

## บทที่ 2

### จากโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์สู่โรงพยาบาลชุมชน

#### “การหลงทาง” ในโรงพยาบาล: ความสัมพันธ์ทางพื้นที่ที่แตกต่างกัน

เมื่อหลายเดือนที่แล้วผมได้มีโอกาสไปเยือนโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ที่เก่าแก่ที่สุดของเมืองไทยที่ตั้งอยู่กลางเมืองหลวง ด้วยเพราะต้องไปเยี่ยมเยียนเพื่อนที่นอนรักษาตัวอยู่ที่นั่น ด้วยความที่มั่นใจว่าได้ถามไถ่ถึงตึก ชั้น และห้องที่เธออยู่อย่างแน่ชัดดีแล้ว ทำให้เมื่อไปถึงผมจึงเลือกที่จะเดินผ่านจุดที่เป็นหน่วยประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลซึ่งตั้งอยู่บริเวณเคาน์เตอร์ในตึกหน้าสุดของโรงพยาบาลไปอย่างไม่ใยดี ผลก็คือผมกลับต้องใช้เวลาราวเกือบครึ่งชั่วโมงเพื่อค้นหาจุดหมายและพบว่าตัวเองกำลัง “หลงทาง” อยู่ในโรงพยาบาล แม้ว่าระหว่างนั้นจะเพียรถามทางจากเจ้าหน้าที่ที่เดินกันอยู่อย่างขวกไขว้ในโรงพยาบาลราว 3 ครั้งก็ตามที

สุดท้ายผมพบตัวเองเดินวนกลับมาอยู่ที่ตึกใหญ่ตรงหน้าประตูทางเข้าอีกครั้งหนึ่ง เมื่อสายตาเหลือบไปเห็นป้ายประชาสัมพันธ์ที่อยู่ตรงจุดที่เคยเดินผ่านไปเมื่อตอนแรก ผมจึงไม่ลังเลที่จะเดินเข้าไปเพื่อขอความช่วยเหลือ

“มาเยี่ยมคนไข้หรือคะ”

เจ้าหน้าที่สาวที่นั่งอยู่ตรงนั้นเอ่ยปากถามก่อนที่ผมจะได้พูดอะไรออกไปเสียอีก และผมก็ได้แต่ตอบรับ

“คนไข้ชื่ออะไรคะ”

เธอถามคำถามต่อมาอย่างต่อเนื่อง ผมงุนงงว่าเธอถามทำไมแต่ก็บอกชื่อของเพื่อนให้เธอทราบ เธอก็มหันหลังไปป้อนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์อยู่เพียงอึดใจเดียวก็เงยหน้ากลับขึ้นมาพร้อมยื่นกระดาษใบเล็กๆขนาดราวฝ่ามือที่ภายในบรรจุสิ่งที่ดูคล้ายแผนผังของโรงพยาบาลวางลงตรงหน้าผมพร้อมทั้งทำเครื่องหมายลงไปยังจุดที่เป็นเป้าหมายและอธิบายทิศทางที่ผมต้องเดินไปอย่างรวดเร็ว ผมรับแผนที่เล็กๆนั้นเอาไว้และใช้เวลาไม่นานนักในการเดินลัดเลาะไปตามช่องทางเดินแคบๆระหว่างตึกต่างๆก็ไปถึงเป้าหมายอย่างง่ายดายที่สุด

เหตุการณ์ครั้งนั้นทำให้ผมนึกย้อนกลับไปตอนที่เริ่มลงเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งแรกก่อนหน้าที่จะหันเหมาที่โรงพยาบาลลานหมอก ครั้งแรกที่เข้าไปเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อทำความเข้าใจบริบทของสนามในขณะที่กำลังพัฒนาโครงร่างวิทยานิพนธ์อยู่นั้น ผมเริ่มจากการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลและนัดแนะเวลาและสถานที่ที่ผมต้องไปพบผ่าน

ทางโทรศัพท์ และเมื่อผมไปถึงโรงพยาบาลผมก็สามารถเดินผ่านตึกด้านหน้าตรงเข้าไปยังสถานที่นัดพบได้อย่างง่ายดาย

เรื่องเล่าที่ว่าด้วย ‘ครั้งแรกที่เหยียบย่างเข้าโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง’ ที่เกิดขึ้นกับตัวผมเอง มีความต่างกันทั้งขนาดความยาวและความซับซ้อนสับสนของเรื่อง เป็นเรื่องเล่าที่ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างกันของบริบททางกายภาพระหว่างโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่จำนวนตึกของโรงพยาบาลชุมชนนั้นมีเพียงไม่กี่ตึกเพียงแค่ว่าก้าวเท้าผ่านประตูโรงพยาบาลเข้าไปและเดินวนอยู่สักรอบก็จะสามารถจินตนาการออกได้หมดสิ้นว่า “อะไรรออยู่ตรงไหน” และสามารถกำหนดได้ด้วยตนเองว่า “เราจะเดินอย่างไร” “ในทิศทางเช่นใด” ในขณะที่จำนวนตึกของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์นั้นไม่อาจนับถว้นได้โดยการใช้นิ้วทั้งหมดที่เรามีอยู่ (ถึงแม้จะนับนิ้วเท้าเข้าผนวกรวมด้วยก็ตาม) และเมื่อเราผ่านเข้าไปอยู่ในพื้นที่แห่งนี้ จินตภาพของความเป็นทั้งหมดของสถานที่ภายในโรงพยาบาลแบบนี้ไม่อาจถูกสร้างขึ้นในสมองของเราได้ ซึ่งแตกต่างอย่างมากมาจากโรงพยาบาลชุมชน เพียงแค่พื้นที่ทางกายภาพอันใหญ่โตและซับซ้อน การสูญเสียอำนาจในการเป็นผู้กำหนดด้วยตนเองถึงทิศทางที่เราจะเดินจะไปที่ก็สามารถเกิดขึ้นได้อย่างง่ายดาย สิ่งที่เราจะทำได้ก็มีแต่เพียงการเดินไปตามแผนที่เลี้ยวซ้ายขวาตามที่ถูกกำหนดมาเท่านั้น

ความแตกต่างทางกายภาพระหว่างโรงพยาบาลใน 2 ระดับ เป็นสิ่งที่ Andrea Sankar (1988) เรียกว่า “ความสัมพันธ์ทางพื้นที่ (Spatial relationship)” ที่เปลี่ยนไป ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นรูปธรรมที่ปรากฏให้เห็นได้อย่างง่ายที่สุดโดยยังมีต้องกล่าวถึงความสัมพันธ์ทางพื้นที่ในทางนามธรรมซึ่งมีความซับซ้อนซ่อนเงื่อนกว่านี้มากนัก และความสัมพันธ์ทางพื้นที่ที่แตกต่างกันนี้ส่งผลทั้งต่อแพทย์และคนไข้ในทิศทางที่ตรงกันข้ามกันไป

