำแก่' เป็นคนออกให้ ทั้งนี้รวมถึงค่าปรุหมพยาบาลที่คลินิกที่ไปหาแห่งแรกอีกประมาณ 1,000 กว่าบาทด้วย นอกจากนี้ทางโรงงานได้จ่ายค่าจ้างในระหว่างที่ต้องพักงานให้ทั้ง 3 เดือน โดยชดเชยเป็นรายวันในอัตราวันละ 100 บาท

ประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน

เจริญศรีทำงานในโรงงานซึ่งมีลูกจ้างมากกว่า 40 คน ตามกฎหมายประกันสังคมจะต้องได้รับการคุ้มครองและมีหลักประกันด้านสุขภาพ แต่เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมกับโรงงานหรือนายจ้างยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้โรงงานส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงและไม่ปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้

ต่อปัญหาลักษณะนี้ คุณภวิศ ผาสุก ผู้แทนสภาองค์กรลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย ได้เสนอมาตรการให้มีเจ้าหน้าที่คอยเข้าไปตรวจโรงงานต่าง ๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง หรือให้บทบาทกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรสหภาพแรงงาน³ ให้มากขึ้น

และที่สำคัญหากนายจ้างมีลูกจ้างเกิน 10 คนจะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนทดแทนด้วยในอัตราร้อยละ 0.2 - 1 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้างทั้งปี(หากไม่ใช้กิจการที่จะต้องได้รับการยกเว้น เช่น ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ครัว กิจการที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ลูกจ้างงานบ้าน ฯลฯ)⁴

ตามหลักการอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกรณีนี้จะได้รับการคุ้มครองจากกองทุนทดแทนโดยทันที เนื่องจากประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน แต่โรงงานแห่งนี้ก็ไม่ได้ทำ ยังดีที่นายจ้างผู้นี้ยังมีความรับผิดชอบต่อลูกจ้างอยู่มากพอสมควร โดยรับผิดชอบต่อการค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้น และจ่ายค่าชดเชยในการให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นด้วย

อย่างไรก็ตาม หากมีคนงานในโรงงานนี้ได้รับอุบัติเหตุมากขึ้น การละเลยจากนายจ้างก็อาจจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการฝ่าฝืนและรักษาพยาบาลเหล่านี้เป็นความชำนาญพิเศษ ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงทีเดียว



³ คุณภวิศ ผาสุก ผู้แทนสภาองค์กรลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย, สิทธิแรงงานไทยในยุคโลกาภิวัตน์, บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ บรรณาธิการ มูลนิธิอารมณ์พงศ์พັນ, 2538 หน้า 210

⁴ วิกฤตเล็กจ้าง วางงานและทางออก, บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ บรรณาธิการ มูลนิธิอารมณ์พงศ์พັນ, 2540 หน้า 153

แต่หลังจาก 3 เดือนผ่านพ้นไป เจริญศรีก็มีได้กลับไปทำงานที่เดิม
อีก และไม่มีกรติดต่อกับใครที่นั่นทั้งสิ้น เธอบอกว่า ไม่คิดจะกลับไปทำงาน
ในโรงงานแห่งนั้นอีกแล้ว เนื่องจากรู้สึกกลัวเครื่องที่ตัดนี้ในโรงงาน นอกจากนี้
ภายหลังจากที่เกิดเรื่องกับเจริญศรีแล้ว จู่ ๆ วันหนึ่งเมื่อสามีลางานกลับไป
บ้านที่บุรีรัมย์แล้วกลับมาอีกครั้ง ทางโรงงานก็ไม่ป้อนงานให้ แล้วต่อมายัง
ให้ออกจากงานโดยไม่ทราบสาเหตุ และไม่ได้จ่ายเงินชดเชยแต่อย่างใด
พร้อมกันนั้นยังติดป้ายหน้าโรงงานไม่ให้เขาเข้าไปภายในโดยสิ้นเชิง

สองคนสามีภรรยาจึงมีความเห็นว่า โรงงานดังกล่าวคงจะเป็นโรง
งานเถื่อน เนื่องจากทั้งที่มีพนักงานไม่ต่ำกว่า 40 คน แต่กลับไม่มีการทำ
บัตรประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพแก่พนักงานเลย ข้อสังเกตอีก
ประการหนึ่งคือ ทางโรงงานมักเปลี่ยนชื่อบ่อย ๆ และสภาพภายในก็มี
ลักษณะปิดทึบ มีกำแพงสูง และเข้มงวดมากกับการห้ามบุคคลภายนอก
เข้าไปในอาณาบริเวณโรงงาน

สิ่งที่ขาดนั้นมากกว่าเติม

เจริญศรีและญาติที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ต่างก็ติดใจต่อการที่โรง
พยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งนั้นปฏิเสธการรักษา อีกทั้งยังไม่มีคำแนะนำ
ใด ๆ เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ควรจะไป ปล่อยเป็นภาระของทางฝ่ายคน
เจ็บเพียงลำพัง ซึ่งความรู้สึกของคนไข้และญาติก็คือ ทางแพทย์ใจดำ เพียง
แต่มีกระดาษให้แผ่นเดียวก็ถือว่าพ้นจากหน้าที่แล้ว ที่เหลือเป็นเรื่องที่คน
เจ็บต้องดิ้นรนเอาเองอย่างไม่มีหลักประกันใด ๆ ในขณะที่คำพูดของเจริญ
ศรีที่กล่าวแก่ชายในชุดเขียวที่ว่า “โรงพยาบาลแห่งนี้อาจจะไม่รับเช่นเดียวกัน”
ไม่ได้รับการโยติ

สำหรับข้อความในกระดาษแผ่นดังกล่าว ซึ่งมีลักษณะเป็นใบ
บันทึกข้อความ แต่มีการระบุว่าเป็นใบส่งตัว มีข้อความอยู่ว่า

“วันที่ 9 กุมภาพันธ์ เรื่องส่งตัวรักษาต่อกรณี... (ชื่อ-นามสกุลจริงของเจริญศรี) มีอาการบาดเจ็บ นิ้วถูกตัดขาด 2 นิ้ว ทางโรงพยาบาลเอกขเรย์แล้วลงความเห็นว่าสามารถต่อนิ้วได้ แต่เนื่องจากเตียงเต็ม จึงขอให้โรงพยาบาลรับตัวไว้ด้วย ลงชื่อ...(ชื่อ-นามสกุลแพทย์หญิงคนหนึ่ง)”

ประเด็นเรื่องที่ว่าเตียงไม่ว่างที่มีการยกมาอ้างในการปฏิเสธการรักษานั้น เจริญศรีไม่เชื่อว่าเป็นเหตุผลที่แท้จริง เธอรู้สึกวุ่นวายใจมาก ๆ อยู่ตรงคำถามที่มาจากกลุ่มคนที่มุ่งล้อมรอบเตียงมากกว่า นั่นก็คือคำถามเกี่ยวกับเรื่องการมีประกันสังคมหรือไม่ และเรื่องความสามารถในการรับภาระค่ารักษา

อย่างไรก็ตาม นายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดังกล่าวยืนยันว่าทางโรงพยาบาลมีปัญหาเตียงอุบัติเหตุเต็มจริง ๆ และปัญหาในวันนั้นก็คือมีกรณีที่กำลังรับการผ่าตัดลักษณะเดียวกันอยู่แล้ว ซึ่งใช้ห้อง ฉุกเฉิน และทีมแพทย์อยู่

