



รายงานการวิจัย

15 กรณีศึกษา ว่าด้วย ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ

โดย

นางสาวสารี อ๋องสมหวัง
นางสาวสุกกรานต์ ไรจน์ไพรวงศ์
นางสาวอภิญญา ตันทวีวงศ์
และคณะ

มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

ที่ปรึกษาโครงการ
ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

สนับสนุนการวิจัยโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

เลขที่	
เลขที่	150630 03
วันที่	4 มิ.ย. 2542

W
84
ส225ส
2542
ณ3

รายชื่อทีมคณะนักวิจัย

15 กรณีศึกษา ว่าด้วย ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. ดร. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | ที่ปรึกษา |
| 2. นางสาวสารี อ๋องสมหวัง | ผู้บริหารโครงการ |
| 3. นางสาวสุภรานต์ ไรจน์ไพรวงศ์ | ผู้ประสานงานโครงการ |
| 4. นางสาวอภิญญา ตันทวิวงศ์ | ผู้ประสานงานโครงการ |
| 5. นางสาวสายรุ้ง ทองปลอน | นักวิจัย |
| 6. นางสาวธนิดา สิริรัตนกุล | นักวิจัย |
| 7. นางสาวอภาลักษณ์ ปาติยเสวี | นักวิจัย |
| 8. นางสาวมุกดาวรรณ ศักดิ์บุญ | นักวิจัย |
| 9. นางสาวนิตยา สุขเกษม | นักวิจัย |
| 10. นางสาวสุภาภรณ์ อัมมมงคล | นักวิจัย |
| 11. นางสาวสร้อยแก้ว คำมาลา | นักวิจัย |
| 12. นางสาวอรนุชา หุตะสิงห์ | นักวิจัย |
| 13. นางสาวอรุณี เอี่ยม | นักวิจัย |
| 14. นางสาวสุภาวดี เจริญพัฒน์พิมพ์ | นักวิจัย |
| 15. นางสาววรินทรา ไกยวงศ์ | นักวิจัย |
| 16. นางสาวเนตรดาว ย้งยุบล | นักวิจัย |
| 17. นางสาวผการัตน์ อุตอามาตย์ | นักวิจัย |
| 18. นายดิณ นิติวินกุล | นักวิจัย |
| 19. นายเกื้อเมธา ฤกษ์พรพัฒน์ | นักวิจัย |
| 20. นายสมพัฒน์ ศรีเมฆารัตน์ | นักวิจัย |
| 21. นายอิฐบูรณ์ อ้นวงษา | นักวิจัย |

คำนำ

การได้รับทราบถึงความทุกข์ของผู้ป่วยหลายประการที่เกิดขึ้นจากระบบบริการสุขภาพไม่ว่าจะเป็นปัญหาการไม่ได้รับการบริการที่ดีจากโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่แพงมากขึ้น การปฏิเสธการรักษาในกรณีฉุกเฉินด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เกิดความพิการทางร่างกายจากการรับบริการโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ คุณภาพบริการชั้นสองภายใต้ระบบประกันสังคม การเปลี่ยนวิธีการรักษาเมื่อทราบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการขาดข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพที่จำเป็น เป็นต้น ทำให้มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณประโยชน์ที่มีวัตถุประสงค์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคตัดสินใจโดยไม่ลังเลที่รับเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการโครงการวิจัยในการศึกษาความทุกข์จากระบบบริการสุขภาพ ด้วยการตระหนักถึงความทุกข์ของผู้ป่วยเป็นข้อเท็จจริงที่สำคัญอีกมิติหนึ่งในการปฏิรูประบบการแพทย์และสาธารณสุข ที่ยังมีการศึกษาน้อยมากในประเทศไทย และมุ่งหวังที่จะทำให้ข้อเท็จจริงข้างต้นที่รอบด้านปรากฏเป็นงานวิจัยทางวิชาการเพื่อกระตุ้นสังคมไทยให้ร่วมมือกันในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการวิจัยนี้มุ่งให้ความสนใจต่อมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อความทุกข์จากระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน ทั้งที่อยู่ในส่วนของระบบบริการและระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยง ได้ก่อให้เกิดความทุกข์แก่พวกเขาเช่นไร แต่ขณะเดียวกันก็ได้ละเลยการแสวงหาข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้านเท่าที่สามารถกระทำได้ ไม่ว่าจะเป็นจากแพทย์ พยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้ที่เกี่ยวข้องในระบบยุติธรรม องค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์ สื่อมวลชน หน่วยงานด้านการประกันสุขภาพ และระบบสวัสดิการสุขภาพ เป็นต้น

และที่สำคัญการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มุ่งศึกษาเพื่อหาบทสรุปในการเพ่งโทษไปที่บุคคลหรือหน่วยใดหน่วยหนึ่ง และไม่ได้มุ่งหาข้อสรุปว่าฝ่ายใดถูกต้องกว่ากัน ตลอดจนไม่ให้ความสำคัญว่าใครถูกหรือผิด หากแต่มุ่งพิจารณาความทุกข์และปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นตามที่เป็นจริงทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้เห็นต้องแท้ถึงความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาของการบริหารจัดการองค์การที่เกี่ยวข้องอยู่ในระบบสาธารณสุข ด้วยทัศนะว่า “ระบบ” มีอิทธิพลต่อ “คน” ซึ่งในที่นี้หมายถึงบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขรวมไปถึงการดำเนินบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่เกี่ยวข้อง อย่างไม่อาจแยกจากกัน และด้วยพื้นฐานความเชื่อว่า ความรู้และความเข้าใจในทุกข์ของคนจะเป็นพลังในการแก้ปัญหาในระบบบริหารด้านสุขภาพให้ตอบสนองต่อสังคมโดยรวม โดยมีคนเป็นศูนย์กลาง

โครงการการศึกษานี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยและญาติที่ประสบทุกข์ ในการถ่ายทอดประสบการณ์ สำหรับให้คณะนักวิจัยนำมารวบรวมเป็นข้อมูลที่ปรากฏในงานวิจัยนี้ หมายถึงการที่บุคคลเหล่านี้ต้องย้อนรำลึกไปถึงช่วงเวลาอันทุกข์ทรมาน เจ็บปวด สูญเสีย และการพลัดพรากจากผู้เป็นที่รักอีกครั้งหนึ่ง

ความทุ่มเทในการแสวงหาความจริงอย่างเข้มแข็งและแข็งขันของผู้ประสานงานโครงการวิจัยและนักวิจัยทุกท่าน ตลอดจนข้อแนะนำที่มีคุณค่าจากที่ปรึกษาโครงการ และท่านผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่กรุณามาร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะในเวทีวิชาการที่จัดขึ้นทั้ง 3 ครั้งในระหว่างดำเนินการวิจัย คืออีกส่วนสำคัญหนึ่งที่ทำให้โครงการการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี

นอกจากนี้ หากขาดเสียซึ่งการเห็นความสำคัญของโครงการฯ และการสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ความทุกข์ที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวทั้ง 15 กรณีนี้ก็คงมีสถานะเป็นเพียงประสบการณ์แห่งความเจ็บปวดและสูญเสียเฉพาะบุคคล โดยไม่มีโอกาสได้ถ่ายทอดให้สังคมและผู้เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์และสาธารณสุขในวงกว้างได้รับรู้และเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเป็นพลังในการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพด้วยความเข้าใจในความทุกข์ จึงต้องขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สารี อ๋องสมหวัง
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

15 กรณีศึกษาความทุกข์ ว่าด้วยระบบบริการสุขภาพ

ปัญหาหรือความทุกข์จากการใช้บริการด้านสุขภาพ เป็นสิ่งที่กระทบต่อชีวิตประชาชนอย่างมาก บางกรณีทับถมทุกข์ของความเจ็บป่วยให้มากขึ้นไปอีกหรือนำมาซึ่งความสูญเสียที่ร้ายลึก โดยสภาพการณ์ดังกล่าวได้ถูกนำเสนอผ่านสื่อมวลชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากมาย แต่ทิศทางการแก้ปัญหาหรือเยียวยาในปัจจุบันเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นราย ๆ ไป การศึกษาข้อเท็จจริงความทุกข์ของผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นเพื่อทบทวนและนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานความเข้าใจทุกข์ที่แท้จริงของประชาชน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยอาศัยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง ไม่เฉพาะทางฝ่ายผู้ประสบทุกข์ แต่รวมถึงฝ่ายผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาล ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย เพื่อให้เข้าใจปัญหา ความทุกข์ และประสบการณ์ชีวิตของกรณีศึกษาอย่างลึกและรอบด้านที่สุด มุ่งหาข้อเท็จจริงจากทุกฝ่ายให้สมบูรณ์ที่สุด แต่ไม่มุ่งหาข้อสรุปว่าฝ่ายใดถูกต้องกว่ากัน และไม่ให้ความสำคัญกับเฟรมทฤษฎีบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นการวิเคราะห์เชิงระบบที่จะให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยแต่ละกรณีศึกษาจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลราว 3 เดือน และครอบคลุมการใช้บริการ ณ สถานบริการของรัฐและเอกชน ทั้งในกรุงเทพฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด

รูปธรรมความทุกข์ที่สำคัญ ๆ ได้แก่ ความสูญเสียคนที่รักและผูกพัน ซึ่งเป็นความสูญเสียที่ร้ายลึก และบางครั้งระยะเวลาที่ไม่อาจที่จะเยียวยาหรือทำให้ความทุกข์นั้นเบาบางลง ความสูญเสียอวัยวะและโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในชีวิต ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เกิดภาระเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวจากการใช้บริการและการใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ในฐานะผู้ป่วยหรือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ภาระในการร้องเรียน ฟ้องร้อง ติดตามเรื่องราว หรือแม้กระทั่งการพิสูจน์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Burden of proof) ตลอดจนการสูญเสียคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งจากการถูกตราหน้า การได้รับการปฏิบัติไม่ดี การเกิดความรู้สึกละเลยในทางลบต่าง ๆ ความคับแค้น และที่สำคัญเกิดความทุกข์ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้

ปฏิกริยาของผู้ที่ได้รับทุกข์ ส่วนหนึ่งสามารถยอมรับได้กับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ซึ่งมี การดำเนินการต่อเนื่อง ได้แก่ ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ การร้องเรียนกับหน่วยงานเพื่อให้มีการตรวจสอบปัญหา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความรับผิดชอบ ต้องการเปิดเผยเรื่องสู่สาธารณะเพื่อสอนบทเรียนหรือหวังผลในการหาทางแก้ปัญหา การฟ้องร้องดำเนินคดีกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการ ตลอดจนความพยายามในการแสวงหาทางแก้ปัญหาความทุกข์ที่เกิดขึ้น เป็นต้น

ความทุกข์ที่เกิดขึ้นพบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับระบบบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อันได้แก่ ลักษณะและคุณภาพการให้บริการที่ได้รับ เช่น ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย การขาดเทคโนโลยีและการใช้เทคโนโลยีเกินความจำเป็น การมีระบบบริหารจัดการผลประโยชน์เกี่ยวกับอุปกรณ์และบริการพิเศษในโรงพยาบาล นโยบายลดการสนับสนุนการบริการจากภาครัฐ การขาดระบบตรวจสอบคุณภาพการให้บริการในสถานบริการ ตลอดจนระบบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสิทธิภาพของระบบการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการทั้งจากหน่วยงาน องค์กรวิชาชีพและสื่อมวลชน ระบบหลัก

ประกันด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การบังคับใช้กฎหมายและช่องว่างของกฎหมายในปัจจุบัน เป็นต้น

มาตรการเร่งด่วนสำหรับกระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เกิดระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการให้บริการในสถานบริการทุกระดับที่มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือจากกลไกภายนอก เช่น แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กองเงินทุนทดแทน ประกันสังคม ฯลฯ ไม่ว่าจะเป็นด้านความโปร่งใส ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมจากครอบครัว ตลอดจนภาคีอื่น ๆ ในสังคม

รัฐควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและกลุ่มผู้บริโภคเพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมให้มีกลไกที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเป็นอิสระในการพิจารณาและตัดสินใจ ตลอดจนสนับสนุนข้อมูลที่เป็นต่อผู้บริโภค

การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจังและเข้มงวด การปฏิรูปกระบวนการทางศาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น ตลอดจนการแก้ไขเพิ่มเติมสิทธิของผู้บริโภคที่จะได้รับความเป็นธรรมจากการพิสูจน์ความผิด การพิสูจน์ความผิดถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ

การจัดทำมาตรฐานในการชดเชยความเสียหาย ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรจะเกิดขึ้น ตลอดจนการสูญเสียโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในวิถีชีวิต ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่และสถานบริการอย่างมีรูปธรรมชัดเจน

การปฏิรูประบบบริการให้ผู้บริโภคทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ (universal coverage of health care) โดยให้ความสำคัญกับป้องกันความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นจากหลักประกันด้านสุขภาพ

การให้การศึกษ พัฒนาและรณรงค์ให้ประชาชนเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องสุขภาพที่ตกอยู่ภายใต้กระแสบริโภคนิยม ตลอดจนส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต้องให้ความสำคัญกับความทุกข์ของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ต้องเป็นระบบที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบและมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอกได้ ตลอดจนการมีตัวแทนของผู้ป่วยหรือผู้บริโภค สื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการที่พึงประสงค์

สารบัญ

คำนำ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ก
หน้า

บทที่ 1	แนวคิดและวิธีการศึกษา	
	- ความสำคัญของปัญหา	1
	- วัตถุประสงค์	3
	- ขอบเขตการศึกษา	3
	- วิธีการศึกษา	3
	- ระเบียบวิธีวิจัย	4
	- การรายงานผลและการวิเคราะห์	5
	- การลดข้อจำกัดของการศึกษา	5
	- ข้อจำกัดของการศึกษา	5
	- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
	กรอบการศึกษา	6
	- คำนิยามเชิงปฏิบัติการเบื้องต้น	7
บทที่ 2	การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
	- การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้บริการในสถานพยาบาล	9
	- การศึกษาเรื่องสิทธิผู้ป่วย	12
	- แนวความคิดเรื่องความทุกข์	16
บทที่ 3	15 กรณีศึกษาและการวิเคราะห์ระบบ	
	ผลการศึกษาเบื้องต้น	19
	ภาพรวมรายละเอียดเกี่ยวกับ 15 กรณีศึกษา	21
	วิธีนำเสนอผลการศึกษา	22
	กรณีที่ 1 บุญมาก	23
	กรณีที่ 2 จินดา	31
	กรณีที่ 3 ภาสกร	38
	กรณีที่ 4 ยินดี	47
	กรณีที่ 5 สกาวเดือน	54
	กรณีที่ 6 ดวงกมล	63
	กรณีที่ 7 อมรศรี	76
	กรณีที่ 8 เจริญศรี	89

กรณีที่ 9 ยงค์ชัย	95
กรณีที่ 10 มีนา	103
กรณีที่ 11 อรสา	108
กรณีที่ 12 ภัคดี	117
กรณีที่ 13 ชะลอ	127
กรณีที่ 14 ปราณี	133
กรณีที่ 15 ชัยรัตน์	142

บทที่ 4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

รูปธรรมความทุกข์ที่พบ	150
ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์	152
ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ	156
ข้อเสนอแนะ	159

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

สรุปงานเวทีวิชาการครั้งที่ 1	1-4	หน้า
สรุปงานเวทีวิชาการครั้งที่ 2	1-5	หน้า
สรุปงานเวทีวิชาการครั้งที่ 3	1-3	หน้า

บทที่ 1

แนวคิดและวิธีการศึกษา

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันมีทั้งเสียงวิพากษ์วิจารณ์และสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งบางกรณีปัญหาได้ทับถมทุกข์ของความเจ็บป่วยขึ้นไปอีก โดยสภาพการณ์ดังกล่าวได้ถูกนำเสนอผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากมาย ซึ่งพอที่จะสรุปถึงปัญหาที่รับรู้กันทั่วไปในปัจจุบัน เช่น

1. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสิทธิในการตัดสินใจเลือกหรือมีส่วนร่วมกับการรักษา เช่น การดำเนินการรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันเป็นกระบวนการที่ถูกกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยสิทธิของครอบครัวในการมีส่วนร่วมกับการรักษาหรือกระบวนการรักษา ได้ถูกจำกัดด้วยกระบวนการรักษาที่เป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีความรู้ หรือแม้แต่การขอข้อมูลประวัติตนเองในการรักษาพยาบาล การขอทราบทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นสิทธิพื้นฐานตามกฎหมายผู้บริโภค หรือตามประกาศสิทธิผู้ป่วย ก็พบว่าเป็นไปลักษณะเดียวกัน
2. การปฏิเสธการรักษาหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการในกรณีฉุกเฉินด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เช่น การปฏิเสธการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เนื่องจากไม่มีเงินทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต การรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระหว่างการส่งต่อผู้ป่วย¹
3. การขาดหลักประกันด้านสุขภาพ คนไทยมีหลักประกันหลายรูปแบบ เช่น การประกันสังคม การประกันภัยเอกชน การประกันโดยสมัครใจของรัฐ 500 บาท สวัสดิการข้าราชการ ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ฯลฯ แต่ยังมีประชาชนอีกจำนวนประมาณร้อยละ 30 - 40 ยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ²
4. การถูกวิตรอนสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรมและเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ซึ่งได้เกิดขึ้นในหลาย ๆ กรณี ทั้งในผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยโรคติดเชื้อบางประเภทเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
5. คุณภาพการให้บริการที่สูงเกินความจำเป็นหรือต่ำกว่ามาตรฐาน เช่น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น และปัญหาการกระจายเทคโนโลยีที่ไม่เป็นธรรมทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีเมื่อจำเป็น³
6. มาตรฐานการรักษา การเปลี่ยนการรักษา หรือการให้ยาที่แตกต่าง เช่น ผู้ป่วยประกันสังคมมักจะประสบปัญหาเรื่องการใช้ยาที่แตกต่างจากผู้ป่วยเงินสด หรือผู้ป่วยที่มีระบบประกันภัยเอกชน ซึ่งส่วนหนึ่งหากสร้างความเข้าใจที่ดีสามารถจ่ายราคาถูกที่มีคุณภาพและเป็นยาชนิดเดียวกันในสถานบริการได้ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการบริการด้านสุขภาพมากมาย⁴

¹ ไทยรัฐ วันที่ 13 กรกฎาคม 2538

² วิจารณ์ เจริญเติบโต "ทุกข์, สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย", สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539

³ ข่าวสด หน้า 14 วันที่ 16 กันยายน 2540

⁴ ไทยรัฐ วันที่ 12 กรกฎาคม 2538

7. ราคาการรักษาพยาบาลที่แพงมาก ปัญหาส่วนหนึ่งมาจากปัญหาการได้รับยาที่รักษาอาการเดียวกันร่วมกันหลายรายการ ซึ่งบางครั้งอาจจะไม่จำเป็น จากข้อมูลในช่วงที่ผ่านมาพบว่า แนวโน้มการรักษาในปัจจุบันขาดการให้ความสำคัญกับการสิ้นเปลืองของผู้ป่วย⁵
8. การรักษาความลับ/การเปิดเผยความลับ ทั้งนี้ การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยนำมาซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การตรวจโรคประจำปี โรงพยาบาลที่รับการตรวจจะรายงานผลโดยตรงกับนายจ้าง ซึ่งทำให้เกิดการปกปิดโรค และหาช่องทางกดดันให้ออกหรือไล่ออกในกรณีที่ต้องพบว่าเป็น ติดเชื้อเอชไอวี⁶
9. สิทธิการตาย ผู้ป่วยจำนวนมากไม่มีโอกาสในการตัดสินใจที่จะมีชีวิตอยู่หรือตาย ดังกรณีตัวอย่างที่มีการถกเถียงจากการมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุ

ตัวอย่างรูปธรรมของสภาพปัญหาข้างต้นเห็นได้จากกรณีที่มีการร้องเรียนต่อแพทยสภาในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ที่เพิ่มมากขึ้นจาก 34 ราย ในปี พ.ศ. 2538 เป็น 106 รายในปี พ.ศ. 2540 แต่ขณะที่ความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นมีมากขึ้น ความเข้าใจในความทุกข์ของผู้ป่วยกลับมีเพียงเล็กน้อย ทำให้การแก้ไขปัญหาความทุกข์ที่ผ่านมามีความเข้าใจที่แท้จริง ซึ่งสอดคล้องกับข่าวการฟ้องร้องแพทย์ในการรักษาพยาบาลที่ปรากฏมีมากขึ้น แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือสมาคมวิชาชีพต่าง ๆ ไม่ได้แก้ไขหรือป้องกันปัญหาอย่างจริงจัง และมักลงความเห็นว่า เป็นเรื่องความผิดส่วนบุคคลหรือสถานบริการ ทำให้ทิศทางการแก้ปัญหาเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นราย ๆ ไป หรือแก้ปัญหาเฉพาะกรณีที่เป็นข่าวในสื่อมวลชน กล่าวได้ว่า ที่ผ่านมามีความทุกข์ที่เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำเล่าดังกล่าวยังเป็นเสมือนความทุกข์สูญเปล่า เนื่องจากทุกข์เหล่านั้นไม่ได้รับการแก้ไขหรือทบทวนเพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข

ปัญหาหรือทุกข์จากการใช้บริการนับเป็นสิ่งที่กระทบต่อชีวิตประชาชนอย่างมาก บางกรณีนำไปสู่ความสูญเสียที่ร้ายลึก เช่น สูญเสียผู้เป็นที่รัก ต้องพิการตลอดชีวิต ครอบครัวล่มสลาย เสียทรัพย์สินจำนวนมาก เสียสุขภาพจิต ด้านผู้ให้บริการนั้นบางส่วนอาจเป็นปัญหาการปฏิบัติวิชาชีพส่วนบุคคล เช่น ขาดความรับผิดชอบ จริยธรรมเสื่อม บางส่วนอาจถือเป็นปัญหาของระบบใหญ่ เช่น การบริหารที่รวมศูนย์ ไม่สนใจผู้ใช้บริการ การจัดงบประมาณหรือสิ่งจูงใจที่กระตุ้นบริการที่เป็นปัญหา เงื่อนไขทางธุรกิจ ฯลฯ

ดังนั้น การศึกษาถึงความทุกข์จากการใช้สถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขสองประเภท คือ สถานบริการของรัฐและสถานบริการเอกชน จึงมีความจำเป็น เพื่อเป็นข้อมูลที่จะผลักดันให้การปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นด้วยความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความทุกข์ของผู้บริโภคหรือผู้ใช้บริการ ครอบครัว ตลอดจนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในการปฏิรูประบบสุขภาพท่ามกลางการเปิดโอกาสในระดับต่าง ๆ ทางสังคมที่มีเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้จะครอบคลุมถึงปัญหาในทุกด้านที่ได้กล่าวมาข้างต้น

⁵ ไทยโพสต์ หน้า 12 วันที่ 28 ธันวาคม 2541

⁶ คณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ของคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ,รายงานการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย, กรกฎาคม 2539

วัตถุประสงค์

1. เสนอกรณีศึกษาข้อเท็จจริง (Fact) ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแล้วสร้างความทุกข์แก่ประชาชน ทั้งที่เป็นเหตุการณ์ขณะที่ใช้บริการและเหตุการณ์ต่อเนื่อง
2. เสนอบทวิเคราะห์สาเหตุที่บ่งชี้ถึงปัญหาเชิงระบบของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นมูลเหตุของความทุกข์ยากเมื่อประชาชนมาใช้บริการ
3. เผยแพร่ผลการศึกษาแก่สาธารณชน เพื่อให้เข้าใจถึงลักษณะทุกข์และปัญหาของระบบบริการสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ครอบคลุมเพียงการใช้บริการ ณ สถานบริการของรัฐและเอกชน ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด กรณีศึกษาคัดสรรจากแหล่งที่มีการรายงานหรือร้องทุกข์ซึ่งไม่ครอบคลุมผู้ใช้บริการที่มีได้แจ้งเรื่องราวต่อแหล่งข้อมูลที่คัดเลือก การศึกษานี้มิได้แสดงจำนวน ความถี่ หรือหน่วยทางปริมาณใด ๆ

วิธีการศึกษา

- 1) การคัดเลือกกรณีศึกษาจากรายงานของหน่วยงานที่ประชาชนร้องทุกข์ภายในระยะเวลา 2 ปีก่อนการศึกษานี้ โดยได้ดำเนินการสำรวจหน่วยงานทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชนดังนี้
 - a) หน่วยงานของรัฐ จำนวน 2 แห่ง คือ
 - i) กองประกอบโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
 - ii) สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม
 - b) องค์กรวิชาชีพ
 - i) แพทยสภา
 - ii) สภานายความ
 - c) องค์กรพัฒนาเอกชน
 - i) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
 - ii) สำนักงานทนายความ ทองใบ ทองเปาด์
 - d) สื่อมวลชน
 - i) หนังสือพิมพ์รายวัน จำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ มติชน ข่าวสด กรุงเทพธุรกิจ ไทยโพสต์ บางกอกโพสต์
- 2) ผลการสำรวจกรณีร้องเรียน ฟ้องร้องผ่านหน่วยงานต่าง ๆ และสื่อมวลชน พบกรณีปัญหาที่เข้าข่ายจำนวน 56 กรณี โดยเป็นกรณีร้องเรียนกับสื่อมวลชนมากที่สุดถึงจำนวน 49 กรณี ได้ดำเนินการคัดกรณีี่ร้องเรียนเข้าช้อนกับหลายหน่วยงานจนกระทั่งเหลือกรณีศึกษาจำนวน 45 กรณี
- 3) ได้ดำเนินการคัดเลือกโดยพิจารณาความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูล ความเป็นไปได้ในการศึกษาและติดตามข้อมูลเพิ่มเติม ตลอดจนคำนึงถึงความหลากหลายของกรณีศึกษา ทั้งในส่วนของสถานพยาบาล ลักษณะของผู้ประสบทุกข์ รวมถึงลักษณะปัญหาและลักษณะของที่มาแห่งความทุกข์ กระทั่งเหลือกรณีที่เหมาะสมและสามารถเป็นกรณีศึกษาได้ จำนวน 31 กรณี โดยมีรายละเอียดดังนี้

- i) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลของรัฐที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ฯ และปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 12 และ 8 กรณี ตามลำดับ และเป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพฯ ฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 8 และ 5 กรณี ตามลำดับ⁷
 - ii) ผู้ประสบทุกข์ แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 14 ราย ชายจำนวน 9 ราย และเด็กจำนวน 8 ราย
- 4) ได้ติดต่อโดยใช้การสื่อสารทางจดหมายทั้ง 31 กรณีเพื่อสอบถามความยินยอม การพูดคุยทางโทรศัพท์ และไปพบที่บ้าน ตลอดจนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการพูดคุยกับกรณีศึกษาหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลปรากฏว่า มีกรณีที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องจำนวน 15 กรณี สอดคล้องตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดจากเวทีประชุมร่วมกับนักวิชาการและที่ปรึกษาประกอบด้วยลักษณะต่าง ๆ ของกรณีดังต่อไปนี้ (ทั้งนี้แต่ละกรณีที่คัดเลือกอาจมีคุณสมบัติร่วมหลายหัวข้อ)
- i) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลรัฐจำนวน 8 กรณี แบ่งเป็นสถานพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพฯ ฯ ปริมณฑลจำนวน 5 กรณี ในต่างจังหวัดจำนวน 3 กรณี / เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับสถานพยาบาลเอกชนจำนวน 7 กรณี แบ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพฯ ฯ ปริมณฑลจำนวน 4 กรณี ในต่างจังหวัดจำนวน 3 กรณี
 - ii) เป็นกรณีที่เกิดในสถานพยาบาลในกรุงเทพฯ ฯ ปริมณฑล 9 กรณี และเป็นกรณีที่เกิดในสถานพยาบาลในชนบทจำนวน 6 กรณี
 - iii) ผู้ประสบทุกข์ แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวน 9 ราย ชายจำนวน 4 ราย และเด็กจำนวน 2 ราย
 - iv) เป็นกรณีที่เกิดความสูญเสียต่อชีวิตจำนวน 8 กรณี เกิดความพิการต่อเนื่องจำนวน 3 กรณี
 - v) เป็นกรณีร้องเรียนต่อหน่วยงานรัฐและองค์กรวิชาชีพจำนวน 6 กรณี
 - vi) เป็นคดีฟ้องร้องในกระบวนการศาลจำนวน 4 กรณี
- 5) นักวิจัยศึกษารายละเอียดของทั้ง 15 กรณี ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและเข้าถึงเหตุการณ์ยังสถานที่ที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้มีการนำเสนอในเวทีวิชาการเพื่อการวิพากษ์วิจารณ์และวิเคราะห์จำนวน 2-3 ครั้ง
- 6) เพื่อเป็นการบรรลุวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการศึกษาที่ได้ นอกเหนือจากจะเรียบเรียงออกในรูปรายงานการวิจัยที่เป็นไปตามมาตรฐานงานวิชาการแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะมีเรียบเรียงผลการศึกษาเป็นเอกสารสำหรับสาธารณชน ในลักษณะการนำเสนอที่มุ่งผลสำเร็จในการสร้างความสนใจต่อเนื้อหาและการถ่ายทอดที่เป็นธรรมสอดคล้องกับผลการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการรวบรวมกรณีศึกษา 15 กรณีซึ่งดำเนินการโดยผู้ประสานงานวิจัยจำนวน 3 คนและคณะนักวิจัย 15 คน การรวบรวมข้อมูลจะใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกบุคคลที่เกี่ยวข้อง ไม่เฉพาะทางฝ่ายผู้ประสบทุกข์ แต่รวมถึงฝ่ายสถานพยาบาล ตลอดจนบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้ได้ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมด้วย โดยก่อนปฏิบัติการเก็บข้อมูล ผู้ประสานงานวิจัยและนักวิจัยจะผ่านการฝึกอบรมในเรื่องแนวคิดและเทคนิคการเก็บข้อมูลกรณีศึกษาที่เป็นเรื่องราวและประสบการณ์ชีวิต เป็นระยะเวลา 2 วันจากที่ปรึกษางานวิจัย

⁷ มีบางกรณีที่เกี่ยวข้องกับสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง

นักวิจัยแต่ละคนจะรับผิดชอบกรณีศึกษาทั้งกรณีและรวบรวมข้อมูลแบบ Retrospective เป็นหลัก แต่สำหรับกรณีศึกษาที่เหตุการณ์หรือสถานการณ์ปัญหายังดำเนินอยู่ จะมีการติดตามแบบ Perspective ด้วย นักวิจัยจะใช้เวลาอยู่ร่วมกับกรณีศึกษาเพื่อสังเกตการดำเนินชีวิตและแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคม และบริบททางเศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรมอื่น ๆ เพื่อให้เข้าใจปัญหา ความทุกข์ และประสบการณ์ชีวิตของกรณีศึกษาอย่างลึกและรอบด้านที่สุด มุ่งหาความจริงจากทุกฝ่ายให้สมบูรณ์ที่สุด แต่*ไม่มุ่งหาข้อสรุปว่าฝ่ายใดถูกต้องกว่ากัน และไม่ให้ความสำคัญกับการค้นหาข้อยุติในส่วนที่เป็นการชี้ถูก-ผิดของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง* โดยแต่ละกรณีศึกษาจะใช้เวลาในการเก็บข้อมูลราว 3 เดือน

การคัดเลือกกรณีศึกษา และการวิเคราะห์ปัญหาความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการนอกจากจะใช้การสังเคราะห์ร่วมกับนักวิจัยและที่ปรึกษา ได้กระทำผ่านกระบวนการจัดเวทีวิชาการ จำนวน 3 ครั้งซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งแพทย์ นักกฎหมาย หน่วยงานรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้อง

การรายงานผลและการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ผลในส่วนที่เป็นการวิจัยมุ่งเน้นการสังเกตเหตุปัจจัยเชิงโครงสร้าง (structural sources) ของระบบสาธารณสุขอันเป็นเหตุที่ทับถมความทุกข์ของผู้ป่วย *โดยจะไม่เน้นการเพ่งโทษที่ตัวบุคคลที่เกิดขึ้นจากกรณีศึกษา แต่จะเป็นการวิเคราะห์เชิงระบบที่จะให้ได้ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ* ในขณะเดียวกันการนำเสนอเรื่องราวชีวิตจริงของคนทุกข์ จะเป็นไปเพื่อสร้างความตื่นตัวและสร้างภูมิคุ้มทางสังคมที่ผลักดันให้การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นไปอย่างเข้าใจในความทุกข์ยากของผู้คน

การลดข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาค้างนี้นอกจากจะศึกษาบริบทของผู้ที่ได้รับความทุกข์จากการใช้สถานบริการ นักวิจัยจะใช้เวลาไปศึกษา สังเกต และสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ หน่วยงาน บุคคลและสถานที่ที่เกี่ยวข้องด้วยอย่างรอบด้าน เพื่อตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง ข้อเท็จจริงของความทุกข์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นกลาง เป็นธรรมกับทุกฝ่าย และอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจริง

ข้อจำกัดในการศึกษา

- 1) ด้วยเหตุที่การศึกษานี้มุ่งศึกษาถึงความทุกข์ของผู้ป่วยจากการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานพยาบาล เพื่อทำความเข้าใจถึงความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ ดังนั้นการคัดเลือกกรณีศึกษาเบื้องต้น จึงเป็นการสำรวจกรณีที่มีการร้องเรียนตามหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งกรณีเหล่านี้ย่อมเป็นกรณีที่ค่อนข้างมีระดับความรุนแรงของปัญหาอยู่พอสมควร อย่างไรก็ตามในเมื่อเป้าหมายของการศึกษานี้มุ่งมองที่ความทุกข์และเหตุที่มาแห่งทุกข์ในระบบมากกว่าการมองเฉพาะเหตุการณ์ ระดับความรุนแรงของกรณีเหล่านี้จึงมีประโยชน์ในแง่ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาชัดเจนขึ้น เพื่อที่จะนำไปสู่แนวทางแก้ไขได้

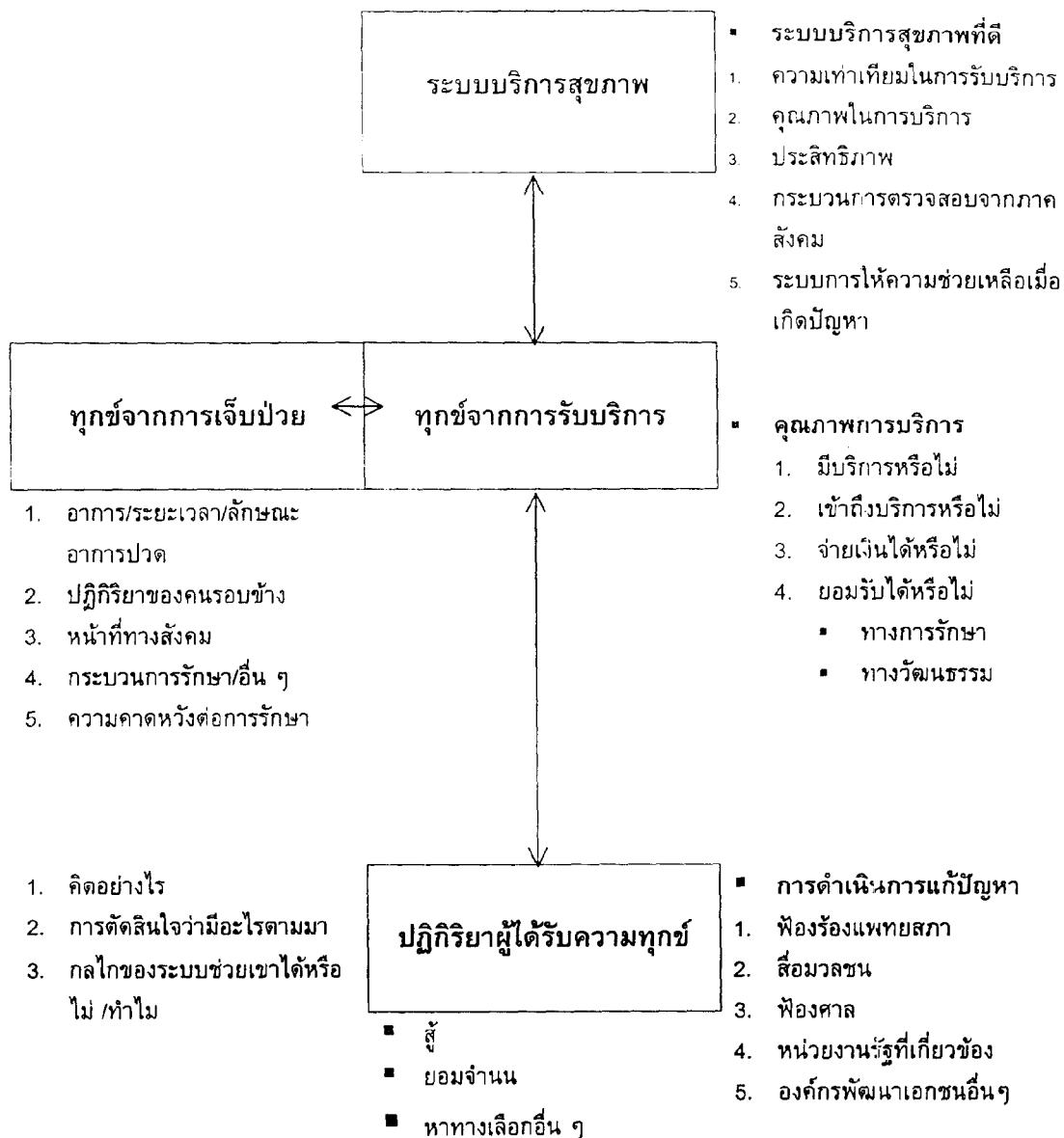
- 2) ในการคัดเลือกกรณีที่เหมาะสมเพื่อทำการศึกษา บางกรณีประสบปัญหาในการติดต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้บางกรณีแม้สนใจแต่ก็ติดตามไม่ได้ หรือผู้ประสพทุกข์ไม่พร้อมที่จะให้ศึกษา เนื่องจากมีการทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง
- 3) ถึงแม้การศึกษานี้จะเน้นที่ความทุกข์และการมองปัญหาสาธารณสุขเชิงระบบ แต่ในรายละเอียดของเหตุการณ์และเรื่องราวก็เสี่ยงที่จะมีประเด็นทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้องอยู่ด้วยไม่ได้ โดยเฉพาะในบางกรณีประเด็นทางการแพทย์หรือประเด็นเกี่ยวกับเทคนิคทางด้านการรักษาเยียวยาเป็นประเด็นสำคัญที่เชื่อมโยงอยู่กับความทุกข์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นในการศึกษาจึงจำเป็นต้องมีการหารายละเอียดและข้อวิเคราะห์ในประเด็นเหล่านี้อยู่ในบางระดับด้วยการสัมภาษณ์ผู้รู้และด้วยการใช้เวทีวิชาการ ซึ่งในการวิเคราะห์ส่วนหนึ่งต้องอาศัยการตีความ จึงนับเป็นข้อจำกัดประการหนึ่ง แต่ส่วนนี้ก็ได้มีการระมัดระวัง โดยพยายามที่จะไม่มองปัญหาผ่านข้อมูลทางด้านนี้มากนัก
- 4) ถึงแม้ว่านักวิจัยจะได้ติดต่อกับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ทว่าบางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกลับไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร เช่น องค์กรวิชาชีพ โรงพยาบาล หรือผู้ประกอบการวิชาชีพ ซึ่งก็ได้พยายามหาทางออกด้วยการติดตามเอกสารเท่าที่จะเป็นไปได้
- 5) ถึงแม้จะมีความพยายามในการลดข้อจำกัดในการศึกษา โดยการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ หน่วยงาน บุคคล และสถานที่ที่เกี่ยวข้องด้วยอย่างรอบด้าน เพื่อตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง และเพื่อเข้าถึงข้อเท็จจริงของความทุกข์ที่เกิดขึ้นมากที่สุด แต่ในบางกรณีก็ยังไม่อาจชี้ได้ว่า คำให้การหรือคำบอกเล่าของฝ่ายใดเป็นจริง หรือฝ่ายใดเป็นต้นเหตุของปัญหา อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพิสูจน์ความถูกต้องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเท่ากับการพยายามหาที่มาของปัญหา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. กรณีศึกษา 15 กรณีว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
2. กระบวนการวิจัยที่เป็นธรรม ได้มาตรฐานทางวิชาการ และสร้างโอกาสการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้องในการวิจัย
3. รายงานการวิจัยเชิงคุณภาพตามมาตรฐานทางวิชาการ
4. ดัชนีแบบเอกสารเผยแพร่สำหรับสาธารณชนที่เรียบเรียงใหม่จากผลการวิจัย
5. เวทีวิชาการในการแลกเปลี่ยนเรื่องนี้จำนวน 3 ครั้ง

กรอบการศึกษา

เป็นการศึกษาความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัวก่อนมารับบริการด้านสาธารณสุขและความทุกข์ที่เกิดขึ้นหลังจากรับบริการ โดยพิจารณาว่าความทุกข์นั้นมีความสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันอย่างไร



คำนิยามเชิงปฏิบัติการเบื้องต้น

ความทุกข์ หมายถึง ความทุกข์ของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม ทั้งที่เป็นความทุกข์ที่คิดและรู้สึก (subjective suffering) และความสูญเสียที่ปรากฏให้เห็นทั้งในปัจจุบันและที่เป็นผลต่อเนื่อง (objective suffering) จากการใช้บริการสถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐและเอกชน

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบที่เกี่ยวข้องโดยตรงและเชื่อมโยงกับกระบวนการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อันได้แก่ ลักษณะและคุณภาพการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนระบบการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการจากหน่วยงาน องค์กรวิชาชีพ สื่อมวลชน กฎหมายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แม้ว่าความเจ็บไข้ได้ป่วยโดยตัวมันเองคือความทุกข์ทรมานประการหนึ่ง แต่การศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ในแวดวงสาธารณสุขกลับมีน้อยมาก โดยเฉพาะงานวิจัยในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กล่าวได้ว่า ในช่วงที่ผ่านมา ไม่พบงานวิจัยที่มุ่งศึกษาถึงความทุกข์ของผู้ป่วยโดยตรง ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ในเชิงของความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาล รวมถึงงานวิจัยที่พูดถึงการปรับปรุงระบบบริการที่จะช่วยลดความทุกข์ของผู้ป่วย

มีแต่งานศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งที่ทำให้ความสนใจกับปัญหาความไม่สะดวกหรือความติดขัดจากการใช้บริการสถานพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งสาระสำคัญโดยสรุปในประเด็นนี้ประกอบด้วย การไม่ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพตามที่คาดหวัง ความล่าช้าของขั้นตอนการให้บริการ ทั้งในกรณีของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจรักษา ความรู้สึกที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีเท่าที่ควรจากบุคลากรทางการแพทย์ในระดับต่าง ๆ ทั้งในเรื่องของการให้เวลาในการตรวจ การซักถามอาการ ความสุภาพ ฯลฯ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องอีกแง่มุมหนึ่งที่มีการศึกษากันค่อนข้างมากก็คือประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วย มีปรากฏการศึกษาใน 2 ด้านหลัก คือ สถานภาพของหลักการและปัญหาการละเมิดสิทธิผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งพบว่า แม้หลักการเรื่องสิทธิผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับมากขึ้น ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของสิทธิมนุษยชน มีสถานภาพเป็นที่ยอมรับถึงหลักการสำคัญในบางด้านจากกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่มาของ สิทธิผู้ป่วย 10 ประการที่ได้รับการประกาศจากกลุ่มวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ แพทยสภา สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพ และกองประกอบโรคศิลปะกระทรวงสาธารณสุข

แต่ในทางปฏิบัติยังคงมีการละเมิดสิทธิผู้ป่วยอยู่มาก โดยที่ผู้ป่วยเองไม่มีอำนาจต่อรอง และโดยทั่วไปยังไม่ตระหนักถึงหลักการเรื่องนี้กว้างขวางและแจ่มแจ้งเพียงพอ นอกจากนี้ สิทธิข้างต้นยังเป็นเพียงความสนใจของกลุ่มวิชาชีพที่จะปฏิบัติตามหรือไม่ก็ได้ โดยยังไม่ครอบคลุมถึงสิทธิอันพึงมีพึงได้ในฐานะผู้บริโภคของผู้ป่วย ภายใต้การรับรองของกฎหมายผู้บริโภคในปัจจุบัน

สำหรับในต่างประเทศ การศึกษาที่ว่าด้วยความทุกข์กับความเจ็บป่วยและความทุกข์ของผู้ป่วยอันเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขกำลังได้รับความสนใจมากขึ้น แต่ยังคงอยู่ในขั้นการเริ่มต้น ภายใต้กรอบเรื่องความทุกข์เชิงสังคม (social suffering) ซึ่งมีการมองว่าเป็นประเด็นที่สามารถรวมเอาปัญหาทั้งหมดของมนุษยชาติเข้าไว้ด้วยกัน ดังนั้น ภาวะปัญหาต่าง ๆ ซึ่งปกติถูกขอย่อยอยู่กับเรื่องต่าง ๆ ทั้งเรื่องของกฎหมาย ศาสนา ศิลธรรม สวัสดิการ ตลอดจนเรื่องของสุขภาพ จึงเป็นส่วนหนึ่งของความทุกข์เชิงสังคมได้ทั้งสิ้น¹

มุมมองต่อเหตุที่มาจากความทุกข์เชิงสังคมมีอยู่ว่า ความทุกข์เชิงสังคมนั้นเกิดจากอำนาจทางเศรษฐกิจการเมือง ตลอดจนอำนาจของสถาบันต่าง ๆ ที่กระทำต่อคน และในทางกลับกัน แบบแผนของอำนาจเหล่านั้นเองก็มีอิทธิพลในการตอบสนองต่อปัญหาหรือความทุกข์ทางสังคมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วย

¹ Arthur Kleinman, Veena Das and Margaret Lock, Social suffering. pp ix-xxv.

หากเจาะจงลงสู่ประเด็นด้านสุขภาพและสาธารณสุข สุขภาพและการสาธารณสุขเองก็เป็นตัวบ่งชี้ทางสังคมประการหนึ่ง ขณะเดียวกันยังเป็นกระบวนการทางสังคมโดยตัวมันเองด้วย กล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ การศึกษาเรื่องความเจ็บป่วยนอกจากจะต้องเชื่อมโยงกับชีวิตของผู้ป่วย อันคลุมความหมายถึงวัฒนธรรมและสังคมแวดล้อมแล้ว ในอีกโฉมหน้าหนึ่ง เท่ากับว่า ความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยย่อมเกี่ยวพันถึงระบบ องค์การ และสถาบันด้านการสาธารณสุขด้วย ไม่ว่าจะเป็นเหตุผลในแง่ของที่มาหรือผลลัพธ์

อย่างไรก็ดี แนวความคิดนี้จำเป็นต้องพัฒนาไปอีกมาก ในลักษณะที่ต้องทัดทานกับแนวความคิดหลักอันครอบงำวิถีปฏิบัติและระบบการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นแนวทางที่ถูกกำหนดให้มีการตัดเอาประสบการณ์ความทุกข์ออกไป² ทั้งที่โดยปรัชญาพื้นฐานของการสาธารณสุขแล้วก็คือ ความพยายามที่จะเข้าไปแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ อันเป็นเหตุปัจจัยหลักประการหนึ่งแห่งความทุกข์ทั้งทางกายและทางใจโดยตรง อีกทั้งยังมีผลพวงก่อให้เกิดความทุกข์ทางใจตลอดจนความทุกข์ทางด้านอื่น ๆ ที่ติดตามมา เช่น เศรษฐกิจ สังคม เป็นต้น

การศึกษาและงานวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

1. การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการใช้บริการในสถานพยาบาล

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา มีการศึกษาที่พอจะเกี่ยวข้องหรือใกล้เคียงกับประเด็นเชิงความทุกข์ของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่เป็นการศึกษาจากทัศนะของฝ่ายผู้ใช้บริการ (ผู้ป่วย) ปรากฏในรูปแบบของการแทรกอยู่ในเนื้อหางานวิจัยจำนวนหนึ่ง ซึ่งพอจะแบ่งกลุ่มของงานศึกษาวิจัยตามลักษณะของพื้นที่ศึกษาเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ผลจากการการศึกษาในสถานพยาบาลส่วนกลาง คือกรุงเทพฯ ในส่วนภูมิภาค และในภาพรวม

ก. งานวิจัยในสถานพยาบาลส่วนกลาง

งานวิจัยเรื่อง การรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร³ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 50 มีประสบการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องความล่าช้า มารยาทการให้บริการ จำนวนผู้รับบริการมาก ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนมีเพิ่มในประเด็นเรื่องราคาแพง การวินิจฉัยไม่ถูกต้องและแพทย์ไม่มีจริยธรรม และข้อมูลบางส่วนสามารถตีความได้ว่า มีความไม่เท่าเทียมกันของโอกาสการเข้าถึงบริการระหว่างผู้ใช้บริการกลุ่มต่าง ๆ โดยขึ้นอยู่กับฐานะการเงินของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

งานวิจัยเรื่องความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อบริการของโรงพยาบาลรามธิบดี⁴ นำเสนอความทุกข์ในการรับบริการจากสถานพยาบาลจากทัศนะของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน พบว่า ในกรณีของผู้ป่วยนอกความทุกข์ที่สำคัญเกิดจากความล่าช้าในการให้บริการ ทั้งในขั้นตอนของการรอรับตรวจโรค ซึ่งผู้ป่วยระบุว่าเป็นผลจากการมีผู้ป่วยที่มารอรับบริการมาก แต่แพทย์มีน้อย ทำให้บางรายที่เดินทางมาถึงโรงพยาบาลประมาณ 06.00 น.

² Arthur and Joan Kleinman, Culture Medicine and Psychiatry, p. 279.

³ S. Bennett, (2537) อ้างถึงใน มติชนรายวัน, วันที่ 12 มิถุนายน 2542, หน้า 10.

⁴ กิตติมา สุธีธร, 2537.

ได้รับการตรวจเสร็จสิ้นตอนใกล้เที่ยง อีกปัญหาหนึ่งคือ การรอฟังผลเตียงก่อนได้เข้ารักษาเป็นคนที่ไหน ซึ่งโดยเฉลี่ยคนไข้ต้องเดินทางมารอฟังผลที่โรงพยาบาล 4 ครั้งจึงได้เตียง และในรายที่มากที่สุดที่พบจากการวิจัยเดินทางมา 6 ครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการรอเตียงนานถึง 4 เดือนโดยเฉลี่ย

ในกรณีของผู้ป่วยแผนกคนไข้ใน ผู้วิจัยได้เรียงลำดับปัญหาที่ผู้ป่วยระบุตามความถี่มากไปหาน้อยรวม 6 ข้อ คือ พยาบาลดูแลผู้ป่วยไม่ทั่วถึง (ถูกระบุจากผู้ป่วยที่สอบถามร้อยละ 41.69) ถูกรบกวนจากเสียงภายนอก (ร้อยละ 16.66) กินไม่ได้นอนไม่หลับโดยไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 16.66) ผู้ช่วยพยาบาลปฏิบัติกับผู้ป่วยรุนแรง (ร้อยละ 8.33) ความสะอาดไม่ดีพอ (ร้อยละ 8.33) เวลาเยี่ยมน้อยเกินไปและเป็นเวลาที่ไม่สะดวก (ร้อยละ 8.33)

งานวิจัยเรื่อง ปัญหาทางเศรษฐกิจและทัศนคติของผู้ป่วยที่รับบริการสังคมสงเคราะห์ของแผนกอายุรกรรมศาสตร์ ตึกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช⁵ นำเสนอความคิดเห็นของผู้ป่วยที่เข้ารับการสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลศิริราชต่อบริการของโรงพยาบาลในภาพรวม โดยผู้ป่วยที่ถูกสอบถามร้อยละ 47.8 จากทั้งหมด 205 ราย เห็นว่า โรงพยาบาลควรมีการปรับปรุงบริการในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญได้แก่ การแก้ปัญหาบริการล่าช้าและการแซงคิว การประสานงานระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย ความสุภาพของเจ้าหน้าที่ การให้ความสนใจเอาใจใส่ผู้ป่วย และจำนวนบุคลากรที่ต้องมีเพียงพอ

งานวิจัยในสถานพยาบาลส่วนภูมิภาค

งานวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร⁶ ระบุถึงปัญหาที่ผู้ป่วยพบในขั้นตอนต่าง ๆ ของการมารับบริการจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยปัญหาในขั้นตอนตรวจโรค ได้แก่ ความล่าช้า ใช้เวลาคอยนาน มีการแซงคิว และสถานที่คับแคบแออัด ส่วนปัญหาในห้องตรวจโรค ได้แก่ การที่แพทย์ไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าผู้รับบริการป่วยเป็นโรคอะไร ซึ่งอาจเป็นเพราะแพทย์ให้เวลากับผู้ป่วยแต่ละรายน้อยเกินไปจนได้ข้อมูลไม่กระจ่างพอที่จะวินิจฉัยโรค

งานวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีของผู้ป่วยต่างจังหวัด⁷ ได้ชี้ให้เห็นถึงสภาพปัญหาของสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคจากมุมมองของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยผลักดันให้ต้องเดินทางมาแสวงหาบริการจากสถานพยาบาลในส่วนกลาง อันประกอบด้วยสาเหตุหลายประการ ได้แก่ เคยไปรักษาในสถานพยาบาลในท้องถิ่นแล้วไม่หาย (มีผู้ระบุถึงสาเหตุนี้ร้อยละ 55 จากผู้ตอบทั้งหมด 300 คน) เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ และยาไม่พร้อม หรือไม่ทันสมัย (ร้อยละ 53) เจ้าหน้าที่ไม่ดูแลและเอาใจใส่ (ร้อยละ 13) ไม่เชื่อถือในสถานบริการในท้องถิ่น (ร้อยละ 12) ไม่มีหน่วยงานให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ต้องการ เช่น เมื่อไม่มีค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 12) เดินทางไม่สะดวก (ร้อยละ 6)

⁵ เฉลิมพรรณ วีระไวทยะ และคณะ, 2532.

⁶ นันทวัฒน์ วัฒนรุ่งเรือง และคณะ, 2533.

⁷ พวงทอง เครือมังกร และคณะ, 2534.

งานวิจัยเรื่อง คุณภาพตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี⁸ ระบุถึงสภาพการให้บริการของโรงพยาบาลที่ผู้มารับบริการเห็นว่าเป็นปัญหา โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1. ปัญหาจากบุคลากรของโรงพยาบาล ได้แก่ คุณภาพการรักษาของแพทย์ที่ออกตรวจซ้ำ ตรวจไม่ละเอียด ตรวจเร็วเกินไป ไม่ซักถามอาการเจ็บป่วยเท่าที่ควร รวมทั้งไม่แนะนำหรือให้คำอธิบายเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย, การทำงานของพยาบาลที่มีท่าทีไม่สุภาพ โบหน้าไม่ยิ้มแย้ม พูดไม่ไพเราะ ไม่แสดงความสนใจหรือเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือแนะนำเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยไม่มากเท่าที่ควร, การทำงานของเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่มีกิริยาไม่สุภาพ ไม่ยิ้มแย้ม พูดไม่ไพเราะ บางครั้งพบว่าแต่งกายไม่เหมาะสม
2. ปัญหาจากลักษณะการให้บริการ ผู้ถูกสอบถามระบุว่า บริการที่ได้รับมีขั้นตอนล่าช้าตั้งแต่รอตรวจจนกระทั่งรับยา มีการแซงคิว และสถานที่แออัดคับแคบ สับสนวุ่นวาย

งานวิจัยเรื่อง ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี⁹ นำเสนอปัญหาของบริการสถานพยาบาลจากมุมมองของญาติผู้ป่วย โดยจากการสอบถามมารดาของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 265 ราย พบว่า ในขณะที่ทุกรายต้องการรู้ชื่อโรค สาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และอาการของลูก มีเพียงร้อยละ 52.5-69.4 ของผู้ที่ให้คำตอบระบุว่า ความต้องการดังกล่าวได้รับการตอบสนอง

นอกจากนี้ งานวิจัยยังได้สรุปสิ่งที่มารดาได้สอบถามและระบุว่าต้องการ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองจากโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 ได้แก่ การได้รับทราบถึงผลเสียของการเจ็บป่วยครั้งนี้ต่อบุตร การได้ทราบถึงประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษา โอกาสที่จะได้อยู่กับบุตรขณะที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล โอกาสที่จะได้เข้ากลุ่มพูดคุยกับบิดามารดาและญาติของผู้ป่วยเด็กรายอื่น ๆ โอกาสที่จะเข้าเยี่ยมบุตรได้ตลอดเวลา โอกาสที่จะได้อยู่เยี่ยม ๆ คนเดียวบางเวลา การได้รับความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล ฯลฯ

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการจากสถานพยาบาลในภาพรวม ได้แก่

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะเสี่ยง ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของประชาชน¹⁰ โดยใช้แบบสำรวจการใช้บริการสุขภาพ ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคคลประกอบ โดยสุ่มตัวอย่างจากประชาชน 2,156 คน ได้สรุปความคิดเห็นของประชาชนต่อการบริการสุขภาพว่า โรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันอยู่ในระดับดีทุกด้าน ยกเว้นในเรื่องของช่วงเวลาให้บริการและความรวดเร็วในการให้บริการอยู่ในระดับพอใช้ โดยยอมรับในความรู้ความสามารถของแพทย์เป็นอันดับแรก รองลงมาคือความชำนาญในการรักษาและให้ยา

ในด้านของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ความเห็นอยู่ในระดับดีทุกด้าน ยกเว้นการคิดค่ารักษาพยาบาลและค่ายาที่อยู่ในระดับพอใช้

⁸ ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์, 2541.

⁹ ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์, 2537.

¹⁰ สุขุม เกลยทรัพย์, 2541.

งานวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย¹¹ ของ Ernest E. Boesch พบว่าผู้ป่วยไม่พอใจบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย ไม่อธิบายผลการรักษาให้ผู้ป่วยเข้าใจ สิ่ง queผู้ป่วยต้องการทราบคือ ตนเองเป็นโรคอะไร รักษาหายหรือไม่ และต้องใช้เวลาในการรักษานานเท่าใด

จากการศึกษา ความเห็นของผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 9 แห่ง¹² พบว่า ผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 73 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจนเป็นที่พอใจ ส่วนกรณีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด พบว่า มีร้อยละ 88 ที่ได้รับข้อมูลจนเป็นที่พอใจ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลรัฐที่ทราบชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบ มีอัตราร้อยละ 41-53 ขณะที่กรณีของโรงพยาบาลเอกชนมีอัตราร้อยละ 76-91 ผู้ป่วยร้อยละ 62 ระบุว่ามีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษา ในด้านค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 28 เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลแพงเกินไป

ทิศทางการร่วมกันของการศึกษาในเรื่องปัญหาของผู้ใช้บริการสาธารณสุขยังคงเน้นหนักในประเด็นความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการบริการแวดล้อม มิใช่บริการหลักที่เป็นหัวใจในการรักษาพยาบาลโดยตรง ส่วนที่ขาดโดยสิ้นเชิงในการศึกษาวิจัยคือ การลงลึกไปในรายละเอียดของปัญหาหรือความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ส่งผลให้ปัญหาหรือความทุกข์ที่เกิดขึ้นถูกจำกัดอยู่ในระดับเพียงความทุกข์จากสถานที่ การรอคอยในการตรวจ ฯลฯ ซึ่งเป็นเพียงความทุกข์ที่เล็กน้อยและแยกส่วน ขณะเดียวกันก็ถูกตัดทอนด้วยการวัดเป็นจำนวนครั้ง

2. การศึกษาเรื่องสิทธิผู้ป่วย

แนวความคิดเรื่องสิทธิผู้ป่วย

เรื่องสิทธิผู้ป่วยนับเป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ เพราะที่ผ่านมา ผู้ป่วยกับแพทย์มีความสัมพันธ์กันอยู่บนพื้นฐานของความศรัทธาในจริยธรรมของแพทย์ แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจใช้สิทธิแทนผู้ป่วย โดยพื้นฐานของปรัชญาที่จะรักษาผลประโยชน์อย่างดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วยเป็นอันดับแรก โดยถือประโยชน์ตนเป็นอันดับสอง ซึ่งนั่นถือเป็นพื้นฐานของจรรยาแพทย์ที่มีมาแต่เดิม แต่เนื่องจากปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้เปลี่ยนโฉมหน้าไป อันเป็นผลเกี่ยวเนื่องกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวิทยาการแผนใหม่ ที่เข้ามาสัมพันธ์กับบริการทางการแพทย์ในปัจจุบัน ทำให้อำนาจของผู้ป่วยน้อยลง หรือเกือบไม่มีเลย เมื่อเทียบกับอำนาจของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีเพิ่มขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน

จากสภาพดังกล่าว ทำให้มีการนำเรื่องสิทธิผู้ป่วยมาพิจารณาทั้งในแง่ของกฎหมายและจริยธรรม เพื่อเป็นการชี้ให้เห็นว่า สิทธิของผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่มียู่ และเป็นสิ่งไม่ควรถูกละเมิด เพราะจะนำไปสู่ความร้ายฉานในสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์

¹¹ Ernest E.Boesch อ้างในพวงทอง เครื่องมังกร และคณะ,2534,หน้า 9.

¹² วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร,2540.

ประกอบกับกระแสความตื่นตัวและอิทธิพลของการเคลื่อนไหวเรื่องนี้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น การรณรงค์เรื่องสิทธิผู้ป่วยของสหพันธ์ผู้บริโภคสากล (consumer international) ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ให้มีการรับรองสิทธิผู้ป่วย 10 ประการ คือ

1. สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม (appropriate and accessible health care)
2. สิทธิที่จะไม่ถูกกีดกันจากความแตกต่างในด้านต่าง ๆ (freedom from discrimination)
3. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ (information and education)
4. สิทธิที่จะเลือกแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ (choose a doctor or other health worker)
5. สิทธิที่จะเลือกสถานบริการ (choose a health care establishment)
6. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (informed consent about treatment)
7. สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล (participate in their own health care)
8. สิทธิที่จะได้รับการเคารพ การปกปิดความลับ ยอมรับในศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว (respect, privacy, confidentiality and dignity)
9. สิทธิที่จะร้องเรียน (complain)
10. สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น (redress in the event of injury)¹³

ประเด็นที่มีการอภิปรายกันเกี่ยวกับเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ได้แก่ เรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกัน (equal quality) สิทธิที่จะเลือกรับบริการ สิทธิที่จะรู้ของป่วยหรือญาติสนิท (ในกรณีที่ผู้ป่วยหมดสติ) จากแพทย์เกี่ยวกับผลการตรวจ การวินิจฉัย การรักษาและการพยากรณ์โรค ตลอดจนค่าบริการโดยประมาณ สิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากโรงพยาบาล สิทธิที่จะตาย และสิทธิของผู้ป่วยโรคจิต เป็นต้น¹⁴

ในกรณีของประเทศไทย การเห็นความสำคัญและเรียกร้องเรื่องสิทธิของผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากการรณรงค์เรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิของสตรี สิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่ และสิทธิผู้บริโภค ซึ่งความเคลื่อนไหวในประเด็นท้ายสุด คือในเรื่องสิทธิผู้บริโภค นับว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการเห็นความสำคัญและมีการเรียกร้องสิทธิผู้ป่วยขึ้นในสังคมไทย เพราะนับวันรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไปในเชิงพาณิชย์มากขึ้น ประกอบกับค่ารักษาพยาบาลมีราคาเพิ่มขึ้น ทางเลือกในการรักษาพยาบาลมีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเริ่มคาดหวังจากระบบการรักษาพยาบาลจากรัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น และเริ่มเปลี่ยนทัศนคติต่อสถานภาพของตนในฐานะผู้ป่วย ไปสู่ผู้ป่วยที่เป็นผู้บริโภคด้วยในขณะเดียวกัน จึงถือเอาแนวคิดที่มีพื้นฐานในลักษณะเดียวกับผู้บริโภคสินค้าชนิดอื่น อาทิ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะรู้ส่วนประกอบสำคัญ ๆ ตลอดจนข้อมูลในการให้บริการเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือก เป็นต้น ขณะเดียวกัน เรื่องของสิทธิผู้ป่วยยังสัมพันธ์กับแนวคิดในอีกบางบางมิติ เช่น เรื่องสิทธิที่จะ

¹³ Consumers International ,Campaigning for Patient Rights, A Consumer Action Kit, 1996.

¹⁴ แพทย์สภา, เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง สิทธิผู้ป่วย วันที่ 21 สิงหาคม 2539, ไม่มีเลขหน้า.

เลือกว่าจะรับการรักษาต่อไปหรือไม่
เป็นต้น¹⁵

สะท้อนถึงแนวคิดในการให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในปี 2540 องค์การวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย อันประกอบด้วย แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันออก ประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย เพื่อมุ่งให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยในประเทศไทย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีระหว่างกัน และเป็นที่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยมีสาระสำคัญคือ

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันที ตามความจำเป็นแต่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้¹⁶

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติ คำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวมิได้ข้อกำหนดบังคับแต่อย่างใด มีสถานะเป็นข้อปฏิบัติตามความสมัครใจแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในวิชาชีพด้านสุขภาพเท่านั้น

¹⁵ อรรถจินดา ติมดวง,บทความ "สิทธิของผู้ป่วย" ในเอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องสิทธิผู้ป่วย วันที่ 21 สิงหาคม 2539,ไม่มีเลขหน้า.

¹⁶ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ประกาศเมื่อ พ.ศ. 2541

การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในอีกรูปแบบหนึ่งอยู่ในรูปของกฎหมายต่าง ๆ โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ เช่น

ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2536 หมวด 3 ข้อ 9 ระบุว่า “ผู้ประกอบ การวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือหน้าที่”

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ซึ่งเป็นกฎหมายมหาชนที่บัญญัติถึงสิทธิของผู้บริโภคไว้ อย่างชัดเจน และได้นิยามความหมายของ “ผู้บริโภค” ไว้อย่างกว้างขวาง ซึ่งรวมถึงผู้ป่วย ไว้ด้วย

สิทธิของผู้บริโภคตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 และได้แก้ไขเพิ่มเติมใน ปี พ.ศ. 2541 รับรองสิทธิผู้บริโภคไว้ 5 ประการ คือ

- ก. สิทธิที่จะได้รับข่าวสาร รวมทั้งคำพรรณนาคุณภาพที่ถูกต้องและเพียงพอเกี่ยวกับสินค้าหรือบริการ
- ข. สิทธิที่จะมีอิสระในการเลือกหาสินค้าหรือบริการ
- ค. สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ
- ง. สิทธิที่จะได้รับความเป็นธรรมในการทำสัญญา
- จ. สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

จากบทบัญญัติดังกล่าวจะเห็นว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรู้ (the right to know) หรือได้รับข่าวสารที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการที่ตนจะได้รับ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจให้ความยินยอมต่อผู้ประกอบวิชาชีพหรือแพทย์นั่นเอง ซึ่งก็ตรงกับหลักการของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ที่ถือเป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะต้องเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย ให้เจ้าตัวได้รับทราบความจริง อันเป็นหลักการที่ยอมรับกันเกือบทุกประเทศ

ประมวลกฎหมายอาญา เช่น บทบัญญัติในเรื่องความผิดฐานเปิดเผยความลับตามมาตรา 323 ที่บัญญัติไว้ว่า

“มาตรา 323 ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบวิชาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยา นางผดุงครรภ์ ผู้พยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้ประกอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ...”

บทบัญญัติในมาตรานี้เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิทธิส่วนบุคคลและมีลักษณะเป็นสิทธิส่วนตัวที่ผู้อื่นไม่ควรล่วงรู้ของผู้ป่วย แต่ขณะเดียวกันในข้อบัญญัติก็ได้กำหนดข้อแม้ว่า การปกปิดข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับดังกล่าวต้องไม่ขัดต่อประโยชน์สาธารณะด้วย

นอกจากนี้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยยังปรากฏอยู่ในกฎหมายอื่น ๆ อีกจำนวนหนึ่ง เช่น พระราชบัญญัติว่าด้วยความรับผิดชอบทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ รวมทั้งกฎหมายวิชาชีพในทางการแพทย์ ได้แก่ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล กฎหมายว่าด้วยยา เป็นต้น¹⁷

¹⁷ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชสาธก ฉบับสิทธิของผู้ป่วย หน้า 28-32.

การละเมิดสิทธิผู้ป่วย

สาเหตุที่สำคัญที่ก่อให้เกิดการละเมิดสิทธิผู้ป่วยเนื่องมาจากแนวความคิดเรื่องแพทย์กับคนไข้ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยเป็นเพียงธุรกิจประเภทหนึ่ง ราคาการรักษาพยาบาลที่แพงมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยตระหนักตนเองในฐานะผู้บริโภคมากขึ้น

ประกอบกับ กระแสบริโภคนิยม การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพพลดลง ตลอดจนข้อมูลการส่งเสริมหรือประชาสัมพันธ์โรงพยาบาลที่ทำให้ต้องพึ่งพิงแพทย์และสถานบริการมากขึ้น

นอกจากนี้ ความไม่เท่าเทียมกันด้านข้อมูลข่าวสารทำให้แพทย์และสถานบริการละเลยสิทธิของผู้ป่วย¹⁸

จากสถิติการร้องเรียนของกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัญหาการร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการและสถานบริการโดยรวมในรอบ 2 ปีงบประมาณ (ตุลาคม พ.ศ. 2539 – กันยายน 2541) มีกรณีร้องเรียนทั้งสิ้น 319 คน เพิ่มขึ้นจาก 143 ราย ในปี พ.ศ. 2539 เป็น 176 รายในปี พ.ศ. 2540 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับแพทย์ที่มีปัญหาการละเมิดจริยธรรมของแพทยสภาในปี พ.ศ. 2539 มีจำนวน 68 รายและเพิ่มเป็น 106 รายในปี 2540

การละเมิดสิทธิผู้ป่วยนับเป็นปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและความรุนแรง ดังที่ปรากฏเป็นข่าวในสื่อมวลชนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องและปรากฏจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังเช่น สถานการณ์ล่าสุดในปี พ.ศ. 2542 การไม่ยอมให้ญาตินำศพออกจากโรงพยาบาลเนื่องจากยังไม่ได้ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้ง ๆ ที่ ผู้ป่วยมีหลักประกันด้านสุขภาพไม่ว่าในรูปแบบของประกันสังคมและการได้รับความคุ้มครองเบื้องต้นจากประกันภัยบุคคลที่ 3

ความรุนแรงมิได้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั่วไปเท่านั้น แต่ในกลุ่มผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ก็พบการละเมิดสิทธิมีหลากหลายรูปแบบ เช่น การตรวจเลือดเอดส์ก่อนให้การรักษาโดยผู้รับบริการไม่เต็มใจหรือไม่ทราบ และเมื่อพบว่ามีเชื้อติดเชื่อถ้าเป็นการผ่าตัดแพทย์ก็จะยุติการผ่าตัด มักถูกโน้มน้าวให้ทำแท้ง และที่สำคัญสถานพยาบาลบางแห่งไม่รับทำผ่าตัดหรือทำคลอด และบางครั้งส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการไล่ออกจากงาน¹⁹ ดังนั้นการศึกษาถึงความทุกข์จากการรับบริการจึงมีความจำเป็นในการสร้างระบบที่มีกลไกในการป้องกันปัญหาด้านการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยในอนาคตและกลไกในการตรวจสอบและเยียวยาความเสียหายที่เกิดขึ้น

3. แนวความคิดเรื่องความทุกข์

แนวความคิดและคติความเชื่อเรื่องความทุกข์ในสังคมไทยสัมพันธ์กับปรัชญาพระพุทธศาสนาเป็นหลัก มีอริยสัจ 4 ประการที่พูดเรื่องความทุกข์โดยตรง โยงถึงเหตุและวิถีทางดับทุกข์ โดยมีทัศนะต่อความทุกข์ว่า เป็น

¹⁸ คณะทำงานเรื่องสิทธิผู้ป่วย, รายงาน ข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย กรณีสิทธิผู้ป่วย 2541

¹⁹ คณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ของคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, รายงานการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย, กรกฎาคม 2539

เรื่องธรรมดาของทุกคน²⁰ เป็น “กฎปกติของปุถุชน” ที่เมื่อทุกคนถือกำเนิดขึ้นและดำรงชีวิตอยู่ย่อมต้องประสบพบเจอ ส่วนจะทุกข์มากหรือน้อยขึ้นกับเหตุปัจจัย²¹

ด้วยฐานการมองเช่นนี้ จุดมุ่งหมายในการกล่าวถึงทุกข์ในทางพระพุทธศาสนา ด้านหนึ่งจึงอยู่ที่การชี้ว่าทุกข์นั้นไม่ใช่สิ่งพึงควรยึดถือ เพราะก็เป็นเช่นเดียวกับสรรพสิ่งทั้งหลายในโลกที่ไม่มีความจริง (ตามหลักไตรลักษณ์ : อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา) และที่สุดแล้ว หากต้องการแก้ไขหรือหลุดพ้นจากความทุกข์ก็ต้อง “ดับทุกข์” ซึ่งมีวิธีทางอันเป็นหลักใหญ่ที่สุดอยู่ที่การดับชาติ²² หรือดับการเกิดไปเลยนั่นเอง ซึ่งการจะดับได้ก็ต้องอาศัยธรรมเพื่อดับกิเลส²³

การตีประเด็นเหตุและที่มาแห่งทุกข์ไว้เฉพาะระดับนามธรรมอย่างที่สุดนี้เอง ส่งผลให้ครอบคลุมทุกข์ทั้งหมด แต่ขณะเดียวกันไม่อาจเห็นรายละเอียดได้ ดังนั้นวิถีการดับทุกข์หรือหนทางดับทุกข์หรือบรรเทาทุกข์ตามแนวทางนี้จึงไม่ผูกติดกับเงื่อนไขหรือปัจจัยภายนอกอันใด เป็นมิติทางจิตใจเป็นสำคัญ และเป็นเรื่องปัจเจกบุคคลที่จะต้องมุ่งเพ่งแก้ไขตนเอง²⁴

ความทุกข์แบบพุทธในความเข้าใจของคนส่วนใหญ่ไม่มีแง่มุมทางสังคม ทั้งในด้านเหตุที่มาและวิธีการแก้ไข นอกจากนั้นถึงที่สุดแล้วยังมีทัศนะต่อการแก้ไขหรือบรรเทาทุกข์ ว่า หากมิได้มุ่งขจัดทุกข์โดยสิ้นเชิง (ดับทุกข์ไปเลย) ก็ไม่มีความหมายแต่อย่างใด

ดังนั้นเอง หลักอริยสัจ 4 ประการจึงมีช่องว่างใหญ่โตกับสถานการณ์ความเป็นไปในทางโลก กล่าวคือมีคำอธิบายให้กับความทุกข์ในรายละเอียดแห่งชีวิตและทุกข์ในสังคมเพียงเล็กน้อยเท่านั้น คือมีการยอมรับว่าในทางพุทธศาสนาจะเน้นทุกข์ทางใจ และเมื่อดับทุกข์ทางใจได้ก็จะพลอยเห็นทุกข์ทางกายเป็นของธรรมดา²⁵ ส่วนคติทั่วไปที่ชาวบ้านใช้อธิบายถมช่องว่างนี้คือ หลักเวรกรรม อันมีความคิดรวบยอดอยู่ที่การมองว่า ทุกข์ ณ ปัจจุบันมาจากผลการกระทำในอดีตที่ผิดธรรม เพราะฉะนั้นการอยู่กับทุกข์ในปัจจุบันจึงมีนัยเป็นสิ่งที่ไมอาจหลีกเลี่ยง ทำได้เพียงทำใจ มองให้เป็นเรื่องธรรมดา อีกทั้งหากไม่ต้องการเผชิญกับภาวะทุกข์อีกในอนาคต ในปัจจุบันขณะก็จะต้องประพฤติปฏิบัติให้ดี

อย่างไรก็ตาม ยังมีทัศนะแบบใหม่อีกแนวทางหนึ่งที่ปรากฏตัวขึ้นตอบช่องว่างนี้ด้วยการอธิบายความทุกข์อย่างสัมพันธ์กับสังคมมากขึ้น โดยมองทั้งเหตุแห่งทุกข์และทางแก้ไขสัมพันธ์กับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ในการศึกษาที่ยึดถือมุมมองนี้เช่นกัน กล่าวคือเห็นว่า พ้นจากระดับของความทุกข์ที่เป็นธรรมดาแห่งชีวิต (การเกิด) และทุกข์ที่เป็นอนิจจลักษณะแล้ว ยังมีความทุกข์ที่สัมพันธ์กับระบบและโครงสร้างทางสังคมด้วย เหตุนี้เองยังผลในระดับหนึ่งให้ขอบเขตการศึกษานี้เน้นที่ทุกข์ของผู้ป่วยอันเกิดจากการรับบริการสาธารณสุขมากกว่าการเน้นความทุกข์จากความป่วยไข้โดยตรง ซึ่งถึงที่สุดแล้ว แม้มิมีมติเชิงสังคม แต่ก็เกี่ยวพันอย่างซับซ้อน

²⁰ พุทธธรรมกำมือเดียว, หน้า 10. และคู่มือดับทุกข์ฉบับสมบูรณ์, หน้า 70-73.

²¹ วิถีแห่งความดับทุกข์, หน้า 7.

²² อูบายดับทุกข์, หน้า 14. และพระไตรปิฎกฉบับดับทุกข์, หน้า 14.

²³ คู่มือดับทุกข์ฉบับสมบูรณ์, หน้า 73.

²⁴ วิถีแห่งความดับทุกข์, หน้า 27-34.

²⁵ พุทธธรรมกำมือเดียว, หน้า 82-83.

ในฐานะที่การศึกษานี้เป็นการศึกษาผ่านมุมมองด้านความทุกข์โดยตรงที่ยังคงเป็นแง่มุมใหม่ วัตถุประสงค์โดยทางอ้อมของงานศึกษาชิ้นนี้จึงมุ่งที่จะทำให้พื้นที่การศึกษาด้านนี้กระจ่างชัดขึ้นด้วย ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับการมองลึกลงไปในความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ป่วยในลักษณะที่ต่อเนื่องและเป็นกระบวนการ ให้ประสบการณ์จริงได้ถ่ายทอดตัวเองออกมา ขณะเดียวกันก็เชื่อมโยงเอาประสบการณ์ความทุกข์นั้นเข้ากับระบบ ทั้งในฐานะที่เป็นเหตุแห่งทุกข์และการเป็นช่องทางแก้ไขบรรเทาทุกข์ เพื่อที่จะให้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นแล้วได้เป็นบทเรียนที่จะสร้างสรรค์กระบวนการปกป้องมิให้เกิดทุกข์ซ้ำซากขึ้น และความทุกข์เหล่านี้ได้รับการคลี่คลายให้มากที่สุด

การสาธารณสุขจะได้เป็นไปเพื่อลดทุกข์ตามปรัชญาที่ควรจะเป็น

บทที่ 3

15 กรณีศึกษาและการวิเคราะห์ระบบ

ผลการศึกษาเบื้องต้น

จากสถิติการรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะและสถานพยาบาลของกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 ปีงบประมาณ ระหว่างเดือนตุลาคม 2539 - กันยายน 2541 พบว่า มีกรณีร้องเรียนทั้งสิ้นจำนวน 319 กรณี เป็นกรณีร้องเรียนในปี พ.ศ. 2540 จำนวน 143 ราย และเพิ่มเป็น 176 ราย ในปี พ.ศ. 2541 โดยเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั้งจากผู้ให้บริการและสถานบริการ อาทิ ร้องเรียนให้ตรวจสอบผู้ป่วยเสียชีวิตและไม่รู้สึกตัว ไข้บุคลากรไม่ได้มาตรฐาน เรียกร้องค่าเสียหายทำให้เด็กเป็นเจ้าชายนีทรา ผู้ป่วยตกเตียง ค่ารักษาไม่เป็นธรรม สถานรับเลี้ยงคนชราสกปรก วินิจฉัยโรคผิดพลาด รักษาไม่เป็นไปตามโปรแกรม จ่ายยาให้ผู้ป่วยผิด เป็นต้น¹

ซึ่งสอดคล้องกับร้องเรียนของแพทย์สภาที่พบว่า มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันจาก 68 รายในปี พ.ศ. 2539 เป็น 106 รายในปี พ.ศ. 2540 โดยมีปัญหาจากกรณีร้องเรียน เช่น แพทย์ไม่รักษามาตรฐานในการรักษา การโฆษณาโดยผิดจรรยาบรรณ ไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย ออกใบรับรองแพทย์เท็จ เป็นต้น²

แต่ทั้งสองหน่วยงานไม่สามารถให้รายละเอียดถึงชื่อของผู้ร้องเรียนและสถานบริการที่ถูกร้องเรียน หรือแม้แต่ชื่อผู้ประกอบการวิชาชีพที่ถูกร้องเรียน ทำให้ไม่สามารถสืบค้นเพิ่มได้

เช่นเดียวกันกับสำนักงานทนายความ ทองใบ ทองเปาด์ ที่ยืนยันว่า ต้องปกปิดรายละเอียดการร้องเรียน

สำหรับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มีกรณีร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับด้านนี้ จำนวน 5 กรณี ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ดังนั้นการศึกษาจึงให้ความสำคัญกับข้อมูลการร้องเรียนจากหนังสือพิมพ์รายวัน ซึ่งส่วนหนึ่งผู้ที่ได้รับความทุกข์จะร้องเรียนกับแพทย์สภาและกองประกอบโรคศิลปะด้วยเช่นเดียวกัน โดยได้ทำการคัดเลือกหนังสือพิมพ์จำนวน 6 ฉบับ ได้แก่ ไทยรัฐ มติชน ข่าวสด กรุงเทพธุรกิจ ไทยโพสต์ บางกอกโพสต์

พบว่า จากผลการศึกษาหน่วยงานและองค์กรทั้งหมดข้างต้น มีกรณีร้องเรียน และฟ้องร้องผ่านหน่วยงานต่าง ๆ และสื่อมวลชน จำนวน 56 กรณี โดยเป็นกรณีร้องเรียนกับสื่อมวลชนมากที่สุดถึงจำนวน 49 กรณี ได้ดำเนินการตัดกรณีที่ร้องเรียนซ้ำซ้อนกันหลายหน่วยงานจนกระทั่งเหลือกรณีศึกษาจำนวน 45 กรณี

ได้ดำเนินการคัดเลือกกรณีศึกษาเบื้องต้น โดยพิจารณาความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของข้อมูลความเป็นไปได้ในการศึกษาและติดตามข้อมูลเพิ่มเติม ความหลากหลายของกรณีศึกษา เช่น กรณีร้องเรียนที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลของรัฐ เอกชน หรือบางครั้งทั้งจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในกรณีเดียวกัน ในกรุงเทพฯ ๔ ต่างจังหวัด เพศ ลักษณะปัญหาหรือคาดว่าจะมีความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการที่รุนแรง จนกระทั่งเหลือกรณีที่เหมาะสมและสามารถเป็นกรณีศึกษาได้ จำนวน 30 กรณี โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ทั้งนี้ ในแต่ละกรณีอาจมีคุณสมบัติร่วมหลายหัวข้อ)

- i) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพฯ ๔ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 12 และ 8 กรณี ตามลำดับ

¹ สถิติการร้องเรียนเกี่ยวกับการประกอบโรคศิลปะและสถานพยาบาล ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2539 - กันยายน 2541 กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

² สถิติการร้องเรียนของแพทย์สภาปี พ.ศ. 2539 และ 2540

ii) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพ ฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 8 และ 5 กรณี ตามลำดับ

iii) เป็น หญิง จำนวน 14 ราย ชาย จำนวน 9 ราย และ เด็ก 8 ราย

iv) มีกรณีศึกษาเกิดปัญหาจากการรับบริการมากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล

หลังจากนั้นใช้การสื่อสารทางจดหมายกับกรณีศึกษาทั้ง 30 กรณีเพื่อสอบถามความยินยอม และการพูดคุยทางโทรศัพท์ ตลอดจนการไปพบที่บ้าน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการพูดคุยกับกรณีศึกษา หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลปรากฏว่า มีกรณีที่เหมาะสมและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 กรณี ประกอบด้วยคุณลักษณะต่าง ๆ ของกรณีดังต่อไปนี้

i) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลรัฐในเขตกรุงเทพ ฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 5 และ 3 กรณี ตามลำดับ

ii) เป็นกรณีที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพ ฯ ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 4 และ 3 กรณี ตามลำดับ

iii) เป็น หญิง จำนวน 9 ราย ชาย จำนวน 4 ราย และ เด็ก จำนวน 2 ราย

iv) เป็นกรณีที่เกิดในสถานบริการชนบทจำนวน 6 กรณี

v) เป็นกรณีที่เกิดความสูญเสียต่อชีวิตจำนวน 8 กรณี เกิดความพิการต่อเนื่องจำนวน 3 กรณี

vi) เป็นกรณีร้องเรียนต่อหน่วยงานรัฐและองค์กรวิชาชีพ จำนวน 6 กรณี

vii) เป็นคดีฟ้องร้องในกระบวนการศาลจำนวน 4 กรณี

ตารางแสดง ภาพรวมรายละเอียดเกี่ยวกับ 15 กรณีศึกษา

กรณีศึกษา	เพศ		โรงพยาบาลรัฐ		เอกชน		การแก้ปัญหาของผู้ป่วย		
	หญิง	ชาย	กทม.	ตจว.	กทม.	ตจว.	ร้องเรียน		ฟ้องร้อง
							แพทย์ สภา	หน่วยงาน อื่น	
1. บุญมาก	✓		✓					✓	
2. จินดา		✓	✓					✓	
3. ภาสกร		✓	✓					✓	
4. ยินดี	✓			✓				✓	
5. สกาวเดือน	✓				✓		✓	✓	✓
6. ดวงกมล	✓				✓		✓	✓	✓
7. อมรศรี	✓				✓		✓	✓	✓
8. เจริญศรี	✓		✓					✓	
9. ยงค์ชัย		✓			✓		✓	✓	✓
10. มีนา	✓					✓		✓	
11. อรสา	✓			✓			✓	✓	
12. ภักดี		✓		✓				✓	
13. ชะลอ		✓		✓			✓	✓	
14. ปราณี	✓					✓		✓	
15. ชัยรัตน์		✓	✓					✓	
รวม	9	6	5	4	4	2	6	15	4

หมายเหตุ การรายงานผล 15 กรณีศึกษาในรายงานการวิจัยฉบับนี้จะใช้ชื่อสมมุติแทนผู้ป่วยและไม่ระบุชื่อโรงพยาบาลและสถานพยาบาล ตลอดจนชื่อบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในขั้นตอนการศึกษาได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ครอบครัวญาติ รวมทั้งสังเกต และร่วมกิจกรรมกับบุคคลหรือครอบครัวที่เป็นกรณีศึกษา โดยพยายามที่จะศึกษาบริบทต่าง ๆ เกี่ยวกับชีวิตของผู้ที่ได้รับความทุกข์จากการใช้สถานบริการอย่างรอบด้าน

นักวิจัยยังได้ใช้เวลาไปศึกษา สังเกต และสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ หน่วยงาน บุคคลและสถานที่ที่เกี่ยวข้องตัวอย่างรอบด้าน เพื่อตรวจสอบข้อมูลความถูกต้อง ข้อเท็จจริงของความจริงที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นกลาง เป็นธรรมกับทุกฝ่าย และอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจริง

วิธีนำเสนอผลจากการศึกษา

ในการนำเสนอผลการศึกษา ใช้วิธีแยกการนำเสนอเป็นรายการ โดยไม่มีนัยสำคัญในการเรียงลำดับกรณีศึกษา 15 กรณี รูปแบบการนำเสนออาศัยการพรรณนา โดยมีลักษณะร่วมกัน กล่าวคือ

1. นำด้วยกรอบข้อมูลจำเพาะของบุคคลที่เป็นกรณีศึกษา ประกอบด้วย ชื่อสมมุติที่ใช้ในการศึกษา อายุ ณ ช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และอาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข
2. การพรรณนาข้อมูลที่ได้จากการศึกษา โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วน เรียงตามลำดับ คือ
 - i) ข้อมูลทั่วไป ว่าด้วยข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบุคคลที่เป็นกรณีศึกษา เหตุการณ์ก่อนหน้าประสบทุกข์จากการรับบริการทางสาธารณสุข และปัญหาหรืออาการเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเข้ารับบริการ
 - ii) ทุกข์จากการรับบริการ ว่าด้วยความทุกข์ที่เกิดขึ้นในระหว่างหรือหลังจากรับบริการ
 - iii) ปฏิกริยาของผู้รับทุกข์ ว่าด้วยการแสดงออกหรือการดำเนินการในเชิงการตอบสนองหรือตอบโต้ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น
 - iv) ความทุกข์และการต่อเนื่อง หมายถึงความทุกข์และภาวะของผลกระทบที่ยังดำรงอยู่ต่อเนื่องมา
3. ในการพรรณนาข้อมูลตามส่วนที่ 2. ได้มีการแทรกกรอบที่มีเนื้อหาชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพต่อกรณีศึกษานั้น ๆ

อนึ่ง ข้อคิดเห็นต่อสาเหตุ การวิจารณ์ และข้อวินิจฉัยที่รายงานอยู่ในส่วนที่ 2. ในแต่ละกรณี เป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษา ซึ่งจะสะท้อนถึงความคิดเห็น การวิเคราะห์ และข้อสรุปที่ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอันจะนำไปสู่ความเข้าใจต่อความรู้สึกและทัศนะของผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอย่างรอบด้าน มิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะเพ่งโทษฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดหรือชี้ว่าใครถูกหรือผิด แต่เจตจำนงสำคัญของการศึกษาค้างครั้งนี้มีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำความเข้าใจต่อความทุกข์และนำเสนอความทุกข์ที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความทุกข์แก่ผู้รับบริการเป็นสำคัญ และต้องการให้ความทุกข์ที่เกิดขึ้นนำมาซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพ

กรณีที่ 1

ชื่อ	บุญมาก
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2539)	22 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	เดิมเจียรในพลอย / ปัจจุบันตาบอด ไม่ได้ทำอะไร
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข มีก้อนเนื้อผิดปกติบริเวณสันจมูก	

ข้อมูลทั่วไป

บุญมากเกิดที่จังหวัดขอนแก่นเมื่อปี 2517 พร้อมกับความผิดปกติทางกายประการหนึ่ง คือมีก้อนเนื้อโผล่ขึ้นมาตรงบริเวณสันจมูก ก้อนเนื้อนี้มีสีดำ ขนาดใหญ่โตขึ้นตามอายุ เป็นปมด้อยสำหรับเด็กหญิงผู้รักสวยรักงาม

ในทางการแพทย์ถือว่าอาการนี้ไม่ใช่โรค เป็นความพิการแต่กำเนิด เรียกว่า “รูโหว่แต่กำเนิด” ลักษณะคือ การเชื่อมต่อของบริเวณริมฝีปาก เพดานปาก ตา ช่วงที่ขึ้นมาตรงสันจมูกจะเป็นเหมือนกับสามเหลี่ยมหมายความว่า อากาศและน้ำจะเข้าไปที่ปอดและหลอดอาหารได้ ขณะเดียวกันตรงทางแยกนี้กระดุกสมองจะมีรูโหว่อยู่มาก ทำให้สมองกับถุงน้ำทะลักออกมา

พ่อของเธอมิได้ใส่ใจต่อเรื่องนี้ เมื่อลูกสาวอายุได้ 6-7 ปี เคยติดต่อกับโรงพยาบาลในจังหวัดเพื่อหาทางแก้ไข แต่แพทย์บอกว่าเด็กยังอายุน้อย ไม่มีภูมิคุ้มกันทานพอจะรับการผ่าตัดเอาก้อนเนื้อออก ขณะที่ตัวบุญหลายเองก็ไม่ยอมรับการรักษา เอาแต่ร้องไห้ เรื่องนี้จึงเป็นอันพับไป

เวลาล่วงเลยมาจนกระทั่งปี 2531 พ่อของเธอประสบอุบัติเหตุสูญเสียขา เป็นอัมพาต และต่อมาเสียชีวิต ทั้งภาระการนำพาครอบครัวและการเลี้ยงดูลูกทั้ง 7 คนไว้แก่ผู้เป็นภรรยา ทุกคนลำบากขึ้น แม้แต่บุญมากซึ่งเป็นลูกคนเล็กยังต้องออกจากโรงเรียนเมื่อจบชั้น ป. 6 มาช่วยแม่ทำนา

ก้อนเนื้อผิดปกติที่จมูกของบุญมากได้รับการคิดถึงอีกครั้งหนึ่ง เมื่อเธออายุได้ 22 ปี เติบโตเป็นสาวเต็มตัวแล้ว เวลานั้นพี่ ๆ ต่างแต่งงานออกเรือนกันไปหมดทุกคน คงเหลือแต่เธออยู่ที่บ้านกับแม่ ช่วยทำนาและเป็นการหลักในการดูแลบ้าน ซักผ้า ทำอาหาร นอกจากนั้นยังรับจ้างเจียรในพลอย มีรายได้วันละร้อยกว่าบาท ทำให้สามารถรับผิดชอบตัวเองและสนับสนุนจนเจียรครบครันอีกแรงหนึ่ง ในขณะที่พี่ ๆ สักคนที่ไปทำงานอยู่ต่างเมืองต่างก็ส่งเงินกลับบ้านตามอัตภาพ เช่นเดียวกับพี่อีกสองคนที่ยังคงยึดอาชีพทำนาอยู่ที่ขอนแก่น

ฐานะครอบครัวโดยรวมมั่นคงขึ้น มีความอบอุ่นอยู่ในแวดล้อมของญาติมิตรในหมู่บ้าน และคึกคักขึ้นจากการที่เริ่มมีลูกหลานวิ่งเล่นอยู่รอบ ๆ บ้าน แม่ของบุญมากผู้ซึ่งกลายเป็นย่าและยายมีภาระที่ต้องแบกและห่วงใยลดน้อยลง

แต่ก้อนเนื้อสีดำดำที่สันจมูกของบุญมากยังคงอยู่ โดยโตขึ้นด้วยตามการเติบโตใหญ่ของเจ้าตัว จนขณะนั้นมีขนาดเท่ากำปั้นมือ คั่นกลางอยู่ระหว่างดวงตาทั้งสองข้าง โดยทั่วไปก้อนเนื้อนี้ไม่มีอาการผิดปกติอะไร แต่ในยามเจ็บป่วย บุญมากพบว่าก้อนเนื้อจะหดตัวและเจ็บ จับดูเป็นก้อนเนื้อนิ่ม ๆ บางครั้งเด่นเป็นจิ้งหะเดียวกับหัวใจ

เพราะเชื่อว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ในเมืองหลวงเจริญก้าวหน้าพอจะจัดการปัญหานี้ บรรดาญาติและพี่น้องต่างสนับสนุนให้พี่สาวคนที่สามที่ทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ช่วยหาเส้นทางให้น้องสาวคนเล็กได้รับการผ่าตัดเอาสิ่งอันเป็นส่วนเกินบนใบหน้าออกไป พี่สาวจึงรับหน้าที่ตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลและจัดการพาบุญมากเข้าไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2539

แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งที่หน่วยศัลยกรรมของโรงพยาบาลเป็นผู้ตรวจอาการ มีการเอกซเรย์สมองตามประวัติการรักษาระบุว่า แพทย์ทราบดีว่าคนไข้มีอาการที่เรียกว่า “รูโหว่แต่กำเนิด” (congenital frontoethmoidal meningo encephalocele) อย่างไรก็ตาม แพทย์กลับแจ้งผลแก่พี่น้องสองสาวว่า “เป็นเนื้องอกเฉย ๆ ตัดก็ไม่มีปัญหา ไม่เป็นอะไร ตัดแล้วจะสวย” นั่นคือคำบอกเล่าที่ตรงกันของบุญมากและพี่สาว

ระบบการคัดกรองผู้ป่วยในการพบแพทย์มีปัญหา

การคัดกรองผู้ป่วยในการพบแพทย์เฉพาะทางเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากบุญมากมีความพิการ “รูโหว่แต่กำเนิด” ดังนั้นการส่งต่อเพื่อแก้ไขความพิการให้กับแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาทในการเริ่มต้นอาจจะเหมาะสมมากกว่าการเริ่มต้นการรักษาจากแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมพลาสติก

ตั้งแต่ นพ.ดร.วรวิทย์ ชนวนิช แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยแพทย์ ได้กล่าวถึงขั้นตอนการรักษาอาการนี้ไว้ว่า¹

1. เริ่มต้นด้วยการปิดช่องโหว่สมองด้วยกระดูกและเนื้อเยื่อจากกล้ามเนื้อชั้นอื่น ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทศัลยแพทย์
2. การตกแต่งกระบอกตา ซึ่งรับผิดชอบโดยแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง

อนึ่ง นพ.ดร.วรวิทย์ระบุว่า อาการ “รูโหว่แต่กำเนิด” นี้สามารถผ่าตัดเพื่อแก้ไขอาการได้ตั้งแต่เด็ก ๆ เพียงอายุขวบกว่า ๆ ซึ่งการผ่าตัดจะไม่มีผลกระทบต่อดวงตา แต่หากปล่อยไว้ปัญหาของอาการนี้ก็คือ ทำให้ตาถูกเบียด และการหายใจลำบาก จะเป็นหัตถ์บ่อ

ในกรณีของบุญมาก แม้จะเคยพบแพทย์มาแต่เด็ก แต่เจ้าตัวและพ่อแม่ก็ไม่ได้ทราบว่าอาการผิดปกติดังกล่าวคืออะไร อีกทั้งแพทย์ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่ให้การรักษาาก็ไม่ได้แจ้งหรืออธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับอาการ กระบวนการรักษา ตลอดจนผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นแต่อย่างใด กล่าวคือไม่มีการให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการผ่าตัดหรือไม่²

เมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด บุญมากบอกว่า ลีล ๑ แล้วตนเองมีความกลัวอยู่มาก ที่ผ่านมามีเคยเจ็บป่วยถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อนเลย “หนูก็กลัวตาย” คือความรู้สึกของเธอ

¹ สัมภาษณ์ ดร. นายแพทย์ วรวิทย์ ชนวนิช เดือนกุมภาพันธ์ 2542

² คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สมาคมพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ประกาศเมื่อ ปี พ.ศ. 2541

แต่แล้วความกังวลนี้ก็หมดไปเมื่อพี่สาวสัมผัสถึงความเชื่อที่ต่างมียูมาโดยตลอดว่า “ถ้าไม่เชื่อหมอแล้วจะเชื่อใคร” บุญมากจึงตัดสินใจได้ แต่เนื่องจากเวลานั้นเตียงเต็ม แพทย์จึงนัดให้กลับไปพบในอีก 1 เดือนข้างหน้า

บุญมากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 14 มิถุนายน และได้รับการผ่าตัดในอีก 4 วันต่อมา ซึ่งใช้เวลาหลายชั่วโมง จากนั้นใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์

“เขาให้น้ำเกลือหนูเพียง 2 ขวดเท่านั้น นอกนั้นก็ให้ยา กิน และไม่มีอะไรที่ติดตัวอย่างอื่นอีก”

ส่วนในบันทึกการรักษาของทางโรงพยาบาลระบุว่า หลังการผ่าตัด แพทย์ได้ทำการติดตามน้ำในสมองที่ไหลลงที่คอตลอดเวลา และบันทึกอาการผู้ป่วยว่าแข็งแรงดี ลักษณะแผลผ่าตัดดี ไม่มีอาการไข้ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่มีอาการปวดแผล

บุญมากเล่าว่า ในระหว่างพักฟื้น แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดมาเยี่ยมเยียนถามอาการอยู่เสมอ ซึ่งเธอได้ตอบไปว่ามีเพียงอาการปวดตามเนื้อตามตัวเท่านั้น หลังการผ่าตัดได้ 15 วัน แพทย์ก็เปิดผ้าที่ปิดแผลออก ซึ่งปรากฏว่าแผลเริ่มแห้งแล้วและทุกอย่างดูปกติดี แพทย์จึงอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม โดยนัดตรวจในอีก 8 วันต่อมา พร้อมกับบอกว่า “หากมีปัญหามาหาหมอ”

ผลการตรวจตามนัดครั้งแรกไม่พบว่าบุญมากมีอาการผิดปกติแต่อย่างใด แพทย์จึงนัดเพื่อทำศัลยกรรมตกแต่งในอีก 1 เดือน

ทุกข์จากการรับบริการ

ระหว่างการพักฟื้นที่บ้านพี่สาวคนโตที่มีอาชีพค้าขายในย่านสำโรง บุญมากเริ่มมีอาการปวดหัว แต่ขณะเดียวกันก็รู้สึกคิดถึงบ้านที่จากมานานมากขึ้นทุกที เนื่องจากไม่คิดว่าอาการดังกล่าวจะหนักหนาอะไร แทนที่จะไปพบแพทย์ เธอกลับเลือกเดินทางกลับบ้านที่จังหวัดขอนแก่น

เมื่ออาการปวดหัวยังคงไม่หาย บุญมากจัดการซื้อยามารับประทานเอง แต่อาการก็รุนแรงขึ้น ในที่สุดญาติจึงพาไปสถานีนอนมัย แต่เนื่องจากไม่มีประวัติการรักษาให้ตามที่แพทย์ขอ เธอจึงไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้แต่ใช้ยาแก้ปวดบรรเทาอาการต่อไป จนกระทั่งมีอาการอย่างอื่นร่วมด้วย

“พอไปอยู่ได้อาทิตย์กว่า ๆ เขาเริ่มซัก เขาซักตัวเกร็ง แม่ก็เลยโทรมาเรียกไปบ้านนอก ไปดูน้อง ไปเอาน้องมาหาหมอ ตอนนั้นตาเขาจะวาง ๆ ม้วนิดหน่อย แม่ก็เลยบอกว่าเหมารถมาที่กรุงเทพฯ เลย สมมติว่าเขาซักวันนี้ แม่โทรบอก พอวันที่สองเรากลับบ้าน วันที่สี่ก็มาถึงโรงพยาบาลเลย ตอนตีห้า ตอนนั้นมาอยู่ห้องฉุกเฉินข้างล่าง” พี่สาวคนที่สามผู้มีบทบาทหลักในการดูแลเรื่องการเจ็บป่วยของน้องเล่า

ส่วนบุญมากพูดถึงอาการของเธอในขณะนั้นว่า รุนแรงถึงกับรับประทานข้าวไม่ได้ อาเจียน และสุดท้ายถึงกับชักโดยตัวเธอเองไม่รู้ตัว แล้วต่อมาชักก็เริ่มพรวนัว ตอนนี้เองพี่สาวจึงถูกตามตัวมาขอนแก่น

วันที่พี่สาวหอบหิ้วเธอกลับเข้าโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ ตรงกับวันที่ 13 สิงหาคม ซึ่งตามประวัติการรักษาของแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่รับตัวเข้ารับการรักษาว่า เธอผิदनไป 6 วัน ส่วนการระบุอาการเมื่อมาถึงนั้นได้แก่ ปวดศีรษะ มองไม่เห็น ตามืด ซึ่งเป็นมาก่อนแล้ว 1 สัปดาห์ มีอาการกระตุก มีอาการชาที่มือขวา แล้วไม่รู้สีกตัว

ระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

การให้ข้อมูลที่รอบด้านเพื่อปฏิบัติตัว หรือสังเกตความผิดปกติเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน นับเป็นข้อมูลหรือคำเตือนที่จำเป็นและสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการ

ผ่าตัด และมาโรงพยาบาลอย่างทันท่วงที เช่นการมีอาการปวดศีรษะ ลักษณะอาการปวดศีรษะ หรืออาการอื่นๆ ที่ต้องรับมาโรงพยาบาล

ดังนั้นการพัฒนาวิธีการให้ข้อมูลและซักซ้อมถึงความเข้าใจก่อนกลับบ้านของผู้ป่วยเป็น เรื่องที่มีความจำเป็น หรือแม้แต่ความสำคัญของการมาพบแพทย์ก่อนนัดถ้ามีอาการผิดปกติเกิดขึ้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะต้องไม่คิดว่าผู้ป่วยจะต้องรับทราบด้วยตนเองเพียงกระดาษนัดแผ่นเดียว

ถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติของเจ้าหน้าที่จะต้องให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจน และยอมรับว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพ³

บุญมากเองบอกว่า ในขณะที่มาถึงโรงพยาบาล เธอรู้เพียงว่าตนเองปวดหัวอย่างรุนแรง “หนูได้แต่ นอนร้องไห้ เพราะหนูมองไม่เห็นและปวดหัวมาก”

ในส่วนของการรักษาเบื้องต้นนั้น เธอจำได้ว่าได้รับน้ำเกลือและยาแก้ปวดหัว ในขั้นตอนการรักษาต่อ มาแพทย์ได้ทำการเจาะหลังถึง 5 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งทำให้มีอาการบรรเทาลง แต่อีกวันสองวันก็กลับมาปวดอีก ภายหลังจึงมีการเจาะช่องท้อง และมีการทำอะไรอีกหลายประการที่บุญมากและญาติ ๆ ไม่ทราบชัดเจนว่าคืออะไรและเพื่ออะไร

สำหรับรายละเอียดการรักษาที่เกิดขึ้น ตามประวัติการรักษาของทางโรงพยาบาลบันทึกไว้ว่า ในวันแรกของการกลับเข้าโรงพยาบาลของบุญมาก แพทย์เจ้าของไข้ได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท จากนั้นวันที่ 15 สิงหาคม จึงได้ย้ายตัวคนไข้ไปรักษาที่คลินิกประสาทวิทยา และตรวจพบว่า มีการติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหุ้มสมอง ทำให้ตามองไม่เห็น มีปัญหาทางลิ้น โดยลิ้นเอียงไปข้างหนึ่ง มีการอักเสบของเส้นประสาทตาเกี่ยวข้องด้วย แขนและขาข้างขวาอ่อนแรงเล็กน้อย อ่อนแรงในลักษณะคนปกติกำลังเต็ม 5 แต่บุญมากเหลือเพียง 4 ตามอดสนิท ทั้งประสาทเส้นที่ 9 ที่เกี่ยวกับลิ้นและเส้นที่ 2 ที่เกี่ยวกับการมองเห็นบกพร่อง มีอาการคอแห้ง มีเยื่อสมองอักเสบเส้นที่ 12 รวมทั้งกล้ามเนื้อต้นคอด้วย สรุปได้ว่าการติดเชื้ออักเสบ แต่เมื่อนำเนื้อไปเพาะเชื้อแล้วกลับไม่พบ และจากการเจาะไขสันหลังตรวจก็ไม่พบเชื้อการอักเสบ

บันทึกประวัติการรักษาของทางโรงพยาบาลระบุด้วยว่า ในการเยียวยา มีการให้ยาปฏิชีวนะตัวหนึ่ง นานประมาณ 2-3 สัปดาห์เพื่อฆ่าเชื้อ จากนั้นพบว่ามีอาการเมาหวานเกิดขึ้น ในที่สุดแพทย์มีการสรุปว่า การอักเสบเกิดเนื่องมาจากมีการอักเสบของโพรงจมูกทั้งหมด มีการอักเสบของไซนัส การติดเชื้ออาจเป็นเพราะ กระโหลกกระโหลกที่ประสาทตา และแพทย์วินิจฉัยว่า โอกาสที่อาการทางตาจะฟื้นตัวมีน้อยมาก ส่วนในเรื่องตานั้นได้มีการปรึกษาจักษุแพทย์เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม จักษุแพทย์ให้การยืนยันว่าประสาทตาเสียไป และเตือนให้ระวังในเรื่องอาการชักและน้ำตาลในเลือดสูง จากนั้นวันที่ 29 เดือนเดียวกันมีการเจาะไขสันหลังดูความดันในน้ำไขสันหลัง พบว่ามีความดันเพิ่มขึ้น มีอาการปวดศีรษะเพราะความดันในสมองสูงผิดปกติ อาการทั้งหมดรวมเรียกว่า pseudo tumor cerebri

จนวันที่ 6 กันยายน คนไข้ยังคงปวดศีรษะอยู่ และคอแข็ง ในวันที่ 9 กันยายน แพทย์ศัลยกรรมประสาทจึงแก้ปัญหานี้โดยทำท่อระบายน้ำ เรียกว่าการทำชั้น (theco-parito meun shunting) มีการใส่ท่อจาก

³ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ปี 2541

สมองลงมายังช่องท้อง ซึ่งช่วยแก้ปัญหาการปวดศีรษะได้ และลดความดันในสมองลงได้ แต่ประสาทตาไม่สามารถฟื้นได้ เมื่อเป็นเช่นนี้จึงเป็นอันยุติการรักษา

สรุปว่า บุญมากใช้เวลาในการรักษาตัวภายในโรงพยาบาลในรอบที่สองนี้รวมทั้งสิ้น 38 วัน ตลอดเวลาเหล่านั้น เท่าที่คนไข้รับทราบคือ มีการเจาะหลังถึง 5 ครั้ง แต่ไม่ทราบถึงเหตุและผล บุญมากและญาติยังทราบว่าการแพทย์มีการเจาะช่องท้องเพื่อ “เอาน้ำจากหลังออก” แต่ “ไม่รู้เหมือนกันว่าน้ำอะไร” และทราบว่ามีการใส่สายยางที่ช่องท้องเพื่อ “ให้น้ำที่มาจากสันหลังออก” แต่ก็ไม่ทราบอีกเช่นกันว่านั่นคือการรักษาอะไร เพื่ออะไร และทำไม ทราบเพียงว่าหลังจากนั้นแล้วอาการปวดศีรษะก็หายไปเป็นปกติทั้ง แต่สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นในตัวก็คือ รอยแผลเป็นจากการเจาะช่องท้องกับสายยางภายในร่างกาย ในขณะที่สายตายังคงมองไม่เห็น

พี่สาวที่เป็นผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กล่าวถึงช่วงเวลาระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาลรอบที่สองว่า แพทย์ไม่ค่อยให้ความสนใจ และมีท่าทีไม่รับผิดชอบ

“เขาเอาน้องไปรวมกับแผนกอุบัติเหตุ เขาก็บอก “เฮ้ย ทำไมเขาต้องทำอย่างนี้” เราก็ไปตามหมอคุย หมอป่วยเขียง เขาไม่ค่อยมาสนใจ เขาจะไม่มาดูแล เราถามเขา เขาก็หนีแล้วหนีอีก แล้วหมอบางคนก็ไม่รู้เรื่อง เขาก็บอกให้น้องกลับบ้าน เขาก็บอกว่า “อ้าว เขามาจากบ้านนอกไม่ใช่เหรอ แล้วมาที่นี่ทำไม หรือจะให้เรารับผิดชอบ” คนข้างบนเขาจะพูดอย่างนี้ เขาก็เลยแย้งว่า “คุณหมอ น้องไม่ได้มาขอความช่วยเหลือจากบ้านนอกนะ เขามาขอที่โรงพยาบาลนี่” เขาก็เลยงง ๆ”

พี่สาวของบุญมากเล่าอีกว่า แพทย์ที่เคยช่วยในการผ่าตัดครั้งแรกบอกกับเธอว่า “ก็ไม่ได้อยากทำให้บอด หมอทุกคนก็อยากให้คุณใช้หายใจ” ส่วนแพทย์ที่ผ่าตัดนั้นบอกว่า ถ้าไม่ผ่าบุญมากจะอายุสั้น และผ่าไม่ผ่าเขาก็บอด

“เราก็ถามหมอว่า ทำไมตอนแรกคุณหมอไม่พูดแบบนี้” พี่สาวบุญมากกล่าว

ต่อเรื่องนี้แพทย์ศัลยกรรมประสาทคนหนึ่งกล่าวถึงการรักษาลักษณะอาการรูโหว่แต่กำเนิดว่า “ต้องมีสองจังหวะ เริ่มจากปิดช่องโหว่สมอง ซึ่งแพทย์ศัลยกรรมประสาทต้องเป็นคนทำ ต่อไปได้แก่การตกแต่งกระดูกตา โดยแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งพลาสติกเซอร์เตียมเป็นคนทำ และปกติแล้วการรักษาด้วยการผ่าตัดจะไม่มีผลกระทบต่อดวงตา”

ส่วนแพทย์หญิงแห่งภาควิชากุมารประสาทแพทย์เด็กอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า การผ่าตัดก่อนเนื้องอกนี้เลยทันทีมันก็ไม่ประสบความสำเร็จ เพราะจะมีภาวะน้ำคั่งร่วมอยู่ด้วย ดังนั้นต้องแก้ไขด้วยการใส่ท่อซึ่งเป็นวัสดุที่อยู่ในร่างกายได้ เรียกว่าการทำชั้น แต่ทั้งนี้ขึ้นกับภาวะน้ำคั่งของแต่ละบุคคล และต้องวัดความดันสมองดูว่ามีความดันในสมองมากไหม หากมากบางครั้งต้องทำชั้นก่อนแล้วจึงผ่าตัดก่อนเนื้องอก

หากพิจารณากรณีของบุญมาก จะพบว่า แพทย์ผู้รับผิดชอบหลักนั้นเป็นแพทย์ศัลยกรรมตกแต่ง แต่จะมีแพทย์ศัลยกรรมประสาทร่วมด้วยหรือไม่ จากการตรวจสอบเอกสารไม่ปรากฏหลักฐาน แต่ในการกลับเข้ารักษาครั้งที่สองด้วยอาการปวดศีรษะและมีอาการตามัวนั้น เอกสารของทางโรงพยาบาลระบุชัดเจนว่า แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งเจ้าของไข้มีการปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท และในการรักษารอบนี้ภายหลังก็มีการทำชั้นแก้ไขภาวะน้ำคั่ง กระทั่งคนไข้หายจากอาการปวดศีรษะ ทว่าไม่อาจแก้ไขปัญหาดวงตาได้

ทางโรงพยาบาลไม่ได้ให้คำตอบแก่คนไข้และญาติถึงสาเหตุของการต้องสูญเสียการมองเห็น ตลอดจนไม่มีการอธิบายถึงเรื่องที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่การชี้แจงให้ทราบว่าผลสรุปคืออะไร เมื่อตอนที่พี่สาวของบุญมากตัดสินใจนำน้องออกจากโรงพยาบาลนั้น เธอทำเพราะเห็นว่าอาการปวดหัวที่ทำให้น้องได้แต่นอนร้องไห้แทบตลอดเวลาหายไปแล้ว และแพทย์ก็ไม่อาจแก้ไขหรือมีทางออกเกี่ยวกับปัญหาเรื่องสายตา แต่เธอไม่ทราบเลยว่าอาการที่เกิดขึ้นรุนแรงเพียงใด

บุญมากออกจากโรงพยาบาลแห่งนั้นเมื่อวันที่ 19 กันยายน 2539 เสียค่าใช้จ่ายไปประมาณ 20,000 กว่าบาท และเสียความรู้สึกมากอย่างมีอาจประมาณได้ คำบอกเล่าที่แรงชัดที่สุดก็คือ บุญมากและญาติ ๆ เห็นว่าโรงพยาบาลและแพทย์ไม่ใช่ที่พึ่งอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม เนื่องจากยังคงไม่ตระหนักชัดเจนว่าเกิดอะไรขึ้นในขณะนั้นพี่สาวของบุญมากจึงขอใบส่งตัวจากทางโรงพยาบาล ตั้งใจว่าจะพาบุญมากกลับไปรักษาต่อที่ขอนแก่น กระทั่งในระหว่างที่ไปพักที่บ้านพี่สาวที่สำโรงเช่นครั้งก่อน เพื่อนบ้านบริเวณนั้นแนะนำให้ไปพบแพทย์ที่จักษุคลินิกแห่งหนึ่งซึ่งขึ้นชื่อว่าแพทย์เก่ง แพทย์ที่คลินิกได้ยืนยันกับบุญมากอีกครั้งว่า เส้นประสาทตาตายแล้ว ไม่มีทางรักษา ทุกคนจึงเพิ่งกระจ่างว่าไม่จำเป็นต้องค้นหาทางรักษาอีกแล้ว ดังนั้นบุญมากจึงกลับบ้านพร้อมใบส่งตัว ใช้เวลาพักฟื้นนานประมาณ 3 เดือน แล้วไม่ติดต่อกับสถานพยาบาลใด ๆ อีก สอดคล้องกับหลักฐานของทางโรงพยาบาลที่ระบุว่า ในการจำหน่ายตัวคนไข้รายนี้ออกนั้น แพทย์นัดให้กลับไปดูต้อในอีก 1 เดือน แต่ปรากฏว่าคนไข้ไม่เคยกลับไปอีกเลย

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

เมื่อพี่ ๆ และญาติทุกคนทราบข่าวบุญมากตาบอดเสียแล้ว โดยเทคโนโลยีสมัยใด ๆ ไม่อาจแก้ไขได้ ต่างก็ได้แต่ยอมรับสภาพ แต่การมองสาเหตุของปัญหานั้นแตกต่างกันไป เพราะไม่ทราบว่าคุณเหตุจริงเป็นอย่างไร ตัวบุญมากเองดูจะพุ่งเป้าโทษไปที่พี่สาวที่เป็นคนจัดการให้เกิดการรักษาก่อนหน้านี้ ส่วนญาติบางคนมองว่าอาจเป็นเพราะว่าบุญมากไม่ได้ไปตามนัด และบ้างก็เห็นว่าเป็นความผิดพลาดของแพทย์ แต่สรุปแล้วไม่มีใครกล่าวสรุปอะไรอย่างชัดเจน ทุกอย่างเป็นเพียงข้อสันนิษฐานและความคิดเห็น

พี่ชายคนหนึ่งของบุญมากที่บังเอิญได้งานเป็นยามประจำสถานที่ราชการแห่งหนึ่งใกล้ ๆ โรงพยาบาลจากการแหวะเวียนไปเยี่ยมน้องสาวบ่อยครั้ง มีความเห็นว่าแพทย์ควรจะเข้ามารับผิดชอบต่อเรื่องที่เกิดขึ้นบ้าง เมื่อมีโอกาสพบกับผู้สื่อข่าวเขาจึงเล่าเรื่องราวเจ็บปวดของน้องสาวและของครอบครัวให้ฟัง

หนังสือพิมพ์หัวสีฉบับหนึ่งตีพิมพ์เรื่องของบุญมากลงในฉบับที่วางขายในจังหวัดรอบนอกกรุงเทพฯ ราวกลางเดือนตุลาคมปีนั้น ทำให้มีผู้ส่งจดหมายไปที่บ้านว่าควรมีการเดินเรื่องต่อ แต่บรรดาพี่น้องและญาติไม่ได้ทำตามคำแนะนำนั้นด้วยเหตุว่าไม่มีเงิน ประกอบกับเห็นว่าการถึงอย่างไรก็แก้ไขอะไรให้ดีขึ้นไม่ได้

แต่อย่างไรก็ดี บรรดาผู้เกี่ยวข้องต่างก็มีความคาดหวังที่ตรงกันว่า แพทย์ควรจะช่วยรับผิดชอบค่าครองชีพของบุญมากบ้าง สักเดือนละ 1,000 - 2,000 บาท เพื่อให้บุญมากยังชีพไปได้โดยไม่เป็นภาระทางเศรษฐกิจแก่คนอื่นมากนัก

ทว่าสำหรับเจ้าตัวเอง เธอเพียงแต่มองขึ้นไปบนฟ้า ไม่ได้เอ่ยปากออกมาว่าต้องการสิ่งใด

ระบบในการตรวจสอบความผิดพลาดภายใน

จนถึงปัจจุบันครอบครัวบุญมากยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงเลยว่า อะไรทำให้บุญมากตาบอด เกิดจากการที่บุญมากไม่มาพบแพทย์ตามนัด หรือจากการที่มีความผิดพลาดจากการรักษาพยาบาล ระบบบริการสาธารณสุขที่ดี จะต้องตอบคำถามข้อสงสัย ความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากระบบบริการที่เป็นอยู่ได้

ในปัจจุบันคุณภาพในทางวิชาการของการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่ยังขาดการตรวจสอบอย่างเที่ยงแท้ และยังคงเป็นการตัดสินใจและขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ในระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งเท่ากับทำให้ขาดหลักประกันที่รัดกุมเพียงพอต่อความปลอดภัยของคนไข้ รวมทั้งยังเป็นการสร้างภาระให้แพทย์ต้องเป็นผู้แบกรับในยามที่เกิดความผิดพลาดขึ้น

ในกรณีนี้เช่นกัน ปรากฏว่าเหตุผลและเงื่อนไขการตัดสินใจไม่ทำขึ้นในการผ่าตัดครั้งแรกนั้นมีเพียงแพทย์ผู้รักษาเท่านั้นที่ทราบ ดังนั้นจึงไม่มีความชัดเจนใด ๆ ว่า นั่นคือเหตุทำให้เกิดปัญหาขึ้นหรือไม่ ประเด็นนี้เองมีส่วนเชื่อมโยงถึงการตรวจสอบค้นหาความจริง โรงพยาบาลจะมีระบบตรวจสอบภายในอย่างไร เพื่อรับทราบความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และนำข้อมูลที่ทราบมาปรับปรุงคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล⁴

แต่ทราบเท่าที่การรับผิดชอบต่อความผิดพลาดและการตัดสินใจในทางการรักษายังคงเป็นภาระของแพทย์แต่ละคนเพียงลำพัง อาจเป็นแรงกดดันให้เกิดการปกป้องตนเองของแพทย์ ซึ่งในที่สุดย่อมกลายเป็นอุปสรรคสำคัญในกระบวนการพิสูจน์เรื่องราวที่เกิดขึ้น มีการปกปิดข้อมูลและการบิดเบือนความรับผิดชอบตามมาได้ ดังเช่นในการศึกษาวิจัยกรณีนี้ ทางสถานพยาบาลและแพทย์ต่างปฏิเสธไม่ให้ความร่วมมือใด ๆ ทั้งสิ้น แม้แต่เอกสารเวชระเบียนก็ได้มาด้วยการใช้สิทธิ์ของผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. ข้อมูลข่าวสาร

ความทุกข์และภาระต่อเนื่อง

ด้วยความที่ไม่ได้ตาบอดแต่กำเนิด บุญมากจึงต้องปรับตัวอย่างหนักกับการใช้ชีวิตส่วนที่เหลือ หลังจากออกจากโรงพยาบาลในรอบที่สองมาแล้ว บุญมากซึ่งยังคงอยู่ในวัยทำงานไม่อาจประกอบอาชีพเดิมที่ต้องใช้สายตาเป็นหลักได้ งานบ้านที่เคยทำได้คล่องแคล่วก็กลายเป็นงานที่ทำได้ยาก แม้แต่การประกอบกิจวัตรประจำวันธรรมดาภายในบ้านอันคุ้นเคยที่อาศัยอยู่มาแต่เยาว์วัยยังเต็มไปด้วยอุปสรรค โดยเฉพาะในการขึ้นลงบันได การเข้าห้องน้ำ ฯลฯ

จากเดิมที่เธอเคยเป็นฝ่ายช่วยเหลือดูแลแม่จึงกลับกลายเป็นว่าแม่ต้องรับภาระช่วยเหลือเธอ ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องหนักทั้งต่อร่างกายและจิตใจสำหรับหญิงสาววัยกว่า 60 ปีที่เป็นโรคหัวใจและโรคคอพอก ในที่สุดทั้งบุญมากและแม่จึงต้องย้ายไปอยู่กับพี่สาวอีกคนหนึ่งที่มีบ้านชั้นเดียวอยู่ในบริเวณใกล้เคียงกัน

“ตอนนี้แม่ทรุดมาก ห่วงน้อง เขาเคยยawn สองสามปีมานี้ทรุดมากเลย เขาต้องมาเลี้ยงคนตาบอด ...” พี่สาวที่เป็นคนจัดการเรื่องผ่าตัดก่อนเนื้อหาของบุญมากบอกเล่าสภาพของผู้เป็นแม่ ส่วนความทุกข์ของตัวเอง

⁴ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชอุฏกุล, โรงพยาบาลที่ (ไม่) นำใจไว้วางใจ หนังสือชุด พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เล่ม 1 สิงหาคม 2541 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หน้า 10.

นั่นก็ไม่ได้ด้อยไปกว่ากัน เนื่องจากตัวเธอถูกเชื่อมโยงว่าเป็นต้นเหตุของเรื่องที่เกิดขึ้น สร้างความรู้สึกผิดให้ไม่น้อย

เธอเล่าว่า “คนเคยตาดี ทำได้ทุกอย่าง พอมาตาบอดอย่างนี้เขาทำอะไรไม่ได้ เขามีแต่ดำเราอย่างเดียวว่า ‘เพราะพี่พาไปผ่าถึงเป็นแบบนี้’ จิตใจเราไม่ได้คิดแบบนี้หรอก คิดแต่ว่าให้น้องสบาย ให้น้องมองเห็น ให้น้องสวย (เสียงสั่นเครือ) ก็เลยพาไปทำ น้องพูดอย่างนี้ วันนั้นร้องไห้เลย เขาว่าเขตาบอดเพราะพี่พาไปทำ เราก็คงต้องคิดมากใช่ไหม คิดมากมาตั้งปีสองปีเรื่องน้อง”

นอกจากคิดมากแล้ว สิ่งที่พี่สาวพยายามทำก็คือ การทำงานหนักและส่งเงินบางส่วนให้น้องใช้ โดยที่ตัวเองมีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 6,000 บาท และมีลูก 2 คนที่อยู่ในวัยเริ่มต้นรับเรียน

โชคที่หลังจากผ่านไปได้สองปี บุญมากจะเปลี่ยนความคิดในเรื่องนี้ไป จากการที่คนอื่น ๆ พากันช่วยพูดให้เธอเข้าใจพี่สาวมากขึ้นว่า ไม่ควรจะไปโทษเพราะพี่นั้นหวังดี เป็นห่วง อยากให้น้องสวย และเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วก็ตกทุกข์ได้ยากด้วยกัน ทุกวันนี้บุญมากจึงดูจะทำใจได้มากขึ้น เธอบอกว่า “แต่ก่อนก็คิดอยู่ แต่ตอนนี้ไม่แล้ว”

สำหรับชีวิตแต่ละวันในปัจจุบันของบุญมาก เธอใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการนั่งหน้าจอโทรทัศน์ ผู้ที่ไม่รู้จักจะเข้าใจว่าเธอกำลังใช้สายตาหาความบันเทิงจากเรื่องราวที่น่าเสนอทางจอภาพ เพราะดวงตาของเธอดูไม่มีความผิดปกติใด ๆ ทว่าแท้จริงแล้ว หญิงสาวคนนี้ได้แต่ใช้หูเปิดรับรู้เรื่องราว หาความเพลิดเพลิน และฆ่าเวลาไปทีละวัน ๆ

กรณีที่ 2

ชื่อ	จินดา
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2538)	18 ปี
เพศ	ชาย
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	เก็บสามล้อรับจ้างและรับจ้างใช้แรงงานทั่วไป
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	ถูกยิงบริเวณหน้าท้องและขาข้างซ้าย กระสุนฝังใน

ข้อมูลทั่วไป

ทุกวันนี้ “จินดา” ในวัย 22 ปียังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวอันประกอบด้วยแม่วัย 47 ปี น้องชาย 2 คน วัย 20 ปี และ 8 ปี ตามลำดับ ตลอดจนครอบครัวของน้องสาววัย 18 ปีอีก 3 คน รวมเป็น 7 คน พำนักอยู่ด้วยกันในบ้านเช่าขนาดเล็กย่าน ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี บ้านที่วาปูลูกสร้างด้วยไม้ มีสภาพเก่าทรุดโทรมเต็มที หลังจากที่มุ่งสังกะสีนั้นมีรูรั่วอยู่หลายแห่ง ซึ่งจินดาเล่าว่า ถึงหน้าฝนที่ไร ถ้าฝนตกกลางคืน ก็ไม่สามารถนอนหลับได้

สภาพภายในตัวบ้านมีห้องเล็ก ๆ ขนาดพอวางฟูกนอนได้ 1 หลังจำนวน 2 ห้อง ห้องหนึ่งจินดาและน้องชายอีกสองคนยึดครองหลับนอน ขณะที่อีกห้องหนึ่งน้องสาวอยู่กับสามีและบุตร ส่วนแม่นั้นอาศัยนอนบนพื้นที่ว่างแคบ ๆ ระหว่างห้องทั้งสอง

ฐานะทางครอบครัวนี้ถือว่าอยู่ในระดับที่ยากจนมากมาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ เดิมแม่ของจินดาเป็นชาวพระประแดง แต่งงานกับสามีที่มีอายุแก่กว่าถึง 20 กว่าปี สร้างความไม่มั่นใจแก่บุคคลในครอบครัวของแม่ของจินดา จนเกิดการทะเลาะวิวาท ในที่สุดทั้งสองพร้อมจินดาซึ่งขณะนั้นยังเล็กจึงอพยพครอบครัวมาอาศัยอยู่ จังหวัดนนทบุรี โดยฝ่ายหญิงยึดอาชีพหลักเก็บสามล้อรับจ้างในซอยโรงพยาบาลบาราตนาดูเรื่อยมา ส่วนฝ่ายชายตระเวนขอทานอยู่ละแวกตลาดเมืองนนท์

จินดาและน้อง ๆ ต่างไม่มีใบเกิด เพราะเหตุว่าแม่ซึ่งหมางใจกับครอบครัวเดิมไม่ได้แจ้งย้ายสำเนาทะเบียนบ้านออกมา เด็ก ๆ ทั้ง 4 คนจึงไม่ได้รับการศึกษา และไม่สามารถอ่านออกเขียนได้

จินดาเล่าว่า ความยากจนขั้นแค้นของครอบครัวทำให้เขาต้องเก็บสามล้อรับจ้างตั้งแต่อายุได้เพียง 13 ปี “ตอนนั้นยังต้องนั่งบนเหล็กอยู่เลย ไม่สามารถนั่งตรงเบาะได้ เพราะขาเอื้อมไม่ถึงที่ปั่น ราคาค่าเช่าในตอนนั้นวันละ 30 บาท ถีบได้วันละร้อยกว่าบาท แต่ไม่ค่อยเหลือหรอก เพราะต้องหักค่าเช่ารถ และต้องกินต้องใช้”

นอกจากประกอบอาชีพเดียวกับแม่แล้ว จินดายังเคยผ่านงานรับจ้างใช้แรงงานอีกสองสามอย่าง แต่ส่วนใหญ่ทำได้ไม่นานก็หันกลับไปเก็บสามล้ออีก

วันที่เกิดเรื่องจนทำให้เขาต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลตรงกับวันลอยกระทงปลายปี 2538 จินดาเผชิญเข้าไปอยู่ในเหตุการณ์ยิงล้างแค้นกัน ในซอยเรวดี 26 ทำให้ถูกลูกหลงเข้าที่บริเวณหน้าท้องและท่อนขา ด้านซ้าย

อาจารย์ประจำโรงเรียนในละแวกนั้นและภรรยาซึ่งอยู่ในเหตุการณ์ เป็นผู้นำตัวเขาส่งโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ทางโรงพยาบาลรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในและแพทย์ได้ผ่าตัดเอากระสุนออก พร้อมกับทำ colostomy

ด้วยการเจาะช่องท้องด้านซ้าย เอาปลายลำไส้ใหญ่ข้างหนึ่งออกมาไว้นอกร่างกายสำหรับขับถ่ายและป้องกันการติดเชื้อ ส่วนปลายอีกข้างหนึ่งเย็บติดเอาไว้

จินดากลับบ้านหลังจากนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 16 วัน โดยทางโรงพยาบาลให้ยาและอุปกรณ์สำหรับครอบลำไส้มาด้วยจำนวนหนึ่ง เขาเล่าว่า แพทย์ได้นัดให้กลับไปเพื่อดูอาการในเวลาอีก 3 เดือนข้างหน้า ซึ่งเขาก็กลับไป

“นัดครั้งแรกไป 3 ครั้ง สองวันแรกไม่เจอ วันที่ 3 ถึงเจอ หมอบอกว่าลำไส้ใหญ่เกินไป ยังใส่ให้ไม่ได้ หมอให้เปิดลำไส้ให้ดูแล้วบอกว่าต้องรอไปก่อน ใส่แล้วเดี๋ยวมันเน่าต้องรอถึง 6 ปี ผมเดินร้องไห้กลับบ้านเลย ” จินดาเล่า และบอกด้วยว่า หลังจากนั้นเขาพยายามไปพบแพทย์อีก 2 ครั้ง กล่าวคือหลังการนัดหมายครั้งแรกอีก 4 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ แต่แพทย์ก็ยังคงปฏิเสธด้วยเหตุผลเช่นเดิม กระทั่งเรื่องของเขากลายเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ขึ้นมา

ระบบยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

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

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

กรณีของจินดาซับซ้อนมากกว่าการขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ซึ่งหากพิจารณาภายใต้ระบบหลักประกันในปัจจุบัน จินดาอาจถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่รัฐควรให้ความช่วยเหลือ แต่เนื่องจากจินดาไม่มีบัตรประชาชน ทำให้การเข้าถึงหลักประกันเรื่องนี้กลายเป็นเพียงการวาดวิมานในอากาศ

ทุกข์จากการรับบริการ

ความคับแค้นเพราะอัตคัดเงินทอง ประกอบกับความทุกข์จากสภาพร่างกายที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทำให้จินดาปักใจเชื่ออย่างยิ่งว่าเป็นเพราะความจนที่ทำให้ตนไม่ได้รับการรักษาดูแลที่ดี ซึ่งเขารู้สึกเช่นนี้ตั้งแต่แรกเข้าไปในโรงพยาบาลแล้ว

“พอไปถึงก้นนอนบนรถเข็น ที่แรกไม่ยอมรับเราด้วย ผมก็ได้ยินเขาคุยกันว่าคุณมีเงินหรือเปล่า ถ้ายังไม่มีเงินก็รอไปก่อน พอติดอนั้นนักรรยาของอาจารย์เขามา ก็เลยจ่ายไปให้ก่อน 3,500 บาท ตอนนั้นผมจะขาดใจอยู่แล้ว ไปถึงเขาก็บอกว่าจะเอาเงิน” สิ่งที่จินดาบอกเล่ากับคำพูดของภรรยาอาจารย์ที่เป็นผู้นำเขาส่งที่โรงพยาบาลไม่เหมือนกันเสียทีเดียว แต่ตรงกันในประเด็นเรื่องการเรียกเก็บเงิน กล่าวคือภรรยาอาจารย์เล่าว่าเมื่อไปถึงโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ก็เอาเตียงมารับ เสียบสายน้ำเกลือให้ทันที แต่ก็เรียกเก็บเงินค่าน้ำเกลือทันทีเช่นกัน เป็นจำนวนเงิน 600 บาท โดยบอกว่า “ต้องจ่ายเดี๋ยวนั้น ”

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

เมื่อตอนจะออกจากโรงพยาบาล ความรู้สึกในทรวงทรวงคล้ายคลึงกันก็เกิดขึ้นกับจินดาอีก จากการที่มีพยาบาลคนหนึ่งมาถามว่าอยากกลับบ้านไหม ซึ่งเขาตอบไปว่า "อยากกลับ" แต่ความรู้สึกที่ต่อเนื่องตามมาของเขาก็คือ คำถามนั้นเหมือนเป็นการไล่เขาออกจากโรงพยาบาลทั้งที่อาการเจ็บป่วยยังไม่หายดี นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังให้ทำสัญญาค้ำชำระค่าใช้จ่ายเอาไว้

"เราก็กถามว่าเมื่อไหร่จะใส่ใส่ให้ หมอบอกว่าให้รอไปก่อน 6 ปี แล้วบอกว่าถึงเวลานัดใส่ใส่แล้วจะเรียกมา เพราะเราไม่มีเงินจ่าย หมอบอกให้กลับบ้านไปก่อนเพราะโรงพยาบาลเต็ม" จินดากล่าว

เมื่อเขามีปัญหาเรื่องการผ่าตัดลำไส้กลับเข้าไป เขาจึงปักใจคิดว่า ปัญหาอยู่ที่เรื่องเงินอย่างแน่นอน "เขานัดสามเดือนครึ่งหนึ่ง สี่เดือนครึ่งหนึ่ง แล้วก็สามเดือนอีกครั้งหนึ่ง ผมก็รอ จนกระทั่งแจ้งนักร้าว โรงพยาบาลก็เอารถมารับทันที แล้วก็ใส่ใส่ให้ อย่างนั้นที่บอกว่า 6 ปี ก็หลอกผมนะสิ แสดงว่าเขาต้องการเงิน" จินดาสรุปสาเหตุแห่งปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น

แต่สำหรับคำชี้แจงของทางโรงพยาบาลที่ให้แกหนังสือพิมพ์ มีใจความตอนหนึ่งว่า "...หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ รวมเวลารักษาตัว 16 วัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้าน และนัดมาตรวจเพื่อพบแพทย์ที่ทำการรักษาในอีก 3 เดือน แต่ปรากฏว่าแผลยังไม่หายสนิท ยังไม่ควรที่จะผ่าตัดลำไส้ใหญ่กลับสู่ช่องท้องในช่วงเวลานี้ เจ้าหน้าที่จึงแจ้งให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ผู้รักษาตามเวลาที่ออกตรวจ เพื่อจะได้นัดผ่าตัดต่อไป แต่หลังจากนั้นผู้ป่วยก็ไม่ได้กลับมาติดต่อกับทางโรงพยาบาลอีกเลย"

ไม่ว่าข้อเท็จจริงประเด็นเรื่องเงินจะเป็นอย่างไร แต่ที่แน่ ๆ คือ จินดาต้องมีลำไส้อยู่ภายนอกช่องท้องเป็นเวลารวมทั้งสิ้นประมาณ 1 ปี 5 เดือน และการที่ไม่ได้รับการผ่าตัดนำลำไส้กลับเข้าภายในช่องท้องเสียที่ก็ส่งผลต่อชีวิตเขาอย่างมาก

จากสภาพความยากจนที่มีอยู่เป็นทุนเดิมแล้ว เมื่อสมาชิกคนหนึ่งในรอบครัวเกิดเจ็บป่วย ผลกระทบทางเศรษฐกิจจึงนับว่าหนักหนาที่สุด โดยผลกระทบเบื้องต้นมาจากการมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มในส่วนของการยาและอุปกรณ์ ซึ่งเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดกับครอบครัวนี้เล่าว่า "ตอนอยู่ที่ใช้ขี้ขี้ถ่ายหมด ไปขอที่โรงพยาบาลเขาก็ไม่ให้ถามว่ามีเงินมาซื้อหรือเปล่า เวลาจินดามาขอเงินบ้าง บ้างมีบ้างให้ บ้างที่บ้านโน้น (บ้านลูกชาย) เขาก็ให้รวม ๆ กันให้ไปเป็นหมิ่น ชื่อถุงบ้าง ชื่อยาแก้อักเสบ - แก้วปวดบ้าง"

ส่วนจินดาเล่าว่า "เคยกำเงิน 200 บาทไปซื้อถุงที่โรงพยาบาล เขาก็ให้มาไม่กี่ถุง พอผมไม่มีเงินซื้อก็เลยใช้ถุงก๊อบแก๊บแทนนี่แหละ" เขาอธิบายกรรมวิธีใช้ถุงพลาสติกหุ้มเป็นวัสดุทดแทนว่า ใช้เชือกฟางร้อยเข้าทางหูหิ้ว แล้วคาครอบเอว บางครั้งถ้าใช้เชือกฟางรั้งไม่ได้ผลหรือหย่อนเกินไป ก็จะใช้เส้นลวดรัดเอวแทน

ความลำบากทางเศรษฐกิจอีกด้านหนึ่งสัมพันธ์กับการประกอบอาชีพ ซึ่งจินดาเล่าว่า "ตอนใส่อยู่ข้างนอก ผมเคยไปขอแบกปูน เจ้าเจ้าของร้านเขาเคยห้ามไว้ บอกว่าเดี๋ยวใส่ทะลัก ผมเลยไม่ทำ กลัวปูนจะเข้าแผลแล้วตายด้วย..."

ในช่วงแรก ๆ จินดาแทบจะทำงานไม่ได้เลย แต่ภาวะความจำเป็นก็บีบบังคับตลอดเวลา ดังที่จินดากล่าวไว้ว่า "เวลาไม่มีกินก็ต้องทำ แม่รู้ บอกว่าไม่ต้องไปทำ ให้นอนเลย ส่วนน้องชายกับแม่ก็ต้องไปช่วยกันหารหาเงิน ผมถึงรีบร้อนอยากใส่ใส่ จะได้ช่วยแม่ทำมาหากินอีกแรง"

นอกจากนี้เขายังพูดถึงเหตุการณ์อีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ลำบากใจ "ผมเคยไปนั่งขอทานที่ตัวจังหวัดนนทบุรี ไปแค่ครั้งเดียวแล้วไม่เอาอีกเลย ผมอายเขา ต้องคอยเปิดลำไส้ให้เขาดู ไม่อย่างนั้นไม่ได้เงิน เพราะสภาพร่างกายอย่างอื่นปกติหมด ตอนนั้นเราไม่มีรถรา กลุ้มใจเลยไปนั่งขอตังค์ ได้มาก็สิบสามสิบกว่าบาทก็กลับบ้าน กลัวเทศกิจมาจับเหมือนกัน ยิ่งเราเป็นคนเถื่อนด้วย"

ข้างฝ่ายผู้เป็นแม่เล่าว่า ตอนที่ลูกชายคนโตป่วยนั้นลำบากมาก เพราะเขาถือเป็นกำลังหลักในการหารายได้เข้าครอบครัว เมื่อมาล้มป่วยจึงต้องกู้หนี้ยืมสินจากผู้ปล่อยกู้ 5 ราย รวมเป็นเงินหมื่นกว่าบาท ในอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 20 ต่อเดือน ซึ่งทุกวันนี้ก็ยังชำระหนี้ไม่หมด

จากการสอบถามนายจ้างเก่าเจ้าของร้านวัสดุก่อสร้างที่จินดาเคยทำงานด้วย ระบุว่าเคยใช้เงินช่วยเหลือครอบครัวนี้จำนวน 500 บาท เพราะจินดาขอ "ตอนที่เห็นสภาพแล้วเรารู้สึกกลัวใจ คนเรามีไสยอยู่ข้างนอกมันก็ลำบาก ยิ่งต้องทำงานกับสามล้อด้วยแล้ว เรื่องอย่างนี้โรงพยาบาลทำไม่ได้ มีอย่างเหวี่ยงปล่อยให้ใส่คนไข้อยู่ข้างนอกเป็นปี ๆ อย่างว่าแหละ ถ้าไม่มีเงินก็ไม่รักษา ... เราเห็นแล้วก็รู้สึกสงสาร"

นอกจากผลกระทบต่อครอบครัวในทางเศรษฐกิจและชีวิตความเป็นอยู่แล้ว ยิ่งไปกว่านั้นจินดายังบักใจเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้พ่อวัย 80 กว่าปีต้องมาเสียชีวิตในระหว่างที่กำลังนั่งขอทานกลางสะพานลอยแถวตลาดเมืองนนท์ เนื่องจากคิดมากจากอาการไม่สบายของเขา รวมทั้งกังวลกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่นับวันมีแต่จะเลวร้ายลง

"ช่วงนั้นเป็นตอนสาย ๆ มีคนมาบอกว่าพ่อชกตายกลางสะพานลอย เพราะเขาคิดมาก ไม่มีเงิน และเป็นโรคความดัน ก่อนหน้านี้ผมต้องเป็นคนคอยเป่ายานัดดูให้อยู่เสมอ ๆ พ่อตาย รถปอแตกตั้งก็มารับไป เพราะไม่มีเงินจะทำศพ "จินดาบรรยายความรู้สึกคับแค้นใจ

สำหรับเรื่องความยากลำบากทางกาย ก่อนช่วงมีปัญหในช่วงกลับจากโรงพยาบาลใหม่ ๆ ซึ่งจินดาเล่าว่า "โรงพยาบาลให้น้ำยามาขวดหนึ่ง ล้างลำไส้ แล้วให้ยามาใส่ พอยาหมดไม่มียากิปิดไว้อย่างนั้น รุ่งมาก็เหม็นเน่า เวลาผมกินมาก ๆ ท้องจะบิด กินอะไรไม่ค่อยได้ ถ่ายออกมาหมด ท้องเสียทั้งวัน ช่วงกลับจากโรงพยาบาลแรก ๆ ทำงานไม่ไหวนอนทั้งวัน บางทีไปเจอคนที่ไม่รู้ว่าเป็นอย่างนี้เขาก็บ่น เฮ้ย! อะไรวะเหม็นๆ" จินดาบรรยายความทุกข์ที่ต้องเผชิญ

✕ อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลัง ๆ ถึงแม้จะยังคงมีปลายลำไส้ใหญ่เปิดอยู่ภายนอกช่องท้อง แต่เมื่อสภาพอยู่ตัวขึ้นจินดาก็กลับไปเก็บสามล้อรับจ้างอีกครั้ง จนกระทั่งเรื่องราวความทุกข์ยากของหนุ่มรันทดผู้นี้กลายเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์

ทัศนะและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลกระทบของ colostomy

ในทางการแพทย์ การทำ colostomy ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา เพราะถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา ผู้ป่วยสามารถมีลำไส้ใหญ่อยู่นอกช่องท้องตลอดชีวิตได้โดยมีความสุขตามปกติ ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดปิด²

อย่างไรก็ตาม ในทัศนะของคนทั่วไปไม่ได้มองเรื่องนี้ธรรมดาไปด้วย และพบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ที่ทำ colostomy จะไม่สามารถทำใจยอมรับได้ เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจมากกว่าด้านร่างกาย โดยเฉพาะในระยะแรก ผู้ป่วยมักยอมรับไม่ได้ ต่อเมื่อเวลาผ่านไปจึงสามารถปรับตัวได้มากขึ้น ซึ่งปัจจัยการยอมรับและการปรับตัวเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล แต่มีเวลาเป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่ง และวัยที่แตกต่างกันก็จะมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่แตกต่างกันด้วย โดยในวัยหนุ่มสาวจะได้รับความสะเทือนใจมากกว่าวัยผู้สูงอายุ เพราะวัยหนุ่มสาวเป็นวัยที่ต้องเข้าสู่สังคม พบปะผู้คน และมีกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อสภาพร่างกายแตกต่างออกไปย่อมจะรู้สึกขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดความกังวลวิตก ขำขี้ขลาดบางรายถ้าเกิดถุงที่ครอบลำไส้ไว้หลุด สกปรกเหม็น

² สัมภาษณ์นายแพทย์รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เดือนกุมภาพันธ์ 2542

นอกจากนี้ ถึงอย่างไรผู้ที่ colostomy ก็ไม่อาจใช้ชีวิตได้เต็มร้อยเปอร์เซ็นต์เช่นเดียวกับคนทั่วไป และมีภาวะพิเศษ อย่างน้อยที่สุดก็ต้องเรียนรู้การใช้อุปกรณ์ ซึ่งปัญหาที่มักเกิดขึ้นกับผู้ใส่ลำไส้เปิดที่หน้าท้องคือ การติดถุงไม่พอดี ทำให้เกิดแผล ส่วนด้านการดำเนินชีวิตประจำวันก็มีข้อต้องระมัดระวัง เช่น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารบางประเภท เช่นที่ก่อให้เกิดกลิ่นรุนแรง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการกระทบกระแทกรุนแรง โดยเฉพาะในระยะแรกทำ colostomy ไม่นาน ลำไส้ อาจมีเลือดออกได้ง่าย ซึ่งผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว เนื่องจากบริเวณลำไส้ใหญ่ไม่มีเส้นประสาท

สำหรับภาวะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ นับว่าไม่เป็นปัญหาต่อผู้ทำ colostomy เพราะลำไส้ใหญ่โดยปกตินั้นสกปรกและในอุจจาระก็มีเชื้อโรคมากอยู่แล้ว³

colostomy สำหรับจินดาผู้มีพ่อเป็นขอทานและแม่เป็นคนตีบทรูดสามล้อรับจ้างยังไม่ใช่เรื่องปกติธรรมดาของชีวิตอย่างแน่นอน และย่อมเป็นภาระและความเดือดร้อนที่ไม่เล็กน้อย ทั้งนี้ มีพิกัดต้องกล่าวถึงภาวะทางจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความกังวลที่เกิดจากความไม่รู้หรือความกังวลอื่นที่สมเหตุสมผล เหล่านี้ควรที่แพทย์จะต้องให้ความใส่ใจและทำความเข้าใจให้มากขึ้น ตลอดจนถือเป็นภาระหน้าที่ในการให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง แทนที่จะมอบแต่ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วย อันรังแต่จะสร้างปัญหาและก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างแพทย์กับสังคมโดยรวม ดังเช่นที่เกิดขึ้นในกรณีนี้ด้วย เพราะถึงอย่างไร ในความรับรู้ของคนทั่วไปก็ยังคงมองว่าการมีลำไส้เปิดอยู่ภายนอกช่องท้องเป็นความอเนจอนาถอยู่นั่นเอง

แพทย์เองจะไม่อาจอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข หากยังคงมีทัศนคติเชิงดูแคลนต่อความไม่รู้และความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องนักเหล่านี้

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

รายงานข่าวของหนังสือพิมพ์ "ข่าวสด" ฉบับวันที่ 2 เมษายน 2540 ลงเรื่องของจินดาว่า "ไวย ร.พ.ดิ่ง ผ่าตัดลำไส้แล้วไม่ยัดคืน อ้างต้องมีค่าผ่าตัดหมื่นห้า เผยหนุ่มรันทด โดนลูกหลงวัยรุ่นไล่ยิงกัน ร.พ. ... (โรงพยาบาลที่รักษา) รับตัวเข้ารักษา ผ่าตัดบาดแผลแล้วเอาลำไส้ใหญ่ออกมาไว้ข้างนอกช่องท้อง เพื่อใช้ขับถ่าย แทนทวารหนัก พอถึงเวลานัดกลับเรียกค่าผ่าตัด 15,000 บาท แม่หนุ่มรันทดหมดปัญญาหาเงิน ...ขนาดไปอ่อนวอนถึง 2 ครั้ง ทางรพ.ยังยืนกรานต้องใช้เงินเท่าเดิม ทุกวันนี้ลูกชายทนทุกข์ทรมาน ใช้ถุงพลาสติกครอบลำไส้ วอนผู้ใจบุญยื่นมือช่วยเหลือ"

เหตุที่เรื่องของจินดาดกเป็นข่าวสืบเนื่องมาจากการที่ญาติของคนในซอยเดียวกันได้เห็นปลายลำไส้ที่เปิดอยู่ของเขาและรับทราบเรื่องราว จึงนำความไปแจ้งแก่นักข่าว

หลังจากที่ข่าวตีพิมพ์ออกไป ในวันรุ่งขึ้นทางโรงพยาบาลก็ได้ส่งรถพยาบาลพร้อมด้วยนักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสุศึกษา และประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล มารับตัวเขาถึงบ้าน จินดาได้รับการปิดแผล colostomy เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2540 โดยระหว่างนั้นเขาระบุว่า ได้เข้าพักในห้องพิเศษรวมเวลาทั้งสิ้น 15 วัน คือตั้งแต่วันที่ 3 - 17 เมษายน

ทางโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่า ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 11,528 บาท ซึ่งไม่มีการเรียกเก็บจากคนไข้แต่อย่างใด

³ สัมภาษณ์กลุ่ม Ostomy Care ของโรงพยาบาลศิริราช เดือนมีนาคม 2542

ผลจากการเป็นข่าวไม่เพียงแต่ทำให้จินดาได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย หากยังเป็นเหตุให้ผู้ใจบุญหลายรายนึกเวทนา บริจาคเงินช่วยเหลือ

จินดาเล่าว่ามีนักแสดงอาวุโสท่านหนึ่ง ซึ่งขณะนั้นพักรักษาตัวด้วยโรคหัวใจอยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ได้ให้เงินช่วยเหลือเป็นจำนวนเงิน 18,000 บาท นอกจากนี้ยังมีผู้สงเคราะห์อีกหลายราย แต่เพราะเขาไม่มีบัตรประชาชน จึงไม่สามารถนำไปขึ้นเงินได้ ท้ายที่สุดชนาณัติเหล่านั้นก็ถูกตีกลับ

อิทธิพลของสื่อมวลชนต่อระบบบริการ

ข่าวของจินดาที่ถูกเผยแพร่ออกไปทางหนังสือพิมพ์เป็นปัจจัยผลักดันให้จินดาได้มีโอกาสกลับไปโรงพยาบาลผ่าตัดเอาลำไส้กลับไว้ในช่องท้องดั้งเดิม

แต่จะมีผู้ป่วยสักกี่คนที่มีโอกาสเข้าถึงสื่อมวลชนในการเผยแพร่ปัญหาจากการใช้บริการ หรือแม้แต่หากแต่ละกรณีได้รับการเผยแพร่ทางสื่อมวลชนและได้รับการแก้ไขปัญหาล่วงไปด้วยดี แต่การแก้ปัญหานั้นก็จำเป็นต้องกระทำควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการ มิใช่การแก้ปัญหาแบบเฉพาะหน้าเป็นรายกรณี

การปฏิรูประบบบริการด้านสาธารณสุขจะต้องถูกปรับปรุงเพื่อให้เกิดปัญหาความทุกข์ของคน ไม่อย่างนั้น ปัญหาที่จะเกิดขึ้นจากระบบบริการคงจะยังคงคู่กับสังคมไทย

ต่อกรณีการรักษาพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ที่กินระยะเวลายืดเยื้อปีเศษ นายแพทย์รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาล และเป็นแพทย์ผู้ผ่าตัดรักษาในครั้งหลังได้ชี้แจงว่า ปัญหาดังกล่าวสืบเนื่องมาจากตัวผู้ป่วยเอง เพราะผู้ป่วยไม่ได้มาตามกำหนดนัดหมายของแพทย์ผู้รักษา หลังจากนั้น แม้ผู้ป่วยอาจมาโรงพยาบาลอีก แต่ไม่ได้พบแพทย์ ดังนั้นในที่สุดจึงพาลไม่มาโรงพยาบาลอีกเลย

แพทย์ผู้นี้ยังเชื่อว่า เป็นเพราะระดับสติปัญญาของผู้ป่วยไม่ค่อยมี เนื่องจากไม่มีการศึกษา จะถามหรือแสดงความคิดเห็นอะไรก็ไม่กล้า เป็นคนเฉย ๆ จากประสบการณ์ตรงที่ได้เคยพูดคุยซักถามเขาพบว่า เวลาถามอะไรก็ไม่ปฏิบัติตามตอบสนอง แม้แต่เมื่อผ่านการผ่าตัดครั้งที่สองและมีการนัดมาดูแผลหลังจากนั้นอีกประมาณหนึ่งสัปดาห์ ผู้ป่วยก็ไม่ได้สนใจมาตรวจตามนัด "ซึ่งถ้าเป็นผู้ป่วยอีกระดับหนึ่ง เขาจะดูแลสุขภาพของตัวเองเป็นอย่างดี ส่วนนายจินดานั้นเขาห่วงการทำมาหากินของตนเองมากกว่า" แพทย์รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าว

สอดคล้องกับคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ ซึ่งเป็นผู้ไปรับตัวจินดาที่บ้านเข้ารับรักษาอีกครั้ง เธอถ่ายทอดภาพของคนที่ไข้ว่า "ความรู้สึกของเขาเฉย ๆ ไม่ได้ซีเรียสกับอาการป่วยตัวเอง เพราะผู้ป่วยบางคนเวลาหมอนัด จะซีเรียสมาก ต้องมาให้ตรงนัด อย่างวันที่ไปรับตัวนายจินดาก็ต้องไปนั่งรอ เพราะเขาออกไปเก็บสามล้อ ดูเขาก็ไม่ได้เดือดร้อนอะไร" อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์คนดังกล่าวก็มีความเห็นว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนายจินดาถือว่ายากจนจริง

สำหรับประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่กลายเป็นข่าวอื้อฉาว เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลอธิบายว่า เหตุที่ทำให้บังเอิญเรื่องนี้ให้แก่นายจินดาภายหลังการรักษาพยาบาลในครั้งแรกนั้น เนื่องจากในกรณีของเขามีกรณีที่สามารถเรียกร้องค่าเสียหายได้ จึงถือว่าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล แม้ไม่อาจชำระค่าใช้จ่ายเองได้ แต่อาจเรียกเก็บจากคนที่อิงได้ในภายหลัง ทั้งนี้โดยผู้ป่วยมีภาระที่ต้องติดตามเอาเงินมาชำระแก่โรงพยาบาล เรื่องนี้ถือเป็นกฎระเบียบของทางโรงพยาบาลที่จะไม่ให้เกิด

ภาระขึ้นโดยไม่จำเป็น ถึงกระนั้นในแต่ละปีก็มีหนี้สูญเป็นจำนวนมาก ซึ่งในทางปฏิบัติจริง ๆ แล้วทางโรงพยาบาลก็ทำอะไรไม่ได้ถ้าผู้ป่วยไม่จ่าย

ด้านพยาบาลหัวหน้าตึกศัลยกรรมให้ความเห็นว่า ปัญหาไม่ได้อยู่ที่เรื่องเงิน เพราะปกติในแต่ละเดือน ตึกศัลยกรรมมียอดเงินติดลบ 300,000 - 400,000 บาทอยู่แล้ว หากผู้ป่วยไม่มีเงินจ่ายทางโรงพยาบาลก็ไม่เรียกเก็บค่ารักษา แต่ก็ต้องติดต่อย้ายส่งคนลงเคราะห์ แล้วเรียกเก็บเท่าที่มี

การขาดการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง

โรงพยาบาลอ้างว่า ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาตามนัด ขณะที่ผู้ป่วยเองอ้างว่า ไปโรงพยาบาลถึง 3 ครั้ง แต่ยังได้รับการยืนยันว่ายังผ่าตัดเอาลำไส้กลับคืนไปไม่ได้ โดยมีการเรียกเงินในการทำผ่าตัดลำไส้กลับคืน ข้อเท็จจริงในประเด็นนี้เป็นเรื่องยากจะพิสูจน์ เนื่องจากการไปโรงพยาบาลเพื่อการนี้ของจินดาไม่ได้ผ่านระบบการบันทึกอย่างเป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสนใจอยู่ที่ว่า ในขณะที่ทางโรงพยาบาลมีระบบการติดตามทวงหนี้ค่ารักษาพยาบาลด้วยการโทรศัพท์ถึงบ้านได้ (ในกรณีของจินดาคือการโทรศัพท์ไปบ้านเจ้าของห้องเช่าที่อยู่บ้านติดกัน) เหตุใดจึงไม่มีการพัฒนาระบบในการติดตามผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องบ้าง

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

หลังจากได้รับการผ่าตัดนำลำไส้กลับคืนสู่ภายในช่องท้องแล้ว ความทุกข์ส่วนที่เป็นผลกระทบจากเรื่องนี้ที่เกิดขึ้นเป็นระยะเวลากว่าปีก็ยุติลง คงเหลือแต่ความทุกข์ยากตามสภาพแห่งชีวิตของจินดาเอง ซึ่งก็ค่อนข้างจะไม่ธรรมดา

ส่วนความทุกข์ต่อเนื่องโดยตรงจากเรื่องราวที่เกิดขึ้น คงมีแต่เรื่องหนี้สิน แต่ก็ไม่ได้ชัดเจนนักว่าเป็นผลของเหตุการณ์นี้โดยตรง ในทางตรงกันข้าม เหตุการณ์ดังกล่าวได้นำมาซึ่งผลต่อเนื่องในทางบวกอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะในแง่ของหลักประกันสุขภาพสำหรับจินดา

ดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต้นปี 2542 เมื่อจินดาประสบอุบัติเหตุรถชนและได้รับการส่งตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งเดิมอีกนั้น ปรากฏว่า ทางโรงพยาบาลได้ให้การดูแลรักษาจนกระทั่งหายดี โดยที่ไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกต่ำต้อยและรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่าเป็นสิ่งที่ได้รับการตกย้ำจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความรู้สึกนี้ยังคงอยู่กับจินดาเช่นเดียวกับความรู้สึกเป็นปฏิปักษ์ต่อสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์

กรณีที่ 3

ชื่อ	ภาสกร
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2540)	9 เดือน
เพศ	ชาย
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	-
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	โรคหัวใจ

ข้อมูลทั่วไป

“ภาสกร” ลูกชายคนเล็กของครอบครัว มีอายุเพียง 4 เดือนเท่านั้น เมื่อแรกเริ่มปรากฏอาการของโรคหัวใจ

ในครั้งนั้นหนูน้อยมีอาการร้องไห้ไม่หยุดจนมีท่าทางเหมือนหายใจไม่ออก และหน้าเขียวคล้ำอย่างน่ากลัวจนพ่อและแม่ต้องรีบเร่งนำส่งโรงพยาบาลกลางคืน

แพทย์ลงความเห็นว่ ภาสกรมีอาการผนังหัวใจรั่วและเส้นเลือดหัวใจเส้นหนึ่งตีบ อาการผนังหัวใจรั่วนั้นร่างกายจะซ่อมแซมให้เป็นปกติได้เองเมื่อเติบโตขึ้น แต่สำหรับเส้นเลือดหัวใจที่ตีบนั้นเป็นสาเหตุให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ

อย่างไรก็ตาม แม้ถือได้ว่าโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดในภูมิภาค แต่เนื่องจากไม่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจเด็ก แพทย์ประจำตัวของภาสกรจึงแนะนำให้พ่อและแม่พาภาสกรไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพฯ ซึ่งเชื่อว่าพร้อมทั้งผู้เชี่ยวชาญและอุปกรณ์ที่ทันสมัยทางด้านการผ่าตัดหัวใจเด็กโดยเฉพาะ

พ่อของภาสกรเป็นข้าราชการระดับกลาง มีครอบครัวเล็ก ๆ ที่ประกอบด้วยภรรยาและลูกชายหญิง อีก 3 คน ลูกชายคนหัวป้อยูในวัย 7 ปี ลูกสาวคนรองวัย 2 ปี และภาสกรเป็นลูกชายคนเล็ก

ฐานะของครอบครัวแม้ไม่อัดคัดขัดสน แต่ก็ไม่ได้อยู่ในชั้นร่ำรวยพอที่จะใช้จ่ายได้ตามอำเภอใจ เมื่อแพทย์ที่ดูแลลูกชายคนเล็กแนะนำให้พาภาสกรไปรับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลของรัฐบาลเพื่อความประหยัด ผู้เป็นพ่อก็เห็นดีด้วย เพราะเชื่อว่าคนที่ทำงานใกล้ชิดกับเด็กไม่ว่าจะอยู่ในหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนก็น่าจะมีความรักและเมตตาต่อเด็กไม่แตกต่างกัน

ปลายเดือนกรกฎาคม 2540 เขาพาภรรยาและลูกน้อยโดยสารรถไฟสู่กรุงเทพฯ เพื่อหาช่องทางเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ พร้อมกับถือจดหมายส่งตัวและสำเนาทะเบียนประวัติการรักษานับแต่เริ่มต้นที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจัดเตรียมไว้ให้ติดตัวมาด้วยความหวังว่า มันจะช่วยกรุยทางให้การเยียวรักษานูน้อยเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและราบรื่น

ก่อนออกเดินทาง แพทย์ประจำตัวของภาสกรกำชับว่า “อย่าปล่อยให้ภาสกรเป็นหวัด เพราะจะส่งผลไม่ดีต่อหัวใจ”

หลังจากการเดินทางในเที่ยวนั้น ภาสกรไม่มีโอกาสได้กลับบ้านอีกเลย

ทุกข์จากการรับบริการ

ทันทีที่ถึงกรุงเทพฯ พ่อและแม่รีบพาภัสกรไปยังโรงพยาบาลที่แพทย์ประจำตัวของลูกได้แนะนำไว้

ตลอดวันนั้นเจ้าหน้าที่นำภัสกรไปรับการตรวจร่างกายอย่างละเอียด และได้แจ้งกับพ่อและแม่ว่าการตรวจขั้นต้นต้องใช้เวลาอีกหลายวัน ให้นำเด็กกลับไปก่อนและพามาตรวจต่อในวันรุ่งขึ้น แม่ของภัสกรแจ้งกับเจ้าหน้าที่ว่าเนื่องจากครอบครัวเพิ่งเดินทางมาจากต่างจังหวัด ไม่มีที่พักอยู่ในกรุงเทพฯ จึงขอเปิดห้องพิเศษเพื่อตนเองจะได้เฝ้าดูแลลูกได้ ส่วนสามีจะออกไปขออาศัยนอนกับญาติ

คืนนั้นแม่ภัสกรได้เข้าพักในห้องพิเศษของแผนกโรคหัวใจกับแม่ตามที่ร้องขอ แต่กว่าที่จะได้รับอนุญาตให้เข้าพักก็ต้องอาศัยทั้งการอ้อนวอนและข่มใจต่อกัยคำของเจ้าหน้าที่ที่กล่าวกับพวกเขา ทำนองว่า “ไม่มีเงินแล้วยังอยากเป็นคนไข้ใน อยู่ห้องพิเศษ” แม้ว่าพ่อของภัสกรเป็นข้าราชการ สามารถใช้สิทธิ์ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ก็ตาม

ความห่วงใยต่อสุขภาพของลูกคนสุดท้ายที่ยังเป็นเพียงทารกแบบเบาๆ ประกอบกับเคร่งครัดกับค่าเดือนของแพทย์ที่ให้ระวังอย่าให้ลูกเป็นหวัดเท่านั้นที่ทำให้ทั้งสองยอมกล้ำกลืนสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

พ่อของภัสกรเดินทางกลับบ้านในเช้าวันรุ่งขึ้นเพื่อกลับไปทำงานและดูแลลูก ๆ อีก 2 คน ในช่วงนั้นภัสกรต้องนอนให้แพทย์ตรวจอาการอยู่ที่โรงพยาบาลนาน 13 วัน ในช่วงดังกล่าวแพทย์ได้แจ้งแก่แม่ว่า จะทำการผ่าตัดหัวใจเพื่อรักษาอาการเส้นเลือดแดงใหญ่ที่หัวใจตีบ และต่อเส้นเลือดที่ผิดปกติให้ภัสกรในวันที่ 15 สิงหาคม 2540 หรือในอีก 10 วันข้างหน้า ระหว่างที่รอการผ่าตัดให้พามาภัสกรไปดูแลที่บ้านก่อน อย่างไรก็ตามเนื่องจากในวันนั้นฝนตกหนัก แม่จึงขอร้องให้ภัสกรอยู่โรงพยาบาลต่ออีก 1 วัน เพราะเกรงว่าลูกจะเป็นหวัด อันจะทำให้อาการเกี่ยวกับหัวใจกำเริบตามที่แพทย์ได้เตือนไว้ก่อนเดินทางมาผ่าตัดที่กรุงเทพฯ

วันรุ่งขึ้น ภัสกรตัวร้อน เป็นไข้ แต่พยาบาลยืนยันให้ภัสกรออกจากโรงพยาบาล แล้วกลับมาอีกครั้งในวันทีนัดผ่าตัดเลย ก่อนออกจากโรงพยาบาลแพทย์ได้เขียนใบสั่งยาโรคหัวใจให้แม่นำไปซื้อเองที่ร้านหน้าโรงพยาบาล ผู้เป็นแม่จึงพาลูกชายแบบเบาๆ มาขอพักที่บ้านญาติในกรุงเทพฯ เพราะภัสกรยังคงไม่สบาย ตัวร้อน และร้องไห้ตลอดทั้งคืน

การทำให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วที่สุดเพื่อให้เตียงว่าง

นโยบายทำให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (early discharge) มีส่วนผลักดันให้โรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากใช้ความพยายามในการลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยจะนอนอยู่ที่โรงพยาบาลโดยมีเหตุผลที่สำคัญ คือ การลดค่าใช้จ่ายและภาระค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย หรือรัฐ และอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญ คือ การนอนโรงพยาบาลนาน ๆ ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และเป็นการเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่ นโยบายดังกล่าวแม้เป็นสิ่งที่ดี แต่จะต้องมีการทำควบคู่กับมาตรการอื่น ๆ เช่น การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติอย่างเข้มข้นในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม นโยบายที่แข่งที่จ่อจนขาดความยืดหยุ่น และโดยเฉพาะกับผู้ป่วยและวิถีชีวิตของคน ทำให้ขาดความระมัดระวังต่อเนื่องกับผู้ป่วยซึ่งอาจจะเกิดความเสี่ยงได้ตลอดเวลา

เมื่อภัสกรมีอาการไข้เกิดโดยกะทันหันในเช้าวันที่จะออกจากโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ได้ยืนยันให้แม่พามาภัสกรกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน ทั้ง ๆ ที่ภัสกรมีประวัติเป็นโรคหัวใจ และแพทย์เจ้าของไข้จากโรงพยาบาลเดิมได้กำชับให้ดูแลเป็นพิเศษเกี่ยวกับไข้หวัด สมาพันธ์กล่าวสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางปฏิบัติของทางโรงพยาบาลที่มุ่งให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วที่สุดเท่าที่จะทำ

ได้ (early discharge) เพื่อลดจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เหตุผลที่เจ้าหน้าที่มักแจ้งแก่ญาติ รวมทั้งในกรณีของภาสกร คือ การนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อสูง แต่ยังมีสาเหตุที่สำคัญอีกข้อหนึ่งคือ เพื่อให้มีเตียงว่างสำหรับรับผู้ป่วยใหม่ที่อยู่อีกมากมาย

ด้วยความกังวลใจ เช้าวันรุ่งขึ้นแม่จึงพาภาสกรย้อนกลับไปโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง แพทย์ได้สั่งยาแก้หวัดให้ แล้วให้กลับไปรักษาตัวที่บ้าน แต่อาการของภาสกรก็ไม่ดีขึ้น ซ้ำดูจะยิ่งทรุดลง โดยมีอาการหายใจลำบาก และร้องไห้ตลอดเวลา

พอรีบเดินทางกลับมารุงเทพฯ อีกครั้งเมื่อทราบข่าวอาการของลูกชาย เมื่อเห็นว่าอาการของลูกดูน่าเป็นห่วงขึ้นเรื่อย ๆ จึงตัดสินใจพากลับไปที่โรงพยาบาลเดิมเป็นครั้งที่ 3 ในช่วงกลางดึกของวันที่ 9 สิงหาคม

เมื่อถึงโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตรวจพบว่า ภาสกรหายใจถึง 80 ครั้งต่อนาที ในเวลาต่อมา แพทย์เวรได้พยายามใส่หน้ากากออกซิเจนที่จมูก แต่เมื่อภาสกรตื่นและปัดออก จึงเปลี่ยนมาเป็นการพยายามใส่ท่อออกซิเจนผ่านทางลำคอจนสำเร็จ จากนั้นแพทย์ก็ออกไปจากห้อง ทั้งภาสกรที่อยู่ในสภาพถูกมัดมือและเท้าติดกับเตียงไว้เพียงลำพัง

ในใจของผู้เป็นพ่อเต็มไปด้วยความอัดอั้นคับข้องและกังวลอย่างหนัก เขารู้สึกว่า ทั้งแพทย์เวรและเจ้าหน้าที่ไม่ได้แสดงความใส่ใจต่ออาการป่วยของลูกชาย ซึ่งเขาเห็นว่ากำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายอย่างเห็นได้ชัด ในการรับรู้ของเขาถ้อยคำกระเซ้าของเจ้าหน้าที่ ในขณะที่ทำการวัดความดันให้ภาสกรซึ่งกำลังร้องไห้จ้า และหายใจหอบถี่ว่า “ไอ้หนู มึงวิ่งหนีใครมา หายใจตั้ง 80 ครั้งต่อนาที” ตลอดจนกิริยาเย้าแหย่กันของแพทย์เวรชายหญิงและพยาบาลอีก 2-3 คน ที่เขาเห็นขณะที่กำลังช่วยกันใส่ท่อออกซิเจนผ่านเข้าทางลำคอของเด็กน้อย รวมถึงการที่แพทย์เวรไม่แสดงความสนใจต่อคำพร่ำบอกของเขาว่า ลูกเป็นโรคหัวใจ มีประวัติคอตีบ หายใจไม่ออกมาก่อน ในขณะที่กำลังใส่ท่อเข้าไปนั้น เป็นสัญญาณที่ชี้ให้เห็นว่าลูกของเขาไม่ได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ดังที่ควรจะเป็น แต่เขาก็ไม่สามารถทำอะไรได้มากไปกว่าเฝ้ามองลูกจากช่องหน้าต่างของห้องผู้ป่วยอยู่จนกระทั่งตีสามจึงตัดสินใจกลับบ้าน

การมีส่วนร่วมของญาติในการตัดสินใจต่อการรักษา

ในภาวะวิกฤต พ่อของภาสกร ได้พยายามให้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของลูกตามที่เห็นว่าจำเป็นในการรักษาแก่แพทย์เพื่อจะได้ช่วยเหลือลูกของตนให้ปลอดภัยมากที่สุดและทั้ง ๆ ที่เห็นว่า ข้อมูลดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่แพทย์ไม่ได้แสดงท่าทีให้ความสนใจ

กล่าวได้ว่า ระบบการแพทย์ในปัจจุบันให้ความสำคัญกับความเป็นผู้เชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากร จนขาดความสนใจและละเลยข้อมูลการสังเกตอาการของครอบครัวหรือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ขาดบทบาทการตัดสินใจในการรักษา จนเป็นปัญหาการไม่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของญาติในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาลหรือรับฟังข้อมูลซึ่งอาจส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้

¹ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล , โรงพยาบาลที่(ไม่) นำไว้วางใจ หนังสือชุด พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เล่ม 1 สิงหาคม 2541, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 39-40.

ดังนั้นการวางระบบให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลรักษาย่อมมีความจำเป็น แต่สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อโรงพยาบาลมีการกำหนดเป็นนโยบาย และควรจะมีการกำหนดว่าประเด็นอะไรบ้างที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยหรือญาติมีส่วนร่วม'

ขณะที่ลงจากเตียงผู้ป่วย เขาลงลิฟท์พร้อมกับแพทย์หญิงคนหนึ่ง เขาถือจังหวะนี้ถามถึงอาการลูกชาย ได้รับคำตอบว่า เด็กอาการไม่ดี หัวใจกำลังจะวาย เขาถามย้อนไปถึงประเด็นที่ยังติดอยู่ในใจว่า ในเมื่อเด็กเป็นหัวใจแล้วให้ออกจากโรงพยาบาลไปทำไม แพทย์หญิงผู้นั้นตอบกลับมว่า "ที่นี่รักษาโรคหัวใจ ไม่ได้รักษาหัวใจ"

ระบบรักษาผู้ป่วยเป็นส่วน ๗

ในกรณีของโรงพยาบาลแห่งนี้ผู้บริหารระบุว่า ปัจจุบันผู้ป่วยโรคหัวใจตั้งแต่แรกเกิดเช่น ภาสกรมีจำนวนมากขึ้น และมีสัดส่วนถึงครึ่งต่อครึ่งของผู้ป่วยที่มารับการรักษทั้งหมด และส่วนใหญ่ต่างก็ต้องรอการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งหมายถึงการใช้เตียงผู้ป่วยใน

การที่ผู้ป่วยจากทั่วประเทศหลั่งไหลมารับการรักษาที่นี่ ส่วนหนึ่งเนื่องจากโรงพยาบาลนี้ได้รับการยกฐานะเป็นสถาบันการแพทย์เฉพาะทางโรคเกี่ยวกับเด็ก ทำให้ผู้ป่วยครองนิยมใช้บริการ แม้ว่าอาการเจ็บป่วยจะเป็นโรคทั่ว ๆ ไปที่รักษาให้หายได้ในโรงพยาบาลทั่วไป

ในวันทำการปกติ ภายในห้องโถงชั้นล่างอันกว้างขวางของโรงพยาบาลแห่งนี้ คลาคล่ำไปด้วยผู้ป่วยและญาติมากกว่า 500 คน และจะมากกว่านี้ในวันหยุด ที่ช่องทะเบียนประวัติ มีผู้ยืนรอเป็นแถวยาวเหยียดเต็มทุกช่อง เก้าอี้มีไม่พอรองรับ ทำให้ผู้ใช้บริการส่วนหนึ่งต้องยืนอ้อมเค็กรอนจนกว่าจะถึงลำดับของตน แม้ทางโรงพยาบาลได้นำเครื่องเล่นจำนวนหนึ่งมาตั้งไว้ที่มุม ๆ หนึ่ง แต่ก็ไม่ใช่เพียงพอจะรองรับเด็กจำนวนมากมายที่ประสงค์จะเล่นเครื่องเล่นดังกล่าว ความวุ่นวายของเด็ก ๆ ที่ไม่ชอบการนั่งหรือยืนรอเฉย ๆ เสียงร้องไห้ของเด็กเล็ก ๆ ที่กำลังไม่สบาย และเสียงประกาศเรียกชื่อผู้ป่วยทางเครื่องขยายเสียง ก่อให้เกิดบรรยากาศโดยรวมที่กดดัน และน่าอึดอัดยิ่ง ทั้งต่อบุคลากรของโรงพยาบาล ผู้ป่วย และญาติ

ผู้บริหารของโรงพยาบาลนี้ระบุว่า ปัจจุบัน อัตราส่วนของแพทย์แผนกคนไข้นอกต่อคนไข้ อยู่ที่ 1:30-50 ช่วงบ่าย 1:40-50 ช่วง 20.00-22.00 น.อยู่ที่ 1:30-70 คน และหลังจาก 24.00 น.จะเหลือแพทย์อยู่เพียงคนเดียวดูแลทั้งโรงพยาบาล นอกจากนี้ แพทย์ของโรงพยาบาลแห่งนี้ยังมีภาระในการสอนนักศึกษาในมหาวิทยาลัยอีกด้วย ในส่วนของนางพยาบาล มีอัตราส่วนต่อคนไข้ 1:20-30 ซึ่งถือว่าไม่สมดุลกับจำนวนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก ซึ่งมีภาระในการดูแลมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป 2 เท่า เนื่องจากความแตกต่างด้านวุฒิภาวะและความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย ที่ผ่านมา เคยมีนางพยาบาลที่ทำงานหนักจนระหว่างที่ป้อนนมให้เด็กไป ก็ร้องไห้ไปด้วย

ท่ามกลางสภาพการทำงานที่กดดันเช่นนี้ น่าสงสัยว่าผู้ให้บริการจะสามารถให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างไร

พ่อของภาสกรข่มความรู้สึกผิดหวังไว้ในใจ อัดไม่ได้ที่จะนำบริการของโรงพยาบาลที่รักษาลูกมาก่อน มาเปรียบเทียบ เพราะจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ เมื่อใดที่ลูกมีอาการผิดปกติแพทย์ก็จะพาเข้าไปรูดอาการในห้องฉุกเฉินประมาณ 2 ชั่วโมงจนแน่ใจว่าไม่เป็นอะไรมากจึงพาออกมา หรือเมื่อตรวจรักษาเสร็จแต่

ละครึ่งแพทย์จะออกมาอธิบายอาการของเด็กให้ฟังด้วยภาษาที่เข้าใจได้ง่าย

เช้าวันรุ่งขึ้นพ่อของภาสกรไปถึงโรงพยาบาลหลังเที่ยงอันเป็นกำหนดเวลาให้เริ่มเข้าเยี่ยม แต่พบเพียงเตียงที่ว่างเปล่า เขาเข้าใจว่าแพทย์นำลูกชายไปตรวจอาการ สักครูจึงมีพยาบาลเข้ามาแจ้งว่าลูกของเขาเสียชีวิตแล้ว

“ผมโกรธมาก ด่า อาละวาดเสียงดัง ถ้ามีปืนอยู่ในมือผมได้ยิ่งแน่” พ่อของภาสกรเล่าถึงความรู้สึกในวูบแรกที่ได้ทราบข่าวร้าย

เขาพยายามถามหาผู้ที่แพทย์เจ้าของไข้ในฐานะผู้รับผิดชอบโดยตรง เพื่อจะได้สอบถามสาเหตุการตายของลูกชายให้กระจ่างชัด แต่ได้รับแจ้งจากทางโรงพยาบาลเพียงว่ามีด้วยกันหลายคน และไม่ยอมเปิดเผยชื่อให้เขาทราบ บุคคลที่เขาได้พบมีเพียงนายแพทย์ผู้หนึ่งที่ไม่ใช่เจ้าของไข้ และนางพยาบาลที่เดินเรื่องเกี่ยวกับการนำศพของภาสกรให้ครอบครัวนำไปบำเพ็ญกุศลเท่านั้น

เขารู้สึกแปลกใจที่ไม่มีแพทย์สักคนออกมาแสดงความรับผิดชอบในฐานะเจ้าของไข้ เขาหวังว่าอย่างน้อยที่สุดก็อาจจะได้รับคำชี้แจงจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล แต่เขาก็ไม่ได้พบใครเลย

สิ่งที่พ่อของภาสกรค้างคาใจ มีอยู่ด้วยกัน 2 ประเด็น

หนึ่ง เหตุใดเมื่อภรรยาของเขานำภาสกรกลับมาโรงพยาบาลในครั้งที่ 2 เมื่อพบว่าเด็กเป็นไข้หวัด ซึ่งแพทย์ทราบดีว่าสามารถส่งผลให้อาการเกี่ยวกับหัวใจเลวร้ายลง แพทย์ไม่ยอมรับเข้าไว้ดูแลอาการ กลับยืนยันให้ไปซื้อยาตามใบสั่ง และให้ไปดูแลที่บ้านเองจนอาการกำเริบและรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ

เขาเชื่อว่าหากแพทย์รับฟังคำทักท้วงของเขาและภรรยาให้รับลูกไว้รักษาในโรงพยาบาลทันทีที่เป็นไข้หวัด ลูกจะไม่เสียชีวิต

สอง เกิดอะไรขึ้นหลังจากที่เขานำลูกกลับมาโรงพยาบาลในคืนวันที่ 9 อันเป็นเหตุให้ลูกเสียชีวิตลงอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาไม่กี่ชั่วโมง

ตลอด 2 วันนับจากภาสกรเสียชีวิต ไม่มีผู้เกี่ยวข้องคนใดออกมาชี้แจงสิ่งเหล่านี้ให้เป็นที่กระจ่าง ข้อมูลเท่าที่เขาได้รับทราบมาจากคนทำความสะอาดประจำแผนก ที่มาเล่าให้ฟังว่าเมื่อตอนมาถึงที่ทำงานตอน 07.00 น. ก็พบภาสกรนอนเสียชีวิตแล้ว รอบ ๆ เตียงมีแพทย์รุมล้อมเต็มไปหมด พอมีคนดึงท่อออกซิเจนออก เลือดก็ทะลักออกมา

ในภายหลัง ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้ชี้แจงถึงระบบตรวจสอบความผิดพลาดที่เกิดขึ้นขององค์กรว่า เมื่อมีกรณีร้องเรียน หรือมีความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาล จะมีการเรียกบุคคลที่ถูกร้องเรียน หรือผู้ถูกกล่าวหา รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องมาสอบถามข้อเท็จจริงในที่ประชุมแผนก ถ้าเป็นกรณีที่มีความรุนแรงจะมีการนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมของผู้บริหารโรงพยาบาล โดยส่วนใหญ่ที่ประชุมจะเน้นไปสู่ตัวระบบที่เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดขึ้น จากนั้นจึงไปแก้ไขที่ตัวระบบ จะไม่เน้นการเอาผิดกับตัวบุคคล เพราะถือว่าบุคลากรในโรงพยาบาลทุกคนทำงานกันหนักมาก และมีความเสียสละเพื่อส่วนรวมกันทุกคน

สำหรับกรณีของภาสกร ผลการสอบสวนของโรงพยาบาลสรุปว่าแพทย์ผู้รักษาไม่มีความผิด และได้ทำทุกอย่างถูกต้องตามหลักการแล้ว

การตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น

ผู้บริหารของโรงพยาบาลชี้แจงกับผู้วิจัยว่า ในกรณีของภาสกร ได้มีการแจ้งให้ญาติทราบถึงชื่อแพทย์เจ้าของไข้แล้ว แต่ญาติอาจจะลืม ตามปกติชื่อของแพทย์ประจำแผนกจะติดไว้ที่หน้าประตูแพทย์ที่อยู่บริเวณที่คนไข้เข้ารับการรักษา คือแพทย์เจ้าของไข้ ระยะเวลาการอยู่เวรแผนกของแพทย์แต่ละรายมีระยะเวลา 1 เดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองของภาสกรกล่าวว่า ไม่เคยมีโอกาสดำเนินการแบบนี้ และเมื่อสอบถามแล้วก็ยังไม่ได้คำตอบที่ชัดเจนว่า ใครคือแพทย์เจ้าของไข้ลูกของตน ขณะเสียชีวิต

ประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับเรื่องของกระบวนการตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น อันเป็นสิ่งที่ค้างคาใจของผู้ปกครองของภาสกร

ผู้บริหารของโรงพยาบาลได้กล่าวถึงระบบการสอบสวนข้อเท็จจริงเมื่อมีการร้องเรียนหรือเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานว่า ใช้วิธีการเรียกบุคคลที่ถูกร้องเรียน หรือผู้ถูกกล่าวหา รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องมาสอบถามข้อเท็จจริงในที่ประชุมแผนก ถ้าเป็นกรณีที่มีความรุนแรงจะมีการนำเรื่องเข้าสู่ที่ประชุมของคณะผู้บริหารโรงพยาบาล โดยจะมีการซักถามจากปากคำของพยานแวดล้อมและตัวผู้ถูกกล่าวหาเอง

กล่าวได้ว่า ลักษณะการสอบสวนข้อเท็จจริงดังกล่าวเป็นกลไกการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลโดยไม่บุคคลภายนอกเข้ามาเกี่ยวข้อง แม้กระทั่งตัวผู้เสียหาย อันได้แก่ ญาติ หรือผู้ป่วยมาให้ข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้มีโอกาสดำเนินการสอบสวนเพียงด้านเดียว

กรณีการเสียชีวิตของเด็กชายภาสกร แม้ทางโรงพยาบาลสรุปผลการสอบสวนว่า แพทย์ผู้รักษาไม่มีความผิด และได้ทำทุกอย่างถูกต้องตามหลักการแล้ว แต่สำหรับคนในครอบครัวของผู้เสียชีวิต ทุกคนยังคงคลงแคลงใจ เพราะไม่มีโอกาสได้ร่วมรับรู้ในการสอบสวนว่า เหตุการณ์ขณะที่ผู้เป็นพี่รักของตนเสียชีวิต เป็นเช่นไร

ท้ายสุด เมื่อพ่อของภาสกรไปชำระเงินก่อนนำศพลูกออกไปจากโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น เจ้าหน้าที่ได้กล่าวกับเขาเพียงสั้น ๆ ว่า

“ไม่เป็นไร ถือว่าเป็นการสงเคราะห์”

ในโบมรณะบัตร แพทย์ระบุว่า ภาสกรเสียชีวิตเพราะหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิด

ภารกิจสุดท้ายของเขาและภรรยา ก่อนเดินทางกลับบ้านต่างจังหวัดในวันรุ่งขึ้น ก็คือการนำศพของลูกชายคนสุดท้องวัย 9 เดือนไปทำพิธีฌาปนกิจที่วัดที่ตั้งอยู่ตรงข้ามกับโรงพยาบาลแห่งนั้นเอง

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

เมื่อเดินทางกลับถึงบ้าน พ่อของภาสกรนำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเข้าร้องเรียนต่อผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ที่คุ้นเคยกัน รวมทั้งทำหนังสือร้องเรียน บอกเล่าเหตุการณ์ความสูญเสียของครอบครัวส่งเป็นจดหมายไปยังโรงพยาบาลและวิทยาลัยทุกแห่งเท่าที่เขาทราบว่า มีคณะแพทย์ “เพื่อให้พวกเขาได้รับรู้ว่า พวกเขาผลิตคนชนิดไหนออกมาเป็นแพทย์”

นอกจากนี้ เขายังทำหนังสือร้องเรียนไปยังหน่วยงานอีกหลายแห่ง ได้แก่ แพทยสภา มูลนิธิเด็ก กระทรวงสาธารณสุข กรมการสาธารณสุข และนายกรัฐมนตรี ด้วยเจตนาที่จะบอกให้สาธารณะได้รับรู้ ว่าเรื่องแบบนี้มีอยู่ในสังคม และเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมว่า คณะแพทย์ในสถานพยาบาลแห่งนั้นไม่ให้การ

รักษาพยาบาลตามสมควร จนเป็นเหตุให้ลูกชายของเขาถึงแก่ความตาย

ทันทีที่ตกเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ ผู้อำนวยการและแพทย์หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลที่พ่อของภาสกรนำลูกชายเข้ารักษา ได้ให้สัมภาษณ์ชี้แจงถึงประเด็นที่เป็นข่าวว่า

"การให้แม่นำภาสกรไปดูแลเองที่บ้าน เพราะเห็นว่าเด็กมีอาการทุเลาลง และเกรงว่าติดเชื้ในโรงพยาบาล ขณะเดียวกัน ทางโรงพยาบาลก็มีความจำเป็นต้องรับเด็กรายอื่น ๆ เข้ามารักษา โดยในแต่ละคืน มีเด็กที่แพทย์ต้องดูแลประมาณ 100 คน

อย่างไรก็ตาม แพทย์ก็ล่ายอมรับว่า อาการทรุดหนักลงของภาสกรอยู่เหนือความคาดหมาย ในคืนที่พ่อนำเด็กชายกลับมาหาแพทย์ในช่วงกลางดึกนั้น เป็นช่วงวันหยุด แพทย์เวรรายงานว่ ภาสกรมีอาการเป็นหวัด หอบ ร่วมกับอาการหดรัดเกร็งของระบบหายใจ จึงได้ใช้เครื่องช่วยหายใจและยาในการรักษา แต่เด็กก็ได้เสียชีวิตลงในเช้าวันรุ่งขึ้นเนื่องจากหัวใจล้มเหลว และอาจมีอาการหัวใจวายร่วมด้วย"

อีกประมาณ 1 เดือนต่อมา ครอบครัวของภาสกรได้รับจดหมายจากเลขานุการกระทรวงสาธารณสุข และรองเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ในเวลาไล่เลี่ยกัน โดยทั้งสองฉบับปรากฏข้อความเหมือนกันทุกประการ มีใจความสำคัญโดยสรุปว่า

1. สาเหตุที่ให้ผู้ปกครองนำภาสกรกลับไปบ้านเพื่อรอการผ่าตัดหัวใจในวันที่ 6 สิงหาคม เนื่องจากไม่พบอาการไข้ ไม่มีอาการหัวใจวาย ไม่มีอาการติดเชื้อหรือปอดบวมและการพักอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญนาน ๆ สำหรับเด็กเล็กเป็นสิ่งไม่ดี เพราะอาจติดเชื้อจากเด็กป่วยใกล้เคียง และการได้อยู่ใกล้ชิดมารดาช่วยอบอุ่น และได้รับการดูแลที่ดีกว่าจากทางโรงพยาบาล ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยมากอาจทำให้การดูแลไม่ทั่วถึง