“ตอนเราอยู่ที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ คนไข้จะเชื่อฟังเราเชื่อถือเรามากกว่า แต่พอมาอยู่ รพ. พอ. ขอ (รพช.-โรงพยาบาลชุมชน) คนไข้กลับจะไม่ค่อยเชื่อ ทั้งๆที่เราที่อายุอ่อนเหมือนเดิม ความรู้ก็เท่าเดิม อย่างอยู่ที่นี้เคยเจอคนไข้คนนึงอาการหนักมาก เราก็บอกกับญาติว่า คงจะไม่ไหวแล้ว (หมายถึงคนไข้คงจะต้องเสียชีวิต) แต่ญาติก็ไม่ยอม เราก็เลยส่งต่อไปโรงพยาบาลจังหวัด พอไปถึงหมอนั่นก็นั่งบอกว่าไม่ไหวเหมือนกัน แต่คราวนี้ญาติกลับยอม”<sup>1</sup>

จากคำบอกเล่าข้างต้นจะเห็นได้ว่า เมื่อเข้าไปอยู่ในพื้นที่ของโรงพยาบาลใหญ่ๆฝ่ายผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็นคนไข้หรือญาติจะสูญเสียความสามารถในการต่อรองที่ตนเองเคยมีเมื่อเข้ารับ

<sup>1</sup> คำบอกเล่านี้ได้มาจากการสัมภาษณ์พูดคุยกับแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่

การรักษาในโรงพยาบาลชุมชนไป ส่วนแพทย์เองเมื่อโยกย้ายตนเองออกจากโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลใหญ่ๆมาอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนก็จะเป็นฝ่ายสูญเสียอำนาจในการที่จะสามารถกำหนดอะไรอย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาดไปเช่นเดียวกัน ในแง่นี้หากเปรียบโรงพยาบาลเป็นเสมือนพื้นที่พิเศษชนิดหนึ่งที่ระบบการแพทย์ชีวภาพสถาปนาขึ้นและทำการกำหนดกฎเกณฑ์ชุดหนึ่งที่มีความเฉพาะเพื่อใช้ในการกำกับวิถีการปฏิบัติและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ที่เข้ามาใช้พื้นที่ร่วมกัน แต่ระดับของ “ความเข้มข้น” และ “ความไม่อาจท้าทายได้ของชุดกฎเกณฑ์” ก็มีได้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอเท่าเทียมกันในโรงพยาบาลทุกแห่ง หากแต่ในโรงพยาบาลที่มีเงื่อนไขแตกต่างกันต่างก็มีระดับของความเข้มข้นของชุดกฎเกณฑ์แห่งความเป็นพื้นที่พิเศษที่แตกต่างกันออกไป

### โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลชุมชน: โลก “สมมติ” และ โลกแห่ง “ความจริง”

ระบบบริการสุขภาพภายใต้ชุดความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพของประเทศไทยได้จัดแบ่งระดับของโรงพยาบาลออกเป็น 3 ระดับแตกต่างกันตามขนาด ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ และขีดความสามารถในการให้การรักษา โดยในระดับบนสุดของระบบได้แก่ โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลศูนย์ (ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลประจำจังหวัดที่มีขนาดใหญ่) โรงพยาบาลในระดับนี้เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพอยู่ในระดับสูงสุด ทั้งในแง่ขนาดทางกายภาพ จำนวนบุคลากร เทคโนโลยี และขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลในระดับนี้จะรับบทบาทในการดูแลรักษาโรคที่ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญขั้นสูงและเทคโนโลยีที่ซับซ้อนจากแพทย์เฉพาะทาง รวมถึงการรับดูแลผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในระดับต่ำลงมา ระดับที่สองคือโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลจังหวัดเป็นโรงพยาบาลในระดับถัดลงมาที่มีศักยภาพน้อยกว่าโรงพยาบาลในระดับบนแต่ก็ยังคงมีขนาดค่อนข้างใหญ่และมีแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขาแทบจะทุกแห่ง ส่วนโรงพยาบาลในระดับต่ำสุด คือโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กมีบุคลากรจำนวนไม่มากนัก โดยมากมักจะมีแพทย์ประจำอยู่ไม่มากไปกว่า 5 คนเกือบทั้งหมดเป็นแพทย์ทั่วไป มีส่วนน้อยที่อาจจะมีแพทย์เฉพาะทางบางสาขาประจำอยู่ และยังมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณอันนำไปสู่ข้อจำกัดทางด้านเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา ไม่ว่าจะเป็นยาที่ใช้ ขีดความสามารถของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องไม้เครื่องมือที่ใช้ช่วยในกระบวนการรักษา ล้วนแล้วแต่ต้องคำนึงถึงความเหมาะสม คุ่มค่า มากกว่าจะมุ่งให้การรักษาดำเนินไปโดยไม่ได้คำนึงถึงเงื่อนไขทางงบประมาณเท่าใดนักเช่นในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์

ในแง่นี้โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ (ซึ่งเป็นที่ที่แพทย์เรียนรู้วิธีการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกขึ้น) จึงเป็นโรงพยาบาลในระดับปลายยอดด้านบนและเป็นพื้นที่พิเศษที่มีระดับความเข้มข้น