“การผ่าตัดต่อนิ้วต่อหนึ่งกรณีใช้เวลา 4-8 ชั่วโมง แล้วแต่ความชอกช้ำ ที่ทำอยู่นั้นก็ไม่ว่าจะเสร็จเมื่อไร เขาก็เลยต้องหาที่อื่นให้” นายแพทย์รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวเสริม

นอกจากนี้ ผู้บริหารทั้งสองต่างยืนยันว่า เมื่อมีคนไข้มาถึง ทางโรงพยาบาลไม่เคยปฏิเสธ จะรับไว้ก่อนทันที ถือเป็นขั้นตอนแรกของการบริการ โดยจะซักถามประวัติและมีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น พร้อมกับวางแผนการรักษา หากพบว่าต้องรับตัวเข้าเป็นคนไข้ใน ต้องมีการผ่าตัด ก็ต้องตรวจสอบดูว่ามีเตียงหรือไม่ ถือเป็นขั้นตอนที่ 2 ในเมื่อไม่มีก็จำเป็นต้องส่งคนไข้ให้โรงพยาบาลอื่น ซึ่งในรายชื่อของเจริญศรี เมื่อทราบว่าจะต้องส่งต่อ แพทย์ก็พยายามติดต่อโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้

ในการชี้แจงนี้ มีการแสดงบันทึกประวัติคนไข้ประกอบด้วย ซึ่งในบันทึกระบุถึงการ ‘รีเฟอร์’ คนไข้ด้วยการโทรศัพท์ติดต่อโรงพยาบาลต่าง ๆ หลายแห่ง และท้ายบรรทัดระบุผลการติดต่อว่า ‘เตียงเต็ม’ เช่นกัน

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวว่า การที่โรงพยาบาลอื่นแจ้งว่าเตียงเต็มนั้น ในความเป็นจริงอาจมีเตียง แต่แพทย์ไม่อยู่ หรือทางโรงพยาบาลนั้น ๆ อาจต้องการเก็บเตียงไว้เพื่อรองรับคนไข้ของตัวเอง แทนที่จะรับคนไข้ส่งต่อ ซึ่งปัญหาเรื่องการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลเป็นปัญหาที่ต้องแก้ในระดับชาติ และเป็นปัญหาใหญ่ที่สำคัญ

เกี่ยวกับประเด็นเรื่องระยะเวลาที่ล่าช้าจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาหรือไม่ แพทย์ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งนี้เป็นข้อมูลว่า จากรายงานล่าสุด มีกรณีทั่วประเทศได้หวั่นปรากฏว่า สามารถอยู่ได้นานถึง 94 ชั่วโมง หากมีการเก็บชิ้นส่วนอย่างถูกต้อง เพราะฉะนั้นความเร็วช้าไม่ใช่อันตราย

ส่วนเรื่องของความพร้อมทางบุคลากร นายแพทย์รองผู้อำนวยการให้ข้อมูลว่า ทางโรงพยาบาลมีแพทย์ทางด้านศัลยกรรมเสริมสร้างที่พร้อมสำหรับการผ่าตัดต่อนิ้วจำนวน 10 คน เป็นผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด และเป็นระดับ 'อาจารย์หมอ' 8 คน

“เรามีเคสทำประจำจนรู้ทางหนีทีไล่ ส่วนโรงพยาบาลอื่นก็มีหมอ ด้านนี้กระจายอยู่ แต่ในหลายที่อาจจะระดับเริ่มต้นทำได้ ส่วนจะเก่งหรือไม่เก่งเป็นอีกเรื่องหนึ่ง” นายแพทย์รองผู้อำนวยการกล่าว ก่อนจะล่ำทาบอีกครั้งว่า

“เหตุผลที่เราจะไม่รับคนไข้มีเพียงเหตุผลเดียว คือเตียงเต็ม ไม่มีปัญหาอื่น ไม่ว่าเรื่องไม่มีหมอ ไม่มีอุปกรณ์ เราจะไม่มีปัญหาพวกนี้แน่นอน และไม่เคยปฏิเสธคนไข้ แต่จะได้แค่วันนั้นก็แล้วแต่ สุดท้ายก็ทางโรงพยาบาลจะทำได้”

ทางด้านแพทย์หญิงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนผ่าตัดให้เจริญศรีให้สัมภาษณ์พร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้ ระบุว่า ศักยภาพและมาตรฐานในการผ่าตัดต่อนิ้วของประเทศไทย คาดว่าเฉพาะในกรุงเทพฯ มีแพทย์ผ่าตัดต่อนิ้วที่ชำนาญ มีทักษะจริง ๆ ไม่ถึง 10 คน ส่วนในต่างจังหวัดจะมีแต่โรงพยาบาลในจังหวัดหัวเมืองที่มีมหาวิทยาลัยด้วย

“การผ่าตัดต่อนิ้วเป็นสุดยอด หรือเป็นที่สุดแล้วสำหรับแผนก ศัลยกรรมมือเป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้สมาธิมากต้องอาศัยทักษะ ความชำนาญ และต้องมีการฝึกการผ่าตัดประเภทนี้เข้ามาให้ทำอย่างต่อเนื่อง”

สำหรับทางโรงพยาบาลมีแพทย์ที่ให้การรักษาได้ 2 คน เนื่องจาก ทางโรงพยาบาลค่อนข้างจะเน้นกรณีอุบัติเหตุ จากการที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ในทำเลที่มีโรงงานจำนวนมาก

การผ่าตัดต่อนิ้ว

การผ่าตัดต่อนิ้วเป็นศัลยกรรมเสริมสร้างอย่างหนึ่งในสาขาศัลยกรรมพลาสติก เป็นการผ่าตัดพิเศษ เรียกว่า ‘จุลศัลยกรรม’ ต้องใช้กล้องขยาย มีรายละเอียดมาก ทั้งการต่อกระดูก การตัดต่อเส้นเอ็น เส้นเลือด เส้นประสาท

ปัจจุบันประเทศไทยยังคงมีข้อจำกัดทางด้านบุคลากรและอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดประเภทนี้ การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ เพื่อประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่และต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องหนึ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างทันเวลาที่จะทำให้สามารถไขว่คว้าวนั้นให้ได้มากที่สุด หรือทำให้ผู้ป่วยนั้นกลับคืนสู่สภาพเดิมมากที่สุด

แทนที่จะปล่อยให้ผู้ป่วยและญาติประสบชะตากรรมในการวิ่งหาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ท่ามกลางการไม่มีข้อมูลข่าวสารในการหาโรงพยาบาลและแพทย์ชำนาญพิเศษด้านนี้เลย



ตามปกติการผ่าตัดประเภทนี้ต้องใช้เวลาหลายชั่วโมงอยู่แล้ว แต่กรณีของ เจริญศรีมีปัญหาลักษณะการถูกตัดไม้ไผ่เกิดจากของคมกริบ แต่เป็นการ ถูกกระแทกอย่างหนักและแรง เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลค่อนข้างข้างข้างทั้งสองนิ้ว โดยที่นิ้วโป้งถูกตัดที่ปลายนิ้วมากต้องหาเส้นเลือดและพยายามที่จะต่ออยู่นาน แต่ในที่สุดก็ต่อไม่ได้ จึงใช้วิธีย้ายเนื้อเยื่อจากส่วนอื่นของร่างกายคนไข้มาปิด บาดแผลแทน ขณะนี้นิ้วชี้ ส่วนที่ขาดค่อนข้างยาว จึงต่อได้ โดยตามที่แพทย์ รายงาน ระบุว่าน่าจะประสบผลสำเร็จประมาณร้อยละ 90