นอกจากนี้ ยังทำให้มีเตียงว่างสำหรับรับผู้ป่วยหนักทางโรคหัวใจในรายต่อไป ซึ่งมีผู้ป่วยอีกจำนวนมากที่รอเตียงเพื่อเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ ยังเพื่อให้มีเตียงว่างสำหรับรอรับย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดจากแผนก ไอซียู. และตึกศัลยกรรม ไม่อย่างนั้นก็จะไม่สามารถให้บริการได้ครบวงจร และการผ่าตัดโรคหัวใจก็ไม่สามารถจะดำเนินการได้ เพราะไม่มีเตียงว่างสำหรับย้ายผู้ป่วยจากแผนกไอซียู.หรือตึกศัลยกรรม

2. ในวันที่แม่นำภาสกรกลับมายังแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น ทางหอผู้ป่วยนอกยังไม่มีประวัติเวชระเบียนผู้ป่วย เพราะเพิ่งออกจากแผนกผู้ป่วยในได้ 1-2 วัน แต่ผู้ป่วยก็ได้รับยากลับไปรักษาที่บ้านอย่างเหมาะสม

3. เมื่อกลับมาครั้งที่ 3 ในกลางดึกของคืนวันที่ 9 สิงหาคม พนักงานผู้ช่วยเห็นผู้ป่วยอาการหนัก หอบค่อนข้างมากจึงได้นำผู้ป่วยให้แพทย์ดูทันที รวมทั้งให้ออกซิเจนและเอกซเรย์ พบว่าเป็นปอดบวมทั้งสองข้าง จึงรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยสามัญ โดยให้ยารักษาปอดบวม และยารักษาทางโรคหัวใจ แต่อาการเป็นมากขึ้นจึงใส่เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งเป็นการช่วยชีวิต แต่การใส่ท่อช่วยหายใจทำได้ลำบากมาก เข้าใจว่าผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติของหลอดลมร่วมด้วย จากประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้ป่วยมาจากต่างจังหวัด พบว่า ผู้ป่วยเคยเป็นปอดบวมและต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งก็ใส่ท่อช่วยหายใจได้ลำบากด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยได้รับยาและใส่เครื่องช่วยหายใจตลอดคืน แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการมาก จึงเสียชีวิตในตอนเช้า ประมาณ 07.00-08.00 น. โดยก่อนเสียชีวิตได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ตลอดทั้งคืน รวมทั้งได้ยาปฏิชีวนะและยารักษาโรคหัวใจ

4. คณะแพทย์ผู้รับผิดชอบยืนยันว่า ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างดีนับแต่เริ่มรับเข้ารักษาจนถึงวันเสียชีวิต ใน

เรื่องของการมีท่าที่ไม่สุภาพ แสดงความดูถูกดูแคลิผู้ป่วย จากการสืบสวนดูแล้วไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้ใดพูดจาไม่สุภาพหรือหยาบคายกับญาติผู้ป่วยเลย

ใจความในจดหมาย 2 ฉบับดังกล่าวทำให้พ่อของภาสกรตัดสินใจทำหนังสือร้องเรียนโต้แย้งกลับไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอีกฉบับหนึ่ง เพื่อชี้ประเด็นที่เขาเห็นว่ายังไม่เป็นที่กระจ่างว่า เหตุใดแพทย์จึงให้เด็กออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 6 สิงหาคม ทั้ง ๆ ที่มีอาการไข้ปรากฏชัดเจน และในคืนที่เขานำลูกกลับไปรักษาจนเสียชีวิต ทำไมจึงไม่นำเข้าไปรักษาในห้องไอซียู. ซึ่งน่าจะมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตพร้อมกว่าห้องผู้ป่วยสามัญ

ในส่วนของจดหมายที่เขียนร้องเรียนต่อแพทย์สภา เขาไม่ได้รับการติดต่อกลับมา

เขาไม่เคยคิดที่จะนำเรื่องไปฟ้องร้องต่อศาล เพราะเชื่อว่ากลไกในกระบวนการยุติธรรมปัจจุบันไม่อาจเข้ามาให้ความยุติธรรมในกรณีเช่นนี้ได้ เนื่องจากทั้งทนายความและผู้พิพากษาต่างก็ไม่มีความรู้ทางด้านการแพทย์ ดังนั้นศาลย่อมรับฟังแต่คำชี้แจงของแพทย์ฝ่ายเดียว และเมื่อรับฟังแล้วก็ยังไม่เข้าใจ ทางฝ่ายแพทย์ก็ย่อมเข้าข้างพวกเดียวกันเอง

"หมอไม่เคยผิด หมอไม่เคยต้องรับโทษเลย แพทย์สภาตั้งขึ้นมาเพื่อปกป้องพวกหมอด้วยกัน ลองคิดทบทวนดูซิว่า มีไหมสักครั้งที่หมอต้องรับโทษเพราะรักษาคนไข้ผิด หมอจะติดคุกก็แต่ในกรณีทำความผิดอย่างอื่น เช่น ฆ่าเมีย เท่านั้น" เขากล่าว

ประสิทธิภาพการสอบสวนจากกลไกภายนอก

มีความพยายามของญาติหรือผู้เสียหายอีกจำนวนมากในการใช้กลไกที่เป็นอยู่ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข แพทย์สภาในฐานะองค์กรวิชาชีพ สื่อมวลชน นักการเมือง เป็นต้น

แต่กลไกที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังเป็นกลไกที่ถูกตั้งคำถามถึงประสิทธิภาพในการเป็นตัวแทนผู้เสียหาย และไม่ได้รับการยอมรับจากองค์กรอื่น ๆ ในสังคม หรือแม้แต่คณะกรรมการแพทย์สภาเองที่เห็นว่า การพิจารณาตัดสินของแพทย์สภาไม่เป็นธรรมต่อผู้เสียหาย และประหวัดด้วยการลาออกจากการเป็นกรรมการ

ดังนั้นการปฏิรูประบบในอนาคตจะต้องมีระบบที่รองรับการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดพลาด ความเสียหายจากการรับบริการ โดยเป็นกลไกที่อิสระในการตัดสินใจ หรือในระยะสั้น ควรมีการพัฒนากลไกในการอุทธรณ์การร้องเรียนที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมและตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลให้กับประชาชนให้มีการรับรู้อย่างกว้างขวาง เพื่อให้เกิดความรู้และตระหนักถึงสิทธิของตนเองจากการได้รับการชดเชยความเสียหายตามกฎหมายผู้บริโภค ฉบับปี พ.ศ. 2522 และเร่งรัดแก้ไขจุดอ่อนในกฎหมายฉบับนี้ที่ผู้บริโภคต้องมีการพิสูจน์ความเสียหายจากการถูกละเมิดสิทธิ ซึ่งส่งผลให้การใช้สิทธิในเรียกร้องค่าเสียหายทำได้ไม่ง่ายขึ้น

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

เกือบ 2 ปีที่ภาสกรจากไปอย่างไม่มีวันกลับ ไม่มีใครในครอบครัวเอ่ยปากพูดถึงเรื่องนี้ แม้ว่าต่างยังคงคิดถึงอดีตสมาชิกคนนี้นักนอยู่ก็ตาม โดยเฉพาะผู้เป็นแม่ที่ไม่อาจทนต่อการย้อนทบทวน บอกล่า หรือรับฟังเรื่องนี้ได้ พี่ ๆ ของภาสกรแม้จะยังเด็กอยู่มากในขณะเกิดเหตุ แต่ก็ยังถามถึงน้องคนเล็กอยู่เสมอ และแม้จะเลิกร้องไห้คิดถึงน้องแล้ว แต่เมื่อใดที่นั่งรถผ่านหน้าโรงพยาบาลที่พ่อแม่เคยพาน้องไปรักษา ก็ยังคิดเสมอว่าน้องอยู่ที่นี้

พ่อของภาสกรเอง เมื่อใดที่ต้องกล่าวถึงเหตุการณ์บางช่วง เขายังปรากฏอาการตัวสั่น มือสั่น น้ำเสียงสั่นเครือจนต้องหยุดเล่าไปชั่วขณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อถูกถามถึงเรื่องการรับผิดชอบจากทางโรงพยาบาล

ความทุกข์และสะท้อนใจอันเนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักในครั้งนั้นของพวกเขายังเป็นเสมือนแผลเรื้อรัง เพราะเหตุการณ์ได้ถูกทำให้ปิดฉากลงแบบรวบรัด แม้ผู้สูญเสียได้ใช้ความพยายามที่จะเห็นยวรั้งไว้จนสุดกำลังแล้วก็ตาม

“ผมเชื่อว่า ถ้าตรวจสอบได้อย่างจริงจัง เราจะหาความยุติธรรมได้” กลัวแต่ว่าจะไม่มีใครเอาจริง ผมอยากให้ผู้ใหญ่ที่เกี่ยวข้องเรียกผมไป หมอเจ้าของไข้ หมอหัวหน้าแผนกหัวใจเด็ก สื่อมวลชนเข้าไปเป็นพยานมานั่งคุยกันให้เคลียร์ ถ้าตอบข้อข้องใจของผมได้ เรื่องก็จบ”

ในฐานะผู้สูญเสีย ความหวังของพ่อของภาสกรมีอยู่เพียงสิ่งนี้

แต่จากประสบการณ์ในช่วงที่ผ่านมา เขาก็ได้รับรู้แล้วว่าเขาคงความหวังไว้สูงเกินไป

กรณีที่ 4

ชื่อ	ยินดี
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2540)	62 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	-
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	หมดสติ อาเจียน มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

ข้อมูลทั่วไป

“ยินดี” เป็นแม่ของลูก 5 คน ลูกสาวคนโตเกิดจากสามีคนแรก ส่วนอีก 4 คน ซึ่งเป็นหญิง 1 คน และชาย 3 คน เกิดกับสามีคนที่สอง ผู้ซึ่งเสียชีวิตไปก่อน

เมื่อประมาณปลายปี 2536 ขณะที่อายุได้ 58 ปี ยินดีเข้ารับการรักษาอาการป่วย ณ โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ แพทย์ตรวจพบโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง นับแต่นั้นมาจึงต้องรับประทานยาและพบแพทย์เป็นประจำ แต่ทั้งยินดีและลูก ๆ ต่างยังคงดำเนินชีวิตไปตามปกติ โดยลูก ๆ เห็นว่าแม่เป็นโรคของคนสูงอายุทั่วไป ส่วนตัวยินดีเองมิได้กังวลต่ออาการป่วยของตนและไม่คาดหวังว่าจะหายจากโรค ทราบดีว่าจะต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกวัน

เดิมยินดีอาศัยอยู่ที่ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี แต่ต่อมาย้ายมาอยู่กับลูกสาวที่เกิดกับสามีคนแรกที่คลอง 7 อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ห่างจากบ้านของลูกชายคนเล็กราว 100 เมตร ยามที่ต้องไปพบแพทย์หรือรับยา แม้ว่าจะระยะทางจะไกล แต่ยินดีก็เดินทางไปเองเสมอ และยังคงสามารถช่วยทำงานบ้านได้ แม้กระทั่งในวันสุดท้ายของการอยู่ที่บ้าน

พลบค่ำวันนั้นซึ่งอยู่ในช่วงปลายปี 2540 ยินดีเริ่มมีอาการปวดศีรษะขณะนั่งซักผ้ากลางสนามกับบุตรสาว แต่ยังคงลุกขึ้นเดินไปซื้อ “กระทิงแดง” 1 ขวด จากร้านค้าใกล้บ้านมาดื่ม แล้วซักผ้าต่อจนเสร็จ จึงย้ายไปนั่งเล่นหน้าบ้าน

สักพักหนึ่ง ลูกสาวซึ่งได้ยืมแม่ปั่นปวดหัวมาตั้งแต่ยังนั่งซักผ้าอยู่ ได้ยินเสียงปั่นอีกครั้งหนึ่งว่าปวดหัว และปวดมากขึ้น ต่อมาได้ยินเสียงพูดขึ้นดัง ๆ ว่า “ทนไม่ไหวแล้ว” พร้อมกับภาพที่เห็นคือ แม่ทั้งแขนลงข้างตัวหมดสติอยู่กับเก้าอี้พลาสติกที่หน้าบ้านนั่นเอง เธอจึงรีบเข้าประคอง และยินดีก็อาเจียนออกมา

ผู้เป็นลูกเรียกรถแท็กซี่นำแม่ส่งยังโรงพยาบาลรัฐใกล้บ้านก่อน แต่ทางโรงพยาบาลแห่งนั้นแนะนำให้ไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่า ระหว่างทางไปโรงพยาบาลแห่งที่สอง ยินดีบ่นเพ้อว่าปวดหัว ๆ สลับกับอาเจียนตลอดทาง อีกทั้งยังปัสสาวะออกมาโดยไม่รู้ตัวด้วย

ยินดีไปถึงโรงพยาบาลเมื่อเวลาประมาณ 22.30 น. วัดความดันได้ 220/90 อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส แพทย์สั่งรับเข้าเป็นคนไข้ในทันที

การขาดการส่งเสริมสุขภาพกับผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว

ยีนดีมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งน่าจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลที่ดูแลอย่างต่อเนื่องว่า ควรดื่มเครื่องดื่มประเภทชาหรือกาแฟ

แต่เมื่อคุณยีนดีปวดศีรษะ ได้ลุกเดินไปซื้อเครื่องดื่มผสมกาแฟเย็น ที่ชาวบ้านส่วนใหญ่รู้จักในนามเครื่องดื่มบำรุงกำลัง (กระทิงแดง) มาดื่มนึ่งขวดจากนั้นชักผ้าจนเสร็จ และลุกไปนั่งหน้าบ้าน แต่ยังไม่ปวดหัวมากขึ้นและท้ายที่สุดล้มเป็นลมหมดสติ และอาเจียนออกมา

ยีนดีอาจจะรับรู้จากบุคลากรด้านการแพทย์ว่าตนเองไม่ควรดื่มกาแฟ แต่อาจจะไม่ทราบเลยว่า เครื่องดื่มบำรุงกำลังที่บริโภคมีองค์ประกอบของกาแฟอีกด้วย

กาแฟมีผลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงชั่วคราว ซึ่งยีนดีมีปัญหาความดันโลหิตสูง ดังนั้นการดื่มเครื่องดื่มพวกนี้อาจจะทำให้เกิดความดันโลหิตที่สูงเพิ่มขึ้น ประกอบกับขณะนั้นมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งอาจจะมีผลต่อความดันโลหิตที่ผิดปกติ'

ทุกข์จากการรับบริการ

ลูกชายคนเล็กของยีนดีได้ทราบเรื่องจากพี่สาว หลังเลิกงานแล้วจึงเดินทางไปยังโรงพยาบาลเมื่อเวลาประมาณ 02.00 น. เศษ พบเห็นเจ้าหน้าที่ที่เคาน์เตอร์และในบริเวณชั้นล่างของโรงพยาบาลบ้างฟุบหลับ บ้างหลับกอดอยู่ ไม่อาจสอบถามเรื่องราวจากใครได้ จึงออกมาข้างนอกได้พบกับยามรักษาการณ์ ซึ่งได้ช่วยพาไปยังเตียงหลังหนึ่ง ทราบภายหลังว่าเป็นเตียง 5 ชั้นหลังใหม่ของทางโรงพยาบาล

ที่ห้องคนไข้รวมภายในเตียงหลังนั้น เขาพบสภาพการณ์เช่นเดิม นั่นคือ เจ้าหน้าที่ต่างหลับกันหมดแม้ไปเคาะประตูก็ไม่มีการขานรับ จึงต้องถือวิสาสะเที่ยวเดินตามหาคนไข้เอาเอง

ภาพที่เขาได้พบก็คือ “แม่นอนจมอยู่ในกองอุจจาระปัสสาวะ” เขาจึงลงมือทำความสะอาดให้ ระหว่างนั้นยีนดีมีสติขึ้นชั่วคราวและบอกให้ไปตามพี่น้องมาให้ครบ แต่หลังจากนั้นก็ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองอีก เขาคิดว่าแม่คงจะอ่อนเพลียจนหลับไป ด้วยความเกรงใจผสมกับความรู้สึกที่ว่า แม่อยู่ในโรงพยาบาลแล้วคงจะปลอดภัย เขาจึงเดินทางกลับบ้าน แต่ในระหว่างทางนั้นเองก็ถูกคิดขึ้นว่า หากเกิดปัญหาหรือมีเหตุฉุกเฉิน พยาบาลจะทราบได้อย่างไรในเมื่อต่างหลับกันหมดเช่นนั้น

ทางด้านโรงพยาบาลได้ชี้แจงถึงการพยากรณ์โรคขั้นต้นของคนไข้รายนี้ว่า เมื่อแรกรับนั้นยังไม่สามารถตอบได้ว่าผู้ป่วยเส้นโลหิตในสมองแตกหรือไม่ โรงพยาบาลจึงให้การรักษาตามอาการ นั่นคือ ให้ยาลดความดัน และในเวลาเที่ยงคืนวันแรกรับนั้น มีการตรวจคนไข้รายนี้อีกครั้ง ซึ่งคนไข้รู้สึกตัว และผลการตรวจพบว่า คนไข้ความดันลดลง (แต่ไม่ได้บันทึกตัวเลขไว้) ไม่คลื่นไส้ ไม่เวียนศีรษะ และรับประทานอาหารได้

ส่วนประเด็นเรื่องสภาพของบุคลากรนั้น ทางโรงพยาบาลให้สัมภาษณ์ยอมรับว่า “เป็นเรื่องที่ได้พยายามแก้ไขแล้วโดยตลอด แต่ด้วยเหตุที่แผนกอายุรกรรมที่ยีนดีเข้ารับการรักษามีเวรผลัดละ 8 ชั่วโมง เข้าเวรเช้า 4 คน เย็นและดึกผลัดละ 3 คนต่อจำนวนเตียงคนไข้ 32 เตียง การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากจึงอาจเกิดปัญหาการดูแลไม่ทั่วถึง รวมทั้งความเหนื่อยล้า-อ่อนเพลียของผู้ปฏิบัติงาน เรื่องนี้เกิดได้เสมอ ขอความเห็นใจ

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

และเข้าใจด้วย เพราะบุคลากรที่น้อย งบประมาณก็จำกัด อุปกรณ์ขาดแคลน จึงเกี่ยงเนื่องเป็นลูกโซ่ปัญหาโยงถึงกันหมด”

วันต่อมา เมื่อผู้เป็นลูกคนเล็กกลับมาเยี่ยมแม่อีกครั้ง เขาพบพี่สาวอีกคนหนึ่งอยู่ที่โรงพยาบาลแล้ว พี่สาวบอกกับเขาว่า ช่วงก่อนเที่ยงเห็นนางพยาบาลเข้ามาเรียกว่า “ยาย ๆ กินข้าว” แล้วก็วางอาหารไว้ที่หัวเตียง ทั้งที่คนไข้ไม่อยู่ในอาการรับรู้ อีกทั้งใกล้ ๆ กับอาหารชุดนั้นยังมีวางอยู่ก่อนแล้วด้วย เมื่อทราบจากพี่สาว ดังนั้น ผนวกเข้ากับสิ่งที่พบเห็นเองเมื่อคืนที่ผ่านมา รวมถึงภาพของแม่ที่ยังคงหมดสติและได้รับเพียงน้ำเกลือ ทั้งที่เข้าเป็นคนไข้ในโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมงแล้ว เขาเกิดความกังวลว่าแม่คงไม่ได้เจ็บป่วยธรรมดา จึงตัดสินใจไปถามอาการกับพยาบาล

ที่เคาน์เตอร์ พยาบาลซึ่งกำลังผลิตฟิล์มอยู่กับโทรทัศน์เพียงแค่หันมาให้คำตอบว่า คนไข้มีความดันโลหิตสูง แล้วหันกลับไปจดจ่อสนทนากับภรรยาในจอสีเหลี่ยมต่อ

เขากับพี่สาวเกิดความคิดที่จะย้ายแม่ไปยังโรงพยาบาลที่รักษาอยู่ประจำ เมื่อไปแจ้งความประสงค์ พยาบาลแสดงความไม่พอใจ กล่าวว่า “ถ้าจะย้ายก็จัดการย้ายเอาเอง เช่นซื้อไว้ด้วยว่าไม่พอใจรักษาที่นี่” และเมื่อขอรถพยาบาลนำส่ง คำตอบที่ได้รับก็คือ “คุณต้องติดต่อเอง” ครั้นเขาขึ้นไปที่รถซึ่งจอดอยู่ก็ได้รับการบอกว่า “คนนี้มีไว้ชนเลือด” และผู้พูดหันหลังปิดการสนทนา

เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทางผู้บริหารโรงพยาบาลให้สัมภาษณ์ว่า การที่ให้เขายินยอมว่าจะไม่รักษาที่นี่เป็นไปตามระเบียบที่ปฏิบัติกันมานานแล้ว เพราะทางโรงพยาบาลพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยยังอยู่ในความสามารถที่โรงพยาบาลจะดูแลรักษาได้ หากญาติไม่ยินยอมก็ต้องเซ็นชื่อในใบไม่ยินยอมให้รักษา ส่วนเรื่องรถพยาบาล ทางโรงพยาบาลมีรถอยู่ 4 คัน สำหรับคนไข้หนัก 2 คัน และอีก 2 คันเป็นรถตู้ธรรมดาทั่วไป ขณะนั้นมีภาระต้องชนเลือดจริง

“หากคนไข้คือคุณยีนดีมีอาการหนัก ทางโรงพยาบาลไม่รังเกียจแน่ แต่ยามนั้นทางโรงพยาบาลเองพิจารณาว่ายังอยู่ในขีดความสามารถที่จะรักษาต่อได้ แต่ญาติคนไข้ต้องการย้ายโรงพยาบาลเอง เมื่อไม่มีรถให้ทางโรงพยาบาลก็ยังดำเนินการติดต่อรถพยาบาลในภายหลังได้” นั่นคือคำชี้แจงจากทางโรงพยาบาล

และสำหรับคำตอบต่อเรื่องการพุดจาดและการปฏิบัติงานของนางพยาบาลนั้น ทางโรงพยาบาลกล่าวว่า “พยาบาลคนนั้นอาจเป็นคนที่ถูกจาดไม่ไผ่เพราะโดยนิสัย อาจไม่ได้มีอุปนิสัยที่แท้จริงดังกล่าว”

ทางด้านลูกของยีนดี เมื่อไม่ได้รับความร่วมมือตอบสนองในทางที่ดีจากทางโรงพยาบาล สองคนพี่น้องก็ไม่กล้าตัดสินใจพากันกลับบ้านเพื่อปรึกษาหารือพี่น้องและญาติคนอื่น ๆ และกว่าจะกลับมาอีกครั้งก็เป็นเวลาประมาณ 16.00 น. แล้ว ซึ่งในระหว่างนั้นเองได้มีความเคลื่อนไหวสำคัญเกิดขึ้นที่โรงพยาบาล

ตามบันทึกการรักษาระบุว่า ในเวลาประมาณ 12.00 น. แพทย์ประจำเวรได้มาตรวจอาการของยีนดี และมีข้อวินิจฉัยให้เอกซเรย์สมอง ซึ่งหมายถึงจะต้องมีการเคลื่อนย้ายคนไข้ไปใช้บริการยังโรงพยาบาลแห่งอื่น แต่เนื่องจากไม่มีญาติคนไข้ผู้นั้น จึงมีการรออนุญาต

แพทย์ผู้ตรวจเล่าย้อนถึงเรื่องนี้ โดยกล่าวถึงเหตุผลความจำเป็นว่า จำต้องรออนุญาตเพื่อบอกกล่าวและขอคำตอบเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปตรวจเช็ค ซึ่งมี 2 ทาง คือไปโรงพยาบาลรัฐกับไปโรงพยาบาลเอกชน แต่เนื่องจากเป็นวันหยุดราชการ การไปโรงพยาบาลรัฐจะติดขัดขั้นตอนและพบความยุ่งยากมากกว่า อย่างไรก็ตาม การไปโรงพยาบาลเอกชนต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 4,000 บาทขึ้นไป โดยทางโรงพยาบาลเอกชนจะคิดค่าบริการทันที ทางโรงพยาบาลจึงต้องรออนุญาตอนุญาต เพราะหากแพทย์ดำเนินการไปเองแล้วญาติไม่อนุญาตขึ้นมาจะต้องเสียค่าเอกซเรย์เอง จึงต้องรออนุญาตคนไข้

ถ้าหากเวลาที่มีแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็นเวลาประมาณ 12.00 น. ตามที่บันทึก กว่าเวลาแห่งการรอจะสิ้นสุดลงก็กินเวลาถึง 4 ชั่วโมง

ลูกชายคนเล็กของยินดีเล่าว่า เมื่อเขาและพี่สาวกลับมาถึงโรงพยาบาลอีกครั้งในเวลาประมาณ 4 โมงเย็น พบว่า นอกจากแม่จะยังคงหมดสติอยู่ ยังมีอาการลิ้นจุกปากด้วย และขณะนั้นเองมีพยาบาลเข้ามาบอกว่า “คุณไข่จะซึมลง คงต้องเอกซเรย์สมอง จะย้ายคนไข่เลยไหม”

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับคนฟังก็คือความไม่พอใจ “ถ้าจะเอกซเรย์สมอง ทำไมโรงพยาบาลไม่จัดการ กลับมาถามญาติ ถ้าทำได้ผมไม่พาแม่มาโรงพยาบาลหรอก” ผู้เป็นลูกชายคนเล็กบอกอย่างมีอารมณ์ เขาระบุว่า การที่พยาบาลเข้ามาถามดังนั้นแสดงให้เห็นว่า ในช่วงเวลาหลายชั่วโมงที่ผ่านมาไม่มีความคืบหน้าในการรักษา คำคำต่อท้ายประโยคเกี่ยวกับการย้ายคนไข่ เข้าใจว่าหมายรวมถึงการย้ายโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากก่อนหน้านี้มีการพูดกันถึงเรื่องนี้ เขาจึงรู้สึกเชิงลบอย่างยิ่งว่า โรงพยาบาลออกปากถามเหมือนไล่ เพราะ “คำพูดของพยาบาลไม่ชัดเจนและไม่มีการอธิบายใด ๆ”

ระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลขาดการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีอาเจียน ซึมลง และไม่รู้สึกตัว อยู่ในโรงพยาบาลนานกว่า 12 ชั่วโมงจึงได้รับการตรวจจากแพทย์ โดยระหว่างนั้นไม่ปรากฏชัดได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมกับสภาพอาการ และมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอาการที่มีประสิทธิภาพเพียงใด อีกทั้งเมื่อในที่สุดแพทย์มีข้อวินิจฉัยชัดเจนว่าควรได้การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อการรักษาได้ถูกต้องในขั้นตอนต่อไป กลับไม่มีการดำเนินการโดยทันที มีการปล่อยเวลาให้ล่วงเลยไปนานหลายชั่วโมง สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลยังคงไม่ได้คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างเพียงพอ

ความล่าช้าที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาเพียงเพราะติดเงื่อนไขว่าต้องรอรับอนุญาตจากญาติ โดยมีเหตุผลสำคัญเกี่ยวโยงกับเรื่องการรับผิดชอบค่าใช้จ่าย ไม่ใช่ข้ออ้างที่เหมาะสม

ส่วนการขอเปลี่ยนแพทย์ที่ทำการรักษาหรือขอย้ายโรงพยาบาลของญาติและผู้ป่วยถือเป็นสิทธิอันชอบธรรมตามประกาศการรับรองสิทธิผู้ป่วยของแพทยสภา² เพราะฉะนั้นสิทธินี้ต้องได้รับการเคารพ ไม่ใช่ถูกตั้งแง่รังเกียจ

มาถึงขั้นนี้ ลูกสาวของยินดีเป็นผู้ให้คำตอบแก่พยาบาลว่าขอย้ายด่วน พร้อมกับเซ็นชื่อว่า ไม่ยินยอมรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนั้นต่อ จากนั้นทางเจ้าหน้าที่พยาบาลติดต่อรถพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งให้ พร้อมกับแนะนำว่า เมื่อไปถึงโรงพยาบาลที่รักษาประจำให้บอกว่าเป็นมาจากบ้าน

อีกกว่าชั่วโมงรถโรงพยาบาลจึงมาถึง เมื่อจะนำคนไขขึ้นรถ ทางโรงพยาบาลได้บอกให้ญาติไปซื้อเสื้อผ้าที่ตลาด ไม่ยอมให้ใส่ชุดของโรงพยาบาลไป และไม่มีการออกไปส่งตัว นอกจากนั้นยังถอดสายน้ำเกลือออก ซึ่งตามความรู้สึกของลูกชายคนเล็ก เขาใช้คำพูดว่า “อย่างไม่ไยดี ไม่คิดถึงมนุษยธรรมเลย”

² คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ประกาศเมื่อ ปี พ.ศ. 2541

ทางฝ่ายโรงพยาบาลกล่าวถึงเหตุการณ์ในเย็นวันนั้นว่า ขั้นตอนการรักษาที่ทางโรงพยาบาลต้องการจะทำก็คือส่งคนไข้เอกซเรย์สมอง ซึ่งจะช่วยบอกระดับความรุนแรงของอาการได้ และหากพบว่าไม่อยู่ในขีดความสามารถของโรงพยาบาลก็จะส่งต่อยังโรงพยาบาลศูนย์ตามขั้นตอน (มีการระบุชื่อโรงพยาบาล ซึ่งก็เป็นโรงพยาบาลเดียวกับที่ยินดีรักษาอยู่เป็นประจำนั่นเอง) แต่กรณีนี้ญาติไม่ยินยอมให้เอกซเรย์และยินยอมจะส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลดังกล่าวโดยทันที ไม่ฟังคำของแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลจึงให้คำแนะนำด้วยความหวังดีแท้ ๆ อีกทั้งยังติดต่อรถพยาบาลเอกชนให้ เพราะขณะนั้นรถของทางโรงพยาบาลไม่ว่าง มีภาระต้องขนเลือด

“ที่บอกญาติให้แจ้งแก่โรงพยาบาลศูนย์ว่ามาจากบ้านคือความปรารถนาดี รวมถึงการไม่ออกไปส่งตัวด้วย เพราะที่ผ่านมากการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์มักเกิดปัญหา ทางโรงพยาบาลศูนย์จะบอกว่าเตียงเต็มบ้าง แพทย์ไม่พร้อมหรือไม่ว่างบ้าง เป็นข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นมานานแล้ว หลายครั้งพยาบาลประจำรถพยาบาลที่ติดรถไปต้องวิ่งรอกตระเวนนำตัวผู้ป่วยไปหลายต่อหลายโรงพยาบาลกว่าจะได้เข้ารับการรักษา บางครั้งไม่สำเร็จก็ต้องนำกลับมา เป็นการทรมานคนไข้โดยใช้เหตุ และที่สำคัญหากญาติคนไข้ไม่ยินยอมรับการรักษา การไปโรงพยาบาลศูนย์ลักษณะเช่นนี้มักจะไม่ได้รับเข้ารักษา พยาบาลจึงแนะนำด้วยคำหนึ่งถึงคนไข้เป็นหลัก” นี่คือข้อชี้แจงจากผู้บริหารของทางโรงพยาบาล

ในที่สุด คนไข้ไปถึงโรงพยาบาลที่รักษาเป็นประจำเมื่อเวลาสองทุ่มกว่า ซึ่งแพทย์ตรวจอาการแล้วถามหาใบส่งตัว แพทย์ไม่เชื่อคำบอกเล่าของญาติที่ว่ามาจากบ้าน กลับขอให้บอกความจริง และเมื่อเรื่องทั้งหมดได้รับการเปิดเผย มีพยาบาลคนหนึ่งในที่นั้นพูดกับญาติว่า “เรื่องอย่างนี้ถ้าเนคตีได้” ญาติทราบว่หลังจากนั้นแล้วโรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีการติดต่อกัน แต่ไม่ทราบรายละเอียด

ณ โรงพยาบาลแห่งใหม่นี้ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ยินดีได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดสมองทันทีในคืนแรกเช้าและในเวลาต่อ ๆ มาได้รับการผ่าตัดซ้ำอีก 2 ครั้งก่อนที่จะเสียชีวิตในวันที่ 12 พฤษภาคม 2541 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 5 เดือน

ระบบขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะเสี่ยง

กรณียินดี ไม่ว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือไม่ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นชี้ชัดว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วย มีความบกพร่องและขาดประสิทธิภาพ กล่าวคือ

1. เนื่องจากโรงพยาบาลแห่งนี้ไม่มีแพทย์ศัลยกรรมประสาท ดังนั้นหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักลงและต้องรับการรักษาถึงขั้นผ่าตัด ศักยภาพของสถานพยาบาลแห่งนี้ ย่อมรับไม่ไหวอยู่แล้ว ดังตามคำชี้แจงของทางโรงพยาบาลเองก็ระบุว่า ภายหลังจากทราบผลการเอกซเรย์สมองแล้ว หากคนไข้มีอาการหนักมากเกินไปจนเกินขีดความสามารถของทางโรงพยาบาลที่จะรักษา ก็จะส่งต่อยังโรงพยาบาลศูนย์ ตามปกติการจะทำเช่นนั้น ทางโรงพยาบาลย่อมต้องมีการเตรียมการรับมือที่พร้อมเพียงพอ แต่จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจริง (ภายใต้ความต้องการของทางญาติ) ทางโรงพยาบาลกลับไม่อาจเอื้ออำนวยความสะดวกได้ โดยเฉพาะในส่วนของการพยาบาล นี้อยู่สะท้อนว่า หากมิใช่เพราะทางโรงพยาบาลไม่มีการเตรียมการเพื่อการนี้ดีพอ ก็ย่อมเป็นเพราะทางโรงพยาบาลไม่ยินยอมให้บริการ
2. ในการส่งต่อจะต้องมีการส่งต่อโดยคำนึงถึงความต่อเนื่องในการรักษา และการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นด้วย ดังนั้นการถอดน้ำเกลือ การแนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งโรงพยาบาลที่ 2 ว่ามาจากบ้าน ตลอดจนการไม่ออกไปส่งตัว ทำให้ขาดข้อมูลการรักษาที่ได้รับในโรงพยาบาลแรก และการไม่มีบุคลากรด้านการพยาบาลร่วมดูแลคนไข้ในระหว่างเดินทาง ถือเป็นการละทิ้งคนไข้ให้อยู่ในภาวะความเสี่ยงโดยไม่สมควร
3. นายแพทย์ผู้บริหารโรงพยาบาลระบุว่า มีปัญหาเรื้อรังอยู่ในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเครือข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์ โดยโรงพยาบาลศูนย์มีการปฏิเสธไม่รับคนไข้ที่โรงพยาบาลเครือข่ายส่งไป ด้วยเหตุผลที่แท้จริงคือ ไม่ต้องการรับภาระหนัก และเกรงว่าโรงพยาบาลเครือข่ายจะส่งต่อมากเกินไปจนจำเป็น³ ในประเด็นเดียวกัน นายแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์กล่าวว่า เท่าที่ทำงานอยู่ในแผนกไม่มีการปฏิเสธคนไข้ส่งต่อ หากมีการติดต่อประสานงานมาก็รับเสมอ เว้นแต่ว่าเตียงจะเต็มจริง ๆ หรืออุปกรณ์จำเป็นยามนั้นไม่พร้อมก็รับไม่ได้ อย่างไรก็ตาม นายแพทย์ผู้เห็นด้วยว่า ในทางปฏิบัติเรื่องการส่งต่อนั้นมีปัญหาจริง เพราะแม้โดยหลักการทางโรงพยาบาลศูนย์ต้องรองรับโรงพยาบาลเครือข่าย แต่ในทางปฏิบัติจริง โรงพยาบาลศูนย์ก็มีคนไข้ของตนเอง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลจากจังหวัดใกล้เคียง ตลอดจนบรรดามูลนิธิบรรเทาสาธารณภัยทั้งหลายนำคนไข้หรือคนเจ็บมาส่งอีกเป็นจำนวนมาก “เหมือนโรงพยาบาลเราเป็นถึงขยะใคร ๆ ก็นำคนไข้มาไว้ที่นี่ แต่ความจริงเราก็มีขีดจำกัดเช่นกัน ในเรื่องจำนวนเตียง แพทย์ พยาบาล และเครื่องมือต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการไม่สามารถส่งผู้ป่วยข้ามระหว่างโรงพยาบาลต่างสังกัดอีกด้วย ทั้งที่บางทีทราบทั่ว ทางโรงพยาบาลบางแห่งเตียงว่าง พร้อมรับ แต่กลับติดปัญหาว่าเป็นคนหน่วยงาน ”⁴

³ สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลที่รับตัวยินดีแห่งแรก เดือนมกราคม 2542

⁴ สัมภาษณ์หัวหน้าแผนกศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลศูนย์ที่ให้การผ่าตัดแก้อินดี เดือนกุมภาพันธ์ 2542

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

ลูกชายคนเล็กของยีนดีได้แจ้งเรื่องที่เกิดขึ้นแก่หนังสือพิมพ์ที่เขาทำงานอยู่ด้วย ทำให้มีการตีพิมพ์เป็นข่าว เขาพูดถึงเจตนาที่ทำเช่นนั้นว่า “เพียงอยากบอกให้สังคมรับรู้ในวงกว้าง ไม่อยากให้เรื่องแบบนี้เกิดขึ้นกับคนอื่น กับคนรุ่นลูกหลาน”

ส่วนการร้องเรียนและการดำเนินการอื่น ๆ เขาไม่ทำ ด้วยเหตุผลว่า “แม่ก็เสียไปแล้ว ทำอย่างไรแม่ก็ไม่ฟื้น ผมขี้เกียจเสียเวลา ยุ่งยาก ทำยังงี้ก็หาตัวผู้รับผิดชอบไม่ได้” เขาบอกด้วยว่า สำหรับพี่น้องคนอื่น ๆ นั้น ทุกคนต่างไม่กระตือรือร้น แต่ทุกคนพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า ถึงไม่มีทางเลือกอย่างไรก็ไม่มีทางไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนั้น และจะบอกต่อแก่คนอื่นด้วย

ความทุกข์และภาระต่อเนื่อง

การจากไปของยีนดีเป็นเรื่องที่ลูก ๆ ต่างทำใจยอมรับได้ แต่สิ่งที่ติดค้างอยู่ในใจคือ คำถามต่อการปฏิบัติของโรงพยาบาลแห่งแรกที่รับตัวแม่ไว้

“ทำไมโรงพยาบาล ... (โรงพยาบาลที่รับตัวแม่ทั้งสอง) ทั้งหมอและพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ดีกว่าคุณ ชนิดหน้ามือเป็นหลังเท้า เรื่องที่ทำไม่ได้ออกใบส่งตัว ทำไมไม่ออกกรดยาบาล ทำไมถอดสายน้ำเกลือ ทำไมเจ้าหน้าที่พยาบาลหลับเผลอหมด ทำไมแนะนำญาติให้โกหก ทำไมพยาบาลพูดจาด้วยท่าทีดูถูก เพราะพวกผมจนหรือ ... ” นี่คือการถามที่พรั่งพรูออกจากปากของลูกชายคนเล็กของยีนดี

เขายังแสดงความคิดเห็นและข้อวิจารณ์เพิ่มเติมด้วยว่า “... เงินภาษีประชาชนทั้งนั้นที่พวกคุณรับดูแลเดือน ผมกับคุณ กับคนอื่น ๆ ต่างทำงานเหมือนกัน จะอ้างว่าเหนื่อย ธุรกรรมทำงานกลางแดด ยกของหนัก คุณสบายกว่าเยอะ ทำงานในห้องแอร์เย็นฉ่ำ ทุกคนต่างมีหน้าที่ ไม่ใช่สักแต่ว่าทำ ผมอยากถามว่าสังคมเป็นอะไร หรือเป็นธรรมเนียมไปเสียแล้ว ที่คนจน ๆ ต้องไปโรงพยาบาลของรัฐ แล้วได้รับการปฏิบัติเช่นนี้ จนดูเป็นเรื่องปกติ เกิดมาจนต้องทำใจยอมรับสภาพหรือ” คำถามตอนท้ายของเขาเป็นสิ่งที่ก้าวล่วงไปไกลกว่าปัญหาเฉพาะองค์กร

ระบบคุณภาพการบริการในวันหยุด

การติดตามอาการ และการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีความจำเป็น แต่ปัญหามูลค่าและความเชี่ยวชาญของแพทย์ที่รับผิดชอบในวันหยุด หรือความกดดันจากสภาพการทำงานที่ต้องรับผิดชอบต่อคนไข้จำนวนมากในวันหยุด ซึ่งอัตราค่าจ้างจะน้อยกว่าปกติ พบว่า ทำให้คุณภาพการบริการรักษาพยาบาลช่วงวันหยุด หรือนอกเวลาราชการมักประสบปัญหา

กรณีที่ 5

ชื่อ	สกวเดือน
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2539)	16 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	นักศึกษา
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	เอกซเรย์พบจุดในปอด

ข้อมูลทั่วไป

ในการสอบเอนทรานซ์เข้ามหาวิทยาลัยเมื่อปี 2539 “สกวเดือน” เป็นหนึ่งในจำนวนผู้ที่ผ่านการสอบคัดเลือกเข้าเป็นนักศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ ของสถาบันการแพทย์ที่มีชื่อเสียงของประเทศ สมกับความพยายามและความขยันในการอ่านหนังสือติดต่อกันมาเป็นเวลานาน โดยที่ในขณะนั้น เธอเพิ่งจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5

การสอบผ่านเข้าเรียนชั้นอุดมศึกษาได้เร็วขึ้นถึง 1 ปีดังกล่าว นำความยินดีมาสู่สมาชิกครอบครัวของเธอ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แม่ ซึ่งเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงคนเดียวที่ต้องส่งเสียดูแลลูกทั้ง 4 คนให้ได้เรียนหนังสือหลังจากที่แยกทางกับสามีเมื่อหลายปีก่อน ความมุ่งมั่นที่จะให้ลูกทุกคนได้เรียนหนังสืออย่างน้อยถึงชั้นจบปริญญาตรี เป็นแรงผลักดันให้แม่ของสกวเดือนทุ่มเทตนเองทำงานหนักอย่างไม่รู้จักความย่อท้อ

ความสำเร็จในการสอบของสกวเดือนครั้งนี้ทำให้แม่ภาคภูมิใจอย่างมากจนถึงกับตระเตรียมชุดนักศึกษาใหม่เอี่ยม 5 ชุดสำหรับลูกด้วยตนเองเพื่อต้อนรับการเปิดเทอมที่ใกล้จะมาถึง และเผื่อรอที่จะได้เห็นลูกสาวใส่ชุดนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยไม่คาดคิดว่า จะมีเหตุเข้ามาพลิกผันให้สิ่งดังกล่าวแปรไปเป็นเพียงแค่ความใฝ่ฝัน

สองวันให้หลัง หลังจากสกวเดือนเข้ารับการตรวจร่างกายตามขั้นตอนของการคัดเลือกเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ของทบวงมหาวิทยาลัยได้โทรศัพท์มาแจ้งให้ทราบว่า ผลจากการถ่ายเอกซเรย์ พบจุดกลาง ๆ ในปอดของสกวเดือน จึงจำเป็นต้องให้ไปพบแพทย์เพื่อรักษาและนำไปรับรองแพทย์ที่ยืนยันว่า สกวเดือนไม่ได้มีปัญหาทางสุขภาพที่จะเป็นอุปสรรคกับการเข้าเรียน มายืนกับทางทบวงฯ ก่อนวันประกาศผลครั้งสุดท้ายในอีกประมาณ 2 สัปดาห์ข้างหน้า

ทุกข์จากการรับบริการ

ข่าวที่ได้รับทำให้สกวเดือนและแม่ร้อนใจอย่างมาก หลังจากปรึกษากันในหมู่ญาติแล้ว แม่จึงตัดสินใจรีบพาสกวเดือนไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นที่รู้จักกันดี ซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบ้านนัก

วันนั้น แพทย์ได้ทำการฉีดสีแก่สกวเดือน และแจ้งว่าพบจุดก้อนเนื้อในปอด จากนั้นก็ให้ยาแก้ไอและยาเม็ด 3 ชนิดกลับมารับประทาน โดยเสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 5,880 บาท เมื่อกลับถึงบ้านแม่ของสกวเดือนได้โทรศัพท์ถามน้องชายซึ่งเป็นแพทย์อยู่ต่างจังหวัด ทราบว่ายาที่ได้รับดังกล่าวเป็นยารักษาผู้ป่วยวัณโรค

วันรุ่งขึ้น ซึ่งแพทย์ได้นัดให้ไปพบอีกครั้ง สกวเดือนได้รับแจ้งถึงกระบวนการรักษาว่า ต้องทำการเอกซเรย์หน้าอกอีกครั้ง และจากนั้นจะส่องกล้องผ่าเอาชิ้นเนื้อในปอดออกมาตรวจให้รู้ชัดเจน เพื่อรักษาได้ถูก

ต้อง แล้วจึงออกไปรับรองแพทย์ให้ได้ โดยการเอกซเรย์ต้องไปทำในช่วงกลางวันของวันนั้น ที่ศูนย์เอกซเรย์ เอกชนที่ทางโรงพยาบาลกำหนดให้ และกลับมาเตรียมเข้ารับการส่องกล้อง เพื่อตัดชิ้นเนื้อไปตรวจในเวลาหนึ่ง ทุ่ม ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 50,000 บาท

แม่ของสกาเตือนโทรศัพท์ปรึกษากับน้องชายที่เป็นแพทย์อีกครั้ง และตกลงใจให้โรงพยาบาลดำเนินการได้ แม้ค่าใช้จ่ายจะสูงมากสำหรับตนเองก็ตาม

“ตอนนั้นคิดอย่างเดียวว่า ชี้อากาศลูกทั้ง ๆ ที่ก็มีเงินไม่มาก เพราะอยากได้ใบรับรองแพทย์ไปยืนยันกับทนาย และคิดว่าคงไม่มีอะไรมาก เป็นแค่เนื้อเยื่อธรรมดา อีกอย่างคือเคยดูในทีวี เห็นว่ามันเป็นวิธีการที่ทันสมัย แค่อากลองไปส่องง่าย ๆ ” เธอกล่าว

สามทุ่มของคืนนั้น ก่อนทำการส่องกล้อง แพทย์ได้เอาระดาษเปล่า ๆ มาให้แม่ของสกาเตือนเซ็นชื่อตรงจุดที่กากบาทไว้ให้ ซึ่งเธอก็ได้เซ็นลงไป จากนั้นก็เดินทางไปทำธุระ โดยฝากให้น้องสาวช่วยดูแลลูกในช่วงที่ตนไม่อยู่

จนกระทั่งตีหนึ่ง เมื่อเธอกลับมาถึงจึงได้ทราบว่า ลูกสาวถูกนำเข้าห้องไอซียู. โดยพยาบาลได้แจ้งว่าการส่องกล้องมีปัญหา แพทย์จึงสั่งให้ทำการผ่าตัดแทน เพื่อเอาชิ้นเนื้อออกมาตรวจ ทำให้แม่ของสกาเตือนตกใจมาก

“ตอนนั้นไม่เจอหมอเลย มีแต่พยาบาลบอกว่า หมอผ่าตัดลูก พบก้อนเนื้อเท่าหัวแม่โป้ง ก็เริ่มสงสัย เพราะตามหลักต้องขลิบเนื้อมาก่อนจะผ่าตัดใหญ่ ต้องบอกให้เจ้าของไข้รู้ด้วยว่าเป็นอะไร นี่ผิดขั้นตอนหมดเลย รู้สึกงงมาก รีบเข้าไปหาลูก จับมือเขา ลูกถามว่า แค่นี้ทำอะไรกับหนู เจ็บจัง อึดอัดไปหมดเลย”

ตอนเช้า แพทย์จึงบอกกับแม่ของสกาเตือนว่า ไม่สามารถส่องกล้องได้เพราะจุดที่ต้องการอยู่ในมุมอับ เห็นว่า ทางผู้ป่วยอยากได้ใบรับรองแพทย์เร็ว ๆ ประกอบกับเครื่องมือแพทย์ได้เข้ามาแล้ว และแพทย์ที่ดำเนินการก็ว่าจ้างมาจากที่อื่น จึงตัดสินใจผ่าตัด และได้แจ้งจำนวนเงินค่ารักษาทั้งหมด 120,000 บาท

เมื่อแม่ของสกาเตือนแสดงอาการตกใจเพราะไม่มีเงินมากถึงขนาดนั้น และเริ่มร้องไห้ แพทย์ได้สลับกับเธอว่า “ใส่ทองเส้นบัวเริ่ม น้องชายก็เป็นหมอ กลัวอะไร”

เมื่อเข้าตาจนเช่นนี้ สิ่งที่ได้มีเพียงต้องออกปากขยิบยืมเงินหนึ่งแสนบาทจากน้องชายมาจ่ายให้กับโรงพยาบาล เพราะเรื่องที่เคยได้ยื่นมาทำให้แม่ของสกาเตือนเกิดความหวาดกลัวว่า ถ้าไม่มีเงินจ่าย ทางโรงพยาบาลอาจกลั่นแกล้งโดยฉีดยาให้ลูกสาวของเธอตายหรือรักษาไม่ดี

หลังการผ่าตัด สกาเตือนเต็มไปด้วยความรู้สึกทุกข์ทรมาน บ่นตลอดเวลาว่า อึดอัด หายใจลำบาก นอนไม่ค่อยหลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่พยาบาลมาฉีดยาทางสายน้ำเกลือทุก 3 ชั่วโมง ซึ่งจะทำให้สกาเตือนรู้สึกว่ามีอาการแสบ หายใจไม่ออก เหงื่อไหลท่วม และปวดแผลที่ผ่าตัดมาก ทรมานราวกับใกล้จะตาย แม่ของสกาเตือนได้ถามว่าเป็นยาอะไร พยาบาลบอกเพียงว่า เป็นยาชุด ต้องฉีดให้ครบชุด เมื่อถามจากแพทย์ ได้รับคำตอบว่าไม่ต้องเป็นห่วง รักษาลูกให้ดีจะได้ไปเรียนหนังสือ

สกาเตือนรู้สึกว่ ความทรมานทวีขึ้นทุกวัน สองวันหลังผ่าตัด เธอรู้สึกหายใจไม่ออก ดิ้นทุรนทุราย บนเตียงและพยายามปิดหน้ากากออกซิเจนออก จนกระทั่งแพทย์เข้ามาดูอาการ เธอพยายามบอกว่าหายใจไม่ออกแล้ว แพทย์ก็ล่าวกับเธอว่า นี่เป็นอาการจากที่ติดปลาสเตอร์บริเวณแผลแน่นเกินไป เตี้ยวปลาสเตอร์คลายตัวอาการก็จะทุเลาลง ไม่มีอะไร แต่ไม่นานแพทย์ก็กลับเข้ามาอีกครั้งพร้อมกับนำอุปกรณ์เอกซเรย์เครื่องใหญ่เข้ามาทำการเอกซเรย์สกาเตือนถึงในห้อง

จากนั้น แพทย์อีกคนหนึ่งที่เป็นผู้ผ่าตัดเธอ ซึ่งประจำอยู่โรงพยาบาลอื่นก็เข้ามาจัดการฉีดยาชาที่หน้าอกข้างซ้าย และเอาสายยางยัดลงไปที่หน้าอก สกาเตือนได้ยินเขาพูดในระหว่างนั้นว่า “ดูยังงี้ให้สายแหวัด

คิวอัมยาวเกินไป ดินะที่เด็กไม่เป็นอะไร” แล้วก็ตัดสายให้สั้นลงกว่าเดิม พิล์มเอกซเรย์ที่ถ่ายออกมาแสดงให้เห็นว่าขณะนั้นปอดของสกาเวือนเหลือแค่ครึ่งเดียว โดยปอดข้างซ้ายแฟบตามยาว ส่วนปอดขวาแฟบโค้งช่วงบน

“ตอนนั้นมันเบลอ ไม่มีเวลาคิดเลยว่าเราเป็นอะไร คิดแต่ว่าเราจะรอดหรือเปล่า หลังจากพยาบาลมาฉีดยาก็อาเจียน ผมร่วง ถามก็ไม่บอกว่าเป็นยาอะไร ก็พยายามต่อต้านไม่ให้ฉีดยาเพราะเรารู้สึกว่าเราไม่ได้เป็นอะไร อยากได้ไปรับรองแพทย์และไปเรียน” สกาเวือนเล่าถึงความรู้สึกของเธอในช่วงหลังผ่าตัด

ต่อมา แพทย์ได้เรียกพ่อและแม่ของสกาเวือนเข้าไปพบ และบอกว่าผลการพิสูจน์ก่อนเนื้อพบว่าเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย โดยขั้นนี้เป็นมะเร็งตัวลูก ส่วนตัวแม่อยู่ที่ไทรอยด์ และถามว่าแถวบ้านที่อาศัยอยู่ใกล้โรงงานหรือเปล่า เพราะตรวจพบด้วยว่าสกาเวือนติดสารแมกนีเซียม จากนั้นก็แนะนำให้ทำการผ่าตัดไทรอยด์ ซึ่งค่าใช้จ่ายจะอยู่ประมาณ 170,000 บาท ไม่รวมค่าเอกซเรย์ที่ศูนย์ข้างนอกอีก 25,000 บาท อย่างไรก็ตาม พ่อและแม่ได้มาถ่ายทอดกับแม่ของสกาเวือนเพียงว่า แพทย์แนะนำให้ผ่าตัดไทรอยด์ แต่ไม่ได้กล่าวถึงเรื่องที่มีการตรวจพบว่า สกาเวือนเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย

ระบบการควบคุมดูแลมาตรฐานของห้องทดลอง

คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเชื่อมโยงและเกี่ยวข้องกับบริการในด้านอื่น ๆ อีกหลายประการ เช่น ห้องทดลอง (lab)

ในกรณีนี้ การส่งชิ้นเนื้อเพื่อตรวจทางพยาธิของโรงพยาบาล ฟังหาห้องปฏิบัติการของเอกชน เมื่อผลการตรวจระบุว่า ชิ้นเนื้อที่ส่งตรวจเป็นมะเร็ง นับเป็นการเริ่มต้นของการวินิจฉัยที่ผิดพลาดที่เกิดขึ้น

และเมื่อมีการฟ้องร้องในศาลเพื่อเอาผิดกับแพทย์ที่ทำการวิเคราะห์ผลชิ้นเนื้อ และเซ็น

¹ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 6 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ.

กำกับการณ์วินิจฉัยว่า เป็นมะเร็ง แพทย์ผู้ให้ชี้แจงต่อศาลว่า ผลดังกล่าวเป็นแค่การเสนอความเห็น ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตนจึงไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบใด ๆ ในกรณีนี้

ระบบในการดูแลมาตรฐานของห้องทดลองควรเป็นอย่างไร ภายใต้การควบคุมกำกับของกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข หรือโครงการรับรองคุณภาพห้องทดลอง ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานเหล่านี้ควรจะเข้ามามีบทบาทในเรื่องนี้อย่างไร เป็นประเด็นหนึ่งที่นำพิจารณา

มีความจำเป็นที่โรงพยาบาล หรือผู้ป่วยและญาติ จะทำให้มีการส่งตรวจผลสองครั้งเพื่อสร้างความมั่นใจว่าจะไม่เกิดความผิดพลาดจากการตรวจของห้องทดลองในระบบการรักษาพยาบาล เหมือนดังการปฏิบัติของต่างประเทศในการปรึกษาแพทย์คนที่สอง (Second Opinion) เมื่อเกิดความไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์คนแรก และสอดคล้องกับการรับรองสิทธิผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ ที่ยอมรับว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้²

ดั่งที่นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล ได้กล่าวไว้ว่า “โรงพยาบาลคือแหล่งสะสมความเสี่ยง” ความเสี่ยงนั้นคือโอกาสที่จะประสบความสูญเสีย ซึ่งความสูญเสียนั้นอาจจะเป็นการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาจจะเป็นเงินทอง ทรัพย์สิน ชื่อเสียงของโรงพยาบาล²

แม่ของสกาเตือนตัดสินใจยุติการรักษาลูกสาว เพราะไม่สามารถสู้ราคาค่าใช้จ่ายได้อีกต่อไป เธอได้ไปพบแพทย์ที่เป็นผู้ตรวจรักษาและติดตามอาการสกาเตือนมาตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อขอใบรับรองแพทย์ แต่ได้รับคำปฏิเสธ โดยแพทย์กล่าวว่าให้ไม่ได้เพราะยังรักษาไม่เสร็จ ต้องผ่าไทรอยด์ก่อน เมื่อเธอยืนยันว่าไม่มีเงินมากถึงขนาดนั้น แพทย์คนเดิมก็ได้แจ้งกับเธอในเวลาต่อมาว่า ทางศูนย์เอกซเรย์ตกลงจะลดราคาให้เหลือ 8,000 บาท แต่เธอก็ยังยืนยันที่จะไม่รักษาต่อ

ยอดรวมค่ารักษายาบาลที่ครอบครัวของสกาเตือนจ่ายให้แก่โรงพยาบาลแห่งนี้ รวม 180,000 บาท

วันสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาล พยาบาลเข้ามาเพื่อฉีดยาเข็มสุดท้ายให้แก่สกาเตือน แต่เธอปฏิเสธ และยืนยันขึ้นให้ดูเพื่อพิสูจน์ว่าเธอแข็งแรงและไม่ได้เป็นอะไรร้ายแรง ภายหลังแม่ของสกาเตือนได้ทราบจากน้องชายที่เป็นแพทย์ว่า ยาที่โรงพยาบาลฉีดให้สกาเตือนคือสารเคมี และในวันนั้นเองยังได้ทราบจากญาติ ๆ ว่า ลูกสาวเป็นมะเร็งขั้นสุดท้าย มีชีวิตอยู่ได้อีกไม่เกิน 6 เดือน

สกาเตือนถูกย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาลใหญ่แห่งหนึ่งตามคำแนะนำของนายชายที่เป็นแพทย์ และเป็นโรงพยาบาลต้นสังกัดของแพทย์ผู้ซึ่งผ่าตัดให้แก่สกาเตือน

แม่ของสกาเตือนได้นำฟิล์มเอกซเรย์ทั้งหมด รวมทั้งที่ถ่ายในขั้นตอนการคัดเลือกนักศึกษาของทางทบวงฯ ให้แก่ทางโรงพยาบาลด้วย ยกเว้นเพียงฟิล์มล่าสุดที่แพทย์นำเครื่องเข้ามาถ่ายในห้องผู้ป่วย

ที่นี่ สกาเตือนต้องเข้ารับการตรวจอย่างละเอียด และถูกฉีดยาอีกครั้ง ผลจากการวินิจฉัยร่วมกันของแพทย์หลายคนลงความเห็นว่างสกาเตือนไทรอยด์ปกติ และเมื่อนำชิ้นเนื้อที่แพทย์ผ่าตัดออกมาจากปอด และ

² นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล , โรงพยาบาลที่ (ไม่) นำไว้วางใจ หนังสือชุด พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เล่ม 1 สิงหาคม 2541, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 7.

เคยลงความเห็นว่าเป็นเนื้อร้ายไปตรวจซ้ำ ก็พบว่าเป็นก้อนเนื้อปกติ จุดกลาง ๆ ที่เห็นในฟิล์มเกิดจากเส้นเลือดฝอยแตก เลือดมาแข็งตัวเกาะกัน และมีใยเนื้อมาห่อหุ้ม

แพทย์ยืนยันว่า สกาวเดือนไม่ได้เป็นอะไร และไม่ได้เป็นมะเร็งแน่นอน

สกาวเดือนนอนพักฟื้นอีกระยะหนึ่ง ในระหว่างนั้น แพทย์ได้ตัดไหมจากแผลที่ทรวงอกซึ่งเกิดจากการนำเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ พบว่า แผลดังกล่าวมีความยาวประมาณ 19 เซนติเมตร

แม่ของสกาวเดือนกล่าวว่า โชคดีที่เธอไม่มีเงินพอจะเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อผ่าตัดไทรอยด์ เพราะแพทย์ที่นี่บอกกับเธอว่า หากทำเช่นนั้น ลูกสาวของเธอต้องกินฮอร์โมนไปตลอดชีวิต

อย่างไรก็ตาม กว่าจะได้ไปรับรองแพทย์ไปยืนยันกับทบวงฯ ก็สายเกินไป เพราะวันประกาศผลสอบครั้งสุดท้ายได้ล่วงเลยมาแล้ว แม้ว่าแม่ของสกาวเดือนได้พยายามดิ้นรนโดยการไปยื่นอุทธรณ์ที่ทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งทางทบวงฯ ก็รับฟัง เพราะสกาวเดือนสามารถทำคะแนนสอบได้สูง แต่เมื่อติดต่อไปทางมหาวิทยาลัย กลับไม่ได้รับการยินยอมเนื่องจากได้รับผู้ที่มีรายชื่อเป็นตัวสำรองเข้ามาแทนแล้ว และอุปกรณ์การเรียนการสอนก็มีจำนวนพอดี

สกาวเดือนจึงถูกตัดสิทธิ์ในการเข้าเรียนต่อในมหาวิทยาลัย ทั้งที่เธอไม่ได้ป่วยเป็นอะไรเลย และครอบครัวของเธอต้องเสียเงินที่สู้เก็บหอมรอมริบไปให้แก่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นประมาณ 2 แสนบาท

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

หลังจากออกจากโรงพยาบาล เพื่อนของน้องชายสกาวเดือนได้แนะนำให้ฟ้องทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นเพื่อเรียกค่าเสียหาย ซึ่งแม่ของสกาวเดือนก็เห็นด้วย จึงติดต่อทนายความ และเริ่มต้นกระบวนการฟ้องร้องต่อศาลในเดือนพฤษภาคม 2540 หรือในอีก 1 ปีต่อมาหลังเกิดเหตุ

จำเลยที่ถูกฟ้องร้องประกอบด้วย โรงพยาบาลเป็นจำเลยที่หนึ่ง เรียกค่าเสียหาย 2,520,000 บาท ในฐานะที่ทำการรักษาผิดพลาด ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเกินกว่าเหตุ และฐานที่ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการศึกษาต่อ

จำเลยที่ 2 คือแพทย์เจ้าของไข้ จำเลยที่ 3 คือห้องทดลองเอกชนที่เป็นผู้ตรวจเนื้อเยื่อปอดที่ตัดออกมา โดยวินิจฉัยผิดว่าเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย และจำเลยที่ 4 คือแพทย์ของห้องทดลองที่ลงนามกำกับใบพิสูจน์ผลเนื้อเยื่อดังกล่าว ซึ่งเป็นนายแพทย์ที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม หลังจากยื่นฟ้องไปไม่นาน ทนายความฝ่ายสกาวเดือนได้ปฏิเสธที่จะทำคดีนี้ต่อ จึงต้องหาทนายคนใหม่ และยื่นฟ้องเป็นครั้งที่ 2

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้น แม่ของสกาวเดือนได้ปรึกษาเพื่อนที่ทำงานหนังสือพิมพ์รายวันให้ช่วยลงข่าวเรื่องนี้ หลังจากหนังสือพิมพ์ลงข่าวต่อเนื่อง 2-3 วัน ทางแพทยสภาได้ติดต่อให้สกาวเดือนและแม่ไปให้ข้อมูลทั้งสองจึงเดินทางไปเข้าพบเลขาธิการแพทยสภา พร้อมกับนายยาที่ทางโรงพยาบาลจ่ายให้ครั้งแรกไปด้วย เลขาธิการแพทยสภาได้แสดงท่าทีให้ความสนใจ และบอกว่าจะสอบสวนเรื่องนี้ให้

ต่อมา แม่ของสกาวเดือนได้รับการติดต่อจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ถูกฟ้อง และแพทย์ที่ทำการผ่าตัดสกาวเดือน โดยต่างก็กล่าวว่า ห่วงใยสกาวเดือนและครอบครัว โดยเฉพาะทางแพทย์ที่ทำการผ่าตัด ได้กล่าวกับแม่ของสกาวเดือนว่า “ผมก็ไม่ว่า ผมรับจ้างมาทำ เขาให้ผมผ่าผมก็ผ่า ทำตามที่เขาให้ทำ ไม่รู้ว่าเขาไปตกลงอะไรกับทางคุณไว้บ้าง” และยืนยันว่า การผ่าตัดสกาวเดือนในครั้งนั้นได้ทำไปโดยอาศัยข้อมูลเวชระเบียนคนไข้ของทางโรงพยาบาลเป็นพื้นฐาน

หลังจากนั้น แม่ของสกาเวเดือนได้ดำเนินการขอประวัติเวชระเบียนของสกาเวเดือนจากโรงพยาบาลรัฐบาลที่เข้ารับการรักษาที่หลังเพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการฟ้องร้อง แต่ได้ทราบจากทางโรงพยาบาลว่า ประวัติได้ถูกนายแพทย์คนเดียวกับที่ทำการผ่าตัดสกาเวเดือนที่โรงพยาบาลแห่งแรกขอไป และยังไม่ส่งกลับมา แม้ว่าหลังจากนั้น เธอได้เดินทางไปติดต่อด้วยตนเองถึงโรงพยาบาลอีก 3 ครั้ง และยื่นหนังสือร้องเรียนกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่าประวัติผู้ป่วยหาย แต่ก็ไม่มีความคืบหน้า จนกระทั่ง เมื่อเรื่องเข้าดำเนินการในศาลแล้ว จึงมีจดหมายแจ้งมาว่า ทางโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลให้โดยตรงกับทางศาลเองเมื่อศาลร้องขอ

สกาเวเดือนเดินทางไปให้การต่อศาลหลายครั้ง ในการดำเนินคดีต้องใช้การเปลี่ยนตัวทนาย เพราะแม่ของสกาเวเดือนมีความเห็นว่า ทนายคนแรกทำท่าเหมือนเข้าข้างฝ่ายจำเลย และพยายามถ่วงเวลาด้วยวิธีการต่าง ๆ

จำเลยทั้งหมดได้ปฏิเสธข้อกล่าวหา โดยทางโรงพยาบาลที่เป็นจำเลยที่ 1 และแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นจำเลยที่ 3 ได้ชี้แจงกับศาลว่า ได้ทำการรักษาอย่างถูกต้อง โดยยึดเอาผลการวินิจฉัยก่อนเนื้อของจำเลยที่ 2 และ 4 เป็นแนวทางการรักษา ทางด้านจำเลยที่ 2 และ 4 ก็ได้ชี้แจงว่า ทำหน้าที่เพียงตรวจวิเคราะห์ชิ้นเนื้อและวินิจฉัยผล แต่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษา

“หมอที่มาในศาลใช้ศัพท์ทางการแพทย์ที่เราไม่เข้าใจ มาซักเราก็ไม่รู้เรื่อง ในศาลนับคำได้เลยว่า ฝ่ายเราได้พูดกี่คำ” แม่ของสกาเวเดือนบรรยายถึงสภาพที่เกิดขึ้นในการพิจารณาคดี จากมุมมองของชาวบ้านธรรมดา ๆ อย่างเธอ

ต่อมาผู้พิพากษาได้ขอให้ใช้วิธีไกล่เกลี่ย และบอกว่าหากจะสู้คดีต่อ ฝ่ายสกาเวเดือนต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าแผลที่เกิดจากการรักษาเป็นแผลผ่าตัด ไม่ได้เกิดจากการใช้เครื่องมือเจาะเข้าไป อย่างที่ทางฝ่ายโรงพยาบาลยืนยัน และต้องเอาประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลที่เข้ารับรักษาตัวต่อมายืนยันให้ได้ว่า สกาเวเดือนถูกผ่าตัดมาจริง คัดใหม่ไปก็เข็ม

หลักฐานที่ฝ่ายสกาเวเดือนได้ยื่นไปก่อนหน้าก็คือ ผลการตรวจวิเคราะห์ชิ้นเนื้อเยื่อจากห้องทดลองว่า สกาเวเดือนเป็นมะเร็ง อันนำมาซึ่งขั้นตอนการรักษาที่ผิดพลาดทั้งหมดหลังจากนั้น รวมทั้ง เอกสารผลการตรวจชิ้นเนื้อนั้นซ้ำ และพบผลแตกต่างกันจากโรงพยาบาลรัฐบาล หลักฐานชิ้นเนื้อของจริง และใบเสร็จทั้งหมด ซึ่งแม่ของสกาเวเดือนเห็นว่า สิ่งเหล่านี้น่าจะมีประโยชน์ต่อรูปคดีพอสมควร

“ให้ไปหาหมอมายืนยันว่าเป็นแผลผ่าตัด เราก็ไปหาหลายโรงพยาบาล ทุกคนล้วนพูดว่า ขออนาคตผมเถอะ ผมต้องเป็นแพทย์อีกนาน เดี่ยวครอบครัวผมจะเดือดร้อน” แม่ของสกาเวเดือนเล่าว่า แม้กระทั่งน้องชายของตนที่เป็นแพทย์เองแท้ ๆ ก็มาได้ โดยระบุว่า ถูกโทรศัพท์ข่มขู่ไม่ให้มาเป็นพยาน และบอกให้พี่สาวยอมความ

ในที่สุด แม่ของสกาเวเดือนต้องขอหนังสือจากศาลให้แพทย์สภา ซึ่งกำลังดำเนินการสอบสวนเรื่องนี้อยู่ให้ช่วยส่งผู้แทนมาชี้แจง เธอเล่าว่า แพทย์ที่มาไม่ได้พูดคุยกัยถามอะไร หรือแม้แต่ขอดูแผลจากสกาเวเดือน แต่ก็ได้ให้การสอดคล้องกับทางฝ่ายโรงพยาบาลที่เป็นจำเลยที่ให้การก่อนหน้า ว่าแผลที่หน้าอกสกาเวเดือนเป็นแผลเจาะ

“ในวันนั้น ถ้ามีแพทย์มายืนยันว่าเป็นแผลผ่าตัดเราจะชนะ หมอที่มาไม่เคยเห็น ไม่เคยรู้จักมาก่อนมานั่งหลับ แล้วสุดท้ายก็มาสรุปว่าเป็นแผลเจาะ ทั้งที่ไม่เคยเห็นแผลของลูก เป็นไปได้ยังไงที่แผลยาวตั้ง 19 เซนติเมตรเป็นแผลเจาะ” แม่ของสกาเวเดือนเล่าถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดในการพิจารณาคดีนี้

ระบบการให้ความช่วยเหลือไม่มีประสิทธิภาพ

เมื่อเริ่มรู้ว่า ลูกละเมิดสิทธิ ครอบครัวนี้ไม่ได้นิ่งเฉย พยายามที่จะหาช่องทางการต่อสู้ทุกวิถีทาง และมีศักยภาพในการต่อสู้มากพอสมควร โดยเฉพาะจุดแข็งที่มีน้องชายเป็นแพทย์ แต่ขณะเดียวกันก็กลายเป็นจุดอ่อนในการเรียกร้องสิทธิ เช่น ทำให้ต้องยอมความ เนื่องจากน้องชายถูกโทรศัพท์ข่มขู่ไม่ให้มาเป็นพยาน

กรณีนี้นับเป็นหนึ่งในหลายกรณีที่เป็นข่าวในสื่อมวลชน และทำให้ได้รับความสนใจจากแพทยสภาในการเข้ามาตรวจสอบเรื่องราวข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันก็ยังไม่มีข้อวินิจฉัยใดจากแพทยสภาโดยนับเป็นเวลาเกือบ 2 ปีแล้วหลังจากรับเรื่องไว้

และขณะเดียวกันแพทย์ซึ่งเป็นผู้แทนจากแพทยสภาที่ไปให้ความเห็นต่อศาลก็ไม่ได้มีบทบาทในการโน้มน้าวสนับสนุนให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เสียหาย แต่ดูเหมือนกลับกลายเป็นความเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อจำเลย ทั้ง ๆ ที่ตัวแทนจากแพทยสภาไม่ได้มีโอกาสเห็นผู้ป่วยหรือแผลผ่าตัดของผู้ป่วยเลย ทำให้คำครหาในเรื่องการปกป้องวิชาชีพยังเป็นคำถามที่คาใจผู้คนมากขึ้น ท่ามกลางกลไกของแพทยสภาที่มีเพียงผู้แทนจากวิชาชีพแพทย์เท่านั้น

ตลอดจนทนายที่ให้ความช่วยเหลือในกรณีนี้ก็มิมีปัญหา จนต้องเปลี่ยนทนาย และท้ายที่สุดนำมาซึ่งการยอมคดีความที่ผู้เสียหายค่อนข้างเสียเปรียบ

ท้ายสุด ผู้พิพากษาได้แนะนำว่า หากฝ่ายสภากาเถื่อนหาหลักฐานตามที่ขอเพิ่มไปไม่ได้ก็ให้ยอมความ โดยให้ทางโรงพยาบาลเอกชนชดใช้เงินตามในเสร็จที่เรียกเก็บไปทั้งหมด และทนายความของสภากาเถื่อนเองก็พยายามหวานล่อให้ยอมความ โดยเสนอไม่รับค่าตอบแทนส่วนที่เหลือของตนเอง ขณะเดียวกัน น้องชายคนที่แพทย์ก็แนะนำให้ยอมความ โดยยืนยันกับแม่ของสภากาเถื่อนว่า อย่างไรก็ต้องแพ้คดี

หลังจากเจรจาต่อรองกันอยู่หลายครั้ง แม่ของสภากาเถื่อนตัดสินใจยอมรับเงินชดเชยที่โรงพยาบาลเสนอให้ เพราะมองไม่เห็นหนทางที่จะต่อสู้ต่อไปอีกแล้ว

“ปรึกษาลูกว่าจะเอาอย่างไรดี เราหมดหนทางจริง ๆ ไม่มีใครเป็นฝ่ายเราเลย แม้แต่ทนายที่เราจ้างมาอยากต่อสู้ก็สู้ไม่ได้ ในที่สุดก็ต้องยอมลงชื่อยอมความทั้งน้ำตา มันแค้นมาก อยากเอาปืนมายิงให้หมด แต่พอคิดว่า ถ้าเราติดคุกแล้วลูกจะเป็นอย่างไร ใครจะเลี้ยง จะส่งเรียนหนังสือ ก็เลิกความคิด

“มันเป็นเรื่องความไม่ยุติธรรมทางสังคมที่เราสู้อะไรเขาไม่ได้เลย ตอนนั้นหมดตัวจริง ๆ มีแต่หนี้สิน ต้องให้กำลังใจลูก ให้สู้ชีวิตใหม่ดีกว่า

“วันนั้นเป็นวันที่แสบมาก...” เธอสรุปสั้น ๆ ในที่สุด

ระบบกฎหมายที่ไม่เป็นธรรมกับผู้ป่วย

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ปี พ.ศ. 2522 ได้ระบุสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภคไว้ 5 ประการ สิทธิที่สำคัญและเกี่ยวข้องคือ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ และมีสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย

แต่ภาระในการพิสูจน์ความผิด ถือเป็นหน้าที่ของผู้บริโภค ซึ่งในที่นี้คือผู้ป่วย ดังที่มารดาของสภากาเถื่อนมีการอ้อนวอนให้พิสูจน์ว่า ใครคือผู้ผิดและเป็นต้นเหตุให้ลูกของตนเองเสียโอกาสในการเรียนและเสียเงินจำนวนมากมาในการรักษาพยาบาลลูกสาวของตนเอง

ในตอนแรก แม่ของสกาเตือนเรียกร้องค่าชดเชยจำนวน 150,000 บาท แต่ได้ถูกต่อรองเหลือ 75,000 บาท โดยเงินจำนวนนี้มาจากทางโรงพยาบาล 50,000 บาท แพทย์เจ้าของไข้ 7,000 บาท และแพทย์ที่ผ่าตัด ซึ่งยอมคืนเงินค่าผ่าตัดมาสมทบ 18,000 บาท ในขณะที่เธอได้เสียค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่ไม่จำเป็นไปแล้วถึง 200,000 บาท

สื่อมวลชนได้ติดตามเสนอข่าวการลงเอยของผลพิจารณาคดีดังกล่าว จากนั้นไม่นานนัก ครอบครัวของสกาเตือนก็ได้รับจดหมายจากแพทยสภา แจ้งว่า คณะอนุกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาเห็นว่าเรื่องนี้ มีมูลและควรสอบสวนต่อ

คณะอนุกรรมการสอบสวนของแพทยสภาได้ดำเนินการพิจารณากรณีของสกาเตือนมาเป็นเวลาเกือบ 2 ปีแล้ว นับจนถึงวันนี้

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

หลังจากรู้แน่ว่าตนหมดโอกาสได้เข้าเรียนในคณะที่ใฝ่ฝัน ทั้งที่ได้ทุ่มเทความพยายามในการเรียน จนผ่านการสอบคัดเลือกด้วยคะแนนที่น่าพอใจ สกาเตือนเริ่มเก็บตัวเงียบ ไม่พูดจากับใคร ไม่ยิ้มแย้มร่าเริงเหมือนที่เคย เอาแต่เก็บตัวเงียบอยู่ในห้อง

เธอไม่จับหนังสืออีกเลย เอาแต่นั่งเหม่อลอยเหมือนคนบ้า ไม่พูดคุยกับใคร เพราะมีความรู้สึกว้าโลก ไม่มีคามยุติธรรม

“มันแย่มาก เหมือนตายด้าน ไม่คิดว่ามีอะไรจะไปกว่านี้อีกแล้ว ไม่มีกำลังใจอ่านหนังสือเลย ก็หนังสือทั้งตั้งที่แม่ยกมาให้หนูเคยอ่านหมดแล้ว แต่ผลที่ได้กลับเป็นแบบนี้ ก็เลยไม่รู้จะอ่านไปอีกทำไม” เธอย้อนนึกถึงความรู้สึกในขณะนั้น

ถึงแม้ว่าปัจจุบันนี้ สกาเตือนได้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคในช่วงนั้นมาได้ จนกระทั่งสามารถสอบผ่านเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยได้อีกครั้งในอีกมหาวิทยาลัยหนึ่ง แต่ประสบการณ์ที่เลวร้ายในครั้งนั้นยังคงเป็นภาพหลอนที่ติดตามเธอตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องไปตรวจร่างกายหลังสอบผ่าน เธอรู้สึกกลัวและกังวลมากกว่าจะมีปัญหาเหมือนที่เคยเกิดขึ้นอีก

“ที่หนูตัดสินใจจับหนังสืออีกครั้งก็เพื่อแม่ อยากรีบ ๆ เรียนให้จบ รีบหางานหาเงินมาช่วยแม่” เธอเล่าด้วยน้ำตาคลอเบ้า

จนทุกวันนี้ เรื่องที่เกิดขึ้นยังคงเป็นเสมือนแผลเรื้อรังในใจ เมื่อใดที่มีการพูดถึงเรื่องนี้ สกาเตือนยังรู้สึกไม่สบายใจ และคิดมากจนรบกวนสมาธิในการเรียนและการอ่านหนังสือ เธอหมดความศรัทธาบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์ เพราะคิดว่าคนเหล่านี้คิดแต่เรื่องเงิน เมื่อป่วยจริง ๆ จนต้องไปโรงพยาบาลก็จะขอพบแต่แพทย์ที่เป็นผู้หญิง เมื่อพบแพทย์ที่เป็นผู้ชาย เธอจะมีปฏิกิริยาต่อต้านออกมาอย่างเห็นได้ชัด

ผลการเรียนของสกาเตือนอยู่ในขั้นดีมาก เทอมที่ผ่านมาเธอได้เกรดเฉลี่ย 3.5 และทำคะแนนวิชาเคมีได้สูงสุดในชั้นปี ดูจากภายนอก เธอเป็นวัยรุ่นที่มีความมั่นใจในตัวเองและกล้าแสดงออก แต่ผลจากการผ่าตัดในครั้งนั้นทำให้สภาวะทางร่างกายของสกาเตือนด้อยลงอย่างเห็นได้ชัด

“ก่อนที่จะเกิดเรื่อง ชอบเล่นกีฬามาก แต่หลังการผ่าตัด รู้สึกได้เลยว่า วิ่งไม่ค่อยไหว เหนื่อยง่ายมาก ออกแรงมากก็จะรู้สึกเจ็บแปลบ ๆ ที่แผลผ่าตัด และทุกครั้งที่เป็นอย่างนี้ ทุกครั้งที่ทำอะไรด้อยกว่าที่เคยทำได้ ก็อดที่จะคิดย้อนกลับไปในอดีตไม่ได้ และรู้สึกเสียใจที่มีมันเกิดขึ้นกับตัวเรา” เธอกล่าว

แม้ว่าความรู้สึกทางใจของสกวเดือนและแม่จะดีขึ้นตามกาลเวลา แต่เมื่อไรก็ตามที่มองดูแผลเป็นที่
พาดยาวตั้งแต่ด้านหน้าจรดหลังบนร่างกาย ความเจ็บปวดทั้งทางกายและใจที่เกิดจากบาดแผลนั้นก็จะหวน
เข้ากลับมาในความทรงจำทุกครั้งไป

กรณีที่ 6

ชื่อ	ดวงกมล
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2538)	36 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	ช่วยบริการกิจการของสามี
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	คลอดบุตร

ข้อมูลทั่วไป

สามีและ "ดวงกมล" จัดได้ว่าเป็นผู้มีฐานะดีเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดขอนแก่น ทั้งสองสมรสกันเมื่อปี 2526 ขณะนั้นฝ่ายชายอายุ 31 ปี ฝ่ายหญิง 24 ปี ฝ่ายชายมีกิจการเป็นของตัวเองคือบริษัทผลิตเครื่องมือจับปลาส่งจำหน่ายทั้งในและนอกประเทศ ตัวเขาเองดำรงตำแหน่งเป็นกรรมการผู้จัดการใหญ่ของบริษัท และมอบหมายให้ภรรยาซึ่งจบการศึกษาจากคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เป็นผู้ควบคุมด้านการเงินและข้อมูลคอมพิวเตอร์ต่าง ๆ อันครอบคลุมถึงเรื่องของการวิเคราะห์เชิงธุรกิจและการลงทุนด้วย

หลังจากใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมาประมาณ 11 ปี ดวงกมลก็ตั้งท้องเป็นครั้งที่ 5 ก่อนหน้านั้นเธอเคยมีประสบการณ์ไม่ได้อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร 2 ครั้ง ครั้งหนึ่งคือในการตั้งครรภ์ที่สองเกิดอาการแท้งคุกคาม ส่วนท้องที่สี่นั้นคลอดก่อนกำหนด ด้วยความฉุกเฉินจึงไม่อาจเดินทางไปคลอดที่โรงพยาบาลเอกชนระดับวีไอพีในกรุงเทพฯ ที่ฝากครรภ์ไว้ได้ทัน ต้องแวะคลอดที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่งย่านชานเมืองกรุงเทพฯ แทน ซึ่งเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่สามีให้การอุปถัมภ์อยู่

ลูกคนที่คลอดก่อนกำหนดนี้ เมื่อโตขึ้นมีอายุได้ประมาณ 2 ปี พบว่า มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับหูและตา แพทย์ทางสมองตรวจสอบพบว่าหน่วยความจำเสียไป แต่ไม่ใช่ความผิดปกติที่มีมาแต่กำเนิด ดังนั้นผู้เป็นพ่อจึงได้ตรวจสอบข้อมูลกับโรงพยาบาลที่ฝากคลอด ได้รับทราบว่าเป็นช่วงที่เด็กพักฟื้นอยู่ในตู้อบภายหลังคลอดออกมาก่อนกำหนดนั้น มีอยู่ครั้งหนึ่งที่เด็กหยุดหายใจไปเป็นเวลาค่อนข้างนาน ทางโรงพยาบาลทราบข่าวเนื่องจากไม่ได้ติดตั้งเครื่องเตือนไว้ นอกจากนี้จากกรณีที่เด็กมีสารเหลืองสูง จำเป็นต้องได้รับการเปลี่ยนถ่ายเลือด แต่ปรากฏว่าช่วงเวลานั้นตรงกับวันเสาร์-อาทิตย์ จึงต้องรอจนถึงวันจันทร์ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กกลายเป็นผู้พิการทางสมองได้ ซึ่งนับเป็นเรื่องหนึ่งที่ทั้งพ่อและแม่ต้องทำใจ

"ก็ไม่ว่าอะไร มีทางเดียวคือไปเข้าโรงเรียนปัญญาอ่อน มีความรู้สึกเสียใจ แต่เป็นสิ่งที่ผ่านมา ไม่ได้เจออย่างกระแทกหั่น ส่วนดวงกมลก็เสียใจ แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ณ วันนั้นก็คิดว่าเป็นบุญกรรม บางคนก็ลอบใจเราว่ามีลูกประเภทนี้ทำให้เราร่ำรวย แต่ก็ เป็นสภาวะที่ล่วงเลยมาแล้ว ถามว่าเสียใจไหม เสียใจแน่นอน แต่ไม่ถึงกับพุ่มพ่าย"

จากที่เดิมตั้งใจว่าจะมีลูกสัก 3 คน หลังเกิดเหตุการณ์เช่นนั้นกับคนที่สาม ทั้งสองจึงปรึกษากันว่าน่าจะมีอีกสักคน ดังนั้นลูกคนที่ 4 ในการตั้งท้องครั้งที่ 5 นี้จึงเป็นทั้งความหวังและความวิตกกังวลของพ่อแม่ ทั้งสองต่างพยายามจะเตรียมทุกอย่างให้ดีที่สุด พร้อมที่สุด และสมบูรณ์ที่สุด

ด้วยวัยที่ค่อนข้างมาก ประกอบกับเคยประสบปัญหาและสูญเสียมาแล้วถึง 2 ครั้ง กับท้องนี้ที่ทั้งคู่ตั้งใจให้เป็นลูกคนสุดท้าย จึงมีการเพิ่มความระมัดระวังและเอาใจใส่เป็นพิเศษ "เป็นท้องที่ตั้งใจมาก พอติดปั๊บก็อยู่

ห้องเลย ข้าวปลาอาหารต่าง ๆ ก็เอามาขึ้นห้องหมด ไม่ต้องลงมา งานไม่ต้องทำ ผมรับมาทำแทนหมด" สามี่ของดวงกมลเล่าถึงเรื่องราวครั้งที่ยังเต็มไปด้วยความสุขและความหวัง

นอกจากการประคบประหงมผู้เป็นแม่ อีกสิ่งหนึ่งที่ทั้งสองคนพิถีพิถันก็คือการเลือกโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ทำคลอด พวกเขาตกลงใจฝากครรภ์กับโรงพยาบาลเอกชนระดับวีไอพีในกรุงเทพฯ โดยพิจารณาจากชื่อเสียงและราคาที่แพงติดอันดับ ซึ่งเชื่อว่าจะจะเป็นเครื่องรับประกันถึงคุณภาพการบริการที่ดี ส่วนแพทย์นั้นเลือกตามคำแนะนำของญาติ ๆ

สามี่ของดวงกมลกล่าวว่า ในความเป็นจริงแล้ว หากจะใช้บริการโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ก็น่าจะได้รับการเป็นพิเศษ เพราะตัวเขาเองมีบทบาทในการสนับสนุนหรือร่วมบริจาคทรัพย์แก่โรงพยาบาลรัฐภายในจังหวัด ตลอดจนถึงกับคณะผู้บริหารอยู่พอสมควร แต่เนื่องจากคำนึงถึงกำลังซื้อและโอกาสที่มีมากกว่าผู้อื่น จึงเห็นว่าน่าจะใช้โรงพยาบาลเอกชนแทน ซึ่งทางขอนแก่นไม่ค่อยมี จึงเลือกโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ ทั้งนี้โดยมีเหตุผลเกี่ยวกับความสะดวกสบายในการดูแลครรภ์เป็นองค์ประกอบด้วย เพราะครอบครัวของเธอยู่ทางกรุงเทพฯ หากธุรกิจทางขอนแก่นยุ่งก็ยังวางใจได้ว่าจะมีคนช่วยดูแล

"ก็ตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่กรุงเทพฯ แล้วก็เที่ยวไปมา ตรวจครรภ์เดือนละครั้งก็นั่งเครื่องบินไป คือมีความสามารถที่จะจ่ายในส่วนนี้โดยไม่เดือดร้อน" เขากล่าว

ความจริงดวงกมลเคยฝากครรภ์กับโรงพยาบาลดังกล่าวนี้แล้วถึง 3 ท้อง แต่ได้มีโอกาสไปใช้บริการคลอดบุตรคนที่สองเท่านั้น ในครั้งนี้เพื่อป้องกันความผิดพลาดซ้ำรอยเดิม เธอจึงทำตามขั้นตอนอันควรทุกอย่าง ไปตรวจครรภ์ตามนัดหมายทุกครั้ง จนกระทั่งครบ 7 เดือนก็ถึงกับย้ายเข้าพักที่กรุงเทพฯ รอทำ เพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ไม่ว่าจะเป็นการคลอดก่อนกำหนด หรือรุดตืดตั้งเช่นท้องก่อน

เมื่อแพทย์ผู้ดูแลครรภ์แจ้งกำหนดคลอดว่าจะตกประมาณวันที่ 5-10 กันยายน 2538 คุณพ่อคุณแม่ของดวงกมลจึงไปดูวันฤกษ์ดี ได้รับความว่าวันดีในช่วงนั้นคือวันที่ 8 กันยายน สามี่กับแพทย์จึงปรึกษากัน ตกลงที่จะทำการคลอดในวันดังกล่าว

ทุกข์จากการรับบริการ

วันที่ 7 กันยายน ดวงกมลเข้าโรงพยาบาลเพื่อเตรียมคลอด โดยสามี่ได้ติดตามไปด้วยตามคำขอร้องของเธอที่เกิดมีลางสังหรณ์บางอย่าง และบอกกับเขาว่า ท้องนี้แปลก ๆ ขอให้เข้าไปอยู่ที่ห้องคลอดด้วย

ในเวลาประมาณ 4 ทุ่ม พยาบาลได้ให้น้ำยาเร่งคลอดเพื่อให้เป็นไปตามกำหนดที่ต้องการ จากนั้นมีการพากันไปดูห้องคลอด จนกระทั่งประมาณ 03.00 น. ดวงกมลบอกสามี่ว่ารู้สึกปวดดี ๆ แล้ว จึงมีการย้ายเข้าสู่ห้องคลอด เธอนอนรออยู่ที่นั่นจนกระทั่งเช้า ประมาณ 07.00 น. นายแพทย์ผู้ดูแลครรภ์ได้เข้ามาตรวจและแจ้งแก่สามี่ว่าปากมดลูกเปิดเพียง 1 - 2 เซนติเมตรเท่านั้น คงอีกนานกว่าจะคลอด

แต่อีก 1 ชั่วโมงต่อมา แพทย์อีกคนซึ่งเป็นแพทย์หญิงได้เข้ามาทำการบล็อกไขสันหลัง (epidural block) ซึ่งเป็นวิธีที่ดวงกมลทำกับทุกท้องที่ผ่านมา เพราะเห็นว่าช่วยให้ไม่มีความเจ็บปวดในการคลอด ทั้งช่วงเพียง 15 นาที แพทย์เจ้าของครรภ์ก็ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำและให้ยากระตุ้นเพื่อให้มดลูกบีบรัดตัว จากนั้นออกไปดูผู้ป่วยรายอื่น ส่วนแพทย์ผู้วางยา ยังคงเฝ้าดูอาการอยู่ราว 1 ชั่วโมงก็ออกไปจากห้องเช่นกัน

ผ่านไปราว 10 นาที ดวงกมลบอกกับสามี่ว่ายังรู้สึกปวดอยู่ เมื่อแจ้งแก่พยาบาล พยาบาลจึงทำการเติมยา โดยสามี่ออกมาเฝ้าอยู่หน้าห้องคลอด 10 นาที ต่อมาเขาได้ยินเสียงภรรยาร้องเรียกว่าปวดหัว เข้าไปดูจึงเห็นว่าเธอมีอาการกระสับกระส่าย

เขาเล่าว่า ในเวลานั้นตัวเขาเองได้แต่ยืนหันรีหันขวางอยู่ที่ช่องทางเข้าห้อง สักพักหนึ่งพยาบาลที่คอยดูแล 2 คนก็วิ่งเข้าไปพยายามปรับท่านอนท่านั่งให้ แต่แล้วจู่ ๆ คนหนึ่งซึ่งมองไปที่จอมอนิเตอร์ก็ตะโกนขึ้นว่า “ความดันตกลงมาก ตามอาจารย์ ... (ชื่อแพทย์) มา”

สองสามนาทีให้หลัง เมื่อสูติแพทย์เข้ามาถึงหน้าประตูก็อุทานให้ได้ยินว่า “เอ๊ะ ทำไมเป็นอย่างนี้” แล้วสั่งให้พยาบาลใช้เครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับตามอายุรแพทย์หัวใจ นั่นคือภาพนาฬิกาวิกฤตของภรรยาที่เขาได้เห็นเป็นครั้งสุดท้าย ก่อนที่พยาบาลจะมาเชิญตัวออกไปนอกห้องคลอด ขณะนั้นเป็นเวลาประมาณ 09.30 น.