และความไม่อาจทำทลายได้ของชุดกฎเกณฑ์เฉพาะในระดับสูงสุด เสมือนหนึ่งเป็นห้องทดลองที่ถูกสร้างขึ้นโดยการควบคุมเงื่อนไขต่างๆไว้อย่างเบ็ดเสร็จเพื่อให้ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพสามารถปฏิบัติการได้อย่างราบรื่น เช่นที่ นพ.เกษม วัฒนชัย (2538: 8) เปรียบไว้ว่า “โรงพยาบาลอื่นๆเปรียบเสมือนโลกแห่งความเป็นจริง” ซึ่งการเปรียบเปรยในแง่นี้ก็เท่ากับเป็นการมองว่า โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์คือโลกสมมติ อีกทั้งยังมีความพยายามและความปรารถนาทั้งจากบรรดาอาจารย์แพทย์และนักศึกษาแพทย์ในการที่จะสร้างโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ให้ไกลออกจากเงื่อนไขของความเป็นจริงดังที่ปรากฏอยู่ในการประชุมสัมมนาเกี่ยวกับการจัดการศึกษาในสาขาแพทยศาสตร์อย่างน้อย 2 ครั้ง ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา โดยมีกรเสนอว่า อุปสรรคและปัญหาของการผลิตแพทย์ คือ ในโรงเรียนแพทย์มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากเกินไป จนทำให้การสอนไม่ได้ผลเต็มที่ ซึ่งการที่จะทำให้การสอนได้ผลเต็มที่นั้นควรให้นักศึกษาแพทย์รับคนไข้แต่พอสมควรเพราะการที่ต้องรับคนไข้มากเกินไป จะทำให้ผลงานไม่ดี และคนไข้ที่จะจ่ายให้นักศึกษาแพทย์รักษานั้น ควรจะเลือกคนไข้ที่มีโรคที่ไม่ซับซ้อน ดังนั้น โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์จึงควรควรแยกเป็น Teaching ward (หอผู้ป่วยเพื่อการเรียนการสอน) และ Service ward (หอผู้ป่วยเพื่อการบริการ) ด้วยการขยายโรงพยาบาล แยกบริการผู้ป่วยออกไปเป็นส่วนหนึ่งต่างหากจากโรงพยาบาลที่เป็นที่เรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ และควรมีแพทย์กลุ่มหนึ่งมาช่วยบริการทางด้านผู้ป่วยนอก ในท้ายที่สุดข้อเสนอเหล่านี้ก็ได้รับการตอบสนองและพยายามที่จะจัดเงื่อนไขต่างๆให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาแพทย์ให้มากที่สุด(มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, 2508: 6) (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514: 123) บนเงื่อนไขที่มีความเฉพาะตัวที่ถูกสร้างขึ้นของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ทำให้นักศึกษาแพทย์จากมหาวิทยาลัย ไม่เหมาะที่จะไปทำงานในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพราะบัณฑิตแพทย์ที่จบมาจะต้องการให้โรงพยาบาลที่ตนต้องไปทำงานเป็นเหมือนโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ (อารี, 2538: 28) ระบบการผลิตบุคลากรสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบัน จึงเป็นระบบที่เกือบจะแยกขาดจากระบบบริการสุขภาพที่เป็นจริงของสังคมและไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมไทยส่วนใหญ่ เป็นผลให้บุคลากรเหล่านี้โดยเฉพาะแพทย์มีความแปลกแยกกับระบบบริการในพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ (วิชัย, 2545: 94) นอกจากนี้โรงเรียนแพทย์ยังเป็นอาณาบริเวณที่มีความเป็นอิสระและสามารถควบคุมกระบวนการคัดสรรนักศึกษาหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้เล่นเข้าสู่อาณาบริเวณไว้ได้อย่างเบ็ดเสร็จ กระบวนการคัดสรรนักศึกษาเข้าสู่โรงเรียนแพทย์ในสังคมไทยนั้นก็ได้แตกต่างไปจากประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้กล่าวถึงไปในบทที่ 1 คือเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นการคัดเลือกนักศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะบางอย่างที่คล้ายคลึงกัน มากกว่าที่จะกระจายโอกาสให้เกิดความเท่าเทียม ดังที่ประธาน ต่างใจ ได้ตั้งคำถามที่น่าสนใจไว้ตั้งแต่ พ.ศ.2514 ว่า

“วิธีการคัดเลือกนักเรียนแพทย์นั้น ทำให้คนที่อยู่ในประเทศไทยมีโอกาสทัดเทียมกันจริงหรือไม่ ภูมิหลังและรากฐานเบื้องต้นของการยังชีพของนักเรียนในระดับชนชั้นต่างๆ เชื้อชาติต่างๆ และตระกูลต่างๆ มีทัดเทียมกันจริงหรือ ลูกชาวบ้านธรรมดามีโอกาสเข้ามหาวิทยาลัยทัดเทียมกันกับลูกท่านรัฐมนตรี ลูกนายพลหรือลูกเจ้าแก่งชายทองที่ออกเงินช่วยสร้างตึกบำรุงโรงพยาบาลเท่ากันหรือ” (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514: 100)

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้นเองก็มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งที่เสนอคำตอบต่อคำถามที่ว่า “นักเรียนจากกลุ่มที่มีสถานภาพทางสังคมและอำนาจน้อยจะมีโอกาสมากแค่ไหนในการผ่านเข้าสู่อาชีพแพทย์” จากงานวิจัยดังกล่าวพบว่า นักเรียนจากชนชั้นต่างกันมีโอกาสผ่านเข้าศึกษาในโรงเรียนแพทย์ได้ต่างกัน (ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกชนชั้นตามเกณฑ์ดังนี้ คือ 1.ระดับการได้รับการยอมรับทางสังคมของอาชีพของบิดา 2.จำนวนผู้ได้บังคับบัญชาของบิดา 3.รายได้ของครอบครัว และ 4.ระดับการศึกษาของบิดา) โดยพบว่านักศึกษาแพทย์ร้อยละ 80.8 เป็นบุตรของบิดาที่อยู่ในชนชั้นสูง(Upper class) และชนชั้นกลางก่อนไปทางสูง (Upper-middle class) ร้อยละ 93 ของนักศึกษาทั้งหมดเป็นบุตรของผู้ที่ประกอบอาชีพในกลุ่มข้าราชการ นักวิชาชีพ (ที่ต้องผ่านการศึกษาระดับอุดมศึกษา) และนักธุรกิจ มีนักศึกษาเพียงร้อยละ 1.1 เท่านั้นที่เป็นบุตรของบิดาที่อยู่ในชนชั้นล่าง (Lower class) และร้อยละ 5.33 ที่เป็นบุตรของผู้ที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร จากข้อมูลนี้ผู้วิจัยสรุปว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะบ่งชี้ว่านักเรียนคนใดจะมีโอกาสผ่านเข้าศึกษาในโรงเรียนแพทย์ โดยกระบวนการของการกีดกันนักเรียนที่มีฐานะด้อยกว่านี้เริ่มต้นขึ้นก่อนหน้าการสอบเข้ามหาวิทยาลัยเป็นเวลาหลายปี เพราะโอกาสในการเข้าศึกษาในโรงเรียนระดับประถมและมัธยมที่ดีในประเทศไทยนั้นสัมพันธ์อยู่กับฐานะของครอบครัว ลำดับชั้นในอาชีพ และสายสัมพันธ์ของผู้ปกครอง การไม่สามารถเข้าเรียนในโรงเรียนเหล่านี้ได้นั้นทำให้โอกาสที่จะสอบเข้าศึกษาในโรงเรียนแพทย์นั้นแทบจะปิดตายลง นอกจากนั้นทัศนคติของผู้ปกครองก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อโอกาสในการเข้าศึกษาต่อในโรงเรียนแพทย์ โดยจะพบว่าเกือบจะทั้งหมดของนักเรียนแพทย์นั้นเป็นบุตรของผู้ที่ประกอบอาชีพอยู่ในระดับบริหารหรือเป็นเจ้าของกิจการ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ปกครองเหล่านี้ได้ถ่ายทอดทัศนคติและความทะเยอทะยานของตนเองมายังบุตร ดังนั้นบุตรของผู้ที่ประกอบอาชีพที่มีหน้าที่มีระดับการบังคับบัญชาอยู่ในระดับต่ำจึงมีโอกาสฝึกบุตรของตนให้เกิดความทะเยอทะยานทางการศึกษา (Maxwell,1972: 153,160)

ด้วยความเป็นอิสระเบ็ดเสร็จของอาณาบริเวณในการคัดสรรคน ทำให้นักศึกษาแพทย์ที่จะสามารถผ่านการคัดเลือกเข้ามาอยู่ภายใต้ระบบการศึกษาเพื่อก้าวไปสู่ความเป็นแพทย์ จึงต้องเป็นผู้

ที่มีอาบิทัสที่คล้ายคลึงกันและสอดคล้องเหมาะสมที่พร้อมที่จะ “เล่นเกม” ภายในอาณาบริเวณด้วยการรับเอา “ค็อกซา” ของอาณาบริเวณนี้เข้ามาไว้ในตน