ในประเด็นเรื่องความจำเป็นที่จะต้องมียาเฝ้าระวังรับ แพทย์เจ้าของ ไข้ของเจริญศรีให้การยืนยันว่าจำเป็นมาก เพราะหลังการผ่าตัดต้องมีการให้ ยาป้องกันเลือดแข็งตัวประมาณ 3 วัน เพื่อป้องกันไม่ให้เส้นเลือดบริเวณ รอยต่อตัน ส่วนเรื่องระยะเวลา มาตรฐานโดยทั่วไปกำหนดว่า ควรจะต้องต่อ นี้วยภายใน 12 ชั่วโมงหลังถูกตัด กรณีของเจริญศรีจึงยังคงอยู่ในเวลา

อย่างไรก็ตาม ไม่น่าว่าคนไข้รายอื่น ๆ จะรักษาเวลาได้ดีเพียงไร หากต้องเที่ยวตระเวนหาโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทุก ๆ ด้านด้วยตนเอง โดยไม่มีทั้งข้อแนะนำหรือข้อมูลที่พอจะเป็นเข็มทิศได้เลย

สำหรับเจริญศรีที่อาจนับว่ามีโชคอยู่บ้างที่ได้เข้าถึงบริการในที่สุด แต่ผลจากการประสบอุบัติเหตุเครื่องจักรตัดนิ้วขาดก็ยังทำให้สมรรถภาพใน การใช้นิ้วมือข้างขวาทั้งสองนิ้วนั้นด้อยลงเป็นการถาวร โดยทุกวันนี้ เจริญศรี ไม่สามารถใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้หยิบจับของหนัก ๆ ได้ หากใช้นิ้วทั้งสองรวม กันเกี่ยวสิ่งของก็เกิดอาการเจ็บปวด และบางครั้งเสียวแปลบ งานบางอย่าง จึงทำไม่ได้โดยสิ้นเชิง เช่น การปักดำข้าว และด้วยเหตุที่นิ้วมือทั้งสองเป็น นิ้วสำคัญในการใช้งาน ตลอดจนเป็นนิ้วของมือข้างที่ถนัด ประสิทธิภาพที่ สูญเสียไปจึงค่อนข้างมาก เฉพาะนิ้วชี้ขึ้น ถึงแม้จะได้รับการต่อไว้เช่นเดิม แต่ก็งอได้เพียงเล็กน้อย และยังคงมีรอยแผลเป็น อีกทั้งทุกวันนี้ เธอ กลายเป็นคนเห็นเลือดไม่ได้ ไม่กล้ามอง หรือถ้าเห็นแล้วก็จะกลัวมาก



เพื่อไปให้พ้น จาก 'ศูนย์'



เจ้าของเรื่องราว	ชัยรัตน์
เพศ	ชาย
อายุ	31 ปี
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	พนักงานบริษัทเอกชน
ที่อยู่	กรุงเทพมหานคร



ป้ายหนุมผู้เป็นโรคหัวใจ

เมื่อเดือนมีนาคม 2541 “ชัยรัตน์” ชายหนุ่มรูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ ต้องย้อนกลับไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งซึ่งเคยผ่าตัดหัวใจให้เขาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2530 ในขณะที่เขาอายุ 19 ปี เป็นเด็กหนุ่มร่างผอมบางผู้มีน้ำหนักตัวเพียง 40 กว่ากิโลกรัม และเป็นเด็กวัดในย่านบางบัวทอง จ. นนทบุรี ผู้กำลังศึกษาร่ำเรียนอยู่ในโรงเรียนศึกษาผู้ใหญ่

แรกทีเดียวในช่วงต้นปี 2530 นั้น ชัยรัตน์เริ่มรับรู้ถึงความผิดปกติบางประการของร่างกายจากอาการเหนื่อยง่าย โดยเฉพาะในยามเดินขึ้นอาคารเรียนความสูง 5 ชั้น และแล้วในวันหนึ่งซึ่งอากาศเย็น เขาเกิดอาการคันคอคล้ายมีเสลด ครั้นเมื่อไอออกมากลับพบว่าเป็นเลือดจำนวนมากถึงครึ่งแก้ว ซึ่งทำให้ตกใจมาก แต่เขาก็เก็บเงียบไว้คนเดียวนานเป็นเดือนกระทั่งอีกวันหนึ่งเป็นวันที่ฝนตกและอากาศเย็น ระหว่างนั่งคุยอยู่กับพระสงฆ์ จู๋ ๆ เขาก็รู้สึกตัวว่าอาการคันคอเกิดขึ้นอีกครั้ง จึงขอตัวออกมาไอข้างนอกห้อง

“สักพักหนึ่ง พระที่คุยด้วยเห็นว่านานผิดปกติเลยตามออกมาดู พอเห็นก็ตกใจ เพราะเลือดกระจายเต็มพื้นเยอะมาก หลวงพี่จึงพาส่งโรงพยาบาล” ชัยรัตน์เล่า

โรงพยาบาลที่พระพาไปนั้นเป็นโรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน แต่เป็นโรงพยาบาลที่ชัยรัตน์ไม่ประทับใจ เมื่อไปถึงโรงพยาบาลครั้งแรกนั้น ปรากฏว่าอาการทั้งหลายที่เคยมีกลับไม่แสดงตัวเลย แต่แพทย์ก็ให้นอนพักฟื้นดูอาการประมาณ 1 สัปดาห์ โดยให้ยาทานด้วย และก่อนกลับมีการเช็คคลื่นหัวใจ จากนั้นแจ้งว่าเป็นโรคลิ้นหัวใจรั่ว

“ไม่มีทางรักษา ต้องกินยาอย่างเดียว” ชัยรัตน์ถ่ายทอดสิ่งที่รับทราบจากแพทย์ประจำโรงพยาบาลดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้ความท้อแท้หมดหวังในชีวิตแล่นเข้าสู่ใจมกรอบำจิตใจในเวลานั้น

แต่แล้วต่อมาเขาก็ได้ถึงโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งซึ่งพ่อเคยฝาก

ตัวเป็นคนไข้ เด็กหนุ่มตัดสินใจไปพบแพทย์ที่นั่นเมื่อเดือนกันยายน ปีเดียวกัน ได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้นอีกครั้ง และแพทย์แจ้งว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตีบ มีการนัดตรวจเช็คคลื่นหัวใจ (การทำ echo) ซึ่งตามหลักฐานใบนัดระบุว่า ทำเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2530 และมีการนัดผ่าตัดเล็กเพื่อดูรายละเอียด หรือทำ cath ในวันที่ 28 เดือนเดียวกัน แต่ภายหลังได้เลื่อนไปทำในวันที่ 12 เดือนถัดมา

แล้วในที่สุด ชัยรัตน์ก็ได้รับการผ่าตัดเพื่อเปิดถ้ำลิ้นหัวใจจากโรงพยาบาลแห่งที่สองนี้ในปลายปีนั่นเอง โดยเป็นคนใช้นาตา เขาจำได้แม่นยำว่าเสียค่าใช้จ่ายไปทั้งหมดเพียง 80 บาท เป็นค่าเอกซเรย์