ดวงกมลเสียชีวิตพร้อมบุตรในครรภ์ขณะอยู่ในความดูแลของสูติแพทย์ ตลอดจนแพทย์อื่น ๆ ณ โรงพยาบาลที่ได้ชื่อว่าแพงที่สุด หรุหร่าที่สุด และถูกเชื่อว่าดีที่สุดในแห่งหนึ่งของเมืองไทย

ผู้บริหารโรงพยาบาลและคณะแพทย์แจ้งข่าวร้ายนี้แก่สามีของเธอเมื่อเวลาประมาณ 11.00 น. วันที่ 8 กันยายน 2538 อันเป็นวันที่พวกเขาตั้งใจเลือกให้เป็นวันลืมตาของโลกของลูกคนล่าสุด สาเหตุการเสียชีวิตที่ทางโรงพยาบาลระบุคือการแพ้ยาและหัวใจล้มเหลว โดยทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลย้ำว่า “ทีมแพทย์ทั้งหมดมาช่วยชีวิตอย่างเต็มที่แล้ว แต่มันเป็นเรื่องเหตุสุดวิสัย ไม่สามารถช่วยชีวิตได้”

หลังจากไปดูศพภรรยา แจ้งข่าวแก่ญาติพี่น้อง และเซ็นแบบฟอร์มใบหนึ่งที่บุคลากรของโรงพยาบาลนำมาให้โดยบอกว่าเป็นใบมรณบัตร เขาได้แต่นั่งร้องไห้

กระทั่งเพื่อน ๆ และญาติ ๆ ของดวงกมลเดินทางมาถึง สอบถามเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับแพทย์ ได้รับแจ้งถึงสาเหตุการเสียชีวิตที่อาจเป็นไปได้เรียงตามลำดับจากมากไปหาน้อยคือ แพทย์ที่ใช้บล็อกไขสันหลัง (epidural block), บล็อกไขสันหลังสูงเกินไป (high epidural block) หรือ total epidural block และหรือเศษน้ำคร่ำเข้าไปในระบบเส้นเลือดของปอด (amniotic embolism) เป็นอันดับสุดท้าย ทั้งนี้แพทย์ยืนยันด้วยว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤติได้ครอบคลุมอาการที่อาจเกิดจากสาเหตุทั้งสามประการแล้ว

แต่ญาติไม่เชื่อในสิ่งที่แพทย์บอก มีความเห็นว่าทางโรงพยาบาลไม่พยายามสอบสวนหาเหตุการตายที่แท้จริง ยิ่งเมื่อไปดูศพพบว่ามีกรีดรอยให้แล้วโดยที่ผู้เป็นสามีไม่ทราบและไม่ได้รับการแจ้งก่อน กลุ่มญาติจึงไปแจ้งความที่สถานีตำรวจ ยังผลให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลการทำงานของแพทย์ตามมา โดยญาติผู้เสียชีวิตทำการค้นข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล พบว่า วิสัญญีแพทย์ได้รับงานคนไข้ 2 รายในเวลาไล่เลี่ยกัน คือต้องวางยาบล็อกหลังดวงกมลเวลา 08.00 น. จากนั้นอีก 1 ชั่วโมงต้องไปดมยาสลบแก่คนไข้ผ่าตัดอวัยวะหนึ่ง

จากข้อมูลที่พบเบื้องต้นนี้ทำให้ญาติทุกคนลงความเห็นว่ แพทย์ได้ทิ้งคนไข้และโรงพยาบาลจงใจปกปิดข้อมูลหลักฐานด้วยการฉีดยาฟอร์มาลินศพ ดังนั้นจึงมีการเดินทางนำพิสูจน์ความจริงเพิ่มเติมอีก

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

ญาติ ๆ ส่งศพของดวงกมลไปยังสถาบันนิติเวชเพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตในวันถัดมา ผลการตรวจระบุว่า ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวจากเศษน้ำคร่ำเข้าไปในระบบเส้นเลือดของปอด (amniotic embolism) โดยการตรวจดูชิ้นเนื้อจากศพด้วยกล้องจุลทรรศน์ พบผิวหนังกำพืดที่แตก (squames) ในระบบหลอดเลือดในปอด ไม่พบพยาธิสภาพที่เกิดจากการแพ้ยา ทั้งโดยการดูด้วยตาเปล่าและจากการย้อมชิ้นเนื้อด้วยกล้องจุลทรรศน์

“เขาบอกว่ามันตรวจลำบาก เพราะมีการฉีดยาเข้าไปหมดแล้ว ถือเป็นการทำลายหลักฐานประเภทหนึ่ง” นี่เองเป็นอีกส่วนหนึ่งที่สร้างความระแวงของญาติที่มีต่อทางโรงพยาบาล

สามีของดวงกมลกล่าวว่า เมื่อทราบผลดังนี้มีเสียงเล็ดลอดจากหุ้พพยาบาลทำนองว่า ถ้าเป็นเพราะน้ำคร่ำทางโรงพยาบาลก็สบายมาก แต่ตัวเขาเองกลับคิดว่า ถึงจะเป็นเพราะเหตุนี้ที่ถือว่าเป็นเหตุฉุกเฉินที่เป็นภาวะรุนแรงที่สุดของการคลอดบุตร สามารถทำอันตรายถึงชีวิตร้อยละ 80 แต่โอกาสรอดร้อยละ 20 นั้นก็ถือว่าขึ้นกับความฉับไวและประสิทธิภาพของแพทย์ อีกทั้งการเจาะถุงน้ำคร่ำก็เป็นวิธีที่เสี่ยง ส่วนการฉีดยาสลบโดยไม่มีการอนุญาตคือจุดที่ทำให้เขามั่นใจว่า คงจะพบกับทางโรงพยาบาลไม่รู้เรื่องแล้ว

ในที่สุดวันที่ 30 เมษายน ปีต่อมา หลังจากรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ พอสมควรแล้ว สามีของดวงกมลจึงยื่นฟ้องร้องต่อศาลเรียกค่าเสียหายจากทางโรงพยาบาลเป็นเงิน 695.62 ล้านบาท ฐานประมาท นอกจากนี้ในวันเดียวกันนั้นยังได้ส่งเรื่องร้องเรียนต่อกรมการสาธารณสุข สภาผู้แทนราษฎร และต่อแพทยสภา กล่าวหาทั้งสูติแพทย์ วิสัญญีแพทย์ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลว่า ประพฤติผิดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม

ประเด็นการพิจารณาสำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษาทั้งสองคือ การละทิ้งคนไข้ไปตรวจคนไข้รายอื่น โดยไม่คอยดูแลผู้ป่วยว่ามีเหตุแทรกซ้อนอะไรหรือไม่ เป็นการประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย และมีการอ้างว่าเสียชีวิตเพราะแพทย์ที่ใช้ในการบล็อกไขสันหลัง ซึ่งเป็นการให้ความเห็นโดยไม่สุจริต

ส่วนประเด็นที่พิจารณาสำหรับนายแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคือ ปลอมให้พยาบาลที่ไม่ใช่วิสัญญีแพทย์ให้ยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งเป็นการยินยอมให้มีการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย และมีการให้ความเห็นโดยไม่สุจริต

ประเด็นทั้งหมดข้างต้นคณะกรรมการจริยธรรมเห็นว่าคดีมีมูล คณะอนุกรรมการกลั่นกรองก็เห็นว่ามีมูล จึงได้เสนอต่อคณะกรรมการแพทยสภาให้มิตัดดำเนินการสอบสวนต่อไป ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาก็มีมติส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนดำเนินการ

ในที่สุดคณะกรรมการสอบสวนได้ดำเนินการสอบสวนจนได้สรุปความเห็นออกมาว่า การกระทำของแพทย์ทั้งสองเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพโดยทั่วไป มิได้เป็นการละเลยทอดทิ้งผู้ป่วย

ทางด้านข้อกล่าวหาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลในประเด็นว่ายินยอมให้มีการประกอบวิชาชีพการพยาบาลที่เป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย คณะอนุกรรมการสอบสวนเห็นว่าควร “พับไป” เนื่องจากเป็นการเติมยาคตามคำสั่งของวิสัญญีแพทย์ ภายหลังที่วิสัญญีแพทย์ได้สอดสาย epidural catheter เข้าที่เรียบร้อยแล้ว ไม่ถือว่าพยาบาลเป็นผู้วางยาสลบให้ผู้ป่วย หรือเป็นผู้ฉีดยาสลบเข้าไขสันหลังโดยตรงเพียงลำพัง การกระทำของพยาบาลจึงเป็นการกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ตามหน้าที่พยาบาลทั่วไป ส่วนในประเด็นการให้ความเห็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ตายนั้น คณะอนุกรรมการสอบสวนเห็นว่าเป็นการให้ความเห็นโดยอาศัยการแสดงทางคลินิกประกอบกับความเป็นไปได้สูงสุดตามปฏิบัติการ และเป็นความเห็นเบื้องต้นในขณะนั้นโดยองค์คณะแพทย์ของโรงพยาบาล มิได้เป็นการให้ความเห็นโดยไม่สุจริต

สรุปว่า คณะอนุกรรมการสอบสวนเห็นสมควร “ยกข้อกล่าวหา” ให้แพทย์ทั้งสาม

อย่างไรก็ดี เมื่อเรื่องนี้ส่งถึงคณะกรรมการกลั่นกรองอีกครั้งหนึ่ง เห็นว่ามีปัญหาที่ต้องลงรายละเอียดที่ต้องอาศัยผู้ชำนาญการเฉพาะด้านทั้งสูตินรีแพทย์และวิสัญญีแพทย์ จึงเสนอคณะกรรมการแพทยสภาให้มิตัดส่งเรื่องดังกล่าวกลับคืนให้คณะกรรมการสอบสวนอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสอบถามความเห็นเพิ่มเติมจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ในประเด็นต่อไปนี้

1. กรณีครรภ์ที่ 8 เป็นกรณีห้ามการเร่งคลอดหรือไม่
2. กรณีเด็กหัวลอย แพทย์ควรเจาะถุงน้ำคร่ำเมื่อปากมดลูกเปิดเพียง 1 - 2 เซนติเมตร หรือไม่

ขอบเขตและเส้นแบ่งระหว่างไฮเทคโนโลยีกับจริยธรรมในการรักษาพยาบาล

การเจาะถุงน้ำท่อน้ำนมและให้ยาเพื่อเร่งคลอดและการให้ยาชาเข้าไปที่ช่องเหนือบั้นท้ายหลังเพื่อลดความเจ็บปวดเป็นบริการที่ทางโรงพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นถูกตั้งสมมติฐานว่าอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยพร้อมลูกในครรภ์ ตลอดจนเป็น 2 ประเด็นหลักที่ก่อให้เกิดความเห็นขัดแย้งในกระบวนการพิจารณาของแพทยสภาด้วย

ในทางเทคนิควิชาการ บริการข้อแรก คือการเร่งคลอดนั้น จากการสืบสวนสอบสวนทั้งหมดปรากฏว่า คณะอนุกรรมการทุกชุด รวมทั้งอนุกรรมการกลั่นกรอง ต่างก็มีความเห็นสอดคล้องกันว่า สติแพทย์ได้ทำการเร่งคลอดอย่างถูกเทคนิคแล้ว แต่ความเห็นที่แตกต่างกันอยู่ที่ว่า สติแพทย์มีเหตุผลสมควรในการเร่งการคลอดในรายนี้หรือไม่ เพราะการเจาะถุงน้ำคร่ำ (ก่อนที่จะแตกเอง) ก็มีความเสี่ยงที่จะทำให้สายสะดือของเด็กหลุดโผล่ออกมานอกมดลูก และในยามที่มดลูกหดตัวมาก ๆ หัวเด็กจะกดสายสะดือ ทำให้เลือดจากเด็กไม่สามารถไปฟอกที่รก เด็กจะขาดออกซิเจนและเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะการเจาะถุงน้ำในขณะที่หัวเด็กยังลอยอยู่ ยังไม่ลงมาในช่องเชิงกรานอย่างเต็มที่ ความเสี่ยงก็ยิ่งสูงขึ้น

ขณะเดียวกัน การให้ยาเร่งคลอดทางน้ำเกลือ (รวมทั้งการเร่งคลอดอื่น ๆ) จะทำให้มดลูกบีบรัดตัวแรงขึ้น ถึขึ้น ถ้าดำเนินการไปนานเกินไปก็อาจมีอันตรายทั้งต่อตัวเด็ก (อาจทำให้ขาดออกซิเจน) และแม่ (อาจทำให้มดลูกแตก เลือดตกใน) โดยเฉพาะแม่ที่ตั้งครรภ์และคลอดลูกมาแล้วหลายคน ความเสี่ยงก็สูงขึ้นเป็นลำดับ¹

ในการพิจารณาของคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจมีการพิจารณาประเด็นทางเทคนิคต่าง ๆ อย่างละเอียด ไม่ว่าจะเป็นกรณีการเป็นครรภ์ที่ห้ามเร่งคลอดหรือไม่ เด็กหัวลอยหรือไม่ รวมถึงประเด็นที่ว่าแพทย์ดูแลผู้ป่วยเพียงใด แต่ไม่ได้พิจารณาอย่างถ่องแท้ว่า ในกรณีนี้มีความจำเป็นหรือมีเหตุผลสมควรเพียงใดที่จะต้องเพิ่มความเสี่ยงแก่ดวงกมลและลูก

ส่วนคณะอนุกรรมการกลั่นกรองมีความเห็นว่า เหตุผลที่สมควรในการเร่งคลอดโดยทั่วไปควรมีสาเหตุมาจากความจำเป็น เช่นเด็กเกินกำหนดคลอด หรือแม่มีปัญหาคลอดยากหรือไม่ดี ซึ่งในกรณีของดวงกมลมิได้มีปัญหาเหล่านี้เลย มีเพียงเหตุผลว่า พ่อและแม่ต้องการให้คลอดในวันที่เป็นมงคล อันไม่สามารถใช้เป็นเหตุผลในการเพิ่มความเสี่ยงต่อแม่และเด็กได้²

สำหรับในประเด็นที่สอง ทางคณะอนุกรรมการกลั่นกรองก็เป็นการกระทำที่มีความเสี่ยงเช่นกัน จากการที่ยาชาอาจเข้าไปในน้ำไขสันหลัง ทำให้เกิดการชาทั้งตัวและทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้หายใจเป็นอัมพาต หรือทำให้ความดันตก คนไข็ช็อก ถึงกับเสียชีวิตได้ จึงต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ในกรณีของดวงกมล คำถามสำคัญจึงอยู่ที่ว่า ในเมื่อมีการกระทำอันเพิ่มภาวะความเสี่ยงเช่นนี้ มีการดูแลอย่างใกล้ชิดเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโรงพยาบาลเอกชนที่มีระดับราคาค่ารักษาพยาบาลสูงนั้น การดูแลจะต้องมีมาตรฐานที่สูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ³

¹ บทความเรื่อง “ทศวรรษที่สี่ของแพทยสภาและการตรวจสอบจากสาธารณะ”

² บทความเรื่อง “ทศวรรษที่สี่ของแพทยสภาและการตรวจสอบจากสาธารณะ”

³ สัมภาษณ์หนึ่งในคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง กุมภาพันธ์ 2542

3. เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาวะ epidural block และเจาะน้ำคร่ำแล้ว สูตินรีแพทย์จะต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดเพียงใด

และให้สอบถามความเห็นเพิ่มเติมจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยในประเด็นที่ว่า เมื่อทำ epidural block ในกรณี painless labour แล้ว วิสัญญีแพทย์สมควรไปดมยาสลบให้แก่ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดอีกห้องหนึ่งหรือไม่

คณะกรรมการแพทยสภาได้ลงมติตามที่เสนอ และคณะอนุกรรมการสอบสวนได้สอบถามความเห็นเพิ่มเติมจากราชวิทยาลัยทั้ง 2 แห่งในประเด็นดังกล่าว ผลสรุปออกมาว่าสามารถทำได้ ไม่ผิด

อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการกลั่นกรองก็ยังคงเห็นว่า เรื่องดังกล่าวจำเป็นจะต้องมีการพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ จึงเสนอให้จัดตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจขึ้นเพื่อศึกษากรณีนี้โดยเฉพาะ

คณะกรรมการแพทยสภามีมติให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ 2 คณะ คือด้านสูตินรีแพทย์และวิสัญญีแพทย์ โดยมีนายแพทย์อาวุธสิทธิ์ท่านหนึ่งที่ได้รับการยกย่องจากคนในวงการแพทย์และเป็นคนนอกคณะกรรมการแพทยสภาเป็นประธานทั้ง 2 คณะ ส่วนอนุกรรมการนั้นมาจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องและเป็นคนนอกเช่นกัน โดยมีคนของแพทยสภาท่านหนึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการทั้ง 2 คณะ หน้าที่ของคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจทั้ง 2 คณะนี้ตามที่คณะกรรมการแพทยสภามีมติคือ “ให้ทำหน้าที่พิจารณากลั่นกรองเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาต่อไป”

ข้อสรุปภายหลังจากการทำงานของคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจทั้ง 2 คณะยังคงชี้ออกมาว่า การกระทำของแพทย์ทั้งสองเป็นไปตามมาตรฐานที่ยอมรับได้ ไม่มีความผิด

แต่เมื่อเรื่องนี้เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกลั่นกรองอีกครั้งเมื่อวันที่ 9 เมษายน 2541 เพื่อสรุปเสนอเรื่องต่อคณะกรรมการแพทยสภาชุดใหญ่ที่จะประชุมพิจารณาในปลายวันเดียวกันนั้น ที่ประชุมคณะกรรมการกลั่นกรองได้ลงความเห็นร่วมกัน สรุปได้ว่า

1. กรณีสูติแพทย์ แม้จะได้ให้บริการเร่งคลอดแก่นางดวงกมลอย่างถูกเทคนิค ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถทำได้ และไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดอันตรายจากสูติแพทย์ แต่ก็เป็นกรเพิ่มความเสี่ยงต่อแม่และเด็ก โดยยังไม่มีเหตุผลสมควร เข้าข่ายไม่รักษามาตรฐานอย่างดีที่สุด เห็นควรลงโทษว่ากล่าวตักเตือน
2. กรณีวิสัญญีแพทย์ แม้จะได้ให้ยาชาเข้าที่ช่องเหนือเยื่อหุ้มไขสันหลังอย่างถูกเทคนิค และไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าเกิดอันตรายจากวิสัญญีแพทย์ แต่การที่แพทย์ไม่ได้อยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดและไม่ได้ฉีดยาชาเพิ่มแก่ผู้ป่วยเอง แต่ให้พยาบาลห้องคลอดฉีดแทน เข้าข่ายไม่รักษามาตรฐานอย่างดีที่สุดเช่นเดียวกัน เห็นควรลงโทษภาคทัณฑ์

ปรากฏว่า ความเห็นทั้งสองข้อนี้ถูกคณะกรรมการชุดใหญ่ปฏิเสธ โดยคณะกรรมการมีความเห็นว่า ไม่ใช้หน้าที่ของคณะกรรมการกลั่นกรองที่จะมาให้ความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภา เพราะว่คณะกรรมการแพทยสภาได้มีมติแต่งตั้งให้คณะกรรมการเฉพาะกิจทำหน้าที่พิจารณากลั่นกรองแล้วให้เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาได้เลย และคณะกรรมการเฉพาะกิจก็ลงความเห็นว่แพทย์ไม่มีความผิดไปแล้วจึงนำจะให้ความเห็นดังกล่าวเป็นข้อพิจารณาในคณะกรรมการชุดใหญ่

อย่างไรก็ดี คณะกรรมการกลั่นกรองก็ยังยืนยันความเห็นตามที่ได้ตกลงกันมา และเมื่อไม่มีข้อสรุปประธานในที่ประชุมได้ขอให้มีการลงมติโดยการยกมือ ซึ่งนับว่เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นไม่บ่อยครั้งนักในประวัติศาสตร์การวินิจฉัยเรื่องต่าง ๆ ของแพทยสภา

ผลการโหวตออกมาว่ ความเห็นของคณะกรรมการกลั่นกรองแพ้ โดย :

กรณีสูติแพทย์ แพ้ 12 : 13 (งดออกเสียง 4 เสียง)

กรณีวิสัญญีแพทย์ แพ้ 10 : 12 (งดออกเสียง 7 เสียง)

ดังนั้นข้อชี้ขาดจากแพทยสภาต่อกรณีร้องเรียนเรื่องของดวงกมลจึงเท่ากับว่ แพทย์ทั้งสองไม่มีความผิดอันจำเป็นมีการลงโทษแต่อย่างใด

แต่เรื่องยังคงไม่จบเพียงเท่านั้น เนื่องจากภายหลังการโหวต คณะกรรมการกลั่นกรอง 8 คนรวมทั้งประธานได้ลาออกเพื่อเปิดโอกาสให้คณะกรรมการแพทยสภาได้ตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองชุดใหม่ขึ้นมาแทนอีกทั้งต่อมา อนุกรรมการกลั่นกรอง 4 ใน 8 คนที่ลาออกยังได้ร่วมกันเขียนบทความเรื่อง ทศวรรษที่สี่ของแพทยสภา การตรวจสอบจากสาธารณะ มีเนื้อหาส่วนหนึ่งกล่าวถึงกรณีดังกล่าวในประเด็นทางวิชาการและกฎหมายที่เกี่ยวข้องสำคัญ ๆ รวมทั้งกล่าวถึงประเด็นการลาออกว่

"ที่จริงอนุกรรมการกลั่นกรองเคยมีความเห็นไม่ตรงกับอนุกรรมการจริยธรรม อนุกรรมการสอบสวน และคณะกรรมการแพทยสภาอยู่ แต่ส่วนมากเป็นกรณีทั่วไป แต่กรณีนี้ อนุกรรมการกลั่นกรองยืนยันความเห็นมาตลอด และเสนอให้มีการดำเนินการเพิ่มเติมจากกรณีปกติหลายอย่าง คือ

1. ขอความเห็นจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ และราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ ทั้งในลักษณะบุคคลและในรูปองค์คณะ (ทั้ง 2 วิทยาลัยให้ความเห็นว่การดำเนินการดังกล่าวสามารถทำได้ ไม่ผิด)
2. ขอให้กรรมการแพทยสภาจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจมาพิจารณาถึงกัด้านเทคนิคอีกชุดหนึ่ง (ในประวัติศาสตร์แพทยสภา 30 ปี เคยตั้งอนุกรรมการเฉพาะกิจเพียง 3 ครั้ง) และ

อนุกรรมการเฉพาะกิจก็พิจารณาว่าไม่ผิด แต่แม้ผ่านทั้ง 2 ชั้นนั้นแล้ว อนุกรรมการกลั่นกรองก็ยังยืนยันความเห็นตนเองจนต้องมีการโหวตในคณะกรรมการแพทยสภา

“ประกอบกับที่ในระยะหลัง มีความขัดแย้งระหว่างความเห็นของอนุกรรมการกลั่นกรองกับคณะกรรมการแพทยสภาในประเด็นที่สำคัญ ๆ หลายครั้ง และมีคณะกรรมการแพทยสภาอาวุโสบางท่านตำหนิในเรื่องดุลยพินิจของอนุกรรมการกลั่นกรองอยู่เสมอ ก็แสดงว่าอนุกรรมการกลั่นกรองไม่ได้รับความไว้วางใจจากกรรมการแพทยสภา”

ข้อที่น่าสังเกตประการหนึ่งก็คือ องค์ประกอบของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองนี้มีสูติแพทย์อาวุโส 2 คนอยู่ด้วย และคนหนึ่งที่เป็นประธานคนปัจจุบันของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยคือ 1 ในอนุกรรมการฯ ที่ลาออก นอกจากนี้ยังมีอดีตประธานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ร่วมอยู่ด้วยเช่นเดียวกัน

ทางด้านสามีมของดวงกมลได้ทำเรื่องขอสำนวนและรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับกรณีดังกล่าวต่อแพทยสภาโดยอ้างกฎหมายข้อมูลข่าวสารตามรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน และคณะกรรมการแพทยสภาได้มีมติอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2541 ให้เปิดเผยสำนวนและรายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับกรณีดังกล่าว ซึ่งนับเป็นการเปิดเผยรายละเอียดการดำเนินการทางจริยธรรมของแพทย์มากที่สุดเท่าที่เคยมีมาในประวัติศาสตร์ 30 ปีของแพทยสภา

อย่างไรก็ดี จากคำกล่าวของทนายที่ดำเนินการฟ้องร้องคดีของดวงกมลแจ้งว่า แพทยสภายังเปิดเผยข้อมูลไม่หมด จากเอกสารที่ได้มาพบว่ารายงานชิ้นหนึ่งขาดหายไป นั่นคือรายงานการประชุมของคณะอนุกรรมการกลั่นกรองครั้งสุดท้ายก่อนที่จะมีการโหวตเสียงในที่ประชุมของคณะกรรมการแพทยสภา

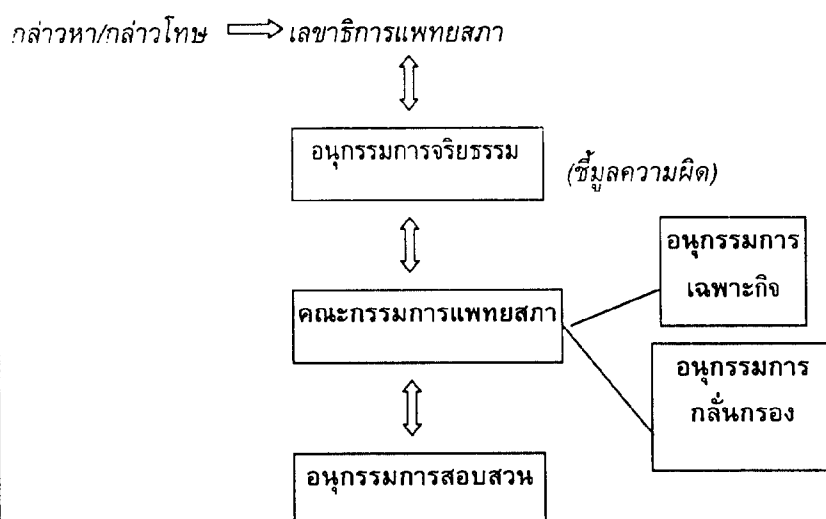
สำหรับตัวผู้ขอเขากล่าวว่า “ในส่วนตัวแล้วที่คิดว่าพึงได้ก็คือศาลอย่างเดียว อย่างอื่นมันมีกระบวนการให้เรากลับไปเท่านั้นเอง”

แพทยสภากับการตรวจสอบจากสาธารณะ

โดยปกติแล้วกระบวนการทางด้านจริยธรรมของแพทยสภาจะเริ่มขึ้นเมื่อมีการกล่าวหา (โดยผู้เสียหาย) หรือกล่าวโทษ (โดยผู้เห็นหรือรู้เหตุการณ์) ว่ามีการกระทำผิดจริยธรรม เมื่อการกล่าวหา/กล่าวโทษนั้นมาถึงเลขาธิการแพทยสภา เลขาธิการแพทยสภาก็จะส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการจริยธรรม ซึ่งทำหน้าที่สืบสวน หาข้อเท็จจริงว่า กรณีนี้มีมูลความผิดสมควรสอบสวนให้เกิดความกระจ่างเพื่อพิจารณาลงโทษหรือไม่ จากนั้นเสนอความเห็นต่อคณะกรรมการแพทยสภาชี้ขาด

หากคณะกรรมการแพทยสภาเห็นว่าคดีมีมูล เลขาธิการจึงจะส่งเรื่องให้คณะอนุกรรมการสอบสวนดำเนินการสอบสวนหาความผิด เสนอการลงโทษ/ไม่ลงโทษต่อไป เมื่อคณะอนุกรรมการสอบสวนมีความเห็นอย่างไรก็ต้องเสนอคณะกรรมการแพทยสภาชี้ขาด ปิดท้ายด้วยการเสนอความเห็นต่อสภานายกพิเศษของแพทยสภา (ตามกฎหมายคือรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) เพื่อให้ความเห็นชอบ อันถือเป็นที่สุดกระบวนการจริยธรรมแพทยสภา โดยระดับของการลงโทษมีตั้งแต่ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตไม่เกิน 2 ปี หรือเพิกถอนใบอนุญาต⁴

แผนภาพแสดงกระบวนการทางจริยธรรมของแพทยสภา



อย่างไรก็ดี ในช่วงที่ผ่านมา มีเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการแพทยสภามากมาย โดยเฉพาะเรื่องของจริยธรรมนั้นมีรายละเอียดมาก จึงมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองการพิจารณาด้านจริยธรรมขึ้นทำหน้าที่กลั่นกรองผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการจริยธรรมและอนุกรรมการสอบสวน เพื่อให้การประชุมพิจารณาเรื่องนี้ในคณะกรรมแพทยสภามีความรอบคอบและใช้เวลาสั้นลง

ในปี 2540 ได้มีการออกข้อบังคับการดำเนินการด้านจริยธรรมของแพทยสภาเกี่ยวกับการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการกลั่นกรองไว้ว่าจะตั้งหรือไม่ตั้งก็ได้ ซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาก็มีมติแต่งตั้งให้ทำหน้าที่ต่อเนื่องเรื่อยมา คณะอนุกรรมการกลั่นกรองมีทั้งสิ้น 15 ท่าน เป็นบุคคลที่อยู่ในคณะ

⁴ แพทยสภา

กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้งทั้งหมด

นอกจากนี้ ในบางครั้งถ้าจำเป็นและมีประเด็นทางเทคนิควิชาการมาก ๆ คณะกรรมการแพทยสภาอาจตั้งอนุกรรมการเฉพาะกิจเพื่อทำหน้าที่พิจารณาให้ลึกซึ้งทางด้านวิชาการอีกก็ได้

กรณีการเสียชีวิตของดวงกมลนั้นถือว่าได้ผ่านกระบวนการพิจารณาด้านจริยธรรมของแพทยสภาทุกขั้นตอน รวมทั้งมีการตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจถึง 2 คณะด้วย (ซึ่งตามประวัติศาสตร์ของแพทยสภาในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา เคยมีการตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจเพียง 3 ครั้งเท่านั้น⁵) และใช้เวลาในกระบวนการพิจารณานานถึง 2 ปี ก่อนที่จะมีความเห็นเป็นมติออกมาว่า ให้ยกข้อกล่าวโทษแก่แพทย์ทั้งสองคน

ผลที่ออกมาเช่นนี้เกิดขึ้นท่ามกลางความไม่เห็นด้วยของคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง ซึ่งให้ความเห็นเป็นมติดำเนินขั้นตอนว่า ในกรณีของสูติแพทย์นั้น เห็นควรลงโทษว่ากล่าวตักเตือน ส่วนวิสัญญีแพทย์ควรลงโทษภาคทัณฑ์ แต่ความเห็นนี้ถูกคณะกรรมการแพทยสภาปฏิเสธที่จะพิจารณา อันนำไปสู่การต้องลงมติด้วยการยกมือออกเสียง และคณะอนุกรรมการกลั่นกรองจำนวนถึง 8 คนลาออกหลังจากการลงมติในกรณีนี้ จากนั้นครั้งหนึ่งของอนุกรรมการที่ลาออกได้ร่วมกันเขียนบทความตั้งคำถามถึงการดำเนินงานของแพทยสภา โดยยกกรณีนี้เป็นตัวอย่างโยงถึงประเด็นปัญหาทางวิชาการ กฎหมาย จริยธรรมการพิจารณากรณี ตลอดจนประเด็นต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

ประเด็นวิพากษ์วิจารณ์ของหนึ่งในกรรมการที่เป็นคนในของแพทยสภาก็คือ ในการพิจารณานั้นมีการใช้ข้อมูลจากเอกสารเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการพิจารณากับเหตุที่เกิดขึ้นกับนางดวงกมลและบุตร นอกจากนี้ด้วยมูลค่าการฟ้องร้องคดีที่มีจำนวนเงินสูงมากยังส่งผลให้อนุกรรมการบางคนเกิดอคติ เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการจัดข้อมูลนำเสนอต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจไม่ครบถ้วนและผิดพลาด⁶ โดยเฉพาะในประเด็นเกี่ยวกับการเพิ่มยาชาที่จากการตรวจสอบเอกสารและสำนวนการสอบสวน สรุปข้อเท็จจริงได้ชัดเจนแล้วว่า แพทย์ได้สั่งให้พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ฉีดยาชาเพิ่มแก่ดวงกมล ซึ่งผิดระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดห้ามพยาบาลดมยาฉีดยาชาเข้าไขสันหลังผู้ป่วย อันเป็นระเบียบที่ออกเป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 และในปี พ.ศ. 2532 แพทยสภาเองก็เคยมีมติห้ามในเรื่องเดียวกันนี้ แต่ในที่ประชุมคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจกลับปรากฏมีการเสนอประเด็นว่า ระเบียบนี้ออกมาภายหลังเกิดเหตุการณ์กรณีของดวงกมลแล้ว ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ผิดพลาดอย่างสำคัญ

นอกจากนี้ยังมีกรณีที่อนุกรรมการสองคนในคณะอนุกรรมการกลั่นกรองละเมิดมติด้วยการยกมือให้ความเห็นว่าแพทย์ไม่ผิดในที่ประชุมใหญ่คณะกรรมการแพทยสภา โดยที่แพทย์คนหนึ่งนั้นมีความสัมพันธ์ทางเครือญาติกับแพทย์ผู้ถูกกล่าวโทษด้วย⁷ นี่คือนิยามของความอิทธิพลที่มิในกระบวนการพิจารณาของแพทยสภา ซึ่งตราบไต่ที่ยังคงเป็นกระบวนการปิดกั้นย่อมจะเกิดขึ้นได้เสมอ เช่นเดียวกับลักษณะของการเกื้อกูลกันระหว่างแพทย์ อันนำมาซึ่งการลอบบีและการใช้ความรู้สึกกับ

⁵ บทความเรื่อง “ทศวรรษที่สี่ของแพทยสภาและการตรวจสอบจากสาธารณะ”

⁶ บทความเรื่อง “ทศวรรษที่สี่ของแพทยสภาและการตรวจสอบจากสาธารณะ”

⁷ สัมภาษณ์หนึ่งในคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง กุมภาพันธ์ 2542

⁸ สัมภาษณ์หนึ่งในคณะอนุกรรมการกลั่นกรอง กุมภาพันธ์ 2542

ทักษะในการตัดสินใจมากกว่ายึดตามข้อเท็จจริงที่ปรากฏ

เนื่องด้วยการมีความขัดแย้งทางความเห็นอย่างมากดังกล่าว ประกอบกับการเปิดเผย
สำนวนการสอบสวนและรายงานการประชุมพิจารณากรณีนี้ออกมา กรณีของดวงกมลจึงเป็นกรณีที่
ก่อผลสืบสะท้อนต่อระบบการพิจารณาวินิจฉัยขององค์การวิชาชีพอย่างกว้างขวาง

“แพทย์ช่วยแพทย์” คำคำนี้ไม่ใช่เฉพาะประชาชนเท่านั้นที่คิด แม้แต่ผู้ที่อยู่ในวงการแพทย์
เองก็ยอมรับว่า “มืออยู่จริง” ซึ่งย่อมไม่ใช่สิ่งดีสำหรับประชาชนและวงการแพทย์เลย และการที่สามของ
ผู้เสียชีวิตไม่มีหระตอมติของแพทยสภาน่าจะเป็นตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัดเจนถึงการขาดไร้ซึ่งความ
ศักดิ์สิทธิ์ ความน่าเชื่อถือ ตลอดจนประสิทธิภาพของการควบคุมดูแลจริยธรรมแพทย์ด้วยกันเองของ
หน่วยงานนี้ว่าตกต่ำอย่างมากในสายตาประชาชน

แพทยสภาจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนภายในโดยเร็ว เพื่อจะได้ลดการ
แก้ปัญหาการฟ้องร้องอันเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุซึ่งมีมากขึ้นตามลำดับ และยิ่งจะมี
ความสลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อย ๆ การอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารอย่างที่มีการทำเป็น
ครั้งแรกในกรณีนี้นับว่าดีแล้ว แต่ยังไม่เพียงพอ และแนวคิดหนึ่งที่กำลังได้รับการผลักดันเข้าสู่
ที่ประชุมของคณะกรรมการแพทยสภาก็คือ คณะกรรมการแพทยสภาไม่ควรที่จะมีแต่คนในวง
การแพทย์เท่านั้น แต่ควรให้มีบุคคลภายนอกเข้าร่วมด้วย เช่น ผู้แทนของสาธารณชน อัน
ได้แก่ สื่อมวลชน องค์การผู้บริโภค และสมาชิกรัฐสภา เป็นต้น เพราะถึงเวลาแล้วที่แพทยสภา
ต้องเปลี่ยนแปลง ก่อนที่จะเกิดเรื่องน่าเศร้าตามมาอีกมากมาย

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

การต้องมาสูญเสียภรรยาไปในวันที่ผ่านการใช้ชีวิตร่วมกันนานกว่าสิบปี โดยยังคงเป็นช่วงเวลาที่ยังคู้
วาดหวังถึงการมีลูกอีกสักคน ย่อมยังให้เกิดความเศร้าโศกที่ไม่ธรรมดา การจากไปของเธอพร้อมกับชีวิตใหม่ที่
เคยเฝ้ารอหมายถึงการขาดหายซึ่งหลายสิ่งหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นส่วนของธุรกิจหรือส่วนของครอบครัว

สำหรับส่วนแรก ความรู้สึกของผู้เป็นสามีและเท่ากับเป็นนายจ้างด้วย คือ “ก็เรียกว่าเป๋ไปหมด เพราะ
กระบวนการที่เราเตรียมไว้มันขาดกำลังสำคัญไป”

ในส่วนที่สองนั้นยิ่งซ้ำร้าย เพราะเด็กทั้งสามต้องขาดคนดูแลเอาใจใส่ ขาดผู้ที่เคยตระเตรียมและจัด
แจงทุกอย่างให้ ทั้งอาหารการกิน ข้าวของเครื่องใช้ ตลอดเรื่องการเล่าเรียน ยังไม่นับรวมความรู้สึกและความ
ผูกพันทางจิตใจที่ใครหรือสิ่งใดก็ไม่อาจทดแทนให้ได้

สามีของดวงกมลเล่าว่า เมื่อแรกที่ไม่มีแม่ ลูกสาวคนที่สองในวัยสิบปีต้น ๆ ถึงกับบอกว่าจะผูกคอ
เพื่อตายตามไป

“ครอบครัวล่มสลายก็ว่าได้ ผมพูดเรื่องนี้เมื่อไหร่ ก็พูดง่าย ๆ ว่า น้ำตาตกใน... แผลใจอย่างนี้ คงเป็น
ความทุกข์ทรมานที่บอกคนอื่นไม่ค่อยถูก เพราะว่าความที่เราเป็นคู่ผัวตัวเมีย เป็นสามีภรรยากัน มันมีความลึก
ซึ้ง แล้วก็มีเรื่องของลูก ๆ ที่หุดหู่ เห็นลูกเมื่อไหร่ผมคิดถึงแก ผมต้องมาทำหน้าที่ทั้งพ่อทั้งแม่ด้วย

“ตอนนี้อยู่กับความจริง เราต้องยอมรับให้ได้ว่าเขาไม่ได้อยู่กับเราแล้ว ผมนึกในทางที่ดีว่าแกไป
สู่สุคติแล้ว ส่วนเราที่อยู่ก็ต้องทำให้ดีที่สุด” สามีของดวงกมลกล่าว

สำหรับเขาแล้ว การตัดสินใจฟ้องร้องไม่ยอมให้เรื่องนี้ยุติคือส่วนหนึ่งของสิ่งที่ต้องทำให้ดีที่สุด แม้ว่าใน
การต่อสู้นี้จะก่อให้เกิดทั้งภาระและปัญหาที่เสริมเพิ่มขึ้นมา ยิ่งไปกว่านั้นยังก่อให้เกิดข้อครหามากมาย

“ผมอยากให้เคลของภรรยาผมเป็นคนสุดท้าย กับสภาวะที่ผมเจออย่างนี้นั้นน่าจะเป็นภาวะสุดท้าย เพราะผมคิดอยู่ว่า ในขณะที่ผมมีองค์ประกอบอย่างนี้ ถ้าผมไม่ลุกขึ้นมาทำ ผมว่าคนที่ด้อยกว่าผม ผมไม่ได้ยกตนเอง แต่หมายถึงว่าคนอื่นที่ด้อยกว่า อย่างตาสีดาสา ยิ่งใหญ่ ไม่ต้องพูดกันเลย เพราะว่าค่าวางศาลก็หนึ่ง ล้านบาท และกว่าจะเดินทางไปต่อสู้ก็มีค่าใช้จ่ายตลอดระยะเวลาดำเนินการ ไม่ใช่แค่ปีเดียว แต่มันหลายปี

“เราไม่ได้มองตัวเราเก่งกล้า หรือมีปัจจัยมาก แต่ผมว่า เราทำได้เราควรทำ มันเป็นกุศโลบายหนึ่งที่ทำให้ภรรยาเรา เราทำบุญโดยไม่ให้คนประจบอย่างนี้อีก และผมต้องการให้วงการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลง”

การต่อสู้ดำเนินคดีโดยมีวงเงินเรียกร้องสูงหลายร้อยล้านบาท ถือได้ว่าเป็นมิติของความเปลี่ยนแปลงประการหนึ่งในสังคม และส่งผลสะท้อนไม่น้อยต่อแวดวงการแพทย์ เพียงแต่ออกจะเป็นผลสะท้อนที่น่าพาเอาความไม่พอใจ หรืออย่างต่ำ ๆ ก็คือพาเอาความไม่เห็นด้วยมาสู่ผู้กระทำการ

“ฟ้องเพราะอยากได้เงิน”, “ฟ้องเพราะเห็นเป็นแพชชั่น”, “ฟ้องเพราะอยากหาเรื่อง-อยากดัง” เหล่านี้เป็นคำกล่าวหาที่บรรดาญาติผู้เสียหายมักจะได้ยิน

แพทย์จำนวนหนึ่งยอมรับอย่างชัดเจนว่า รับไม่ได้กับการฟ้องร้องแพทย์ที่มีมูลค่าการฟ้องร้องสูงเป็นจำนวนเงินมหาศาล บางคนอ้างว่าการเรียกร้องค่าเสียหายสูง ๆ นั้นอาจนำไปสู่การประกันการประกอบวิชาชีพ และการประกอบวิชาชีพแบบป้องกันตนเอง (defensive medicine) อันจะทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นอย่างมาก และค่าใช้จ่ายนี้ที่สูงสุดแล้วก็จะกลับมาเป็นภาระของประชาชนผู้ใช้บริการ

แต่ยังมีคำถามว่า ค่ารักษาพยาบาลที่สูงและประชาชนต้องแบกรับอยู่ทุกวันนี้ สามารถรับประกันว่าประชาชนจะได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างที่ควรจะเป็นแล้วหรือไม่ ดังเช่นในกรณีของดวงกมล ก่อนที่จะนำศพออกจากโรงพยาบาลนั้น ญาติต้องเสียค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาลไปประมาณเจ็ดหมื่นกว่าบาท ทั้งที่ไม่มีการคลอด

สืบเนื่องจากการที่คดีนี้เป็นคดีฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายจากแพทย์เป็นเงินจำนวนมากที่สุดในประเทศไทยนี้เอง จึงถูกมองว่าอาจเป็นเหตุให้เกิดอคติในกระบวนการพิจารณาของแพทยสภาหรือไม่

ทนายความฝ่ายโจทก์กล่าวถึงจำนวนเงินเรียกร้องในคดีนี้ที่สูงเกือบ 700 ล้านบาทว่า ค่าเรียกร้องจำนวนนี้เป็นการเรียกค่าเสียหายตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น ไม่ได้รวมค่าเสียหายทางด้านจิตใจ เพราะว่าการกฎหมายยังไม่ให้การรับรอง กฎหมายกำหนดให้เฉพาะค่านายจ้างที่ขาดผลประโยชน์จากการที่ลูกจ้างตาย ซึ่งผู้กระทำละเมิดต่อลูกจ้างต้องรับผิดชอบต่อนายจ้าง และในกรณีนี้ทางบริษัทของสามีก็คือนายจ้างที่ได้รับความเสียหาย

“จากหลักฐานทางการภาวีสรรพากร เขาได้กำไรปีละไม่ต่ำกว่า 25 ล้านบาท และคุณดวงกมลหากไม่เสียชีวิตจะสามารถทำงานให้กับบริษัทได้อีก 24 ปี คือนับจากอายุที่เสียชีวิตคือ 36 ปี ถึงอายุ 60 ปี รวมเป็นเงินที่สามารถทำรายได้ให้กับบริษัทประมาณ 600 ล้านบาท” ทนายความหญิงผู้รับผิดชอบคดีแจกแจงที่มาของจำนวนเงินเรียกร้องส่วนแรก สำหรับอีกส่วนนั้นมาจากมิติทางด้านครอบครัว

“บุคคลที่ขาดความอุปการะคือพ่อแม่ 2 คนและสามี แม้ว่าสามีจะรวมมหาศาลอย่างไร แต่ตามกฎหมายก็ยังให้ถือว่าขาดไ้การอุปการะจากการที่ภรรยาตาย และลูกอีก 3 คน โดยเฉพาะลูกคนที่ 3 เป็นเด็กปัญญาอ่อนต้องเลี้ยงดูตลอดชีวิต ซึ่งปัจจุบันเสียค่าใช้จ่ายเดือนละ 5 หมื่นบาท เบ็ดเสร็จเฉพาะบุคคลก็เกือบ 100 ล้านบาท...

“เป็นตัวเลขที่ไม่ได้ make ขึ้นมา มีข้อมูลทางบัญชีรองรับซึ่งนำสืบที่ศาลไปแล้ว หลายคนสงสัยว่าทำไมจึงสูงขนาดนี้ แต่ถ้ารู้ถึงศักยภาพของคุณดวงกมลแล้ว เห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยมาก”

ทนายความผู้นี้เป็นเพื่อนกับดวงกมล และนี่เองเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เธอรับทำคดีนี้ แม้ว่าจะเป็นคดีที่มีความยากลำบากจนทนายอื่น ๆ หลายคนไม่อยากทำ เนื่องจากต้องต่อสู้อย่างมากกับหลาย ๆ เรื่อง โดยเฉพาะในแง่กฎหมายวิชาการต่าง ๆ

“มีความยากลำบากมากในการที่จะต้องนำสืบคดีนี้ว่าจำเลยประมาทอย่างไร ซึ่งได้ใช้วิธีคุยกับหมอหลาย ๆ คนเป็นผู้หลักผู้ใหญ่เขาไม่ให้ความร่วมมือ เพราะเขาถือว่าวงการมันแคบ ไม่มีใครยอม จึงใช้วิธีหาคนที่เขียนเคสบุ๊กริมมหาวิทยาลัยมาเป็นพยาน” ทนายความกล่าว

ส่วนโจทก์ผู้สูญเสียภรรยาไปเคยกล่าวไว้กับสื่อมวลชนว่า “ผมพยายามตามเรื่องนี้ให้ถึงที่สุด ไม่อยากได้เงินเพื่อมาใช้ในการดำเนินชีวิต หรือนำมาเป็นค่าครองชีพ เพราะถ้าชนะคดีนี้ได้เงินค่าเสียหายมาจริงตั้งใจไว้ว่าจะตั้งเป็นมูลนิธิให้ภรรยา ทำกุศลผลบุญต่อเนื่องให้สังคมต่อไป ผมไม่ต้องการให้ภรรยาของผมตายไปเปล่า ๆ อย่างน้อยการที่ผมฟ้องร้องจนคดีเป็นที่สนใจเช่นนี้ ก็สร้างอานิสงส์ให้ภรรยาได้มาก เพราะผู้ป่วยรุ่นหลังจะได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์อย่างมีจริยธรรม ได้มาตรฐานของวิชาการแพทย์มากขึ้น”

ในทัศนะของเขา อานิสงส์ประการหนึ่งที่เกิดขึ้นแล้วก็คือ การที่ทุกวันนี้ ในโรงเรียนแพทย์หรือในโรงพยาบาลหลายแห่งมีการนำกรณีฟ้องร้องนี้เป็นข้อเตือนให้ระมัดระวังในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

ปัจจุบันคดีมีอายุ 2 ปีแล้ว มีความคืบหน้าไม่มากนัก ศาลชั้นต้นสอบพยานไปได้ไม่กี่ปาก แต่สามีของดวงกมลยังคงยืนยันที่จะต่อสู้ต่อไปให้ถึงที่สุด แม้หากจะต้องไปให้ถึงศาลฎีกาก็ตาม ทั้งนี้เพื่อ “การเปลี่ยนแปลงในวงการแพทย์ที่จะเกิดขึ้นในภายหน้า”

กรณีที่ 7

ชื่อ	อมรศรี
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2537)	31 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	พนักงานบริษัทรับเหมาทำความสะอาด
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	ปวดหลังเนื่องจากยกของหนักขณะทำงาน

ข้อมูลทั่วไป

“อมรศรี” เกิดที่ชุมชนตรอกไผ่สิงโต กรุงเทพมหานคร เมื่อ 36 ปีก่อน มีพี่น้องทั้งหมด 7 คน เนื่องจากครอบครัวมีฐานะยากจนอมรศรีจึงไม่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน แต่พ่อสอนให้ที่บ้านจึงพออ่านออกเขียนได้ เมื่ออมรศรีอายุประมาณ 10 ปี เกิดไฟไหม้ในชุมชนที่พัก ครอบครัวจึงย้ายไปอยู่ที่จังหวัดอุดรธานีซึ่งเป็นบ้านเกิดของพ่อ

อมรศรีแต่งงานเมื่ออายุ 20 ปี แต่มีปัญหาพ่อแม่ไม่ยอมรับในตัวสามี ประกอบกับพ่อสามีมีนโยบายที่ดินบ้านอมรศรีไปจำนองและไม่มีเงินไถ่คืน อมรศรีจึงคิดย้ายไปอยู่ที่อื่น ในปี พ.ศ. 2535 อมรศรีพร้อมด้วยสามีและลูกสาววัย 7 ปีได้ย้ายเข้ามาเช่าบ้านอยู่ที่จังหวัดสมุทรปราการ เงินที่ครอบครัวนำติดตัวมา 9,000 บาท สามีของอมรศรีได้นำไปซื้อเสื้อวินมอเตอร์ไซด์ในราคา 5,000 บาทเพื่อเป็นเครื่องมือประกอบอาชีพใหม่

แต่เพียงวันแรกที่ทำงานสามีของอมรศรีก็ถูกรถชน อาการหนักถึงขั้นต้องผ่าตัดเอาเลือดที่คั่งในสมองออก ต้องรับการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอกและทำงานไม่ได้อยู่ระยะหนึ่งเพราะยังมีอาการทางสมอง ในช่วงนั้นอมรศรีออกหาค่าใช้จ่ายทั้งหมดในครอบครัวและค่าเล่าเรียนของลูกเพียงลำพังด้วยการเดินเร่ขายลูกโป่งสวรรค์

จนกระทั่งต้นปี พ.ศ. 2536 อมรศรีจึงได้เข้าทำงานประจำเป็นพนักงานทำความสะอาดของบริษัทรับเหมาทำความสะอาดแห่งหนึ่ง ซึ่งกำหนดให้พนักงานเข้าทำงานเป็นกะ แบ่งเป็นกะเช้า 05.00-12.00 น. กะบ่าย 12.00-21.00 น. พนักงานที่ทำงานในกะเช้าจะต้องทำงานช่วงกะบ่ายของวันอังคารทุกสัปดาห์ โดยนายจ้างบอกว่าพนักงานที่ทำงานกะเช้าทำงานไม่ครบ 8 ชั่วโมงจึงต้องมาทำงานชดเชย

ถึงแม้อมรศรีสังกัดอยู่ในกลุ่มพนักงานกะเช้า แต่ก็ต้อง “ควงกะ” คือทำทั้งกะเช้าและกะบ่ายเป็นประจำ เมื่อพนักงานที่ทำงานกะบ่ายลาหยุดหรือลาป่วย และทั้ง ๆ ที่ต้องทำงานหนัก รายได้ก็ยังชักหน้าไม่ถึงหลัง เพราะบริษัทมักจ่ายค่าจ้างไม่ตรงเวลา และบางครั้งก็ไม่จ่ายค่าล่วงเวลา(โอที.)

ในขณะนั้นอมรศรีได้รับมอบหมายให้ไปทำความสะอาดที่ห้างสรรพสินค้าในย่านชานเมืองแห่งหนึ่ง โดยรับหน้าที่ขัดพื้นด้วยเครื่องขัดพื้นซึ่งมีด้วยกัน 2 แบบ คือแบบ 16 นิ้ว น้ำหนักประมาณ 25 กิโลกรัม และแบบที่เรียกว่า เครื่อง 1,500 รอบซึ่งเป็นเครื่องใหญ่ หนักประมาณ 50 กิโลกรัม

ส่วนหนึ่งของงานประจำวันที่ต้องทำก็คือการเคลื่อนย้ายเครื่องขัดพื้นดังกล่าว ซึ่งต้องอาศัยการยกขึ้นลงทางบันไดด้วยแรงคน

อมรศรีอธิบายให้ฟังว่า “พนักงานทุกคนต้องยกเครื่องขัดพื้นนี้ขึ้นลงทางบันไดนี้ไฟ เพราะทางหัวหน้างานเขาห้ามพนักงานใช้ลิฟต์ ซึ่งเป็นลิฟต์ชนของ เก่ามากแล้ว และมีปัญหาบ่อย ๆ ทางห้างเองก็ไม่อยากรับผิดชอบพนักงานทำความสะอาด เพราะไม่ใช่ลูกจ้างเขา”

ทุกข์จากการรับบริการ

อมรศรีทำงานเป็นพนักงานทำความสะอาดได้ปีกว่าก็เกิดเจ็บป่วยขึ้น ในวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 ขณะที่กำลังยกเครื่องขัดพื้นลงจากบันไดชั้น 4 เพื่อนำเครื่องไปเก็บที่ชั้น 2 ปรากฏว่าเครื่องเข้าไปติดที่ราวบันได ขณะที่อมรศรีกำลังลงเพื่อทำการแก้ไขก็ได้ยินเสียง “กรือบ” ที่ช่วงเอว จากนั้นก็ปวดหลังแล้วลงไปที่ขาทั้งสองข้างจนขาอ่อนเปลี้ยไม่มีแรง และชาที่ปลายเท้า

เมื่อนำเครื่องไปเก็บ อมรศรีจึงไปบอกหัวหน้างานเพื่อที่จะลาไปหาหมอ หัวหน้าบอกให้เธอไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในย่านสุขุมวิทพร้อมกับกำชับว่า ห้ามบอกแพทย์ถึงสาเหตุแท้จริงที่เกิดจากการทำงาน ให้บอกว่าตกบันไดที่บ้าน

อมรศรีไปที่โรงพยาบาลดังกล่าวในวันรุ่งขึ้น และแจ้งกับเจ้าหน้าที่ถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยตามที่เป็นจริง เพราะนึกถึงเพื่อนหลายคนที่ติดบังสาเหตุแท้จริงแล้วภายหลังได้เสียชีวิตไป แต่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบอกให้อมรศรีไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งทางบริษัทที่อมรศรีทำงานอยู่เลือกเป็นสถานพยาบาลตามเงื่อนไขของกองทุนเงินทดแทน อมรศรีไปโรงพยาบาลดังกล่าวไม่ทันในวันนั้นจึงไปที่โพลีคลินิคที่อยู่ใกล้ ๆ อีกแห่งหนึ่ง หลังการตรวจจรวด ๆ แพทย์ของคลินิคบอกกับอมรศรีว่าอาการปวดหลังและขาอ่อนเปลี้ยไม่มีแรงที่เป็นอยู่ในขณะนั้นอาจจะเป็นเพราะหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท ซึ่งต้องรักษาด้วยการผ่าตัด คลินิคไม่สามารถรักษาได้เพราะไม่มีเครื่องมือ

วันถัดมา อมรศรีจึงเดินทางไปยังโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่งตามที่ได้รับคำแนะนำจากโรงพยาบาลแรก และนี่เป็นครั้งแรกในชีวิตที่อมรศรีป่วยถึงขั้นที่ต้องเข้าโรงพยาบาล

แพทย์แผนกคนไข้นอกซักถามอาการโดยทั่วไปจากอมรศรี จากนั้นก็เขียนใบรับรองแพทย์ว่ากล้ามเนื้ออักเสบจากการทำงานหนัก ให้หยุดงาน 3 วันและหลีกเลี่ยงการยกของหนัก นอกจากนี้ยังได้นัดให้ไปพบอีกครั้งในอีก 3 วันข้างหน้า และให้ขอใบส่งตัวมาจากบริษัทด้วย

เมื่ออมรศรีไปพบนายจ้างในวันต่อมาเพื่อขอใบส่งตัว เธอเล่าว่าถูกหัวหน้างานด่าว่า พร้อมกับข่มขู่ว่าจะต้องพักการและหมอก็จะไม่รักษาให้ และบริษัทก็จะไม่จ่ายเงินค่ารักษาส่วนที่เกินจากวงเงิน 30,000 บาทที่กฎหมายเกี่ยวกับกองทุนเงินทดแทนกำหนดให้ในขณะนั้น ส่วนเรื่องใบส่งตัว ทางบริษัทบอกกับอมรศรีว่า จะส่งไปให้ที่โรงพยาบาลเอง

ระบบประกันสุขภาพกับความเจ็บป่วยจากการทำงาน

สภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม สิ่งแวดล้อมในการทำงาน โรคที่ไม่ปลอดภัย ภาวะความเสี่ยงจากการทำงาน ทำให้โรคจากการทำงานเป็นปัญหาที่สำคัญของคนงานในปัจจุบัน

โรงงานจำนวนมากไม่ยอมให้คนงานแจ้งโรคจากการทำงานโดยตรงไปตรงมา เนื่องจากโรคจากการทำงานถือเป็นภาระหน้าที่ของนายจ้างฝ่ายเดียวที่จะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนทดแทน แต่ถ้าเป็นโรคทั่ว ๆ ไปคนงานสามารถเบิกหรือใช้สิทธิได้จากกองทุนประกันสังคมซึ่งเป็นการร่วมกันจ่าย 3 ฝ่าย แต่ในปัจจุบันเป็นความรับผิดชอบของลูกจ้างและนายจ้าง

นอกจากนี้จำนวนเงินที่นายจ้างต้องสมทบเข้าในกองทุนเงินทดแทนยังมีเงื่อนไขการพิจารณาข้อหนึ่งด้วยว่า สถานที่ทำงานแห่งนั้นมีอัตราการเจ็บป่วยจากการทำงานของพนักงานมากน้อยเพียงใดในช่วงที่ผ่านมา

โดยอาศัยข้อมูลจากการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทนของพนักงาน ดังเช่นในกรณีของอมรศรี

ขณะนั้นอาการเจ็บป่วยของอมรศรีกำเริบมากขึ้น โดยมีอาการชาขาดเวลาและปวดเป็นเส้น ๆ ตรงบันเอววิ่งลงไปขาเหมือนไฟฟ้าช็อต และปวดศีรษะ

14 กุมภาพันธ์ 2536 ออมรศรีไปพบแพทย์ตามนัด ในตอนแรกเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปรึกษากับแพทย์ว่ายังไม่ได้รับใบส่งตัวจากทางบริษัทจึงยังไม่สามารถให้การรักษาได้ แต่ในที่สุดเจ้าหน้าที่ฝ่ายประกันสังคมได้ช่วยเจรจาจนทางโรงพยาบาลยอมให้การรักษามอมรศรี

หลังจากนั้นอมรศรีได้พบกับนายแพทย์ผู้หนึ่ง ซึ่งต่อมาเป็นแพทย์ที่ดูแลอาการของอมรศรี แพทย์ผู้นี้ได้ซักถามอาการและพาไปเอกซเรย์ และยืนยันกับอมรศรีว่าการเอกซเรย์จะไม่มีผลใด ๆ ในกรณีที่อมรศรีตั้งครรภ์ โดยขณะนั้นประจำเดือนของอมรศรีขาดมา 3 เดือนแล้ว

หลังเอกซเรย์แพทย์ให้อมรศรีดูฟิล์มเอกซเรย์ และบอกว่ากระดูกสันหลังเคลื่อน อาจจะมีผลกดทับเส้นประสาท จำเป็นต้องทำการฉีดสี โดยนัดมาฉีดสีในอีกประมาณ 3 อาทิตย์ข้างหน้า จากนั้นแพทย์ได้เขียนใบรับรองแพทย์ให้อมรศรีหยุดพักรักษาตัว และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการยกของหนัก ออมรศรีกล่าวว่าในครั้งนั้นแพทย์ไม่ได้บอกเธอถึงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ของการฉีดสีแต่อย่างใด

เมื่อถึงวันนัดฉีดสี ก่อนดำเนินการอมรศรีได้ถามย้ำกับแพทย์ที่ฉีดสีให้เธอว่า การฉีดสีจะเป็นอันตรายกับลูกในท้องหรือไม่ ซึ่งแพทย์ยืนยันว่าไม่เป็นไร เพราะการฉีดสีนั้นฉีดสีหลังไม่ได้ฉีดใส่ท้อง ออมรศรีจึงยินยอมเซ็นชื่อในเอกสารยินยอมให้ฉีดสี

มาตรฐานการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการรับบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย

ถึงแม้เราจะมีระบบบริการสุขภาพที่ดีเพียงไร แต่หนึ่งในระบบที่ดีที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และโอกาสเสี่ยงที่อาจได้รับ ในฐานะที่เป็นมนุษย์ มีศักดิ์ศรี

การได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจยินยอม หรือไม่ยินยอมต่อวิธีที่แพทย์จะใช้เพื่อการรักษาพยาบาลตนเอง ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้บริโภค และได้รับการยอมรับว่าเป็นสิทธิที่สำคัญประการหนึ่ง

ของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม เรื่องของสิทธิผู้ป่วย ในปัจจุบันยังมีได้เป็นมาตรการบังคับ ถือเป็นความสมัครใจของผู้ประกอบวิชาชีพที่จะปฏิบัติตามหรือไม่ก็ได้

ในกรณีของอมรศรี แพทย์ที่เป็นผู้ทำการฉีดยาได้ชี้แจงต่อแพทย์สภาในภายหลังว่า ก่อนดำเนินการตนได้อธิบายให้คนไข้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ตลอดจนข้อดีข้อเสียทุกประการ ซึ่งคนไข้ได้ใช้เวลาไปตัดสินใจก่อน 1 คืนแล้วมาแจ้งว่าต้องการฉีดยา โดยไม่ได้แจ้งแก่เจ้าหน้าที่ทราบที่กำลังตั้งครุฑ ทั้งที่ได้ถามย้ำแล้วก็ตาม นอกจากนี้ ทั้งในและนอกห้องตรวจยังได้ติดแผ่นป้ายเตือนขนาดใหญ่ไว้ชัดเจนแล้วว่า ถ้าหากตั้งครุฑหรือแพ้ยารอบนอกแพทย์

อย่างไรก็ตาม ออมรศรียืนยันว่า ตนไม่ได้รับทราบข้อมูลเหล่านี้เลย ทั้งที่ได้เฝ้าถามแพทย์แล้วก็ตาม

หลังการฉีดยาพยาบาลพอมรศรีกลับไปห้องพักคนไข้ แล้วบอกให้นอนราบ ไม่ให้ลุกขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งดื่มน้ำ ออมรศรีรู้สึกปวดศีรษะและตามเนื้อตัว รวมทั้งมีผื่นแดงมากผุดผื่นขึ้น แต่แพทย์บอกว่าไม่เป็นไร

แพทย์ให้ออมรศรีพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล 5 วันแล้วให้กลับบ้านได้ โดยนัดกลับมาดูอาการในอีก 3 สัปดาห์ข้างหน้า อย่างไรก็ตามในวันที่จะออกจากโรงพยาบาล นายจ้างไปพบเธอที่โรงพยาบาลและบอกว่าให้ไปรักษาต่อกับแพทย์แผนโบราณ พร้อมกับบอกว่าจะเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทนจำนวน 30,000 บาท¹ ที่อมรศรีมีสิทธิได้รับจนจะหมดแล้ว ถ้าหากอมรศรียังรักษาที่โรงพยาบาลและมีค่าใช้จ่ายเกินไปจากวงเงินนี้ นายจ้างจะต้องเป็นผู้จ่าย

หลังจากกลับไปพักรักษาตัวที่บ้านไม่ถึงสัปดาห์ ออมรศรีสังเกตเห็นว่าหน้าท้องของตนมีรอยเขียวเป็นจ้ำ ๆ และมีเลือดไหลกระปริบกระปรอยออกมาจากช่องคลอด ออมรศรีสงสัยว่าจะเกี่ยวข้องกับการฉีดยาจึงติดต่อไปที่โรงพยาบาล และได้เข้าพบแพทย์ที่รักษาคณ แพทย์ยืนยันว่าไม่เกี่ยวกับ แต่ก็ได้สั่งให้มีการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์ให้แก่อมรศรี ผลปรากฏว่าอมรศรีกำลังท้องได้ 3 เดือน จึงได้นัดอมรศรีมาพบกับสูตินรีแพทย์ในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

อมรศรีเล่าว่ารู้สึกโกรธมากตอนที่แพทย์บอกว่าเธอท้อง เพราะได้บอกกับแพทย์ก่อนทำการเอกซเรย์และฉีดยาแล้วว่าประจำเดือนขาดมาแล้ว 3 เดือน อย่างไรก็ตามอมรศรีก็เดินทางมาพบแพทย์สูตินรีเวชตามนัด โดยระหว่างนั้นเธอมีอาการปวดหลัง ปวดท้องน้อย และมีเลือดไหลซึมจากช่องคลอด แพทย์ได้ทำการตรวจภายในและแนะนำให้อมรศรีทำแท้ง โดยบอกว่าทารกในครรภ์ได้รับรังสีมากเกินไป ถ้าเอาเด็กไว้เด็กจะต้องพิการ

“ตอนนั้นใจไม่ดีเลย นึกไม่ไหวขึ้นมาจึงบอกหมอว่า ทำไมเป็นอย่างนี้ ทั้งที่ก่อนฉีดยาก็ถามหมอแล้วว่า จะมีอันตรายกับลูกไหม หมอก็บอกว่าไม่มี แล้วมาตอนนี้จะไล่ให้ไปทำแท้งอีก... ไม่ไปหรอก” เธอย้อนทบทวนความรู้สึกขณะนั้น

อย่างไรก็ตาม แพทย์สูตินรีเวชยืนยันว่าอมรศรีต้องทำแท้งเพราะเด็กได้รับรังสีเกินมาตรฐาน ออมรศรีไม่รู้จะทำอย่างไรจึงยอมให้แพทย์ทำแท้งให้

¹ พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ.2537 กำหนดว่า ลูกจ้างที่ประสบอันตรายหรือบาดเจ็บจากการทำงาน จะได้รับเงินทดแทนซึ่งประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาล เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 35,000 บาท หากเกินก็ให้เบิกเพิ่มตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดอีกไม่เกิน 50,000 บาท หากแพทย์ให้หยุดรักษาตัว ลูกจ้างก็จะได้รับค่าทดแทนจำนวนร้อยละ 60 ของค่าจ้างรายเดือน หากต้องหยุดพักรักษาตัวเกิน 3 วันขึ้นไป แต่ไม่เกิน 1 ปี

แพทย์ทำแท้งให้อมรรีในวันรุ่งขึ้นแล้วให้กลับบ้านได้ในวันเดียวกัน ขณะนั้นอมรรียังคงมีเลือดไหลซึมออกมาจากช่องคลอดและเดินได้ไม่ปกติ แต่แพทย์ยืนยันว่าอาการจะเป็นเช่นนี้อีก 2-3 วัน แล้วก็จะหายในวันเดียวกันนั้น อมรรีได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลว่างบประมาณรักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทนหมดลงแล้ว ถ้าอมรรีจะรักษาต่อก็ต้องจ่ายเงินเอง นอกจากนี้ยังนำไปเส็จค่ารักษาทั้งหมดที่ผ่านมาให้อมรรีเซ็นชื่อ ซึ่งในใบเส็จนั้นมีค่าใช้จ่ายรวมจำนวนเกือบ 30,000 บาท เป็นค่าฉีดสีและทำแท้ง

คุณภาพการดำเนินงานของหน่วยงานด้านประกันสุขภาพ

ในภายหลัง เมื่อเรื่องของอมรรีตกเป็นข่าวทางสื่อมวลชน และได้ไปร้องเรียนกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จึงมีการตรวจสอบพบว่า งบประมาณค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนเงินทดแทนในส่วนของอมรรียังคงเหลืออยู่ถึง 20,000 กว่าบาท เจ้าหน้าที่ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนได้ชี้แจงว่า เป็นเพราะทางโรงพยาบาลได้มาขอรับใบเบิกเงินคืนไปในภายหลัง

อมรรีไม่มีโอกาสได้รับรู้แม้แต่น้อยว่า ตนเองยังคงมีสิทธิ์เบิกค่ารักษาพยาบาลได้อีกหลายหมื่นบาท หากได้ทราบ เงินดังกล่าวอาจเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการปวดหลังและมดลูกอักเสบได้หายขาด ก่อนที่จะถูกลบจนถึงขั้นพิจารณาพักการตั้งที่อมรรีเป็นในภายหลัง

เมื่ออมรรีกลับบ้าน อาการไม่ดีขึ้น ทั้งอาการปวดหลัง ขาไม่มีแรง และยังมีเลือดไหลซึมจากช่องคลอดอยู่ ในที่สุดจึงกลับไปโรงพยาบาลเพื่อขอพบแพทย์อีกครั้ง แต่ถูกปฏิเสธ เพราะค่ารักษาพยาบาลของอมรรีหมดแล้ว ขณะนั้นพอดีกับแพทย์ที่รักษาเธอมาแต่แรกเดินมา อมรรีจึงเข้าไปหาและถามว่าทำไมอาการเจ็บป่วยไม่หายสักอย่าง แพทย์ตอบกับเธอว่ารักษาต่อให้ไม่ได้แล้วเพราะหมดงบประมาณ และบอกให้เธอไปยื่นบัตรประกันสังคมกับเจ้าหน้าที่เพื่อขอพบกับแพทย์สูตินรีเวชที่บอกให้ทำแท้ง

เมื่ออมรรีทำตามคำแนะนำ ก็ได้ทราบข้อมูลว่าแพทย์คนดังกล่าวไม่มาในวันนั้น ให้อมรรีมาพบในวันอื่น เมื่ออมรรีกลับไปโรงพยาบาลอีกในวันต่อมาก็ไม่ได้พบแพทย์อีก โดยเจ้าหน้าที่บอกว่าไม่อยู่ ทำให้อมรรีเริ่มโมโหและกล่าวต่อว่า เจ้าหน้าที่ที่จ้องหน้าให้อมรรีมาพบแพทย์อีกคนหนึ่ง แต่เธอก็ต้องผิดหวังอีกเช่นเคย

เมื่อไม่ได้พบแพทย์และอาการเจ็บป่วยยังไม่หาย ขณะเดียวกันใบรับรองแพทย์ที่ให้หยุดงานก็หมดอายุลง อมรรีจึงไปขอความช่วยเหลือจากนายจ้างเพื่อจะได้ไปรักษาที่อื่น แต่ถูกนายจ้างปฏิเสธ อมรรีจึงไปพบกับเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนที่สำนักงานประกันสังคม ซึ่งได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ให้ไปขอใบรับรองแพทย์และใบประเมินการสูญเสียอวัยวะจากแพทย์ที่เคยรักษา เพื่อจะได้มีสิทธิในการรับค่าทดแทนอีกส่วนหนึ่ง ทำให้อมรรีต้องกลับไปโรงพยาบาลเดิมอีกครั้ง เพื่อขอให้แพทย์ที่รักษาเธอมาแต่แรกช่วยเขียนใบประเมินดังกล่าว เธอเล่าว่าในตอนแรกเขาไม่ยอมเขียน แต่หลังจากเจ้าหน้าที่ประกันสังคมช่วยเจรจาจึงได้ยินยอม

“ระหว่างที่นั่งเขียน หมอก็พูดไปด้วยว่า รักษาให้ไม่ได้แล้วเพราะหมดงบ ใบรับรองแพทย์ก็เขียนให้ไม่ได้ เดียวทางบริษัทจะว่าเอา หากทำงานไม่ไหวก็ให้ลาออกจากงาน และไปรักษาโรคจิตที่โรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่” อมรรีเล่าถึงเหตุการณ์ขณะนั้น

อมรรีไม่ทราบว่า “โรคจิต” ที่แพทย์เอ่ยถึงนั้นเป็นอย่างไร แต่เข้าใจเอาเองว่าตนเองจะเป็นโรคนี้จริง เพราะมีอาการเจ็บป่วยหลายทาง ทั้งปวดหัว ปวดหลัง ขาอ่อนเปลี้ย และมีเลือดไหลซึมจากช่องคลอด จึงได้ถามแพทย์คนนั้นว่าทำไมจึงไม่รักษาโรคจิตที่ฉันให้ ได้รับคำตอบว่ารักษาไม่ได้ ต้องไปรักษาโรงพยาบาลที่

บอก จากนั้นก็นำเอกสารที่เขียนใส่ซองปิดผนึก และบอกให้ออมศรีนำไปมอบกับเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน และนายจ้าง “รู้สึกอึดใจ ดีใจ คิดว่าใบที่หมอเขียนนี้ เป็นใบส่งตัวไปรักษา” ออมศรีเล่า

แต่ผลจากการนำเอกสารดังกล่าวไปยื่นต่อเจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน กลับกลายเป็นว่าอมศรีต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาเอง เนื่องจากคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนฯ ได้พิจารณาจากข้อมูลตามที่แพทย์ผู้รักษามอศรีให้ความเห็นไว้ในเอกสารที่นำมายื่น โดยในเอกสารแพทย์ไม่ได้ประเมินการสูญเสียอวัยวะให้ และระบุว่าโรคจิตเป็นโรคที่เกิดขึ้นเอง ไม่เกี่ยวกับการทำงาน

อมศรีกลับไปพบนายจ้างอีกครั้งเพื่อขอความช่วยเหลือในเรื่องการรักษาพยาบาล แต่ถูกปฏิเสธทั้งการให้ความช่วยเหลือและการจ้างงานต่อ ออมศรีจึงไปขอให้เจ้าหน้าที่แรงงานเขตช่วยประสานงานและเจรจากับนายจ้างให้รับเธอกลับเข้าทำงาน ผลสุดท้ายนายจ้างยืนยันการเลิกจ้าง และยอมจ่ายค่าเลิกจ้างจำนวนหมื่นกว่าบาท หลังจากที่ยื่นกรณปฏิบัติสหกรจ่ายอยู่นาน

เงินค่าเลิกจ้างอมศรีนำไปใช้หนี้สินส่วนหนึ่ง แบ่งไว้ให้สามีใช้ดูแลลูกอีกส่วนหนึ่ง และส่วนสุดท้ายเธอตั้งใจใช้เป็นค่ารักษาโรคจิตที่จังหวัดเชียงใหม่ตามที่แพทย์ผู้รักษาเคยบอก ขณะนั้นอมศรียังคงมีอาการปวดหลัง ขาไม่มีแรง และยังมีเลือดไหลซึมออกมาจากช่องคลอด

อมศรีบอกสามีและลูกว่า ว่าจะไปรักษาตัว 2-3 วันเพื่อไม่ให้เป็นห่วง จากนั้นก็เหมารถแท็กซี่ขึ้นไปที่โรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากยังคงมีอาการปวดหลัง ขาไม่มีแรง และยังมีเลือดไหลซึมออกมาจากช่องคลอด เสียค่ารถไปกลับกว่า 2,000 บาท โดยนำเอกสารการรักษาไม่ว่าจะเป็นฟิล์มเอกซเรย์ และใบรับรองแพทย์ไปด้วย

“ไปถึงโรงพยาบาลสวนดอก มีหลายตึก ไม่รู้จะเริ่มตรงไหนดี แต่เห็นผู้ชายใส่ชุดขาวเหมือนชุดหมอก็เข้าไปถามเขาว่า จะมารักษาโรคจิต ต้องไปที่ไหน เขาก็บอว่า ใจเย็นๆ แล้วถามว่า ใครบอกคุณว่าเป็นโรคจิต ก็บอกเขาว่า หมอบอก หนังสือก็มีอยู่ เขาก็ซักประวัติ สอบถามหลายอย่าง ทั้งเรื่องครอบครัว พ่อแม่พี่น้อง ภูมิสำเนาเดิม ก็เล่าให้เขาฟังทุกอย่าง เขาฟังเสร็จก็บอกว่า คุณไม่ได้เป็นโรคจิตหรอก คุณถูกหลอกแล้ว หมอที่เขาบอกเช่นนั้น คงจะบิดความรับผิดชอบ

“ตอนนั้นเสียใจแทบเป็นบ้า พอหมอบอกว่า โรคจิตเป็นโรคที่มีอาการทางประสาท นึกเกลียดหมอที่บอกว่าเราเป็นโรคจิต ทั้ง ๆ ที่เราไม่ได้เป็น คิดว่าถ้ามีโอกาสไปอยู่ใกล้ ๆ จะแทงให้ตาย เสียใจที่ถูกหลอก เสียขายเงิน และจะใช้เงินรักษาตามกองทุนเงินทดแทนต่อก็ไม่ได้”

อมศรีเล่าต่อว่า แพทย์ที่เธอได้พบที่โรงพยาบาลสวนดอก แนะนำให้เธอกลับมารักษาอาการเจ็บป่วย 2 อย่างที่โรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ คือ หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท และอาการมดลูกอักเสบหลังแท้ง และยังแนะนำให้ไปร้องเรียนกับแพทย์สภาด้วย แต่กำชับว่าไม่ให้บอกใครว่าได้รับการแนะนำเช่นนั้น เพราะเขาไม่อยากให้คนมองว่าหมอกับหมอขัดแย้งกันเอง

เมื่อกลับมาบ้านอมศรีไม่ได้เล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้สามีและลูกฟัง เธอเดินทางไปขอรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐตามที่แพทย์ที่โรงพยาบาลสวนดอกแนะนำ แต่แพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐแห่งนั้นบอกให้ออมศรีกลับไปขอประวัติการรักษาและการฉีดสีมาจากโรงพยาบาลเดิม เมื่ออมศรีแจ้งว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นไม่ยอมให้ประวัติ โดยอ้างว่าเป็นข้อมูลของโรงพยาบาล แพทย์ที่โรงพยาบาลใหม่จึงบอกว่าถ้าอย่างนั้นก็ต้องฉีดสีอมศรีอีกครั้งเพื่อเริ่มต้นการวินิจฉัยโรคและรักษาใหม่ แต่เนื่องจากอมศรีไม่มีเงินพอและเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลบอกให้ออมศรีไปดำเนินการเพื่อใช้สิทธิจากกองทุนประกันสังคมก่อน ออมศรีจึงยังไม่มีโอกาสได้เข้าสู่กระบวนการรักษา

อมรศรีต้องเดินทางไปติดต่อเจ้าหน้าที่แรงงานอีกครั้ง และได้ถูกส่งตัวไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานที่จังหวัดปทุมธานี เมื่อต้นเดือนกรกฎาคม 2537

ระบบการรักษาพยาบาลและสวัสดิการด้านสุขภาพไม่ได้สนองตอบต่อการกิจในการจัดทุกข์แก่ผู้ป่วย

มีเหตุผลในทางการแพทย์ที่แพทย์จะแนะนำให้คนไข้ได้รับการปรึกษาและรักษา กับจิตแพทย์ ในการนี้ที่การตรวจทางร่างกายไม่พบความผิดปกติ แต่ประเด็นที่ต้องพิจารณาคือ การตรวจหาสาเหตุความเจ็บป่วยทางกายนั้นได้กระทำอย่างรอบคอบ รอบด้าน และได้มีการคำนึงถึงประสิทธิภาพและความเที่ยงตรงของวิธีการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนสาเหตุต่าง ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องมากน้อยแค่ไหน ก่อนที่จะลงความเห็นและสรุปว่า คนไข้ไม่มีความผิดปกติทางกาย

แม้ในภายหลัง แพทย์ที่เขียนใบรับรองแพทย์ให้แก่อมรศรีได้กล่าวว่า ไม่เคยบอกให้คนไข้ไปปรึกษาโรคจิตที่โรงพยาบาลสวนดอก เพราะตามวิสัยแพทย์ไม่เหมาะสมที่จะไปบอกผู้ป่วยเช่นนั้น เนื่องจากเป็นเรื่องที่อ่อนไหว ขณะที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความเห็นว่า คำแนะนำให้ไปหาจิตแพทย์ดังกล่าว เกิดจากความหวังดีต่อคนไข้² แต่น่าพิจารณาว่า หากคนไข้ได้รับการอธิบายที่ชัดเจนเช่นที่แพทย์ได้ชี้แจง ก็คงไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดจนถึงกับเดินทางไปสถานพยาบาล ซึ่งไกลจากที่อยู่อาศัยมากเช่นนั้น นอกจากนี้ คนไข้ก็คงไม่เข้าใจไปว่า เมื่อได้รับการรักษาโรคจิตที่แพทย์บอกแล้ว อาการเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่จะหายไป

ประการสำคัญ หากแพทย์ไม่ได้บอกว่าการเป็นโรคจิตดังที่กล่าวในภายหลัง ก็ไม่น่าจะเป็นการถูกต้องที่เจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทน หรือคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนฯ จะรับลงความเห็นว่าเป็นโรคจิต เพราะในใบรับรองแพทย์นั้น ระบุเพียงคำว่า ให้คนไข้ไปรับการปรึกษาและรักษากับจิตแพทย์เท่านั้น

ดูเหมือนว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่กองทุนเงินทดแทนจะคำนึงถึงเป็นประการหลักก็คือ ดูว่าลูกจ้างมีสิทธิได้รับเงินจากกองทุนเงินทดแทนต่อไปอีกหรือไม่เท่านั้น โดยที่ไม่ได้ให้คำชี้แนะพอสมควรแก่ลูกจ้างว่า ควรจะแสวงหาแนวทางการรักษาตัวต่อไปอย่างไร

ในช่วงเดียวกันเมื่ออมรศรีได้ไปขอความช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับสตรีและแรงงานตามที่มิสผู้แนะนำ หลังจากนั้นเรื่องราวของเธอก็เริ่มถูกนำเสนอต่อสาธารณชน เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนดังกล่าวและกลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมติดต่อให้เป็นวิทยากรในกิจกรรมการรณรงค์เพื่อความปลอดภัยในการทำงาน และสื่อมวลชนเองก็เริ่มให้ความสนใจนำเสนอเรื่องราวของเธอ

จากเหตุนี้ทำให้มีการสั่งการโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานในขณะนั้น ให้ตรวจสอบข้อมูลจากสำนักงานกองทุนเงินทดแทน พบว่าแท้จริงแล้วงบประมาณค่ารักษาพยาบาลที่อมรศรีมีสิทธิได้รับ 30,000 บาท ซึ่งทางโรงพยาบาลแจ้งว่าหมดลงแล้วนั้นยังคงเหลืออยู่ 20,000 กว่าบาท อมรศรีจึงได้รับอนุมัติให้มีสิทธิรักษาพยาบาลตามกองทุนเงินทดแทนได้อีกครั้ง

ในเบื้องต้น อมรศรีได้รับการส่งตัวไปที่รพ.แห่งหนึ่งของรัฐ เพื่อพบกับแพทย์ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จากนั้นก็ได้มีการปรึกษาแพทย์ด้านสูตินรีเวชเพื่อรักษาอาการมดลูกอักเสบ และได้รับการตรวจจาก

² สัมภาษณ์แพทย์ผู้ทำการรักษา"อมรศรี" และผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยผู้วิจัย เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2542

แพทย์ด้านกระดูก อมรศรีได้ทราบจากแพทย์กระดูกผู้หนึ่งว่าจะทำการผ่าตัดเพื่อเอาเหล็กตามกระดูกสันหลัง ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้อาการปวดหลังหายไป แต่ในที่สุดอมรศรีก็ไม่ได้รับการผ่าตัด อมรศรีเล่าว่าการเปลี่ยนแผนรักษาในครั้งนี้เกิดขึ้นหลังจากแพทย์คนที่บอกว่าเธอเป็นโรคจิตได้เข้าพบปะพูดคุยกับแพทย์กระดูกผู้นี้

“หมอคนนี้เข้าไปพูดคุยกับหมอกระดูกประมาณครึ่งชั่วโมง เมื่อออกมาจากห้องเขาก็พูดว่าไม่มีใครรักษาให้เธอหรอก หมอทุกคนเป็นลูกศิษย์หมอหมด เธอจะได้เป็นอะไรหรอก เป็นโรคจิต พอหมอกระดูกเรียกเขาไปพบ หมอก็บอกว่าจะไม่ผ่าตัดแล้ว เพราะไม่ได้เป็นอะไรมาก หมอที่มาพบเป็นอาจารย์หมอ หมอไม่อยากเสี่ยงขึ้นโรงพัก ให้ไปรักษาที่อื่น” อมรศรีเล่า

อมรศรีกล่าวว่า เมื่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ก็จะประสบปัญหาเช่นเดียวกัน เธอสังเกตว่าหลังตกเป็นข่าวทางสื่อมวลชน เมื่อไปที่โรงพยาบาลไหนเจ้าหน้าที่จะมองแบบไม่เป็นมิตร ไม่มีใครรักษา จนหมดหวังที่จะได้รับการผ่าตัด แต่ก็ได้รับความรู้เรื่องสมุนไพรจากมูลนิธิที่เคยไปขอความช่วยเหลือมาประกอบบรรเทาอาการเจ็บป่วยได้เป็นครั้งคราว

สิ่งที่สำคัญที่สุดสำหรับอมรศรีก็คือ เมื่อแพทย์ไม่ได้รับการรักษา และไม่มีใครที่จะลงลายมือรับรองแพทย์ให้กับอมรศรีว่า อาการเจ็บป่วยของอมรศรีเกิดจากการทำงาน ได้มีผลต่อการที่อมรศรีว่าจะขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนเงินทดแทน

จากการที่อมรศรีต้องตระเวนไปขอรับการรักษาในโรงพยาบาลหลายต่อหลายแห่ง ปรากฏว่าแพทย์จากแต่ละโรงพยาบาลวินิจฉัยอาการเจ็บป่วยของอมรศรีแตกต่างกัน คือมีทั้งที่พบความผิดปกติและไม่พบ ในกรณีที่มีทั้งระบุว่าเป็นอาการที่เชื่อมโยงกับการทำงาน คือ หมอนรองกระดูกกดทับเส้นประสาท หรือโรคผิดปกติที่โครงสร้างกระดูกสันหลังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่บริเวณหลังเพราะยกของหนัก และที่ระบุว่าอมรศรีป่วยจากโรคที่เกิดขึ้นเอง คือ ไชข้ออักเสบ ซึ่งข้อมูลที่ขัดแย้งกันเหล่านี้ทำให้สำนักงานกองทุนเงินทดแทนเห็นว่า ต้องหาข้อยุติเพื่อตัดสินใจว่าจะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้ออมรศรีต่อไปจนครบวงเงินหรือไม่ โดยเจ้าหน้าที่กองทุนฯ ได้นำเรื่องเข้าหารือกับคณะกรรมการแพทย์ของกองทุนฯ ว่าอาการไชข้ออักเสบ ซึ่งเป็นอาการป่วยที่แพทย์วินิจฉัยในขณะนั้นของอมรศรี เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปวดหลังเพราะยกของหนักคือเครื่องขัดพื้นหรือไม่ ผลวินิจฉัยสรุปว่าไชข้ออักเสบไม่ได้เกิดจากการยกของหนัก

จากมติดังกล่าวทำให้ออมรศรีไม่ได้รับค่ารักษาพยาบาลและเงินทดแทนจากกองทุนเงินทดแทนได้

อย่างไรก็ตามต่อมาเจ้าหน้าที่จากสำนักงานประกันสังคม จังหวัดสมุทรปราการ ได้ไปพบอมรศรีที่บ้านพัก เมื่อพบว่าอมรศรีเดินไม่ได้จึงได้นำเรื่องหรือคณะกรรมการประกันสังคมของจังหวัด และมีมติเมื่อ 27 กันยายน 2538 ให้ออมรศรีเป็นผู้พิการทุพพลภาพที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน โดยอาการไชข้ออักเสบทำให้ปวดหลังรุนแรงและมีอาการอัมพาตที่ขา ทำให้สูญเสียสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายเกินกว่าร้อยละ 50 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 2,000 บาท และค่าทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง คิดเป็นเดือนละ 2,400 บาทตลอดชีวิต

อมรศรีบอกว่าต้องยอมรับคำวินิจฉัยนี้แม้จะรู้ว่า “ถูกกลืนสิทธิ” เนื่องจากกำลังเดือดร้อน ไม่มีค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล และแม้เรียกร้องกลับไปเจ้าหน้าที่ก็ยังไม่วินิจฉัยให้ใหม่อีกแล้ว

ข้อสังเกตที่น่าสนใจจากการรวบรวมข้อมูลในกรณีศึกษานี้ ก็คือการที่ข้อมูลและการรับรู้ของผู้ป่วย และแพทย์มีต่อความเจ็บป่วยความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังที่จะปรากฏในขั้นตอนการสอบสวนที่จะได้นำเสนอต่อไป

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

1. แพทย์สภา

หลังจากที่ต้องทนทรมานกับอาการเจ็บป่วยซึ่งไม่ได้รับการเยียวยา ทั้งที่เธอเดินเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้งตลอด 5 เดือนที่ผ่านมา เมื่อถูกส่งตัวไปยังศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจังหวัดปทุมธานี ในช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2537 อมรศรีก็ได้เขียนจดหมายร้องเรียนพฤติกรรมการรักษาของแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนรักษาเธอ ไปยื่นต่อแพทย์สภาตามที่ได้รับคำแนะนำ

ในการดำเนินการสอบสวนเรื่องราวของอมรศรีนั้น เลขาธิการแพทย์สภาได้มอบเรื่องให้คณะกรรมการจริยธรรมชุดที่ 1 เป็นผู้ที่สืบหาข้อเท็จจริงจากอมรศรีและแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการรักษา

แพทย์ที่ทำการรักษาอมรศรี ได้ชี้แจงว่าคนไข้มีอาการปวดหลังส่วนล่าง และต้นขาสองข้างตลอดเวลา บ่งชี้ว่าควรทำการฉีดสปีบริเวณกระดูกสันหลังช่วงเอว (lumbar myelogram) เพื่อตัดประเด็นเรื่องหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (lumbar disc herniation) และเรื่องเนื้องอก ผลการฉีดสปีไม่พบความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลังจึงให้การรักษารักษาแบบประคับประคอง และออกไปรับรองอาการป่วยว่าคนไข้เป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง ราวไปถึงข้อพับ(หลังเข่า) 2 ข้าง ส่วนในใบรับรองที่เขียนไปให้ทางกรมแรงงานซึ่งเป็นเหตุให้อมรศรีเดินทางไปโรงพยาบาลสวนดอก และหมดโอกาสได้รับสิทธิรับเงินชดเชยจากกองทุนเงินทดแทนต่อมานั้น ได้เขียนว่าคนไข้รายนี้ไม่มีความผิดปกติของหมอนรองกระดูกสันหลัง(No gross pathology of the disc) และน่าจะส่งไปปรึกษาและรักษากับจิตแพทย์ต่อไป แต่ไม่เคยบอกให้คนไข้ไปปรึกษาโรคจิตที่โรงพยาบาลสวนดอก เพราะตามวิสัยแพทย์ ไม่เหมาะสมที่จะไปบอกผู้ป่วยเช่นนั้น เนื่องจากเป็นเรื่องอ่อนไหว

ทางด้านแพทย์ที่ทำการฉีดสปีได้ชี้แจงว่าก่อนดำเนินการได้อธิบายให้คนไข้ทราบถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ตลอดจนข้อดีข้อเสียทุกอย่าง และคนไข้ก็เป็นผู้ตัดสินใจเลือกเอง ระหว่างการฉีดสปีและทำ MRI. เพราะเห็นว่ารวดเร็วและเสียเงินน้อยกว่าวิธีอื่น โดยคนไข้ขอกลับไปคิด 1 คืน และถามคนไข้แล้วว่ากำลังตั้งครรภ์หรือไม่ ได้รับการยืนยันจากอมรศรีว่าไม่ เพราะเพิ่งได้รับการตรวจปัสสาวะเพื่อทดสอบการตั้งครรภ์มาก่อนหน้านี้ 10 กว่าวัน ผลเป็นลบ ซึ่งข้อมูลนี้แพทย์ได้นำบันทึกรายงานการป่วยของคนไข้มาแสดงต่อคณะกรรมการ โดยในบันทึกดังกล่าวระบุว่า “ตรวจ Pregnancy test 23 กพ.37-neg”

ทางด้านแพทย์สูตินรีเวชก็ได้ให้ข้อมูลที่แตกต่างออกไปเช่นกันในเรื่องของการทำแท้ง โดยชี้แจงว่าอมรศรีเองเป็นฝ่ายที่ไม่ต้องการมีลูกและเป็นฝ่ายวิงวอนให้แพทย์ทำแท้งให้ โดยเมื่อรู้ว่าการตั้งครรภ์ก็มีสิทธิ์ไม่ดี กระวนกระวาย และบอกว่าไม่อยากมีลูกเพราะไม่พร้อม กำลังไม่สบายอยู่ กลัวต้องออกจากงาน มีภาระทางครอบครัว ต้องทำงานหาเลี้ยงสามีและลูก สามีป่วย นอกจากนี้ยังอ้างว่าเด็กถูกรังสีมาก กลัวเด็กพิการ นอกจากนี้หลังการทำแท้งอมรศรีก็ไม่ได้มาพบตามวันนัด แสดงให้เห็นว่าอาการหายเป็นปกติแล้ว³

คณะกรรมการจริยธรรมชุดที่ 1 สรุปผลเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2538 หรือประมาณ 9 เดือนหลังจากอมรศรียื่นหนังสือร้องเรียน มีสาระสำคัญสรุปได้ว่าแพทย์ผู้ทำการรักษาอมรศรีมาตั้งแต่แรกและอมรศรี

³ ในเรื่องของปริมาณรังสีที่อาจเป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์นั้น มีความเห็นที่แตกต่างกันออกไปในแพทย์แต่ละคน โดยมีระดับความแตกต่างไปตั้งแต่ 1-50 Rad อย่างไรก็ตาม ในความเห็นจากสูตินรีแพทย์ ระบุว่า ช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์นั้นควรหลีกเลี่ยงการใช้รังสี ซึ่งอาจมีผลต่อโครงสร้างกระดูกของทารก สำหรับกรณีของอมรศรี แพทย์ของโรงพยาบาลที่รักษาให้ข้อมูลว่า รังสีที่อมรศรีได้รับไม่น่าจะเกิน 2 Rad

ระบุว่า เป็นผู้แนะนำให้ตนไปรักษาโรคจิตที่โรงพยาบาลสวนดอก ได้ทำการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมและประกอบอาชีพเวชกรรมโดยคำนึงถึงความเสี่ยงของผู้ป่วยพอสมควรแล้ว แต่สำหรับแพทย์ที่ทำการฉีดสีให้กับอมรศรีพิจารณาว่าน่าจะให้การรักษาโดยไม่ได้มาตรฐาน

อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวไม่ถือเป็นที่สุด เพราะแพทย์สภายังได้ส่งเรื่องให้คณะกรรมการสอบสวนชุดที่ 3 สืบสวนต่อ โดยมีการสืบหาข้อเท็จจริงจากอมรศรี แพทย์ที่เกี่ยวข้องในการรักษา ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งได้สอบข้อเท็จจริงไปที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานจังหวัดปทุมธานี และโรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งไม่ได้พบหลักฐานการไปรักษาใด ๆ เนื่องจากตามคำบอกเล่า อมรศรีไม่ได้ไปติดต่อกับแผนกผู้ป่วยนอกและทำบัตรคนไข้

ผลสรุปการสอบสวนของคณะกรรมการสอบสวนชุดที่ 3 ออกมาเมื่อ 18 มกราคม 2539 มีสาระสำคัญให้ยกข้อกล่าวโทษแพทย์ที่ฉีดสีให้แก่อมรศรี เนื่องจาก ก่อนฉีดสีแพทย์ได้ถามอมรศรีก่อนแล้วว่า ท้องหรือไม่ และในห้องฉีดสีของโรงพยาบาลดังกล่าวก็มีข้อความแจ้งให้คนไข้ทราบแล้วว่า หากตั้งครรภ์ให้บอกแพทย์ด้วย ขณะเดียวกัน แพทย์ของโรงพยาบาลเดียวกันที่รักษาอมรศรีมาแต่ต้น ระบุว่า อมรศรีได้บอกว่า ไม่อยากท้อง กล่าวต้องออกจากงาน และมีภาวะทางครอบครัว ซึ่งสามีกำลังป่วย

นอกจากนี้คณะกรรมการยังระบุว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านรังสีวิทยาและออโรบิติกส์ให้ความเห็นต่อการรักษาที่ผ่านมา ทั้งการฉีดสี (myelogram) และ conservative ในกรณีของอมรศรีน่าจะเหมาะสมแล้ว คณะกรรมการจึงเชื่อว่าอมรศรีไม่ได้แท้งเพราะการฉีดสี

11 ตุลาคม 2539 หรือกว่า 2 ปีหลังจากได้ยื่นเรื่องร้องเรียนต่อแพทยสภา อมรศรีจึงได้รับแจ้งผลการพิจารณาดังกล่าว ในวันนั้นอมรศรีต้องไปรอนานหลายชั่วโมงจึงทราบผล

“เห็นผลแล้วเข้าอ่อน ร้องไห้ เพราะแพทยสภาเขาไม่ได้พิจารณาในประเด็นที่เราร้องเรียนไปเลย” เธอบรรยายความรู้สึก