ในขณะที่โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์เป็นเสมือนหนึ่งห้องทดลองที่พยายามจัดเงื่อนไขทุกอย่างให้การเรียนรู้การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกบนพื้นฐานของภาพตัวแทนความเจ็บป่วยแบบการแพทย์ชีวภาพของนักศึกษาแพทย์เกิดขึ้นได้อย่างสะดวกที่สุด โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นโลกที่เป็นจริงกลับเป็นหน่วยงานที่อยู่อีกปลายด้านหนึ่ง คือนับได้ว่าเป็นหน่วยงานที่ให้บริการบำบัดรักษาตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพของรัฐในระดับเล็กที่สุดที่มีแพทย์ประจำอยู่ ในบริบทเช่นนี้ย่อมต่างจากความเป็นเสมือนหนึ่งห้องทดลองของโรงเรียนแพทย์หากแต่กลับมีเงื่อนไขต่างๆที่มีอาจควบคุมได้ที่เข้ามามีผลกับการปฏิบัติการของความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพ และเงื่อนไขนี้เองที่กลายเป็นบริบทที่แพทย์จบใหม่ต้องเผชิญหน้าในการใช้ปฏิบัติการของตน

### ประวัติศาสตร์ของโรงพยาบาลชุมชนและแพทย์ใช้ทุน

หากจะมองย้อนกลับไปถึงประวัติศาสตร์ของการจัดตั้งสถาบันที่มีหน้าที่ในการบริการด้านสุขภาพตามแนวทางของการแพทย์แบบชีวภาพในสังคมไทย จะพบว่าจุดที่นับว่าเป็นก้าวอย่างสำคัญในการลงหลักปักฐานของสถาบันดังกล่าวที่มีการกล่าวอ้างตรงกันในเอกสารต่างๆก็คือ การตั้งโรงเรียนราชแพทยาลัยขึ้น ในปี 2432 (ตรงกับรัชสมัยของรัชกาลที่ 5 ซึ่งปัจจุบันก็คือคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) นับแต่นั้นมา รัฐ ได้มีความพยายามที่จะจัดระบบบริการสาธารณสุขแผนปัจจุบันให้แก่ประชาชนมาอย่างต่อเนื่อง

ก่อนหน้าการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขในปี 2485 นั้น แทบจะกล่าวได้ว่าในระดับอำเภอโดยส่วนใหญ่แล้วไม่มีสถานพยาบาลแผนปัจจุบันตั้งอยู่ให้บริการกับประชาชนในชนบท สถานพยาบาลยุคแรกของรัฐไทยในระดับท้องถิ่นได้รับการจัดตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในสมัยรัชกาลที่ 6 เมื่อปี 2456 โดยให้ชื่อว่า “โอสถศาลา” โดยในยุคแรกนั้นสถานพยาบาลในระดับนี้ยังไม่มีแพทย์ประจำอยู่ จนถึงเมื่อปี 2475 จึงมีการเปลี่ยนชื่อเป็น “สุขศาลา” โดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือสุขศาลาชั้น 1 เป็นสุขศาลาที่มีแพทย์อยู่ประจำซึ่งตั้งขึ้นในพื้นที่ที่มีชุมชนหนาแน่นมักจะเป็นสุขศาลาที่ตั้งอยู่ในตัวจังหวัด แพทย์ที่อยู่ประจำนั้นก็คือแพทย์ที่จบออกมาจากโรงเรียนราชแพทยาลัย ที่ถูกส่งไปประจำ ส่วนสุขศาลาชั้น 2 คือสุขศาลาที่ไม่มีแพทย์ประจำ ตั้งอยู่ในเขตที่ห่างไกลออกไป ความเจริญของกิจการสาธารณสุขของประเทศไทยนับจนถึงปี 2485 จึงมีเพียงสุขศาลาชั้น 1 เกิดขึ้นในระดับจังหวัดทุกจังหวัด ในระดับอำเภอมีส่วนน้อยเท่านั้นที่มีสุขศาลาตั้งอยู่ จะมีก็แต่เพียงแพทย์

หลวงซึ่งประจำอยู่ที่จังหวัดออกไปตรวจและให้บริการให้บริการกับประชาชนตามหมู่บ้านและตำบลต่างๆเป็นครั้งคราวเท่านั้น

เมื่อมีการตั้งกระทรวงการสาธารณสุขขึ้นในปี 2485 นโยบายเรื่องการจัดตั้งสถานบริการสาธารณสุขจึงเริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อปี 2495 สุขศาลาได้รับการเปลี่ยนชื่อเป็น “สถานีอนามัย” โดยยังคงมีการแบ่งระดับชั้นออกเป็น 1 และ 2 เช่นเดิม เมื่อรัฐบาลไทยได้ประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 (2504-2510) ส่งผลให้มีการดำเนินโครงการขยายบริการสาธารณสุขและสถานีอนามัยสำหรับชนบทโดยมีจุดมุ่งหมายหลักที่การเพิ่มจำนวนของสถานีอนามัยให้ครอบคลุมประชาชนในเขตชนบทกว้างขวางมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามแม้จะมีโครงการดังกล่าวการขยายตัวของสถานีอนามัยชั้น 1 ก็เป็นไปอย่างค่อนข้างเชื่องช้า เนื่องจากแพทย์สนใจทำงานในโรงพยาบาลใหญ่ๆในกรุงเทพฯและโรงพยาบาลจังหวัดหรือเดินทางไปศึกษาต่อและทำงานในต่างประเทศมากกว่า ในปี 2512 มีแพทย์อยู่ในเขตอำเภอทั่วประเทศเพียง 300 คน จากจำนวนแพทย์ทั้งหมดของประเทศประมาณ 4,000 คน

จนถึงช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) นโยบายพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติภายใต้แผนนี้ได้วางเป้าหมายในการกระจายสถานบริการไปสู่ชนบทไว้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น ช่วงเวลานี้จึงนับได้ว่าเป็นจุดกำเนิดของสถานบริการสุขภาพในรูปของโรงพยาบาลในระดับอำเภออย่างแท้จริง เมื่อปี 2518 รัฐบาลได้มีนโยบายให้จัดตั้งโรงพยาบาลประจำอำเภอให้ครบทุกอำเภอทั่วประเทศ จึงเริ่มมีการยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยประจำอำเภอ (ซึ่งเปลี่ยนชื่อมาจากสถานีอนามัยเป็นเมื่อปี 2515) ที่มีการทำงานเข้าหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และจัดสร้างโรงพยาบาลอำเภอขึ้นใหม่เป็นจำนวนมากในเขตอำเภอที่ไม่มีศูนย์การแพทย์และอนามัยประจำอำเภอ จนถึงปี 2520 จำนวนของโรงพยาบาลอำเภอได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 254 แห่งทั่วประเทศ เมื่อปี 2525 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจากโรงพยาบาลอำเภอเป็นโรงพยาบาลชุมชน และได้เพิ่มจำนวนเป็น 557 แห่ง และ 716 แห่งเมื่อปี 2530 และปี 2542 ตามลำดับ (เตชะทัต, 2531: 29-30) (ทวีทอง และคณะ, 2525: 2-4) (ปรีชา และคณะ, 2543: 5,6,12)