ชัยรัตน์มีความประทับใจกับโรงพยาบาลแห่งนี้มาก ในทุก ๆ ด้าน ทั้งการรักษาที่ทำให้เขาหายจากอาการป่วย ทั้งการบริการที่นางพยาบาลต่างมีอัธยาศัย รวมถึงเรื่องของค่าใช้จ่าย

ภายหลังการผ่าตัด ระหว่างที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานประมาณ 2-3 เดือน จึงเป็นช่วงเวลาที่เขาได้บอกรู้สึกดีมาก ๆ เมื่อพอจะแข็งแรงแล้ว เขาก็เลยคอยช่วยเหลือคนอื่น ๆ และช่วยงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ของพยาบาลด้วยความเต็มใจ รู้สึกอยากทำประโยชน์และทำคุณแก่สังคม เมื่อได้พบเห็นปัญหาการขาดแคลนอวัยวะก็เกิดเจตจำนงที่จะบริจาคร่างกายแก่สภากาชาดไทยเมื่อเสียชีวิต

แม้การผ่าตัดในครั้งนั้นจะผ่านไปด้วยดี แต่แพทย์ก็แจ้งว่า อีก 5 ปีข้างหน้า ชัยรัตน์คงต้องรับการผ่าตัดอีกครั้ง เนื่องจากแพทย์พบว่า ลิ้นหัวใจอีกข้างหนึ่งก็มีรอยร้าวเช่นกัน แต่ยังเป็นเพียงเล็กน้อยจึงไม่ได้แก้ไขให้ นอกจากนี้แพทย์บอกกับเขาด้วยว่า จะต้องกลับมาพบแพทย์เร็วหรือช้าขึ้นกับการดูแลตัวเอง จากนั้นมีการนัดทุก 2 เดือน และภายหลังขยายระยะห่างเป็น 6 เดือน, 1 ปี และในที่สุด 2 ปี กระทั่งสุดท้าย แพทย์บอกว่าให้มาเมื่อมีอาการ

ถึงเวลานั้นชัยรัตน์ก็เติบโตเป็นชายหนุ่มเต็มตัวเริ่มต้นชีวิตการทำงาน

โดยระยะแรกยังไม่ลงตัว ต้องเปลี่ยนที่ทำงานหลายครั้ง แต่ในที่สุดนับจากปี 2533 เป็นต้นมาก็เริ่มต้นปักหลักที่บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งในขณะนั้นเพิ่งเริ่มก่อตั้ง

ชัยรัตน์รู้สึกเสมอว่า การผ่าตัดเปลี่ยนแปลงชีวิตเขาให้ดีขึ้น มีอนาคต และมีความหวัง “หลังจากผ่าตัดแล้วโลกมันสดใส จากเดิมที่ผมเป็นศูนย์ ช่วงนี้ทั้งหมดมันสดใสขึ้น เริ่มทำงานได้แล้ว”

หลังจากได้งานที่มั่นคง ชัยรัตน์ก็เริ่มต้นชีวิตครอบครัวในปีต่อมา โดยภรรยาเป็นลูกจ้างในหน่วยราชการแห่งหนึ่ง ครั้นถึงปี 2538 ก็ได้ลูกสาวคนแรก ชีวิตของชัยรัตน์ในช่วงนี้เต็มไปด้วยความสดใส เขาทิ้งสภาพของเด็กหนุ่มผอมแห้งอมโรคไ่ว์เบื้องหลัง เปลี่ยนเป็นชายหนุ่มผู้เป็นกำลังหลักของครอบครัว ซึ่งไม่ใช่เพียงครอบครัวเล็ก ๆ ที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก เท่านั้น หากหมายถึงครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิกคับคั่งถึง 8 คนโดยรวมถึงแม่ของเขาเอง แม่ภรรยา น้องสาวภรรยา และหลานอีก 2 คน ทั้งหมดได้อาศัยชัยรัตน์และภรรยาช่วยกันสองแรงแข็งขันหารายได้มาเลี้ยงดู

จากจุดเริ่มต้นการทำงานในตำแหน่งพนักงานส่งเอกสารของบริษัทที่ตั้งอยู่ในตึกแถว ชัยรัตน์มุ่งมั่นทำงานจนเป็นที่ไว้วางใจ ได้รับการเลื่อนตำแหน่งดีขึ้น พร้อม ๆ กับที่บริษัทขยายใหญ่โตขึ้นจนมีอาคารสำนักงานหลังใหญ่เป็นของตนเอง อีกทั้งเขายังได้รับการส่งเสริมให้ไปรับการฝึกอบรมเพิ่มเติมความรู้ทางด้านอิเล็กทรอนิกส์อยู่บ่อย ๆ เนื่องจากเจ้านายเล็งเห็นว่าเขามีความชอบเป็นพื้นฐานและมี ‘แวว’ ในการพัฒนาทางด้านนี้ ซึ่งชัยรัตน์เองก็มุ่งมั่นทำงานเต็มที่และเอาจริงเอาจังกับการหาความรู้เพิ่มเติมเสมอ โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนว่า

“ไม่อยากเป็นแค่ศูนย์ แต่อยากไปหนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า...” นี่คือคำพูดของชัยรัตน์

แต่แล้วชีวิตที่กำลังก้าวไปข้างหน้าพลันต้องสะดุด เมื่ออาการของโรคหัวใจที่เคยคุกคามเขาเมื่อ 10 ปีก่อน กลับมาอีกครั้งในช่วงปลายปี 2540

แม้อาการเตือนจะเริ่มมีมาเป็นระยะ แต่เขาพยายามเก็บซ่อนไว้ไม่ให้ใครรู้ เพราะไม่อยากเป็นภาระกับใคร จนกระทั่งอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ระบบขับถ่ายไม่ทำงาน เริ่มเป็นหนักขึ้นอย่างรวดเร็ว เขาจึงตัดสินใจกลับไป ที่โรงพยาบาลซึ่งเคยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจครั้งแรกอีกครั้งในวันหนึ่ง ของ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2541 แพทย์ผู้ตรวจพิจารณาใบนัดจากการรักษาครั้ง ก่อนแล้วก็ออกปากตำหนิว่าเขาผัดนัด พร้อมกับบ่นวลีนี้เป็นตัวแดงลงใน บัตรประจำตัวคนไข้ด้วย

ความหวังสูญสิ้น

ตลอดระยะเวลา 5 เดือนหลังจากตัดสินใจกลับเข้ารับการรักษาโรค หัวใจเป็นครั้งที่สอง ชัยรัตน์ต้องเข้าออกและนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลายครั้ง ทั้งเพื่อทำ echo และรักษาอาการแน่นหน้าอก ระบบย่อยไม่ทำงาน

ระหว่างนั้น ในช่วงกลางเดือนมิถุนายน เขาได้รับแจ้งจากทางโรง พยาบาลว่า จะต้องรอถึงเดือนกันยายนจึงจะมีคิวผ่าตัด แต่แล้วในวันที่ 29 กรกฎาคม ขณะที่เป็นคนไข้ในนอนรักษาอาการตับโต เขาก็ได้รับแจ้งจาก แพทย์ว่าจะรีบทำการผ่าตัดหัวใจให้ ทั้งเพื่อรักษาอาการลิ้นหัวใจตีบต่อ เนื่องจากที่ผ่าตัดไว้ก่อนหน้านี้ พร้อมไปกับอาการลิ้นหัวใจรั่วอีกข้างหนึ่งด้วย ทั้งนี้โดยมีคิวห้องผ่าตัดว่างอยู่ในวันที่ 6 สิงหาคม ซึ่งเป็นเวลาที่กระชั้นมาก แต่ชัยรัตน์ก็พร้อมอยู่แล้ว