อมรศรีเล่าว่าตอนที่ไปให้การกับคณะกรรมการฯ กรรมการหลายคนไม่ให้ความสนใจรับฟังปัญหา “บางคนก็นั่งหลับ มีคนหนึ่งบอกว่าที่หมอไม่ยอมรักษาต่อตอนหลังคงเพราะเห็นว่ากระดูกไม่เป็นอะไรมาก และที่แพทย์อีกคนไม่ยอมรักษาเรื่องเลือดที่ไหลซึมออกจากช่องคลอดนั้นก็อาจเป็นเพราะหมดหน้าที่เขาแล้ว มีกรรมการคนหนึ่งเป็นผู้หญิงบอกว่าเรื่องแท้งลูกไม่เกี่ยวกับการฉีดสี อาจไปแท้งเองก็ได้ กรรมการคนนั้นบอกว่าจะเอายังไง ลูกก็เอาออกให้แล้วก็น่าจะชอบใจหมอมแทนที่จะมาฟ้องเขา รู้สึกเสียใจมากจึงย้อนเขาไปว่าถ้าเป็นลูกของเขา เขาจะรู้สึกอย่างไร จะเสียใจไหม เขาก็บอกว่าถ้าเป็นเขา เขาจะไม่ฟ้อง นอกจากนี้กรรมการบางคนก็บอกว่าที่หมอเขียนใบรับรองแพทย์ให้ไปรักษากับจิตแพทย์นั้น เขาอาจหวังดีก็ได้

“ในขณะที่กรรมการบางคนก็บอกว่าน่าจะไปเอาผิดกับนายจ้างและกองทุนเงินทดแทน ไม่ใช่มาเอาผิดกับโรงพยาบาลและหมอ”

2. สภาพทนายความ

ในช่วงปลายปี 2537 หลังจากที่ยอมรศรีได้ยื่นเรื่องร้องเรียนกับแพทยสภา ผู้สื่อข่าวและมูลนิธิที่อมรศรีไปขอความช่วยเหลือได้แนะนำให้อมรศรีปรึกษากับสภาพทนายความ เพื่อที่จะหาแนวทางในทางกฎหมายที่จะให้โรงพยาบาลที่ทำการรักษาในชั้นต้นชดเชยค่าเสียหายแก่อมรศรี ในฐานะที่ได้รับการรักษาโดยประมาทจนเป็นเหตุให้ต้องแท้งลูก ซึ่งสภาพทนายความได้รับเรื่องไว้ดำเนินการ

ในเบื้องต้นทางสภาพทนายความได้เรียกตัวแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่กรณีของอมรศรีมาพบเพื่อเจรจาหาข้อตกลง แต่ไม่สามารถตกลงกันได้ อมรศรีจึงยื่นฟ้องโรงพยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้องในข้อ

หาละเมิด ให้การรักษาโดยประมาท และเรียกค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 1,807,075 บาท สภานายความได้ดำเนินคดีนี้เป็นตัวอย่างในการฟ้องร้องแพทย์เป็นครั้งแรก และได้ตั้งทนายว่าความให้กับอมรศรีโดยไม่คิดค่าทนาย

แต่เนื่องจากอมรศรีไม่มีเงินเป็นค่าธรรมเนียมศาลที่จะต้องเสียร้อยละ 2.5 ของทุนทรัพย์ที่ฟ้องเรียก อมรศรีจึงร้องขอต่อศาลให้มีการดำเนินคดีอย่างคนอนาถา ซึ่งศาลก็อนุญาต

อมรศรีบอกว่า ที่ตัดสินใจฟ้องโรงพยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพราะอยากให้เป็นอย่างที่เธอเห็นว่าเวลาที่แพทย์บอกอะไร เชื่อมมากไม่ได้ เช่นที่บอกเธอว่าไม่เป็นอะไร แต่พอเป็นขึ้นมากลับไม่รับผิดชอบ

การที่เธอต้องไปร้องเรียนตามหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อมรศรีกล่าวว่า เป็นเพราะไม่มีเงินค่าใช้จ่าย ไม่มีค่ารักษา แพทย์ก็ไม่ยอมวินิจฉัยรักษา หรือเขียนใบรับรองแพทย์ให้ว่าอมรศรีเจ็บป่วยจากการทำงาน ทำให้อมรศรีไม่มีสิทธิที่จะได้รับการรักษาตามกฎหมาย และทั้งที่ได้ดำเนินการร้องเรียนจากหลายแห่งก็ดูเหมือนว่าจะไม่มีอะไรดีขึ้น อมรศรีต้องพึ่งศาล

การไปศาลสำหรับอมรศรีเป็นเรื่องลำบาก ทั้งจะต้องมีคาร์ด บางครั้งสุขภาพก็ไม่อำนวย นอกจากนี้ยังมีปัญหาจำเลยไม่ยอมไปศาล ขอเลื่อนนัด ทำให้เสียเวลา

ทางฝ่ายจำเลยคือแพทย์และโรงพยาบาลต่างมองว่าอมรศรีฟ้องร้องเพราะต้องการเงิน และต่างยืนยันว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีที่มาจากการรักษา เพราะแพทย์และโรงพยาบาลให้การรักษาดีที่สุดแล้ว

“ถ้าเราผิดจริงเรายินดีเสียเงิน แต่ถ้าเราไม่ผิดเหมือนเดียวเราก็ไม่ยอมเสีย มีเช่นนั้นจะเป็นตัวอย่างต่อไป

“คนไข้มามัวเสียเวลากับการดิ้นรนเพื่อจะให้ได้ค่าชดเชย แทนที่จะไปตรวจรักษา ถ้าเขาเดินถูกทาง เขาก็จะได้รับการดูแลที่ดีกว่านี้ แต่ที่เขามาเสียเวลากับกระบวนการเอาเงินเป็นที่ตั้ง คิดว่าเรียกเงินแล้วจบ แล้วใช้องค์กรสารพัดโยนเข้ามา ทำให้เขามุ่งไปในเส้นทางที่จะเอาชนะให้ได้” รองผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่ตกเป็นหนึ่งในจำเลยให้ทัศนะต่อการฟ้องร้องครั้งนี้

สำหรับความคืบหน้าของคดีนั้น จนกระทั่งเดือนกรกฎาคม 2542 คดียังคงอยู่ในขั้นตอนการสืบพยานโจทก์ ทนายของอมรศรีบอกว่าการสืบคดีมีความยากลำบากในแง่ของพยาน เพราะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคดีไม่ให้ความร่วมมือในการเบิกความ และที่เป็นปัญหาคือเบิกความเข้าข้างฝ่ายจำเลย

ระบบศาลในการทำคดีที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์ของผู้ป่วยในเมืองไทย

กระบวนการศาลที่ล่าช้า มีส่วนสำคัญที่เพิ่มความทุกข์ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีนี้เป็นอย่างมาก ปัจจุบันกระบวนการในสืบพยานยังไม่เสร็จสิ้น ทำให้เป็นการรบกวนอย่างมากกับผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้เสียหาย เนื่องจากในการไปศาลแต่ละครั้งที่ต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จากความพิการที่เกิดขึ้น

การพัฒนากระบวนการในการพิจารณาคดีของผู้ป่วยให้มีความคล่องตัว การแจ้งข้อมูลหรือบอกเลิกนัดล่วงหน้ากับคู่กรณีหากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่สามารถไปศาลได้ในแต่ละครั้ง เพื่อให้ลดภาระในการดำเนินคดี ลดภาระค่าใช้จ่ายในกระบวนการศาล ให้สมกับยุคเทคโนโลยีในยุค 2000 เป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นในกระบวนการยุติธรรมของไทย

3. กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน คณะกรรมการสภาผู้แทนราษฎร ฯลฯ

ในระหว่างที่แพทย์สภากำลังดำเนินขั้นตอนการสอบสวนกรณีของอมรศรี ทางคณะกรรมการแพทย์ของสำนักงานกองทุนเงินทดแทนมีมติออกมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2538 ว่าอาการป่วยปัจจุบันของอมรศรีไม่ได้เกิดจากการทำงาน ทำให้อมรศรีไม่สามารถได้รับค่ารักษาพยาบาลและเงินทดแทนจากกองทุนได้ อมรศรีจึงไปร้องเรียนตามหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็น กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการต่าง ๆ ของสภาผู้แทนราษฎรเพื่อขอให้มีการวินิจฉัยใหม่ และขอให้ได้รับการรักษา แต่ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น

ในส่วนหนังสือมวลชนนั้นแม้ว่าหนังสือพิมพ์ลงข่าวนี้เกือบทุกฉบับ แต่อมรศรีบอกว่าไม่ได้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่รู้ว่ามีความคืบหน้าไปอย่างไรบ้าง ในเรื่องการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆที่บอกว่าจะช่วยเหลือ

กลไกที่มีอยู่ในสังคมแก้ความทุกข์ให้ผู้ป่วยไม่ได้

อมรศรีได้ใช้กลไกที่มีอยู่ในสังคมทั้งหมดในการแก้ปัญหาหรือจัดการการทุกข์ที่เกิดขึ้นให้กับตนเอง ทั้งหน่วยงานของรัฐ เอกชน สื่อมวลชน นักการเมือง

แต่ความทุกข์ไม่ได้คลี่คลายลงไป กลับกลายเป็นความทุกข์ที่ทับถมความทุกข์เดิมมากยิ่งขึ้น และมีความทุกข์ใหม่ที่เกิดขึ้นจากการจัดการกับทุกข์มากมาย เช่น การถูกตราหน้าจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่า “เป็นตัวยุ่ง” หรือเหตุผลที่ฟ้องร้องเพราะต้องการเงินจากโรงพยาบาลที่เป็นจำเลย

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

จากคนที่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล มาเป็นผู้พิการ เดินไม่ได้ในปัจจุบัน อมรศรีหาเลี้ยงชีพด้วยการขายล็อตเตอรี่ และขายของชำเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่ที่ห้องพักในอพาร์ทเมนต์ โดยเงินที่ลงทุนในการซื้อของมาขายอมรศรีต้องไปกู้ยืมมาจากมูลนิธิต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อที่จะนำมาประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้ในการเลี้ยงดูตัวเองและลูกสาววัย 13 ปีที่กำลังเรียนหนังสืออยู่ และสำรองไว้ในกรณีเจ็บป่วย

ระบบสวัสดิการสังคมที่เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตความเป็นอยู่ของอมรศรีอยู่บ้าง ก็คือ สิทธิในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 2,000 บาท และค่าทดแทนการขาดรายได้เดือนละ 2,400 บาท ตลอดชีวิต จากสำนักงานประกันสังคม ในฐานะผู้พิการทุพพลภาพที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน

นอกจากต้องสูญเสียความสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติ อีกสิ่งหนึ่งที่อมรศรีได้สูญเสียไปพร้อมกันก็คือครอบครัว

หลังจากที่อมรศรีได้รับความเดือดร้อนจากการต้องออกจากงาน ไม่มีรายได้มาดูแลตนเองและเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว สามืออมรศรีก็ไปมีภรรยาใหม่และขอหย่า อมรศรีต้องเลี้ยงดูลูกคนเดียว ขณะเดียวกันก็ต้องหาเงินมารักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง ต่อมาภายหลังสามิได้พยายามกลับมาขอคืนดี ทำให้ภรรยาใหม่ของสามิซึ่งก็มีสามิอยู่แล้วนั้น โทรมารบกวนอมรศรีอยู่ตลอดเวลา ไม่เพียงเท่านั้นสามิของผู้หญิงคนนี้ยังโทรศัพท์มาขอร้องอีกว่าอย่าให้สามิไปยุ่งกับภรรยาของเขา ซึ่งอมรศรีก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร เพราะจะไปแจ้งความก็ไม่มีหลักฐานอะไร การที่อมรศรีไม่ยอมกลับไปคืนดีกับสามิเป็นเพราะลูกไม่ยอมรับในตัวพ่อ เนื่องจากเคยเห็นพ่อทำร้ายแม่ต่อหน้า เธอเล่าถึงเหตุการณ์ขณะนั้นว่า

“ตอนที่เริ่มขายล็อตเตอรี่ใหม่ๆ พอจะมีรายได้บ้างเล็กน้อย แต่สามีก็คิดว่า มีเงินจึงมาขอยืม พอไม่ให้ ก็ทุบตี ทำร้าย และปลุกปล้ำ จนท้องได้สองเดือน ซ้ำยังติดโรคจากเขาอีก หมอต้องทำแท้งให้ เพราะสภาพร่างกายไม่พร้อมที่จะมีลูก และเพื่อเป็นการตัดปัญหา หมอก็เลยตัดมดลูกออกให้”

อมรศรีบอกว่า พยายามดูแลตัวเองไม่ให้เป็นการใคร และอมรศรีต้องการที่จะมีรายได้เป็นของตนเอง เพราะไม่อยากหวังกับเงินบริจาค ถึงไม่มีเงินก็ต้องหา ต้องกู้ เพื่อที่จะประคับประคองชีวิตให้อยู่ได้

“เราเดินไม่ได้ แต่ต้องใช้ชีวิตที่เหนื่อยมากกว่าคนปกติ ต้องหาเลี้ยงครอบครัว เป็นทั้งพ่อทั้งแม่ แต่ก็ เป็นหน้าที่ที่ต้องอยู่ให้ได้ ต้องทำหน้าที่ของแม่ให้ดีที่สุด ต้องให้เขามีกการศึกษา เพราะถ้าล้มลงไป ลูกต้องแยกว่า นี่แน่”

ทุกวันนี้ นอกจากพิการเดินไม่ได้ อมรศรียังหูอื้อและมีเสียงเหมือนลมในหู ทำให้ไม่ค่อยได้ยินเสียง แพทย์บอกอมรศรีหลังจากตรวจพบว่าแก้วหูทะลุและแนะนำให้ระวังเรื่องการอักเสบและติดเชื้อ นอกจากนี้ก็มี ปัญหาในเรื่องระบบขับถ่ายซึ่งบางครั้งก็ถ่ายไม่ออก บางครั้งก็กลั้นไม่อยู่ ซึ่งอมรศรีบอกว่าแพทย์ที่รักษาอยู่ใน ปัจจุบันเคยบอกว่าเป็นผลเกี่ยวเนื่องมาจากการที่หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท อย่างไรก็ตามเขาก็ไม่กล้า ระบุข้อวินิจฉัยนี้ลงในใบรับรองแพทย์ เพราะไม่อยากต้องไปพูดให้การในศาล

อมรศรีมองว่าความเห็นของแพทย์นั้นมีความสำคัญมาก เพราะการที่คนไข้จะได้รับสิทธิหรือไม่ก็ขึ้นอยู่กับ แพทย์

“คิดว่าแต่แรกอาการเจ็บป่วยคงจะไม่เป็นอะไรมาก แต่ที่กำเริบและเป็นหนักถึงตอนนี้ เป็นเพราะขาด การรักษาที่ต่อเนื่อง ถ้าทุกฝ่ายช่วยเหลือไม่เต็มที่ ก็คงไม่ต้องมาใช้ชีวิตพิการเช่นนี้ อาจได้ออกไปทำงาน เหมือนชาวบ้านชาวเมืองเขา แต่นี่ต้องมาเสียไปหมด เสียอาชีพการงาน เสียสุขภาพ สามีที่เคยอยู่กันมา 10 ปี ไม่เคยทะเลาะกัน แต่พอมามีการก็ต้องเป็นแบบนี้ เป็นเพราะการกระทำของหมอ พอพ้นจากหมอ คนที่จะช่วย เราได้ก็ไม่ช่วยอีก เวลาที่ไปเรียกร้องกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลก็บอกให้ไปไต่ถามกองทุนฯ พอไปหากองทุนฯ กองทุนฯก็โยนไปให้หมอเจ้าของไข้” อมรศรีสรุปสิ่งที่เธอประสบมาตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา

ความทุกข์สำหรับอมรศรีแล้วนั้น ก็คือการที่ต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์โดยไม่มีใครช่วยเหลือ

“เป็นทุกข์ที่ต้องทน ทั้งที่ไม่ได้เป็นผู้ก่อ พอเริ่มป่วยก็เริ่มทุกข์ ก็ไม่รู้อะไรจะทำอย่างไร แต่รู้ว่าหน้าที่ ต้องทนอยู่ต่อไปให้ได้”

นั่นคือข้อสรุปของอมรศรีในวันนี้

กรณีที่ 8

ชื่อ	เจริญศรี
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2541)	25 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	แรงงานรับจ้าง
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	ถูกเครื่องจักรตัดนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือขวาขาด

ข้อมูลทั่วไป

เมื่อต้นปี 2541 เนื่องจากโรงงานที่สามีทำงานเป็นพนักงานขับรถอยู่เกิดย้ายสถานที่ตั้งจากย่านบางบอนมาอยู่แถววัดบางกระดี่ แขวงสามตำ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพฯ “เจริญศรี” จึงเปลี่ยนงานจากโรงงานเย็บผ้าย้ายเข้าทำงานในโรงงานเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทางฝ่ายสามีมีย่อยงาน 5 ปีและมีเงินเดือน 7,500 บาท ไม่ต้องเปลี่ยนงานใหม่

ในเวลานั้นเจริญศรีกับสามีแต่งงานกันมาเกือบ 3 ปี ต่างยังอยู่ในวัยสาวหนุ่ม เจริญศรีเกิดเมื่อ พ.ศ. 2516 ส่วนสามีแก่กว่า 1 ปี ทั้งคู่เป็นคนจังหวัดบุรีรัมย์ แต่อยู่ต่างอำเภอ พ่อแม่ของเจริญศรีมีอาชีพทำนา เธอเป็นลูกคนที่ 6 ในบรรดาพี่น้องรวมทั้งสิ้น 7 คน ซึ่งเกือบทั้งหมดทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ส่วนสามีเป็นลูกคนกลางในบรรดาพี่น้อง 3 คน เขาเป็นคนเดียวที่เข้ามาทำงานในเมืองหลวง ด้วยวุฒิการศึกษาในระดับภาคบังคับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เท่ากันกับเจริญศรี

ในฐานะพนักงานแผนกแพ็กถุงพลาสติก เจริญศรีได้ค่าแรงประมาณวันละ 70 บาท¹ เทียบกับงานเดิมที่เฉลี่ยได้วันละไม่ต่ำกว่า 300 บาทแล้ว นับว่ารายได้ลดลงไปหลายเท่าตัว แต่อย่างน้อยที่ทำงานใหม่ก็ยังมีการพักและมีข้าวให้รับประทาน ต้องหาซื้อกับข้าวเอาเองเท่านั้น อีกประการหนึ่ง คู่ชีวิตทั้งสองได้ตกลงใจร่วมกันว่า จะทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ เพียงถึงเดือนพฤษภาคม 2542 เพื่อส่งแซริให้หมดเท่านั้น จากนั้นก็จะกลับไปหางานทำที่บ้าน

ลักษณะงานใหม่ที่เจริญศรีต้องทำก็คือ การนำถุงพลาสติกใบเล็กจำนวน 100 ใบบรรจุลงในถุงใบใหญ่แต่ละใบ โดยที่ถุงใบใหญ่ที่ใช้บรรจุนั้นจะต้องได้รับการเจาะรูเสียก่อน เพื่อให้อากาศเข้าได้ ถุงบรรจุจะได้ไม่โป่งพองเมื่อถูกแก๊สปิดผนึก

สาเหตุที่เจริญศรีต้องเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องมาจากการทำงานในหน้าที่ใหม่นี้เอง วันที่เกิดเหตุคือวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2541 เวลาประมาณ 13.30 น. เนื่องจากเจริญศรีใช้ถุงบรรจุหมดแล้ว จึงนำถุงปึกใหม่ไปเจาะรูที่เครื่องซึ่งมีอยู่หลายขนาด และตั้งอยู่ใกล้กับบริเวณที่นั่งแพ็กถุง เครื่องที่ว่านี้ความจริงแล้วคือเครื่องที่ใช้สำหรับตัดปากถุงหิ้ว เป็นแท่งเหล็กขนาดใหญ่ น้ำหนักมาก มีด้านคมสองด้าน แต่ไม่ใช่ความคมในระดับคมกริบ ปกติหากใช้ตามหน้าที่ เครื่องตัดนี้เป็นเครื่องอัตโนมัติ แต่ในยามที่ใช้เพื่อเจาะรูบรรจุจะต้องใช้มือหมุนขึ้นหมุนลง ในวันเวลาดังกล่าว เจริญศรีผู้ซึ่งเป็นพนักงานใหม่จัดแจงใช้มือหมุนเครื่องขึ้น แล้วนำ

¹ ถึงแม้จะมีการกำหนดอัตราค่าจ้างขั้นต่ำจำนวน 165 บาทตามกฎหมาย แต่ยังมีลูกจ้างอีกจำนวนมากที่ไม่ได้รับค่าจ้างขั้นต่ำตามนี้

ปลายถุงพลาสติกข้างหนึ่งวางทาบไปที่แป้น จากนั้นกดเครื่องลง เมื่อเครื่องเจาะรูที่ปลายถุงข้างหนึ่งเสร็จเรียบ ร้อยจึงยกเครื่องขึ้น

หลังจากนั้น เจริญศรีจัดการเก็บเศษถุงที่ถูกเจาะออกมาด้วยมือข้างซ้าย พร้อมกันนั้นได้ใช้นิ้วมือข้าง ขวาสอดเข้าไปเพื่อดึงถุงพลาสติกที่เจาะรูแล้วออกมา แต่ทันใดนั้น เครื่องเจาะก็หล่นลงมาทับและตัดปลายนิ้ว โป่งและนิ้วชี้ขาดออก ชิ้นส่วนของนิ้วโป่งนั้นกระเด็นตกลงไปที่พื้นข้างล่าง ส่วนปลายนิ้วชี้ตกอยู่ใกล้ ๆ แป้น ของเครื่อง

มีคนตะโกนบอกสามี และเขาได้ขับรถจักรยานยนต์ของบริษัทพาเจริญศรีไปคลินิกหน้าปากซอย พร้อมกับเพื่อนคนงานคนหนึ่งนั่งซ้อนไปด้วย ทั้งนี้โดยที่เพื่อนพนักงานที่อยู่ในเหตุการณ์คนหนึ่งได้ช่วยใช้เสื้อ ห่อปลายนิ้วทั้งสองให้นำไปพร้อมกัน

ทางคลินิกทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยการทำแผล พร้อมทั้งนำปลายนิ้วทั้งสองใส่ถุงพลาสติกแล้ว แขนในถุงน้ำแข็ง และแนะนำให้ไปโรงพยาบาลเพื่อต่อนิ้ว ในระหว่างนั้น สามีได้ติดต่อพี่ชายของเจริญศรีที่ ทำงานอยู่ในบริษัทฝั่งตรงข้ามถนนให้นำรถกระบะมารับ

ทั้ง 4 คนมุ่งหน้าไปยังโรงพยาบาลของรัฐในย่านฝั่งธนบุรีที่อยู่ใกล้ ๆ แต่แพทย์ที่แผนกฉุกเฉินเห็น บาดแผลและทราบอาการแล้วแจ้งว่า ทางโรงพยาบาลไม่มีความพร้อม ไม่มีแพทย์ผ่าตัด แนะนำให้ไปที่โรง พยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ มีศักยภาพเพียงพอ

เจริญศรีไปถึงพยาบาลดังกล่าวเมื่อเวลาประมาณ 15.00 น. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลให้นั่งรถเข็นพาไป ยังแผนกฉุกเฉิน ขณะที่ญาติและเพื่อนติดต่อบันทึกอยู่ภายนอก

ทุกข์จากการรับบริการ

เจริญศรีเล่าว่า ในแผนกฉุกเฉิน เธอถูกพาไปนอนที่เตียง จากนั้นมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ประมาณเกือบ 10 คน เป็นหญิงชายปะปนกันมารุมล้อมอยู่รอบเตียง มีการแกะแผลออกดู และแพทย์หญิงคน หนึ่งนำตัวเธอไปเอกซเรย์โดยเข็นเข้าไปทั้งเตียง ในการเอกซเรย์ได้ทดลองนำปลายนิ้วมาต่อกันดูด้วย หลัง จากนั้นก็พันแผลไว้ตามเดิม และเมื่อเข็นเตียงกลับออกมา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ประมาณ 10 คนก็ เข้ามารุมล้อมเตียงอีกครั้ง มีการถามขึ้นว่า เธอมีประกันสังคมหรือไม่ ซึ่งเธอตอบว่า ไม่มี คำถามที่ติดตามมาคือ แล้วใครจะเป็นคนจ่ายค่ารักษาพยาบาล เมื่อเธอตอบไปว่า “ถ้าแก่” บุคลากรของโรงพยาบาลกล่าวว่า “จะไหว เหรอ มันแพงนะ” เธอจึงถามถึงจำนวนเงิน ได้รับคำตอบว่า ประมาณ 10,000 - 20,000 บาท “เขาวางอย่างนี้ แล้วเขาก็เดินออกไป” เจริญศรีบอก

เหตุการณ์ต่อมาตามคำบอกเล่าของเจริญศรีคือ มีแพทย์ใส่ชุดเขียว ซึ่งเธอคาดว่าจะเป็นแพทย์ผ่าตัด เดินเข้ามาบอกว่า “ที่นี่เตียงไม่ว่าง” เธอจึงถามว่า ต้องรอนานไหม เขาตอบว่า ผ่าตัดออกมาแล้วจะไม่มีเตียง ให้นอน พร้อมกับถามว่า รู้จักโรงพยาบาลไหนบ้าง ซึ่งเธอตอบไปว่า รู้จัก แต่กลัวจะไม่รับเหมือนที่นี่ แล้วได้ขอ ร้องให้ช่วยติดต่อให้ หมอชุดเขียวของเธอตอบว่า “เดี๋ยวจะถามให้” แล้วหายไปครู่หนึ่ง ก่อนจะกลับเข้ามาบอก ว่า ให้ไปติดต่อเอง เพราะหากติดต่อให้ทางโรงพยาบาลอื่นจะไม่รับ ตรงเข้าไปยังห้องฉุกเฉินเลยดีกว่า

ต่อมาแพทย์ในชุดเขียวได้ให้นางพยาบาลไปตามญาติ แต่นางพยาบาลกลับมามอบว่า เรียกแล้วไม่ เห็นมีใคร ทำให้เจริญศรีตกใจมาก ตอนนั้นเองพยาบาลก็ถามว่า “ลูกไหวไหม ลองไปดูแลเองสิ” เธอจึงจำต้องลุก ออกไป ซึ่งเธอบอกว่า “ไม่ไหวก็ต้องไหว เพราะต้องไปแล้ว อยู่ไม่ได้แล้ว เขาไม่ให้อยู่”

เมื่อออกไปก็เห็นสามี พี่ชาย และเพื่อนร่วมงานนั่งอยู่ เจริญศรีจึงเรียกเข้ามา ญาติได้คุยกับแพทย์หญิง คนหนึ่ง ซึ่งนำกระดาษแผ่นหนึ่งมอบให้ ในขณะที่นั้นตัวเจริญศรีเองไม่ทราบว่าเป็นใบอะไร ทั้ง 4 คนใช้เวลาอยู่

ครูหนึ่งปรึกษากันว่าจะไปโรงพยาบาลไหนดี ระหว่างนั้นเอง เจ้าของโรงงานที่เจริญศรีและสามีทำงานอยู่ที่โทรศัพท์เข้ามาทางเครื่องมือถือของพี่เขย บอกให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้กับโรงงาน โดยตัวเขาได้ติดต่อเบื้องต้นกับทางโรงพยาบาลแล้ว

การหลักประกันด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตราย

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

ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 60-70 อยู่ภายใต้สวัสดิการหรือการประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น ที่เหลืออีกร้อยละ 30-40 ยังไม่ได้รับการคุ้มครองโดยระบบสวัสดิการ หรือการประกันสุขภาพใดๆ จึงเกิดคำถามแก่นักการการเมือง ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะสุข ว่า จะขยายการครอบคลุมประชากรที่ไม่มีหลักประกันเหล่านี้ได้อย่างไร²

การเรียกเงินก่อนการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะโรงพยาบาลของเอกชน เป็นข่าวที่ปรากฏในสื่อมวลชนเป็นระยะ ๆ พร้อมกับการออกมาปฏิเสธข่าวของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องว่าไม่เป็นจริง ทำให้มีการกำหนดมาตรการในการลงโทษกับเจ้าของสถานพยาบาลในการปฏิเสธผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน โดยการจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับกับเจ้าของสถานพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะอันตราย³

ถึงแม้กรณีของเจริญศรีจะไม่ใช่อุบัติเหตุที่ถึงแก่ชีวิต แต่การรักษาต้องใช้ความเชี่ยวชาญพิเศษด้านการต่อหัวใจ ต่อเส้นโลหิต ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ชำนาญและมีความสามารถในการนี้จำนวนไม่มากนักในปัจจุบัน

ทั้งที่เจริญศรีได้ถูกนำตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีบุคลากรและอุปกรณ์ที่พร้อมจะช่วยเหลือในการผ่าตัดต่อหัวใจได้ แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการ ภายหลังจากที่ทางโรงพยาบาลรับทราบข้อมูลว่า เจริญศรีไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบสวัสดิการสุขภาพใด ๆ อันเป็นเครื่องรับประกันด้านค่าใช้จ่ายได้ ก็ได้ทำเสมือนผลึกภาระให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องออกตระเวนหาสถานพยาบาลแห่งใหม่ต่อไปอีก

การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ เพื่อประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและต่อเนื่อง เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้สามารถใช้ชีวิตได้นานขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยนั้นกลับคืนสู่สภาพเดิมมากที่สุด

แทนที่ระบบจะปล่อยให้ผู้ป่วยและญาติประสบชะตากรรมในการวิ่งหาโรงพยาบาลด้วยตนเอง ท่ามกลางการไม่มีข้อมูลข่าวสารในการหาโรงพยาบาลและแพทย์ชำนาญพิเศษด้านนี้เลย

คนเจ็บและผู้นำส่งทั้งสามเดินทางย้อนกลับไปยังย่านถนนพระราม 2 อีกครั้ง ถึงโรงพยาบาลเมื่อเวลาประมาณ 19.00 น. ทั้งช่วงห่างจากเวลาที่เกิดเหตุประมาณ 5 ชั่วโมงครึ่ง

² วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร "ทุกข์ ,สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย", สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2, 2540

³ มาตรา 36 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

ในที่สุด เจริญศรีได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น โดยแพทย์ต่อนี้ให้ใช้เวลาในห้องผ่าตัดประมาณ 6 ชั่วโมง ส่วนนี้ไ้บ่งนั้น แพทย์อธิบายว่า เนื่องจากปลายที่ขาดสั้นมาก พยายามต่อแล้วแต่ต่อไม่ได้ จึงนำชิ้นเนื้อส่วนอื่นมาปิดไว้เพื่อให้ดูเป็นรูปทรงไม่น่าเกลียด

นอกจากใช้เวลาหลายวันพักฟื้นในโรงพยาบาลแล้ว เจริญศรียังต้องพักรักษาตัวที่บ้าน และในช่วงต้นต้องไปพบแพทย์เป็นระยะ ๆ เพื่อดูแล ดูภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จนกระทั่งถอดลวดออก ติดตามด้วยการนัดดูอาการครั้งสุดท้ายในวันที่ 21 เมษายน จากนั้นต้องทำกายภาพบำบัดต่อ ซึ่งเจริญศรีและสามีทราบทางโรงงานไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ จึงเลือกทำเองที่บ้าน รวมแล้วใช้เวลาพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดรวมทั้งสิ้น 3 เดือนตามที่แพทย์สั่ง

สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมดประมาณ 50,000 กว่าบาท ทางเจ้าของโรงงาน หรือ "เจ้าแก" เป็นคนออกให้ ทั้งนี้รวมถึงค่าปฐมพยาบาลที่คลินิกที่ไปหาแห่งแรกอีกประมาณ 1,000 กว่าบาทด้วย นอกจากนี้ทางโรงงานได้จ่ายค่าจ้างในระหว่างที่ต้องพักงานให้ทั้ง 3 เดือน โดยชดเชยเป็นรายวันในอัตราที่เพิ่มขึ้นเป็นวันละ 100 บาท

แต่หลังจาก 3 เดือนผ่านพ้นไป เจริญศรีก็มีไ้กลับไปทำงานที่เดิมอีก และไม่มีติดต่อกับใครที่นั่น ทั้งสิ้น เธอบอกว่า ไม่คิดจะกลับไปทำงานในโรงงานแห่งนั้นอีกแล้ว เนื่องจากรู้สึกกลัวเครื่องที่ตัดนิ้วในโรงงาน และทุกวันนี้ เธอกลายเป็นคนเห็นเลือดไม่ได้ กลัวมาก ไม่กล้ามอง

ระบบประกันสังคมยังขาดความครอบคลุม

เจริญศรีทำงานในโรงงานซึ่งมีลูกจ้างมากกว่า 40 คน ตามกฎหมายประกันสังคมจะต้องได้รับการคุ้มครองและมีหลักประกันด้านสุขภาพ แต่เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมกับโรงงานหรือนายจ้างยังไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้โรงงานส่วนหนึ่งหลีกเลี่ยงและไม่ปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้

ดังที่คุณภวิศ ผาสุก ผู้แทนสภาองค์กรลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย ได้เสนอมาตรการให้มีเจ้าหน้าที่คอยเข้าไปตรวจโรงงานต่าง ๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ เพราะยังมีโรงงานที่ยังไม่ปฏิบัติตามกฎหมายอยู่มาก หรือให้บทบาทกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรสหภาพแรงงาน⁴

และที่สำคัญหากนายจ้างมีลูกจ้างเกิน 10 คนจะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนทดแทนด้วยในอัตราร้อยละ 0.2 – 1 ของค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้างทั้งปี (หากไม่ใช้กิจการที่จะต้องได้รับการยกเว้น เช่น ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ครัว กิจการที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไร ลูกจ้างงานบ้าน ฯลฯ)⁵

ตามหลักการอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในกรณีนี้จะได้รับการคุ้มครองจากกองทุนทดแทนโดยทันที เนื่องจากประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน

⁴ คุณภวิศ ผาสุก ผู้แทนสภาองค์กรลูกจ้างสมาพันธ์แรงงานแห่งประเทศไทย, สิทธิแรงงานไทยในยุคโลกาภิวัตน์, บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ บรรณาธิการ มูลนิธิอารมณพงศ์พัน, 2538 หน้า 210

⁵ วิกฤตเล็กจ่าง ว่างงานและทางออก, บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ บรรณาธิการ มูลนิธิอารมณพงศ์พัน, 2540 หน้า 153

กรณีนี้นับว่านายจ้างยังเป็นผู้มีความรับผิดชอบต่องูกจ้างอยู่มากทีเดียว เพราะถึงแม้จะไม่ได้จัดให้มีหลักประกันตามกฎหมายประกันสังคมและจ่ายเงินสมทบกองทุนทดแทนตามกฎหมาย แต่รับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นและจ่ายค่าชดเชยในการให้ความคุ้มครองต่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้น

แต่อย่างไรก็ตาม หากมีคนงานในโรงงานนี้ได้รับอุบัติเหตุมากขึ้น การละเลยจากนายจ้างก็อาจจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการผ่าตัดและรักษาพยาบาลเหล่านี้เป็นความชำนาญพิเศษ ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากพอสมควร

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

สิ่งที่เจริญศรีและญาติที่ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ก็คือ การที่โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งนั้น ปฏิเสธการรักษา อีกทั้งยังไม่มีคำแนะนำใด ๆ เกี่ยวกับสถานพยาบาลที่ควรจะไป ปล่อยเป็นภาระของทางฝ่ายคนเจ็บเพียงลำพัง ซึ่งความรู้สึกของคนไข้และญาติก็คือ ทางแพทย์ใจดำ เพียงแต่มีกระดาษให้แผ่นเดียวก็ถือว่าพ้นจากหน้าที่แล้ว ที่เหลือเป็นเรื่องที่คนเจ็บต้องดิ้นรนเอาเองอย่างไม่มีหลักประกันใด ๆ ในขณะที่คำพูดของเจริญศรีที่กล่าวแก่ชายในชุดเขียวที่ว่า โรงพยาบาลแห่งนี้อาจจะไม่รับเช่นเดียวกัน ไม่ได้รับการไต่

สำหรับข้อความในกระดาษแผ่นดังกล่าว ซึ่งมีลักษณะเป็นใบบันทึกข้อความ แต่มีการระบุคำว่าใบส่งตัวมีข้อความอยู่ว่า

"วันที่ 9 กุมภาพันธ์ เรื่องส่งตัวรักษาต่อกรณีเจริญศรี...(นามสกุล) มีอาการบาดเจ็บ นิ้วถูกตัดขาด 2 นิ้ว ทางโรงพยาบาลเอกซเรย์แล้วลงความเห็นว่าจะสามารถต่อนิ้วได้ แต่เนื่องจากเตียงเต็ม จึงขอให้โรงพยาบาลรับตัวไว้ด้วย ลงชื่อ...(ชื่อ-นามสกุลแพทย์หญิงคนหนึ่ง)

ประเด็นเรื่องที่ว่าเตียงไม่ว่างที่มีการยกมาอ้างในการปฏิเสธการรักษานั้น เจริญศรีไม่เชื่อว่าเป็นเหตุผลที่แท้จริง เธอรู้สึกว่า น้ำหนักจริง ๆ อยู่ตรงคำถามที่มาจากกลุ่มคนที่มุงล้อมรอบเตียงมากกว่า นั่นก็คือคำถามเกี่ยวกับเรื่องการเมืองประกันสังคมหรือไม่ และเรื่องความสามารถในการรับภาระค่ารักษา

ประเด็นนี้เองเชื่อมโยงให้เจริญศรีและสามีมีทัศนคติในทางลบกับโรงงานด้วย ทั้งนี้เนื่องจากภายหลังจากที่เกิดเรื่องราว จู่ ๆ เมื่อฝ่ายชายลางานกลับไปบ้านที่บุรีรัมย์แล้วกลับมาอีกครั้ง ทางโรงงานก็ไม่ป้อนงานให้แล้วต่อมาให้ออกจากงานโดยไม่ทราบสาเหตุ และไม่ได้จ่ายเงินชดเชยแต่อย่างใด พร้อมกันนั้นยังติดป้ายหน้าโรงงานไม่ให้เขาเข้าไปภายในโดยสิ้นเชิง

ทั้งสองมีความเห็นว่า โรงงานดังกล่าวคงจะเป็นโรงงานเถื่อน เนื่องจากทั้งที่มีพนักงานไม่ต่ำกว่า 40 คน แต่กลับไม่มีการทำบัตรประกันสังคมหรือบัตรประกันสุขภาพแก่พนักงานเลย ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือ ทางโรงงานมักเปลี่ยนชื่อบ่อย ๆ และสภาพภายในก็มีลักษณะปิดทึบ มีกำแพงสูง และเข้มงวดมากกับการห้ามบุคคลภายนอกเข้าไปในอาณาบริเวณโรงงาน

แต่แม้ว่าติดใจและรู้สึกลบกับโรงพยาบาล หรือสงสัยว่า โรงงานทำผิดกฎหมายหรือไม่ ทว่าก็เป็นเพียงความรู้สึกที่ได้แต่เกิดขึ้นโดยไม่อาจทำอะไรเพื่อหาทางออก

ความทุกข์และการระต่อเนื่อง

ผลจากการประสบอุบัติเหตุเครื่องจักรตัดนิ้วขาดทำให้เจริญศรีสูญเสียสมรรถภาพในการใช้นิ้วมือข้างขวาทั้งสองนิ้วนั้นเป็นการถาวร โดยทุกวันนี้ นิ้วโป้งและนิ้วชี้ไม่สามารถหยิบจับของหนัก ๆ ได้ หากใช้นิ้วทั้งสองร่วมกันเกี่ยวสิ่งของก็เกิดอาการเจ็บปวด และบางครั้งเสียเวลา งานบางอย่างจึงทำไม่ได้โดยสิ้นเชิง เช่น การปักดำข้าว และด้วยเหตุที่นิ้วมือทั้งสองเป็นนิ้วสำคัญในการใช้งาน ตลอดจนเป็นนิ้วของมือข้างที่ถนัด ประสิทธิภาพที่สูญเสียไปจึงค่อนข้างมาก เฉพาะนิ้วชี้้นั้น ถึงแม้จะได้รับการติดต่อไว้เช่นเดิม แต่ก็งอได้เพียงเล็กน้อย และยังคงมีรอยแผลเป็น

กรณีที่ 9

ชื่อ	ยงค์ชัย
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2540)	39 ปี
เพศ	ชาย
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	โซเฟอร์แท็กซี่มอเตอร์
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	ปวดท้องรุนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ

ข้อมูลทั่วไป

“ยงค์ชัย” วัย 39 ปี เป็นชายร่างใหญ่ แข็งแรง เขาเคยทำงานเป็นพนักงานขับรถที่บริษัทของญี่ปุ่นมานานหลายปี ก่อนที่จะตัดสินใจลาออกมาทำงานอิสระตามที่ใฝ่ฝันเอาไว้ โดยรวบรวมเงินที่มีหาซื้อรถแท็กซี่เป็นของตนเอง ออกตระเวนขับตั้งแต่ตีห้าถึงสิบโมงเช้ารอบหนึ่งแล้วกลับมานอนเอาแรงจนเที่ยงก็ออกไปขับต่ออีกรอบจนถึงสองทุ่ม เป็นเช่นนี้ทุกวันนาน 5-6 ปีแล้ว

ภรรยาของยงค์ชัยภูมิใจในตัวสามี เธอเล่าว่าอาชีพโซเฟอร์แท็กซี่ที่เขาทำอยู่ได้สร้างฐานะครอบครัวให้เป็นปึกแผ่น การออกขับรถประมาณวันละ 12 ชั่วโมง สร้างรายได้ให้เขามากพอที่จะนำเงินมาให้เธอวันละ 1,000 บาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายภายในบ้าน รวมถึงค่าผ่อนชำระที่ดินและทาวน์เฮาส์ที่พำนักอยู่ในขณะนั้น

ญาติพี่น้องของยงค์ชัยอยู่ไกลถึงจังหวัดเพชรบูรณ์ ครอบครัวของยงค์ชัยที่กรุงเทพฯ จึงเป็นครอบครัวเล็ก ๆ มีกันอยู่เพียง 3 คนพ่อแม่ลูก

เมื่อถึงช่วงเดือนกรกฎาคมต่อสิงหาคม 2540 ครอบครัวยิ่งเล็กลงไปอีก เพราะเหลือเพียงแค่สองแม่ลูกเท่านั้น

ทุกข์จากการรับบริการ

20 กรกฎาคม 2540 ช่วงวันหยุดต่อเนื่องในเทศกาลเข้าพรรษา ยงค์ชัยพาภรรยาและลูกชายคนเดียววัย 7 ปีไปเที่ยวห้างสรรพสินค้าใกล้บ้าน ขณะที่กินอาหารกันอยู่ได้เกิดอาการปวดท้องจึงปลีกตัวกลับมานอนพักที่บ้านก่อน แต่อาการปวดทวีขึ้นจนรู้สึกผิดปกติจึงขับรถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลใหญ่ของรัฐบาลที่อยู่ไม่ไกลออกไปนัก

ก่อนหน้าที่จะมาโรงพยาบาล ยงค์ชัยรู้สึกปวดท้องและปวดหลังทางด้านขวานานประมาณ 3-4 วันแล้ว แต่ความเจ็บปวดได้ทวีขึ้นจนเขารู้สึกถึงความผิดปกติในวันนี้

คืนนั้นยงค์ชัยต้องนอนค้างอยู่ในห้องสำหรับรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ เนื่องจากทางโรงพยาบาลแจ้งว่าเตียงเต็ม รุ่งขึ้นทางโรงพยาบาลส่งตัวเขาไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลเอกชนในละแวกเดียวกัน ทั้งที่โรงพยาบาลแห่งนี้ก็มีแผนกเอกซเรย์ และอุปกรณ์สำหรับเอกซเรย์ในลักษณะเดียวกันนี้อยู่แต่ให้เหตุผลว่า เนื่องจากเป็นวันหยุดโรงพยาบาลไม่เปิดบริการทำอัลตราซาวด์ (ultrasound)

ระบบมีคำตอบแทนให้แพทย์เมื่อส่งคนไข้รับการตรวจพิเศษ

ทำไมต้องส่งคนไข้ไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้สามารถทำได้ เป็นคำถามที่ได้รับคำตอบว่าเนื่องจากเป็นวันหยุด จึงไม่มีบริการนี้

ระบบการให้คำตอบแทนแพทย์เมื่อมีการส่งผู้ป่วยไปตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษกับโรงพยาบาลเอกชน หรือศูนย์ตรวจเครื่องมือพิเศษต่าง ๆ เป็นที่รับรู้ในวงการแพทย์ ถึงแม้จะมีความพยายามจากแพทยสภาในการหามาตรการควบคุมด้านจริยธรรม แต่ยังไม่สามารถออกมาตราการที่ชัดเจนมาบังคับใช้

“ตั้งแต่มีการนำเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เข้ามาในประเทศไทยเป็นเวลายาวนานกว่า 20 ปีแล้วนั้น ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลที่มีธุรกิจดังกล่าวได้สร้างกลยุทธ์ทางการตลาดที่เข้าขาคู่ละเมิดข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2520 กล่าวคือ มีการจัดสรรส่วนแบ่งเป็นเงินสดให้แก่แพทย์ทุกครั้งที่ส่งผู้ป่วยไปใช้บริการ เป็นมูลค่าประมาณร้อยละ 15-20 ของค่าตรวจแต่ละครั้ง

แพทยสภาได้เคยเชิญผู้ประกอบการสถานพยาบาลที่มีอุปกรณ์ดังกล่าวเข้าร่วมประชุมเพื่อขอความร่วมมือในการลดจ่ายส่วนแบ่งนั้น แต่ก็ประสบความล้มเหลว เพราะเมื่อผู้ประกอบการพบว่าอัตราการให้บริการลดลง จึงกลับไปปฏิบัติเช่นเดิม”¹

ซึ่งระบบนี้มีส่วนช่วยส่งเสริมให้การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็นเกิดขึ้นมากพอสมควร และจากรายงานของสมาคมผู้ผลิตและจำหน่ายเทคโนโลยีทางการแพทย์ระหว่างประเทศระบุว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่ตลาดเครื่องมือแพทย์ราคาแพงมีอัตราการขยายตัวรวดเร็วที่สุดในเอเชีย (แม้ว่าจะไม่ใช่ตลาดใหญ่ที่สุด) โดยมีอัตราเพิ่มถึงร้อยละ 24 ในปี 2536²

และที่สำคัญ หากกรณีนี้ไม่คิดพึ่งเทคโนโลยีมากนัก การตรวจด้วยมือเป็นเทคนิคการตรวจไส้ติ่งอักเสบได้ดีที่สุด หรือการตรวจเลือดเพื่อที่จะดูปริมาณเม็ดเลือดขาว ก็สามารถยืนยันโรคไส้ติ่งอักเสบได้เป็นอย่างดี³

หลังได้รับผลเอกซเรย์ แพทย์วินิจฉัยว่าอาการปวดท้องและปวดหลังบริเวณชายโครงด้านขวาของยังค์ชัยเนื่องมาจากถุงน้ำดีอักเสบ รักษาได้ด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะและให้น้ำเกลือ เมื่ออาการดีขึ้นก็กลับบ้านได้ แต่ยังคงรู้สึกว่าการพักรักษาตัวที่นี้เต็มไปด้วยความไม่สะดวก ทั้งจากการต้องนอนพักอยู่ในห้องอุบัติเหตุซึ่งญาติอยู่ดูแลไม่ได้ การเข้าห้องน้ำเป็นไปด้วยความทุลักทุเล และที่สำคัญคือแพทย์ที่ดูแลมีเพียงแพทย์เวร จึงขอให้ภรรยาติดต่อโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กอีกแห่งหนึ่งซึ่งอยู่ห่างบ้านไปเพียง 3 กิโลเมตร ซึ่งน่าจะอำนวยความสะดวกได้มากกว่า และราคาคงไม่แพงนักเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ ในย่านเดียวกัน

¹ นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช ประธานคณะกรรมการพิจารณาปัญหาการให้คำตอบแทนทางธุรกิจ ตามประกาศแพทยสภา ที่ 24/2540.

² แผนพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2544, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 9.

³ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งสุดท้ายที่ยังค้ำช้ำเข้ารับรักษาก่อนเสียชีวิต ประมาณ เดือนเมษายน 2542

ภรรยาของยงค์ชัยเห็นด้วยกับสามี เพราะเท่าที่ฟังการวินิจฉัยจากแพทย์เวรอาการก็ดูเหมือนไม่น่าหนักใจ เพียงได้นอนพักในโรงพยาบาลอีกระยะสั้น ๆ ก็จะหายดี เธอจึงติดต่อไปที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น และได้รับการตอบรับว่ามีเตียงว่าง ทางโรงพยาบาลจะส่งรถไปรับคนไข้

ยงค์ชัยพักอยู่ที่โรงพยาบาลแห่งแรก 2 คืน ในวันที่ 22 กรกฎาคม ทางโรงพยาบาลเอกชนที่ติดต่อไปก็ส่งรถมารับ ก่อนออกจากโรงพยาบาล ภรรยาของยงค์ชัยได้จัดการชำระค่ารักษาพยาบาลในช่วง 2 วันที่ผ่านมา ซึ่งรวมถึงค่ารถพยาบาลสำหรับไปเอกซเรย์ที่โรงพยาบาลเอกชน และค่าเอกซเรย์อีกกว่าพันบาท

การเดินทางเป็นไปด้วยความอึดอัดและทรมาน เนื่องจากรถที่ทางโรงพยาบาลเอกชนส่งมาเป็นรถเก๋ง โดยจัดให้ยงค์ชัยนั่งด้านหน้าข้างคนขับ ภรรยาของเขานั่งข้างหลัง คู่กับเจ้าหน้าที่อีกคนหนึ่งที่เคยทำหน้าที่หิ้วถุงน้ำเกลือที่โยงมาจากร่างของยงค์ชัยไว้ให้

โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นเป็นตึก 4 ชั้นริมถนนใหญ่ จำนวนเตียงตามที่แจ้งกองประกอบโรคศิลป์มี 30 เตียง แพทย์ประจำ 2 คน พยาบาลประจำ 2 คน มีห้องคลอด ห้องผ่าตัด และห้องไอซียู เมื่อรับเข้ารักษา เจ้าหน้าที่การเงินของโรงพยาบาลได้มาขอเก็บเงินล่วงหน้า 2 หมื่นบาทก่อน

ระบบควบคุมกำกับมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชนยังเป็นปัญหา

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล มาตรา 18 ระบุว่า ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณีต่อไปนี้อย่างถูกต้องครบถ้วนแล้ว

...(3) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์ หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้นตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง⁴

แต่สำหรับกรณีนี้ ในวันที่มีการย้ายผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกย้ายโดยยานพาหนะที่เป็นรถยนต์ส่วนตัว

ทั้ง ๆ ที่โรงพยาบาลนี้ได้รับอนุญาตเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ซึ่งเทียบเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน(ระดับอำเภอ) ซึ่งตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้กำหนดไว้ว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน จะต้องมียานพาหนะมาตรฐาน (standard ambulance) จำนวน 2 คัน⁵

ในภายหลังกองประกอบโรคศิลป์ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลแห่งนี้ปรับปรุงมาตรฐานด้านสถานที่และบุคลากร 3 ประการ ได้แก่

- 1) ให้โรงพยาบาลดให้บริการแก่ผู้ป่วยศัลยกรรมเนื่องจากไม่มีแพทย์ประจำ
- 2) ให้โรงพยาบาลดให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เช่น ช็อก โคมา หรือบาดเจ็บสาหัส เนื่องจากพยาบาลในเวรไม่เพียงพอ
- 3) ปรับปรุงให้มีพยาบาลครบทุกเวรภายใน 3 เดือน

ทำให้เห็นว่า ประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ยังเป็นปัญหาสำคัญ มาตรฐานโรงพยาบาลในอนาคตจะอย่างไรจึงสนับสนุนให้กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบเพื่อพัฒนาการบริการที่ได้รับจากสถานพยาบาล

⁴ มาตรา 18 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541.

วันแรกของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ภรรยาของยงค์ชัยที่เฝ้าดูอาการอยู่สังเกตเห็นว่า ไม่มีแพทย์เข้ามาตรวจอาการ โดยแพทย์ทำเพียงการนำหนังสือส่งตัวและผลการตรวจจากโรงพยาบาลแห่งแรก ไปอ่าน โดยในเอกสารดังกล่าวระบุว่า คนไข้ปวดท้องได้ชายโครงขวา ไช้ขึ้นสูง อาเจียน มีการสงสัยว่าจะเป็น ภาวะน้ำดีอักเสบ จากกรณีไม่มีนิ่ว แสดงว่ามีการอักเสบติดเชื้อ มีไขมันในตับ

วันรุ่งขึ้นมีแพทย์เข้ามาสอบถามและตรวจดูอาการ จากนั้นได้วินิจฉัยว่ายงค์ชัยเป็นหนองในตับ

คืนนั้นภรรยาของยงค์ชัยพบว่าสามีท้องเสียตลอดเวลาจนลุกไปเข้าห้องน้ำไม่ทัน ต้องคอยเปลี่ยนผ้า อยู่เรื่อย ๆ เพราะมีน้ำไหลออกมาไม่หยุด

24 กรกฎาคม ยงค์ชัยถูกส่งตัวไปเอกซเรย์อีกครั้งที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวกับที่โรงพยาบาล แห่งแรกเคยส่งเขาไป หลังจากกลับมาแล้วทางโรงพยาบาลได้แจ้งว่าต้องทำการรักษาด้วยการผ่าตัดช่องท้อง ในคืนนั้น โดยไม่ได้บอกผลวินิจฉัยถึงสาเหตุของโรค เท่าที่ภรรยาของยงค์ชัยทราบจากคำบอกเล่าของแพทย์ที่ ทางโรงพยาบาลติดต่อมาให้ทำการผ่าตัดก็คือสามีของเธออาจเป็นหนองในตับ เพราะดูจากฟิล์มทราบเพียงว่า ในช่องท้องมีหนองอยู่จำนวนมาก

หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น แพทย์ผ่าตัดดังกล่าวกับภรรยาของยงค์ชัยว่าอาการที่แท้จริงคือไส้ติ่งแตกจนเน่า แต่ไม่เป็นอะไรมาก อีกไม่กี่วันก็กลับบ้านได้

สองวันจากนั้นเธออยู่เฝ้าอาการสามีอย่างใกล้ชิด เจ้าหน้าที่ที่มาดูแลส่วนใหญ่เป็นพยาบาล เท่าที่เธอ จำได้มีแพทย์เข้ามาดูอาการหลังผ่าตัดเพียงครั้งเดียวเท่านั้นคือช่วงกลางวันของวันที่ 26 ซึ่งเป็นวันที่ 2 หลังผ่าตัด

และคืนนั้นเองยงค์ชัยมีไข้ขึ้นสูงจนพยาบาลเข้ามาแนะนำให้เธอคอยเช็ดตัวให้ และเริ่มมีอาการเพ้อ สื่อสารกันไม่รู้เรื่องในตอนรุ่งเช้า ซึ่งแพทย์บอกเพียงว่าเป็นฤทธิ์ของไข้ จะเปลี่ยนยาให้ใหม่ และผลดูดีขึ้น แล้ว ในสายตารภรรยาของยงค์ชัยแพทย์แสดงท่าทีให้เห็นว่าอาการของยงค์ชัยไม่น่าหนักใจ ทำให้เธอพลอยสบายใจไปด้วย

แต่ไม่ทันไรหลังจากแพทย์ออกไปจากห้อง สามีของเธอก็มีอาการที่ไม่เคยเป็นมาก่อน

“จู่ ๆ แพนก็กระโดดลงจากเตียงไปนั่งข้างล่าง ตัวเขาใหญ่ด้วย ดิฉันเรียกพยาบาลมาช่วย พยาบาล บอกว่าเดี๋ยวจะฉีดยานอนหลับให้ คนไข้จะได้พัก ประมาณ 2 ชั่วโมงคนไข้ถึงจะตื่น

ดิฉันตั้งนาฬิกาปลุกไว้ แต่ก็ไม่ได้นอน ประมาณครึ่งชั่วโมง ดิฉันหันตาข้างหนึ่งเขาไม่หลับก็เอะใจว่า ทำไมฉีดยาแล้วตายังไม่หลับ เลยจับมือเขา เขาก็สะดุ้งตื่น แล้วพูดไม่รู้เรื่อง ทำนองว่า “มีงเป็นใคร กูไม่รู้จักมีง” แล้วตั้งแต่นั้น เขาก็พูดไม่รู้เรื่องอีกเลย”

ตอนบ่ายยงค์ชัยพูดแต่ว่าร้อนและนอนกระสับกระส่ายจนภรรยาไม่อาจนิ่งนอนใจได้อีกต่อไป ต้องขอให้พยาบาลช่วยตามแพทย์มาดูแล ขณะเดียวกันตัวเองก็รีบโทรศัพท์ตามญาติพี่น้องของสามีมาจากต่างจังหวัด เพราะเริ่มเชื่อว่าอาการของสามีหนักกว่าที่คาดคิด

กว่าที่แพทย์จะมาถึงก็เป็นเวลาพลบค่ำ ในขณะที่พ่อแม่และญาติของยงค์ชัยที่เดินทางมาจากจังหวัด เพชรบูรณ์มาอยู่กันพร้อมหน้าแล้ว

⁵ การสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุจากจราจรก่อนถึงโรงพยาบาล วันที่ 12 – 13 กุมภาพันธ์ 2534 ห้องประชุมศิษย์เก่าแพทย์ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, หน้า 44.

หลังตรวจอาการ แพทย์ได้บอกกับญาติ ๆ ว่าร่างกายของยงค์ชัยไม่ยอมรับยา อาการติดเชื้อได้ลุกลามไปทั่วร่างกายแล้วและแนะนำให้ย้ายเขาไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น เพราะห้องไอซียูของที่นี่มีอุปกรณ์ไม่ครบ แต่ก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยออกไปทางโรงพยาบาลได้เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมอีก 21,000 บาท หลังจากที่เก็บไปก่อนตั้งแต่แรกแล้ว 20,000 บาท รวมเป็นค่ารักษาทั้งหมด 41,000 บาท ซึ่งในจำนวนนี้เป็นค่ายา 21,255 บาท และยืนยันให้จ่ายเงินให้ครบจำนวนก่อนจึงนำผู้ป่วยออกไปรักษาต่อที่อื่นได้ แม้ว่าขณะนั้นภรรยาของยงค์ชัยมีเงินเหลือติดกระเป๋าอยู่ 15,000 บาท และเธอยยายามขอเวลานำเงินส่วนที่เหลือมาจ่ายที่หลังก็ตาม

ระบบขาดความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต

“ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งแตก ซึ่งจะทำให้เชื้อส่วนหนึ่งเข้ากระแสเลือด ทำให้เกิดภาวะโลหิตเป็นพิษซึ่งมีโอกาสที่จะควบคุมได้หรือควบคุมไม่ได้ ขึ้นอยู่กับว่าเราให้ยาได้เร็วแค่ไหน เชื้อดื้อยาหรือเปล่า ถ้าควบคุมไม่อยู่ คนไข้ก็จะเสียชีวิต การติดเชื้อขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่แตก เพราะฉะนั้นเวลาไส้ติ่งอักเสบแพทย์จะบอกให้คนไข้ผ่าตัดทันทีทันใด หมอวินิจฉัยได้ตอนตี 3 ก็ผ่าตัดตอนตี 3....”⁶

ดังนั้นภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจึงมีมากขึ้นในกรณีของยงค์ชัย เนื่องจากเริ่มปวดท้องมาจำนวนหลายวันแต่ยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ การใช้ยาที่เหมาะสมกับอาการติดเชื้อ การติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและรายงานให้แพทย์ทราบอย่างทันทั่วทั้งเพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วทั้ง

หัวคำของคินนัยงค์ชัยได้ถูกย้ายเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแห่งที่ 3 อันเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่กว่าเดิม ซึ่งอยู่ห่างออกไปไม่ไกลนัก

ที่นั่นภรรยาของยงค์ชัยและญาติได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าโอกาสรอดชีวิตของยงค์ชัยเหลือเพียงครั้งต่อครั้ง เพราะมีอาการช็อกอยู่นาน 6 ชั่วโมงจนไตวายแล้ว และได้ถามว่าทำไมคนไข้ไม่ได้รับการดูแลก่อนหน้านี้ ภรรยาของยงค์ชัยได้แต่ตอบว่าเธอยายตามแล้ว แต่หมอไม่มา

เช้าวันรุ่งขึ้นก่อนไปเยี่ยมสามี เธอเอาดวงของเขามาให้หมอตรวจดวงชะตาตั้งที่ท่าเป็นประจำในช่วงหลัง ๆ คราวนี้เธอได้รับคำตอบว่าอย่างไรเขาก็ไม่รอด อีกทั้งยังห้ามไม่ให้เธอเข้าไปดูหน้าสามี หากเข้าไปจะเสียชีวิตทันที

“แทบทุกเช้าก่อนไปเยี่ยมสามี ดิฉันจะไปดูหมอก่อนแล้วถึงไปเยี่ยมเขา ดิฉันหวังอยากให้เขาหายบ่นไม่รู้ก็บ่นแล้วแต่เขาก็ไม่หาย...”

ยงค์ชัยสามีของเธอเสียชีวิตในเย็นวันที่ 30 กรกฎาคม 2540 หลังจากเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลแห่งที่ 3 ได้ 3 วัน

ค่ารักษาพยาบาลในส่วนของโรงพยาบาลแห่งนี้รวมเป็นเงิน 30,486 บาท

⁶ สัมภาษณ์ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลเอกชนแห่งสุดท้ายที่ยงค์ชัยเข้ารักษาก่อนเสียชีวิต ประมาณ เดือนเมษายน 2542

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

1. แจ้งสู่มวลชน

ภรรยาของยงค์ชัยเคยทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายโฆษณาของหนังสือพิมพ์รายวันฉบับหนึ่ง เมื่อประสบเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ต้องย้ายสามีไปรักษาในโรงพยาบาลที่ 3 ด้วยอาการเพียบหนัก เพราะถูกปล่อยให้นอนรอแพทย์จนเกิดอาการช็อกอยู่นาน 6 ชั่วโมง เธอได้โทรศัพท์ไปเล่าเรื่องที่เกิดขึ้นให้เพื่อนที่ยังทำงานอยู่ที่นั่นฟังเพื่อระบายความทุกข์ใจ แต่เพื่อน ๆ มีความเห็นว่าน่าจะเสนอกองบรรณาธิการให้ทำข่าว เพื่อที่ทางโรงพยาบาลจะได้เห็นคุณค่าของชีวิตคนมากขึ้น

ด้วยเหตุนี้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับยงค์ชัยจึงกลายเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์รายวันฉบับตั้งแต่วันที่ 30 กรกฎาคมต่อเนื่องไปจนถึง 1 สิงหาคม 2540 โดยเสนอประเด็นที่แพทย์ปล่อยให้ผู้ป่วยหนักรอการรักษาจนอาการถึงขั้นเกินเยียวยา ต้องหาโรงพยาบาลใหม่ที่มีความพร้อมมากกว่า จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา

หลังจากตกเป็นข่าวทางโรงพยาบาลและแพทย์ที่รับหน้าที่ผ่าตัดแก่งยงค์ชัยก็มีปฏิกิริยาทันควัน โดยทางโรงพยาบาลได้โทรศัพท์ไปต่อว่าภรรยาของยงค์ชัยที่ไปให้ข่าวหนังสือพิมพ์ ส่วนแพทย์ที่ทำการผ่าตัด ซึ่งเป็นผู้ที่ภรรยาของยงค์ชัยระบุว่าหลังผ่าตัดแล้วแทบไม่เคยมาดูแลสามีของเธอ แม้กระทั่งเมื่ออาการเพียบหนักให้พยาบาลตามตัวก็ยังมาถึงช้ากว่าญาติที่เดินทางมาจากต่างจังหวัดนั้น ได้รู้เข้าชี้แจงกับผู้สื่อข่าว โดยในข่าวของหนังสือพิมพ์ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2540 มีข้อความชี้แจงของแพทย์ผู้นี้ได้พยายามรักษาอย่างสุดฝีมือแล้ว หลังผ่าตัดก็มาดูแลอาการคนไข้ทุกวัน แม้ย้ายมายังโรงพยาบาลแห่งที่ 3 ก็ยังตามถามข่าวกับเพื่อนที่เป็นแพทย์ที่นั่นเสมอ เหตุที่เกิดขึ้นถือว่าตนเองโชคไม่ดี เพราะลักษณะไส้ติ่งของยงค์ชัยมีลักษณะพิเศษ ซึ่งทำให้วินิจฉัยอาการได้ล่าช้าถือเป็นกรณี “ปราบเซียน” ที่นาน ๆ ครั้งจึงได้พบ

และในฉบับวันรุ่งขึ้น (1 สิงหาคม 2540) หนังสือพิมพ์ฉบับเดียวกันได้ลงข่าวต่อเนื่องว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ก่อเหตุ นายแพทย์ที่ทำการผ่าตัดยงค์ชัย พร้อมด้วยทนายความได้เข้าพบเจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ และชี้แจงต่อกรณีที่เกิดขึ้นว่าแพทย์ของโรงพยาบาลได้ดำเนินการรักษาตามหลักการแพทย์ที่เหมาะสมและเต็มความสามารถแล้วและมีแพทย์ไปดูแลผู้ป่วยทุกวัน

นอกจากนี้ยังมีการกล่าวถึงประเด็นค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บจากครอบครัวผู้ป่วยเต็มราคา ซึ่งมีการวิจารณ์ว่าเหมาะสมหรือไม่ ในเมื่อที่สุดแล้วผู้ป่วยอาการได้ทรุดหนักกระทั่งเสียชีวิตลง โดยที่มีข้อมูลชี้ว่าน่าจะเป็นเพราะความบกพร่องของแพทย์และทางโรงพยาบาลเอง โดยผู้อำนวยการของโรงพยาบาลกล่าวกับสื่อมวลชนว่าแม้มีผู้แนะนำให้ช่วยออกค่ารักษาพยาบาลเพื่อเป็นการประนีประนอม แต่เรื่องนี้ทางโรงพยาบาลไม่ได้เป็นฝ่ายผิด

2. ร้องเรียนแพทยสภา

ผลอีกด้านหนึ่งจากการตกเป็นข่าวทางสื่อมวลชนคือ การที่รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นให้ความสนใจ เชิญภรรยาของยงค์ชัยพร้อมด้วยบุตรชายเข้าพบเพื่อลำดับเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นให้ฟัง จากนั้นได้ให้หัวหน้าแผนกรับเรื่องร้องทุกข์ กองประกอบโรคศิลปะสอบปากคำเพื่อนำเรื่องเสนอไปยังแพทยสภา ซึ่งในอีก 3 วันต่อมาทางแพทยสภาก็ได้มีหนังสือด่วนมากไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้ก่อเหตุเพื่อขอทราบข้อเท็จจริง ซึ่งทางโรงพยาบาลก็ได้ส่งจดหมายชี้แจงต่อประธานคณะกรรมการจริยธรรม แพทย์

สภาตอบกลับไปอีก 1 สัปดาห์ต่อมา โดยสาระสำคัญในจดหมายกล่าวถึงขั้นตอนการรักษาและชนิดยาที่ให้ แก่คนไข้

ขณะเดียวกันทางกองประกอบโรคศิลปะก็ได้ส่งเจ้าหน้าที่ไปรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ก่อเหตุ เกี่ยวกับการรักษาในกรณีของยงค์ชัยและสภาพของโรงพยาบาล และมีข้อเสนอเพื่อพิจารณาดำเนินการเกี่ยวกับมาตรฐานสถานที่และบุคลากร 3 ข้อ ได้แก่ 1) ให้โรงพยาบาลลงดบริการผู้ป่วยด้านศัลยกรรมเนื่องจากไม่มี แพทย์ประจำ 2) ให้งดใช้ห้องผู้ป่วยหนัก ไม่ให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เช่น ช็อก โคม่า หรือบาดเจ็บสาหัส เนื่องจากมีพยาบาลเวรไม่เพียงพอ 3) ปรับปรุงให้มีพยาบาลประจำครบทุกเวรภายใน 3 เดือน และให้มีระบบการเยี่ยมของแพทย์ การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยให้ใกล้ชิดเพียงพอ และจัดเวรพยาบาลให้มีพยาบาลวิชาชีพทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและในให้มีอัตราเหมาะสม

สำหรับเรื่องความเหมาะสมของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในกรณีการรักษายงค์ชัย ได้ให้แพทย์ สภาเป็นผู้พิจารณา โดยจนถึงขณะที่ทำการวิจัยซึ่งเหตุการณ์ได้ผ่านมาประมาณ 2 ปีแล้ว การพิจารณายังไม่ เสร็จสิ้น

3. ฟ้องศาล

หลังจัดการงานศพของสามีแล้ว หนึ่งเดือนต่อมา ภรรยาของยงค์ชัยได้ติดต่อทนายความ ซึ่งพี่ชายช่วย แนะนำให้ทำเรื่องฟ้องโรงพยาบาลที่ก่อเหตุและแพทย์ผู้รักษา โดยเธอได้ให้เหตุผลในการฟ้องร้องครั้งนี้ว่า

“ชนะหรือไม่ชนะไม่รู้ แต่เราจะฟ้อง เขาจะได้รู้ จะได้ลดความขุ่นลงบ้าง ที่ฟ้องเพราะอยากให้เขา มาเสียเวลากับเราบ้าง เหมือนกับที่เราเสียเวลาไปกับเขา”

ในการฟ้องครั้งนี้ ภรรยาของยงค์ชัยเป็นโจทก์ ทั้งในฐานะส่วนตัวและมารดา รวมทั้งผู้แทนโดยชอบ ธรรมบุตรชาย ฟ้องจำเลย 4 คน คือ บริษัทที่เป็นเจ้าของโรงพยาบาลผู้ก่อเหตุ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาล และศัลยแพทย์ที่ทำการผ่าตัด เป็นจำเลยที่ 1-4 ตามลำดับ ในข้อหาละเมิด กล่าว คือ จำเลยที่ 1-3 มิได้จัดการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการแพทย์ที่เหมาะสมแก่สมมุติฐานของโรคได้ ทันท่วงที โดยปล่อยปละละเลยให้จำเลยที่ 4 ทำการผ่าตัดในระยะเวลาที่เนิ่นช้าเกินการณ์ จนไส้ติ่งที่มีอาการ อักเสบอยู่แล้วถึงกับแตกเป็นแผลเน่าเสียอยู่ในร่างกาย ส่วนจำเลยที่ 4 เมื่อทำการผ่าตัดแล้ว ได้ทอดทิ้งผู้ป่วย ไว้ตามยถากรรมโดยไม่ได้เฝ้าติดตามแผลจากการผ่าตัด จนเป็นเหตุให้ติดเชื้อโรคและลุกลามจนเกิดอาการป่วย แทกรกซ้อน เหล่านี้เป็นกระทำโดยประมาทจนผู้ป่วยถึงแก่ความตาย ถือเป็นการปฏิบัติหน้าที่โดยไร้จรรยา แพทย์ คุณธรรม และเมตตาธรรม เป็นการร่วมกันกระทำละเมิดต่อชีวิตด้วยความประมาทเลินเล่ออย่างรุนแรง โจทก์จึงเรียกร้องให้จำเลยทั้ง 4 ร่วมกันรับผิดชอบค่าสินไหม รวมทั้งสิ้น 3,724,886 บาท

เงินจำนวนดังกล่าวคิดเป็น ค่าขาดไร้อุปการะ เดือนละ 30,000 บาทอันเป็นจำนวนเงินขั้นต่ำที่โจทก์ เคยได้รับจากสามีผู้ล่วงลับ คิดติดต่อกัน 10 ปีรวมเป็น 3,600,000 บาท ค่ารักษาพยาบาลที่โจทก์ต้องเสียไป รวม 71,486 บาท และค่าใช้จ่ายในการประกอบพิธีฝังศพตามพิธีกรรมทางศาสนา รวม 53,400 บาท

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

กระบวนการฟ้องร้องต่อศาลแพ่งได้ดำเนินไปเกือบ 2 ปีแล้ว โดยในช่วงเวลาดังกล่าวหมดไปกับการสืบพยานโจทก์

ระบบกฎหมายที่ไม่เป็นธรรมกับผู้ป่วย

พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ปี พ.ศ. 2522 ได้ระบุสิทธิที่สำคัญของผู้บริโภคไว้ 5 ประการสิทธิที่สำคัญและเกี่ยวข้องคือ ผู้บริโภคมีสิทธิที่จะได้รับความปลอดภัยจากการใช้สินค้าหรือบริการ และมีสิทธิที่จะได้รับการพิจารณาและชดเชยความเสียหาย แต่ภาระในการพิสูจน์ความผิด ถือเป็นหน้าที่ของผู้บริโภค ซึ่งในที่นี้คือภรรยาของยงค์ชัยยังต้องต่อสู้ต่อไป ระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมาทำได้เพียงการสืบพยานโจทก์

ภาระในการพิสูจน์ความผิดทำให้การใช้สิทธิของผู้ป่วยถูกจำกัด เนื่องจากกระบวนการในการดำเนินการใช้ทั้งเงินและเวลาที่จะต้องทุ่มเทเพื่อดำเนินการ จึงทำให้มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อเกิดปัญหาไม่สามารถที่จะดำเนินการเพื่อชดเชยความเสียหายให้กับตนเอง เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นตามมา

ความเศร้าโศกจากการพลัดพรากจากสามีผู้เป็นที่รัก และเป็นเสาหลักของครอบครัวก่อนวาระอันควรแม่ได้บรรเทาลงบ้างแล้ว แต่ก็ยังทำให้ภรรยาของยงค์ชัยรู้สึกสะเทือนใจจนต้องร้องไห้เกือบทุกครั้งที่หวนคิดถึงเขา

"ตอนเขาเสีย เราจะรู้สึกได้ว่า เหมือนเราจะอยู่ไม่ได้ คิดอย่างนั้นจริงๆ เป็นช่วงที่เราซอก แต่เราก็ต้องอยู่ เพราะเรามีลูก

"ตอนนี้ก็พอทำใจได้แล้ว แต่ทุกครั้งที่เล่าเรื่องก็จะร้องไห้ ถ้านึกถึงก็จะเป็นแบบนี้ เพื่อนถามยังร้องไห้เลย ความรู้สึกคือเราไม่อยากเล่าแล้ว แต่เราต้องเล่าให้เขาฟัง..."

ทุกวันนี้เธอและบุตรชายคนเดียวย้ายไปอาศัยอยู่กับครอบครัวของน้องชาย และตัดสินใจขายรถแท็กซี่ของสามี หันมาหาเลี้ยงครอบครัวด้วยการลงทุนค้าขายกับเพื่อน

ขณะเดียวกันก็ยังเฝ้ารอคอยผลการตัดสินจากกระบวนการยุติธรรมว่าจะออกมาเป็นเช่นใด

กรณีที่ 10

ชื่อ	มินา
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2540)	20 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	นักศึกษา
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	ผัดตบไส้ติ่ง

ข้อมูลทั่วไป

ณ ปี 2540 "มินา" หญิงสาววัยต้น 20 กำลังร่ำเรียนอยู่ที่คณะนิเทศศาสตร์ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ อยู่ห่างไกลจากครอบครัวหลายร้อยกิโลเมตร

ครอบครัวของมินามีฐานะดีทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในเวลานั้นพ่อของเธอเป็นสมาชิกสภาเทศบาลของเมืองที่อาศัยอยู่ ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในภายหลังก้าวขึ้นสู่ตำแหน่งนายกเทศมนตรี บ้านนี้มีลูกทั้งหมด 5 คน มินาเป็นคนที่สี่ มีพี่สาว 3 คนและน้องชาย 1 คน

ในเดือนพฤษภาคม 2540 ช่วงที่เพิ่งเริ่มต้นปีการศึกษาใหม่ มินามีอาการปวดท้องเป็นประจำ ซึ่งทานยาแก้ปวดแล้วก็ไม่หาย และต่อมาอาการรุนแรงมากขึ้น เพื่อน ๆ ได้ติดต่อปรึกษากับทางครอบครัว แล้วจัดการพาไปโรงพยาบาลเอกชนมีระดับในจังหวัดเชียงใหม่

ผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์พบว่าเธอเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบอย่างรุนแรง ต้องผ่าตัดโดยด่วน ซึ่งเธอปรึกษากับครอบครัวตกลงผ่าตัดกับทางโรงพยาบาลดังกล่าวในช่วงปลายเดือนพฤษภาคมนั่นเอง หลังจากนั้นใช้เวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์ เสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนทั้งสิ้น 35,000 บาท แม้ค่ารักษาพยาบาลจะสูง แต่ก็ไม่ใช่ปัญหาสำหรับผู้ป่วยรายนี้

ครั้นถึงเดือนมิถุนายน มินาก็กลับไปเรียนตามปกติ แต่แล้วเวลาผ่านไปได้เพียงไม่นาน อาการปวดท้องก็เกิดขึ้นอีก เพิ่มเติมด้วยอาการปวดปัสสาวะตลอดเวลา ขณะที่แผลผ่าตัดก็มีอาการบวมแดงและปวดจนต้องรับประทานยาแก้ปวดอย่างต่อเนื่อง ความเจ็บปวดรุนแรงถึงกับทำให้ต้องขาดเรียนในบางครั้ง

ทุกข์จากการรับบริการ

ในเบื้องต้น มินากลับไปที่โรงพยาบาลแห่งเดิม ปรากฏว่าแพทย์เพียงแต่ให้รับประทานยาแก้ปวด ซึ่งเธอก็รับประทานเองอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเปลี่ยนไปตรวจกับโรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งหนึ่ง แพทย์ที่นั่นให้การวินิจฉัยว่า เกิดจากแผลอักเสบและอาหารเป็นพิษ จากนั้นให้รับประทานยาแก้ปวดเช่นเดียวกัน

การไปพบแพทย์ถึง 2 ครั้ง ณ โรงพยาบาลเอกชนถึง 2 แห่ง ไม่เพียงไม่ช่วยให้อาการดีขึ้น ในทางตรงกันข้าม ความเจ็บปวดและอาการผิดปกติทั้งหลายกลับรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งอาการปวดท้องและการปวดแผลผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างหลังนั้นเป็นหนักถึงขั้นทำให้ไม่อาจยืตัวตรง ๆ ได้ ยามเดินต้องงอหลังไว้ตลอดเวลา และไม่ค่อยมีแรง ส่วนลักษณะของแผลยังคงบวมแดงและมีหนอง ขณะที่อาการปวดปัสสาวะนั้นถี่ขึ้นและเมื่อปวดจะไม่สามารถกลั้นไว้ได้เลย ทุก ๆ ระยะเวลา 15 นาที มินาเป็นต้องเข้าห้องน้ำ สภาพร่างกายโดยรวมของเธอผ่ายผอมทรุดโทรมลง จากที่เคยมีน้ำหนัก 48 กิโลกรัม ก็เหลือเพียง 38 กิโลกรัม เท่านั้น

ตลอดเดือนสิงหาคม มีนายพยายามหาทางเยียวยาอาการเจ็บปวดของตนเองในทุกวิถีทาง ทั้งการช่วยเหลือตนเองด้วยการหายารับประทาน การปรึกษาหารือกับผู้คนรอบตัว โดยเฉพาะพี่สาวคนหนึ่งที่เป็นนางพยาบาล ซึ่งพี่สาวมีความสงสัยว่า ผลอาจติดเชื้อ ในเวลาเดียวกันเธอก็พยายามที่จะไปพบแพทย์ด้วย โดยกลับไปยังโรงพยาบาลเอกชนแห่งที่สองอีกครั้ง และไปคลินิก แต่ก็ไม่มีใครให้ทางออกหรือแม้กระทั่งคำตอบได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับเธอ สิ่งเดียวที่พอจะทำให้สภาพการณ์ดีขึ้นบ้างก็คือการรับประทานยาแก้ปวด แต่บางครั้งก็ไม่ได้ผล

เดือนถัดมา ล่วงเข้าเดือนที่ 3 ที่ต้องทนทรมาน มีนายอนกลับไปที่โรงพยาบาลที่ให้การรักษาสัปดาห์อีกครั้ง คราวนี้คำวินิจฉัยคือแผลอักเสบ แพทย์ได้กรีดเอาหนองออก ทำความสะอาดแผล ให้ยาแก้อักเสบ แต่ปรากฏว่าอาการของเธอยังคงเป็นไปในทิศทางเดิม นั่นคือทรมานหนักและรุนแรงขึ้น

มาถึงตอนนี้อาการปวดท้องและปวดแผลมีแต่เลวร้ายลง ผลที่ได้รับการกรีดหนองออกแล้วนั้นกลายเป็นบริเวณที่ไม่อาจแตะต้องหรือสัมผัสได้ เพราะว่าจะเจ็บเกินทน ส่วนอาการปวดปัสสาวะถี่ ๆ ยังคงดำรงอยู่เช่นกัน ซึ่งเจ้าตัวบรรยายว่า “เหมือนถูกบังคับให้ฉี่ ถ้าไม่ฉี่ก็จะไม่สามารถทนได้ และจะปวดท้อง” อีกทั้งในขณะที่ปัสสาวะก็จะปวดบาดแผลเพิ่มขึ้นอีกด้วย

ในช่วงเวลานั้น มีนาต้องเดินหลังค่อมตลอด ไม่อาจยืนตัวตรงได้อีกแล้ว นอกจากนี้ยังไม่สามารถรับประทานอาหารตามปกติได้ เพราะมีอาการปวดท้องและอาหารไม่ย่อย แต่ท่ามกลางความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานเหล่านี้ยังมีสิ่งที่ชวนตระหนกยิ่งกว่า นั่นก็คือลมหายใจของเธอเริ่มมีกลิ่นเหม็นรุนแรง “เหมือนว่าร่างกายภายในเน่าหมดแล้ว” เธอบอก

การขาดเรียนและตามบทเรียนไม่ทันถือเป็นเรื่องปกติไปแล้วสำหรับมีนา เธอถึงกับต้องหยุดพักบางวิชาไปเลยด้วยซ้ำ ซึ่งเพื่อน ๆ ต่างไม่เข้าใจว่าเหตุใดเพียงแต่แผลผ่าตัดใส่ดิ่งจึงทำให้เธอเจ็บปวดนานเช่นนี้ และบางคนก็มองว่าเป็นเพราะตัวเธอเองไม่เข้มแข็ง

มีนาตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ผ่าตัดให้เธออีกครั้งหนึ่งตอนต้นเดือนตุลาคม คราวนี้แพทย์ตรวจพบก้อนแข็ง ๆ ภายในร่างกาย ด้วยผลการตรวจอัลตราซาวนด์ในเวลาต่อมา แพทย์ลงความเห็นว่า พบเนื้องอกที่ปีกมดลูก ต้องตัดปีกมดลูกทิ้ง

เมื่อทราบผลการวินิจฉัยเช่นนี้ ทางครอบครัวได้ปรึกษากันและตัดสินใจให้มีนากลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่บ้านเกิด ทั้งนี้เนื่องจากทางบ้านโดยเฉพาะพี่สาวที่เป็นนางพยาบาลเกิดความสงสัยและไม่ไว้วางใจต่อโรงพยาบาลที่ผ่าตัดใส่ดิ่งให้น้องสาว เพราะเห็นว่าได้ก่อผลร้ายทางร่างกายตามมามาก อีกประการหนึ่งการรักษาตัวที่บ้านก็จะสะดวกต่อการดูแลมากกว่าด้วย ซึ่งทางคุณพ่อของเธอได้ขอคำปรึกษาจากแพทย์ล่วงหน้าไว้แล้ว และได้รับคำรับรองว่าลูกสาวจะได้รับการดูแลอย่างดี

ดังนั้นในวันที่ 13 ตุลาคม มีนาก็เข้ารับการตรวจซ้ำอีกครั้งในโรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์ทำการเอกซเรย์แบบอัดแป้งแล้วลงความเห็นว่าพบก้อนเนื้อแข็ง แต่อาจไม่ใช่เนื้อร้าย ต้องทำการผ่าตัด เมื่อทางครอบครัวตกลงอนุญาต วันรุ่งขึ้นจึงมีการผ่าตัดทันที แล้วทุกคนก็ได้กระจำเจถึงสาเหตุความทุกข์ทรมานของหญิงสาวตลอดเวลากว่า 4 เดือนที่ผ่านมาด้วยความตระหนกและประหลาดใจ ก่อนจะมีอีกหลาย ๆ ความรู้สึกตามมา

ในร่างกายของมีนามิได้มีเนื้อร้าย หรือแม้แต่เนื้องอก หากแต่ว่ามีฝักอกซีสต์เลือด 1 ม้วนอยู่ในผนังช่องท้อง ฝักอกซีสต์อยู่กับร่างกายมานานจนเริ่มกลมกลืนกับอวัยวะอื่น มีพังผืดยึดติดกับลำไส้ใหญ่และเส้นกระดูกสันหลังแล้ว ครั้นเมื่อผ่าตัดนำออกมาก็พบว่า ก้อนฝักซีสต์นั้นมีเนื้อหุ้มอยู่ด้วยและส่งกลิ่นเน่าเหม็นรุนแรง

“เมื่อรับรู้ว่าเป็นเนื้องอกคือผ้ากอซ รู้สึกไม่ไหวมาก ร้องไห้ เพราะสิ่งที่เจ็บปวดไม่ใช่โรคร้าย แต่เป็นความบกพร่องของการรักษาจากหมอและโรงพยาบาล” นั่นคือความรู้สึกของมีนา

แพทย์ผู้ทำการรักษาระบุว่า หากมีการผ่าตัดซ้ำกว่านี้คนไข้มีโอกาสเสียชีวิตได้ พร้อมกับแสดงความเห็นว่า เหตุการณ์เช่นนี้ไม่น่าจะเกิดขึ้น แพทย์ผู้นี้เองได้รายงานปัญหาไปยังโรงพยาบาลที่เชียงใหม่ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดไส้ติ่งให้ทราบด้วย

การบริการขาดการตรวจสอบและความคุ้มครองคุณภาพ

โดยปกติวิธีการที่สำคัญสำหรับการผ่าตัดทุกประเภทของแต่ละโรงพยาบาลจะต้องมีระบบการนับจำนวนชิ้น ซึ่งบางแห่งอาจจะกำหนดให้มีการนับชิ้นสองหรือสามครั้ง กับวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีการใช้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะการผ่าตัดทางช่องท้อง เพราะหากไม่นับให้รอบคอบอาจจะเป็นสาเหตุสำคัญของการลืมอุปกรณ์หรือวัสดุต่าง ๆ ในช่องท้องได้

ดังกรณีของมีนา จะเห็นได้ว่า ขาดกระบวนการตรวจสอบภายหลังการผ่าตัดหรือกระบวนการนับชิ้นผิดพลาด ซึ่งถือเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาล

โรงพยาบาลควรมีระบบที่กลุ่มผู้ให้บริการได้มาทบทวนตรวจสอบการให้บริการที่ได้กระทำไป ดังข้อเสนอของ นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล เบื้องต้นที่แต่ละโรงพยาบาลน่าจะมีกลุ่มที่เรียกว่า peer review ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินงานในระดับแผนกหรือระดับโรงพยาบาล เพื่อสร้างระบบที่ดีกว่า และนำมาซึ่งการพัฒนาวิธีการให้บริการที่ดีกว่า¹

ในส่วนของการคนไข้ ปรากฏว่าหลังการผ่าตัดแล้วก็ไม่มีอาการปวดท้องอีก แต่บาดแผลจากการผ่าตัดซ้ำ รวมทั้งกระบวนการรักษาที่เกิดขึ้นนั้นสร้างความเจ็บปวดทรมานมาก

มีนาบรรยายสภาพของตัวเองว่า “ลักษณะของแผลที่ผ่านผ้ากอซออก คือแผลข้างในนั้นต้องระบายของเสีย ต้องมีการเจาะและใส่กระเป๋าทิ้งไว้ด้านนอกให้ของเสียที่มีกลิ่นเหม็นเน่ามากออกมา เพื่อนไม่กล้าเข้าใกล้เลย...เวลาล้างแผลก็เจ็บและทรมาน เพราะต้องฉีดยาเข้าไปในปากแผล ต้องเย็บปากแผลให้เล็กลง ต้องฉีดยารักษาวันละไม่ต่ำกว่า 6 เข็ม”

มีนาใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลประจำจังหวัดจนถึงวันที่ 17 ตุลาคม จากนั้นทางโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่าตัดไส้ติ่งมารับตัวไปรักษาต่อที่จังหวัดเชียงใหม่อีกประมาณ 1 เดือน ระหว่างนั้นทางบ้านต้องเดือดร้อนกับการเดินทางและการเฝ้าไข้ สูญเสียทั้งเวลา การงาน และเงินทอง นอกจากนี้เธอยังต้องนอนพักฟื้นที่บ้านอีกระยะหนึ่ง

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

ในวันที่ได้รับทราบความจริงนั่นเอง พ่อของมีนาได้นำเรื่องแจ้งต่อสื่อมวลชน ซึ่งมีหนังสือพิมพ์รายวันหัวสีถึงสองฉบับลงข่าวเผยแพร่เรื่องที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลที่เป็นต้นเหตุ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ติดต่อเจรจาและรับตัวคนไข้เข้ารักษาต่อจนหายดี โดยไม่มีการคิดค่าใช้จ่าย

¹ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, โรงพยาบาลที่ (ไม่) นำใจไว้วางใจ หนังสือชุด พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เล่ม 1 สิงหาคม 2541, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, หน้า 14.