นอกจากการกระจายสถานบริการตามนโยบายข้างต้นแล้ว การกระจายแพทย์ออกไปสู่พื้นที่ชนบทก็เริ่มเกิดขึ้นในช่วงเวลาก่อนหน้านั้นไม่นานนัก โดยก่อนหน้าการมีนโยบายบังคับให้แพทย์ที่เรียนจบต้องออกไปทำงานในพื้นที่ชนบทเพื่อเป็นการชดเชยทุนแก่รัฐบาลนั้นได้เกิดปรากฏการณ์ที่แพทย์จบใหม่เดินทางไปทำงานในต่างประเทศสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มเกิดกระแสนี้ในราวปี 2504 ซึ่งมีแพทย์จบแล้วเลือกที่จะเดินทางไปทำงานในต่างประเทศจำนวน 8 คน และเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆในช่วงระหว่างปี 2508-2512 มีจำนวนถึง 2,165 คน โดยเฉพาะในปี 2508 แพทย์ที่จบจาก

บางมหาวิทยาลัยรุ่นหนึ่งจำนวน 48 คนจากทั้งหมด 50 คน ได้เดินทางไปทำงานยังต่างประเทศ และบางรุ่นถึงกับเช่าเหมาลำเครื่องบินไป ปัญหาดังกล่าวได้ก่อให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในสังคมจนในที่สุดเมื่อปี 2511 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบให้นักศึกษาแพทย์ทำสัญญาใช้ทุนกับรัฐบาลโดยกำหนดว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาจะต้องเข้ารับราชการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐเป็นเวลา 3 ปี (สงวน, 2546) และระบียบดังกล่าวยังคงมีการบังคับใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน

ในขณะที่การลงหลักปักฐานของการแพทย์แบบชีวภาพในสังคมไทยดำเนินไปด้วยเหตุผลของความพยายามทำให้ประเทศก้าวเข้าสู่ความทันสมัย และการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์คณะแรกของไทยก็เป็นการให้ความสำคัญกับการศึกษาในวิชาว่าด้วยการแพทย์ที่วางอยู่บนฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์เป็นหลักมากกว่าที่จะใส่ใจในการศึกษาที่ว่าด้วยสภาพความหลากหลายของวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องอยู่กับชีวิตและความเจ็บป่วยของผู้คนในชนบท<sup>2</sup> (จินตนา และคณะ, 2531) แต่เงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ของโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนและโครงการใช้ทุนรัฐบาลของแพทย์นั้นเป็นการมุ่งเน้นที่จะขยายบริการสาธารณสุขในเขตชนบทให้ครอบคลุมประชากรกว้างขวางมากยิ่งขึ้น (หรือพูดในอีกแง่หนึ่งก็คือเป็นเครื่องมือแห่งอำนาจที่รัฐใช้ในการชอกชอนเข้าไปสำรวจตรวจตรา และควบคุมร่างกายของประชาชนอย่างลึกซึ้งและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น) ในแง่นี้จึงกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานที่ที่แพทย์ที่ศึกษาเล่าเรียนมาตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพได้เผชิญหน้ากับความหลากหลายทางวัฒนธรรมว่าด้วยชีวิตและความเจ็บป่วยของมนุษย์อย่างใกล้ชิดมากที่สุด และบนพื้นฐานทางประวัติศาสตร์ที่มีเงื่อนไขต่างกันนี้เอง ที่ผลักดันให้แพทย์จบใหม่ทั้ง 2 คน (ที่เป็นตัวละครสำคัญในงานชิ้นนี้) ซึ่งถือกำเนิดในโรงพยาบาลที่มีเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์แบบหนึ่ง ต้องออกมาเผชิญหน้ากับเงื่อนไขการทำงานชนิดใหม่ๆ ในสถานที่ที่เกิดขึ้นบนเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์อีกแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นบริบทที่ต่างจากที่พวกเขาเคยคุ้นเมื่อครั้งยังเป็นนักศึกษาแพทย์ ณ สถานที่ที่ชื่อว่า โรงพยาบาลลานหมอก

### ความเป็นมาของโรงพยาบาลลานหมอก

อำเภอลานหมอกซึ่งเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นพื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอำเภอที่อยู่ทางตอนใต้สุดของจังหวัด ห่างจากตัวจังหวัด 105 กิโลเมตร ประกอบด้วย 8 ตำบล 92 หมู่บ้าน จำนวนประชากรทั้งสิ้น 65,232 คน

<sup>2</sup> เห็นได้จากแรกเริ่มการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์คณะแรกของประเทศไทยนั้น จะมีก็แต่ภาควิชาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการเยียวยาโรคบนพื้นฐานของการแพทย์ชีวภาพเท่านั้น มิได้มีภาควิชาที่ว่าด้วยการศึกษาความเจ็บป่วยที่วางอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมที่หลากหลายแต่อย่างใด



การเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงของสถานบริการด้านการรักษาพยาบาลตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพในอำเภอลานหมอกสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ยุคคือ ยุคของสุขศาลา สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ตามลำดับ ลือไปตามประวัติศาสตร์ของการจัดตั้งสถานบริการด้านสุขภาพของรัฐไทยที่กล่าวมาแล้ว

สถานบริการด้านการรักษาพยาบาลตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพสุขภาพก่อตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในอำเภอลานหมอกในลักษณะของสุขศาลาเมื่อปี 2484 โดยก่อสร้างเป็นอาคารไม้ขนาดพื้นที่กว้าง 6 เมตร ยาว 8 เมตร โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งไม่ใช่แพทย์ประจำอยู่ และได้จัดตั้งเป็นสถานีอนามัยขึ้นเมื่อปี 2501 โดยมีที่ตั้งอยู่บริเวณใกล้เคียงกับที่ว่าการอำเภอ และตลาดประจำอำเภอ ส่วนผู้ปฏิบัติงานนั้นยังคงเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเช่นเดิม จนในช่วงปลายของการเป็นสถานีอนามัยจึงเริ่มมีพยาบาลมาอยู่ประจำและมีแพทย์จากจังหวัดมาให้บริการตรวจรักษาโรคสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กระทั่งเมื่อปี 2524 จึงได้มีการยกระดับจากสถานีอนามัยให้กลายเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง และขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ในปี 2529 และโยกย้ายออกไปอยู่ในสถานที่ใหม่ห่างจากที่ตั้งเดิมไปทางทิศใต้ประมาณ 3 กิโลเมตรเมื่อปี 2544 เพื่อให้มีพื้นที่กว้างขวางขึ้น จากนั้นในปี 2546 ก็ได้ทำการขยายขนาดของโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาล 60 เตียงมาจนถึงปัจจุบัน