“ตอนนั้นอยากกระโดดเลย เหมือนมียาซูกำลัง เข้าไปช่วยดูแล เติงนั่นเติงนี่ตลอด” เขาเล่าถึงความรู้สึกดีใจท่วมท้นที่เกิดขึ้น เนื่องจากมี ความมั่นใจว่า การผ่าตัดครั้งนี้จะให้ผลดีเช่นครั้งก่อน

แต่ความหวังของเขาในครั้งนี้กลับเป็นเหมือนกับพายุ มาเร็วไปเร็ว และทั้งร่ำรวยความเสียหายให้ต้องเศร้าเสียใจไว้เบื้องหลัง ก่อนลมพายุจะมา ย่อมมีสัญญาณเตือน ชัยรัตน์เองได้รับสัญญาณเตือนถึงพายุแห่งชีวิตเช่นกัน แต่ตอนนั้นเขาไม่ทันได้ตรึงตรองให้เข้าใจ

การเลือกปฏิบัติและสิทธิในการเลือก

ในบรรดาผู้ที่มารับการรักษาพยาบาล ผู้ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคประจำตัวที่เป็นโรคติดต่อบางโรคมักได้รับการปฏิบัติแตกต่างออกไปจากคนอื่น ๆ โดยเฉพาะในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ ดังเช่นซัยรตัน

แม้ว่าปัจจุบัน คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ หรือในที่นี้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายห้ามปฏิบัติแบบแบ่งแยกผู้ป่วยในการให้บริการสาธารณสุข และห้ามลดคุณภาพการรักษา แต่จากกรณีของซัยรตันชี้ให้เห็นว่า การมีนโยบายดังกล่าวยังไม่อาจถือเป็นมาตรการที่เพียงพอที่จะทำให้มั่นใจได้ว่า จะไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยด้วยโรคบางอย่างออกจากผู้ป่วยทั่วไป เกิดขึ้นในประเทศไทย

ซัยรตันเป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยบางส่วนที่กำลังตกอยู่ในสภาพเสมือนชนกลุ่มน้อยท่ามกลางผู้ป่วยทั้งหมด โดยไม่มีโอกาสได้เข้าถึงการเฝ้าระวังรักษาโรคตามที่ควร ขณะเดียวกันกรณีนี้ก็สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจของแพทย์ในระบบบริการปัจจุบันที่สามารถตั้งเงื่อนไขขึ้นเพื่อปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยบางกลุ่ม โดยที่ฝ่ายหลังไม่มีโอกาสที่จะต่อรองใด ๆ ได้ ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าตั้งคำถามถึงความถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการที่แพทย์จะยึดเอาการตัดสินใจจากมุมมองทางด้านความปลอดภัยของตนเองเพียงฝ่ายเดียวเป็นสำคัญ โดยละเลยการให้ผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงต่าง ๆ มีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และโดยปราศจากการคำนึงถึงผลประโยชน์ของทั้งฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน

หรือแม้แต่การตัดสินใจว่าจะทำการผ่าตัดหากผู้ป่วย
สามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกมากกว่า 5 ปี หรือมีระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย
(CD 4) มากกว่า 400 หน่วย แต่ไม่มีกลไกที่จะให้ผู้รับบริการหรือ
ญาติมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมเลยว่า การมีชีวิตอยู่ต่อแม้เพียงไม่
ก็เดือนก็เป็นคุณค่าและสำคัญกับครอบครัวมากน้อยเพียงใด ใคร
ควรจะเป็นผู้ตัดสินใจ หรือใครควรที่จะเลือกมีชีวิตอยู่ต่อได้อย่างไร
รวมทั้งมีทางเลือกหรือไม่



สิ่งที่มาสะกิดใจเขาในขณะที่วันผ่าตัดรออยู่ข้างหน้าอีกเพียงแค่วัน
วันก็คือ “พยาบาลที่เดินผ่านเตียงพูดเปรย ๆ ว่า สงสัยเตียงนี้มันจะไม่ได้ผ่า
ตัด” เขาเล่าถึงสัญญาณที่เริ่มทำให้ใจเสีย นอกจากนั้นก็ยังรู้สึกผิดสังเกตอีก
ด้วยว่า ทั้งที่จะถึงวันผ่าตัดอยู่แล้ว แต่ยังไม่มีการเตรียมพร้อมใด ๆ กับเขา
ดังที่ครั้งก่อนเคยมี ไม่ว่าจะเป็นการพบนักกายภาพบำบัด การตรวจฟัน ฯลฯ
ในขณะที่เตียงข้าง ๆ ก็ถูกเรียกตัวไปก่อนแล้ว

กระทั่งเหลืออีกเพียงวันเดียวจะถึงกำหนดนัดผ่าตัด ช่วงบ่าย
ชัยรัตน์ก็ถูกเรียกเข้าไปในห้องพักของพยาบาลในตึกที่รักษาตัว ที่นั่นแพทย์
บอกกับเขาว่าไม่สามารถผ่าตัดให้ได้ เพราะเขามีผลเลือดเป็นบวก

นี่เป็นครั้งแรกที่เขาได้รับรู้ว่า ตนเองมีไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกาย

ครึ่งชั่วโมงที่อยู่ในห้องนั้น ชัยรัตน์มองลอดหน้าต่างออกมาเห็น ภรรยาคุ้ยขยะอยู่ข้างรถอยู่ ในใจได้แต่คิดว่าทุกอย่างพังหมดแล้ว ทำอย่างไรถึงจะบอกให้เธอรับได้กับสิ่งเหล่านี้

“ตอนนั้นยิ่งไปเลย เหมือนหลอดไฟขาด สวิตช์ดับ ...ยิ่งไปหลายนาที่จึงได้ถามหมอว่า ที่ผ่าตัดไม่ได้เพราะการติดเชื้ออย่างเดียวหรือ แล้วผลเลือดที่ออกมาจะมีโอกาสผิดปกติบ้างไหม หมอบอกว่ามีโอกาสพลาด 1 เปอร์เซ็นต์ และเสนอว่าจะตรวจซ้ำให้อีกครั้ง และนัดมาฟังผลเลือดในวันที่ 18 สิงหาคม”

ออกมาจากห้องนั้นแล้ว ชัยรัตน์รวบรวมกำลังใจ ชวนภรรยาเก็บของกลับบ้านโดยบอกเธอแต่เพียงว่า แพทย์บอกให้ออกจากโรงพยาบาลไปรอก่อน เพราะสุขภาพยังแข็งแรงดี มีคนอื่นที่อาการแย่กว่า หนักกว่า

ภรรยาของชัยรัตน์เล่าว่า แล้วเขาก็เปิดเผยเรื่องราวกับเธอในคืนนั้นเอง ซึ่งเธอร้องไห้และนอนกระสับกระส่ายจนรุ่งเช้าด้วยความหวาดวิตกว่า หากติดเชื้อเหมือนสามี ลูกจะอยู่กับใคร ญาติพี่น้องในบ้านใครจะดูแล ส่วนเขาได้แต่ปลอบโยนเธอ