ภายหลังกระบวนการรักษาลิ้นสุด ทางครอบครัวพยายามเจรจากับผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อให้รับผิดชอบไปถึงขั้นของการชดเชยความเสียหายและความทุกข์ทรมานนานแรมเดือนด้วย แต่ทางโรงพยาบาลปฏิเสธเพราะถือว่าการรับผิดชอบต่อรักษายาบาลครั้งหลังเป็นการเพียงพอแล้ว คุณพ่อของมีนาจึงจ้างทนายความเพื่อดำเนินการฟ้องร้อง แต่ทนายความแนะนำให้เจรจากับทางโรงพยาบาล ซึ่งปรากฏว่าผลยังคงเป็นเช่นเดิม โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้สื่อสารทางจดหมาย ขอให้ยกโทษและถือเสียว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม

ทางโรงพยาบาลระบุค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้รายนี้ในรอบหลังว่าใช้ไปประมาณ 200,000 บาท (สองแสนบาท) และชี้ว่าทางแพทยสภาได้มาสอบสวนและตรวจสอบระบบการผ่าตัดแล้ว ซึ่งจากการชี้แจงระบบควบคุมคุณภาพการผ่าตัดทุกอย่างอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้นแพทยสภาจึงสรุปว่าทางโรงพยาบาลไม่มีความผิดชัดเจน

ส่วนการตรวจสอบภายในโรงพยาบาล มีการประชุมฝ่ายการแพทย์เพื่อตรวจสอบหาระบบส่วนที่ผิดพลาด มีการตรวจสอบเรื่องการนับอุปกรณ์การผ่าตัด พบว่าในการผ่าตัดใส่ติ่งรายนี้ แพทย์ได้ขานนับอุปกรณ์ครบทุกชนิดแล้ว พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างก็นับอุปกรณ์ทุกชนิดครบเช่นเดียวกัน ดังนั้นสิ่งที่เป็นไปได้ประการแรกคือ ผ้าก๊อชที่ใช้ อาจมี 2 ชั้นหรือ 2 ชั้นซ้อนกัน แม้นับจำนวนครบ แต่ชั้นที่ซ้อนนั้นไม่อยู่ หรือมีเช่นนั้นก็เป็นไปได้ว่า คนไข้อาจได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลอื่นมา และผ้าก๊อชนั้นเป็นของโรงพยาบาลดังกล่าว

แพทย์ผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลแห่งนี้ยังกล่าวด้วยว่า ระบบการผ่าตัดของโรงพยาบาลถือเป็นระบบที่มีคุณภาพ-มาตรฐานมากที่สุด และได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับการลืมหักผ้าก๊อชว่า “การลืมหักอุปกรณ์ในการผ่าตัดไม่ใช่ของใหม่ มีการลืมหักกันมานานแล้ว โดยเฉพาะในอดีตมีความรุนแรงมากกว่านี้ ไม่ใช่เรื่องแปลก ในอดีตการลืมหักไม่มีปัญหาอะไร แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มในการป้องกันมากขึ้น พัฒนามาจากบทเรียนที่เกิดขึ้น

“กรณีนางสาวมีนาเป็นกรณีที่เกิดขึ้นเพียงส่วนเปอร์เซ็นต์ที่น้อยมากที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบัน ถือว่าเป็นความโชคไม่ดี และในด้านความรับผิดชอบต่อ ทางโรงพยาบาล... (ชื่อโรงพยาบาล) ได้รับผิดชอบแล้ว คือเสียค่าใช้จ่ายการผ่าตัดครั้งที่สอง ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และดูแลรักษาในระยะเวลา 1 เดือน”

ระบบการชดเชยความเสียหายจากความผิดพลาด

การลืมหักผ้าก๊อชในช่องท้อง เป็นความผิดที่ตรงไปตรงมา ตรวจสอบได้ ซึ่งแตกต่างจากความผิดพลาดจากการรักษาทางการแพทย์และพยาบาลในด้านอื่น ๆ ที่อาจจะต้องพิสูจน์ เช่น การวินิจฉัยที่ผิดพลาด การปฏิเสธผู้ป่วย ความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล การละเมิดสิทธิผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลแพง เป็นต้น

ในกรณีความผิดที่ตรงไปตรงมาเช่นนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นองค์กรวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์ ตลอดจนกลุ่มผู้ป่วย น่าจะร่วมกันหามาตรการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดที่พิสูจน์ได้ชัดเจนเช่นกรณีมีนา ว่าน่าจะมีมาตรฐานในการชดเชยความเสียหายอย่างไร เช่น การต้องรับผิดชอบต่อรักษายาบาลและค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมถึงชดเชยความเสียหายในด้านอื่น ๆ ที่ยอมรับกันได้ทั้งสองฝ่าย เช่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเรียนจำนวนหนึ่งปีที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษาพยาบาล เป็นต้น

ทั้งนี้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยมาตรการทางศาล หรือการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายตามกฎหมาย หรือหากไม่สามารถสร้างมาตรการข้างต้นได้ จะทำอย่างไรให้มาตรการทางศาลรวดเร็ว

และเป็นภาระกับผู้ป่วยน้อยที่สุด

กรณีนี้เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจถึงปัญหาประสิทธิภาพจากกลไกในการให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยประสบจากการใช้บริการด้านสุขภาพ หากพิจารณาจากศักยภาพของบุคลากรที่นับได้ว่าเป็นผู้มีอิทธิพลในระดับจังหวัดและสามารถเข้าถึงกลไกต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นสื่อ นักการเมือง แต่ยังไม่สามารถผลักดันให้กลไกที่มีอยู่ในปัจจุบันเยียวยาหรือชดเชยปัญหาที่เกิดขึ้นกับครอบครัวตนเองได้

มีนาอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองว่าเป็นเรื่องของเวรกรรมเช่นเดียวกัน และไม่ยากจิตใจเอาเรื่องต่อ แต่เธอก็รู้สึกเสียใจกับการกระทำของแพทย์ ทั้งในส่วนของความผิดพลาดที่ทำให้เธอต้องทนทรมาน ตลอดจนการไม่รับผิดชอบอย่างดีพอ นอกจากนี้ยังตั้งคำถามว่าหากเรื่องเช่นนี้เกิดขึ้นกับคนที่ไม่มีอำนาจต่อรองเลยจะเป็นอย่างไร และทางเลือกของประชาชนอยู่ที่ไหน ในเมื่อการให้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนที่มีราคาแพงก็ประสบปัญหา และมีแนวโน้มจะถูกเอาเปรียบ ในขณะที่โรงพยาบาลรัฐยังคงมีคุณภาพการบริการที่ไม่ดี

ความทุกข์และภาระต่อเนื่อง

จากการที่ร่างกายของมีนาเกิดการเจ็บปวดผิดปกติ โดยไม่ทราบสาเหตุและไม่อาจเยียวยาเป็นเวลานานถึง 4 เดือนครึ่ง ส่งผลให้การเรียนของเธอเป็นไปอย่างกระต่อนกระแท่น เมื่อผนวกด้วยการต้องหยุดพักการเรียนโดยสิ้นเชิงอีกนานกว่า 2 เดือนในช่วงเวลาของการรักษาพยาบาลและพักฟื้น ดังนั้นแทนที่ปี 2540 จะเป็นปีการศึกษาสุดท้าย จึงกลับกลายเป็นว่าเธอต้องใช้เวลาในมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้นอีก 1 ปี

ส่วนผลทางกายที่ผ่อกอชชิ้นนั้นทิ้งไว้ให้ก็คือ รอยแผลเป็นบริเวณหน้าท้อง ทั้งที่เกิดจากการผ่าตัดสองครั้งและจากการเจาะท้องเพื่อระบายของเสียออกจากร่างกาย โดยในยามที่มีนาอ้วนขึ้น รอยแผลนี้ก็จะต้องขึ้นมา และในปัจจุบันร่างกายของมีนาไม่อาจทำงานหนักได้เลย มิเช่นนั้นจะเกิดการเจ็บท้อง นอกจากนั้นการสอดน้ำเกลือเข้าที่แขนก็ส่งผลให้แขนสองข้างของเธอมีขนาดไม่เท่ากันด้วย

ความวิตกกังวลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นผลทางจิตใจที่เกิดขึ้นทั้งกับมีนาและครอบครัว โดยมีนาที่มีความเครียดต่อผลข้างเคียงว่าจะเกิดขึ้นอีกหรือไม่ ขณะที่ทางบ้านมีความเป็นห่วงกังวลเป็นพิเศษต่อสุขภาพของลูกสาวคนเล็กคนนี้ ซึ่งในบางครั้งบางคราวก็ยังมีอาการเจ็บท้องเกิดขึ้น

และจากประสบการณ์ที่ต้องเจ็บปวดและทนทุกข์ยาวนานถึงครึ่งปี อันเป็นผลเนื่องมาจากความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล ยังส่งผลให้มีนามีความรู้สึกล้มการให้บริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลัวการผ่าตัด เช่นเดียวกับทางครอบครัวที่มีความเข็ดขยาด เสียความรู้สึก และเกิดความไม่มั่นใจต่อแพทย์และสถานพยาบาล โดยเฉพาะในด้านความรับผิดชอบและการตรวจสอบการทำงานของแวดวงวิชาชีพนี้ในภาพรวม

กรณีที่ 11

ชื่อ	อรสา
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2537)	32 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	ค้าขาย
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	คลอดบุตร

ข้อมูลทั่วไป

เมื่อปี พ.ศ.2537 "อรสา" วัย 32 ปีพบว่าตนเองตั้งครรภ์ลูกคนที่ 4 การเตรียมการเพื่อต้อนรับให้สมาชิกใหม่คนนี้ลืมหืมตาโล่งอย่างปลอดภัย ครอบครัวของเธอเลือกใช้วิธีการ "ฝากครรภ์พิเศษ" กับสูติแพทย์ชื่อกระฉ่อนของจังหวัด ซึ่งประจำอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐในอำเภอใหญ่ใกล้เคียง

อรสาเป็นคนสวยและมีบุคลิกภาพนุ่มนวล เธอมีพื้นเพเป็นทายาทเจ้าของกิจการร้านอาหารในจังหวัดสุพรรณบุรี กระทั่งในปี 2530 จึงตัดสินใจใช้ชีวิตครอบครัวกับเจ้าของร้านอาหารใหญ่แห่งหนึ่งทางภาคตะวันออกและร่วมกันดำเนินกิจการของครอบครัวจนเป็นปึกแผ่นเรื่อยมา โดยสามีรับผิดชอบคุณภาพงานในครัวเป็นหลัก ขณะที่อรสาคอยดูแลหน้าร้าน คอยดูแลพนักงานต้อนรับลูกค้า และจัดรายการอาหารตามลูกค้าสั่ง

อรสาและสามีวาดหวังที่จะมีครอบครัวอบอุ่น ในปี 2537 ทั้งคู่มีทายาทแล้ว 3 คนเป็นหญิง 2 ชาย 1 เมื่อทราบว่าจะตั้งครรภ์ลูกคนที่ 4 สามีของอรสาดัดใจทำหมัน เพราะเห็นว่ากำลังจะมีลูกครบ 4 คนสมกับที่วาดหวัง และตั้งใจว่าจะเลี้ยงดูเลี้ยงดูเนื้อเชื้อไขทั้ง 4 ให้ดีที่สุด

สามีของอรสาได้ยื่นข้อเสนอเสียงของนายแพทย์ใหญ่ผู้หนึ่ง ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการของโรงพยาบาลในอำเภอใกล้เคียงว่าเป็นสูติแพทย์ที่มีฝีมือที่สุดของจังหวัด โดยแพทย์ผู้นี้มีคลินิกที่เปิดรับฝากครรภ์พิเศษอยู่ใกล้กับโรงพยาบาลจึงเห็นว่าจะให้ภรรยาฝากครรภ์ด้วย เพราะเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ ขณะเดียวกันก็จะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่าการไปฝากครรภ์ และคลอดในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีค่าใช้จ่ายประมาณ 3-4 หมื่นบาทต่อครั้งดังที่ได้ทำมาตลอด เมื่อได้หารือกันแล้วอรสาเห็นพ้องกับสามีเพราะเธอก็เชื่อว่าตนเองเป็นคนคลอดง่าย ไม่เคยมีปัญหา อีกทั้งมีความเชื่อถือนในชื่อเสียงของโรงพยาบาลรัฐบาลดังกล่าว ซึ่งอยู่ในสังกัดขององค์กรสาธารณสุขใหญ่แห่งหนึ่ง

เมื่ออายุครรภ์เข้าสู่เดือนที่ 3 อรสาจึงเข้ารับการฝากครรภ์กับสูติแพทย์คนดังกล่าวที่โพลีคลินิก ซึ่งแพทย์ผู้นั้นประจำอยู่ในลักษณะของการ "ฝากครรภ์พิเศษ" กล่าวคือเป็นการฝากครรภ์ที่คลินิกของแพทย์ที่ทำงานประจำอยู่โรงพยาบาลของรัฐ โดยต้องไปรับการตรวจพัฒนาการของครรภ์ตามกำหนดทุกเดือนที่คลินิก แต่เมื่อถึงกำหนดคลอด คนไข้จะเดินทางไปยังโรงพยาบาลที่แพทย์ผู้นั้นประจำอยู่ และยื่นใบนัดที่แพทย์มอบไว้ให้ก่อนแล้วแก่ทางโรงพยาบาล จากนั้นทางโรงพยาบาลจะติดตามแพทย์ผู้นั้นมาเป็นผู้ทำคลอดแก่คนไข้ ด้วยวิธีการเช่นนี้คนไข้สามารถเจาะจงเลือกให้แพทย์ที่ตนเชื่อถือเป็นผู้ทำคลอด ขณะเดียวกันสูติแพทย์ที่รับฝากครรภ์ก็จะมีรายได้พิเศษจากเงินที่คนไข้จะนำใส่ซองไปมอบให้ต่างหากที่คลินิกในภายหลัง

อรสาไปพบแพทย์ที่คลินิกเพื่อตรวจครรภ์ตามกำหนดอย่างเคร่งครัดทุกเดือน ในช่วงเวลานั้นสามีขอให้เธอวางมือจากงานหน้าร้านทั้งหมดเพื่อจะได้มีโอกาสพักผ่อนร่างกายเต็มที่ และลดโอกาสเสี่ยงในการสูญเสียบุตร เมื่อครรภ์มีอายุพอที่จะทราบเพศบุตรได้ สูติแพทย์แจ้งว่าเธอกำลังจะได้ลูกสาวคนที่ 3 ซึ่งมีสุขภาพแข็งแรง

แรงดี และเมื่อท้องแก่เต็มทีแพทย์ก็ได้มอบใบนัดให้ เพื่อที่ว่าเมื่อถึงเวลาที่รู้สึกเจ็บท้องใกล้คลอดให้เดินทางไปยังโรงพยาบาลที่เขาประจำอยู่ที่ และยื่นใบนัดดังกล่าวเพื่อให้พยาบาลจัดเตรียมท่าคลอดให้ ซึ่งเธอก็ได้เก็บรักษามันไว้เป็นอย่างดี

ระบบเปิดโอกาสให้แสงหาผลประโยชน์

การฝากครรภ์พิเศษ เป็นการฝากครรภ์กับแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลรัฐ แต่ขณะเดียวแพทย์คนเดียวกันนี้อาจจะมีคลินิกเปิดให้บริการกับผู้ป่วย หรืออาจจะปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในโรงพยาบาลเอกชน โดยในการตรวจท้องตามนัด แม้ที่ตั้งครรภ์สามารถไปใช้บริการกับแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการใช้บริการ และไม่ต้องใช้บริการในเวลาราชการกับโรงพยาบาลของรัฐ เมื่อครรภ์ครบกำหนดหรือเจ็บท้องคลอดจึงจะไปโรงพยาบาลที่แพทย์นั้นทำงานอยู่ และจะมีการตามแพทย์ผู้นั้นมาทำคลอดให้เป็นพิเศษ

ค่าใช้จ่ายสำหรับแพทย์ในการฝากครรภ์พิเศษจะสนนราคาตั้งแต่ 3,000 – 10,000 บาท ขึ้นกับความเชี่ยวชาญของแพทย์ ความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย และกระบวนการท่าคลอดว่า ยากง่ายเพียงใด เป็นการคลอดแบบปกติ ใช้คีมดึงคลอด หรือผ่าท้องคลอด หรืออาจจะขึ้นกับการตกลงไว้ก่อนการคลอดว่าจะต้องจ่ายเท่าใด โดยผู้รับบริการจะนำเงินไปจ่ายแก่แพทย์เป็นส่วนตัวหลังคลอด ทั้งนี้ทรัพยากรที่ใช้ในการทำคลอดทั้งหมดเป็นของทางโรงพยาบาลรัฐแห่งนั้น โดยแพทย์ไม่ได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากการคลอดที่เกิดขึ้นแต่ประการใด¹

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พอมีฐานะจ่ายได้มักจะเลือกคลอดโดยวิธีการฝากครรภ์พิเศษนี้ เพื่อสร้างหลักประกันด้านความปลอดภัยในการคลอดบุตรและการทำคลอดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ แทนแพทย์จบใหม่หรือพยาบาลและการดูแลหลังคลอดจากแพทย์โดยตรงขณะที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งหากพิจารณาเรื่องนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นการเอารัดเอาเปรียบเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์อื่น ๆ ที่ไม่สามารถใช้ทรัพยากรของรัฐในการเพิ่มรายจ่ายให้กับตนเองได้เช่นวิชาชีพแพทย์ หรือแม้แต่เสี่ยงสะท้อนของเจ้าหน้าที่ด้านพยาบาลที่เห็นว่า “พยาบาลต้องทำงานหนักและต้องใช้เวลาว่างที่มีของตนเองในการหาเงินเพิ่มเติม แต่ขณะที่แพทย์ใช้เวลาทำงานปกติแต่อาศัยช่องว่างที่แพทย์ไม่ต้องรับผิดชอบอยู่กับคนไข้ตลอด 24 ชั่วโมงเพียงแต่ใช้ระบบการตาม (on call) ก็สามารถหารายได้เพิ่มเติมในเวลาทำงาน ซึ่งไม่เป็นธรรมกับวิชาชีพอื่น ๆ”²

ทุกข์จากการรับบริการ

วันที่ออสาปวดท้องคลอดเป็นเย็นวันหนึ่งในช่วงหยุดต่อเนื่องในเทศกาลเข้าพรรษา และตรงกับวันเกิดครบรอบ 7 ปีของลูกสาวคนโต ขณะที่สมาชิกในครอบครัวกำลังสาละวนกับการเตรียมงานฉลองวันเกิด ออสาเริ่มมีอาการเจ็บท้อง เลือดไหลออกทางช่องคลอด ประสบการณ์จาก 3 ท้องแรกที่ผ่านมามากให้รู้ว่าใกล้จะคลอดแล้ว

¹ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ห้องคลอดโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ค่าใช้จ่ายในการให้แพทย์ต่อการฝากครรภ์พิเศษ เดือนกุมภาพันธ์ 2542.

² ความคิดเห็นของพยาบาล ต่อทัศนคติของการฝากครรภ์พิเศษ จากการสัมภาษณ์พยาบาลโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ เดือนกุมภาพันธ์ 2542.

สามีของอรสารีบขับรถพาภรรยาไปโรงพยาบาล เมื่อส่งภรรยาแล้วก็กลับมารอฟังข่าวที่บ้านตามคำขอร้องของภรรยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ร้าน เพราะช่วงวันหยุดต่อเนื่องเช่นนี้มักมีคนมาอุดหนุนที่ร้าน นอกจากนี้เธอยังเชื่อว่าการคลอดคงผ่านไปได้อย่างง่ายดายเหมือนเช่นทุกครั้ง

ภายในห้องคลอดมีผู้ที่นอนรอคลอดเพียงอรสาผู้เดียวเท่านั้น หลังจากที่จัดให้เธอเปลี่ยนเสื้อผ้าและทำความสะอาด นางพยาบาลก็ได้ให้น้ำเกลือเพื่อเร่งคลอด อรสาถูกรุมเร้าด้วยความเจ็บปวดที่ทวีขึ้นเรื่อย ๆ จนต้องส่งเสียงร้องขอความช่วยเหลือ ทว่าภาพที่เธอมองเห็นจากเตียงก็คือ พยาบาลทั้ง 3 คนที่อยู่หน้าห้องไม่ได้ใส่ใจกับเสียงร้องด้วยความทรมาณของเธอ แม้ว่าบางครั้งได้เข้ามาดูอาการบ้าง แต่ก็ไม่ได้ทำอะไรมากไปกว่ากล่าวสั้น ๆ ว่าตามแพทย์แล้ว ให้อร แล้วก็นอนหลับไปทีละคน

นานประมาณ 2 ชั่วโมงที่อรสารู้สึกว่าถูกทิ้งอย่างเดียวดายให้เผชิญกับความเจ็บท้องที่เริ่มถี่มากขึ้นเรื่อย ๆ จนแทบจะทนไม่ได้ สูดแพทย์ที่เฝ้ารอจึงปรากฏตัวเมื่อพลบค่ำ อรสารีบเล่าอาการ ซึ่งเธอสำนึกนึกได้จากประสบการณ์ว่าลูกของเธอกำลังจะคลอดให้แพทย์รับทราบและขอให้เขาอยู่ดูแลใกล้ ๆ แพทย์มีปฏิกิริยาพยักหน้ารับทราบ แล้วเดินออกจากห้องไป

เด็กในท้องเริ่มดิ้นรุนแรงมากขึ้นทุกที อรสาตะเมิงเสียงร้องและเรียกพยาบาลให้ทราบว่าจะคลอดแล้ว แต่ไม่มีพยาบาลคนใดเข้ามาช่วยเหลือเธอเลย มีเพียงคนเดียวที่เดินเข้ามาเอ็ดว่ารู้ได้อย่างไรว่าเด็กจะคลอด

ประมาณ 21.00 น. หรือ 2 ชั่วโมงหลังจากการเข้ามาดูอาการครั้งแรกสูติแพทย์จึงกลับเข้ามาในห้องคลอดอีกครั้ง หลังจากที่อรสารู้สึกว่าเด็กในท้องหยุดดิ้นไปแล้วเกือบ 1 ชั่วโมง ตอนนั้นเองที่พยาบาลได้เข้ามาช่วยทำคลอดแก่เธอ อรสารู้สึกได้ว่าการทำคลอดลูกในครรภ์นี้แตกต่างไปจากครรภ์ก่อน ๆ เพราะเมื่อแพทย์กดท้องเด็กก็ออกมาเลยโดยไม่ต้องเบ่ง และร่ายยังพุ่งออกมาด้วยเป็นก้อน ๆ โดยไม่มีเสียงร้องใด ๆ อรสาเริ่มสังหรณ์ใจแต่เธอก็อ่อนเพลียเกินกว่าที่จะถามไถ่เรื่องราวใด ๆ และหมดสติไปในที่สุด

22.00 น. ครอบครัวของอรสาซึ่งกำลังรอดูตักเกิดวันเกิดลูกสาวคนโตก็ได้รับแจ้งข่าวจากทางโรงพยาบาลว่าลูกสาวคนสุดท้ายในครรภ์เสียชีวิตแล้วการที่รกลอกก่อนกำหนด สามีของอรสารีบเดินทางไปยังโรงพยาบาล ที่หน้าห้องคลอดสูติแพทย์ได้กล่าวแสดงความเสียใจ และกล่าวว่าเคราะห์ยังดีที่รสาที่รอดชีวิต เนื่องจากโอกาสที่แม่จะเสียชีวิตมีสูงมาก

สามีของอรสาขออนุญาตเข้าไปพบหน้าลูก ในห้องคลอดเขาพบลูกสาวของเขานอนอยู่ในถาด เนื้อตัวล่อนจ้อน มีคราบเลือดแห้งติดตามตัว แสดงให้เห็นว่าไม่ได้รับการจัดการใด ๆ ในช่วงเกือบหนึ่งชั่วโมงนับแต่คลอดออกมา ที่สำคัญเด็กยังหายใจแผ่ว ๆ เขารีบร้องเรียกแพทย์ บอกว่าเด็กยังไม่ตาย หลังจากนั้นจึงได้มีการนำออกซิเจนมาครอบและปั๊มหัวใจ เขาร้องให้และโกรธเคืองต่อสิ่งที่รับรู้ตรงหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแพทย์หันมากล่าวติดตลกด้วยถ้อยคำที่เขาจำขึ้นใจว่า “ดูซิ พ่อพ่อมาทำท่าจะฟื้น” แล้วหัวเราะ

หลังขั้นตอนการช่วยชีวิตเด็กได้ถูกส่งตัวไปเข้าตู้อบและอยู่ในความดูแลของกุมารแพทย์ ในขณะนั้นอรสายังคงไม่ได้สติ

เช้าวันรุ่งขึ้นสูติแพทย์เข้ามากล่าวขอโทษ อรสาตอบว่าทำไมจึงได้ทอดทิ้งเธอในยามที่เธอต้องการความช่วยเหลืออย่างที่สุด เธอถามว่า “หมอไปไหนมา เมื่อคืนหมอทิ้งฉัน หมอทำอย่างนั้นได้อย่างไร” คำตอบก็คือเขารู้สึกหิวจึงปลุกตัวไปรับประทานอาหารเย็น อรสาเต็มไปด้วยความคับแค้นใจ เธอเชื่อว่าหากแพทย์ไม่ละทิ้งเธอไปตั้งแต่หัวค่ำ และพยาบาลใส่ใจกับเสียงร้องขอความช่วยเหลือของเธอ ลูกของเธออาจไม่ตาย

เมื่อมีโอกาสได้พบผู้บริหารโรงพยาบาล อรสาถามเขาว่าเหตุใดพยาบาลซึ่งมีพื้นฐานความรู้และความสามารถที่จะทำคลอดได้จึงไม่ให้ความช่วยเหลือแก่เธอมากกว่าที่ได้แสดงออก คำตอบที่ได้รับมีเพียงสั้น ๆ ว่า "เรามีหน้าที่แค่นั้น"

ในช่วง 2 วันหลังคลอด อรสาหันไปเยี่ยมลูกสาว เธอเอามือสอดเข้าไปในช่องของดู้บ

"...สิ่งที่สัมผัสได้ก็คือ ลูกมีปฏิกิริยาตอบกลับ คือเขาจับมือฉัน ฉันถึงกับร้องไห้ เหมือนลูกกำลังสื่อว่า เขากำลังมีทุกข์ขอยกให้แม่ช่วย แต่ฉันก็ทำอะไรไม่ได้"

ระบบผลประโยชน์ทำให้ขาดการช่วยเหลือ

ปัญหาสำคัญที่อาจเกิดขึ้นจากการฝากครรภ์พิเศษคือ แพทย์หรือพยาบาลประจำห้องคลอดจะไม่ดำเนินการใด ๆ กับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยของอาจารย์หรือมีการฝากพิเศษ โดยส่วนใหญ่เมื่อแรกได้รับผู้ป่วยจะมีเพียงการตรวจปากมดลูกว่าเปิดมากน้อยเท่าใด และตามแพทย์เจ้าของไข้ ซึ่งจะเป็นผู้ดำเนินการสั่งให้น้ำเกลือและยาเร่งคลอด ตลอดจนประเมินว่าผู้ป่วยจะคลอดหลังจากนั้นอีกนานเท่าใด แต่เป็นที่รับรู้กันโดยทั่วไปว่าเจ้าหน้าที่อื่นจะหลีกเลี่ยงการทำคลอดหรือการดูแลทั่วไป เพราะถือว่าเป็นหน้าที่ของแพทย์เจ้าของไข้ ไม่อย่างนั้นแพทย์เจ้าของไข้จะไม่ได้เงินและจะต่อว่าได้

สภาพดังกล่าวสอดคล้องกับกรณีที่เกิดขึ้นกับอรสา ถึงแม้อรสาจะตะเบ็งเสียงร้องเพื่อขอความช่วยเหลือว่าใกล้คลอดแล้ว แต่ไม่ได้รับความสนใจมากนักจากเจ้าหน้าที่ที่เพียงแต่ให้คำตอบว่า ตามแพทย์ให้แล้ว ให้อร ความเคยชินที่บุคลากรของโรงพยาบาลมีต่ออาการเจ็บปวดของผู้ป่วยอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่สำคัญ โดยปกติผู้ป่วยรอคลอดจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลตรวจชีพจรของทารกในครรภ์เป็นระยะ โดยเฉพาะในรายที่มีการให้ยาเร่งคลอดแก่แม่แล้ว เพื่อป้องกันปัญหาการหยุดหายใจในเด็ก (fetal distress syndrome) โดยทักษะอันพึงมีตามวิชาชีพพยาบาลมีความสามารถในการทำคลอดได้ และกว่าจะจบเป็นพยาบาลบางคนผ่านการทำคลอดมากกว่า 20 รายในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ และโดยทั่วไป พยาบาลประจำห้องคลอดซึ่งรับผิดชอบผู้ป่วยเรื่องนี้โดยตรงย่อมมีความชำนาญมากพอที่จะช่วยเหลือเด็กในภาวะวิกฤตได้ แต่ในกรณีนี้ พยาบาลห้องคลอดก็ไม่ได้ให้ความช่วยเหลืออรสาตามหน้าที่ที่ควรจะเป็น

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

ลูกสาวของอรสาอยู่ได้ 3 วันก็เสียชีวิต อรสาและสามีตกใจและเสียใจเพราะก่อนหน้านั้นกุมารแพทย์บอกว่าทารกมีอาการดีขึ้น ทำให้รู้สึกมีความหวัง อรสาได้แต่กอดศพลูกร้องไห้คร่ำครวญ ขณะนั้นสามีของเธอเกิดความคิดว่าไม่ควรให้เรื่องที่เกิดขึ้นนี้ผ่านเลยไปเฉย ๆ จึงกลับไปนำกล้องถ่ายรูปรูปจากบ้านมาบันทึกภาพศพของลูกสาวคนสุดท้อง และเช้าวันรุ่งขึ้นเขาส่งศพลูกไปผ่าพิสูจน์ที่สถาบันนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลตำรวจ และนำความเข้าแจ้งสถานีตำรวจในข้อหาแพทย์เจ้าของไข้กระทำการโดยประมาทอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นถึงแก่ความตาย ในวันเดียวกันนั้นอรสาก็กลับมาพักที่บ้าน โดยก่อนออกจากโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่แจ้งว่าผู้ดำเนินการสั่งไม่ให้คิดค่ารักษาพยาบาลใด ๆ

วันรุ่งขึ้นทางโรงพยาบาลยืนยันกับครอบครัวของอรสาว่าทารกเสียชีวิตเนื่องจากหัวใจวาย และแถลงข่าวต่อสื่อมวลชน ซึ่งให้ความสนใจต่อกรณีนี้เนื่องจากครอบครัวของสามีอรสาเป็นที่รู้จักกว้างขวางในท้องถิ่น โดยข่าวจากหน้าหนังสือพิมพ์ฉบับวันที่ 31 กรกฎาคม 2537 ระบุคำแถลงข่าวของผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งนั้น

ว่าการหนีของออร์สาเป็นการคลอดที่ผิดปกติ โดยเป็นการคลอดพร้อมสายรกและรกหลุดออกมาพร้อมกัน หรือเรียกได้ว่าเป็นการลอกตัวของรกก่อนที่เด็กจะออกมา (total abruptio placenta) ซึ่งตามปกติแล้วจะลอกตัวหลังจากเด็กคลอดแล้วหลายนาที่ เป็นสาเหตุให้สมองเด็กขาดออกซิเจน และยืนยันว่าแพทย์ได้ทำหน้าที่อย่างเต็มความสามารถและติดต่อพยาบาลเป็นระยะไม่ได้ทอดทิ้งคนไข้ ขณะที่พยาบาลก็ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดสำหรับร่างของทารกที่นอนหายใจแผ่วอยู่ในถาด ถาดที่เห็นนั่นคือเครื่องทำความอบอุ่นให้ร่างกายเด็ก (warmer) หรือเครื่องมือให้ความอบอุ่นกับทารกก่อนเข้าเครื่องอบ การที่พ่อของเด็กยังเห็นว่าทารกดิ้นนั้นเป็นเรื่องธรรมดาว่าเมื่อคนเสียชีวิตใหม่ ๆ กล้ามเนื้อบางอย่างอาจยังเต้นอยู่ ทำให้เข้าใจว่ายังมีชีวิต แต่แพทย์และพยาบาลรู้ว่าเด็กเสียชีวิตแน่ การนำเด็กเข้าตู้ออกซิเจนเป็นเหตุผลทางจิตวิทยาเพื่อให้บิดามารดาของเด็กยอมรับสภาพ ตามข้อเท็จจริงอาการเช่นนี้ถือว่าสุวิสัย ไม่ว่าแพทย์รายใดก็ไม่สามารถช่วยชีวิตเด็กได้

ในท้ายข่าว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้สรุปถึงมูลเหตุที่เกิดขึ้นว่าถือเป็นกรรมเก่าของสุติแพทย์ผู้นี้ แม้ได้พยายามช่วยเหลือเต็มที่แล้วก็ตาม

คำแถลงของผู้บริหารโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเคลือบแคลงใจแก่สมาชิกในครอบครัวของออร์สามากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่ว่าทั้งแพทย์และพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและมีการติดต่อกันตลอดเวลา เนื่องจากได้ทราบข้อมูลเพิ่มเติมหลังจากออกจากโรงพยาบาลว่า ในช่วงที่ออร์สานอนรอสุติแพทย์ด้วยความทรมานประมาณ 3 ชั่วโมงนั้นพยาบาลได้พยายามติดตามแพทย์ทั้งทางเพจเจอร์และโทรศัพท์รวม 22 ครั้ง แต่ไม่ได้รับการตอบกลับ ขณะเดียวกันก็มีผู้เล่าว่าในช่วงเวลาที่เกิดเหตุได้พบนายแพทย์ผู้นี้ที่โรงแรมใหญ่แห่งหนึ่ง ซึ่งอยู่ห่างจากโรงพยาบาลออกไปประมาณ 30 กิโลเมตร ครอบครัวของออร์สาเห็นว่าประเด็นเหล่านี้ยังมิได้รับการไขข้อเท็จจริงให้เป็นที่กระจ่าง นอกจากนี้ความเคลือบแคลงใจของออร์สาและครอบครัวยังเนื่องมาจากการที่ทางผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ได้ติดต่อเพื่อดำเนินการแสวงหาข้อเท็จจริงจากฝ่ายผู้ป่วย หรือชี้แจงให้เกิดความเข้าใจเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด

ขณะเดียวกัน รายงานผลการชันสูตรศพทารกของสถาบันนิติเวชได้แจ้งผลว่าทารกเสียชีวิตเนื่องจากขาดอากาศหายใจจากการที่ปอดทั้ง 2 ข้างไม่ขยายตัวตั้งแต่คลอด ส่วนหัวใจปกติ ซึ่งก็ได้สร้างความสับสนให้แก่ครอบครัวของออร์สาอีกคำรบ เพราะสามีของออร์สายืนยันว่าทางโรงพยาบาลมีการออกใบสั่งยาและน้ำเกลือให้แก่ลูกสาวของเขาตลอด 2 วันหลังคลอด จนเสียชีวิต ซึ่งหากเด็กไม่หายใจตั้งแต่คลอดจะสามารถรับยาและน้ำเกลือได้อย่างไร

ข้อสันนิษฐานของครอบครัวออร์สาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดคือ แพทย์และพยาบาลได้ก่อเหตุให้ทารกเสียชีวิตด้วยความประมาท ไม่เอาใจใส่ต่อหน้าที่ แล้วยกเหตุผลอันสลบซับซ้อนทางการแพทย์ขึ้นมาเป็นข้ออ้างให้พ้นผิด โดยอาศัยอำนาจการผูกขาดและเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่อยู่ในสายอาชีพเดียวกัน บิดเบือนผลการพิสูจน์ความผิดในทุกทาง ด้วยเหตุนี้ครอบครัวของออร์สาจึงตัดสินใจเข้าร้องเรียนขอความเป็นธรรมจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วย การเข้าร้องเรียนโดยตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา และผู้บริหารระดับสูงขององค์กรสาธารณสุขที่เป็นต้นสังกัดของโรงพยาบาลแห่งนั้น หน่วยงานต่าง ๆ ดังกล่าวต่างรับปากที่จะดำเนินการให้ โดยรัฐมนตรี ยืนยันว่าจะให้ความเป็นธรรมโดยไม่เข้าข้างใคร แต่เรื่องก็เงียบหายไป ทางด้านองค์กรสาธารณสุขต้นสังกัดได้เชิญนางออร์สาเข้าให้ข้อเท็จจริง และไม่ปรากฏผลคืบหน้า ในส่วนของแพทยสภา หลังรับเรื่องร้องเรียนประมาณ 1 ปีก็มีจดหมายแจ้งผลการสอบสวนว่าแพทย์ได้ทำตามขั้นตอนอันควรและช่วยเหลือทารกเป็นอย่างดีแล้ว การเสียชีวิตของทารกเป็นผลจากการลอกตัวก่อนกำหนด มิใช่ความผิดของแพทย์ผู้รักษา ผลการสอบสวนของแพทยสภาดังกล่าวได้ถูกนำมาใช้อ้างอิงในการชี้แจงของผู้บริหารโรงพยาบาลต่อความบริสุทธิ์ของสุติแพทย์ผู้นั้นจนปัจจุบัน

การละเลยที่จะรับฟังจากผู้เสียหายจนกลายเป็นปกป้องตนเอง

การตรวจสอบสาเหตุการตายจากโรงพยาบาล หรือจากองค์วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานต้นสังกัด ต่างลงความเห็นเป็นเอกฉันท์ว่า แพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาลไม่มีความผิด แต่ขณะที่ออร์สาและครอบครัวผู้เสียหายเห็นว่า การยกเหตุผลอันล้นซับซ้อนทางการแพทย์ขึ้นมาเป็นข้ออ้างให้พ้นผิด โดยอาศัยอำนาจการผูกขาด และเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่อยู่ในสายอาชีพเดียวกัน บิดเบือนผลการพิสูจน์ความผิดในทุกทาง

ถึงแม้ว่าเด็กคนนี้จะตายอย่างสมเหตุสมผลหรือไม่ก็ตาม การไม่เปิดโอกาสให้ผู้เสียหายได้ตอบคำถาม ชี้แจงสถานการณ์จริง ย่อมทำให้ข้อสงสัยเรื่องการตรวจสอบตนเอง ตอบคำถามเอง ย่อมเพิ่มคำถามในกลุ่มผู้ป่วยและท้ายที่สุดจะมีผู้ป่วยคนไหนจะเชื่อมั่นในหน่วยงานเหล่านี้ หรือแม้แต่จากกระบวนการศาล

ต้นเดือนสิงหาคม 2539 หรือ 2 ปีหลังเกิดเหตุ หนังสือพิมพ์รายวันได้ลงตีพิมพ์คำชี้แจงของสุมิตแพทย์ ที่ทำคลอดลูกคนสุดท้ายของออร์สา โดยเป็นการกล่าวแถลงในที่ประชุมวิชาการของสถาบันศึกษาทางการแพทย์ ที่มีชื่อเสียงแห่งหนึ่งของประเทศ ยืนยันว่าตนได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลออร์สาและลูกอย่างดีที่สุดแล้ว

ต่อไปนี่คือ ข้อความบางตอนที่คัดมาจากข่าวดังกล่าว

"...เมื่อคนไข้เริ่มเจ็บท้อง ผมก็ไปตรวจ...ปากมดลูกยังไม่เปิดจึงคิดว่าให้รอเป็นไปตามธรรมชาติ พอถึงเวลา 1 ทุ่ม ผมหิวข้าวเหลือเกิน ไม่สามารถอยู่ได้จึงตรวจคนไข้อีกครั้ง และคิดว่าคงจะไม่คลอดจนถึงเที่ยงคืน ไม่มีลักษณะอะไรบ่งชี้ว่าจะมีความผิดปกติ ผมก็ขออนุญาตออกไปทานข้าว โดยมีพยาบาลเฝ้าใช้ทำหน้าที่ดูแล ผมกลับมาทำคลอด ทุกอย่างเป็นไปโดยไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้น

ผมเจาะถุงน้ำ ลงยาชาให้คนไข้เบ่ง ปรากฏว่าพอหัวเด็กออกมาจากท้องแม่ผ่านสะดือ จนกระทั่งขาเด็กออกมา รกติดออกมาด้วย ผมตกใจอย่างมาก ชีวิตผมทำคลอดเป็นพันๆราย ไม่เคยคิดว่าจะมีเหตุการณ์เช่นนี้เกิดขึ้น...ผมช่วยเด็กทั้งที่รู้ว่าไม่มีความหวังอะไร...ไม่มีทั้งการหายใจหรือการเต้นของหัวใจ เด็กอ่อนปวกเปียกซีดมาก ไม่ขยับตัวใดๆทั้งสิ้น ผมตัดสินใจฉีดยากระตุ้นหัวใจ สักพักหนึ่งหัวใจเด็กก็เต้นแต่เบามาก

ในสามัญลักษณ์ของผมขณะนั้น ซึ่งวุ่นวายมาก เพราะผมกลัวว่าคนไข้จะตกเลือด และถึงแก่อนตราย ก็พยายามดูแลทั้งสองคนแม่ลูกเป็นอย่างดี เมื่อเห็นว่าเด็กไม่สามารถจะช่วยให้รอดชีวิตได้ก็บอกบิดาเด็ก บิดาเด็กก็ขอมาดูเด็กและบอกว่า ให้ช่วยเต็มที่ ผมและหมอเด็กที่อยู่เวรจึงเอาเด็กใส่เครื่องช่วยหายใจ แต่อยู่ได้ 2 วันก็ถึงแก่ความตาย

ผมเสียใจที่ผมทำคลอดแล้วเด็กตาย...ผมขอโทษทั้งครอบครัวเขา ทั้งผู้ป่วย ใช้เวลาพูดซึ่งเขาก็เข้าใจ

...ผมไปเยี่ยมเขาถึงเตียงคืน พอเจอคนไข้ก็หายไป ถูกย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนใกล้ๆ

...ระหว่างที่คนไข้เจ็บท้องอยู่ ผมดูแลคนไข้อย่างดี ก่อนไปทานอาหารผมได้ตรวจเช็คนไข้ ได้ติดต่อโอเบอเรเตอร์ ติดตามพยาบาลให้ติดตามตัวผม เหวผมทั้งแหวเต็มไปด้วยอุปกรณ์สื่อสารทุกชนิด ตั้งแต่โฟนลิงค์ โทรศัพท์มือถือ วิทยุสื่อสาร ระหว่างทานข้าวผมก็โทรศัพท์กลับมาเพื่อสอบถามความเป็นไปของคนไข้ ก็ไม่มีอะไรเกิดขึ้น ผมเดินทางกลับพอใกล้โรงพยาบาลก็มีการตาม ผมก็ไปทำคลอด..."

ข่าวดังกล่าวได้สร้างความคับข้องใจแก่ครอบครัวของออร์สาอีกระลอก สามียของออร์สายืนยันว่าข้อมูลที่สุมิตแพทย์กล่าวแก่ที่ประชุมแพทย์หลายคนเป็นข้อมูลเท็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในตอนท้ายว่า

"ผมขอโทษทั้งครอบครัวเขา ใช้เวลาพูดซึ่งเขาก็เข้าใจ"
และ "ได้ดูแลสองแม่ลูกเป็นอย่างดี และได้ไปเยี่ยมคนไข้ถึงเตียงคืน พอแผลคนไข้ก็หายไป ถูกย้ายไปโรงพยาบาลเอกชนใกล้ๆ"

ในข่าวดังกล่าวยังมีการสัมภาษณ์ความเห็นของรองเลขาธิการแพทยสภาที่เข้าร่วมฟังการชี้แจงประกอบไปด้วย โดยแพทย์ผู้นั้นให้ความเห็นว่า กรณีนี้น่าจะเป็นเรื่องความเข้าใจผิดของคนไข้

สามีของอรสาเป็นคนประกอบอาชีพค้าขาย ไม่สันตติ์เรื่องการเขียนหนังสือ แต่หลังจากได้อ่านข่าวดังกล่าว เขาดังใจแน่แน่ที่จะเขียนจดหมายอธิบายข้อเท็จจริงตามที่เขาได้รับรู้โดยตรงจากภรรยาและด้วยตนเองให้รองเลขาธิการแพทยสภาซึ่งผู้สื่อข่าวที่เขียนข่าวนี้ได้ได้รับทราบ โดยใช้เวลาหลังเสร็จงานในช่วงกลางดึกค่อย ๆ เขียนด้วยลายมือวันละเล็กละน้อยเป็นเวลา 1 เดือนเต็ม จึงส่งจดหมายความยาว 7 หน้ากระดาษนั้นไปยังแพทยสภา แต่จดหมายของเขาก็ไม่ได้รับการตอบกลับ

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

ภายหลังเหตุการณ์ครอบครัวของอรสาใช้เวลานานนับปีในการแสวงหาช่องทางและติดต่อหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้ได้ส่วนข้อเท็จจริงและเรียกร้องความเป็นธรรม ทั้งสองพร้อมด้วยญาติมิตรลงมือเขียนจดหมายและเดินทางไปในหลายจังหวัดเพื่อทำการร้องเรียน ตลอดจนให้ข้อมูลกับฝ่ายต่าง ๆ ในเรื่องนี้ ทั้งคู่กล่าวว่า การร้องเรียนและเรียกร้องความเป็นธรรมดังกล่าวทำให้หวังการแพทย์สนใจ เอาใจใส่ดูแลคนไข้ ในอนาคตคนไข้รายอื่น ๆ จะได้ไม่ต้องอยู่ในสภาพเดียวกัน เพราะมีแต่ความสูญเสีย

ในช่วงปีนั้นอรสาดำเนินชีวิตด้วยความยากลำบาก เพราะจิตใจถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง

"เรื่องที่เกิดขึ้นมันตามมาหลอน ภาพที่เห็นลูกตายทำให้สุขภาพจิตเสียไปเกือบ 2 ปี กินไม่ได้ นอนไม่หลับ ผื่นเห็นลูกตลอดเวลา ...ช่วง 2-3 เดือนแรกที่เกิดเรื่อง ฉันเห็นคนอุ้มเด็กแบเบาะมากินข้าวที่ร้าน ก็คิดถึงจรรยาการอาหารไม่ได้เลย ต้องหยุดมานั่งร้องไห้ในบ้าน

"เด็ก ๆ 3 คนถามว่าน้องตายหรือ ทำไมน้องไม่กลับบ้าน เราก็บอกว่า น้องตายแล้ว แค่นี้ถามอีกว่าหมอย่าน้องตายใช่ไหม...เราอดกัน 4 แม่ลูกร้องไห้ทุกคืน" อรสาย้อนรำลึกไปถึงเหตุการณ์ในช่วง 2 ปีแรกหลังมรณกรรมของลูกสาวคนสุดท้าย

สามีของอรสาเองก็เศร้าโศกอย่างที่สุด เพราะเขาหมดโอกาสที่จะมีบุตรได้อีกแล้ว เนื่องจากได้ตัดสินใจผ่าตัดทำหมันถาวรหลังจากภรรยาตั้งท้องลูกคนที่ 4 ได้ 3 เดือน ขณะเดียวกันผลที่สนองตอบความพยายามของเขาและภรรยาในการเข้าติดต่อหน่วยงานต่างๆเพื่อให้ข้อมูล ขอความเป็นธรรม ที่ปราศจากความคืบหน้าก็ยังซ้ำเติมให้ความทุกข์ของครอบครัวทวีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเขาได้ทราบผลการสอบสวนของแพทยสภาทางจดหมายในอีก 1 ปีต่อมา

"ที่เขาไม่ผิด เพราะคนมันมีสี่เดียวกัน ผมรอมาเป็นปี ได้รับแค่จดหมายเอชชวยฉบับเดียว แล้วเรื่องก็จบ... มันไม่ใช่เรื่องสนุกที่จะมาทบทวนเรื่องนี้ แต่ผมต้องการขอความเป็นธรรม... ไม่เคยมีการเรียกผมและภรรยาเข้าไปให้รายละเอียด ไปสอบ ไม่มีเลย แล้วก็ออกเป็นจดหมายสรุปเรื่องทั้งหมด..."

กลไกเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

กรณีรสา คล้าย ๆ กับหลายกรณีที่ผ่านมาที่ผู้ป่วยและครอบครัว พยายามที่จะหาคำตอบให้กับการสูญเสียและต่อสู้ทุกวิถีทาง ไม่ว่าจะโรงพยาบาลที่ให้บริการ ดันสังกัดของโรงพยาบาลที่ให้บริการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา สื่อมวลชน ซึ่งแทบจะทั้งระบบของการให้บริการเมื่อเกิดปัญหาจากบริการด้านสาธารณสุขที่มีในปัจจุบัน แต่ยังไม่สามารถตอบคำถามที่สงสัยของผู้เดือดร้อนได้เลย

แม้ว่ากาลเวลาจะผ่านไปนานหลายปีแล้วแต่ความทุกข์อันเนื่องมาจากการสูญเสียสมาชิกคนสุดท้ายของครอบครัวยังคงชัดเจนอยู่ในความรู้สึกนึกคิดของรสา สามี และลูก ๆ ทั้ง 3

ความทุกข์ที่คงทนอยู่ในจิตใจของพวกเขาถูกหล่อเลี้ยงไว้ด้วยความเคลือบแคลงสงสัยต่อมูลเหตุแท้จริงที่ทำให้ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งกระบวนการสอบสวนที่ผ่านมาไม่สามารถทำให้เป็นที่กระจ่างได้ และความคับแค้นใจ อันเนื่องมาจากการรู้สึกว่าความสูญเสียอันไม่สมควรเกิดขึ้นดังกล่าวนั้นได้มีการรับผิดชอบ ชดใช้ พวกเขาเป็นเสมือนผู้ตกเป็นเบี้ยล่างที่ปราศจากหนทางต่อกรใด ๆ ได้แม้แต่เน้อย

กรณีที่ 12

ชื่อ	ภักดี
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2540)	8 ปี
เพศ	ชาย
สถานภาพ	โสด
อาชีพ	เรียนหนังสือ ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	เป็นไข้ ตัวร้อน ท้องร่วง อาเจียน

ข้อมูลทั่วไป

“ภักดี” ลูกชายคนเดียวของครอบครัวเสียชีวิตไปขณะเมื่ออายุได้ 8 ปี การจากไปของเขานับเป็นความสูญเสียครั้งใหญ่ของครอบครัว เนื่องจากแม่ของเขาทำหมันไปแล้วเมื่อครั้งคลอดน้องสาวคนเล็ก จึงหมดโอกาสที่จะมีลูกชายคนใหม่ ปัจจุบันคงเหลือแต่ลูกสาว 2 คน พี่สาวของภักดีนั้นเรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษา 3 แล้ว ส่วนน้องสาวเพิ่งอยู่ชั้นอนุบาล 2

พ่อกับแม่ของภักดีแต่งงานกันมาแล้ว 15 ปี ปัจจุบันฝ่ายชายอายุ 37 ปี ฝ่ายหญิง 34 ปี ผู้เป็นพ่อซึ่งจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีอาชีพรับจ้างตัดหินใส่รถบรรทุกของโรงงานไม้หิน ได้ค่าตอบแทนเป็นรายวันวันละ 200 บาท หากทำงานนอกเวลาจะได้เพิ่มในอัตราชั่วโมงละเกือบ 40 บาท ส่วนแม่ซึ่งจบชั้นประถม 4 เป็นแม่บ้านและรับหน้าที่ทำสวนยางพาราที่มีอยู่ประมาณ 7-8 ไร่ ซึ่งเป็นแหล่งสร้างรายได้ประมาณวันละ 300 บาท จากการขายน้ำยาง นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลนาข้าวขนาดเล็กไม่ใหญ่โตนัก แต่ก็สามารถให้ผลผลิตพอเพียงเลี้ยงคนในครอบครัวได้ตลอดทั้งปี

บ้านของภักดีตั้งอยู่ในพื้นที่ตำบลนาท่ามเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ตัวบ้านซึ่งเป็นตึกชั้นเดียวเช่นกับบ้านอื่น ๆ ในถิ่นแถบเดียวกันนั้นปลูกสร้างอยู่บนที่ดินที่เป็นทรัพย์สินของฝ่ายแม่ ละแวกใกล้เคียงจึงแวดล้อมไปด้วยเครือญาติ รอบบ้านกันอยู่ด้วยรั้วลวดหนามเตี้ย ๆ มีไม้ดอกไม้ประดับปลูกอยู่บริเวณหน้าบ้าน ส่วนบริเวณรอบ ๆ มีทั้งแปลงผักพื้นบ้าน ไม้ผลประจำท้องถิ่น รวมทั้งมีการเลี้ยงไก่ไว้กินไข่ด้วย

ภายในบ้านมี 2 ห้องนอน มีพื้นที่ส่วนกลางขนาดกระทัดรัด ด้านหลังเป็นห้องครัวและมีพื้นที่ใช้งานอื่น ๆ ลักษณะการก่อสร้างบ้านมิได้ทำเสร็จในคราวเดียว แต่ค่อยต่อเติมส่วนต่าง ๆ ตามกำลังทรัพย์ที่จัดหางอกเงยขึ้น ต่อไปในอนาคตหากต้องการเนื้อที่ใช้สอยเพิ่มเติม ก็ยังมีที่ดินว่างเอื้อให้ปลูกสร้างได้อีก

วันที่ภักดีเริ่มป่วย เขามีอาการเป็นไข้ตัวร้อนและอาเจียน 2-3 ครั้ง ผู้เป็นพ่อบอกว่า ลูกป่วยไม่มากนัก เพราะวันรุ่งขึ้นก็ยังวิ่งเล่นได้ “ตอนเช้าตัวร้อนนิดหน่อย ยังวิ่งเล่นได้ ผมก็บอกว่าไม่ต้องไปโรงเรียนก็ได้ ตอนนั้นอยู่ ป. 1 เรียนเก่งด้วย ผมก็ให้แม่เขาพาไปเอายาที่อนามัยมาให้ แล้วผมก็ไปทำงาน ตอนเย็นกลับมาก็เห็นเขานอนอยู่ ก็ถาม...ว่าหายาให้กินหรือยัง แม่เขาบอกว่ายัง ผมก็ว่าจะพาไปหาหมอ แล้วก็จับใส่ผ้า” ตอนนั้นภักดีทั้งท้องร่วงและอาเจียนอย่างรุนแรง

เขาพร้อมภรรยาพาลูกชายนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ไปโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งที่ต้องใช้เวลาเดินทางเกือบ 1 ชั่วโมง ตกใจใจไม่ไปใช้บริการที่สถานพยาบาลระดับชุมชนใกล้บ้านเนื่องจากทราบว่าแพทย์ที่ประจำอยู่ที่สถานพยาบาลแห่งนั้นใช้เวลาส่วนใหญ่ในการรักษาคนไข้ที่คลินิกส่วนตัวจนถูกร้องเรียนหลายครั้ง อีกประการหนึ่งคิดว่าไปโรงพยาบาลน่าจะได้รับการที่ดีกว่า เพราะมีแพทย์และเครื่องมือพร้อมพอ

ระบบขาดการส่งเสริมสุขภาพ

โรคมากกว่า 80 % หายได้โดยไม่ต้องทำอะไรเพียงแค่พักผ่อนให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์

อาการเป็นไข้ ตัวร้อน มีอาเจียน ท้องร่วงในเด็ก เป็นภาวะติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด หากพ่อแม่เรียนรู้วิธีดูแลเบื้องต้นก็จะทำให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม เช่น การให้ดื่มน้ำต้มสุกอุ่นผสมเกลือในอัตราส่วนที่พอเหมาะ หากมีไข้สูงก็อาจจะให้ยาลดไข้และเช็ดตัวลดไข้ให้

แต่คนในสังคมถูกชี้นำจากระบบบริโภคนิยม โรงพยาบาลเอกชน หรือแม้แต่การแพทย์แผนใหม่ที่ผลักดันให้คนพึ่งตนเองน้อยลง สุขภาพกลายเป็นเรื่องของโรงพยาบาล แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญ แทนที่จะเป็นครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ความรู้พื้นฐานเหล่านี้กลายเป็นความรู้เฉพาะในกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในสังคมไทย เนื่องจากมีคนจำนวนน้อยมากที่จะมีความรู้และความสามารถดูแลตนเองขึ้นพื้นฐานได้

สามคนพ่อ-แม่-ลูกไปถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งนั้นตอนหัวค่ำของวันพฤหัสบดีที่ 20 กุมภาพันธ์ อันเป็นวันที่ผู้ใหญ่ทั้งสองคนจำได้แม่นยำในฐานะวันพาลูกไปสู่ความตาย

ทุกข์จากการรับบริการ

ตามประวัติการรักษาของทางโรงพยาบาลระบุว่า ได้รับกักตัวรักษาในโรงพยาบาลตอนเย็นนอกเวลาราชการ ด้วยอาการตัวร้อน ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและอาเจียน อ่อนเพลียมาก แรกเข้ามีไข้สูง 39 องศาเซลเซียส ความดันต่ำ ขณะที่ชีพจรเต้นเร็ว

ทางด้านแพทย์หญิงผู้เป็นเจ้าของไข้เล่าว่า เมื่อคนไข้มาถึง แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินวินิจฉัยในเบื้องต้นว่าเป็นโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ ให้การรักษาด้วยการฉีดยาปฏิชีวนะ และยาแก้อาเจียน แล้วให้น้ำเกลือ จากนั้นส่งเข้าเป็นคนไข้ในของแผนกเด็ก ตนเองจึงได้ตรวจดูอาการ พร้อมทั้งสั่งตรวจเลือดและปัสสาวะก่อนที่จะออกเวรไป

ส่วนคำบอกเล่าจากผู้เป็นพ่อคือ หลังจากการฉีดยาแล้วให้น้ำเกลือที่ห้องฉุกเฉินแล้ว เขาและภรรยาได้ไปส่งลูกบนเตียงและอยู่ด้วยประมาณ 15 - 20 นาที หลังจากนั้นเขาตั้งใจจะปลีกตัวกลับบ้านมาเก็บของ เนื่องจากไม่ได้เตรียมอะไรไปเลย เพราะไม่คิดว่าลูกจะป่วยถึงขั้นต้องนอนที่โรงพยาบาล “ผมก็กำลังจะเข้าไปบอกลูกว่าพ่อจะกลับไปเก็บของและจะกลับมานะ เมื่อไปดูที่ลูกก็เห็นลูกชัก ผมก็เรียกหมอแล้วบอกว่าลูกผมเป็นอะไรไม่รู้ ก็เรียกหมอ หมอบอกว่าเด็กมันเกร็ง แล้วก็ฉีดยาซึ่งหมอบอกว่าเป็นยาแก้ชัก ซึ่งเป็นการฉีดยาเข็มที่ 2 หลังจากฉีดยาแล้วลูกผมก็หลับไป”

พ่อของภักดีมีความเห็นว่า อาการชักเกร็งของลูกน่าจะเป็นข้อบกพร่องมาจากยาที่ฉีดในห้องฉุกเฉินเข็มแรก ในลักษณะที่ว่ายาไม่ถูกกับโรคและมีปริมาณมากเกินไปถึงขั้นที่เด็กจะรับได้ โดยเขาบรรยายถึงเหตุการณ์ขณะฉีดยาในห้องฉุกเฉิน ก่อนได้พบแพทย์ในแผนกเด็กว่า

“ไปถึงห้องฉุกเฉิน มีผู้ชายคนหนึ่งมาตรวจดูอาการ ผมไม่แน่ใจว่าเป็นหมอหรือเปล่า มาตรวจแล้วให้น้ำเกลือ แล้วก็ฉีดยา ลูกผมดิ้น ผมและแม่เขาต้องเข้าไปช่วยจับ ตอนนั้นลูกบอกกับแม่เขาว่าเจ็บ ๆ และการฉีดยาผมไม่ทราบว่ายาลูกผมทำเองหรือหมอสั่ง มีพยาบาลชุดขาวอยู่ 3-4 คน ซึ่งผมไม่รู้ว่าเป็นใคร”

ภายหลังจากได้รับการฉีดยาเข็มที่สอง ตามคำบอกเล่าของผู้เป็นพ่อระบุว่า ภักดีรู้สึกตัวอีกครั้งตอนเที่ยงคืน “ตอนรู้สึกตัวก็ทำอะไรไม่ได้ ดิ้นอย่างเดียว ตอนเช้าก็ยังดิ้นอยู่ แบบว่าไม่รู้สีกตัว ผมเรียกชื่อก็ไม่ขานรับ ดิ้นไม่รู้ตัว แต่ไม่เกร็ง แต่นอนกระสับกระส่าย กินอาหารไม่ได้ ถ่ายด้วย”

ในเช้าวันรุ่งขึ้นซึ่งตรงกับวันศุกร์นั้นแพทย์เป็นวันหยุดราชการ แม่แพทย์หญิงเจ้าของไข้ได้แวะเข้ามาดูคนไข้ในแผนกระหว่างเวลา 8.30 – 9.00 น. โดยประมาณ ซึ่งแม่ของภักดีได้แจ้งกับแพทย์ว่า เด็กถ่ายเหลวมากและมีอาการเกร็ง แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นก็อยู่ในความดูแลของแพทย์เวรและแพทย์อินเทิร์น

“วันที่ 21 มันเป็นศุกร์ ซึ่งตรงกับวันหยุดราชการ หมอไม่ค่อยขึ้นมา และหยุดเสาร์อาทิตย์ติดต่อกัน ตอนเย็นมีหมอเวรขึ้นมาตรวจ เป็นหมอผู้ชาย 2 คน ผมมารู้ชื่อตอนหลังว่าชื่อ... ซึ่งเขาบอกว่าเขาเป็นหมอเวร” พ่อของภักดีกล่าว

ตามคำบอกเล่าของแพทย์อินเทิร์น ซึ่งเข้าเวรทำงานระหว่าง 08.30 น. ของวันศุกร์ ถึง 08.30 ของวันเสาร์ บอกว่า เขาได้พบกับคนไข้รายนี้ครั้งแรกตอนคืนวันศุกร์ โดยพยาบาลได้เข้ามารายงานว่า เด็กอาเจียนหนักมาก และค่อนข้างซึม “หมอที่ห้องฉุกเฉินบอกว่าเป็นกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ มีอาการเวียนหัว ไข้สูง และหมอประจำแผนกได้เจาะเลือดตรวจ เชคปัสสาวะแล้ว ซึ่งเป็นการตรวจพื้นฐานทั่วไป และระหว่างรอผลเลือด คนไข้มีอาการชัก จึงได้ฉีดยากันชักให้ ซึ่งจะทำให้เด็กหลับ แต่ตอนบ่ายเกือบห้าโมงคนไข้ยังไม่รู้สึกตัวทั้ง ๆ ที่หมดฤทธิ์ยาแล้ว แต่ก็ยังซึมอยู่” เมื่อเป็นเช่นนั้นแพทย์อินเทิร์นผู้นี้จึงรายงานแพทย์เวรทราบ

สำหรับรายงานการรักษานั้นเขียนไว้สอดคล้องกันว่า ในช่วงค่ำของวันศุกร์ที่ 21 กุมภาพันธ์ ภักดี มีอาการซึมง่วง ทั้ง ๆ ที่ฤทธิ์ยาแก้ชักที่ให้ไว้ก่อนหน้านั้นน่าจะหมดแล้ว เมื่อดูจากอาการลักษณะนี้ แพทย์อินเทิร์นมีความเห็นว่าอาการที่ปรากฏน่าจะเป็นผลมาจากความผิดปกติทางสมอง จึงได้รายงานโทรศัพท์ให้นายแพทย์เวรทราบ จากนั้นแพทย์เวรได้พูดคุยปรึกษากับพ่อ-แม่เด็ก เพื่อให้เซ็นอนุญาตเจาะตรวจไขสันหลัง ซึ่งผลการตรวจพบว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (meningio encephalitis) จึงได้ทำการรักษาให้ยาทุกสี่ชั่วโมง

ด้านแพทย์เวรชี้แจงรายละเอียดว่า เขาได้รับรายงานจากแพทย์ผู้ช่วยเมื่อเวลาประมาณ 2 ทุ่มของวันศุกร์ ว่าเด็กยังคงมีอาการง่วงซึม ทั้งที่ระยะเวลาการได้รับยาแก้ชักที่ส่งผลให้ง่วงซึมเกิน 7-8 ชั่วโมงแล้ว กล่าวคือมีการฉีดให้ตั้งแต่วันพฤหัสบดี นอกจากนี้อาการของเด็กยังทรุดลงอย่างรวดเร็ว จึงได้สั่งเจาะนำไขสันหลังมาตรวจดู พบว่ามีเม็ดเลือดขาวเกิน 5 ตัว จึงได้ให้ยาปฏิชีวนะ คือ PGS และ chloramphenicol ฉีดเข้าเส้นอย่างละเข็ม ซึ่งต้องทำการฉีดทุก 6 ชั่วโมง แต่เด็กชายก็ยังมีอาการทรุดหนักลงอย่างรวดเร็ว มีอาการเกร็งมาก ซึมลงอย่างรวดเร็ว ช็อก และหยุดหายใจ จึงย้ายเข้าห้องไอซียู ต้องปั๊มหัวใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทว่าก็ไม่อาจช่วยอะไรได้แล้ว

การขาดความต่อเนื่องและคุณภาพการรักษาในวันหยุด

เมื่อแรกไปถึงโรงพยาบาลในช่วงหัวค่ำในเวลานอกราชการ ภักดีได้รับการรักษาเบื้องต้นจากแพทย์ประจำแผนกฉุกเฉินด้วยการฉีดยาปฏิชีวนะ ให้ยาแก้อาเจียนและน้ำเกลือ และมีการวินิจฉัยว่า เป็นโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ จากนั้นภักดีถูกส่งไปยังแผนกเด็ก แล้วในชั่วโมงแรกนั้นเองก็เกิดอาการชัก ซึ่งแพทย์ประจำแผนกได้ฉีดยาแก้ชักให้ ก่อนจะออกเวรไปในคําคืนนั้น

ตลอดเวลาทั้งคืนจนรุ่งเช้าและตลอดทั้งวันต่อมาซึ่งบังเอิญเป็นวันหยุดราชการ ไม่ปรากฏว่ามีแพทย์คนใดให้การรักษาดูแลหรือตรวจอาการภักดีอีก มีเพียงแพทย์หญิงประจำแผนกที่เป็นผู้รับตัวภักดีไว้แหวะเข้ามาดูอาการชั่วคราวหนึ่งในระหว่างการเยี่ยมไข้ผู้ป่วยทั้งแผนกโดยใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงในตอนเช้า

เมื่อตอนที่แพทย์อินเทิร์นได้รับรายงานว่า ภักดีอาเจียนหนักมากและยังคงไม่รู้สีกตัว นั่นคือเวลาได้ล่วงเลยไปแล้วนานถึง 21 ชั่วโมงนับตั้งแต่ได้รับการรับตัวเข้าเป็นคนไข้ใน หลังจากนั้นมีการตรวจนำไขสันหลังจนพบว่าแท้จริงแล้วเด็กเป็นโรคไข้สมองอักเสบ ซึ่ง ณ เวลานั้น ภักดีนอนอยู่ในโรงพยาบาลมาได้ครบ 1 วันเต็ม ๆ แล้ว และต่อมาไม่นาน อาการก็ทรุดลงอย่างรวดเร็ว จนต้องนำตัวเข้าในห้องไอซียูและใช้เครื่องช่วยหายใจในคืนวันที่สองของการอยู่โรงพยาบาลนั้นเอง ก่อนจะเสียชีวิตในตอนสายของอีก 2 วันถัดมา ซึ่งตรงกับวันเสาร์และอาทิตย์ โดยระหว่างนั้นก็ยังคงไม่มีแพทย์ติดตามดูแลอาการอย่างต่อเนื่องเช่นเคย

ประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นนี้สัมพันธ์กับระบบการจัดเวรของโรงพยาบาล ซึ่งใช้หลักการว่าให้แพทย์ดูแลคนไข้แทนกันได้ แม้จะมีแพทย์เจ้าของไข้ แต่ไม่มีแพทย์คนใดต้องรับผิดชอบคนไข้รายใดเป็นการเฉพาะ หากแต่แพทย์แต่ละกลุ่มต้องมีความรับผิดชอบต่อกันไว้ที่เข้ารับรักษาในแผนกเท่า ๆ กัน

ในส่วนของแผนกเด็ก ณ เวลานั้นมีแพทย์ทั้งสิ้น 7 คน ซึ่งมีการเปลี่ยนหน้าที่กันทุก 15 วัน ปรากฏว่าในวันที่ภักดีเข้าโรงพยาบาลนั้นเองเป็นวันครบรอบการอยู่เวรของแพทย์ที่เป็นผู้รับตัวเขาพอดี¹ เพียงไม่ถึงเมื่อรับเด็กไว้ในโรงพยาบาลเด็กมีอาการชัก แพทย์อีกคนเป็นผู้ดูแลเด็ก ความต่อเนื่องและความทันท่วงทีในการรักษาพยาบาล เนื่องจากอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเด็ก เป็นคำถามของญาติที่ยังค้างคาใจในปัจจุบัน

แพทย์ที่เปลี่ยนหน้าหลายคนสร้างความสับสนให้กับญาติว่า ใครคือผู้รับผิดชอบผู้ป่วยอย่างแท้จริง ประกอบต่อเนื่องกับวันหยุดทำให้มีเพียงแพทย์เวรดูแล

ตามบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในและแบบบันทึกการพยาบาลของทางโรงพยาบาล ภักดีเสียชีวิตเมื่อเวลา 10.00 น. ของวันอาทิตย์ที่ 23 กุมภาพันธ์ แต่ตามการรับรู้ของผู้เป็นพ่อ ภาวะเป็น-ตายของลูกชายชัดเจนแล้วตั้งแต่เมื่อคืนวันศุกร์ ภายหลังจากที่ภรรยาของเขาได้เซ็นอนุญาตให้แพทย์เจาะสันหลังลูก

พ่อของภักดีเล่าว่า หลังจากการเจาะสันหลังในช่วงหัวค่ำแล้ว จนกระทั่งเที่ยงคืนลูกก็ยังไม่มีฟื้น ระหว่างนั้นเองเขาได้ปรึกษาแพทย์ทั้งสองนายว่าจะย้ายลูกไปโรงพยาบาลเอกชนดีหรือไม่ ซึ่งผู้เป็นแพทย์เวร

¹ สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลคูกรณี เดือนกุมภาพันธ์ 2542

เป็นคนตอบว่าแพทย์ที่นี้รักษาได้ “ผมก็ถามว่ามันใจแค่ไหน แกก็บอกว่ามันใจ 70-80 % ผมได้คุยกับหมอดอนที่แกจะพาผมไปเจาะไขสันหลัง ผมก็ถามว่ามันเป็นยังไง นอนสลบวันสองวันก็ไม่ดีขึ้น ผมก็ถามว่าลูกผมเป็นยังไง หมอก็ไม่ได้บอก” พ่อของภักดีเล่าถึงเหตุการณ์ในคืนวันศุกร์ ช่วงเวลาระหว่างหัวค่ำจนถึงก่อนหน้าเวลาตีสามที่ลูกชายของเขาถูกส่งเข้าห้องไอซียู

“หลังจากเจาะสันหลังแล้วก็พามาอนที่เตียง ตอนตี 3 ของวันเสาร์ลูกผมก็ชักก๊ทหนึ่ง ที่รู้ว่าชักเพราะมีอาการเกร็ง ผมก็ไปเรียกพยาบาล ซึ่งมีอยู่ 2 คน ซึ่งผมเรียกอยู่ 2-3 ครั้งก็ยังไม่มา ผมเรียกอีก ครั้งที่สี่ ผมตะโกนลั่นห้องเลยเป็นเวลาชักประมาณ 10 นาที ซึ่ง 10 นาทีนี้มีความหมายมาก ...กว่าหมอมจะมา ซึ่งลูกผมก็มาเสียเอาตอนนี้ ตอนนั้นพยาบาลก็นั่งปักผ้า ทำการฝึมืออยู่” พ่อของภักดีเล่าถึงฉากเหตุการณ์ฝังใจด้วยเสียงที่สั่นพร่า นัยน์ตาแดงและมีน้ำตาซึม โดยส่วนตัวแล้ว เขาเชื่อว่า ตอนนั้นเองคือตอนที่ลูกชายเสียชีวิต ส่วนที่มีการบีบหัวใจแล้วนำเข้าห้องไอซียูนั้นเป็นเพียงขั้นตอนตามกระบวนการปกติที่แพทย์ต้องทำ

ส่วนแพทย์อินเทิร์น ผู้ซึ่งในเวลานี้เป็นนายแพทย์ประจำแผนกกุมารเวชของโรงพยาบาลอำเภอแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า หลังจากที่แพทย์เวรมาดูอาการและบอกว่าต้องเจาะไขสันหลังตรวจเชื้อ โดยเกรงว่าจะเป็นโรคสมองอักเสบซึ่งเป็นโรคที่รุนแรง ในขณะที่พ่อ-แม่ของเด็กไม่เข้าใจและคิดว่าการเจาะหลังเป็นเรื่องน่ากลัว หลังจากเจาะไขสันหลังแล้วก็ได้เข้ามาถามว่ารักษาได้หรือไม่ ถ้าไม่ได้จะย้ายโรงพยาบาล แต่ว่าโดยปกติโรงพยาบาลดังกล่าวมีศักยภาพที่จะรักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้ และที่ผ่านมาก็เคยรักษาหายมาแล้ว นั่นเป็นเหตุให้แพทย์ตอบว่ารักษาได้

“แต่สำหรับเด็กคนไข้รายนี้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว จนถึงช่วงกลางคืนของวันศุกร์หลังเที่ยงคืน คือเวลาประมาณตี 3 ของวันเสาร์ที่ 22 กุมภาพันธ์ พยาบาลมาบอกว่า ภักดีหยุดหายใจ หัวใจไม่ทำงาน จึงได้ทำการบีบหัวใจ และใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วนำเข้าไปรักษาตัวในห้องไอซียู” อดีตแพทย์อินเทิร์นที่ร่วมดูแลภักดีในคืนวิกฤตกล่าว

จากนั้นในตอนรุ่งเช้า เวลา 8.30 น. แพทย์ผู้นี้ก็ออกเวรไป ก่อนที่แพทย์เจ้าของไข้จะเข้ามาเยี่ยมอาการคนไข้ที่แผนกเด็กตามปกติ และได้รับทราบข่าว ภักดีไม่ได้อยู่ที่นั่นแล้ว จากนั้นจนกระทั่งตอนเที่ยงของวันต่อมา ภักดีก็ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยในวันถัดมาการพยาบาลก่อนจำหน่ายระบุประเภทที่จำหน่ายว่า “ถึงแก่กรรม”

ระบบไม่มีการให้ข้อมูลกับญาติ

การเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างเร็วของลูกชาย จากเด็กที่รู้สึกตัวดี มีไข้และอาเจียนพัฒนาเป็นมีอาการชัก ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด ทำให้พ่อแม่ไม่สามารถทำใจยอมรับได้ ว่ากระบวนการรักษาเป็นไปอย่างถูกต้องตามที่กล่าวอ้างมาน้อยเพียงใด

แต่ไม่ว่ากระบวนการจะถูกต้องหรือไม่อย่างไร การให้ข้อมูลญาติอย่างต่อเนื่อง ถึงความเปลี่ยนแปลงของลูกชาย น่าจะเป็นสิทธิที่ญาติผู้ป่วยควรจะได้รับการอธิบายด้วยความเข้าใจจากแพทย์ที่รับผิดชอบ ถือเป็นหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ที่จะต้องให้ข้อมูลอย่างเพียงพอและชัดเจนและยอมรับว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ²

² คำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 3 ซึ่งรับรองโดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ปี 2541

ในกรณีของภักดี ภายหลังจากเหตุการณ์ปรากฏเป็นข่าวแล้ว ทางโรงพยาบาลมีการสอบสวนเรื่องนี้และชี้ว่า การที่แพทย์ไม่ตอบข้อซักถามหรือชี้แจงให้ญาติเข้าใจถึงอาการป่วย รวมทั้งวิธีการรักษาที่ดำเนินการอยู่ คือสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น³

การไม่เคารพสิทธิผู้ป่วยในประเด็นนี้ก่อให้เกิดปัญหาอย่างชัดเจน ในขณะที่ความพยายามของทางโรงพยาบาลที่จะชี้แจงข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นหลังการไว้วางยาของญาติแล้ว นับว่าเป็นความสูญเสียเปล่าโดยสิ้นเชิง

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

การเสียชีวิตของภักดีถูกนำเสนอเป็นข่าวผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อส่วนท้องถิ่นและส่วนกลาง ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากในระหว่างที่อยู่ในห้องไอซียู ก่อนการเสียชีวิต นายชายของภักดีซึ่งทำงานในตำแหน่งพนักงานขับรถของสถานีโทรทัศน์แห่งหนึ่งประจำจังหวัดตรังได้เดินทางมาเยี่ยมพร้อมกับเพื่อนที่เป็นผู้สื่อข่าว

การที่ได้พบเห็นสภาพของหลานอยู่ในห้องคนไข้การหนักโดยมีป้ายแขวนห้ามเยี่ยม ประกอบกับเมื่อสอบถามพี่สาวแล้วก็ได้รับคำตอบที่เต็มไปด้วยความไม่แน่ใจว่าลูกป่วยด้วยโรคอะไรแน่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทราบว่าเด็กมีการเกร็งชักหลังจากแพทย์ฉีดยาเข็มแรกให้ไม่นาน นั่นเองคือปฏิกิริยาของความรูสึกว่ามีเรื่องผิดปกติเกิดขึ้นเสียแล้ว

ยิ่งเมื่อมองผ่านกระจกเข้าไปในห้องไอซียู เห็นหลานนอนนิ่งไม่รู้สึกตัว สองคนกับเพื่อนที่มาด้วย ซึ่งความจริงแล้วไม่ได้ตั้งใจมาด้วยตั้งแต่แรก หากบังเอิญพบกันระหว่างทาง จึงช่วยกันกดดันทางโรงพยาบาลจนได้รับอนุญาตให้เข้าไปเยี่ยมดูอาการอย่างใกล้ชิด

ผู้เป็นนายชายเล่าสภาพของหลานชายที่ได้เห็นว่า “หลานผมนอนจมกองซี กอแงเย็บ ไม่มีหมอหรือพยาบาลคนไหนสนใจเลย และผมก็เชื่อว่าหลานผมไม่มีลมหายใจแล้ว นอนตัวเขียว ไม่รู้สึกตัว ไข้เครื่องช่วยหายใจที่ใส่ไว้ไม่ได้เกิดประโยชน์เลย เด็กไม่มีลมหายใจแล้ว ผมว่าตายตั้งแต่ฉีดยาเข็มแรก เพราะหลังฉีดยาเข้าไปมีน้ำมูก-น้ำลายทะลักออกมา มันเป็นอาการของคนก่อนตาย”

นายของภักดีมีบทสรุปเป็นความเชื่อของตนเองว่า หลานชายเสียชีวิตเพราะแพทย์ฉีดยาผิดตั้งแต่เข็มแรก แต่ทางโรงพยาบาลพยายามปกปิดความผิดด้วยการนำเด็กเข้าห้องไอซียู โดยไม่ยอมให้ญาติเข้าเยี่ยมดูอาการ ดังนั้นเขาจึงจัดการนำเสนอข่าวในแนวทางดังกล่าว

ข่าวที่ออกไปสร้างความสนใจในหมู่สาธารณชนจนมีการสอบถามถึงข้อเท็จจริงอย่างคับคั่ง สาเหตุหนึ่งที่ทำให้สื่อมวลชนให้ความสนใจต่อกรณีนี้อย่างกว้างขวาง เป็นผลมาจากในระยเวลานั้น ข่าวความผิดพลาดในการรักษาผู้ป่วยเด็กที่จังหวัดเชียงใหม่กำลังอยู่ในความสนใจของสาธารณชน ก่อให้เกิดกระแสการตรวจสอบการทำงานของแพทย์ขึ้น

แพทย์ผู้ได้รับผลกระทบจากกรณีนี้โดยตรงที่สุดก็คือแพทย์หญิงเจ้าของไข้ ซึ่งเธอกล่าวถึงเหตุการณ์ขณะนั้นว่า “หมอรู้สึกเสียใจมากที่สื่อมวลชนไม่ได้มีการตรวจสอบข้อเท็จจริง อย่างไรก็ตามหมอก็คิดว่าตัวเองทำหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้ว และถึงแม้ตัวเองจะเป็นเจ้าของไข้ แต่การรักษานั้นกระทำโดยคณะแพทย์ของทางโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามระบบการจัดเวรของทางโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการที่ข่าวออกมาก็บิดเบือนร้อยเปอร์เซ็นต์ ทำให้เกิดความลำบากใจมากที่จะให้ข่าวในตอนนั้น ถึงแม้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นแม้จะมีระยะเวลาเพียง 3-4 เดือน แล้วกระแสสังคมก็เงียบไป แต่ระหว่างนั้นหมอก็มีความเครียดมาก มีความรู้สึกไม่แน่ใจว่าคน

³ สัมภาษณ์ประธานคณะกรรมการสอบสวน เดือนมีนาคม 2542

รอบข้างจะรู้สึกต่อตนเองอย่างไร เพราะไม่มีใครแสดงท่าทีใด ๆ ทำให้เกิดความกังวลใจและเกิดความอึดอัดใจในการทำงานตลอดเวลา ขณะเดียวกันทางครอบครัวและคนใกล้ชิดก็มีความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน”

แพทย์หญิงเจ้าของไข้ย้ำด้วยว่า หากเธอเองเป็นผู้ทำการรักษาคงจะไม่รู้สึกแยขนาดนี้ แต่ที่ต้องตกเป็นข่าวก็เพราะมีชื่ออยู่ที่เตียงคนไข้ เนื่องจากเป็นผู้รับกักตักเข้าเป็นคนไข้ในแผนกก่อนออกเเวร จากนั้นวันถัดมาก็เป็นวันหยุด

ส่วนอดีตนายแพทย์อินทิรน์กล่าวว่า ความรู้สึกของเขาคือเห็นใจแพทย์หญิงเจ้าของไข้และแพทย์เวรที่ได้พยายามทำงานอย่างเต็มที่ แต่ผลกลับปรากฏออกมาเช่นนั้น ต้องตกเป็นข่าวต่อเนื่องนานนับสัปดาห์ ซึ่งทำให้ในขณะนั้นไม่มีใครอยากทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์หญิงเจ้าของไข้ เธอถึงกับร้องไห้ แต่ก็ต้องทำงานอย่างปกติ

หลังจากเกิดข่าว ทางโรงพยาบาลมีการเปิดการแถลงข่าวอย่างเป็นทางการ โดยนายแพทย์ผู้มีตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้แถลง แต่ภายหลังเมื่อผู้อำนวยการกลับจากราชการต่างสถานที่แล้วก็ได้มีคำสั่งไม่อนุญาตให้คณะแพทย์ที่ทำการรักษาให้ข้อมูลใด ๆ กับสื่อมวลชนแล้วได้เข้ามาจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง

แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระบุว่า เขาได้เดินทางไปพบกับญาติของภักดีถึง 2 ครั้ง เพื่ออธิบายให้เข้าใจถึงอาการของการเจ็บป่วย ขั้นตอนการรักษา อีกทั้งได้นำพวงหรีดไปคารวะศพด้วย จนกระทั่งได้สร้างความเข้าใจเรียบร้อยแล้ว และพ่อแม่และญาติของเด็กจะพอใจระดับหนึ่งด้วย สำหรับมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลต่อปัญหาในกรณีนี้คือ น่าจะเป็นผลมาจากการกระจายข่าวของสื่อมวลชนเป็นสำคัญ

ทว่าจากการให้ข้อมูลของฝ่ายญาติผู้เสียชีวิต แม้ว่าเวลาจะผ่านไป 2 ปีแล้ว ก็ยังคงยืนยันความเชื่อว่าแพทย์รักษาผิดพลาด และเล่าว่า หลังจากภักดีเสียชีวิต ทางครอบครัวมีการแสดงความต้องการนำศพไปผ่าพิสูจน์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ (โรงพยาบาล มอ.) แต่ทางโรงพยาบาลที่ทำการรักษากลับพยายามชี้แจง อธิบาย และขอร้องไว้ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลถึงกับมาขอร้องด้วยตัวเอง 2 ครั้ง เหมือนกับว่าไม่ต้องการให้เอาศพไปพิสูจน์หาสาเหตุการเสียชีวิต

ในประเด็นเดียวกันนี้ สิ่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบอกเล่าคือ เขาเองเป็นฝ่ายบอกกับพ่อแม่ของเด็กว่า ถ้าหากทางญาติผู้เสียชีวิตคิดว่าทางโรงพยาบาลให้ยาคนไข้เกินขนาดจนเสียชีวิต เพื่อความชัดเจนและพิสูจน์ความบริสุทธิ์ของคณะแพทย์และโรงพยาบาล ก็ควรที่จะนำศพไปผ่าพิสูจน์ที่โรงพยาบาลที่มีความเป็นกลาง เช่น โรงพยาบาล มอ. ที่หาดใหญ่ ซึ่งทางโรงพยาบาลยินดีที่จะจัดรถไปส่งให้

ส่วนในเรื่องการดำเนินการอื่น ๆ ในเชิงการเรียกร้องให้โรงพยาบาลรับผิดชอบ พ่อของภักดีเล่าว่า เขาไม่ได้ติดใจในประเด็นนี้สักเท่าไหร่ แม้ในขณะที่อยู่ระหว่างทำพิธีศพตามประเพณีจะมีทนายความรายหนึ่งติดต่อเข้ามาเสนอตัวเป็นผู้ดำเนินการฟ้องร้องขอความยุติธรรมตามกฎหมาย เขาก็ยังตอบปฏิเสธไป ด้วยเหตุผลว่า “ผมจะมีปัญหาทำอะไรอย่างนั้นได้” นอกจากนี้เขายังมีเหตุผลว่า “ถ้าเราทำไป หมอที่เขารักษาเขาก็ไม่ได้เจตนาใช้ไหม แต่ข้อบกพร่องก็มี เกิดขึ้นได้เรื่องข้อบกพร่อง ผมก็เห็นว่ามีคนใช้รายอื่น ๆ ที่หมอเขาจะเสียกำลังใจ” แต่ทนายความดังกล่าวก็คะยั้นคะยอพร้อมกับยืนยันว่าหากตกลงฟ้องร้องก็ไม่จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด อีกทั้งยังให้คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ “ผมก็ถามเขาว่าเพื่ออะไร ผมบอกว่าค่าเสียหายซึ่งการที่ลูกผมเสียไป เปรียบเทียบเป็นเงินเป็นทองไม่ได้ ถ้าต้องการเอาเงินจากหมอ ผมว่าผมไม่ทำดีกว่า ผมอยากให้มีจบ ๆ ไป”

ทางด้านนายแพทย์ผู้อำนวยการกล่าวถึงเรื่องการฟ้องร้องว่า ได้ข่าวอยู่ว่าทางญาติผู้ป่วยมีการติดต่อทนายเพื่อทำการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายที่ทำให้เด็กเสียชีวิตจากการรักษาเป็นจำนวนเงิน 4-5 หมื่นบาท แต่ทางพ่อแม่เด็กไม่ได้ดำเนินการทางกฎหมาย และไม่มีทนายความคนใดติดต่อมายังโรงพยาบาล

สำหรับเรื่องของการแสวงหาข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในข้อที่ว่า สาเหตุการเสียชีวิตของคนที่ใช้รายนี้คืออะไร และปัญหาอยู่ที่ไหน ทางโรงพยาบาลได้ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาสอบสวนกรณีนี้โดยเฉพาะรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ของโรงพยาบาลซึ่งรับหน้าที่เป็นประธานคณะกรรมการสอบสวนให้ข้อมูลว่า ในครั้งนั้นมีการสอบสวนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน ทั้งคณะแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาลผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งญาติผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ได้พิจารณาถึงขั้นตอนการรักษาว่าถูกต้องเหมาะสมกับอาการป่วยจริงหรือไม่ รวมทั้งสอบสวนในประเด็นการสื่อสารระหว่างญาติผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลด้วย

ผลการสอบสวนสรุปเรื่องขั้นตอนการรักษาว่า คณะแพทย์ได้ทำการรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมแล้ว คณะแพทย์ชุดนี้ทำงานอย่างเต็มความสามารถและถูกต้องทุกขั้นตอน แต่ไม่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้เพราะอาการป่วยรุนแรงและทรุดตัวอย่างรวดเร็ว จึงเสียชีวิตในที่สุด ส่วนสิ่งที่ก่อให้เกิดปัญหาก็คือ แพทย์ไม่ได้ตอบข้อซักถามหรือชี้แจงให้ญาติผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการป่วย รวมทั้งวิธีการรักษาที่แพทย์ดำเนินการอยู่

“กุมารแพทย์ 2 ท่านที่ทำการรักษาไม่ได้ตอบข้อซักถามเกี่ยวกับอาการป่วยของภักดีกับญาติผู้ป่วยด้วยเกรงว่าจะตอบคำถามได้ไม่ตรงกับแพทย์ประจำแผนก ซึ่งจะส่งผลให้ญาติผู้ป่วยเกิดความสับสนและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และเมื่อญาติผู้ป่วยได้รับคำตอบที่ไม่ชัดเจนถึงอาการและวิธีการรักษาของผู้ป่วย จึงทำให้เกิดปัญหา เพราะไม่เข้าใจ” ...นี่คือข้อสรุปของปัญหาที่เกิดขึ้นที่ได้จากผลการสอบสวนของทางโรงพยาบาล

และด้วยข้อสรุปเช่นนี้เอง หลังจากเกิดเหตุการณ์ ทางโรงพยาบาลจึงวางมาตรการป้องกันกาเกิดปัญหาต่าง ๆ ในอนาคต โดยกำหนดให้แพทย์และพยาบาลให้คำอธิบายกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยให้ชัดเจนในกรณีที่เสี่ยงกับการมีปัญหานั้น นอกจากนั้นในการรับคนไข้เข้าเป็นผู้ป่วยในจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ กล่าวคือต้องพิจารณาจากเหตุผลสองประการเป็นหลัก ได้แก่ อาการของผู้ป่วย และการร้องขอของญาติโดยมีเหตุผลที่ทางโรงพยาบาลพิจารณาแล้วเห็นว่าไม่น่าหนักพอ เช่น เหตุผลจากระยะทางในการมาโรงพยาบาล ประกอบกับตัวคนไข้รู้สึกไม่ปลอดภัยหากอยู่ไกลหมอ

ความทุกข์และภาระต่อเนื่อง

การสูญเสียลูกชายถือว่าการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ของครอบครัว ก่อให้เกิดความกดดันและความรู้สึกเสียใจอย่างท่วมท้น โดยเฉพาะแก่ผู้เป็นพ่อแม่ ซึ่งความรู้สึกเช่นนั้นเชื่อมโยงสู่ความเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน และเป็นความรู้สึกที่ยังคงอยู่กับพวกเขาจนถึงทุกวันนี้

คำถามเกี่ยวกับสาเหตุการตายที่แท้จริงของภักดี ยังคงค้างคาอยู่ในใจของพวกเขา ไม่ว่าจะเป็นคำถามที่ว่า โรคเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบที่เกิดขึ้นกับภักดีนั้นเป็นโรคที่รุนแรงเกินกว่าแพทย์จะรักษาชีวิตไว้ได้จริงหรือไม่ หรือพอจะรักษาได้หากแพทย์ใส่ใจกับการรักษามากกว่านี้ ส่วนคำถามอีกชุดหนึ่งคือ หรือว่าลูกของเขาเพียงแค่เป็นโรคทั่วไป แต่เมื่อไปถึงโรงพยาบาลแพทย์ฉีดยาให้เกินขนาดจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตในเวลาต่อมา

แม้ว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมาพบและให้คำอธิบายด้วยตัวเองไปแล้ว แต่ก็ไม่สามารถตอบข้อข้องใจต่อสิ่งที่ได้เห็นและได้มีประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล การที่ไม่ค่อยมีแพทย์มาดูแล การที่ไม่มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ๆ ที่แพทย์เองก็บอกว่าโรคสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบนี้ถือเป็นอาการป่วยที่รุนแรง ผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากโรคนี้ส่วนใหญ่ก็จะมีอาการพิการทางสมอง แต่ก็ยังไม่มีแพทย์คนใดให้

ความสนใจดูแลอาการป่วยอย่างใกล้ชิด ที่สำคัญคือในยามเกิดภาวะวิกฤติแล้วผู้เป็นพ่อต้องเรียกถึง 4 ครั้งกว่าเจ้าหน้าที่จะมาดูแลช่วยเหลือ ซึ่งทางครอบครัวก็ใจเชื่อด้วยว่า ในระหว่างนั้นเอง ภักดีหมดลมหายใจไปแล้ว การปั๊มหัวใจและใส่เครื่องช่วยหายใจช่วยอะไรไม่ได้ แต่แพทย์ไม่กล้ารับผิดชอบจึงไม่ยอมรับว่าเด็กเสียชีวิตแล้ว

คำถามที่ว่าอะไรคือสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้ภักดีเสียชีวิตเกิดจากการประมวลเอาจากและข้อสงสัยทั้งหมดข้างต้นเข้าด้วยกัน คำถามนี้จึงเป็นคำถามที่เป็นบทสรุปใหญ่ที่ทั้งครอบครัวยังคงไม่เข้าใจ ไม่ใช่คำถามเชิงเทคนิคเกี่ยวกับตัวโรคหรืออาการเท่านั้น

จากเรื่องราวที่เกิดขึ้นนี้ บางครั้งสองคนพ่อแม่ก็อดคิดไม่ได้ว่า การที่พวกเขาพาลูกไปโรงพยาบาลในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2540 นั้นคล้ายกับการพาลูกไปตาย ทั้ง ๆ ที่พวกเขาได้พยายามให้สิ่งที่ดีที่สุดกับลูกอันเป็นที่รัก เพราะเมื่อดูจากอาการขั้นแรกก่อนไปโรงพยาบาล ภักดีมีไข้สูง ถ่าย และอาเจียน ซึ่งอาการเพียงเท่านี้สามารถใช้บริการจากสถานพยาบาลที่อยู่ห่างจากบ้านไปประมาณ 500 เมตรได้ แต่ด้วยความเชื่อที่ว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมมากกว่า แพทย์เก่งกว่า พวกเขาจึงเลือกเดินทางไปโรงพยาบาลที่อยู่ไกลกว่า ทว่าสุดท้ายแล้ว สถานพยาบาลของรัฐที่เขาคิดว่าดีที่สุดสำหรับลูกชายของพวกเขาในเวลานั้นก็ทำให้เขาต้องเสียลูกไปพร้อมกับคำอธิบายที่ต้องพยายามเชื่อว่าสมเหตุสมผลแล้ว

ทางออกของพวกเขาจึงไม่มีอะไรดีกว่าการทำใจ ดังเช่นคำพูดที่ผู้เป็นแม่บอกกล่าวไว้เมื่อต้นปี 2542 นี้ “พี่ก็ยังเสียใจอยู่ ยังไม่ลืม ลืมไม่ลง ตอนนั้นก็ป๊กว่าแล้ว พ่อมันก็เสียใจ แต่ก็ต้องทำใจ ทางพี่ทำใจได้ดีกว่า ส่วนพ่อมันเป็นคนใจอ่อน”

ความหมายส่วนหนึ่งของการเป็นคนใจอ่อนคือการที่ฝ่ายพ่อนั้นมีความฝังใจลึกลับถึงกับไม่กล้าไปหรือเพียงผ่านหน้าโรงพยาบาลที่ลูกชายเสียชีวิตอีกเลย เขาไม่ข้องแวะ ไม่แวะผ่าน ไม่ร่วมสังฆกรรมใด ๆ กับโรงพยาบาลแห่งนั้นทั้งสิ้น แม้กระทั่งเมื่อได้ทราบว่าตนเองเป็นโรคหัวใจหลังจากที่ลูกชายจากไปได้ประมาณ 1 ปี ซึ่งหมายความว่าตัวเขาเองต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีการพบแพทย์ทุก 2-3 เดือน เขาก็เลือกไปรักษากับโรงพยาบาล มอ. ที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ยอมที่จะใช้เวลาเดินทางราว 2 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง และเสียค่ารถไป-กลับประมาณ 120 บาท

“ผมไม่กล้าผ่าน... (ชื่อโรงพยาบาล) ขนาดญาติไปรักษาตัวผมก็ไม่ไปเยี่ยม ผมยังจำภาพไปตลอด ทุกวันนี้ก็ยังลืมไม่ได้” คือคำบอกเล่าของพ่อผู้สูญเสียลูกชายคนเดียว

เขายกมือว่าเขาไม่ลืม ขณะเดียวกันเขาก็ไม่อยากพูดถึงเรื่องราวเจ็บปวดนั้นอีกเลย ดังนั้นเขาจึงลาออกจากงานเดิม ซึ่งก็เป็นงานลักษณะเดียวกับที่ทำอยู่ในปัจจุบันและก่อให้เกิดรายได้ที่ไม่แตกต่างกัน แต่สาเหตุที่ทำให้เขาต้องย้ายที่ทำงานก็ไม่เกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้แล้ว หากแต่เป็นเพราะเพื่อนร่วมงานที่ทำงานเก่าล้วนแต่ทราบข่าวการเสียชีวิตของภักดี ทุกคนพากันมาสอบถามและพูดถึงเรื่องที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นด้วยความอยากรู้ เห็นอกเห็นใจ หรือความรู้สึกใดก็ตาม แต่ทั้งหมดก็ทำให้เขาสะเทือนใจและต้องจมอยู่กับเหตุการณ์ดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่ต้องบอกเล่าเรื่องราวต่อผู้อื่น ในที่สุดเขาจึงตัดสินใจไปเริ่มต้นงานในที่ใหม่ ซึ่งแม้ต้องปรับตัวเข้ากับนายจ้าง เพื่อนร่วมงาน และสภาพแวดล้อมใหม่ แต่ข้อดีก็คือไม่มีใครรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของเขา

“ผมไม่เคยเล่าให้ใครฟัง ผมหลีกเลี่ยงเพราะจิตใจมันไม่คงที่ ผมไม่อยากพูดถึง อยากให้มันผ่านไป” การไม่อยากพูดถึงเรื่องนี้ การไม่ต้องการเผชิญหน้ากับสิ่งที่ทำให้พวกเขาต้องสูญเสียลูกชายคนเดียวไปคือภาพสะท้อนส่วนหนึ่งถึงความบอบช้ำทางจิตใจอย่างหนัก โดยในท่ามกลางความรู้สึกเจ็บปวดลึกซึ้งนี้ ผู้เป็นพ่อและ

แม้ต่างมีความเห็นร่วมกันว่าอยากให้เรื่องนี้จบ ๑ ไป จบไปทั้งในความหมายที่ว่าไม่มีการรื้อฟื้น ไม่ต้องการเรียกร้องอะไรจากใคร หากแต่ปล่อยให้เรื่องราวทั้งหมดประทับแน่นิ่งในความทรงจำ

เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2542 ครอบครัวของภักดีมีงานทำบุญเป็นปีที่สอง เป็นการทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลไปให้แก่เด็กชายผู้จากไปก่อนวัยอันควร ซึ่งงานเช่นนี้ยังคงจะถูกจัดขึ้นอีก เพราะพ่อแม่และญาติ ๑ ตั้งใจไว้แล้วที่จะทำบุญให้แก่เขาเป็นประจำทุก ๑ ปี ในวันครบรอบวันที่ทุกคนต้องสูญเสียเขาไป

กรณีที่ 13

ชื่อ	ชะลอ
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2538)	64 ปี
เพศ	ชาย
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	ทำนา
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	ต่อกระดูก

ข้อมูลทั่วไป

ในปี 2538 “ชะลอ” ชายชราวัย 64 ปี ตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาความผิดปกติของส่ายตา หลังจากที่น่ารำคาญใจกับอาการตาช่ายมองอะไรไม่ค่อยชัด ดูฝ้า ๆ มัว ๆ มานาน

สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดกังวลใจไปหาหมอเป็นเพราะเพื่อน ๆ ร่วมวัยเดียวกันในหมู่บ้านบอกว่าแกเองเป็นต่อกระดูก ซึ่งโรคนี้หลายคนรักษามาแล้วด้วยการให้หมอ “ลอกตา” ซึ่งจะทำให้มองเห็นอะไรได้ชัดขึ้น

ชะลอเป็นชาวนามาตั้งแต่เกิด ฐานะยากจน และไม่ได้เรียนหนังสือ จนทุกวันนี้ครอบครัวของชะลอก็ยังมีฐานะเป็นครอบครัวชาวนาจน ๆ อยู่เช่นเดิม สมาชิกในครอบครัวของชะลอประกอบด้วย ภรรยาวัยไล่เลี่ยกัน ลูกชาย ลูกสะใภ้ หลานชาย และเหลนวัย 3-4 เดือน ที่เกิดจากหลานสาวซึ่งไปทำงานอยู่ในเมืองกับสามี

ที่ผ่านมาสภาพของชะลอค่อนข้างแข็งแรง เมื่อใดที่เจ็บป่วยก็มักไปขอเจียดยาหรือฉีดยาที่อนามัยตำบล กระทั่งก่อนหน้านี้นานทางอนามัยตำบลจัดการทำบัตรผู้สูงอายุให้ ทำให้ชะลอมีสิทธิในการเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลได้ฟรี

ความหมดกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายและอยากจัดการให้อาการนัยตาฝ้ามัวทุเลาลง ทำให้ชะลอตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกในชีวิต

ทุกข์จากการรับบริการ

โรงพยาบาลที่ชะลอเดินทางไปรักษาเป็นโรงพยาบาลใหญ่ประจำจังหวัด ซึ่งเพิ่งมีจักษุแพทย์ประจำเมื่อไม่กี่ปีมานี้ และเป็นจักษุแพทย์คนเดียวของจังหวัดในขณะนั้น

วันที่ไปรักษาตัวชะลอไปคนเดียวเพราะไม่อยากจะรบกวนลูกหลาน ผลหลังการตรวจเป็นไปตามที่ได้คิดไว้ กล่าวคือชะลอเป็นต่อกระดูก แต่สิ่งที่เกินกว่าความคาดหมายคือการที่แพทย์บอกว่าชะลอต้องรับการผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมโดยเสียค่าเลนส์จำนวน 6,200 บาท ชะลอตอบไปว่าตนเองฐานะยากจนไม่มีเงิน ขอแค่ลอกตาเฉย ๆ ได้หรือไม่ และต้องเสียเงินเท่าไร แต่แพทย์ไม่ได้ตอบและมีท่าทีไม่สนใจชะลอเท่าใดนัก ได้แต่นัดวันที่จะ “ผ่าตา” ในอีกหนึ่งเดือนข้างหน้า

เมื่อถึงกำหนดนัด ชะลอเดินทางมาคนเดียวแต่เขารู้โดยห้ามไม่ให้ลูก ๆ ไปด้วย เพราะช่วงนั้นทุกคนกำลังตรากตรำกับการไถนา และเหลนไม่สบาย ในตอนนั้นชะลอเข้าใจว่าการรักษาคงเสร็จในวันเดียว แต่เมื่อไปที่โรงพยาบาลจึงได้ทราบว่าต้องนอนโรงพยาบาลก่อนหนึ่งคืน สายของวันรุ่งขึ้นจึงทำการผ่าตัด

ในขณะนั้น ชะลอเข้าใจว่าแพทย์ได้ลอกเลนส์ตาให้เท่านั้น จนกระทั่งการผ่าตัดเสร็จสิ้นจึงได้รับแจ้งว่าให้นำเงินมาจ่ายค่าเลนส์แก้วตาเทียมที่ใส่ให้แล้วจำนวน 6,200 บาท

ข้อจำกัดของระบบสวัสดิการรักษายาบาลผู้สูงอายุ

บัตรผู้สูงอายุที่ทางอนามัยตำบลจัดทำให้แก่ชะลอไม่ได้ครอบคลุมอุปกรณ์พิเศษ เช่น เลนส์ แกว์ตาเทียมสำหรับผู้ป่วยต้อกระจก ซึ่งหลายฝ่ายเห็นว่า รัฐควรแก้ไขระเบียบดังกล่าวให้ขยายสวัสดิการด้านนี้ด้วย เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเข้าถึงอุปกรณ์ชนิดนี้ได้ เพราะถือว่าเป็นอวัยวะที่ช่วยบรรเทาอาการสายตาเสื่อมสมรรถภาพจากต้อกระจก ซึ่งเกิดกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ และเป็นอุปกรณ์ที่ราคาไม่สูงมาก

นอกจากนี้ ทางราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ได้เสนอวิธีบริหารจัดการปัญหาการขาดแคลนเลนส์ แกว์ตาเทียมเฉพาะหน้าที่สามารถทำได้ในโรงพยาบาลแต่ละแห่งในเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนมีโอกาสได้ใส่เลนส์แกว์ตาเทียม โดยนำเงินส่วนเกินที่ได้จากการจำหน่ายเลนส์แกว์ตาเทียมให้แก่ผู้ป่วยที่มีสวัสดิการ ที่ในปัจจุบันระเบียบราชการให้สิทธิในการเบิกค่าเลนส์ตาได้ในวงเงิน 4,000 บาท หรือผู้ป่วยที่มีกำลังในการจ่ายเงินได้ ซึ่งราคาที่บุคคลเหล่านี้จ่ายเกินกว่าราคาทุนที่ทางโรงพยาบาลสั่งซื้อจากบริษัทขายเลนส์แกว์ตาเทียม สามารถนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาและบริหารจัดการเลนส์แกว์ตาเทียมแก่ผู้สูงอายุที่ยากจนฟรี

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามทางโรงพยาบาลมักนำเงินส่วนเกินดังกล่าวไปใช้จ่ายในทางอื่น

ชะลอไม่มีเงิน จึงขอให้เพื่อนบ้านที่ตามมาด้วยความเป็นห่วงประกอบกับได้รับการไหว้วานจากลูกสะใภ้ที่ให้มาช่วยดูแล กลับไปบอกทางครอบครัวให้นำเงินมาจ่ายค่าเลนส์ฯ ตามที่แพทย์บอก แต่ขณะนั้นครอบครัวของชะลอแทบไม่มีเงินติดบ้านเลย อีกทั้งลูกสะใภ้ ซึ่งเป็นหัวเรี่ยวหัวแรงสำคัญของครอบครัวก็กำลังรับภาระหนักในเรื่องการส่งข้าวส่งน้ำให้คนที่มาช่วยทำนา รวมทั้งต้องดูแลหลานชายวัยแบเบาะที่กำลังป่วยจึงไม่สามารถวิ่งไปหยิบยืมเงินจากใครได้ทันที

ในช่วงที่รอเงินค่าเลนส์ฯ จักษุแพทย์ได้สั่งให้ชายชราอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

“ตอนเช้าๆ หมอก็มาถามทุกวันว่า ญาติมาหรือยัง เราก็บอกยัง อีกวันก็มาถาม ญาติมาหรือยัง เราก็บอกยัง...เราก็บอกว่าไม่รู้ทำไง หมอถามทุกวัน” แกเล่า

ชะลอผัดตดในวันอังคาร กว่าที่ลูกสะใภ้จะหาเงินไปได้ก็ล่วงเข้าวันพุธของอีกอาทิตย์หนึ่ง และเมื่อถือเงินจำนวนแรก 4,000 บาทไป ปรากฏว่าแพทย์ไม่ยอมรับไว้ เพราะถือว่าได้มาไม่ครบ และได้กำหนดเส้นตายให้หางาเงินมาให้ได้ภายในเที่ยงของวันพฤหัสบดี หากนำเงินมาไม่ทันจะทำการผ่าตัดเอาเลนส์ฯ ถิ่น เพราะเลนส์ฯ ที่ใส่ให้ไม่ใช่เลนส์ฯ ของโรงพยาบาล

“ฉันยืมเงินเขามาได้สี่พันบาท ก็ไปหาปู่ก่อน คุยกับปู่สองสามคำก็ไปหาพยาบาล บอกว่าเรามีเงินไม่พอช่วย ขอจ่ายแค่นี้ก่อน พยาบาลเขาเลยบอกว่า จันเข้าไปคุยกับหมอใหญ่ข้างในแล้วกัน

ไปถึงหมอก็ถามฉันว่า ได้เงินมาไหม ฉันก็บอกว่า ฉันเอาเงินมาไม่ครบนะ มันหาไม่ทัน ขอจ่ายแค่นี้ก่อน แล้วฉันจะหามาเพิ่มให้ทีหลัง หมอบอกว่า ไม่ได้หรอก ถ้าจะจ่ายต้องจ่ายให้ครบ

เขาก็บอกฉันตอนนี้แหละว่า เลนส์ฯ ที่ใส่ให้ไม่ใช่เลนส์ฯ ของโรงพยาบาล เป็นเลนส์ฯ ของเพื่อนเขา ถ้าเราเอาเงินมาจ่ายไม่ครบเขาจะถอดออก

ฉันบอกว่า เวลาฉันมีน้อย หลานก็ไม่สบาย แต่เขาไม่เชื่อ เขาบอกว่า ใคร ๆ ก็อ้างกันอย่างนี้แหละ ฉันบอก ฉันไม่ได้อ้าง ฉันพูดจริง ๆ ถ้าหมอไม่เชื่อ หมอไปดูที่บ้านได้ หลานไม่สบายจริง ๆ เด็กมันยังอ่อนจิต สามสี่เดือนเจี๊ยะ มันยังละไปไหนไกล ๆ ไม่ได้ แล้วให้หาเงินไว ๆ แบบนี้มันต้องมีหลักทรัพย์ให้เค้าไหม้ย แต่หลักทรัพย์เราช่วงนั้นไม่มีด้วย มันอยู่ในรอกส. ในธนาคารหมด เขาบอกว่า ก็ให้ผู้ใหญ่บ้านหรือกำนันเซ็นรับรองใน

การยืมเงินก็ได้ เราบอกว่า รอหน่อยละกัน เงินให้หามาเร็ว ๆ อย่างนี้มันหาไม่ทันหรอก เขาบอกว่า ไม่ได้หรอก ต้องหามาให้เขาให้ครบ ถ้าไม่ครบไม่รับ ฉันบอกว่า ขอก่อนได้ไหม ฉันต้องดูแลหลานด้วย เขาบอกไม่ได้ เขาให้ออกาสถึงพรุ่งนี้ เขาพูดเล่นนะว่า เที่ยงวันพรุ่งนี้ ถ้าไม่เอามาให้ภายในเที่ยงวันพรุ่งนี้ เราจะเอาเลนส์ออก แล้วจะมาโทษเขาไม่ได้ละ

ฉันบอกว่า รอฉันสักนิดนะ ฉันกลับไปนี่ หลานฉันอาจไม่สบายอีก ฉันกลัวฉันอาจมาไม่ได้ เวลามันอาจคลาดเคลื่อนไปบ้าง ขอให้เห็นใจ เขาบอก เขาไม่เชื่อ พูดยังงี้ก็ไม่ฟัง เขาบอก ผมไม่รับรู้ ผมจะรอแค่เที่ยงวัน ถ้าไม่มาภายในเที่ยงวันพรุ่งนี้ เราจะเอาเลนส์ออก” นางย้อนลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในวันนั้น

ระหว่างที่ต้องวิ่งกลับไปหาเงินมาให้ครบนั้นนางไม่ได้คุยอะไรกับพ่อสามีมาก นางเกรงว่าชายชราจะสะเทือนใจ เพราะรู้อยู่แล้วว่าครอบครัวไม่มีเงิน จึงลากลับเฉย ๆ ไม่เล่าอะไรให้ฟัง

นางหาเงินไม่ทันจริง ๆ ดังที่คาดล่วงหน้า

“วันนั้นหลานไม่สบายหนักมากตัวร้อนทั้งวันทั้งคืน ฉันอุ้มหลานไปนอนมัย หมอที่นอนมัยบอกว่าถ้าคืนนี้ไข้ไม่ลดคงต้องพาไปโรงพยาบาลเหมือนกัน ฉันก็เช็ดตัวให้แกทั้งคืน โชคดีที่สายของอีกวันไข้เด็กค่อย ๆ ลดลง ฉันฝากหลานไปกับพี่สาว และก็ไปยืมเงินจากพี่สาวลุงชะลอ ยืมมาสองพันห้า เป็นค่ารถค่าเดินทางด้วย”

นางกำเงินเดินเข้าโรงพยาบาลในช่วงใกล้เที่ยงวันศุกร์ แต่พบว่าชายชราถูกแพทย์นำไปผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2 เพื่อนำเลนส์ตาออกไปแล้วตั้งแต่วันวาน

“...ปุ่นอนบนเตียง เขาไม่พูดอะไร เที่ยงข้าง ๆ เลยกบอกฉันว่า ปู่แก่ผ่าเอาเลนส์ตาออกเมื่อวานนี้แล้ว ฉันเสียใจจนไม่รู้จะพูดยังงี้ นึกไม่ถึงว่า เขาจะเอาออกจริง ๆ ...เห็นปุ่นอนป่วยบนเตียงเราก็จใจเสีย สงสารเขา เห็นเขานอนแป้ว ขำวปลาไม่ได้กินเลย เขาเจ็บมาก

“ไม่รู้จะหาวิธีไหนยังงี้เลยเดินออกมาเรื่อยเปื่อย ตอนนั้นโมโหจัด ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร โอ้โห...คนแก่แท้ ๆ ไม่มีความปราณีให้กันเลย แค่วันเดียว...”