โรงพยาบาลลานหมอกถือเป็นศูนย์กลางของหน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในอำเภอ โดยมีสถานีอนามัยอีกจำนวนหนึ่งเป็นเครือข่ายที่แบ่งเขตรับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนและส่งต่อมายังโรงพยาบาลเมื่อเกินขีดความสามารถในการรักษาของตน ในการแบ่งเขตรับผิดชอบนั้น โรงพยาบาลลานหมอกจะดูแลพื้นที่รอบๆ โรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยหมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่บ้าน จำนวนประชากรประมาณ 11,600 คน ปัจจุบันโรงพยาบาลลานหมอกมีแพทย์ประจำจำนวน 3 คน และมีแพทย์ที่เพิ่งจบในปีแรกหมุนเวียนมาปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องครั้งละ 3 เดือนอีก 1 คน นอกจากบางช่วงเวลาของปีที่ไม่ได้มีแพทย์จบใหม่หมุนเวียนมา

### ระบบความเชื่อเรื่องความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของคนลานหมอก

หากมองอย่างผิวเผินอาจจะดูเหมือนว่าท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สถานะสมัยใหม่ที่เกิดขึ้นในอำเภอลานหมอกเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นกับแทบทุกหย่อมหญ้าของสังคมไทยนั้น ระบบความเชื่อเรื่องการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านน่าจะถอยร่นจนตกไปจากเวทีและสูญหายไปจากความเชื่อของคนลานหมอกจนหมดสิ้นแล้ว แต่ในความเป็นจริงกลับมิได้เป็นเช่นนั้น ตลอดเวลากว่า 23 ปีของการปรากฏตัวของสถาบันการแพทย์ชีวภาพเต็มรูปแบบในร่างของโรงพยาบาลใน

อำเภอลานหมอก การแพทย์ชีวภาพกลับยังมีสามารถสถาปนาตนเองให้กลายเป็นระบบความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหนึ่งเดียวของคนลานหมอกได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด

หากนั่งรถมาจากตัวจังหวัดประมาณ 3 กิโลเมตรก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลลานหมอก บริเวณใกล้กับตลาดประจำอำเภอ จะผ่านสถานที่แห่งหนึ่งที่ค่อนข้างสะดุดตาตั้งอยู่ทางฝั่งซ้ายมือของถนน สถานที่แห่งนี้เดิมที่เคยเป็นสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลลานหมอกแห่งเดิมก่อนที่จะโยกย้ายออกไปเมื่อประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา

ในขณะที่โรงพยาบาลได้ย้ายที่ทำการห่างไกลออกจากศูนย์กลางของอำเภอ ซึ่งประกอบไปด้วยตลาดและที่ว่าการอำเภอ ที่อยู่ในบริเวณใกล้เคียงกันในระยะเดินถึงกันได้ หลังจากโรงพยาบาลย้ายออกไปไม่นาน กลุ่มหมอพื้นบ้านในอำเภอลานหมอกจำนวนหนึ่งซึ่งมีการรวมตัวกันขึ้นเป็นชมรมหมอพื้นบ้านอำเภอลานหมอกได้เข้ามาขอใช้ตัวอาคารเดิมของโรงพยาบาลในส่วนที่เป็นตึกผู้ป่วยนอกเพื่อเปิดเป็นสถานบริการของกลุ่มแพทย์พื้นบ้าน อาคารเดิมของโรงพยาบาลอันเคยเป็นฐานที่มั่นของสถาบันการแพทย์ชีวภาพจึงถูกแทนที่ด้วยคนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีฐานปรัชญาว่าด้วยการรักษาความเจ็บป่วยที่แตกต่างออกไปอย่างสิ้นเชิง

ในแต่ละวันหมอพื้นบ้านจำนวน 3-5 คนจะสลับเปลี่ยนหมุนเวียนกันมาเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยและประชาชนที่เข้ามาขอรับบริการ โดยใช้พื้นที่ที่เดิมเป็นห้องที่แพทย์ใช้สำหรับตรวจรักษาผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการรักษานั้นก็เต็มไปด้วยความหลากหลาย ทั้งการรักษาพยาบาลที่มุ่งวิเคราะห์อาการทางกายและรักษาไปตามอาการด้วยยาสมุนไพร การนวด ประคบ ไปจนถึงการรักษาพยาบาลด้วยวิธีการที่เกี่ยวข้องพันอยู่กับเรื่องราวที่นอกเหนือจากวิทยาศาสตร์ เช่น การดูดวง ใช้คาถาอาคม เป็นต้น ถึงจำนวนผู้ที่มารับบริการมากที่สุดจะอยู่ที่เพียงแค่ 10 กว่าคนต่อวัน หรือบางวันก็แทบจะไม่มี ซึ่งเทียบไม่ได้กับโรงพยาบาลซึ่งมีจำนวนนับร้อยต่อวัน แต่ผู้มารับบริการที่มาที่นี้ส่วนหนึ่งก็เป็นคนที่มาจากที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วรู้สึกว่าคุณเองไม่หาย ซึ่งลักษณะเช่นนี้เป็นรูปแบบของการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่พบได้เสมอๆในคนลานหมอก ซึ่งส่วนหนึ่งอาจจะมารับการรักษาที่นี้ แต่อีกส่วนหนึ่งก็ไปแสวงหาการรักษาที่หมอพื้นบ้านที่อยู่ตามบ้าน

ข้อมูลที่ชมรมหมอพื้นบ้านอำเภอลานหมอกรวบรวมขึ้นเมื่อปี 2545 ซึ่งนับรวมเฉพาะหมอพื้นบ้านที่สมัครเข้าชมรมนั้น พบว่ามีจำนวนถึง 202 คน กระจายตัวอยู่แทบทุกหมู่บ้านในอำเภอ คิดเป็นอัตราส่วนต่อจำนวนประชากรทั้งหมดของอำเภอลานหมอกแล้ว ทุกๆ 323 คนจะมีคนที่เป็นหมอพื้นบ้าน 1 คน ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงหมอพื้นบ้านที่ไม่ได้เข้าเป็นสมาชิกชมรม และชาวบ้านที่ไม่ได้เป็นหมอพื้นบ้านแต่มีองค์ความรู้ในการเชี่ยวชาญรักษาความเจ็บป่วยในระดับหนึ่งที่สามารถใช้รักษาตนเองและคนใกล้ชิดได้ ซึ่งทั้งใน 2 ส่วนนี้ยังมีอีกเป็นจำนวนมาก

จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้การรักษาพยาบาลตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพจะได้รับการยอมรับมากขึ้นเรื่อยๆจนกลายเป็นการรักษาพยาบาลที่เป็นกระแสหลัก และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น โดยมากแล้วคนลานหมอกมักจะเลือกที่จะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนเป็นอันดับแรก แต่ในขณะเดียวกัน โรงพยาบาลก็มีช่องทางเลือกหนึ่งเดียวสำหรับการเยียวยาความเจ็บป่วยในทุกกรณีไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเจ็บป่วยชนิดที่การรักษาในรูปแบบของการแพทย์ชีวภาพมีโอกาสไปปัญหาให้ได้ เช่น กรณีที่มีอาการไข้เรื้อรังปวดเมื่อยตามเนื้อตัวชนิดที่ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้วก็ไม่หายขาดยังกลับมาเป็นอีกอยู่เรื่อยๆโดยที่แพทย์ก็ไม่สามารถระบุสาเหตุที่แน่ชัดได้ หรือกรณีเด็กเล็กไม่สบายร้องไห้แองโดยไม่ทราบสาเหตุ เป็นต้น เมื่อมีอาการในลักษณะนี้คนลานหมอกจำนวนไม่น้อยก็จะเลือกไปรักษากับหมอพื้นบ้านโดยใช้วิธีเป่า เซ็ด แหก หรือการดูเมื่อเพื่อระบุสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากอำนาจเหนือธรรมชาติชนิดใด เช่น ถูกยา ถูกโป่ง (หมายถึงการถูกกระทำโดยสิ่งที่ไม่เห็นที่อาศัยอยู่ตามทุ่งนา ป่า หนองน้ำ หรือสิ่งเหนือธรรมชาติอื่นๆ เช่น ผี) หลังจากนั้นก็จะไปทำพิธีเลี้ยงผีเพื่อขอขมาให้อาการเจ็บป่วยหายไป

ความเชื่อเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยในลักษณะเช่นนี้กลายเป็นพื้นที่ชายขอบแห่งพลังอำนาจของการแพทย์ชีวภาพและเป็นเนื้อดินอันอุดมสำหรับการฝังรากอยู่อย่างเหนียวแน่นขององค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน โดยเฉพาะองค์ความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องพันอยู่กับอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยจะเห็นว่าจากจำนวนหมอพื้นบ้านที่เป็นสมาชิกของชมรมจำนวน 202 คนนั้น มีถึง 113 คนหรือกว่าครึ่งที่มีการระบุชัดเจนว่าใช้วิธีในการรักษาที่เกี่ยวข้องพันกับอำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น หมอน้ำมันต์ หมอคาถา หมอพิธีกรรม หมอเป่า และ หมอดู ส่วนอีกเกือบครึ่งนั้น ระบุว่า เป็น หมอรักษาโรค (รวมๆ) หมอยา หมอนวด และหมอดำแย ซึ่งการระบุประเภทเช่นนี้ก็ไม่ได้หมายความว่าหมอในกลุ่มแยกขาดจากองค์ความรู้ด้านอำนาจเหนือธรรมชาติอย่างสิ้นเชิงแต่อย่างใด

### ภาระหน้าที่อันหนักหน่วงของแพทย์

โรงพยาบาลลานหมอกนับเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นชื่อลือชาในแง่ของปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการว่ามีจำนวนมากเป็นอันดับ 1 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัด หากไม่นับการอยู่เวรตลอด 24 ชั่วโมงที่แพทย์ทุกคนต้องรับหน้าที่หมุนเวียนสลับสับเปลี่ยนกันในแต่ละวันแล้ว จากสถิติจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมกราคมจนถึงพฤษภาคม พ.ศ.2547 ของฝ่ายแผนงานและนโยบายของโรงพยาบาล พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยนอก (หมายถึงผู้ป่วยที่มารับการรักษาแต่ไม่ต้องค้างคืนที่โรงพยาบาล) มารับบริการถึง 45,417 ครั้ง และมีผู้ป่วยใน (หมายถึงผู้ป่วยที่แพทย์สั่งให้นอนโรงพยาบาล) จำนวนถึง 2,663 คน หากคิดเป็นต่อวัน แพทย์ทั้ง 3 คน (หรือ 4 คนในช่วงที่มีแพทย์จบ

ใหม่หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน) ต้องดูแลผู้ป่วยนอก ประมาณ 300 คน และเมื่อเดินเข้าไปที่หอผู้ป่วยก็จะพบผู้ป่วยนอนรอการตรวจอยู่ ประมาณ 46 คน

ปริมาณผู้ป่วยที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลแต่ละคนต้องดูแลจึงอยู่ที่ประมาณ 100 คนต่อวัน สำหรับผู้ป่วยนอก (กรณีที่ไม่มีแพทย์หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน) หรือ ประมาณ 75 คนต่อวัน (ในกรณีมีแพทย์หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงาน) และสำหรับผู้ป่วยใน ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยที่มีอาการหนักที่ต้องการการดูแลมากกว่าผู้ป่วยนอก อยู่ที่ประมาณ 15 คนต่อวัน (กรณีที่ไม่มีแพทย์หมุนเวียนมาปฏิบัติงาน) หรือประมาณ 12 คนต่อวัน (ในกรณีมีแพทย์หมุนเวียนมาช่วยปฏิบัติงาน)

ปริมาณคนไข้ที่แพทย์หนึ่งคนต้องดูแลถึงตัวเลขข้างต้นนั้น เป็นเพียงค่าเฉลี่ยที่คิดจากในกรณีที่แพทย์ทุกคนทำงานด้วยความรับผิดชอบอย่างเต็มที่เท่าเทียมกันทุกคน แต่ในสภาพความเป็นจริงกลับไม่ได้เป็นเช่นนั้น เพราะนอกจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาหารือและการช่วยเหลือกันเรื่องการรักษาผู้ป่วยจะอยู่ในสภาวะที่ย่ำแย่แล้ว การทำงานไม่เต็มที่ การเกี่ยงงาน และไม่ปฏิบัติงานตามหน้าที่ของแพทย์ยังเป็นสิ่งที่พบเห็นได้อยู่เสมอในโรงพยาบาลแห่งนี้ สถานการณ์เช่นนี้จึงทำให้ปริมาณคนไข้ที่ต้องดูแลต่อวันจึงมาทับถมอยู่เป็นจำนวนมากกับแพทย์บางคนในบางเวลา (ขึ้นอยู่กับว่าสภาวะนั้นใครหลบเลี่ยงพ้นหรือหลบเลี่ยงไม่พ้น) และแทบจะตลอดเวลาที่แพทย์จบใหม่ที่หมุนเวียนมาทำงานที่นี่ สภาวะของการต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากต่อวันของแพทย์นี้ย่อมส่งผลต่อวิธีการให้การรักษาผู้ป่วยของแพทย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น

#### ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันและระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล

ระยะ 6 ปี แรกของการก่อตั้งโรงพยาบาล มีแพทย์จำนวนหนึ่งที่หมุนเวียนสลับเปลี่ยนเข้ามารับบทบาทของการเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและแพทย์ประจำ จนกระทั่งช่วงทศวรรษ 2530 ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่ยุคที่โรงพยาบาลล้นหลามอยู่ในยุคที่เฟื่องฟูทั้งในแง่ของการดำเนินงานทั้งด้านการให้บริการรักษาและงานด้านสาธารณสุขในชุมชน และในแง่ของความสัมพันธ์ของบุคลากรภายในโรงพยาบาลรวมถึงความสัมพันธ์ในทีมแพทย์ที่มีระบบการดูแลให้คำปรึกษาและช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างแพทย์รุ่นพี่และแพทย์รุ่นน้อง โดยเฉพาะในแง่ของการทำงานให้การรักษาผู้ป่วย ความสัมพันธ์ในลักษณะนี้เกิดจากการวางรากฐานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่านหนึ่งซึ่งทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลล้นหลามเป็นช่วงระยะเวลายาวนานถึง 9 ปี ระหว่างช่วง พ.ศ.2530 ถึง พ.ศ.2539 ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ในรูปแบบนี้เป็นเช่นเดียวกับโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งในการรักษาผู้