ชัยรัตน์บอกว่า ในขณะนั้นเขาคุ่นคิดอยู่ในใจแล้วว่า หากผลการตรวจเลือดชี้ว่าภรรยาไม่ได้ติดเชื้อ เขายินดีจะออกไปจากชีวิตของเธอเอง

อย่างไรก็ตาม แม้ผลการตรวจเลือดในวันถัดมาจะพบว่าภรรยาของชัยรัตน์ปลอดภัย ขณะเดียวกันก็ยืนยันผลการตรวจเลือดครั้งแรกของเขา แต่ทั้งสองคนยังคงอยู่ด้วยกัน ตกใจฝ่าฟันปัญหาเคียงข้างกันไป

ระหว่างวันคืนช่วงนั้นชัยรัตน์แทบไม่อาจประคองชีวิตเขาไม่ไปทำงานได้แต่ขังตัวเองนอนร้องไห้ในห้อง รู้สึกว่าตัวเองเป็นเหมือนขยะ ปลอมตัวจนโหมก กินข้าวน้อยลง ซึ่งเขาเองยอมรับว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากความทุกข์ใจ แต่อีกส่วนหนึ่งก็เพราะอยากเรียกร้องความสนใจจากภรรยา ทุกวันนี้เมื่อมองย้อนกลับไปในวันนั้น เขายังรู้สึกว่าตนเองทำตัวเหมือนเด็ก ๆ เหลือเกิน

18 สิงหาคม เขาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามกำหนดนัด และได้

ประจักษ์ว่า แพทย์ปฏิบัติต่อเขาไม่เหมือนเดิม จากที่เคยมีขั้นตอนให้ขึ้นเตียง ใช้เครื่องมือตรวจการทำงานของปอด หัวใจ กลับกลายเป็นความห่างเหิน แค่เปิดแฟ้ม ทักทายเล็กน้อย แล้วก็สั่งยาให้ รวมเวลาพบกันไม่ถึง 2 นาที โดยระหว่างนั้นไม่มีการจับเนื้อต้องตัว

ในวันนั้น เขาตั้งคำถามกับแพทย์ว่า เขามีโอกาสจะได้รับการผ่าตัดหรือเปล่านั้น มีที่ไหนทำให้ได้บ้าง คำตอบที่เขาจำได้ก็คือ “ไม่มีหมอที่ไหนจะทำให้หรอก มีแต่ที่นี่แหละที่ผ่าตัดหัวใจเยอะที่สุดแล้ว ก็ลองดูสิ อยากรู้เวลากี่ลองไปดู”

หลังจากนั้น เขายังไปพบแพทย์ที่นั่นอีกหลายครั้งเพื่อรับยาประจำอาการโรคหัวใจ เขาเคยตั้งคำถามตรง ๆ ว่า การที่แพทย์ไม่ยอมผ่าตัดให้ เป็นเพราะกลัวเขาจะแพร่เชื้อเอชไอวีให้ใช่หรือไม่ ได้รับคำตอบจากแพทย์เพียงสั้น ๆ ว่า คงไม่มีใครอยากเสี่ยง

แม้จะถูกปฏิเสธและรู้สึกเสียใจ แต่ชัยรัตน์บอกว่าไม่ได้โกรธแค้นกับสิ่งที่เกิดขึ้น เขาเห็นใจและเข้าใจดีว่า ทางโรงพยาบาลคงต้องพยายามรักษาประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ หากทางหลักเสี่ยงไม่ให้ทีมผ่าตัดที่ประกอบด้วยคนหลายคนต้องมาเสี่ยงกับการติดเชื้อโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้หาย เพื่อช่วยเหลือเขาคนเดียว

“พยายามคิดว่า เราอย่าให้ความสำคัญกับตัวเองมากเกินไป คนอื่นเขาก็คน คิดเสียว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเราดีกว่า”

ชีวิตที่ไม่ जानน

ชัยรัตน์ตระหนักดีว่า โอกาสที่เขาจะได้รับการเยียวยาอาการผิดปกติที่ลิ้นหัวใจทั้งสองข้างให้หายขาดเหลืออยู่เพียงน้อยนิด เพราะ ณ วันนี้ เขาแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป โดยได้ถูกแบ่งประเภทให้เป็นคนไข้โรคหัวใจที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องถูกกีดกันเสียแล้ว

เขายอมรับการตัดสินใจของแพทย์ แต่ขณะเดียวกัน เรื่องที่เกิดขึ้นก็ยังคงรบกวนจิตใจอยู่โดยตลอด ลึก ๆ แล้วเขายังอดหวังไม่ได้ว่า จะมีโรงพยาบาลที่ไหนสักแห่งยอมผ่าตัดเยียวอาการของโรคหัวใจให้

ด้วยเหตุนี้ ในเดือนธันวาคม 2541 เขาจึงโทรศัพท์เข้าไปยังรายการโทรทัศน์ที่จัดขึ้นเป็นพิเศษในโอกาสวันเอดส์โลก ซึ่งมีการเปิดช่องให้ผู้ติดเชื้อโทรศัพท์เข้าไปแสดงความรู้สึกได้ เขอยากรู้ว่ามีใครที่กำลังตกที่นั่งเดียวกับเขาบ้าง คือทั้งเป็นโรคหัวใจและติดเชื้อเอดส์

จากเหตุการณ์นี้ทำให้เขามีโอกาสได้รู้จักกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อแห่งหนึ่ง ซึ่งรับที่จะประสานงานติดต่อหาแพทย์ที่จะผ่าตัดให้

เจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนั้นเริ่มต้นจากการติดต่อกลับไปยังโรงพยาบาลที่เคยปฏิเสธการผ่าตัดให้เขาก่อน เพื่อขอทราบเหตุผล

แพทย์ของโรงพยาบาลยืนยันว่า การยกเลิกการผ่าตัดในกรณีของชัยรัตน์เป็นเพราะเขาติดเชื้อเอชไอวี แต่สาเหตุที่ตัดสินใจทำเช่นนั้นไม่ได้เป็นไปเพื่อความปลอดภัยของแพทย์ แต่เพื่อความปลอดภัยของคนไข้เอง โดยมีการอ้างผลการศึกษาจากต่างประเทศว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการผ่าตัดในลักษณะเดียวกันกับชัยรัตน์ ซึ่งต้องใช้เวลานานหลายชั่วโมง และต้องนำอุปกรณ์ลึ้นหัวใจเทียมเย็บติดเข้ากับเนื้อเยื่อในร่างกาย มีโอกาสติดเชื้อสูงมากถึง 90 คนในจำนวน 100 คน และร่างกายอาจไม่ตอบรับลึ้น ซึ่งจะทำให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง

การจัดการในระดับระบบ

บุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคมและสมควรได้รับการคุ้มครองให้อยู่ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัยเช่นเดียวกับบุคคลในสาขาอาชีพอื่น ๆ