ตัวชายชราเองนั้นเมื่อถูกนำเข้าห้องผ่าตัดอีกครั้งแกไม่ได้ขอร้องหรือต่อรองแต่อย่างใด เพราะคิดว่าถึงอย่างไรตัวเองก็ไม่มีเงินอยู่แล้ว การที่แพทย์ผ่าเอาเลนส์ ตาก็เป็นสิ่งที่ไม่าคิด เพราะเป็นเลนส์ ของเขา

แต่แม้จะยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าผู้เป็นลูกหลานก็เชื่อว่าแกมิได้รู้สึกรู้สึกละอาย ๆ กับการถูกผ่าตัดซ้ำสองด้วยสาเหตุจากความยากจน

“ถามว่า เราอยากใส่เลนส์ ใหม่ ก็ไหน ๆ ใส่ไปแล้ว เราไม่อยากผ่าออกหรอก มันเจ็บ...แต่เราไม่มีเงินจ่าย หมอก็เอาคืนไปเถอะ”

นั่นคือสิ่งที่อยู่ในใจของชายชรา

สถานพยาบาลเปิดโอกาสให้แพทย์ทำธุรกิจ

แรงจูงใจประการแรกที่ทำให้ชะลอตัดสินใจไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ก็คือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เพราะตนเองไม่ต้องการรบกวนเงินลูกหลาน ซึ่งต่างก็ยากจน แต่แพทย์กลับนำเลนส์แก้วตาเทียมมาใส่ให้ ทั้งที่ชะลอได้แจ้งความจำนงค์แล้วว่า ไม่ต้องการใส่ และทั้งที่มีทางเลือกอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับฐานะของผู้ป่วยมากกว่า เช่น การสวมแว่นตา ซึ่งมีราคาถูกกว่าเลนส์แก้วตาเทียมอย่างมาก สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ชี้ให้เห็นถึงเจตนาที่จะตัดสินใจของผู้ป่วยในการเลือกใช้บริการที่เหมาะสมกับเงื่อนไขของตนเอง รวมทั้งยึดเยื้อดบริการที่เกินจำเป็นให้แก่ผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็แสดงให้เห็นว่า ในระบบบริการบริหารของโรงพยาบาลในปัจจุบัน เปิดโอกาสให้แพทย์แสวงหาผลประโยชน์ให้แก่ตนเองได้ง่ายดายเพียงไร

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ให้สัมภาษณ์ว่า ในกรณีของเลนส์แก้วตาเทียม แพทย์สามารถนำเลนส์ ส่วนตัวมาขายแก่คนไข้ได้ เนื่องจากเลนส์ ที่ใช้มีด้วยกันหลายขนาด แต่ละขนาดจะมีความเหมาะสมกับคนไข้ที่มีสภาพสายตาแตกต่างกัน ทำให้ดูเหมือนว่า การสั่งเลนส์ มาสำรองไว้ในคลังของโรงพยาบาลให้เพียงพอทุกขนาดอยู่ตลอดเวลาเป็นกระบวนการที่มีความยุ่งยากต่อการบริหารจัดการ การขาดเลนส์ ขนาดที่ต้องการสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ แพทย์จึงสามารถนำเลนส์ ส่วนตัวมาขายร่วมได้ หรือมีเช่นนั้นก็นำให้โรงพยาบาลซื้อจากบริษัทที่ตนเองติดต่อไว้ในลักษณะเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการทำงาน ทว่าแท้จริงแล้ว การที่แพทย์มักมุ่งนำเลนส์ ส่วนตัวมาขายแก่คนไข้ก่อน โดยมีการติดต่อทำธุรกิจโดยตรงกับบริษัทผู้ผลิตและจัดจำหน่ายเลนส์ เพื่อรับซื้อในราคาขายส่งกันอยู่โดยตรง โดยเลนส์ ทั่วไปที่มีคุณภาพดีราคาขายส่งประมาณข้างละ 1,200 บาท ประเภทที่ราคาแพงกว่านั้นเป็นเลนส์ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานหรือตาอักเสบ แต่ก็ไม่สูงกว่า 4,000 บาท ผลประโยชน์ที่แพทย์จะได้รับอาจเป็นในรูปของกำไรที่ได้จากส่วนต่างราคาซื้อและขายให้คนไข้ หรือในรูปของการรับเงินจากบริษัทขายเลนส์ ที่คืนกลับมาให้ตามจำนวนเลนส์ ที่โรงพยาบาลสั่งซื้อไป

เป็นที่น่าสังเกตว่า ราคาเลนส์ ที่แพทย์นำมาใส่ให้ชะลอสูงกว่าราคาทุนหลายเท่าตัว ซึ่งส่งผลให้ญาติพี่น้องของชะลอต้องวิ่งเต้นกู้ยืมเงินในเวลาอันจำกัด และไม่สามารถหามาได้ตามกำหนด เป็นเหตุให้ชะลอต้องถูกผ่าตัดตาซ้ำสองเพื่อรับเลนส์คืน

การที่แพทย์ซื้อและทำการผ่าตัดตาของชะลอเป็นครั้งที่สอง นอกจากสร้างความทุกข์ทรมานทางกายและใจแก่ผู้ป่วย ตลอดจนจนเป็นการสร้างภาระและความวิตกกังวลให้กับญาติแล้ว ผู้ที่สูญเสียอีกฝ่ายหนึ่งก็คือ รัฐ ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการผ่าตัดที่เป็นไปเพื่อประโยชน์ทางธุรกิจของแพทย์ในครั้งนี้ทั้งหมด

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

ขณะที่เดินเรื่อยเปื่อยออกมาจากโรงพยาบาลหลังจากทราบข่าวร้ายว่าพ่อสามีถูกผ่าตัดซ้ำเพื่อนำเลนส์แก้วตาเทียมออกเพราะตนนำเงินมาไม่ทันเส้นตายที่จักษุแพทย์กำหนดไว้ ลูกสะใภ้ของชะลอได้พบกับคนที่จำได้ว่าเป็นผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ที่อยู่ประจำในห้องกิน เพราะเคยเห็นเขามาทำข่าวคราวที่มีการฆ่ากันตายในหมู่บ้านจึงเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ฟัง ทำให้ผู้สื่อข่าวคนนั้นเกิดความสนใจ ตามมาพบชะลอที่โรงพยาบาล

สิ่งที่ทำให้นางตัดสินใจเล่าเรื่องทั้งหมดแก่ผู้สื่อข่าวก็เพราะอยากให้จักษุแพทย์ผู้นี้ได้รู้ว่า สิ่งที่ทำไปนั้นไม่ถูกต้อง

หลังจากนั้นสองวัน เรื่องของชะลอก็กลายเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ติดต่อกันหลายวัน ขณะนั้น ชายชรายังต้องนอนพักอยู่ที่โรงพยาบาล เมื่อลูกสะใภ้ไปเยี่ยม ได้มีพยาบาลเข้ามาแสดงความเห็นใจ และกล่าวว่า ตนก็เห็นว่าสิ่งที่หมอทำไม่ถูก แต่ก็ไม่รู้จะช่วยอย่างไร เพราะเป็นเพียงลูกน้อง หมอสั่งอะไรก็ต้องทำ

ชาวดังกล่าวได้ทำให้ชะลอตกเป็นที่เห็นอกเห็นใจของหลายฝ่าย มีคนที่แกล้งไม่เคยรู้จักมาเยี่ยมทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน นับตั้งแต่ผู้ว่าราชการจังหวัด เข้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด สาธารณอำเภอ รวมทั้ง รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ชะลอเข้าไปผัดตาก็กมาเยี่ยมพร้อมภรรยา

ในระหว่างที่ตกเป็นข่าว ผู้สื่อข่าวได้ติดต่อขอสัมภาษณ์จักษุแพทย์ที่ทำการผ่าตัดตา โดยให้ลูกสะใภ้ของชะลอเข้าไปพร้อมกันด้วย จักษุแพทย์ได้กล่าวขอโทษต่อนางในเรื่องที่เกิดขึ้น และกล่าวว่า ไม่ได้ตั้งใจ ที่ทำไปก็เพราะเครียด และยังได้บอกกับชะลอว่าจะใส่เลนส์ ให้ใหม่ คราวนี้ใส่ฟรี แต่ชายชรารบอกว่าตนไม่ต้องการใส่แล้ว อยากกลับบ้านเท่านั้น

สิ่งที่เกิดตามมาในอีกด้านหนึ่งหลังจากเรื่องนี้ตกเป็นข่าวทางสื่อมวลชน คือการที่แพทยสภาให้ความสนใจสอบสวนข้อเท็จจริง โดยรวบรวมข้อมูลจาก 3 ทางคือ 1) ขอให้ทางราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ ประเมินในแง่วิชาชีพ 2) อาศัยเวชระเบียนผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาล 3) เชิญผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ที่ทำการรักษา เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง มาให้ข้อมูล รวมทั้ง ส่งเจ้าหน้าที่เดินทางไปรวบรวมข้อมูลจากชะลอและคนรอบครัว

การสอบสวนใช้เวลากว่า 1 ปีจึงเสร็จสิ้น สาเหตุหนึ่งเป็นเพราะความล่าช้าอย่างมากกว่าที่ทางโรงพยาบาลจะยอมเปิดเผยเวชระเบียนกรณีนี้แก่แพทยสภา

ในที่สุด แพทยสภามีมติว่ากรณีนี้จักษุแพทย์มีความผิด โดยแม้ว่าในชั้นแรก ทางราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ ซึ่งได้ดำเนินการสอบถามข้อมูลจากจักษุแพทย์ผู้นี้ได้ให้ความเห็นว่า ไม่ผิด โดยระบุว่า การผ่าตัดครั้งที่ 2 เป็นไปเพื่อช่วยรักษาอาการเลือดออกนัยตาที่เกิดหลังจากการผ่าตัดครั้งแรก อันมีเหตุจากการที่ชะลอใช้สายตามากเกินไป เนื่องจากไม่มีญาติมาช่วยดูแล ทำให้ต้องช่วยตัวเองทุกอย่างหลังผ่าตัด และขณะผ่าตัดรักษาอาการเลือดออกนัยตาดังกล่าวทำให้เลนส์ ที่ใส่ไว้กระเด็นหลุดออกมาโดยบังเอิญ สุดท้ายที่แพทย์จะนำใส่กลับคืนให้ เพราะดำเนินการผ่าตัดมานานกว่าหนึ่งชั่วโมงแล้ว หากยึดเยื้อต่อไปจะเป็นผลเสียต่อสุขภาพผู้ป่วย

แต่จากการสอบสวนและตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของทางแพทยสภาเอง ทำให้พบว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นเท็จ เนื่องจากได้มีการบันทึกระยะเวลาการผ่าตัดครั้งที่ 2 ว่าใช้เวลาเพียง 30 นาทีเท่านั้น

จากความผิดดังกล่าว แพทยสภาลงมติให้พักใบอนุญาตจักษุแพทย์ผู้นี้เป็นเวลาหนึ่งเดือน ซึ่งหมายความว่า เขายังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลที่ประจำอยู่ได้ตามปกติ เพียงแต่ไม่สามารถไปตรวจรักษาผู้ป่วยในสถานพยาบาลเอกชนเท่านั้น

ความโปร่งใสและคุณภาพการตรวจสอบกันเองในองค์กรวิชาชีพแพทย์

แม้ในที่สุดแพทย์ที่เกี่ยวข้องในกรณีนี้ได้ถูกลงโทษ แต่ในกระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริงของแพทยสภาได้สะท้อนให้เห็นปัญหาเรื่องความไม่โปร่งใสและคุณภาพการตรวจสอบกันเองของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ หรือราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องโดยตรง

ในส่วนของโรงพยาบาลที่เกิดเหตุ เมื่อทางแพทยสภาได้ติดต่อขอข้อมูลประวัติการรักษาของชะลอทั้งหมด ปรากฏว่าไม่ได้รับความร่วมมือ ต้องใช้เวลานานประมาณ 1 ปีจึงได้รับเอกสารดังกล่าว ซึ่งจากข้อมูลนี้เองทำให้พบว่า ค่าให้การของจักษุแพทย์ผู้ที่ไม่ให้แก่กรรมการแพทยสภา และราชวิทยาลัยจักษุแพทย์เป็นเท็จ

ในส่วนของราชวิทยาลัยแพทย์ฯ ต่าง ๆ จะเห็นว่า กระบวนการสอบสวนข้อเท็จจริงเพื่อให้ความเห็นต่อแพทยสภา เป็นการสอบถามข้อมูลจากฝ่ายแพทย์ฝ่ายเดียวเท่านั้น

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

ปัจจุบัน ชะลอมองอะไรไม่ค่อยเห็นเพราะเลนส์ตาเดิมถูกลอกออกไปแล้ว แต่ก็ไม่เคยคิดที่จะสวมอุปกรณ์ใด ๆ ช่วย แว่นตานั่นอย่างไรก็รู้สึกประตักประตืด ยิ่งสำหรับการใส่เลนส์แก้วตาเทียมแถมยังปฏิเสธแข็งขัน แม้ว่าหลังจากที่ตกเป็นข่าวในครั้งนั้นจะทำให้มีผู้แจ้งความจำนงค์ที่จะอุปถัมภ์ค่าใช้จ่ายเพื่อการนี้ให้ทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีบริษัทผู้จำหน่ายเลนส์ และจักษุแพทย์ผู้ที่เคยนำชะลอเข้าไปผ่าตัดซ้ำเพื่อเอาเลนส์ คืนไปแล้วครั้งหนึ่งรวมอยู่ด้วย

เหตุผลก็คือ ชะลอยังขาดต่อความเจ็บปวดที่ถูกยึดเย็บตาให้ในครั้งนั้นอย่างจับใจ

“หลายที่เลยเขาบอกจะใส่ให้ ไอ้ผมไม่เอาแล้ว โอ้โฮ ผมหวาดแล้ว มันเจ็บ” แกให้เหตุผล

ทุกวันนี้ ชะลอสามารถช่วยตัวเองได้ดีพอที่จะไม่ต้องเป็นภาระแก่ใคร เพราะความคุ้นเคยต่อสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บ้าน แต่แน่นอนว่า หากว่าชะลอสามารถมองอะไรได้ชัดเจนกว่านี้ ชายชราวัยหกสิบเศษ ซึ่งสุขภาพยังแข็งแรงเช่นแกคงทำอะไรต่ออะไรได้อีกมาก

ถ้าเพียงแค่ว่าราคาของเลนส์แก้วตาเทียมไม่ถูกตั้งไว้อย่างสูงถึงเพียงนั้น ชายชราคงมีโอกาสได้สัมผัสกับโลกที่แจ่มชัดเหมือนเช่นที่แกได้เคยมองเห็นเมื่อครั้งหนึ่งในอดีตอีกครั้งหนึ่ง ตั้งแต่เมื่อปี 2538

แทนที่จะเป็นโลกอันพร่ามัว ที่แกจำต้องอ่อนน้อมยอมรับ เพราะได้รู้รสชาติของการผ่าตัดเพื่อผ่าขี้มอดออกไปแล้วถึง 2 ครั้ง ว่ามันสร้างเจ็บปวดให้เพียงใด

กรณีที่ 14

ชื่อ	ปราณี
อายุ (ณ ขณะเข้ารับบริการ - พ.ศ. 2538)	32 ปี
เพศ	หญิง
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	ทำสวนยาง
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการสาธารณสุข	ถูกรถมอเตอร์ไซด์ชนล้ม ศีรษะฟาดพื้น มีเลือดออก และ หมดสติ

ข้อมูลทั่วไป

เมื่อตอนที่ "ปราณี" จากไปเธออายุได้ 32 ปี ทั้งสามีวัย 35 ปี ที่ร่วมทุกข์ร่วมสุขใช้ชีวิตคู่ร่วมกันมา 7 ปี ให้ตกอยู่ในความโศกเศร้าและคับแค้นใจ

การจากไปของเธอเป็นเรื่องที่อยู่เหนือการคาดคิด เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาที่มีภรรยา กำลังช่วยกันทำมาหากิน หลังจากที่ในช่วงต้นของชีวิตคู่ ทั้งสองเคยกลางแกลงต่อกัน เนื่องจากทั้งการหมั่นหมายและการแต่งงานถูกผู้ใหญ่จัดการให้ทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของทั้งคู่จึงเริ่มต้นจากการคลุมถุงชน เป็นการแต่งงานบนพื้นฐานของผลประโยชน์

แต่ด้วยความใกล้ชิดและความดีของทั้งคู่ ในที่สุดความเข้าอกเข้าใจและความรักก็ค่อยงอกงามขึ้นตามกาลเวลา จนทั้งสองร่วมดำเนินชีวิตกันอย่างเต็มใจและเป็นหนึ่งเดียว

ปราณีเป็นคนตำบลนาเตย อำเภอท้ายเหมือง จังหวัดพังงา มาตั้งแต่อ่อนแอแต่อก ส่วนสามีนั้นเดิมเป็นชาวอำเภอคลองท่อม จังหวัดกระบี่ แต่ภายหลังครอบครัวย้ายมาอยู่จังหวัดพังงา เปิดกิจการทำขนมปังขึ้นที่ตำบลโคกกลอย อำเภอตะกั่วทุ่ง เมื่อแต่งงานแล้ว เขาเป็นฝ่ายย้ายเข้าสู่ครอบครัวของเธอ และเมื่อชีวิตคู่ลงตัว ทั้งสองได้ช่วยกันทำสวนยางบนที่ดินที่แม่ของปราณีแบ่งให้ พร้อมกันนั้นฝ่ายสามียังคงทำขนมส่งโรงงานของครอบครัวของเขา ทำให้แต่ละเดือนมีรายได้ถึง 10,000 บาท โดยทั้งสองเจียดเงินจำนวน 1,000 บาทฝากธนาคารทุกเดือน ภายใต้บัญชีที่เปิดในชื่อของทั้งสองคน เป็นการเก็บสะสมเงินทองเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน

แต่แล้วความฝันนี้ก็สะดุดหยุดลงในหัวค่ำวันหนึ่งต้นเดือนกรกฎาคม 2538 เมื่อปราณีถูกรถจักรยานยนต์ชนอย่างแรงในระหว่างไปจ่ายตลาดย่านชุมชนโคกกลอย เธอล้มลงหัวฟาดพื้นหมดสติในสภาพคว่ำหน้า มีเลือดไหลออกจากบริเวณศีรษะ

ทุกข์จากการรับบริการ

“รพ. หน้าเลือด ทั้ง “คนไข้” ตาย

แค่ 4 พัน ! เงินไม่มี หมอไม่มา”

นี่คือพาดหัวข่าวของหนังสือพิมพ์รายวันฉบับหนึ่ง ประจำวันที่ 13 กรกฎาคม 2538 อันเป็นวันที่ปราณีสิ้นลมหายใจไปแล้วหลังจากถูกนำตัวเข้าออกโรงพยาบาลถึง 3 แห่ง

โรงพยาบาลแห่งแรกที่ผู้เห็นเหตุการณ์นำร่างหมดสติของปราณีส่งไปคือ โรงพยาบาลรัฐขนาด 10 เตียง ที่ปกติมีแพทย์ประจำ 2 คน แต่ในขณะนั้นเป็นเวลาประมาณ 20.00 น. แล้ว จึงมีเพียงแพทย์สาวที่เพิ่งจบประจำการอยู่คนเดียวกับพยาบาลเวรจำนวน 2 คน

บัตรบันทึกการตรวจผู้ป่วยของทางโรงพยาบาลลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2538 ระบุว่า “เมื่อแรกจับคนเจ็บ เข้ารักษายังมีความรู้สึกตัว สลับกลับไปมากับความไม่รู้สึกตัว มีระดับความดัน 130/80 มม. P 72 ครั้งต่อนาที R 32 ครั้งต่อนาที ม่านตา 2 มม. ชั่วต่อแสง ถูกมอร์เตอร์ไซค์ชน กระโหลกบุบ ได้ให้การรักษาโดยการเย็บแผล และให้น้ำเกลือ ญาติขอให้มีการรักษาต่อที่โรงพยาบาล... (ชื่อโรงพยาบาลรัฐอีกแห่งหนึ่ง)”

ตามคำบอกเล่าของแม่สามี ณ โรงพยาบาลแห่งนี้ ปราณีได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการเย็บบาดแผล บริเวณหัวคิ้วซ้ายจำนวน 24 เข็ม จากนั้นแพทย์บอกแก่แม่สามีผู้ซึ่งไปเยี่ยมดูอาการลูกสะใภ้เป็นคนแรกว่า ให้คนเจ็บนอนพักที่โรงพยาบาลสักคืนค่อยกลับบ้าน ซึ่งสร้างความสบายใจแก่ผู้ฟังอย่างมาก แต่แล้วเมื่อได้เข้าไปดูอาการคนเจ็บจริง ๆ กลับได้เห็นภาพที่สร้างความรู้สึกในทางตรงกันข้าม

“ที่นอนมีแต่เบาะเฉย ๆ ไม่มีผ้าปูที่นอน ไม่มีหมอนให้หนุนสักอันหนึ่งเลย” นั่นคือภาพที่ผู้เป็นแม่สามีได้เห็น ซึ่งสร้างความรู้สึกไม่ดี แต่ภาพที่ร้ายแรงยิ่งกว่าคือการได้พบเห็นเลือดไหลนองจากบาดแผลฉีกขาด กระรุ่งกระริ่งที่บริเวณท้ายทอย แม่และน้องชายสามีจึงเข้าไปต่อว่าต่อขานแพทย์หญิงและพยาบาลด้วยโทสะ ซึ่งแพทย์หญิงได้แต่ขอโทษขอโพยและชี้แจงว่าวันนั้นงานยุ่งมากมาตลอดทั้งวัน ประจวบกับในเวลาใกล้เคียงกัน นั้นก็มีผู้ประสบอุบัติเหตุอีกรายหนึ่งถูกส่งตัวเข้ามาด้วย

ด้วยความโกรธและไม่พอใจในการรักษาพยาบาล ญาติจึงตกลงใจอย้ายคนเจ็บไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดภูเก็ตที่มีขนาดใหญ่กว่า

ในช่วงนั้นทางฝ่ายญาติมีการแบ่งกำลังกัน โดยน้องสาวของสามีไปกับรถพยาบาลพร้อมนางพยาบาลประจำรถอีกคนหนึ่ง ส่วนแม่และน้องชายของสามีได้เดินทางกลับบ้านเพื่อไปนำเงินมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากเงินที่นำมาในตอนแรก 1,000 บาทนั้นได้ใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลและค่ารถพยาบาลไปแล้วจำนวน 800 บาท

ปราณีถูกเคลื่อนย้ายออกจากโรงพยาบาลแห่งแรกเมื่อเวลาประมาณ 21.45 น. ด้วยรถพยาบาลที่เก่าคร่ำและไม่ได้มาตรฐาน โดยในตัวรถประกอบด้วยชุดตุ๋ยอย่างง่าย ๆ ถึงออกซิเจน เปลลื้อเลื่อนมีเบาะเป็นพลาสติก และมีขนาดเล็กพอติดตัวเท่านั้น

ศักยภาพของโรงพยาบาลในระดับท้องถิ่นกับการให้บริการกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุ

ในระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบัน ประกอบด้วยสถานบริการในหลายระดับ ที่มีศักยภาพในการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยเป็นผลมาจากปัจจัยด้านบุคลากร และอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติ เนื่องจากสถานพยาบาลแต่ละระดับมีภารกิจที่มุ่งเน้นเฉพาะแตกต่างกัน

โรงพยาบาลในบางระดับมีศักยภาพจำกัดในการรับมือกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรง อันเป็นข้อจำกัดตามสภาพ เนื่องจากปรัชญาพื้นฐานของการก่อตั้งโรงพยาบาลระดับนี้มุ่งเน้นให้การรักษายาบาลขั้นพื้นฐาน อย่างไรก็ตาม ปรัชญานี้อาจถึงเวลาต้องทบทวน อย่างน้อยเพื่อให้มีความยืดหยุ่นขึ้นตามสภาพท้องถิ่น เช่น ในพื้นที่ที่เป็นเมืองท่องเที่ยวหรือพัฒนามีสภาพเป็นเมืองมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนก็น่าจะต้องตอบสนองต่อการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุมากขึ้น

ในกรณีของปราณีได้ชี้ให้เห็นถึงประเด็นหนึ่งที่สถานพยาบาลในทุกกระดับจำเป็นต้องคำนึงถึง และวางแผนเตรียมการล่วงหน้า นั่นคือ หน่วยงานของตนจะอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับกรณีผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงเกินศักยภาพการรักษาพยาบาล ณ ที่นั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีได้รับความปลอดภัยสูงสุดในช่วงเวลาอันวิกฤต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม

ต่อสภาพความเจ็บป่วยโดยเร็วที่สุด เช่น การที่สถานพยาบาลขนาดเล็ก อาทิ สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลในระดับตำบลหรืออำเภอ ให้ความสำคัญต่อความชำนาญในการพยาบาลผู้ป่วยหนักในชั้นเบื้องต้น เพื่อให้การดูแลรักษาที่ดีที่สุด รวมทั้ง มีอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา

ประเด็นที่สำคัญยิ่งกว่าก็คือ ในเมื่อสถานพยาบาลไม่มีความพร้อม ก็จะต้องตระหนักในศักยภาพที่มี แล้วพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยรายที่เกินกว่าจะดูแลได้อย่างมีขีดจำกัด ยึดเอาศักยภาพการรักษาของแพทย์ภายในสถานพยาบาลนั้นเป็นที่สุดของกระบวนการรักษา หรือปล่อยให้ผู้ป่วยคิดแก้ปัญหาตามเหตุการณ์เฉพาะหน้า โดยทางสถานพยาบาลไม่มีการเตรียมแผนงาน หรือแนวทางปฏิบัติการล่วงหน้าพอที่จะให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วที่สุดดังที่ปรากฏในกรณีนี้ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะเสี่ยงต่ออันตรายถึงขั้นเสียชีวิตในเวลาต่อมา

ดังนั้นหมายความว่า โรงพยาบาลที่มีศักยภาพไม่สูงย่อมควรจะมีความพร้อมและมีประสิทธิภาพในการส่งต่อสูง อันถือเป็นแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

รถพยาบาลเดินทางมุ่งหน้าสู่จังหวัดภูเก็ต ระยะห่างระหว่างโรงพยาบาลสองแห่งคือกว่า 40 กิโลเมตร แต่ปรากฏว่าไปไม่ถึงจุดหมาย เพราะอาการของปราณีทรุดลงอย่างมากจนต้องเปลี่ยนไปเข้าโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้กว่า เมื่อเวลาประมาณ 22.30 น. ญาติที่ร่วมเดินทางด้วยบอกว่า ในระหว่างอยู่บนรถปราณีมีอาการทุรนทุราย และพูดออกมาตลอดทางว่า “เจ็บหัว”

ส่วนเอกสารของทางโรงพยาบาลแห่งที่สองที่รับตัวไว้ระบุว่า ในห้องฉุกเฉินนั้นแพทย์แลพบผู้ป่วยได้ตรวจร่างกาย พบว่า “มีความดันโลหิต 220/20 มม. หายใจเองได้ อาการโคม่า มีบาดแผลฟกช้ำที่หน้าผากด้านซ้ายขนาด 3 ซม. และลึกขนาดยาว 4 ซม. รูม่านตาขวา 5 มม. ชั่วต่อแสง ตาซ้าย 3 มม. ชั่วต่อแสง หัวใจ ปอด ท้อง แขนขาปกติ”

แพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งที่สองนี้ ซึ่งเผอิญว่าก็คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งแรกที่กำลังมาปฏิบัติงานนอกราชการ วินิจฉัยว่าเลือดคั่งในสมอง ให้การรักษาโดยใส่ท่อหายใจ ดูดเสมหะ ให้น้ำเกลือ ฉีดยาลดความดันในสมอง (ยาลดบวม) พร้อมกับระบุให้รับนำส่ง (refer) โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่แห่งหนึ่งซึ่งมีแพทย์ผ่าตัดสมองเพียงคนเดียวของจังหวัด โดยให้นำไปเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ (CT-scan) ก่อน

เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีอุปกรณ์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจึงได้ออกมาบอกแก่ญาติ ๆ ว่าจำเป็นต้องส่งคนเจ็บไปเอกซเรย์สมองที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของเอกชนที่ในเวลานั้นทั้งจังหวัดมีอยู่เพียงแห่งเดียว ในการนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นเงินจำนวน 4,000 บาท

ปรากฏว่าในขณะนั้นบรรดาญาติ อันประกอบด้วยนางสาว น้องสาว และเพื่อนบ้านอีกคนที่บังเอิญพบที่โรงพยาบาลแห่งนั้นต่างไม่มีเงินติดตัวมาเพียงพอ

เพื่อนบ้านที่อยู่ในเหตุการณ์เล่าว่า ตนเองได้พยายามเสนอตัวเป็นประกันอยู่ที่โรงพยาบาล แล้วให้รับส่งนางสาวไปก่อน หน้าซ้ายยังได้ยืนยันว่า อย่างไรเสียเงินก็กำลังมาถึงอยู่แล้ว เนื่องจากมีการโทรศัพท์แจ้งแก่แม่สามีทราบเรื่องเรียบร้อยแล้ว แต่ทางโรงพยาบาลก็ยังปล่อยให้ปราณีอยู่ในห้องฉุกเฉินต่อไป

ทางด้านแม่และน้องชายสามีของปราณี เมื่อได้รับทราบเรื่องค่าเอกซเรย์จำนวน 4,000 บาท ได้รับติดต่อกับญาติคนหนึ่งที่อยู่ในตัวเมืองภูเก็ตให้รีบนำเงินไปที่โรงพยาบาลก่อน ส่วนทั้งสองรีบเดินทางจากภูเก็ต

กลอยนำเงิน 10,000 บาทติดตามมา แต่ครั้งมาถึงโรงพยาบาลก็พบว่า สะใภ้ถูกส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สามแล้ว ญาติที่อยู่ทางภูเกิดเองก็มาไม่ทันเช่นเดียวกัน

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

นำหญิงที่ร่วมติดรถพยาบาลไปด้วยเล่าว่า ถึงตอนนั้นปราณีอยู่ในสภาพหมดสติแล้ว นางพยาบาลได้ให้น้ำเกลือและออกซิเจนช่วยหายใจตลอดการเดินทางซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายประกันภัยบุคคลที่ 3

จากการตรวจสอบในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในช่วงปี 2538 นั้น โรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวยังไม่บริการรักษาผู้ป่วยในกรณีที่ใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถยนต์ โดยทางโรงพยาบาลเพิ่งจะขึ้นป้ายรับบริการเมื่อปี 2540 ทั้งที่กฎหมายดังกล่าวมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ พ.ศ.2535

ปัญหาในการบังคับใช้กฎหมายให้เป็นไปอย่างทั่วถึงและจริงจังดังกล่าว ส่งผลโดยตรงต่อชีวิตปราณี เพราะตามพรบ.ดังกล่าว ระบุให้ผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถยนต์ที่ถูกนำตัวไปรักษายังสถานพยาบาลหลังเกิดเหตุ มีสิทธิได้รับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลทันทีในวงเงินหนึ่งหมื่นห้าพันบาท โดยไม่ต้องมีการพิสูจน์ และค่าใช้จ่ายและค่าทำศพรวมแล้วไม่เกิน 80,000 บาท ซึ่งเพียงพอสำหรับค่าเอกซเรย์สมองของศูนย์เอกซเรย์ในจังหวัดที่เกิดเหตุ แต่เมื่อทางโรงพยาบาลมาเรียกเก็บเงินจำนวนดังกล่าวจากญาติ ทำให้ต้องเกิดการวิ่งเต้นหาเงินเป็นเวลานานกว่าที่จะครบจำนวน และในช่วงเวลาที่ญาติระดมเงินค่าเอกซเรย์สมองกันนั้นทางโรงพยาบาลก็ไม่ได้ดำเนินการใด ๆ กับปราณี จนอาการลุกลามไปถึงขั้นวิกฤตจนไม่อาจเยียวยาได้อีกต่อไป

หากการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างจริงจัง ซึ่งจะส่งผลให้ทางโรงพยาบาลเปิดให้บริการรักษาผู้ป่วยที่ใช้สิทธิตามพรบ.ประกันภัยบุคคลที่ 3 ตั้งแต่ปี 2535 ปราณีน่าจะได้รับการส่งตัวไปรับการเอกซเรย์ได้ทันทีที่แพทย์สั่ง และอาจมีต่อเนื่องให้ได้รับการรักษาทันเวลา ไม่ถูกปล่อยให้ค่อย ๆ เสียวชีวิตลงช้า ๆ ดังที่เป็น

เวลาประมาณ 23.30 น. ปราณีถูกนำส่งเข้าห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งที่สาม ซึ่งอยู่ทางด้านหน้าของตึกหลังแรกสุด ห้องนั้นมีเตียงอยู่ 4-6 เตียง มีฉากกั้นแบ่งเป็นห้องฉีดยาและห้องสังเกตอาการเล็ก ๆ อีกหนึ่งห้อง ที่นั่นปราณีได้รับการช่วยเหลือพยาบาลเบื้องต้นนายแพทย์ศัลยกรรมทั่วไปพร้อมด้วยพยาบาลอีก 2 คน

จากการสัมภาษณ์พยาบาลเวรรับผิดชอบที่ห้องฉุกเฉินที่ดูแลปราณีคนหนึ่ง และจากใบคำสั่งการรักษาของแพทย์ประจำวัน (doctors order sheet) พอสรุปได้ความว่า การช่วยเหลือเบื้องต้นที่ปราณีได้รับประกอบไปด้วย การใส่สายปัสสาวะ การดูดของเหลว การเจาะเลือด ให้น้ำเกลือ ให้ออกซิเจน ใส่เครื่องช่วยหายใจ พร้อมกับมีการเจาะเลือดให้ จากนั้นได้ส่งเข้าพักรักษาที่ ward ศัลยกรรม

ข้อมูลตามใบบันทึกการพยาบาล (รายงานประจำวันผู้ป่วย) แสดงให้เห็นว่า หลังใช้เวลาที่ห้องฉุกเฉินไปประมาณ 20 นาที ปราณีถูกนำส่งถึง ward ศัลยกรรมหญิงในอาการหมดสติไม่รู้สีกตัว ไม่ลืมตา ม่านตาขวา

ขยาย 6 มม. ซ้ำต่อแสง ม่านตาซ้าย 4 มม. ซ้ำต่อแสง ยังคงชักแขนขาหนีเมื่อพยายามไล่ท้อช่วยหายใจให้ R 18 ครั้ง/นาที ให้น้ำเกลือ การเต้นของหัวใจ p 48 ครั้ง/นาที r 18 ครั้ง/นาที

จากนั้นอีก 10 นาทีต่อมา พยาบาลได้โทรศัพท์รายงานอาการของผู้ป่วยรายนี้ให้นายแพทย์ศัลยกรรมประสาททราบ ซึ่งแพทย์ออกคำสั่งให้รีบนำตัวส่งไปเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์ ปรานีจึงต้องออกเดินทางอีกครั้งไปยังศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่ ตำบลสามกอง โดยครั้งนี้สามีของเธอร่วมเดินทางไปด้วย

การกระจายเทคโนโลยีที่ไม่เป็นธรรม

ในช่วงเวลาที่เกิดเหตุนี้ที่จังหวัดภูเก็ตมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT-scan) เพียงเครื่องเดียวในศูนย์เอกซเรย์ของเอกชนอยู่ที่ ตำบลสามกอง ส่วนในปัจจุบัน (2542) เครื่อง CT-scan มีเพิ่มขึ้นรวมเป็น 3 เครื่อง(ในโรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง โรงพยาบาลรัฐ 1 แห่ง)

ในกรณีของปรานี จะเห็นได้ว่าในช่วงเวลาหลังจากประสบอุบัติเหตุ ซึ่งทำให้ปรานีมีอาการเลือดคั่งในสมอง อันเป็นอาการที่ทรุดลงได้ในเวลาอันรวดเร็ว ขั้นตอนเพื่อทำการวินิจฉัยอาการทางสมองได้ดำเนินไปอย่างยาวนาน โดยเวลาจำนวนมากถูกใช้ไปกับการพาผู้ป่วยเดินทางไปเอกซเรย์ยังศูนย์คอมพิวเตอร์เอกชน ซึ่งเป็นแห่งเดียวที่มีอยู่ในขณะนั้น ทั้งที่นโยบายรัฐมีแนวทางการพัฒนาส่งเสริมให้ภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยวมาก่อนหลายปีแล้ว

เมื่อกลับถึงโรงพยาบาลอีกครั้ง ปรานียังคงถูกนำตัวเข้าพักที่ ward ศัลยกรรมหญิง ในขณะที่พยาบาลนำฟิล์มและชาร์ตแสดงผลเอกซเรย์ไปให้แพทย์ดูที่ห้องผ่าตัด ซึ่งรายงานจากการ CT-scan ระบุว่าพบก้อนเลือดขนาด 2x3x3 ซม. สำหรับเวลาในขณะนั้นตามที่มีการบันทึกไว้คือล่วงเข้าสู่วันที่ 8 กรกฎาคมมาได้ 1 ชั่วโมงแล้ว ครั้นอีก 15 นาทีต่อมา แพทย์ได้เข้าเยี่ยมอาการคนไข้และให้การรักษาเพิ่มเติม ติดตามด้วยการพูดคุยกับญาติเกี่ยวกับอาการและการรักษา

ปัญหาความขาดแคลนแพทย์เฉพาะทาง

ญาติต้องพาร่างที่บาดเจ็บสาหัสของปรานีตระเวนไปตามโรงพยาบาลถึง 3 แห่งจึงถึงมือแพทย์ที่มีความชำนาญพอที่จะรักษาอาการเจ็บป่วยของปรานีได้

ในประเทศไทยยังมีแพทย์ศัลยกรรมประสาท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความชำนาญในการผ่าตัดสมองจำนวนน้อยมาก โดยเชื่อว่า ทั่วประเทศมีอยู่ประมาณ 10 คน เฉพาะในเขตพื้นที่ที่ปรานีประสบอุบัติเหตุ เมื่อปี 2538 มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้อยู่เพียง 2 คน และแม้จะเพิ่มเป็น 3 คนแล้วในปัจจุบัน แต่แพทย์เหล่านี้ก็ยังคงทำงานหนัก และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่มีโอกาสได้เข้าถึงบริการได้ทันเวลา เนื่องจากในในพื้นที่ดังกล่าวมีผู้ประสบอุบัติเหตุจากยานพาหนะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากมอเตอร์ไซด์ทุกวัน วันละหลายราย ภายใต้การบังคับใช้กฎหมายหมกมุ่นกันนอกรีตที่ยังไม่เป็นจริง

การขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในโรคที่มีอุบัติการณ์สูงเช่นนี้ ทำให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพเช่นเดียวกับปรานีมีอยู่มากมายทั้งที่ผ่านมา และในอนาคต

อย่างไรก็ตาม กล่าวสำหรับแนวทางการป้องกันอุบัติเหตุในลักษณะเดียวกับที่เกิดขึ้นกับปรานีที่ดีที่สุดย่อมอยู่ที่การลดอุบัติเหตุโดยมาตรการทางจราจรและการลดความรุนแรงโดยการสวมหมวกนิรภัย มาตรการเช่นนี้มีความสำคัญและมีประสิทธิภาพมากกว่าการรักษา ซึ่งทำได้ยาก ไม่ได้ผลดี อีกทั้งเป็นเพียงการแก้ปัญหาปลายเหตุ

สามีของปราณีเล่าว่า แพทย์ศัลยกรรมประสาทคนดังกล่าวบอกกับเขาว่า คนไข้มีอาการหนักมากจากการที่ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง เลือดคั่งในสมองมากแล้ว ยากที่จะช่วยเหลือให้รอดชีวิตได้ และได้ถามเขาว่า "คุณทำใจได้ไหม คุณส่งคนเจ็บมาช้า"

ประโยคหลังของคำถามสร้างความงุนงงแก่เขาอย่างมาก แต่กระนั้นในเบื้องต้น เขาก็ยังเข้าใจว่า สิ่งที่ต้องทำใจหมายถึงว่า การผ่าตัดอาจส่งผลให้ภรรยาต้องมีอาการทางประสาท ป้า ๆ เป๋ ๆ ซึ่งเขابอกกับตัวเองว่า 'ก็ยังพอรับกันได้ ขอให้ช่วยชีวิตไว้เถอะ'

แต่เมื่อความหมายที่แท้จริงคือ แพทย์ตกลงใจที่จะไม่ผ่าตัดให้ เขาจึงรู้สึกอย่างรุนแรงว่า ถ้อยคำ "...ส่งคนเจ็บมาช้า" นั่นคือการย่ำว่าเป็นความผิดของฝ่ายญาติ ในขณะที่ตัวแพทย์เองก็ได้ปิดความรับผิดชอบส่วนตัวไป ทั้งที่เวลาที่เสียไปกับการรอแพทย์ก็นานมิใช่น้อย กล่าวคือเขาระบุเวลาว่า หลังจากทางโรงพยาบาลแห่งที่สามนี้รับตัวปราณีเข้าสู่ห้องฉุกเฉินเมื่อเวลาประมาณ 23.30 น. กว่าพยาบาลจะเรียกตัวให้ร่วมกันพาปราณีไปเอกซเรย์สมองนั้นก็เป็นเวลาถึง 01.00 น. แล้ว และเมื่อกลับถึงโรงพยาบาล เวลาที่ผ่านไปอีกประมาณครึ่งชั่วโมงจึงได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ถึงผลการวินิจฉัย ดังนั้นรวมแล้วเท่ากับเสียเวลากับการรอแพทย์ผู้นั้นนานเกือบ 2 ชั่วโมง ซึ่งตลอดเวลานั้น เขาเข้าไปสอบถามอาการและความคืบหน้ากับพยาบาลหลายครั้งได้รับแต่คำตอบว่าต้องรอหมอก่อน โดยผู้ตอบแสดงกิริยาที่ไม่ดีด้วย

อย่างไรก็ดี ความคลาดเคลื่อนเรื่องระยะเวลานี้ไม่อาจหาข้อสรุปได้ ตรงกันข้ามกับชีวิตของปราณีที่ถึงบทสรุปอย่างชัดเจนนับแต่เวลานั้น

"คนไข้รายนี้ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงมาก ต่อให้ทำ ดีที่สุดก็ช่วยชีวิตไม่ได้แล้ว ซึ่งถ้าไม่รอดแล้ว สมองไม่สั่งงานแล้ว โดยหลักการของหมอจะรักษาเท่าที่ทำได้ แต่ไม่เต็มที่มากนัก เพราะคิดว่าไม่มีประโยชน์ที่จะพยายามอย่างเต็มที่ต่อไป แต่ยืนยันได้ว่าผมรักษาคอนไท์ทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติใด ๆ ทั้งสิ้น"

นั่นคือคำกล่าวของผู้ที่ในเวลานั้นเป็นนายแพทย์ศัลยกรรมเพียงคนเดียวของจังหวัดภูเก็ต ซึ่งชี้แจงหลักการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาว่า สำหรับคนไข้ที่วินิจฉัยแล้วคิดว่าต้องเสียชีวิตแน่นอนจะไม่รักษาอย่างเข้มข้นมากนัก จะเพียงแต่ใช้เครื่องช่วยหายใจเท่านั้น ซึ่งหมายความว่าเวลาที่เหลือก็จะรอจนคนไข้หัวใจหยุดเต้นไปเอง

เมื่อแรกที่บรรดาญาติ ๆ ได้รับทราบว่าหมดหวังที่จะช่วยชีวิตของปราณีแล้ว ต่างใช้เวลาชั่วครู่หนึ่งในการยอมรับและทำความเข้าใจ แต่ทั้งสามีและญาติคนอื่น ๆ ก็ยังไม่ยอมจำนน พยายามหาทางติดต่อโรงพยาบาลอื่น ๆ ภายในจังหวัด รวมทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในจังหวัดอื่น ๆ ในแถบภาคใต้ตอนล่าง แต่ที่สุดก็ต้องยอมรับความจริงที่ว่า โรงพยาบาลแห่งที่สามที่รับตัวปราณีไว้ไม่มีศักยภาพทางการแพทย์ที่ดีที่สุดแล้วสำหรับการณีการเจ็บป่วยเช่นนี้

ดังนั้นเอง ตลอดวันถัดมา ตรงกับวันที่ 8 กรกฎาคม ปราณีจึงมีลมหายใจโดยสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจอยู่ที่ ward ศัลยกรรมหญิง ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ มีการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดและให้ออกซิเจน รวมทั้งการบันทึกอาการอย่างต่อเนื่อง โดยที่เมื่อเวลาผ่านไป ๆ บัจฉยที่แสดงถึงความมีชีวิตต่าง ๆ ก็เริ่มแสดงผลในทางลบลงเรื่อย ๆ ไม่ว่าจะเป็นม่านตาที่เริ่มค้างถาวร การไม่รู้สึกตัว ไม่ลืมตา ไม่ตอบสนอง ในขณะที่ระดับความดันโลหิต การเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิร่างกาย ทุกส่วนล้วนแต่ค่อย ๆ เคลื่อนไหวช้าลง

แล้วในวันต่อมาเธอก็เริ่มหายใจตามเครื่อง จนกระทั่งวันที่ 10 กรกฎาคมเริ่มมีกลิ่นเหม็นออกมาจากร่างกายในปาก และในท่อช่วยหายใจ การวัดความดันโลหิตเริ่มทำไม่ได้ มีไข้สูง ในวันถัดมาเวลา 07.00 น.

พยาบาลได้โทรรายงานให้แพทย์รับทราบ bahwa หัวใจคนเจ็บหยุดเต้นแล้ว แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นถึงแก่กรรม และอนุญาตให้ญาติถอดเครื่องช่วยหายใจออก เป็นอันจบชีวิตของปราณีอย่างเป็นทางการ

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

การสูญเสียภรรยาที่รักสร้างความเศร้าเสียใจแก่ผู้เป็นสามีมาก อีกทั้งเขายังมีความรู้สึกคับแค้นใจต่อกระบวนการรักษาของโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนทั้ง 3 แห่ง ดังนั้นเมื่อบังเอิญได้พบผู้สื่อข่าวที่ประจำอยู่บนโรงพักในขณะที่ไปทำเรื่องขอย้ายศพภรรยาออกจากห้องที่จังหวัดภูเก็ต เขาจึงเข้าไปร้องเรียนและเล่าเรื่องให้ฟังด้วยวัตถุประสงค์ว่า “หวังให้เกิดความเป็นธรรมกับชีวิตมนุษย์”

การร้องเรียนต่อผู้สื่อข่าวโดยสามีของปราณีประสบผลเต็มที่ มีหนังสือพิมพ์ถึง 2 ฉบับให้ความสนใจนำเสนอข่าวเรื่องราวที่เกิดขึ้น ในวันที่ 12 และ 13 ฉบับหนึ่งซึ่งวางขายทั่วประเทศพาดหัวว่า “รพ.หน้าเลือด ทั้ง ‘คนไข้’ ตาย” ส่วนหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นพาดหัวว่า “รถเฉี่ยว-สลับ หามส่ง 3 รพ.” เนื้อหาข่าวมุ่งประเด็นไปที่การเรียกเก็บเงินค่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลแห่งที่สอง และมีการพาดพิงถึงความสะเพร่าในการรักษาของโรงพยาบาลแห่งแรกเล็กน้อย ส่วนโรงพยาบาลแห่งสุดท้ายเพียงถูกกล่าวถึงเล็กน้อย

เนื้อหาข่าวเสมือนเป็นตัวแทนความรู้สึกของผู้ให้ข่าวนั่นเอง เพราะเขาจะบ่งชี้ที่อยากให้เกิดการแก้ไขว่า “อยากขอให้ทางโรงพยาบาลอย่าพยายามเรียกเงินก่อนทำการรักษา ขอให้รีบช่วยผู้ป่วยก่อน” ซึ่งประเด็นดังกล่าวพุ่งเป้าไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สองอย่างชัดเจน ส่วนกรณีของโรงพยาบาลแห่งที่สามที่เป็นสถานพยาบาลของรัฐนั้น เขาตั้งใจในเชิงของตัวบุคคลมากกว่าองค์กร โดยเขาได้ตั้งข้อสมมติฐานขึ้นเองว่า เหตุที่ต้องคอยแพทย์นานเป็นชั่วโมงก็เพราะแพทย์มักไปรับงานนอกที่โรงพยาบาลเอกชน ซึ่งทางฝ่ายแพทย์คัดลกรรมประสาทให้สัมภาษณ์ถึงประเด็นกล่าวหานี้ว่า ในช่วงนั้น นอกจากงานประจำที่โรงพยาบาลดังกล่าวแล้ว เขามีงานนอกที่โรงพยาบาลเอกชนอีกแห่งเดียวเท่านั้น และไม่เคยทำคลินิกด้วยซ้ำ

ส่วนทางโรงพยาบาลเอกชนที่รับตัวปราณีเข้ารักษาเป็นแห่งที่สอง ในฐานะที่เป็นผู้เสียหายจากการรายงานข่าวมากที่สุด ได้รับทำการสืบสวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการโทรศัพท์ไปดื้อว่าสื่อมวลชนทั้ง 2 ฉบับจากนั้นในวันที่ 14 กรกฎาคม ได้ทำหนังสือชี้แจงข้อเท็จจริงแก่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น คนไข้ประจำของทางโรงพยาบาล และในวันเดียวกันได้รายงานการรักษาผู้ป่วยถึงแพทย์สภาและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตด้วย ซึ่งทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลยืนยันว่า ทั้งสองหน่วยงานไม่ได้ตั้งใจในผลรายงานที่ส่งไปนั้นเลย

ในส่วนของสื่อมวลชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ออกรายการวิทยุ สวท. ภูเก็ตชี้แจงรายละเอียดที่เกิดขึ้น ในขณะที่หนังสือพิมพ์ฉบับที่วางขายทั่วประเทศก็ได้ตีพิมพ์การชี้แจงของทางโรงพยาบาลลงในพื้นที่หน้าในของหนังสือพิมพ์ฉบับประจำวันที่ 15 กรกฎาคม

นอกจากนี้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น และคณะเจ้าหน้าที่รวม 7 คน ยังได้เดินทางไปร่วมงานศพของปราณีซึ่งจัดขึ้นที่บ้านในตำบลนาเคียดด้วย การพูดคุยระหว่างทางโรงพยาบาลกับสามีผู้เพิ่งสูญเสียภรรยาเต็มไปด้วยอารมณ์เดือดและใช้เวลานาน ซึ่งสามีของผู้เสียชีวิตเล่าว่า ในคณะที่เดินทางไปงานศพนั้นมีผู้สื่อข่าวรวมอยู่ด้วย แต่ไม่มีการแนะนำหรือแสดงตัวให้ทางญาติได้ทราบ ดังนั้นการพูดคุยของทางโรงพยาบาลนอกจากจะพยายามปลอบใจและทำความเข้าใจแล้วยังหวังเพื่อเป็นการแก้ข่าวด้วย ในขณะที่นั้นตัวเขาเองกำลังอยู่ในภาวะเศร้าเสียใจ ยังคงร้องไห้อย่างหนัก เขาได้ชี้แจงถึงเหตุผลที่ฟ้องกับนักข่าวว่าเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมจากทั้ง 3 โรงพยาบาล และถกเถียงกับทางโรงพยาบาลจนกระทั่งเป็นลมหมดสติ

ด้านผู้อำนวยการโรงพยาบาลกล่าวว่า ทางโรงพยาบาลเป็นห่วงเรื่องจิตวิญญาณของผู้สูญเสียดังเช่นสามีของปราณีอย่างมาก นับแต่วันนั้นจึงได้ส่งศาสตราจารย์ไปเยี่ยมครอบครัวนี้ที่บ้านนาเคียดอีกหลายครั้ง

สำหรับสาระหลักในหนังสือชี้แจงของโรงพยาบาลอยู่ที่การยืนยันถึงความพยายามของบุคลากรในการทำหน้าที่เพื่อช่วยชีวิตปราณีอย่างเต็มที่ 100 เปอร์เซ็นต์ อีกทั้งได้ระบุว่า ขณะที่คนเจ็บมาถึงโรงพยาบาลนั้น แม้ยังสามารถหายใจเองได้ แต่มีอาการเข้าขั้นโคม่าแล้ว และใช้เวลาอยู่ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพียง 30 นาทีเท่านั้น

ส่วนประเด็นเรื่องค่าเอกซเรย์สมองด้วยคอมพิวเตอร์มีการชี้แจงว่า ทางเจ้าหน้าที่ได้บอกแก่ทางญาติถึงความจำเป็นและจำนวนเงินที่ต้องใช้ ตลอดจนได้สอบถามว่าได้เตรียมเงินมาหรือไม่ ซึ่งเมื่อญาติบอกว่าไม่ได้เตรียมมา ทางโรงพยาบาลก็จะออกไปส่งตัวและรับรองค่าใช้จ่ายให้ อีกทั้งได้เตรียมติดต่อไปยังโรงพยาบาลแห่งที่สามล่วงหน้าแล้ว แต่เนื่องจากคนไข้เกิดอาการทรุดหนักเสียก่อน แพทย์ผู้รักษาก็ตัดสินใจส่งตัวตรงไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นทันที โดยไม่ต้องแวะที่ศูนย์เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวถือเป็นดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษาในขณะนั้น

ผู้บริหารของโรงพยาบาลเชื่อว่า จุดนี้เองจะทำให้ญาติเข้าใจผิดว่าทางโรงพยาบาลไม่รับรักษาเพราะเรียกเก็บเงินไม่ได้ ดังนั้นปัญหาจึงเกิดจากการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับญาติ ภายหลังจากเกิดเหตุการณ์นี้แล้ว ทางโรงพยาบาลจึงมีการประชุมสรุปบทเรียนเพื่อหาทางป้องกันการเกิดปัญหาลักษณะนี้ซ้ำขึ้นอีก โดยมีการจัดทำลำดับขั้นตอนการปฏิบัติและสื่อสารกับญาติผู้ป่วย (protocol) ระบุให้เจ้าหน้าที่ระดับรองไม่ให้มีการพูดเรื่องเงินขึ้นมาอีกจะทำให้ญาติตกใจและเข้าใจผิดได้ และในขั้นตอนควรที่จะนำผู้ป่วยไปทำคอมพิวเตอร์สมองก่อนแล้วรีบนำกลับมาพักในห้องผู้ป่วยอาการหนัก (ไอซียู) รับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลไปก่อน จากนั้นจึงค่อยติดต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาวินิจฉัย

อย่างไรก็ดี สำหรับความคิดเห็นของผู้ที่ต้องสูญเสียภรรยา เขายังคงคิดว่าเหตุใดทางโรงพยาบาลจะต้องกล่าวถึงค่าใช้จ่ายกับญาติ ในเมื่อตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้บริโภคจากกรณีนี้ มีวงเงินค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 15,000 บาทเป็นหลักประกันเบื้องต้นอยู่แล้ว โดยเขายืนยันว่ารถมอเตอร์ไซด์ที่ชนภรรยาได้ทำประกันอยู่กับบริษัทประกันภัยแห่งหนึ่งอย่างแน่นอน และในวันที่ 8 กรกฎาคม ทางบริษัทประกันของคู่กรณียังได้นำเงินจำนวน 15,000 บาทมาให้ที่โรงพยาบาลเป็นค่ารักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย ซึ่งเงินจำนวนนี้มีการมอบให้แก่ญาติคนหนึ่งเป็นผู้ไปจัดการ แต่ทางโรงพยาบาลแห่งที่สามก็มิได้ติดต่อกับเรื่องนี้ตั้งแต่วันแรกรับตัวคนเจ็บเช่นกัน

ในประเด็นนี้ ตามเอกสารลงวันที่ 10 กรกฎาคม 2538 ของฝ่าย พ.ร.บ. ของโรงพยาบาลแห่งที่สามระบุว่า ทางโรงพยาบาลได้ติดต่อขอหลักฐานจากทางญาติแล้ว แต่ได้รับหลักฐานไม่ครบ จึงได้นัดให้ญาตินำหลักฐานในส่วนที่ขาด ซึ่งได้แก่ใบขับขี่ของคนขับ สำเนากรมธรรม์ประกันภัย และสำเนาสมุดคู่มือรถ มาให้ในวันที่ 13 กรกฎาคม ซึ่งไม่ทันที่จะหามาให้ได้ คนเจ็บก็เสียชีวิตไปเสียก่อน ญาติจึงต้องจ่ายเงินเอง

สำหรับยอดรวมค่ารักษาที่ญาติต้องจ่ายแก่โรงพยาบาลแห่งที่สองเป็นเงินทั้งสิ้น 952 บาท ในขณะที่ใบเสร็จค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลแห่งที่สามรวมแล้วเป็นเงิน 3,560 บาท

ทางด้านแพทย์ผู้ดูแลปราณีเป็นคนสุดท้าย ให้ความเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้นในภาพรวมว่า “เรื่องนี้ควรโทษโรงพยาบาลหรือไม่คงบอกไม่ได้ เพราะความสามารถของหมอแต่ละคนคงไม่เท่ากัน วิธีการช่วยเหลือคนไข้ก็แตกต่างกัน การส่งต่อคนไข้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ถ้าไม่ติดคนไข้ก็แค่ตั้งแตงโม เมืองไทยบกพร่องตั้งแต่ขั้นพื้นฐานแล้ว ความจริงต้องมีคนที่มีความรู้เรื่องปฐมพยาบาลที่ดีพอ มีอุปกรณ์ช่วยเหลือชีวิตอยู่ในรถพยาบาล ซึ่งเมืองไทยทำไม่ได้ดีเพราะขาดเงิน” อย่างไรก็ตาม สำหรับกรณีของปราณีนั้น นายแพทย์ผู้นี้กล่าว

ว่า ไม่ขอโทษโรงพยาบาลใดทั้งสิ้น รวมทั้งทางโรงพยาบาลแห่งที่สองเองคงทำดีที่สุดแล้วเช่นกัน ไม่เช่นนั้นคงไม่รอดมาถึงโรงพยาบาลแห่งที่สามอย่างแน่นอน

ความทุกข์และภาระต่อเนื่อง

“ถ้าฉันเป็นอะไรไป เธอจะอยู่ที่บ้านหลังนี้อย่างลำบากใจ” คำพูดนี้ ปราณีเคยกล่าวแก่สามีเมื่อครั้งเธอกับเขารักและเข้าใจกัน และหลังเธอจากไป เขาก็ได้พบบทพิสูจน์ความจริงแห่งคำพูดนี้

ในฐานะที่เป็นเขยคนนอกอยู่ภายในครอบครัวของภรรยาที่ไม่มีตัวตนอยู่เสียแล้ว สามีของปราณีก็เริ่มมีปัญหากับแม่ยายและน้องสาวภรรยา เกิดภาวะบีบคั้นทั้งจากการกระทำและคำพูดหยาบคาย จนในที่สุดเริ่มมีการทวงถามเรื่องดอกผลและกำไรที่ออกเงยขึ้นจากผืนดินที่เป็นสมบัติซึ่งแม่ยายโอนให้แก่ลูกสาว

ดังนั้นเพียงไม่ถึงปีที่ปราณีจากไป สามีก็ออกจากครอบครัวของเธอย้อนกลับไปอยู่กับแม่ของเขาเอง แต่ความขัดแย้งเกี่ยวกับผลประโยชน์ก็ยังไม่สิ้นสุด ตรงกันข้ามกลับขยายความรุนแรงไปถึงขั้นเป็นความกัน โดยสามีของปราณีได้ตัดสินใจตัดขาดจากที่ดินผืนที่เป็นของภรรยา ละทิ้งสวนยางและสวนสะเดาเทียมที่เขาเองริเริ่มปลูกไว้โดยได้รับการส่งเสริมจากองค์การสงเคราะห์สวนยาง แต่ฟ้องร้องต่อศาลเรียกทรัพย์สินจากเรี่ยวแรงของตนเองเป็นจำนวน 200,000 บาท

สามีของปราณียังมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอีกด้วย เขาหันไปพึ่งพาเสพติดสิ่งมีนเมากลายเป็นคนขี้เหล้าเมายาที่แม้แต่พ่อแม่พี่น้องของตนเองยังเอือมระอา ถึงแม้ว่าจะเข้าใจและเห็นอกเห็นใจก็ตาม

ต้องใช้เวลาช่วงหนึ่ง ในที่สุดเขาจึงได้คิดและลุกขึ้นเปลี่ยนตัวเองอีกครั้ง โดยเมื่อเริ่มคิดว่าจะหยุดชีวิตเช่นนั้นแล้วก็ได้บวชเป็นพระจำวัดแถวบ้านอยู่เกือบปี ก่อนจะสึกออกมาเริ่มต้นชีวิตใหม่ ช่วยงานในโรงงานขนมปังของครอบครัวจนกระทั่งปัจจุบัน

กรณีที่ 15

ชื่อ	ชัยรัตน์
อายุ(ณ ขณะเข้ารับบริการ – พ.ศ.2540)	29 ปี
เพศ	ชาย
สถานภาพ	สมรส
อาชีพ	พนักงานส่งเอกสารบริษัทเอกชน
อาการที่ทำให้เข้ารับบริการทางสาธารณสุข	ลึนหัวใจผิดปกติ

ข้อมูลทั่วไป

“ชัยรัตน์” เป็นชายหนุ่มรูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ ดูจากลักษณะภายนอกเขาเหมือนคนธรรมดาทั่วไป ไม่มีสัญญาณใด ๆ ส่อแสดงให้เห็นแม้แต่หน่อยว่า เขากำลังถูกคุกคามด้วยโรคประจำตัวถึง 2 โรค คือ ลึนหัวใจผิดปกติ และติดเชื้อเอชไอวี

ขณะนี้ เขาเป็นพนักงานของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง โดยทำงานให้กับที่นี้ตั้งแต่สำนักงานยังเป็นตึกแถว จนบัดนี้ก็มีตึกโอ่อ่าเป็นของตนเอง รวมเวลาได้ร่วมสิบปีมาแล้ว ตำแหน่งหน้าที่เขยิบก้าวไปข้างหน้าทีละขั้น จากพนักงานส่งเอกสารค่อย ๆ ไต่เต้าไปสู่ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับฝีมือในเชิงช่าง โดยมีเจ้านาย ซึ่งเห็นแววความสนใจด้านอิเล็กทรอนิกส์ของเขา เปิดโอกาสให้เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อปี 2530 ชัยรัตน์อายุได้ 19 ปี เขาเป็นเด็กหนุ่มรูปร่างผอมบาง น้ำหนักตัวแค่ 40 กก. ใช้ชีวิตเป็นเด็กวัดอยู่ที่จังหวัดนนทบุรี ขณะนั้นเขากำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนศึกษาผู้ใหญ่ และเริ่มรับรู้ถึงความผิดปกติบางอย่างในร่างกาย เพราะทั้ง ๆ ที่กำลังอยู่ในวัยฉกรรจ์ กลับรู้สึกเหนื่อยเอาง่าย ๆ เวลาเดินขึ้นไปยังห้องเรียนที่อยู่บนชั้น 5 ของอาคาร และต่อมาอาการเริ่มน่ากลัวยิ่งขึ้น โดยไอออกมาเป็นเลือดจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ จนในที่สุด พระที่วัดต้องจัดการพาส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล ในช่วงนี้เองที่แพทย์ตรวจคลื่นหัวใจพบว่าเขาเป็นโรคลึนหัวใจเร็ว และแนะนำให้รักษาด้วยการใช้ยาคุมอาการไปเรื่อย ๆ

ชัยรัตน์หาทางดิ้นรนรักษาตัวให้หายขาด โดยไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ชำนาญการรักษาโรคประเภทนี้โดยเฉพาะ จนในที่สุด เขาก็ได้รับการผ่าตัดเพื่อเปิดถ่างลึนหัวใจในปลายปีนั้นเอง

การผ่าตัดในครั้งนี้ แพทย์ได้พบว่าลึนหัวใจอีกข้างหนึ่งของเขาก็มีอาการผิดปกติ คือมีรอยร้าว แต่เนื่องจากเห็นว่ายังเป็นเพียงเล็กน้อย จึงบอกให้ชัยรัตน์รอผ่าตัดเพื่อรักษาส่วนนี้ในอีก 5 ปีข้างหน้า

หลังการผ่าตัด เขาได้งานที่มั่นคง และเริ่มต้นชีวิตครอบครัวในปี 2434 จนกระทั่งปี 2538 ก็ได้ลูกสาวคนแรก ชีวิตของชัยรัตน์ในช่วงนี้เต็มไปด้วยความสุข เหม่มางานและหมั่นหาความรู้เพิ่มเติม “ไม่ยอมเป็นแค่ศูนย์ แต่อยากไปหนึ่ง สอง สาม สี่ ห้า...” เขาตั้งความหวัง

ภรรยาของชัยรัตน์เป็นลูกจ้างในกรมทหาร ด้วยความมีน้ำใจและกตัญญูของทั้งคู่ สมาชิกในครอบครัวจึงคับคั่งถึง 8 คน นอกจาก 3 พ่อแม่ลูก ยังรวมถึงแม่ของชัยรัตน์ และญาติฝ่ายภรรยา คือ แม่ น้องสาว และหลานอีก 2 คน ซึ่งทั้งหมดมีเขาและภรรยาหน้าที่สองแรงแข็งขัน ช่วยกันหารายได้มาเลี้ยงดู

แต่แล้วชีวิตที่กำลังก้าวไปข้างหน้าพลันต้องสะดุด เมื่ออาการของโรคหัวใจที่เคยคุกคามเขาเมื่อสิบปีก่อน กลับมาอีกครั้งในช่วงปลายปี 2540

ทุกข์จากการรับบริการ

แม้อาการเตือนจะเริ่มมีมาเป็นระยะ แต่เขาพยายามเก็บซ่อนไว้ไม่ให้ใครรู้ เพราะไม่อยากเป็นภาระกับใคร จนกระทั่งอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ระบบขับถ่ายไม่ทำงานเริ่มเป็นหนักขึ้น เขาจึงตัดสินใจกลับไปโรงพยาบาลซึ่งเคยเข้ารับการผ่าตัดหัวใจครั้งแรกอีกครั้ง ในเดือนมีนาคม 2541

5 เดือนหลังจากนั้น ชัยรัตน์ต้องเข้าออกโรงพยาบาลหลายครั้ง ทั้งเพื่อทำ echo และรักษาอาการแน่นหน้าอก ระบบย่อยไม่ทำงาน จนกระทั่ง ปลายเดือนกรกฎาคม ขณะนอนพักรักษาอาการตับโต แพทย์ได้มาบอกว่าเขาควรรับการผ่าตัดหัวใจ ทั้งเพื่อรักษาอาการลิ้นหัวใจตีบต่อเนื่องจากที่ผ่าตัดไว้ก่อนหน้านี้ รวมไปถึงกับอาการลิ้นหัวใจรั่วอีกข้างหนึ่งด้วย โดยมีคิวห้องผ่าตัดว่างอยู่ในวันที่ 6 สิงหาคม

“ตอนนั้นอยากกระโดดเลย เหมือนมียาชูกำลัง เข้าไปช่วยดูแลเตียงนั้นเตียงนี้ตลอด” เขาเล่าถึงความรู้สึกใจ เพราะตนเองอยากให้แพทย์ผ่าตัดให้อยู่แล้ว เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ดีจากการผ่าตัดครั้งแรกว่าทำให้ชีวิตดีขึ้น ทำงานทำการได้เหมือนคนอื่น ๆ

แต่ความหวังของชัยรัตน์ที่จะได้ผ่าตัดเป็นวันที่ 2 นั้นเป็นเหมือนกับพายุลูกเห็บ มาเร็วไปเร็ว และทิ้งร่องรอยความเสียหายให้ต้องเศร้าเสียใจไว้เบื้องหลัง

ก่อนลมพายุจะมาย่อมมีสัญญาณเตือน มีบางสิ่งบางอย่างที่มาสะกิดใจเขาก่อนหน้าวันผ่าตัดที่เหลือนอยู่อีกแค่ไม่กี่วัน

“ช่วงวันสองวันก่อนผ่าตัด ได้พยาบาลที่เดินผ่านเตียงพูดเปรย ๆ ว่า สงสัยเตียงนี้มันจะไม่ได้ผ่าตัด” เขาเล่าถึงสัญญาณที่เริ่มทำให้ใจเสีย นอกจากนี้ก็ยังมีรู้สึกผิดสังเกตอีกด้วยว่าทั้งที่พรุ่งนี้จะเป็นวันผ่าตัด แต่ยังไม่มีการเตรียมพร้อมใด ๆ กับเขา ทั้งการพบนักกายภาพบำบัด การตรวจฟัน ฯลฯ ในขณะที่เตียงข้าง ๆ ก็ถูกเรียกตัวไปก่อนแล้ว

อีกเพียงวันเดียวจะถึงกำหนดนัดผ่าตัด ช่วงบ่ายชัยรัตน์ถูกเรียกเข้าไปในห้องพักของพยาบาลในตึกที่รักษาตัว แพทย์บอกกับเขาว่า ไม่สามารถผ่าตัดให้ได้ เพราะเขามีผลเลือดเป็นบวก

นี่เป็นครั้งแรกที่เขาได้รู้ว่า ตนเองติดเชื้อเอชไอวี

ครึ่งชั่วโมงที่อยู่ในห้องนั้น ชัยรัตน์มองลอดหน้าต่างออกมาเห็นภรรยาคุ้ยทุกข์อยู่คนเดียวในใจได้แต่คิดว่า ทุกอย่างพังหมดแล้ว ทำอย่างไรถึงจะบอกให้เธอรับได้กับสิ่งเหล่านี้

“ตอนนั้นอึ้งไปเลย เหมือนหลอดไฟขาด สวิตช์ดับ ...อึ้งไปหลายนาทีจึงได้ถามหมอว่า ที่ผ่าตัดไม่ได้ เพราะการติดเชื้ออย่างเฉียบพลันหรือ แล้วผลเลือดที่ออกมาจะมีโอกาสผิดพลาดบ้างไหม หมอบอกว่ามีโอกาสผิดพลาด 1 เปอร์เซ็นต์ และเสนอว่าจะตรวจซ้ำให้อีกครั้ง และนัดมาฟังผลเลือดในวันที่ 18 สิงหาคม” เขาเล่า

ออกมาจากห้องนั้นแล้ว เขารวบรวมกำลังใจ ขวนการยาเก็บของกลับบ้านโดยบอกเธอแต่เพียงว่า แพทย์บอกให้รอไปก่อนเพราะสุขภาพยังแข็งแรงดี มีคนอื่นที่อาการแย่กว่า อาการหนักกว่า

อย่างไรก็ตาม คินนั้นเขาได้เล่าเรื่องทั้งหมดให้ภรรยาฟัง เธอร้องไห้ นอนกระสับกระส่ายจนรุ่งเช้าด้วยความหวาดวิตกว่าหากตนติดเชื้อเหมือนสามี ลูกจะอยู่กับใคร ญาติพี่น้องในบ้านใครจะดูแล ชัยรัตน์ได้แต่ปลอบโยนภรรยา และครุ่นคิดอยู่ในใจว่าหากผลการตรวจเลือดชี้ว่าภรรยาไม่ได้ติดเชื้อจากเขา เขายินดีจะออกไปจากชีวิตของเธอเอง

ผลการตรวจเลือดพบว่า ภรรยาของชัยรัตน์ไม่ติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็ยืนยันผลการตรวจเลือดครั้งแรกของเขา

ชัยรัตน์ไม่ไปทำงาน ได้แต่ขังตัวเองนอนร้องไห้อยู่ในห้อง เพราะไม่อยากให้คนในบ้านเห็น เขารู้สึกว่าตัวเองเป็นเหมือนขยะ ปล่อยตัวจนโทมัส กินข้าวน้อยลง ส่วนหนึ่งมาจากความทุกข์ใจ อีกส่วนหนึ่งเพราะอยากเรียกร้องความสนใจจากภรรยา เมื่อมองย้อนกลับไปในวันนั้น เขารู้สึกว่าตนเองทำตัวเหมือนเด็ก ๆ

18 สิงหาคม เขาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลตามกำหนดนัด เขามีความรู้สึกว่า แพทย์ปฏิบัติต่อเขาไม่เหมือนเดิม จากที่เคยมีขั้นตอนให้ขึ้นเตียง ใช้เครื่องมือตรวจการทำงานของปอด หัวใจ ก็กลับกลายเป็นความห่างเหิน แค่เปิดแฟ้ม ทักทายเล็กน้อย แล้วก็สั่งยาให้ รวมเวลาไม่ถึง 2 นาที

เขาถามขึ้นมาเองว่า เขาจะมีโอกาสจะได้รับการผ่าตัดหรือเปล่า มีที่ไหนทำให้ได้บ้าง คำตอบจากแพทย์ก็คือ “ไม่มีหมอที่ไหนจะทำให้หรอก มีแต่ที่นี่แหละที่ผ่าตัดหัวใจเยอะที่สุดแล้ว ก็ลองดูสิ อยากเสียเวลาก็ลองไปดู”

หลังจากนั้น เขายังไปพบแพทย์ที่นั่นอีกหลายครั้งเพื่อรับยาประจำอาการโรคหัวใจ เขาเคยตั้งคำถามตรง ๆ ว่า การที่แพทย์ไม่ยอมผ่าตัดให้เป็นเพราะเขาจะแพร่เชื้อเอชไอวี ให้ใช่หรือไม่ แพทย์ตอบกับเขาว่า คงไม่มีใครอยากเสี่ยง

ชัยรัตน์ตระหนักแล้วว่า โอกาสที่เขาจะได้รับการเยียวยาอาการผิดปกติที่ลิ้นหัวใจทั้งสองข้างให้หายขาดเหลืออยู่เพียงน้อยนิด เพราะ ณ วันนี้เขาแตกต่างจากผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป เพราะได้ถูกแยกแยะให้เป็นคนไข้โรคหัวใจที่ติดเชื้อเอชไอวีเสียแล้ว

การเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยบางโรคเช่น เอชไอวี/เอดส์

ในบรรดาผู้ที่มารับการรักษาพยาบาล ผู้ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคประจำตัวที่เป็นโรคติดต่อบางโรคได้รับการปฏิบัติแตกต่างออกไปจากคนอื่น ๆ ดังเช่น กรณีของชัยรัตน์ที่เมื่อถูกทางโรงพยาบาลนำเลือดไปตรวจก่อนเข้าผ่าตัด แล้วพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ก็ได้ส่งผลให้ถูกปฏิเสธการรักษาอย่างกระตือรือร้น ทั้งที่อาการของโรคหัวใจอยู่ในขั้นที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจึงส่งผลดีต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของผู้ป่วยสูงสุด และตัวผู้ป่วยเองก็มีความพร้อมและความต้องการอย่างแรงกล้า ตลอดจนได้ใช้ความพยายามในการเจรจาทุกทางเพื่อให้ได้ได้รับการรักษาด้วยวิธีที่ดีที่สุด แต่ก็ไม่เป็นผล

ถึงแม้แพทย์จะให้เหตุผลว่า การรักษาโรคหัวใจโดยทั่วไป มีวิธีรักษาทางยาและการผ่าตัด การรักษาโดยส่วนใหญ่เป็นการรักษาทางยา แต่ถ้าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องผ่าตัดก็สามารถทำได้ โดยนำรายงานผู้ป่วยเข้าที่ประชุม แล้วพิจารณาร่วมกันระหว่างแพทย์เชี่ยวชาญทางยาและแพทย์ศัลยกรรม โดยพิจารณาค่าเสี่ยงถึงอัตราเสี่ยงและผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการรักษา สำหรับผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวี เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดก็สามารถทำได้ หนึ่งผู้ป่วยมีเชื้อเอชไอวี ถึงแม้จะมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ประกอบกับการผ่าตัดจะใช้เวลานานหลายชั่วโมง ร่างกายผู้ป่วยอาจไม่แข็งแรงพอที่จะทนการผ่าตัดหัวใจจะใช้เวลานานหลายชั่วโมง ร่างกายผู้ป่วยอาจไม่แข็งแรงพอที่จะทนต่อการผ่าตัดใหญ่ได้ การติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดสูงมาก ร่างกายอาจไม่ตอบรับกับลิ้นหัวใจซึ่งเป็นวัตถุแปลกปลอม ผลผ่าตัดข้างในอาจจะไม่หาย จึงต้องพิจารณาให้ละเอียดรอบคอบ และอาจต้องตรวจอย่างละเอียดและใช้เวลานาน

แต่เมื่อชัยรัตน์ได้รับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลแห่งที่ 2 แพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านหลังจากผ่าตัดได้ประมาณหนึ่งอาทิตย์

ชัยรัตน์เป็นเสมือนตัวแทนของผู้ป่วยบางส่วนที่กำลังตกอยู่ในสภาพเหมือนชนกลุ่มน้อยท่ามกลางผู้ป่วยทั้งหมด โดยไม่มีโอกาสได้เข้าถึงการเยียวยารักษาโรคตามที่ควร ขณะเดียวกันกรณีนี้ก็สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจของแพทย์ในระบบบริการปัจจุบันที่สามารถตั้งเงื่อนไขขึ้นเพื่อปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยบางกลุ่มได้ โดยที่ฝ่ายหลังไม่มีโอกาสใด ๆ ที่จะต่อรองได้

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

หลังถูกปฏิเสธการรับเข้าผ่าตัดเพื่อรักษาอาการผิดปกติของลิ้นหัวใจ ชัยรัตน์ไม่ได้โกรธแค้นกับสิ่งที่เกิดขึ้น เขาเห็นใจและเข้าใจว่า ทางโรงพยาบาลคงต้องพยายามรักษาประโยชน์ของคนส่วนใหญ่ หากทางหลักเสี่ยงไม่ให้ทีมผ่าตัด ที่ประกอบด้วยคนหลายคนต้องมาเสี่ยงกับการติดเชื้อโรคที่ยังไม่มีทางรักษาให้หาย เพื่อช่วยเหลือเขาคนเดียว

“พยายามคิดว่า อย่าให้ความสำคัญกับตัวเองมากเกินไป คนอื่นเขาก็คน คิดเสียว่าเป็นแวนเป็นกรรมของเราดีกว่า”

เขายอมรับการตัดสินใจของแพทย์ แต่ขณะเดียวกัน เรื่องที่เกิดขึ้นก็ยังรบกวนจิตใจอยู่โดยตลอดลึก ๆ แล้วเขายังอดหวังไม่ได้ว่า จะมีโรงพยาบาลที่ไหนสักแห่งยอมผ่าตัดเยียวอาการของโรคหัวใจให้

ผูกขาดอำนาจการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาโดยแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรบุคคลอันมีค่าของสังคม และสมควรได้รับการคุ้มครองให้อยู่ในสภาพการทำงานที่ปลอดภัยเช่นเดียวกับบุคคลในสาขาอาชีพอื่น ๆ ทว่าในกรณีดังเช่นที่เกิดขึ้นนี้ก็ยังคงเป็นประเด็นที่น่าตั้งคำถามถึงความถูกต้องเหมาะสม

การที่แพทย์จะยึดเอาการตัดสินใจจากมุมมองทางด้านความปลอดภัยของตนเองเพียงฝ่ายเดียวเป็นสำคัญ โดยละเลยการให้ผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อร้ายแรงต่าง ๆ มีส่วนร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และคำนึงถึงผลประโยชน์ของทั้งฝ่ายอย่างเท่าเทียมกัน เพราะผลที่จะตามมาจากวิธีการรักษานั้น ๆ เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ซึ่งได้รับการยอมรับจากอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ว่า ในกรณีนี้บุคลากรสาธารณสุขกลัวติดเอดส์เพราะ “ในอดีตเคยมีการตีของพยาบาลติดเชื้อระหว่างปฏิบัติหน้าที่และในที่สุดเสียชีวิตลง กระทรวงการคลังมีระเบียบอนุญาตให้จ่าย ค่าชดเชยในการเสี่ยงภัยจากโรคเอดส์ที่เกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ แต่ไม่มีงบประมาณให้ หากหน่วยงานต้นสังกัดจะจ่ายต้องหาเงินจากที่อื่นมาจ่าย เช่น เงินบำรุงโรงพยาบาลและกว่าจะได้เงินก้อนนี้ออกมาก็ต้องเสียเวลาเป็นปี เพราะต้องพิสูจน์ให้ได้ว่าบุคลากรคนนั้นติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่จริง”

หรือแม้แต่การตัดสินใจว่าจะทำการผ่าตัดหากผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อีกมากกว่า 5 ปี หรือ มีระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย (CD 4) มากกว่า 400 หน่วย แต่ไม่มีกลไกที่จะให้ผู้รับบริการหรือญาติมีอำนาจในการตัดสินใจร่วมเลยว่าการมีชีวิตอยู่ต่อแม้เพียงไม่กี่เดือนก็เป็นคุณค่าและสำคัญกับครอบครัวมากน้อยเพียงใด ใครควรจะเป็นผู้ตัดสินใจ หรือใครควรที่จะเลือกมีชีวิตอยู่ต่อได้อย่างไร

ด้วยเหตุนี้ ในเดือนธันวาคม เขาจึงโทรศัพท์เข้าไปยังรายการโทรทัศน์ที่จัดขึ้นเป็นพิเศษในโอกาสวันเอดส์โลก ซึ่งมีการเปิดช่วงให้ผู้ติดเชื้อโทรฯ เข้าไปแสดงความรู้สึกได้ เขาอยากรู้ว่ามีใครที่กำลังตกที่นั่งเดียวกับเขา คือเป็นโรคหัวใจและติดเชื้อเหมือนกันบ้าง จากเหตุการณ์นี้ทำให้เขามีโอกาสได้รู้จักกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานช่วยเหลือผู้ติดเชื้อแห่งหนึ่ง ซึ่งรับที่จะประสานงานติดต่อหาแพทย์ที่จะผ่าตัดให้

เจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนั้นเริ่มต้นจากการติดต่อกลับไปยังโรงพยาบาลที่เคยปฏิเสธการผ่าตัดให้เขาก่อน เพื่อขอทราบเหตุผล แพทย์ของโรงพยาบาลยืนยันว่าการยกเลิกการผ่าตัดในกรณีของชัยรัตน์เป็นเพราะเขาติดเชื้อเอชไอวี แต่สาเหตุที่ตัดสินใจทำเช่นนั้น ไม่ได้เป็นไปเพื่อความปลอดภัยของแพทย์ แต่เพื่อความปลอดภัยของคนไข้เอง โดยอ้างผลการศึกษาจากต่างประเทศว่า ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการผ่าตัดในลักษณะเดียวกันกับชัยรัตน์ ซึ่งต้องใช้เวลานานหลายชั่วโมง และต้องนำอุปกรณ์ลิ้นหัวใจเทียมเย็บติดเข้ากับเนื้อเยื่อในร่างกาย มีโอกาสติดเชื้อสูงมากถึง 90 คนจาก 100 คนและร่างกายอาจไม่ตอบรับลิ้น เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง

ขณะเดียวกัน แพทย์ก็ยอมรับว่า การรักษาด้วยยาทำให้ชัยรัตน์มีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าปกติ เช่น ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีโรคหัวใจน่าจะอยู่ได้ 10 ปี กรณีแบบของชัยรัตน์อาจลดลงเหลือ 60-70% ของระยะเวลาดังกล่าว แต่ทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของชัยรัตน์เองด้วย

ข้อมูลที่ได้รับเพิ่มเติมดังกล่าวทำให้ความหวังของชัยรัตน์ริบหรี่ลง แต่ก็ยังไม่ถึงกับย่อท้อ “ผมขอลองดีกว่าอยู่เฉย ๆ” และด้วยเหตุนี้ เมื่อเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนั้นติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนได้ทราบว่า มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรัฐบาลอีกแห่งหนึ่งมีท่าทีไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื้อจากผู้ป่วยปกติ เขาจึงกระตือรือร้นอย่างยิ่งที่จะเริ่มต้นกระบวนการตรวจรักษาอีกครั้งที่นั่น

กลางเดือนกุมภาพันธ์ 2542 เขาได้เข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดหัวใจคนดังกล่าว พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งเป็นผู้ช่วยประสานงานให้แก่เขาโดยตลอด แพทย์กล่าวว่า การตัดสินใจว่าจะผ่าตัดให้ได้หรือไม่ ต้องอาศัยประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลที่เขาเข้ารับรักษามาก่อนหน้า ประกอบกับผลการตรวจร่างกายโดยละเอียดว่าขณะนี้เขามีระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย (CD4) อยู่เท่าไร เพื่อคาดการณ์ว่าหลังผ่าตัดแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้นานอีกกี่ปี หากไม่เกิน 5 ปีคงไม่เอาก็ผ่าตัดกว่า 20 ชีวิตมาเสี่ยง