ในเมื่อการให้การรักษามريضขึ้นอยู่กับความเสียงจริง และทางออกไม่ควรจะอยู่ที่การปฏิเสธการรักษา ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการป้องกัน และมีระบบที่จะรองรับการปฏิบัติงานภายใต้ความเสียงให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ด้วย โดยในรายละเอียดจำเป็นต้องคำนึงถึงความพร้อมใจ ยึดหลักป้องกันรัดกุม มีทางเลือกตลอดจนมีมาตรการรองรับเมื่อเกิดความผิดพลาด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องมีการจัดการและก่อให้เกิดขึ้นตั้งแต่ในระดับนโยบาย และในระดับปฏิบัติการมีการประสานงานที่ดี มิใช่ปล่อยเป็นเรื่องของการต่อรองระหว่าง 2 ฝ่าย หรือเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล หรือองค์กร สถาบัน ฯลฯ ดังเช่นที่เป็นอยู่ ซึ่งได้รับการยอมรับจากอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อว่า บุคลากรสาธารณสุขกลัวติดเชื้อเอดส์เพราะ

“ในอดีตเคยมีกรณีของพยาบาลติดเชื้อระหว่างปฏิบัติหน้าที่และในที่สุดเสียชีวิตลง กระทรวงการคลังมีระเบียบอนุญาตให้จ่ายค่าชดเชยในการเสี่ยงภัยจากโรคเอดส์ที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ แต่ไม่มีงบประมาณให้ หากหน่วยงานต้นสังกัดจะจ่ายต้องหาเงินจากที่อื่นมาจ่าย เช่นเงินบำรุงโรงพยาบาล และกว่าจะได้เงินก้อนนี้ออกมาก็ต้องเสียเวลาเป็นปี เพราะต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าบุคลากรคนนั้นติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่จริง”



มาตรฐานการรักษาพยาบาล

แม้ในที่สุดซัยรตันจะได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการผิดปกติของหัวใจ แต่กว่าที่จะได้เข้าสู่กระบวนการรักษาก็ต้องใช้เวลาเกือบหนึ่งปีหลังจากถูกปฏิเสธการผ่าตัดในครั้งก่อน และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการแสวงหาสถานพยาบาลที่สมัครใจผ่าตัดให้

หากผู้ป่วยคือซัยรตันเชื่อข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลแห่งแรกที่ปฏิเสธทำการผ่าตัดให้เขาว่า ไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดกล้าผ่าตัดหัวใจให้แก่ผู้ติดเชื่อ เนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าวถือเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Hospital) มีความเชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรง อีกทั้งยังเป็นสถานที่รับผู้ป่วยด้านนี้จากโรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วยซ้ำไป หรือหากเขาท้อแท้จนล้มเลิกความตั้งใจที่จะหาสถานพยาบาลที่ยินยอมผ่าตัดไปเสียก่อน หรือไม่มีเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนใช้ความพยายามสืบหาจนพบว่า มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดหัวใจที่ไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื่อจากผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป เขาคงต้องทนทรมานกับอาการโรคหัวใจต่อไปอีกยาวนาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตลอดจนชีวิตในที่สุด

การที่ซัยรตันได้รับการผ่าตัดครั้งที่สองจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลรัฐบาลอีกแห่งหนึ่งชี้ให้เห็นด้วยว่า ในปัจจุบันมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีในสถานพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งน่า

จะสร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งในแง่ของการสร้างภาระที่ต้องออกเสาะหาสถานพยาบาลที่ยินยอมรักษาดน การถูกตัดโอกาสที่จะได้รับการเยียวยาให้พ้นจากความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งถือเป็นความเสี่ยง

แต่ผลการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยในปี 2539 ชี้ว่าสภาพการณ์จริงเป็นเช่นนั้น กล่าวคือ ยังมีการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนให้การรักษา และเมื่อพบว่าผลเลือดบวก การผ่าตัดก็จะถูกยุติ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามที่ควรจะเป็น หรือถ้าเป็นการรักษาทั่วไป การปฏิบัติก็จะแตกต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไป ¹

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้ รวมทั้งทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ให้มีความชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริง ออกมาเป็นชุดเดียว เพื่อสร้างมาตรฐานในการรักษาพยาบาลในระดับประเทศให้เกิดขึ้น



¹ คณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ของคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, รายงานการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย, กรกฎาคม 2539

ขณะเดียวกัน แพทย์ก็ยอมรับว่า การไม่ได้รับการผ่าตัดแล้วรักษาด้วยยาเท่านั้น ทำให้ชีวิตนั้นมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าปกติ เช่น ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคหัวใจน่าจะอยู่ได้ 10 ปี กรณีแบบของชีวิตนี้อาจลดลงเหลือร้อยละ 60-70 ของระยะเวลาดังกล่าว แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกาปฏิบัติตัวของคนไข้เองด้วย

ข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมดังกล่าวทำให้ความหวังอันน้อยนิดของชีวิตนี้ริบหรี่ลงจนแทบมอดดับ แต่เขาก็คงไม่ย่อท้อ “ผมขอลองดีกว่าอยู่เฉย ๆ” และด้วยเหตุผลนี้ เมื่อเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนั้นติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนได้ทราบว่า มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับศูนย์อีกแห่งหนึ่งมีท่าทีไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื้อจากผู้ป่วยปกติ ชีวิตนี้ก็ไม่รีรอและกระตือรือร้นอย่างยิ่งที่จะเริ่มต้นกระบวนการตรวจรักษาอีกครั้ง

กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2542 เขาได้เข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจคนดังกล่าว พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งเป็นผู้ช่วยประสานงานให้แก่เขาโดยตลอด แพทย์กล่าวว่า การตัดสินใจว่าจะผ่าตัดให้ได้หรือไม่ ต้องอาศัยประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลที่เขาเข้ารับมาก่อนหน้า ประกอบกับผลการตรวจร่างกายโดยละเอียดว่า ขณะนี้เขามีระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย (CD4) อยู่เท่าไร เพื่อใช้พิจารณาประกอบการคาดการณ์ว่า หลังผ่าตัดแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้นานอีกกี่ปี ซึ่งหากไม่เกิน 5 ปีคงไม่เอาที่มผ่าตัดดีกว่า 20 ชีวิตมาเสีย

“จำเป็นต้องดูว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้นานเท่าไร ร่างกายแข็งแรงหรือไม่ อยากดูผลตรวจสุขภาพที่เกี่ยวกับเอดส์ เช่น ผมตรวจ CD4 ว่ามีจำนวนเท่าไร ถ้าผลออกมาว่าจะมีชีวิตรอดอยู่ได้ต่ำกว่า 5 ปี จะไม่ทำการผ่าตัดหัวใจให้เนื่องจากไม่คุ้ม เพราะต้องลงทุนเยอะ โดยที่การผ่าตัดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่นำมาใช้ทั้งหมด แล้วยังมีทีมผ่าตัดที่ต้องมาเกี่ยวข้อง

อีกเป็นสิบ เพราะผ่าตัดหัวใจต้องใช้เวลานาน ต้องเย็บแผลเยอะ มีโอกาสติดเชื้อสูง ต้องมีการพบกันครึ่งทาง”

กับเพื่อนโซเหล่านี เมื่อแรกรับทราบและยังคงต้องรอผลการตรวจและผลการพิจารณา ชัยรัตน์กล่าวว่า “คนเราต้องมีความหวัง แต่ถ้าไม่ได้ก็คือไม่ได้”

คงจะด้วยแง่คิดเช่นนี้เองที่ทำให้เขามองข้ามและก้าวผ่านอุปสรรคทั้งหลาย อดทนรอคอยและไม่ละเลิกที่จะเดินตามขั้นตอนต่าง ๆ ที่ตั้งวางขวางหน้า จนในที่สุดความหวังของเขาก็กลายเป็นความจริง

ชัยรัตน์ได้รับการผ่าตัดหัวใจเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2542 โดยผลลุล่วงไปด้วยดี ใช้เวลาเพียง 1 สัปดาห์เขาก็ได้ออกจากโรงพยาบาลมารักษาตัวที่บ้าน

ชัยรัตน์สามารถจัดการโรคร้าย 1 โรคที่คุกคามชีวิตได้แล้ว คงเหลืออีกโรคหนึ่งที่จะต้องต่อสู้กับมันต่อไป ในหลากหลายมิติ มิเฉพาะกับอาการเจ็บป่วย หากรวมถึงทัศนะรังเกียจของผู้คน ตลอดจนการเลือกปฏิบัติในสังคม

สำหรับแพทย์ผู้ผ่าตัดให้ชัยรัตน์ได้ให้สัมภาษณ์ยืนยันว่า トラบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ ตัวเขาเองยินดีที่จะผ่าตัดหัวใจแก่คนไข้ โดยไม่เกี่ยงว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่

และนี่เองน่าจะเป็นประกายแห่งความหวังสำหรับวงการสาธารณสุขในสวนรวม แต่ในระดับของนโยบายและระบบแล้ว ยังคงต้องตั้งความหวังและผลักดันให้ความหวังเป็นความจริงอีกยกใหญ่



มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค(นพบ.) FOUNDATION for CONSUMERS

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

เหตุผลและความเป็นมา

ประสบการณ์สิบกว่าปีในการทำงานรณรงค์ เผยแพร่ปัญหาด้านสาธารณสุข และการประสานงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน(คปอสม.) ได้มี บทบาทต่อการพัฒนาสาธารณสุขในหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในเชิงนโยบาย เช่น กรณีของยาแก้ปวดลดไข้สมคาเพื่อน การใช้ชื่อสามัญทางยาในฉลากและเอกสารกำกับยา ฯลฯ

ปัญหาในเชิงนโยบายหลายอย่างได้รับการแก้ไขแต่ขณะที่ความสลับซับซ้อนของปัญหาผู้บริโภคมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความแตกต่างระหว่างผู้บริโภคในเมืองกับชนบท ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ผลิตกับผู้บริโภค เทคโนโลยีที่ใช้ในการผลิตสินค้าและการให้บริการ การส่งเสริมการขาย การขายตรงที่ไม่มีจริยธรรม ระบบกฎหมายผู้บริโภคที่ยังล้าหลัง ประกอบกับกระแสหลักของโลกที่ให้ความสำคัญกับการบริโภค (Consumerism) พลังของผู้บริโภคในการดำเนินการแก้ไขปัญหาของตนเองและส่วนรวมยังไม่กว้างขวางมากนักตลอดจนศักยภาพของหน่วยงานที่ดำเนินงานด้านผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้บริโภค มีไม่เพียงพอทั้งในแง่คุณภาพและปริมาณกับสภาพเศรษฐกิจสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคข้อมูลข่าวสาร

คปอส. จึงเห็นความสำคัญในการจัดตั้งมูลนิธิที่จะดำเนินงานเพื่อผู้บริโภค เพื่อพิทักษ์สิทธิและส่งเสริมสิทธิของผู้บริโภค เพื่อที่จะให้ผู้บริโภคได้มีการใช้สิทธิของตนเองเพิ่มขึ้น และนำมาซึ่งการพิทักษ์สิทธิของผู้บริโภคหรือปัญหาของผู้บริโภคโดยรวมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคได้รับการคุ้มครองตามสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้บริโภค
2. เพื่อส่งเสริมและประสานงานให้ผู้บริโภคและองค์กรคุ้มครองผู้บริโภคต่าง ๆ มีส่วนในการคุ้มครองผู้บริโภค
3. เพื่อส่งเสริมการศึกษาและวิจัยด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
4. ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์หรือร่วมมือกับองค์การการกุศลอื่น ๆ เพื่อสาธารณประโยชน์

กิจกรรมเผยแพร่

1. ศูนย์กลางของข้อมูลข่าวสารเพื่อผู้บริโภค
2. วารสารฉลาดซื้อ สื่อเพื่อผู้บริโภค วารสารรายสองเดือน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์และเผยแพร่งานคุ้มครองผู้บริโภค ทั้งในและต่างประเทศ
3. เวทีผู้บริโภค เพื่อหาทางออกในการแก้ไขปัญหาผู้บริโภค

กิจกรรมรณรงค์

1. ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์เพื่อผู้บริโภค
2. โครงการสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและองค์กรผู้บริโภค ดำเนินการในพื้นที่เครือข่าย 8 จังหวัด ได้แก่ เครือข่ายเชียงราย, ขอนแก่น, มหาสารคาม, ฉะเชิงเทรา, สมุทรสงคราม, สุราษฎร์ธานีและสงขลา
3. รณรงค์ปัญหาเฉพาะด้านของผู้บริโภค เช่น ยา ที่อยู่อาศัย บริการทางการแพทย์

4. ประสานงานกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และพิทักษ์สิทธิ
ผู้บริโภค

รายนามกรรมการมูลนิธิ

รศ.ดร.จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์	ประธานมูลนิธิ
นพ.ประวิทย์ สีสถาพรวงศา	เลขาธิการมูลนิธิ
นายโอกาส เขจรากุล	เหรัญญิก
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	กรรมการ
รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ	กรรมการ
นพ.ประพจน์ เกตุราภาศ	กรรมการ
รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์	กรรมการ
ศ.ดร.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์	กรรมการ
นางสุวรรณา อิศวเรืองชัย	กรรมการ
นางสาวบังอร ฤทธิภักดี	กรรมการ
นางสาวสารี อ๋องสมหวัง	กรรมการ

กรรมการกิตติมศักดิ์

ศ.นพ.ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์
ศ.ดร.อมเรศ ภูมิรัตน

“รวมกลุ่ม ใช้สิทธิ มีจิตสำนึก บริโภคอย่างสร้างสรรค์” สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ติดต่อ นางสาวสารี อ๋องสมหวัง

โทรศัพท์-โทรสาร 9525060-2

ที่ติดต่อ 211/2 ซอยงามวงศ์วาน 31 ถนนงามวงศ์วาน

อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์-โทรสาร 9525060-2

* * * * *

หนังสือเล่มนี้ตรา

เนื้อหาของหนังสือมีฐานอยู่ที่การวิจัยเรื่อง " 15 กรณี
ว่าด้วย ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ " อันเป็นการศึกษา
วิจัยที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ฉะนั้น ความเศร้าอย่างแรกที่ผู้อ่านพึงเตรียมใจไว้ก็ คือ กรณี
ต่าง ๆ ที่หนังสือเล่มนี้กล่าวถึงล้วนเป็นเรื่องจริง เกิดขึ้นกับคนจริง
และเกิดขึ้นในสังคมของเราเอง อันเราน่าจะมีพลังเข้าไปแก้ไข
ปรับปรุงได้

ศ.ดร. นิธิ เอียวศรีวงศ์

ห้องสมุด ๑๐๐ ปี เจริญทางเดิน



00006399

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย



กระทรวงสาธารณสุข



สหภาพยุโรป

ISBN 974-87237-5-5



9 789748 723754