“คนเราต้องมีความหวัง แต่ถ้าไม่ได้ก็คือไม่ได้” เขาคิดเช่นนั้น

ในที่สุดความหวังของชัยรัตน์ก็กลายเป็นความจริง เขาก็ได้รับการผ่าตัดหัวใจเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2542 โดยผลลุล่วงไปด้วยดี เขาได้ออกจากโรงพยาบาลมารักษาตัวที่บ้านในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา

สำหรับแพทย์ผู้ผ่าตัดให้ชัยรัตน์ได้ให้สัมภาษณ์ยืนยันว่า ตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ ยินดีที่จะผ่าตัดหัวใจแก่คนไข้โดยไม่เกี่ยงว่าเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่

การรักษาพยาบาลที่ขาดมาตรฐานร่วมกันในระดับประเทศ

แม้ว่าในที่สุด ชัยรัตน์ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาอาการผิดปกติของหัวใจ แต่กว่าที่จะได้เข้าสู่กระบวนการรักษาก็ต้องใช้เวลาเกือบหนึ่งปีหลังจากถูกปฏิเสธการผ่าตัดในครั้งก่อน และต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการแสวงหาสถานพยาบาลที่สมัครใจผ่าตัดให้

หากผู้ป่วยคือชัยรัตน์เชื่อข้อมูลที่ได้รับจากโรงพยาบาลแห่งแรกที่ปฏิเสธทำการผ่าตัดให้เขาว่า ไม่มีโรงพยาบาลแห่งใดกล้าผ่าตัดหัวใจให้แก่ผู้ติดเชื่อ เนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าวถือเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary Hospital) มีความเชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรงและเป็นที่รับผู้ป่วยด้านนี้จากโรงพยาบาลอื่น ๆ ยกเว้นในกรณีผู้ป่วยต้องการย้ายโรงพยาบาลเอง

เพราะทั้งแพทย์และผู้ป่วยเองต้องแบกรับความเสี่ยงอย่างสูง และทำให้เขาเกิดความท้อแท้จนล้มเลิกความตั้งใจที่จะหาสถานพยาบาลที่ยินยอมผ่าตัดไปเสียก่อน หรือเจ้าหน้าที่ขององค์กรพัฒนาเอกชนแห่งนั้นไม่ให้ความพยายามสืบหาจนพบว่า มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการผ่าตัดหัวใจที่ไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื่อจากผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วไป เขาจะต้องทนทรมานกับอาการโรคหัวใจต่อไปอีกยาวนาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวในที่สุด

การที่ชัยรัตน์ได้รับการผ่าตัดครั้งที่สอง จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลรัฐบาลอีกแห่งหนึ่ง ชี้ให้เห็นว่า ในปัจจุบันมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอชไอวีในสถานพยาบาลต่างๆ ในประเทศไทยยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งน่าจะสร้างปัญหาให้กับผู้ป่วยอย่างมาก ทั้งในแง่ของการสร้างภาระที่ต้องออกเสาะหาสถานพยาบาลที่ยินยอมรักษาดน และในแง่ของการถูกตัดโอกาสที่จะได้รับการเยียวยาให้พ้นจากความทุกข์ทรมานของอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจทำให้มีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร เช่นการเปลี่ยนการรักษาจากการผ่าตัดเป็นการให้ยาที่เกิดขึ้นนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยในปี 2539 เช่น การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนให้การรักษา เมื่อพบว่าผลเลือดบวก ถ้าเป็นการผ่าตัดแพทย์หรือพยาบาลจะยุติการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามที่ควรจะเป็น ถ้าเป็นการรักษาทั่วไป การปฏิบัติก็จะแตกต่างกันไปจากผู้ป่วยทั่วไป ๕

กรณีของชัยรัตน์ ได้ชี้ให้เห็นถึงทัศนคติที่แตกต่างกันของบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขที่มีต่อผู้ติดเชื่อ ซึ่งส่งผลให้ออกมาในรูปของนโยบายการปฏิบัติกับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างแตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสังเคราะห์และสรุปองค์ความรู้ และทัศนคติของผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอชไอวีในกระบวนการให้บริการทางการแพทย์ให้มีความชัดเจน ถูกต้องตามความเป็นจริงออกมาเป็นชุดเดียว เพื่อสร้างมาตรฐานในการรักษาพยาบาลในระดับประเทศให้เกิดขึ้น

แม้ว่าปัจจุบัน คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ หรือในที่นี้กระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายห้ามปฏิบัติแบบแบ่งแยกผู้ป่วยในการให้บริการสาธารณสุข และห้ามลดคุณภาพการรักษา แต่จากกรณีของชัยรัตน์ชี้ให้เห็นว่า การมีนโยบายดังกล่าวยังไม่อาจถือเป็นมาตรการที่เพียงพอที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าจะไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยด้วยโรคบางอย่างออกจากผู้ป่วยทั่วไปเกิดขึ้นในประเทศไทย

¹ คณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ของคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ รายงานการศึกษาปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย, กรกฎาคม 2539

ความทุกข์และการต่อเนื่อง

แม้ว่าในที่สุด ชัยรัตน์ก็ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แต่กล่าวได้ว่าในช่วงเวลาเกือบหนึ่งปี นับจากถูกปฏิเสธ การผ่าตัดจากโรงพยาบาลแห่งแรก เขาและครอบครัวก็ต้องเผชิญความทุกข์อย่างสาหัสทั้งทางกายและทางใจ

ในช่วงเวลาดังกล่าว ชัยรัตน์มีสุขภาพทรุดโทรมลงเป็นลำดับ แต่ต้องฝืนทน ไม่แสดงให้เห็นหรือรับรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่ออยู่ในที่ทำงาน ครั้งหนึ่งเขาถึงกับหมดสติอยู่ในห้องน้ำที่นั่น เพราะอาการของโรคหัวใจที่ทรุดหนัก

การที่ชัยรัตน์ต้องทนทุกข์ทรมานด้วยโรคประจำตัวเป็นเวลานานกว่าที่จะได้รับการผ่าตัดดังที่ควรจะเป็น เกิดจากสาเหตุเดียว คือ เพราะเขาเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจที่ติดเชื้อเอชไอวี

บทที่ 4

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

รูปธรรมความทุกข์ที่พบ

15 กรณีศึกษาเป็นกรณีตัวอย่างรูปธรรมของปัญหาที่แสดงให้เห็นถึงความทุกข์ของผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และสังคม จากการใช้บริการด้านสาธารณสุข ทั้งจากสถานบริการของรัฐและเอกชน ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงโดยตรงกับระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการตลอดจนระบบการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นภาระในการพิสูจน์ กระบวนการต่อสู้ทางศาล และที่สำคัญพบว่า ความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งที่คิดและรู้สึกจะมีเพิ่มมากขึ้นถ้ามีความแตกต่างของอำนาจ ช่องว่าง ความเข้าใจ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติมาก

การศึกษานี้พบความทุกข์ที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1) ความสูญเสียคนที่รักและผูกพัน ซึ่งเป็นความสูญเสียที่ร้ายลึก และบางครั้งระยะเวลาที่ไม่อาจที่จะเยียวยาได้ ดังเห็นได้ชัดในกรณีต่อไปนี้

- ภาสกร (กรณีที่ 3) ทุกวันนี้คนในครอบครัวจะไม่มีใครพูดถึงสมาชิกคนเล็กสุดที่จากไปแล้ว โดยเฉพาะแม่จะทนไม่ได้ ส่วนพ่อเมื่อพูดถึงจะมีน้ำเสียงสั่นเครือ ทั้งที่เวลาผ่านไปมากกว่า 1 ปี
- อรสาซึ่งสูญเสียบุตร (กรณีที่ 11) ยังไม่สามารถลืมเหตุการณ์นั้นได้ "ภาพที่เห็นลูกตายทำให้สุขภาพจิตเสียไปเกือบ 2 ปี กินไม่ได้นอนไม่หลับ ผันเห็นลูกตลอดเวลา เด็ก ๆ 3 คนถามว่า น้องตายหรือ เรากอดกัน 4 คนแม่ลูกร้องไห้ทุกคืน"
- ภรรยาของรงค์ชัย (กรณีที่ 9) กล่าวว่า "พอบอกว่าเขาตายแล้ว เราอึ้งไปหมด ดิ้นไปเยี่ยมเขาตอนเช้า ตอนเย็นเขาก็เสีย ตอนเขาเสียเรารู้สึกว่า เหมือนเราจะอยู่ไม่ได้ คิดอย่างนั้นจริงๆ"
- พ่อของภักดี (กรณีที่ 12) เกิดความกลัวที่แม้กระทั่งจะผ่านสถานที่ที่สูญเสียคนที่รักและผูกพันยังทำไม่ได้ "ผมไม่กล้าผ่านโรงพยาบาล (ที่เกิดเหตุ) ขนาดญาติไปรักษาตัว ผมยังไม่ไปเยี่ยม ยังจำภาพไปตลอด ทุกวันนี้ก็ยังลืมไม่ได้"

2) ความสูญเสียอวัยวะและโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในวิถีชีวิต เห็นได้ชัดในกรณีต่อไปนี้

- บุญมาก (กรณีที่ 1) เด็กสาวที่มีเนื้องอกอยู่บริเวณสันจมูก คั่นกลางระหว่างดวงตาสองข้างได้รับการแนะนำให้ผ่าตัด จากนั้นต้องกลายมาเป็นผู้ที่ตาบอด ทำให้ไม่อาจประกอบอาชีพเดิมซึ่งจำเป็นต้องใช้สายตาเป็นสำคัญ
- สกาวเดือน (กรณีที่ 5) สูญเสียโอกาสเข้าเรียนต่อในระดับมหาวิทยาลัย
- อมรศรี (กรณีที่ 7) กลายเป็นคนพิการ เกิดข้อจำกัดในการประกอบอาชีพและไม่อาจดำเนินชีวิตตามปกติได้ดังเดิม

- เจริญศรี (กรณี 8) ไม่สามารถใช้นิ้วมือข้างขวาทำงานบางอย่างได้ เช่น การดำนาอันเป็นอาชีพของครอบครัวเดิม เนื่องจากปัญหาอวัยวะที่ได้รับอุบัติเหตุ
- มีนา (กรณี 10) ทำให้สูญเสียโอกาสในการเรียนไป 1 ปี และไม่สามารถทำงานหนักได้หลังจากผ่านความเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดพลาดทางการรักษาพยาบาล ตลอดจนถึงขณะนี้หากร่างกายอ่อนมากกว่าปกติก็จะมีอาการตึงและปวดแผลผ่าตัด

3) ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรเกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล เห็นได้ชัดในกรณีต่อไปนี้

- สกาวเดือน (กรณี 5) ต้องเจ็บปวดทั้งจากกระบวนการวินิจฉัยและการรักษาอันไม่จำเป็น
- อมรศรี (กรณี 7) ต้องทำแท้ง ติดตามด้วยการถูกขูดมดลูก อันเป็นผลจากการฉีดสี
- การต้องผ่าตัดซ้ำสองของมีนา (กรณี 10) เป็นความเจ็บปวดรุนแรงที่ไม่สมควรเกิดขึ้น
- ชะลอ (กรณี 13) ได้รับการผ่าตัดสองครั้งทั้งจากการใส่และถอดเลนส์แก้วตาเทียม ซึ่งได้สร้างความเจ็บปวดให้อย่างมาก จนกระทั่งเจ้าตัวไม่ยอมเผชิญความเจ็บปวดเช่นนั้นอีกเลย แม้ว่าจะมีผู้เสนอออกค่าใช้จ่ายเพื่อให้ใส่เลนส์กลับเข้าไปก็ตาม

4) เกิดภาระเพิ่มเติมจากการใช้บริการและการใช้สิทธิอันพึงมีพึงได้ในฐานะผู้ป่วยหรือผู้บริโภค ไม่ว่าจะเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ภาระในการร้องเรียน ฟ้องร้อง ติดตามเรื่องราว หรือแม้กระทั่งการพิสูจน์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น (Burden of proof) ดังเห็นได้ในกรณีต่อไปนี้

- บุญมาก (กรณี 1) เดิมนั้นสามารถพึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ ทั้งยังเป็นพี่เลี้ยงของแม่ในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ภายหลังประสบทุกข์จากการรับบริการสาธารณสุขแล้ว กลายเป็นภาระแก่ครอบครัวในหลาย ๆ ด้าน
- จินดา (กรณี 2) ต้องประสบกับข้อจำกัดในการประกอบอาชีพระหว่างที่มีลำไส้เปิดอยู่ภายนอกช่องท้อง นอกจากนี้ยังเกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการต้องดูแลร่างกายที่มีสภาพพิเศษ เป็นการซ้ำเติมภาระทางเศรษฐกิจที่หนักหน่วงอยู่แล้วของครอบครัว
- ค่าใช้จ่ายทั้งในการรักษาและการต่อสู้ในชั้นศาลเกิดขึ้นในกรณีกับแม่ของสกาวเดือน (กรณี 5) ทั้งที่ไม่สมควรจะเกิดขึ้น
- ภาระหลากหลายด้านในการต่อสู้ผ่านกระบวนการทางศาล เห็นได้ในทุกกรณีที่มีการฟ้องร้อง ไม่ว่าจะเป็นสกาวเดือน (กรณี 5), ดวงมล (กรณี 6), อมรศรี (กรณี 7) และยงค์ชัย (กรณี 9) โดยเฉพาะ 3 กรณีหลังยังคงเป็นภาระต่อเนื่องยาวนานเมื่อฝ่ายผู้รับทุกข์ยืนกรานจะต่อสู้จนถึงที่สุด
- เจริญศรี (กรณี 8) และชัยรัตน์ (กรณี 15) ต้องดิ้นรนแสวงหาสถานพยาบาลด้วยตนเอง
- ครอบครัวของมีนา (กรณี 10) ต้องมีภาระทั้งในด้านค่าใช้จ่ายและในการดูแลระหว่างความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากมีผ้าก๊อซอยู่ภายในท้อง ตลอดจนมีภาระที่เป็นผลต่อเนื่อง เมื่อมีนาเสียเวลาจนต้องศึกษาล่าช้าออกไป 1 ปี

- 5) การสูญเสียคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งจากการถูกตราหน้า การได้รับการปฏิบัติไม่ดี การเกิดความรู้สึกในทางลบต่าง ๆ ความคับแค้น และความทุกข์ที่ไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับตนเองได้ เห็นได้ชัดในกรณีต่อไปนี้
- จินดา (กรณีที่ 2) ถูกมองและถูกตัดสินว่าเป็นคนที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่าผู้คนทั่วไป ดอกไม้ความรู้สึกด้อยที่มีอยู่แล้ว
 - คำพูดของพ่อของภาสกร (กรณีที่ 3) "ความรู้สึกตอนนั้นผมโกรธมาก ค่าอาละวาด เสียงดัง ถ้ามีปืนอยู่ในมือ ผมได้ยิงแน่" แสดงถึงความคับแค้นที่เกิดขึ้น เนื่องจากตกอยู่ในสถานะที่ไม่อาจทวงถามหาคำตอบหรือความรับผิดชอบใด ๆ ได้ นอกจากนี้ในกรณีอื่น ๆ โดยเฉพาะกรณีที่มีการพยายามต่อสู้เรียกร้องการรับผิดชอบในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับชั้นของการร้องเรียนหน่วยงานวิชาชีพหรือการฟ้องร้องเป็นคดี ก็ต้องเผชิญกับความรู้สึกโกรธและคับแค้น ดังเช่นความรู้สึกของแม่ของสกาเดือน (กรณีที่ 5) เมื่อต้องยอมรับว่าไม่อาจต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรมต่อไปได้ "อยากสู้ต่อก็สู้ไม่ได้ ในที่สุดก็ต้องยอมลงชื่อยอมความทั้งหน้าตา มันแค้นมาก อยากเอาปืนมายิงให้หมด แต่พอคิดว่า ถ้าเราติดคุกแล้วลูกจะเป็นอย่างไร ใครจะเลี้ยง จะส่งเรียนหนังสือ ก็เลิกความคิด"
 - ความรู้สึกถูกบีบคั้นเกิดขึ้นกับลูก ๆ ของยุพิน (กรณีที่ 4) จากการเห็นแม่อยู่ในสภาพที่ไม่ดี รวมทั้งจากการถูกปฏิเสธคำขอย้ายโรงพยาบาล และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเจ้าหน้าที่ยืนยันให้ต้องถอดชุดของโรงพยาบาลออกก่อน ความรู้สึกลักษณะนี้เกิดขึ้นกับภรรยาของยงค์ชัย (กรณีที่ 9) ที่ยืนยันการดำเนินคดีกับแพทย์และสถานพยาบาลก็ถูกบีบคั้นกดดันโดยตลอด ส่วนอมรศรี (กรณีที่ 7) เผชิญกับความรู้สึกนี้ในหลายฉากหลายตอน
 - อมรศรี (กรณีที่ 7) ถูกตราหน้าว่าเป็นตัวยุ่งจากการที่พยายามแสวงหาช่องทางทางการช่วยเหลือหรือต่อสู้พิสูจน์เรื่องราวที่เกิดขึ้น ยิ่งกว่านั้นยังถูกมองหรือบางครั้งเป็นการกล่าวหาว่า กระทำการเรียกร้องเพราะต้องการเงินอย่างไม่รู้จักพอ ต้องการเป็นที่สนใจ สดไม่ตี ฯลฯ
 - นอกจากนี้ยังมีทุกขในลักษณะต่าง ๆ อีก เช่น ความรู้สึกผิด ดังที่เกิดขึ้นกับพี่สาวของบุญมาก (กรณีที่ 1) ความรู้สึกถูกกระทำหรือล้นไร้หนทางช่วยเหลือตัว (powerlessness, defensiveness) ดังที่เห็นชัดในกรณีจินดา (กรณีที่ 2), ภาสกร (กรณีที่ 3), สกาเดือน (กรณีที่ 5), อมรศรี (กรณีที่ 7), มินา (กรณีที่ 10), ชะลอ (กรณีที่ 13)

ปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์

เนื่องจากทุกกรณีที่คัดเลือกมาศึกษาเป็นกรณีที่ได้มาจากหน่วยงานหรือสื่อมวลชน ดังนั้นเท่ากับทุกกรณีมีการร้องเรียนผ่านทางช่องทางใดช่องทางหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ปฏิกิริยาของผู้ประสบทุกข์นั้นมีความหลากหลายและต่างระดับอย่างยิ่ง ทั้งนี้โดยที่ปฏิกิริยาแต่ละลักษณะมีความคิดเบื้องหลังหรือทัศนคติที่ที่น่าสนใจ ดังนี้

1) การยอมรับหรือยอมจำนน พบในกรณีต่อไปนี้

- จินดา (กรณีที่ 2) ซึ่งเมื่อแพทย์ปฏิเสธยังไม่นำลำไส้ใหญ่กลับเข้าภายในช่องท้องก็ไม่ได้ทำอะไรเลยนอกจาก "ผมเดินร้องไห้กลับบ้านเลย" แต่เชื่อกันว่า กรณีของจินดามีผู้อื่นพบเห็น เกิด

ความรู้สึกท้อแท้ จึงเปิดเผยเรื่องต่อหนังสือพิมพ์ ซึ่งในที่สุดทำให้ปัญหาได้รับการแก้ไข และ ความทุกข์คลี่คลายลง

- มีนา (กรณี 10) ซึ่งเป็นผู้ประสบทุกข์โดยตรงก็มีลักษณะยอมจำนนเช่นกัน ภายใต้การใช้ระบบความคิดเรื่องเวรกรรมมาอธิบาย
- ชะลอ (กรณี 13) กล่าวอย่างชัดเจนว่า "ถามว่าเราอยากใส่เลนส์ ใหม ก็ไหน ๆ ใส่ไปแล้ว เราไม่อยากผ่าออกหรอก มันเจ็บ...แต่เราไม่มีเงินจ่าย หมอก็เอาคินไปเถอะ"
- ชัยรัตน์ (กรณี 15) แม้ถูกปฏิเสธไม่ได้รับการผ่าตัดรักษาอาการผิดปกติของลิ้นหัวใจหลังจาก ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ถึงที่สุดแล้วเขาก็บอกกับตัวเองว่า "พยายามคิดว่า อย่าให้ความสำคัญ กับตัวเองมากเกินไป คนอื่นเขาก็คน คิดเสียว่าเป็นเวรเป็นกรรมของเราดีกว่า"

2) ไม่ยอมรับ แต่ไม่มีการดำเนินการอะไรที่ชัดเจน ทั้งนี้อาจเพราะไม่ต้องการให้เรื่องยืดเยื้อ ไม่ ต้องการเป็นความ หรือเพราะไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร หรือเนื่องจากเห็นว่าเสียเวลาเปล่า ดังเช่น กรณีต่อไปนี้

- บุญมาก (กรณี 1) และญาติ ๆ มีความไม่พอใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และต้องการให้แพทย์มีส่วนรับผิดชอบ แต่ไม่ทราบจะดำเนินการอย่างไร
- ลูก ๆ ของยุพิน (กรณี 4) ยกเว้นลูกชายคนเล็กต่างปล่อยให้เหตุการณ์ผ่านไปเฉย ๆ แต่ก็ตั้ง ใจมั่นว่าจะไม่ใช้บริการในสถานพยาบาลที่ก่อทุกข์อีก รวมทั้งจะบอกต่อแก่คนอื่น ๆ ด้วย ขณะที่ ลูกชายคนเล็ก แม้ว่าเขาจะดำเนินการแจ้งเรื่องแก่หนังสือพิมพ์ แต่ก็จำกัดการดำเนินการใน ชั้นอื่น ๆ เนื่องจากไม่ต้องการยุ่งยาก หรือเสียเวลา ประกอบกับเชื่อว่า "ทำยังไงก็หาตัวผู้รับ รับผิดชอบไม่ได้"
- เจริญศรี (กรณี 8) ไม่ได้ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด เนื่องจากไม่ทราบว่าจะทำอะไรได้บ้าง
- ภักดี (กรณี 12) ที่ผู้เป็นพ่อปฏิเสธการฟ้องร้องดำเนินคดีกับแพทย์ เนื่องจากรู้สึกว่ "ถ้าเรา ทำไป หมอที่เขารักษาเขาก็ไม่ได้เจตนาอะไรใหม่ แต่ข้อบกพร่องก็มี เกิดขึ้นได้ เรื่องข้อบกพร่อง ผมก็เห็นว่ามีคนใช้รายอื่น ๆ ที่หมอเขาจะเสียกำลังใจ" นอกจากนั้นยังมีทัศนคติว่า "ค่าเสียหาย ซึ่งการที่ผมเสียลูกไป เปรียบเทียบเป็นเงินเป็นทองไม่ได้ ถ้าต้องการเอาเงินจากหมอ ผมว่า ผมไม่ทำดีกว่า ผมอยากให้มันจบ ๆ ไป" อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่า ความปรารถนาของพ่อของ ภักดีที่จะให้เรื่องจบลงนี้เกี่ยวพันกับความเจ็บปวดอย่างลึกซึ้งที่เกิดขึ้นในใจ และไม่ต้องการรื้อ ฟื้นให้ปะทุขึ้นมา

3) ร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนโดยไม่ตั้งใจ

- บุญมาก (กรณี 1) ถึงแม้ผู้ให้ข่าวจะเป็นหนึ่งในผู้ประสบทุกข์ คือเป็นพี่ชายคนหนึ่ง แต่เขาก็ ไม่ได้ตั้งใจกับการกระทำนั้นมากนัก และลักษณะของการเปิดเผยเรื่องต่อสื่อมวลชนในกรณีนี้ก็ มีลักษณะกึ่งเป็นการระบายความในใจอยู่ในที่
- ลูกสะใภ้ของชะลอ (กรณี 13) ก็บังเอิญได้พบผู้สื่อข่าวในระหว่างที่ยังคับข้องกับเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้น ดังนั้นจึงเล่าเหตุการณ์ให้ฟัง ซึ่งผู้สื่อข่าวเกิดความสนใจและติดตามเรื่องราวต่อ จาก นั้นมีหน่วยงานวิชาชีพเข้าตรวจสอบเพิ่มเติมด้วย

4) ร้องเรียนโดยตั้งใจ แม้ในจำนวนกรณีที่ศึกษา 15 กรณี ล้วนเป็นกรณีที่มีการร้องเรียน และส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนโดยตั้งใจ ถึงกระนั้นเหตุผลหรือความคาดหวังจากการร้องเรียนต่อสื่อหรือหน่วยงานก็มีความแตกต่างหลากหลายมาก ดังนี้

- เรียกร้องเพื่อให้มีการตรวจสอบปัญหา เห็นได้ชัดในกรณีของดวงกมล (กรณีที่ 6) ที่สามีและญาติส่งศพของเธอให้สถาบันนิติเวชตรวจพิสูจน์ ตลอดจนได้มีการรวบรวมข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ เอง แล้วยื่นฟ้องต่อศาล เรียกร้องค่าเสียหายจากทางโรงพยาบาล พร้อมกับร้องเรียนต่อแพทยสภา เช่นเดียวกับอรสาและสามี (กรณีที่ 11) ก็ได้ส่งศพของลูกให้สถาบันนิติเวชตรวจพิสูจน์ อีกทั้งมีการร้องเรียนขอความเป็นธรรมจากหน่วยงานต่าง ๆ หลายแห่ง นอกจากนี้ยังพยายามชี้แจงข้อเท็จจริงตามการรับรู้ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลจากฝ่ายแพทย์ให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เรียกร้องเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและการรับผิดชอบ ดังกรณีของมีนา (กรณีที่ 10) ซึ่งพ่อของเธอมีความพยายามที่จะร้องเรียนต่อหน่วยงานต่าง ๆ ด้วยความคาดหวังว่าจะทำให้ทางโรงพยาบาลรับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นมากกว่าที่ได้ดำเนินการไป ส่วนสามีของปราณี (กรณีที่ 14) เมื่อได้พบผู้สื่อข่าวในระหว่างการไปแจ้งขอย้ายศพภรรยา เขาเข้าไปร้องเรียนกระทั่งเรื่องเป็นข่าวขึ้น โดยมีจุดประสงค์ต้องการให้เรื่องได้เป็นที่ประจักษ์และเกิดความเป็นธรรมขึ้นเป็นสำคัญ
- ตั้งใจเปิดเผยเรื่องสู่สาธารณะ เพื่อสอนบทเรียนหรือหวังผลในการหาทางแก้ปัญหา เห็นได้ชัดเจนจากเจตนาของพ่อของภาสกร (กรณีที่ 3) ที่ทำหน้าที่สื่อร้องเรียนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแทบทุกหน่วยงาน บอกเล่าเหตุการณ์ความสูญเสียที่เกิดขึ้นไปยังโรงพยาบาลและสถานการศึกษาทุกแห่งที่มีการเรียนการสอนด้านแพทย์ “เพื่อให้พวกเขาได้รับรู้ว่า พวกเขามผลิตคนชนิดไหนออกมาเป็นแพทย์” นอกจากนั้นยังทำหน้าที่สื่อร้องเรียนหน่วยงานอีกหลายแห่ง ได้แก่ แพทยสภา มูลนิธิเด็ก กระทรวงสาธารณสุข กรมการสาธารณสุข และนายกรัฐมนตรี เพื่อบอกแก่สาธารณะว่าเกิดเรื่องเช่นนี้ขึ้น คล้ายคลึงกับหน้าชายของภักดี (กรณีที่ 12) ที่ตั้งใจทำให้เรื่องราวการเสียชีวิตของหลานภายในโรงพยาบาลเป็นข่าว เพื่อสาธารณชนจะได้รับทราบว่าโรงพยาบาลทำผิดอย่างไร ส่วนเหตุผลที่ลูกชายคนเล็กของยุพิน (กรณีที่ 4) แจ้งเรื่องแก่หนังสือพิมพ์มีอยู่ว่า “อยากบอกให้สังคมรับรู้ในวงกว้าง ไม่อยากให้เรื่องแบบนี้เกิดขึ้นกับคนอื่น กับคนรุ่นลูกหลาน” ทางด้านสามีของดวงกมล (กรณีที่ 6) ก็มีความยินดีที่ได้ทราบว่า เรื่องราวของภรรยาและการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นจำนวนเงินที่สูงเป็นประวัติการณ์ของเขาเป็นกรณีศึกษาที่มีการหยิบยกเป็นตัวอย่างในโรงเรียนแพทย์และตามโรงพยาบาล

5) ฟ้องร้องดำเนินคดี

- แม่ของสกาเตือนยื่นฟ้องร้องต่อศาลถึง 2 ครั้ง แต่ในที่สุดก็ต้องยอมความตามการไกล่เกลี่ยของศาล
- สามีของดวงกมล (กรณีที่ 6) ดำเนินการฟ้องร้องต่อศาลเรียกร้องค่าเสียหายจากทางโรงพยาบาลและแพทย์เป็นจำนวนเงินเกือบ 700 ล้านบาท ด้วยความรู้สึกว่า “ผมอยากให้เศษของภรรยาผมเป็นคนสุดท้าย กับสภาวะผมเจออย่างนี้นั่นน่าจะเป็นภาวะสุดท้าย” และด้วยความ

คิดที่ว่า ถ้าไม่ลุกขึ้นมาต่อสู้ ทั้งที่มีความพร้อม คนที่ต้อยกกว่าจะยิ่งแย่ เนื่องจากในการต่อสู้นี้ ต้องมีค่าใช้จ่ายตลอดระยะเวลาอันยาวนานนับเป็นปี ๆ

- ในกรณีของอมรศรี (กรณีที่ 7) ก่อนจะมาถึงขั้นการฟ้องร้องต่อศาล แพทย์จะกล่าวได้ว่า *ไม่มี* *ช่องทางการเรียกร้องหรือการต่อสู้ใดเลยที่เธอไม่ได้ใช้* แม้ว่าจะเป็นช่องทางที่อาจจะทำให้ต้องแบกรับภาระเพิ่มเติม หรือก่อให้เกิดการครหาว่าร้าย และไม่จำเป็นต้องอดทนรอคอยนานเพียงใด หรือผัดหวังช้าแล้วช้าอีก หรือมีความหวังริบหรี่เพียงใด อมรศรีก็ยังคงต่อสู้อยู่
- ภรรยาของยงค์ชัยยืนหยัดเผชิญหน้ากับแพทย์และโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ด้วยเหตุผลว่า "เขาจะได้รู้ จะได้ลดความขุ่นลงบ้าง ที่ฟ้องเพราะอยากให้เขามาเสียเวลากับเราบ้าง เหมือนกับที่เราเสียเวลาไปกับเขา"

6) แสวงหาทางแก้ปัญหา

- ชัยรัตน์ (กรณีที่ 15) ก่อนข้างจะเข้าใจที่แพทย์ไม่ผ่าตัดให้ แต่ก็ยังคงต้องการที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว เพราะจากประสบการณ์ตรงที่ประสบมาในการผ่าตัดครั้งก่อน พบว่าทำให้อาการดีขึ้นมาก ดังนั้นจึงพยายามแสวงหาและค้นหาแพทย์และสถานพยาบาลแห่งอื่นที่ยินดีทำการผ่าตัดให้กับคนติดเชื้อเอชไอวีอย่างเขา ซึ่งในที่สุดก็ประสบผล ภายใต้การช่วยประสานงานขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์

จากการศึกษาในส่วนของปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์นี้ ยังพบประเด็นข้อสังเกตที่น่าสนใจอื่น ๆ ด้วย ดังนี้

1. ปฏิกิริยาที่มีการแสดงออกกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน ดังเช่น มินา (กรณีที่ 10) เธอมีความโกรธ แต่ก็ไม่ต้องการมีปฏิกิริยาตอบโต้แต่อย่างใด หรือจินดา (กรณีที่ 2) ซึ่งได้แต่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น แต่ก็มีความรู้สึกเชิงลบรุนแรง
2. ผู้รับทุกข์ร่วมกันมักมีความรู้สึกร่วมกัน เช่น โกรธ เศร้าโศก กอดตัน ก้มหน้า ฯลฯ แต่อาจมีปฏิกิริยาหรือการแสดงออกแตกต่างกันไป ซึ่งปฏิกิริยานั้นมักจะสัมพันธ์หรือสะท้อนถึงสถานภาพประสบการณ์ และทัศนคติของแต่ละคน ดังความแตกต่างระหว่างลูกชายคนเล็กของยุพิน (กรณีที่ 4) กับลูกคนอื่น ๆ ความแตกต่างระหว่างมินากับพ่อ (กรณีที่ 10) เป็นต้น
3. ไม่ว่าจะพยายามต่อสู้หรือไม่ แต่อย่างน้อยที่สุดผู้ประสบทุกข์ต่างต้องการให้มีการคลี่คลายเรื่องราวปัญหาความทุกข์ที่เกิดขึ้น ส่วนการรับผิดชอบเป็นความคาดหวังอีกระดับหนึ่งซึ่งแตกต่างกันไป
4. มีผู้รับทุกข์ที่พร้อมจะไม่ตั้งใจเรียกร้องความรับผิดชอบหรือการรับโทษเลยจากผู้ให้บริการ เพียงแต่ต้องการการยอมรับความผิดพลาดและยอมรับความจริงอย่างตรงไปตรงมาจากแพทย์หรือโรงพยาบาลที่ก่อให้เกิดทุกข์
5. ผู้ประสบทุกข์ที่มีปฏิกิริยาเรียกร้องหรือเอาความกับแพทย์หรือสถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้คาดหวังสัมฤทธิ์ผลที่จะเกิดขึ้น แต่ดำเนินการด้วยความหวังให้เป็นการสะกิด หรือกระตุ้นเตือน หรือเป็นตัวอย่าง หรือเพื่อตอบโต้กลับบ้าง ฯลฯ หรือแม้แต่ผู้ที่ฟ้องร้องดำเนินคดีและยืนยันจะเดินตามกระบวนการศาลจนถึงที่สุด ก็มีได้หวังผลที่เม็ดเงินค่าชดเชยความเสียหายเป็นสำคัญ และทุกกรณีทราบดีถึงภาวะเสียเปรียบและภาระหนักที่ต้องเผชิญ

6. ความรู้สึกร่วมประการหนึ่งของผู้ประสบทุกข์คือ ไม่ต้องการให้เกิดทุกข์ในลักษณะที่ตนเองเผชิญขึ้นกับคนอื่นอีก และมีความปรารถนาที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุขที่จะไม่ก่อทุกข์ซ้ำเติมแก่ประชาชน ดังแสดงชัดเจนในคำพูดของสามีดวงกลม (กรณีที่ 6) ที่ว่า “ผมต้องการให้วงการแพทย์มีการเปลี่ยนแปลง”

ความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ

ความทุกข์ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระบบบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน อันได้แก่ ลักษณะและคุณภาพการให้บริการ การตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนระบบการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้บริการจากหน่วยงาน องค์กรวิชาชีพ สื่อมวลชน กฎหมาย หรือมาตรการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ระบบที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบบริการสุขภาพ

1) ปัญหาคุณภาพการบริการด้านสาธารณสุขของสถานบริการในปัจจุบัน เช่น

- ขาดความต่อเนื่องในการรักษาและประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและผู้ป่วยที่ต้องการความเชี่ยวชาญพิเศษจากแพทย์ ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล (Continuous care) ดังเช่นกรณีของยุพิน (กรณีที่ 4), เจริญศรี (กรณีที่ 8) และปราณี (กรณีที่ 14) และโดยเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นนอกเวลาราชการและในวันหยุดหรือวันนักขัตฤกษ์ ดังกรณียุพิน (กรณีที่ 4), ยงค์ชัย (กรณีที่ 9), อรสา (กรณีที่ 11), ภักดี (กรณีที่ 12) และปราณี (กรณีที่ 14) และหรือไม่มีระบบในการติดตามผู้ป่วยเพื่อการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังกรณีจินดา (กรณีที่ 2)
- ไม่มีระบบในการตรวจสอบความผิดพลาดภายในสถานบริการ หรือหากมีการตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานบริการก็ขาดการคำนึงถึงความเป็นธรรมกับผู้รับบริการ ดังเห็นได้ในแทบทุกกรณี
- การอนุญาตให้แพทย์มีการบริหารจัดการผลประโยชน์เกี่ยวกับอุปกรณ์และบริการพิเศษทางการแพทย์ของโรงพยาบาล หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการพิเศษ เป็นไปอย่างไม่โปร่งใสในการจัดการ จนแพทย์สามารถเข้ามาแสวงหาประโยชน์ได้จนกลายเป็นสิ่งที่ชอบธรรม เช่น การฝากครรภ์พิเศษของอรสา (กรณีที่ 11) การผ่าตัดเลนส์ตาของชะลอ (กรณีที่ 13) หรือการส่งคนไข้ไปเอกซเรย์ในโรงพยาบาลเอกชนในกรณียงค์ชัย (กรณีที่ 9)
- ประสิทธิภาพและศักยภาพของโรงพยาบาลในแต่ละระดับในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหา เช่น ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมองในโรงพยาบาลระดับอำเภอ (กรณีที่ 14) การปฏิเสธให้การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจเนื่องจากติดเชื้อทั้ง ๆ ที่เป็นโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านนี้โดยตรง หรือการกระจายและขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางในบางด้าน เช่น ศัลยกรรมประสาท (กรณีที่ 4 และ 14) หรือระบบความเชื่อมโยงในการให้บริการ เช่น กรณีการผ่าตัดต่อนิ้วซึ่งเป็นเทคโนโลยีระดับสูง การส่งต่อผู้ป่วยหรือระบบการให้ข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไปยังสถานบริการที่มีบริการเฉพาะรองรับแทนที่จะต้องตระเวนหาโรงพยาบาลเอง (กรณีที่ 8)
- การไม่ให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้แต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ขาดข้อมูลที่จะช่วยในการระมัดระวังอาการผิดปกติ (กรณีที่ 1 และ 7)
- ความผิดพลาดในการคัดกรองผู้ป่วยในการพบแพทย์ (กรณีที่ 1)

- บุคลากรทางการแพทย์ชื่นชมกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ขาดความเข้าใจหรือความสามารถในการเข้าถึงความทุกข์ของผู้ป่วย จนกระบวนการรักษากลายเป็นการซ้ำเติมทุกข์ (กรณี 2)

- 2) ระบบผู้เชี่ยวชาญแบบตะวันตกในการให้บริการสุขภาพ เป็นไปโดยไม่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและครอบครัว ในการตัดสินใจต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีส่วนร่วมกันอย่างเท่าเทียม ดังเช่น การเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยอย่างขั้วขั้ว (กรณี 15) การไม่รับฟังและให้ความเอาใจใส่ต่อข้อมูลเกี่ยวกับอาการของเด็กจากผู้เป็นพ่อแม่ (กรณี 3)
- 3) การสนับสนุนงานบริการด้านสุขภาพที่ลดลงจากภาครัฐ ทำให้สถานบริการในแต่ละระดับต้องพึ่งตนเองในด้านงบประมาณมากขึ้นและปรับปรุงมาตรการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เช่น มาตรการให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Early Discharge) ดังที่พบในกรณีของภาสกร (กรณี 3) มาตรการติดตามทวงหนี้ในจินดา (กรณี 2) การจะให้บริการต้องได้รับการยืนยันว่ามีหลักประกันสำหรับค่าใช้จ่ายพิเศษต่าง ๆ ก่อน (กรณี 4 และ 14)

ระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงต่อคุณภาพการบริการ

- 1) องค์การภายใต้ประสิทธิภาพจากการตรวจสอบข้อเท็จจริงและปัญหาจากนอก

ไม่ว่าจะเป็นองค์กรวิชาชีพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรอื่น ๆ เช่น แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ศาล กองเงินทุนทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความทุกข์จากการบริการ แม้จะมีการเปิดเผยเรื่องราวความทุกข์ในวงกว้างโดยสื่อมวลชนและเปิดให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความถูกต้องโปร่งใส หรือมีการขอความเห็นจากบุคคลที่สองมากขึ้น แต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวพึงพอใจกับการให้ความช่วยเหลือหรือการเยียวยาที่เกิดขึ้น ในหลายกรณีพบว่า ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นการปกป้องกันเองในวิชาชีพ ดังเช่น

 - ต้องการเอาความแพทย์หรือสถานพยาบาลต่างทราบดีถึงภาวะเสียเปรียบบางรายต้องการต่อสู้เรียกร้องความเป็นธรรมมากกว่าที่ได้ทำมา แต่ที่ไม่ต่อสู้มักเกิดจากเห็นว่า ไม่มีทางที่จะเอาชนะได้ ดังเช่นที่พ่อของภาสกร (กรณี 3) กล่าวว่า “หมอไม่เคยผิด หมอไม่เคยต้องรับโทษเลย แพทย์สภาตั้งขึ้นเพื่อปกป้องพวกหมอด้วยกัน...”
- 2) กระแสบริโภคนิยม

ความไม่ต่อเนื่องในการพัฒนาการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน กระแสการลงทุนและการพัฒนาของโรงพยาบาลเอกชน เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการพึ่งพิงการแพทย์แผนใหม่มากขึ้น ทำให้เกิดสภาพที่สถานพยาบาลต้องให้บริการผู้ป่วย 500 คน ต่อวันและเป็นภาระต่อบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข นำไปสู่การรักษาผู้ป่วยเป็นส่วน ๆ ขาดการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) และไม่สามารถให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ได้ หรือละเลยการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย

ที่เป็นโรคที่หายได้เอง ผู้ป่วยโรคประจำตัวเรื้อรัง และการกระจายเทคโนโลยีที่ไม่เป็นธรรมและราคาค่ารักษาพยาบาล ดังเช่น ภาสกร (กรณีที่ 3) สกาวเดือน(กรณี 5) และปราณี (กรณี 14)

3) ประสิทธิภาพในการควบคุมกำกับและบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน

เช่น การควบคุมกำกับมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล หรือขาดการควบคุมมาตรฐานห้องทดลองเอกชนที่ทำการวินิจฉัยผลการตรวจวิเคราะห์โรคแก่ทางโรงพยาบาล ปัญหาจากการบังคับให้นายจ้างปฏิบัติตามกฎหมายประกันสังคมในโรงงานที่มีลูกจ้างมากกว่า 10 คน การบังคับใช้กฎหมายประกันภัยบุคคลที่ 3

4) ระบบบริการด้านสุขภาพปัจจุบันยังขาดหลักประกันด้านสุขภาพ

เช่น กรณีของจินดา (กรณีที่ 2) ที่ถือได้ว่าเป็นผู้มีรายได้น้อยที่สังคมควรให้การช่วยเหลือแต่จินดาเป็นคนไทยที่ไม่มีบัตรประชาชนทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยนี้ได้ และระบบรัฐสวัสดิการในบุคคลบางกลุ่ม เช่นผู้สูงอายุไม่สอดคล้องกับปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาต่อกระดูกแต่ผู้สูงอายุไม่สามารถได้รับเส้นสัตาเทียมจากบัตรผู้สูงอายุได้

5) ระบบสื่อมวลชนที่มีอิทธิพลต่อการเข้าไปตรวจสอบข้อเท็จจริง

สื่อมวลชนมีบทบาทโดยตรงในการตรวจสอบหาข้อเท็จจริงของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลโดยตรงทำให้หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องมีการติดตามและตื่นตัวในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการเปิดเผยและรับรู้ในวงกว้างมากขึ้น

6) บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

หลายกรณีที่เกิดขึ้น เห็นถึงความพยายามขององค์กรพัฒนาเอกชนในการหาวิธีการในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเยียวยาความทุกข์ ชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการ ดังกรณีที่ 7 และ15

7) ช่องว่างของกฎหมายในปัจจุบันทำให้เป็นอุปสรรคในการใช้สิทธิของผู้บริโภค

เช่น ภาระในการพิสูจน์ความผิด ซึ่งเป็นปัญหาและภาระที่สำคัญของผู้ป่วยในสถานการณ์ปัจจุบัน ยิ่งไปกว่านั้น ยังมีส่วนในการสร้างภาระเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยอีกด้วย หรือแม้แต่การประกาศสิทธิผู้ป่วยโดยกลุ่มวิชาชีพยังไม่ยอมรับสิทธิในการฟ้องร้องและร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้น ทั้ง ๆ ที่เป็นสิทธิของผู้บริโภคตามกฎหมายปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

- 1) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้เกิดระบบตรวจสอบและควบคุมคุณภาพการให้บริการในสถานบริการ
ซึ่งกลไกข้างต้นควรพัฒนาให้เป็นกลไกส่วนหนึ่งที่จะต้องมีการให้บริการกับผู้ป่วยและครอบครัวในสถานบริการทุกระดับที่มีบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขโดยเร่งด่วน
- 2) ปรับปรุงประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือจากกลไกภายนอก
ในระยะเร่งด่วน กลไกภายนอกไม่ว่าจะเป็นกลไกในองค์กรวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทยสภา กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข กองเงินทุนทดแทน ประกันสังคม ฯลฯ จะปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านความโปร่งใส การมีส่วนร่วมจากครอบครัว ภาคีอื่น ๆ ในสังคมมากขึ้น เช่น องค์กรผู้บริโภคที่มีกิจกรรมด้านนี้ สื่อมวลชน และที่สำคัญจะอย่างไรให้กลไกเหล่านี้มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ
- 3) รัฐควรให้การสนับสนุน ทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยอื่น ๆ ในการสร้างความเข้มแข็งให้ผู้บริโภคและกลุ่มผู้บริโภค
เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมให้มีกลไกในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่ายและมีความเป็นอิสระในการพิจารณาและตัดสินใจ ตลอดจนสนับสนุนข้อมูลที่เป็นต่อผู้บริโภค
- 4) การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่จริงจังเข้มงวด และการปฏิรูปกระบวนการทางศาลตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
เช่น การแก้ไขกฎหมายประกอบโรคศิลปะ และกฎหมายวิชาชีพให้คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยมากขึ้น และเพิ่มเติมสิทธิผู้บริโภคที่จะได้รับความเป็นธรรมจากการพิสูจน์ความผิด การพิสูจน์ความผิดถือเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการ และการพัฒนากระบวนการทางศาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น
- 5) จัดทำมาตรฐานในการชดเชยความเสียหาย ความเจ็บปวดที่ไม่สมควรจะเกิดขึ้น ตลอดจนการสูญเสียโอกาสในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติในวิถีชีวิต
ซึ่งเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากเจ้าหน้าที่และสถานบริการอย่างมีรูปธรรมชัดเจน เช่น การลืมนั่งของไว้ในช่องท้องจากการผ่าตัด การสูญเสียโอกาสในการเรียน เป็นต้น
- 6) ปฏิรูประบบบริการให้ผู้บริโภคทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพ (universal coverage of health care)
โดยให้ความสำคัญกับป้องกันความทุกข์ที่จะเกิดขึ้นจากหลักประกันด้านสุขภาพและน่าจะมีการแลกเปลี่ยนให้รับรู้อย่างกว้างขวาง ว่าหลักประกันแบบใดถึงจะเหมาะสม ประหยัดและมีประสิทธิภาพที่สุด

- 7) การให้การศึกษา พัฒนาและรณรงค์ให้ประชาชนเปลี่ยนวิธีคิดเรื่องสุขภาพที่ตกอยู่ภายใต้ กระแสบริโภคนิยม ตลอดจนส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน

ไม่ว่าจะเป็นความสะดวกสบายในการรับบริการ การใช้เทคโนโลยี ทำให้การพึ่งตนเองด้านสุขภาพลดลง สุขภาพกลายเป็นเรื่องแพทย์ พยาบาล สถานบริการ โรงพยาบาล ยา หรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ทำให้เป็นภาระกับโรงพยาบาลโดยตรงและเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการบริการที่ได้รับและปัญหา ระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน

- 8) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นต้องให้ความสำคัญกับความทุกข์ของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

ต้องเป็นระบบที่โปร่งใส สามารถตรวจสอบและมีส่วนร่วมจากบุคคลภายนอกได้ ตลอดจนการมีตัวแทนของผู้ป่วยหรือผู้บริโภค สื่อมวลชนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการที่พึงประสงค์

กิตติมา สุธีธร 2537.

ความคิดเห็นของผู้ป่วยประกันสังคมต่อการบริการของโรงพยาบาลรามาริบดี รายงานวิจัย
ของงานสังคมสงเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
(เอกสารโรเนียว)

คณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 3539.

รายงานการศึกษา ปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในประเทศ
ไทย. คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) (เอกสารอัดสำเนา)

คณะทำงานเรื่องสิทธิผู้ป่วย (มปป).

รายงานการศึกษา ข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย กรณี
สิทธิผู้ป่วย. คณะทำงานเรื่องสิทธิผู้ป่วย (เอกสารอัดสำเนา)

ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ 2537.

ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้า
รับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เฉลิมพรณ วีระไวทยะ และคณะ 2532.

ปัญหาทางเศรษฐกิจและทัศนคติของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการสังคมสงเคราะห์ของแผนก
อายุรศาสตร์ ดิกรตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. รายงานวิจัยของงานสังคม
สงเคราะห์ โรงพยาบาลศิริราช

ชัยชาญ แสงดี และ อุดม จันทราภิรักษ์ศรี (บรรณาธิการ) 2541.

แดฟเฟอีน Fact & Issue. กรุงเทพฯ : สมาคมเภสัชวิทยาแห่งประเทศไทย

ชูชัย ศุภวงศ์ 2538.

"สิทธิของคนปกติด้านสุขภาพ" ใน สิทธิมนุษยชน : รัฐกับการสาธารณสุขในสังคมไทย.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธุ์ 2541.

คุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอก ของ
โรงพยาบาลรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข
ศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล

นันทวัฒน์ วัฒนรุ่งเรือง และคณะ 2533

ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช

ตะพานหิน จังหวัดพิจิตร. รายงานวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

จังหวัดพิจิตร (เอกสารโรเนียว)

“ธรรมรักษา” 2524.

พระไตรปิฎกฉบับดับทุกข์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สุภาพใจ

“ธรรมรักษา” 2539.

วิถีแห่งความดับทุกข์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สติ

บัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ (บรรณาธิการ) 2540.

วิกฤตเล็กจ๋าง ว่างงาน และทางออก. กรุงเทพฯ : มูลนิธิอารมณ พงศ์พจน์

พวงทอง เครื่องมั่งกร และคณะ 2534.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติของผู้ป่วยต่างจังหวัด.

รายงานวิจัยของงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลรามาริบัติ (เอกสารโรเนียว)

พุทธทาสภิกขุ (มปป).

คู่มือดับทุกข์ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : ธรรมสภา

พุทธทาสภิกขุ 2533.

วิถีแห่งการบรรเทาทุกข์. ไม่ปรากฏที่พิมพ์ : ไม่ปรากฏผู้พิมพ์

พุทธทาสภิกขุ และปุ่น จงประเสริฐ (มปป).

พุทธธรรมกำมือเดียว. กรุงเทพฯ : ไม่ปรากฏผู้พิมพ์

แพทยสภา. 2539.

สิทธิของผู้ป่วย. เอกสารประกอบการสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นเรื่องสิทธิผู้ป่วย เมื่อวันที่

21 สิงหาคม 2539 (เอกสารโรเนียว)

แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม หันตแพทยสภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรค

ศิลปะ 2541. คำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย (เอกสารโรเนียว)

ภวิศ ผาสุก 2538.

บันทึกคำอภิปราย ข้อเสนอการปรับปรุงกองทุนประกันสังคม ใน สิทธิแรงงานไทยยุค

โลกาภิวัตน์. บัณฑิต ชาญชัยเศรษฐวุฒิ บรรณาธิการ, กรุงเทพฯ : มูลนิธิอารมณ์ พงศ์พงัน
และสถาบันการศึกษาแรงงานเสรีเอเชีย-อเมริกัน(อ้าฟลี)

มหาวิทยาลัยมหิดล 2534.

เอกสารประกอบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง การช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุจาก
จราจรก่อนถึงโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 12-13 กุมภาพันธ์ 2534 ห้องประชุมศิษย์เก่าแพทย์ศิริ
ราชพยาบาล, กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน 2532.

อุบายนิตยทุกซ์. กรุงเทพฯ : มูลนิธิปรางค์ สำเริงราชย์

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (มปป).

นิติเวชสารก ฉบับสิทธิของผู้ป่วย หน้า 28-32.

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร 2540.

ทุกซ์, สมุทัยในระบบสาธารณสุข และหลักประกันสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ : สถาบัน
วิจัยระบบสาธารณสุข.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2540.

แผนพัฒนาการวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2540-2544, กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสา
ธารณสุข

สุชุม เฉลยทรัพย์ 2541.

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพของ
ประชาชน โดยสวนดุสิตโพล. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อรรถจินดา ดีผดุง 2539.

"สิทธิของผู้ป่วย" ใน เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องสิทธิผู้ป่วย โดยแพทยสภา เมื่อวันที่
ที่ 21 สิงหาคม 2539.

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล 2541.

โรงพยาบาลที่ (ไม่) น่าไว้วางใจ. หนังสือชุดพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เล่ม1,
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Bennett, S.

การรับรู้ของผู้บริโภคในกรุงเทพมหานคร. อ้างถึงในบทความ "โรงพยาบาลในฝัน" ใน
หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน วันที่ 12 มิถุนายน 2542.

Boesch, Ernest E.

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในประเทศไทย อ้างถึงใน พวงทอง เครื่องมั่งกร และ
คณะ, 2534 : หน้า 9.

Consumer International 1996.

The right of patients. Global policy and campaigns unit (GPCU) London, UK.

Kleinman, Arthur and Kleinman, Joan.

"Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal
experience". In **Culture, medicine and psychintry**. 15(3):275-301.

Kleinman, Arthur, Veena Das and Margaret Lock, **Social suffering**. pp ix-xxv.

ภาคผนวก

สรุปเวทีวิชาการ ครั้งที่ 1

การวิจารณ์ เสนอแนะแนวคิด และกรอบการวิจัย

“ลักษณะทุกข์ที่ประชาชนได้รับ

เมื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานพยาบาลของรัฐ-เอกชน”

วันที่ 12 มกราคม 2542 ณ ห้องประชุมมูลนิธิธิดาสาธิตรเพื่อสังคม

ผู้เข้าร่วมประชุม

วิทยากร

ศ. นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์อุปนายกแพทยสภา

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

นพ.กฤติวิทย์ เกษอุดสาหกุล โรงพยาบาลกรุงเทพ

นพ.เอนก ขมจินดา นิติเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

รศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส คณะนิติศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์

คุณเดช พุ่มคชา มูลนิธิธิดาสาธิตรเพื่อสังคม

คุณอุษาสินี รั้วทอง กพอ.ชาติ (แทน อ.จอห์น อิงภากรณ์)

ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ที่ปรึกษาโครงการฯ

คุณสารี อ๋องสมหวัง ผู้บริหารโครงการ

คุณสุกรานต์ โรจน์ไพรวงศ์ ผู้วิจัยหลัก

คุณอภิญา คันทวีวงศ์ ผู้วิจัยหลัก

คุณอรนุชา หุตะสิงห์ ผู้วิจัย

คุณอรุณี เอื้อย ผู้วิจัย

คุณสายรุ้ง ทองปลอน ผู้วิจัย

คุณสร้อยแก้ว คำมาลา ผู้วิจัย

คุณมุกดาพรรณ ศักดิ์บุญ ผู้วิจัย

คุณติณ นิติกวินกุล ผู้วิจัย

คุณธนิศา สีโรรัตนกุล ผู้วิจัย

คุณวรินทร์พร ไกรบุรวงค์ ผู้วิจัย

คุณสมพัฒน์ ศรีเมฆรัตน์ผู้วิจัย

คุณอากาศกษณ์ ปาติยเสวี ผู้วิจัย

คุณสุภาภรณ์ อัยภูมิมงคล ผู้วิจัย

คุณอิฐบูรณ์ อ้นวงษา	ผู้วิจัย
คุณอาภาลักษณ์ ปาติยะเสวี	ผู้วิจัย
คุณเนติยา สุขเกษม	ผู้วิจัย
คุณศุภการันต์ อุดอามาศย์	ผู้วิจัย
คุณเกื้อเมฆา ฤกษ์พรพิพัฒน์	ผู้วิจัย
ผู้เข้าสังเกตการณ์	
คุณวิจิต ภูนิศาสัย	บ.จินตนาการ
คุณรัชพล กาญจนาคม	บ.จินตนาการ

ประเด็นแลกเปลี่ยน

1. วิธีการศึกษาและระเบียบวิธีวิจัย
2. ปัญหาและลักษณะทุกขจากการใช้บริการของรัฐและเอกชน
3. ความคิดเห็นต่อกรณีศึกษาที่คัดเลือก
4. ข้อเสนอแนะอื่นๆต่อการศึกษา

สรุปสาระสำคัญจากการประชุม

ประเด็นที่ 1 : แนวคิด วิธีการศึกษา และระเบียบวิธีวิจัย

- ที่ประชุมเห็นพ้องว่า กรณี “ทุกข์” ที่คัดเลือกมาศึกษา ให้พิจารณาจากเนื้อหาของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มิใช่จากความรู้สึกรู้สึกของผู้ใช้บริการว่ารู้สึกได้รับทุกข์หรือไม่ สาระสำคัญของความทุกข์ที่เป็นรูปธรรมพอที่จะเป็นเนื้อหาการศึกษาส่วนหนึ่ง ได้แก่ ความสูญเสียในด้านต่าง ๆ ที่เกิดแก่ผู้รับบริการหรือญาติมิตรที่เกี่ยวข้องภายหลังเข้ามารับการรักษาพยาบาล

- ควรดำเนินการวิจัยโดยระมัดระวังท่าทีในทุกชั้นตอน มิให้เป็นการแสดงอคติหรือเพ่งโทษแก่บุคคลกรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากเป้าหมายการวิจัยมุ่งที่การแก้ปัญหาเชิงระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากคนฝ่ายต่างๆจำนวนมาก จึงสามารถบรรลุเป้าหมาย

- แนวทางการศึกษาวิเคราะห์ ควรมุ่งที่บริบทเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุข อันเป็นเหตุแห่งปัญหาที่แท้จริง แม้ปัญหามักแสดงออกผ่านพฤติกรรมของบุคลากรฝ่ายต่าง ๆ ทว่า คนเหล่านั้นก็เป็นผลผลิตจากโครงสร้างที่มีปัญหา และกระทำการภายใต้กลไกตามที่ระบบกำหนดไว้

- แหล่งข้อมูลควรมาจากรอบด้าน รวมทั้ง จากบุคลากรในระบบสาธารณสุขผู้ก่อให้เกิดทุกข์ในแต่ละกรณี ยกเว้นในกรณีที่ไม่ได้รับความร่วมมือ และให้อื้อเอาข้อมูลความทุกข์ที่ผู้ให้บริการได้รับเป็นข้อมูลที่ได้รับมีความสำคัญสูงสุด ขณะเดียวกันก็ควรรับฟังผู้เกี่ยวข้องจากทุกฝ่ายด้วย

อย่างไรก็ตาม จากเงื่อนไขจำกัดด้านระยะเวลาที่กำหนดตามขั้นตอนการวิจัยครั้งนี้ จึงมีการเสนอข้อปฏิบัติในการเลือกเก็บข้อมูล โดยให้มีการกำหนดประเด็นที่เป็นจุดเน้นหนักของแต่ละกรณีศึกษา โดยพิจารณาให้มีความสัมพันธ์กับปัญหาในเชิงระบบหลากหลายมิติ

- ข้อมูลที่รวบรวมมานำเสนอในรายงานวิจัย ควรมีน้ำหนักมากพอที่จะก่อให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาจากการที่บุคคลากรในระบบสาธารณสุขละเลยความเป็น “มนุษย์” ของผู้ป่วย ซึ่งได้เกิดขึ้นตลอดมา

- ผู้วิจัยควรคุมประเด็นการรวบรวมข้อมูล เรียบเรียง และวิเคราะห์ในการวิจัยนี้ไป ที่ความทุกข์ซึ่งเกิดจากระบบบริการสาธารณสุข อย่างหลงประเด็นไปให้ความสำคัญที่การชี้ข้อผิดพลาดของผลการรักษา ซึ่งไม่ได้สะท้อนปัญหาในเชิงระบบ นอกจากนี้ ผู้วิจัยต้องระวังที่จะไม่เอาความเข้าใจส่วนตัวไปใช้ตีความข้อมูลจากการสัมภาษณ์

- เพื่อให้การวิจัยดำเนินไปโดยสะดวก และได้รับข้อมูลที่เที่ยงตรง ครบถ้วน ควรมีข้อกำหนดในการวิจัย ซึ่งแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งแหล่งข้อมูลต่างๆ ทราบโดยชัดเจนว่า ผลจากการวิจัยเป็นไปเพื่อการปรับปรุงนโยบายด้านระบบสาธารณสุข ไม่เกี่ยวข้องแต่อย่างใดกับการให้คุณให้โทษต่อผู้เกี่ยวข้อง

นอกจากนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ควรขอความร่วมมือจากแพทย์ในการทำความเข้าใจ ข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวข้องกับแต่ละกรณีศึกษา

ประเด็นที่ 2 : ปัญหาและลักษณะทุกข์จากการใช้บริการของรัฐและเอกชน

- ปัญหาที่สำคัญอันก่อให้เกิดทุกข์แก่ผู้ใช้บริการฯ ได้แก่ ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคคลากรสาธารณสุข กับผู้ป่วยและญาติ อย่างไรก็ตาม แท้จริงแล้วปัญหาการสื่อสาร หรือปัญหาทางจิตวิทยาดังกล่าวมักเป็นปลายเหตุของปัญหาในเชิงระบบ ที่ทำให้คนไข้ถูกมองข้ามว่าเป็น “มนุษย์”

- ระบบการแบ่งงานกันทำ(Division of Labour) ในวงการแพทย์ ทำให้เกิดการให้คุณค่าต่อการสร้างแพทย์เฉพาะทาง ที่มักมุ่งความสนใจไปที่การรักษาโรคให้หาย ซึ่งบางครั้งละเลยความต้องการที่แท้จริงของคนไข้ และต้นทุนแท้จริงที่ถูกใช้เพื่อการรักษาโรค

- ในระบบสาธารณสุขปัจจุบัน แพทย์มักมีบทบาทเป็น technician ที่มีความอหังการ ไม่ยอมรับข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งไม่อาจให้คำตอบแก่อาการทางสุขภาพได้ทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะนำเอาองค์ความรู้เท่าที่มีใช้อธิบายอาการเจ็บป่วยได้อย่างครอบจักรวาล

ประเด็นที่ 3 : ความคิดเห็นต่อกรณีที่เกิดเลือก

- การคัดเลือกรรณที่ศึกษาเฉพาะจากที่เป็นข่าวหรือมีการร้องเรียนยังหน่วยงานต่าง ๆ ไม่สามารถครอบคลุมถึงประชากรที่ไม่อาจได้รับทุกข์ แต่ไม่ได้ตระหนักต่อทุกข์ดังกล่าว โดยคนกลุ่มนี้มักได้แก่ผู้ที่มีฐานะยากจน เป็นระดับฐานรากของสังคม ผู้วิจัยควรตระหนักต่อข้อจำกัดนี้ด้วย แม้ไม่มีวิธีเลือกรรณตัวอย่างด้วยวิธีอื่นที่เหมาะสมที่ได้กระทำมาแล้วก็ตาม

- บางกรณีที่ศึกษาเป็นกรณีเดียวกับการวิจัยที่แพทย์สภาพำเนินการอยู่ อาจมีการร่วมมือกันได้ในบางส่วน

- ควรให้ความสนใจต่อปฏิกิริยาของผู้รับทุกข์แต่ละกรณี เช่น การขอมงาน การฟ้องร้องต่อสู้ต่อ และให้ข้อมูลต่อเนื่องถึงการลงเอยของแต่ละกรณีด้วย

- การเลือกรรณตัวอย่างที่เป็นเหตุการณ์พิเศษ ไม่เกิดบ่อย น่าจะพิจารณาเพิ่มเติมว่า เหมาะสมที่จะเป็นตัวแทนที่เลือกมาศึกษาเพียงไร

ประเด็นที่ 4 : ข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อการศึกษา

ในภาคท้าย คณะผู้วิจัยและที่ปรึกษาได้รับฟังข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษาที่ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลขั้นต้นแล้ว และให้คำแนะนำตามประเด็นที่ผู้วิจัยซักถาม รวมทั้งเสนอแนะประเด็นที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาเชิงระบบที่ผู้วิจัยควรให้ความสำคัญในแต่ละกรณีศึกษา

เลิกการประชุมเมื่อเวลาประมาณ 17.00 น.

**สรุปงานเวทีวิชาการครั้งที่ 2 โครงการวิจัยลักษณะทุกข์ที่ประชาชนได้รับ
เมื่อใช้บริการสาธารณสุขจากสถานบริการของรัฐ-เอกชน
วันศุกร์ที่ 12 กุมภาพันธ์ 2542
ณ ห้องประชุมมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค**

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. นพ. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | ที่ปรึกษาโครงการ |
| 2. นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานปฏิรูประบบสาธารณสุข |
| 3. ศ. นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ | ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมายการแพทย์ |
| 4. คุณสารี อ่องสมหวัง | ผู้บริหารโครงการ |
| 5. คุณสุกรานต์ ไรจน์ไพรวงศ์ | นักวิจัยและผู้ประสานงาน |
| 6. คุณอภิญา ดันทวิวงศ์ | นักวิจัยและผู้ประสานงาน |
| 7. คุณวิฑิต ภูศิลาชัย | ทีมจินตนาการ |
| 8. คุณวรารัตนา ภูศิลาชัย | .. |
| 9. คุณรัชพล กาญจนาคม | .. |
| 10. ผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 15 ท่าน (โดยแบ่งการเข้าร่วมเป็น 2 ชุด ช่วงเช้า 7 คน และช่วงบ่าย 8 คน) | |

เวทีวิชาการครั้งที่สองนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นและวิจารณ์ร่วมกับนักวิชาการ โดยการประชุมจัดขึ้นหลังจากผู้ช่วยนักวิจัย 15 คน ซึ่งรับผิดชอบกรณีศึกษาคนละกรณีได้ลงเก็บข้อมูลเบื้องต้น และจัดทำรายงานเบื้องต้นแล้ว (โดยส่งรายงานก่อนวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2542)

ผลการศึกษาของทุกกรณีจะครอบคลุมถึงรายละเอียดความเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สิ่งที่ประสบจากการเข้ารับบริการในครั้งนั้น ผลพวงหรือความเสียหายที่เกิดขึ้น ลักษณะทุกข์ที่ได้รับจากการรับบริการ ตลอดจนปฏิกิริยาตอบโต้กับความทุกข์นั้นในภายหลัง ซึ่งบางกรณีก็หมายถึงการก่อให้เกิดทุกข์ใหม่ติดตามมามาก

ทุก ๆ กรณีมีความก้าวหน้าในการศึกษาในส่วนนี้เท่า ๆ กัน แต่บางกรณีก็มีความซับซ้อนมากกว่า นั่น กล่าวคือมีการตรวจสอบเรื่องราวและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับฝ่ายอื่น ๆ ด้วยแล้ว หรืออาจจะศึกษาถึงระบบที่เชื่อมโยงในบางส่วน

เนื่องจากก่อนจะมีเวทีวิชาการครั้งนี้ มีการจัดส่งรายงานการศึกษาเบื้องต้นทั้ง 15 กรณีให้ที่ปรึกษาโครงการ นักวิชาการ และทีมนักวิจัยได้อ่านแล้ว ประกอบกับทีมแพทย์ได้รับทราบข้อมูลพื้นฐานบางส่วน ของกรณีต่าง ๆ จากเวทีวิชาการครั้งที่ 1 มาก่อนแล้ว การเสนอผลการศึกษาจึงเป็นการสรุปอย่างรวบรัด แล้วให้เวลากับการวิจารณ์และการซักถามแลกเปลี่ยนประเด็นเพื่อนำไปขยายขอบเขตการศึกษาหรือศึกษารายละเอียดเพิ่มเติม ทั้งนี้โดยดำเนินการเป็นรายกรณี (เรียงลำดับตามความพร้อมของผู้ศึกษา)

เริ่มประชุมเวลา 9.30 น.

1. กรณี (กรณีที่ 3)

มีการวิจารณ์กันอย่างกว้างขวางถึงเรื่องของการจัดการกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ซึ่ง รพ. ใหญ่ ๆ บางแห่งมีระบบ DCC (Dead Case Conference) แต่ก็เป็นเรื่องของการคุยกันภายใน

คนนอกหรือแม้แต่ญาติที่เกี่ยวข้องไม่ได้ร่วมด้วย ในที่สุดสรุปว่าให้ศึกษาดูว่าทางโรงพยาบาลมีการสอบสวนเกี่ยวกับกรณีที่เกิดขึ้นนี้หรือไม่

นพ. พงษ์พิสุทธิ์ เสนอให้ลองสืบเพิ่มเติมว่า ทาง รพ. มีนโยบายอะไรที่พยายามให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกเร็ว ๆ ใหม อย่างเช่นเรื่องของการหาทางลดต้นทุน

นพ. โกมาตรเสริมว่า อาจดูไปที่ระบบเรื่องการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตาม ที่ประชุมสรุปว่า ปัญหาใหญ่ของกรณีนี้น่าจะอยู่ที่เรื่องของระบบการติดตามอาการ และการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะสัมพันธ์ไปกับประเด็นเรื่องแพทย์เจ้าของไข้ ตลอดจนระบบผู้เชี่ยวชาญที่ทำให้คนกลายเป็นเพียงแต่ละอวยวะ ไม่มีการดูแลในเชิงองค์รวม นอกจากนี้ปัญหาเรื่องการสื่อสาร-ให้ข้อมูลก็ดูจะมีความบกพร่องอยู่ เชื่อมโยงกับประเด็นของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (หรือญาติ) ในเรื่องการรักษาพยาบาล : ขอให้ศึกษาเพิ่มเติมและวิเคราะห์ในประเด็นเหล่านี้

2. กรณี (กรณี ที่ 11)

ที่ประชุมเห็นร่วมกันว่ากรณีนี้น่าจะสะท้อนระบบการฝากครรภ์พิเศษที่เป็นปัญหาทำให้บุคลากรคนอื่นในโรงพยาบาลไม่ยุ่งกับคนไข้ที่ฝากครรภ์ไว้กับแพทย์คนใดคนหนึ่งเป็นการเจาะจง และขอให้ศึกษาเชื่อมโยงไปถึงระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาลด้วยว่ามีมาตรการการปฏิบัติอย่างไร

จากนั้นมีการอภิปรายเกี่ยวกับวิธีการประเมินสัญญาณชีวิตของเด็กแรกคลอด มีการกล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับตัวแพทย์ผู้ก่อทุกขกรณีนี้ ซึ่งในภายหลังได้ออกมาแก้ตัวต่อแวดวงแพทย์ต่าง ๆ และตั้งข้อสังเกตถึงท่าทีของแพทย์สภาที่ไม่มีการเชิญคนไข้มาชี้แจงข้อมูลเลย ในที่สุดมีการตั้งประเด็นเพิ่มเติมว่าการตรวจสอบความผิดภายในแวดวงวิชาชีพแพทย์มีมากน้อยเพียงไร

3. กรณี (กรณี ที่ 8)

ที่ประชุมเห็นร่วมกันว่า มีปัญหาเรื่องระบบส่งต่ออย่างแน่นนอน และเฉพาะกรณีนี้ถือเป็นกรณีพิเศษที่ไม่ใช่ว่าสถานพยาบาลทุกแห่งจะรับมือได้ ดังนั้นจึงควรจะมีการสร้างเครือข่ายประสานงานและให้การแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ว่าควรจะไปรับบริการที่ใด

นพ. พงษ์พิสุทธิ์กล่าวถึงปัญหาการ meetmatch of resource นับว่าเป็นเรื่องน่าเศร้าที่โรงพยาบาลที่มีหมอ มีศักยภาพการรักษา มีเครื่องมือ แต่กลับไม่มีเตียง และซ้ำร้ายยิ่งขึ้นที่ผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายแก้ปัญหานี้ นั่นคือต้องไปติดตามเอาเองว่าที่ใดมีความพร้อมทุกด้านอยู่ด้วยกัน

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางในเรื่องเตียงเต็มและระบบการจัดการเรื่องรายรับและค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล

4. กรณี (กรณี ที่ 4)

นพ. โกมาตรชี้ว่า กรณีนี้อยู่ที่ปัญหาการส่งต่อชัดเจน ซึ่งที่ประชุมได้อภิปรายต่อเนื่องเกี่ยวกับปัญหาเรื่องการส่งต่อว่าเป็นระบบที่ขึ้นกับเงื่อนไขหลายประการ และในทางปฏิบัติมีปัญหาความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ มาก

ส่วนคุณสารีกกล่าวว่า การส่งต่อในกรณีนี้เกี่ยวกับเรื่องของอำนาจตัดสินใจที่ขึ้นกับแพทย์เพียงฝ่ายเดียว

นพ. วิฑูรย์เสนอว่า ควรจะศึกษาเพิ่มเติมถึงศักยภาพของโรงพยาบาล ความสามารถในการรักษา และดูเรื่องมาตรฐานการดูแลคนไข้ของโรงพยาบาลด้วย ตลอดจนประเด็นเกี่ยวกับการจัดแพทย์-พยาบาล มีแพทย์เจ้าของไข้หรือไม่ และเวรพยาบาลเพียงพอไหม

นพ. พงษ์พิสุทธิ์ เสริมว่า ให้ศึกษา care system ทั้งหมด พร้อมกับตั้งข้อสังเกตว่า ระบบนี้เป็นเรื่องภายในของแต่ละสถานพยาบาลเท่านั้น ขาดการตรวจสอบอย่างสิ้นเชิง จะทำอย่างไรได้บ้าง

5. กรณี (กรณี ที่ 15)

กรณีนี้ผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและมีเชื้อ HIV ที่ประชุมจึงมีการอภิปรายกันในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ที่ยังขาดไปในการรองรับปัญหาเอดส์และการติดเชื้อ HIV

นพ. พงษ์พิสุทธิ ตั้งประเด็นถึงสิทธิของแพทย์ที่จะปฏิเสธการรักษา โดยชี้ว่า แพทย์ควรมีสิทธิที่จะไม่เสี่ยงเช่นกัน แต่ทั้งนี้จะต้องมีระบบที่เอื้อหรือให้การส่งเสริมแก่แพทย์ที่ยินดีเผชิญกับปัญหานี้ ด้วยการตั้งแรงจูงใจหรือมีการตั้งมาตรฐานการดูแลในกรณีเกิดความผิดพลาดขึ้น

คุณสารีสำคัญว่า เรื่องนี้ต้องจัดการโดยมีระบบรองรับ ควรเป็นเรื่องของนโยบายใหญ่ระดับชาติ ทุกวันนี้เป็นเรื่องอาศัยเส้นสายและความสัมพันธ์ส่วนตัว และเป็นเรื่องที่ปัจเจกชนต้องเผชิญปัญหาตัวเอง

ที่ประชุมเห็นด้วยว่าควรจะมีระบบที่เป็นทางเลือกทั้งแก่แพทย์และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ สำหรับกรณีนี้จึงเห็นว่า ปัญหาอยู่ที่ทางโรงพยาบาลและแพทย์หยุดการรักษาโดยไม่เหลือหรือแนะนำทางเลือกอื่นแก่ผู้ป่วยเลย ต่อไปน่าจะมีการหาทางออกร่วมกันระหว่างแพทย์กับคนไข้ เพราะผู้ป่วยเองก็เข้าใจดีว่า หากแพทย์รักษาต่อไปก็มีความเสี่ยงที่สูงมาก นพ. วิฑูรย์ชี้ว่า ทางโรงพยาบาลและแพทย์กระทำผิดละเมิดตั้งแต่ขั้นการตรวจเอดส์โดยไม่แจ้งเข้าตัวแล้ว และยังมีปัญหาขาดการจัดการด้าน HIV ด้วย เพราะไม่มีการให้คำแนะนำใด ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้เลย เหมือนตรวจพบเชื้อแล้วก็ลอยแพ ปล่อยเป็นเรื่องของคนไข้ต้องจัดการปัญหาเอง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้ศึกษาด้วยว่า รพ. นี้สังกัดหน่วยงานใด มีการดูแลหรือตรวจสอบจากหน่วยงานเหนือขึ้นไปหรือไม่ เพราะดูเหมือนจะเป็นเอกเทศมาก ขณะเดียวกันสังคมไทยจะต้องมีการวางระบบใหญ่ในการจัดการ HIV เสียที

6. กรณี (กรณีที่ 13)

นพ. วิฑูรย์ชี้ว่า กรณีนี้เห็นความเป็นธุรกิจชัดเจน เหมือนการขายของที่มีการต่อรอง มากกว่าจะเป็นแพทย์

ส่วนคุณสารีชี้ว่า บทบาทของแพทย์สภาในกรณีนี้น่าสนใจ เพราะยื่นข้างผู้บริโภคโดยแสวงหาข้อมูลอย่างถึงที่สุด รวมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลของทางราชวิทยาลัยด้วย ไม่ได้เชื่อง่าย ๆ

มีการอภิปรายเกี่ยวกับการตัดสินใจของแพทย์สภา ที่เป็นเรื่องขึ้นกับดุลยพินิจมากกว่าจะมีมาตรฐาน

และมีข้อเสนอจากทีมจินตนาการว่า อาจหาข้อมูลด้านบวกของแพทย์จักษุมาประกอบด้วย ซึ่งจะช่วยให้เห็นขนาดที่ใหญ่ขึ้นของปัญหา

7. กรณี (กรณีที่ 2)

ที่ประชุมใช้เวลาช่วงหนึ่งในการอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องของ Ostomy เชื่อมโยงกับกรณีของผู้ป่วยรายนี้ โดยเฉพาะในประเด็นว่า รมกวนหรือมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันปกติเพียงใด ซึ่งคำตอบก็ก็น่าจะมีมาก เพราะผู้ป่วยยากจน มีปัญหาไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์ได้ รวมทั้งต้องทำงานในลักษณะที่ใช้แรงงานด้วย

สำหรับปัญหาที่มีเสนอแนะให้ศึกษาให้ชัดก็คือ ระบบการติดตามคนไข้ และศึกษาถึงประเด็นปฏิกิริยาที่ดีมากของโรงพยาบาลภายหลังจากกรณีนี้เป็นข่าวด้วย

พักรับประทานอาหารกลางวันเวลาประมาณ 13.00 น.

เริ่มประชุมภาคบ่ายเวลาประมาณ 13.40 น.

8. กรณี (กรณี ที่ 14)

ผลการศึกษากรณีนี้ในส่วนของการละเอียดเรื่องการรักษาค่อนข้างชัดเจน แต่ต้องการการลำดับเวลาที่แน่ชัดขึ้น นอกจากนี้มีประเด็นเกี่ยวกับ พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่ 3 ที่ต้องศึกษาเพิ่มเติม

ส่วนประเด็นเชิงระบบ ที่ประชุมเห็นว่า ประเด็นใหญ่น่าจะอยู่ที่ศักยภาพที่จำกัดของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเชื่อมโยงกับเรื่องการส่งต่อ ความปลอดภัยในระหว่างนั้นมียากน้อยเพียงใด นอกจากนี้ที่น่าสนใจในเรื่องความจำกัดของบุคลากรที่การศึกษาเบื้องต้นระบุว่า ทางภาคใต้ฝั่งอันดามันมี นพ. ผ่าตัดสมองเพียงคนเดียว รวมทั้งเรื่องความจำกัดของอุปกรณ์ ซึ่งในกรณีนี้ก็คือเครื่องเอกซเรย์สมอง

9. กรณี (กรณี ที่ 5)

ที่ประชุมเห็นว่ากรณีนี้ประเด็นปัญหาหลักทางการแพทย์อยู่ที่การวินิจฉัยผิด ส่วนประเด็นต่อเนื่องที่น่าสนใจมีหลายประเด็นด้วยกัน โดยเฉพาะเรื่องของกระบวนการฟ้องร้องเอาความผิด พบว่า ผู้ป่วยและญาติได้รับความกดดันมากจนในที่สุดต้องยอมความ และต้องรับภาระในการพิสูจน์ ซึ่งเป็นอุปสรรคใหญ่ เพราะประเด็นที่ต้องพิสูจน์ต้องอาศัยความรู้เฉพาะทาง นอกจากนี้มีปัญหานายความไม่ยินยอมอยู่ข้างโจทก์อย่างแท้จริง

ที่ประชุมเสนอให้ผู้ศึกษาหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมด้วย รวมทั้งพยายามสัมภาษณ์แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะทุกขของกรณีนี้ นอกจากทุกขจากการรับบริการสาธารณสุขแล้ว ยังทุกขซ้ำซ้อนจากการพยายามเรียกหาความเป็นธรรมด้วย

10. กรณี (กรณี ที่ 7)

กรณีนี้มีความซับซ้อนและมีเรื่องราวมากมาย ซึ่งผู้ศึกษาได้ติดตามไปเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง พบว่า มีสถาบันต่าง ๆ เกี่ยวข้องอยู่ด้วยมากมาย ทั้งประกันสังคม กองทุนเงินทดแทน องค์กรพัฒนาเอกชน แพทยสภา ตลอดจนหน่วยงานการเมืองทั้งหลาย

นพ. วิฑูรย์แนะนำว่า ให้หาสาเหตุการเจ็บป่วยที่เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยรายนี้พิจารณาในที่สุดว่าเกิดจากอะไรแน่

ที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันว่า กรณีนี้เพียงลำดับเรื่องราวให้ชัดเจนก็จะสะท้อนถึงความล้มเหลวของระบบใหญ่ต่าง ๆ หลายส่วนด้วยกันออกมาเอง รวมทั้งระบบการตรวจสอบคุณภาพและจริยธรรมของแพทย์ ตลอดจนการร่วมมือป้องกันตนเองภายในแวดวงวิชาชีพแพทย์ หรือแม้แต่เรื่องของอิทธิพลภายในแวดวงนี้

11. กรณี (กรณี ที่ 6)

ที่ประชุมมีการอภิปรายเกี่ยวกับเรื่องการชั้นสูตรศพ ที่ระบบของไทยยังคงขาดกระบวนการตรวจสอบและมาตรการเพื่อความเป็นกลาง

ข้อเสนอต่อผู้ศึกษาก็คือ ให้อุทิศในการดำเนินการของตำรวจด้วย เพราะว่าเจ้าทุกข์มีการแจ้งความ ส่วนระบบใหญ่ที่เน้นศึกษากลไกการทำงานของแพทยสภานั้น ที่ประชุมเห็นชอบด้วย

12. กรณี (กรณี ที่ 10)

ที่ประชุมมีความเห็นร่วมกันว่า กรณีนี้มีความชัดเจนในเรื่องความผิดพลาดของแพทย์และสถานพยาบาล และสนใจว่า เหตุใดทางโรงพยาบาลจึงสามารถยืนยันการไม่รับผิดชอบได้อย่างเข้มแข็ง ที่ประชุมมีการอภิปรายในประเด็นนี้ และมีข้อสรุปว่า ควรจะผลักดันให้เกิดมาตรฐานการชดเชยความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์และสถานพยาบาล

ดังนั้นการศึกษากฎนี้ก็จะชี้ไปยังระบบนี้เป็นสำคัญ นอกจากนั้นยังเชื่อมโยงถึงระบบการควบคุมมาตรฐานการศึกษา และระบบการควบคุมโรงพยาบาลเอกชนด้วย

ที่ประชุมมีการอภิปรายกันต่อไปประเด็นเรื่องระบบการควบคุมมาตรฐาน ซึ่ง นพ. วิฑูรย์ให้ข้อมูลว่า ขณะนี้กำลังมีการกำหนดเรื่องนี้เป็นกฎกระทรวง

13. กรณี (กรณีที่ 9)

ที่ประชุมมีความเห็นว่ากรณีนี้สะท้อนว่าการควบคุมมาตรฐานโรงพยาบาลเอกชนมีปัญหาอย่างชัดเจน ลักษณะของโรงพยาบาลไม่มีศักยภาพที่จะรับคนไข้ในที่เจ็บป่วยหนักไว้รักษาพยาบาลได้เลย ขาดทั้งบุคลากร เครื่องมือ-อุปกรณ์ และความพร้อมของสถานที่ ฯลฯ ระบบการดูแลความปลอดภัยภายในโรงพยาบาลก็ไม่มี นอกจากนั้นยังมีประเด็นเรื่องค่ารักษาแพง

ขณะเดียวกันแพทย์เองก็มีปัญหาขาดความรับผิดชอบ เนื่องจากเป็นแพทย์ที่รับงานผ่าตัดเป็น job จึงไม่มีเจตนาไขว่คว้าที่จะดูแลคนไข้หลังจากนั้น

เนื่องจากกรณีนี้มีการฟ้องร้องด้วย กระบวนการทางศาลจึงชี้ให้เห็นถึงอำนาจของโรงพยาบาลและแพทย์ที่เหนือกว่าประชาชนทั่วไปด้วย

ที่ประชุมเห็นว่า ผู้ศึกษาควรหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของกองประกอบโรคศิลป์ต่อกรณีนี้ และข้อมูลการสอบสวนของทางแพทยสภา อีกทั้งกรณีนี้ คนไข้ได้ไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลของรัฐ ก่อนด้วย จึงน่าสนใจว่าเหตุใด การบริการในส่วนนั้นจึงมีปัญหา ควรศึกษาให้ครอบคลุมทั้งหมด

14. กรณี (กรณีที่ 1)

เนื่องจากกรณีนี้เพิ่งได้รับเวชระเบียนผู้ป่วยจากทางโรงพยาบาลในวันประชุม จึงยังไม่ทราบข้อเท็จจริงทางด้านการรักษา ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ในประเด็นทางด้านการแพทย์ได้ อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลในภาพรวมของกรณี ที่ประชุมเห็นว่า ในเบื้องต้นกรณีนี้มีปัญหาที่ระบบการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยไม่ครบถ้วนอย่างแน่นอน เพียงแต่ไม่น่าจะเป็นประเด็นใหญ่ เพราะพิจารณาจากข้อมูลเท่าที่มี กระบวนการรักษาน่าจะมีปัญหาค่ะ

อย่างไรก็ตาม เรื่องทางการแพทย์นี้ ขอให้ผู้ศึกษานำเวชระเบียนไปหารือกับนายแพทย์เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราว

15. กรณี (กรณีที่ 12)

เนื่องจากผลการศึกษาด้านการแพทย์ของกรณีนี้ยังมีความขัดแย้งกันอยู่ ระหว่างข้อมูลจากแพทย์และญาติผู้ป่วย ที่ประชุมจึงมีมติให้ผู้ศึกษาติดต่อขอเวชระเบียนมาให้ได้ เพื่อที่จะวิเคราะห์ปัญหาอย่างถูกต้องต่อไป

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลในภาพรวมของกรณี ที่ประชุมมีความเห็นว่า กรณีนี้นับเป็นกรณีศึกษาในเรื่องที่ว่า แวดวงการแพทย์การรักษาพยาบาลยังขาดความโปร่งใสและไม่เปิดให้มีการตรวจสอบจากภายนอก นอกจากนี้กรณีนี้ยังชัดเจนว่า มีปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับญาติผู้ป่วย อันนำมาซึ่งวิกฤตศรัทธา

ปิดการประชุมเวลาประมาณ 17.30 น.

สรุปงานเวทีวิชาการครั้งที่ 3

โครงการวิจัย 15 กรณีศึกษา ว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสาธารณสุข

วันที่ 12 พฤษภาคม 2542 เวลา 13.30 - 17.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตีกรรณสุภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ | อุปนายกสภาการหนังสือพิมพ์ |
| 2. รศ.แสง บุญเฉลิมวิภาส | คณะนิติศาสตร์ ธรรมศาสตร์ |
| 3. นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 5. นพ.สุภกร บัวสาย | สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 6. นพ.ทรงยศ ชัยชนะ | กองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข | สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข |
| 8. นพ.อเนก ยมจินดา | ภาควิชานิติเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล |
| 9. นพ.ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์ | เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 10. คุณงามจิตร์ จันทราธิติ | สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 11. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ | สำนักนโยบายและแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข |
| 12. คุณดาเรศ ชูศรี | คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ |
| 13. คุณชาญวิทย์ ไฉน | มูลนิธิฟื้นฟูชนบท |
| 14. คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ | มูลนิธิอารมณ์พงษ์พจน์ |
| 15. คุณสารี อ๋องสมหวัง | ผู้บริหารโครงการ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 16. คุณสุภรณต์ โรจนไพรวงศ์ | ผู้ประสานงานโครงการ |
| 17. คุณอภิญา ตันทวีวงศ์ | ผู้ประสานงานโครงการ |
| 18. คุณสมพัฒน์ ศรีเมฆรัตน์ | นักวิจัย |
| 19. คุณมุกดาวรรณ ศักดิ์บุญ | นักวิจัย |
| 20. คุณอาภาลักษณ์ ปาติยเสวี | นักวิจัย |
| 21. คุณอุไรวรรณ ยอดมงคล | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 22. คุณทัศนีย์ เน้นอุดร | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 23. คุณสมจิต คงทน | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 24. คุณมยุรี วัฒนาวรรจงกุล | มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

คุณสารี อ่องสมหวัง รายงานผลการศึกษาโดยเป็นการสรุปผลวิธีการศึกษา ผลการศึกษา กรอบในการวิเคราะห์ ข้อเสนอแนะ

ที่ประชุมได้วิพากษ์ วิจาร์ณ ต่อผลการศึกษาและเสนอแนะต่อแนวทางการวิเคราะห์และการเขียนรายงานการวิจัย อย่างหลากหลาย กว้างขวางดังนี้

ต่อผลการศึกษาและการวิเคราะห์

1. ความสำคัญและหัวใจของการศึกษาชิ้นนี้ คือทำให้เกิดความสนใจของสังคมต่อปัญหาจากระบบบริการ ทำให้เห็นปัญหา เห็นทุกข์ ให้รู้ว่าคุณบ้านทุกซอกอะไร เพราะปัจจุบันเรารู้เรื่องทุกข์น้อยมาก
2. กรอบคำว่าระบบบริการสาธารณสุขคืออะไร หรือนิยามคำว่าบริการสาธารณสุข เพราะแต่ละคนจะมีกรอบที่ไม่เหมือนกันเนื่องจากแต่ละคนจะมีระบบอยู่ในใจหรือจากประสบการณ์ที่แตกต่างกัน เช่นระบบค่าตอบแทนแพทย์ มีระบบอย่างไร ปัญหาคืออะไร องค์ประกอบของระบบที่เป็นปัญหา แล้ววิเคราะห์ภาพรวมเพื่อให้เห็นจุดรวม
3. ประเด็นวิเคราะห์มีความหลากหลายและสามารถนำเสนอได้หลายวิธีการ เช่น การเสนอให้มีกลไกการฟ้องร้อง แทนที่จะช่วยให้มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการแต่กลับกลายเป็นว่า มีการสร้างกลไกการป้องกันตัวเอง ด้วยการซื้อระบบประกัน
4. ความทุกข์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ ความทุกข์ของผู้ให้บริการ ซึ่งถ้ามีความเข้าใจอาจทำให้ทุกข์ของผู้ป่วยลดลง และบางอย่างอาจจะเป็นความผิดพลาดที่ปกติเนื่องจากผู้ให้บริการเป็นมนุษย์ เช่นกัน แต่ต้องเชื่อมโยงไปยังระบบให้ได้ไม่ใช่เกิดเหี่ยวจากงานวิจัย
5. การเชื่อมโยงไปถึงระบบบริการสุขภาพที่ดี อาจจะทำให้เป็นปัญหาในการวิเคราะห์ (EQESa) และเป็นจุดอ่อนของการวิเคราะห์ครั้งนี้ และเป็นกรอบที่ใช้เมื่อเห็นปัญหาและมักจะมีเหี่ยวแต่ไม่ได้แก้ระบบ
6. กรณีศึกษาแต่ละกรณีมีความน่าสนใจในตัวเอง ดังนั้น น่าจะมีการสรุปแต่ละกรณีไว้ โดยมีกล่าวถึงสภาพเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สถานภาพทางสังคม อาชีพ อายุ จะได้เข้าใจเรื่องราวของกลุ่มที่ศึกษามากขึ้น หรือจะใช้วิธีการวิเคราะห์แต่ละกรณีแล้วพิจารณาถึงปัญหาของระบบที่ซ้ำ ๆ กันทำให้สามารถพบปัญหาใหญ่ของระบบได้ และจะเชื่อมโยงความทุกข์ถึงครอบครัว และความทุกข์ก่อนที่จะได้รับความทุกข์เพื่อเห็นความทุกข์ที่ชัดเจน
7. การวิเคราะห์จะเชื่อมโยงกับโครงสร้างมหภาคอย่างไร เช่น เศรษฐกิจกระแสหลัก ระบบกฎหมาย เช่นระบบแพทย์พาณิชย์ กรอบที่ศึกษาไม่ได้ชี้ว่าเรื่องระบบกฎหมายส่งผลต่อคนอย่างไร เช่นเดิม

อาจจะมีปัญหาเรื่องการปฏิเสธคนไข้ จนกระทั่งมี พ.ร.บ. ประกันภัยบุคคลที่ 3 ร.พ.ต่าง ๆ ก็อัด
แขนรับผู้ป่วย

8. ปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ไม่ใช่เรื่องการจัดการไม่เป็น แต่ถ้าสามารถสะท้อนได้ว่ามันมีการเอา
เปรียบคนไข้ แพทย์พาณิชย์กับระบบบริการมีก็กรณีก็ไล่ลงไปให้หมด คุณภาพการบริการมีก็
ปัญหา มีก็กรณี ใช้การดึงออกมากรณีเดียวก็ได้
9. 15 กรณีศึกษา เป็นกรณีที่ Extreme ไปหรือเปล่า จะทำอย่างไรที่จะอธิบายว่า 15 กรณีเป็นตัว
แทนของสังคมอย่างไร ประกอบกับข้อมูลที่น่าเสนอไม่มีจุดโฟกัส ทำให้ดูเหมือนเป็นปัญหาใน
ทุกระบบ ไม่เห็นปัญหาใหญ่ ๆ

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

1. ทำอย่างไรที่จะใช้งานนี้อย่างสร้างสรรค์เนื่องจาก มีการศึกษาอย่างกว้างขวางและมีบุคลากรที่
เกี่ยวข้องจำนวนมาก จะมีภาคผนวกว่าด้วยความคิดเห็นของบุคคลเหล่านี้ได้อย่างไร
2. การศึกษาโดยนักวิจัยหลายคนทำให้มีหลายรูปแบบในการเขียน วิธีการทั้งการศึกษา แตกต่าง
กันจะทำให้รูปแบบเหมือนกันได้อย่างไร จะมีระบบการเขียนนำรายงานอย่างไร แล้วค่อยลงลึก
ในรายละเอียด
3. ฉบับสารานุกรมน่าจะเขียนในลักษณะนวนิยายแต่อย่าให้ยาวเกินไป สิ่งที่ได้จากการวิจัยระบบ
บำบัดทุกข์ และหากจะให้ความสำคัญกับความสนใจเรื่องนี้ของสังคมน่าจะมีการเขียนลง
นิตยสารรายสัปดาห์
4. เสนอชื่อผลการศึกษา ทุกข์กับระบบบริการในสถานบริการของรัฐและเอกชน

ปิดการประชุมเวลา ประมาณ 17.00น.