ป่วยนั้นนักศึกษาแพทย์จะทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์รุ่นพี่ แพทย์ที่มาเรียนต่อเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และอาจารย์ โดยมีการปรึกษากันถึงทางด้านวิชาการกันอย่างใกล้ชิด

จนกระทั่งเมื่อประมาณช่วง 10 ปีที่ผ่านมาหลังจากผู้อำนวยการท่านนั้นย้ายออกไป ความเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในโรงพยาบาลได้เริ่มเกิดขึ้นทีละน้อย จนกระทั่งในช่วงเวลาปัจจุบันสถานะต่างคนต่างอยู่และต่างทำงานของตนได้เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างสมบูรณ์ แพทย์แต่ละคนต่างก็ใช้ชีวิตและทำงานของตนไปโดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันน้อยมากโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปรึกษาหารือและการช่วยเหลือกันเรื่องการรักษาผู้ป่วย แม้กระทั่งเมื่อมีแพทย์ที่เพิ่งจบการศึกษาในปีแรกหมุนเวียนกันมาทำงานที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลาประมาณ 3 เดือนก็มิได้มีการดูแลให้คำปรึกษาและช่วยเหลือในการดูแลคนไข้แต่อย่างใด ลักษณะของความสัมพันธ์เช่นนี้จึงแตกต่างออกไปจากความสัมพันธ์ระหว่างทีมแพทย์ในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ และเป็นลักษณะของความสัมพันธ์ที่ทำให้ความมั่นคงของความรู้ถูกกลดทอนลงได้จากสถานะของความโดดเดี่ยวทางวิชาการ

ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ห่างเหินระหว่างแพทย์ด้วยกัน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลลานหมอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ในกลุ่มพยาบาลกลับเป็นกลุ่มที่เหนียวแน่น อิทธิพลของระบบการทำงานที่ถูกปลูกฝังไว้จากยุคหมอกเอก (ชื่อของแพทย์ผู้อำนวยการคนที่เป็นผู้วางรากฐานในช่วงเวลา 9 ปีนั้น) กลับไม่ได้สูญหายไปตามความสัมพันธ์ของแพทย์ เมื่อใดก็ตามที่มีการจับกลุ่มพูดคุยถึงปัญหาต่างๆของโรงพยาบาลในกลุ่มเจ้าหน้าที่โดยเฉพาะปัญหาในการรักษาพยาบาลที่มีเหตุเนื่องมาจากตัวแพทย์นั้น คำพูดที่แสดงความหวงระลึกถึงอดีตที่ “ดีงาม” ในความรู้สึกรู้สึกของเจ้าหน้าที่ท่านองที่ว่า “สมัยหมอกเอก...” จะเกิดขึ้นอยู่เป็นประจำ แม้เวลาจะผ่านไปเกือบ 10 ปีแล้วก็ตามที ตามสถานที่ต่างๆในโรงพยาบาล ตั้งแต่โต๊ะทำงานของเจ้าหน้าที่หลายคนจนไปถึงโรงครัวจะมีภาพถ่ายของหมอกเอกที่ถ่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่ปรากฏอยู่เสมอ ภายใต้บรรยากาศเช่นนี้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับพยาบาลที่มักจะถูกมองในภาพแบบเหมารวมว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เบ็ดเสร็จที่พยาบาลต้องสยบยอมอยู่ภายใต้แพทย์อยู่ตลอดเวลา นั้น ทำให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลลานหมอกแต่อย่างใด หากแต่การต่อต้านต่อรองกลับเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาแม้จะไม่ได้แสดงออกอย่างเปิดเผยนักก็ตาม ทั้งในรูปแบบของการพูดคุยบอกลำเอียงที่ผ่านเข้าหูหมออยู่เป็นประจำในระหว่างเก็บข้อมูลอยู่ในโรงพยาบาลนี้ เช่น

“เลื้อยป็นไว...ตรวจคนไข้ไม่ถึงนาทีต่อคน คนไข้ไม่ทันได้พูดก็จ่ายยาแล้ว ไม่รู้ว่ารู้ได้ไงว่าจะจ่ายยาอะไร...ก็อยากจ่ายอันนี้ก็จ่าย หายบ้างไม่หายบ้าง ยาแพงก็ไม่ให้ บางทีคนไข้ก็แอบกลับนอกเวลามาหาพยาบาลมาขอยาใหม่ ลงมา

ตรวจทีละเป็นอัศวินม้าขาว คนไข้เยอะๆมาแป็บเดียวเคลียร์หมด<sup>3</sup> แล้วแกก็ไป  
แกลงมาทีไรสั่งยาปริ๊น<sup>4</sup> แทบไม่ทัน”

“แกมาตรวจแป็บๆ เคี้ยวก็เดินไป แกสมาธิสั้น ตรวจเร็ว แล้วก็แล้ว  
(หัวเราะ)...เร็วนะเร็ว...หมอนุ้ยก็ไม่ค่อยมีสมาธิ ไม่ค่อยพูดกับคนไข้ ถ้าคนไข้  
พูดอะไรยาวๆหรือพยายามพูดยาวแกก็จะไม่ฟัง”

“แกไม่ทำอะไรเลย อยู่เวรเฉพาะวันจันทร์ แอมเวลาอยู่เวรก็ตามไม่ค่อย  
รู้”

มากไปกว่าการบอกเล่าและบันทึก ในบางครั้งการรักษานอกคำสั่งแพทย์ก็เกิดขึ้น เมื่อ  
พยาบาลต้องตกอยู่ในสถานการณ์ที่อิทธิพลหรือระหว่างการยอมตามหมอและความถูกต้องตาม  
หลักวิชาการที่ตนยึดถือ

“พยาบาลไม่ใช่ลูกน้องหมอ เราค้านได้ แย้งได้ ถ้าเรารู้ว่ามันผิด หรือบาง  
ครั้งเราก็ลี้กไปเลย”

“มีคนไข้มามีอาการชาตามหน้าและแขน วัดความดันดูความดันก็สูงมาก  
เราให้พักประมาณ 15 นาทีแล้ววัดซ้ำความดันก็ยังไม่ลดอยู่ในระดับที่น่าพอใจ เลย  
โทรคอนซัลท์<sup>5</sup> แพทย์ แพทย์บอกว่าให้ยามไต้ลีน เราก็ไม่ให้ เพราะเรารู้ว่ายยา  
แบบนี้เค้าไม่ให้แล้ว เพราะจะทำให้ความดันคนไข้สวิง<sup>6</sup> มาก เราเลยให้ยากินไป”

“คนไข้เบาหวานก็มีปัญหา วันก่อนมีอยู่เคสหนึ่ง มาตรวจกับ ผอ. น้ำตาลตั้ง  
500 กว่า แต่แกไม่ได้ทำอะไรเลยจ่ายยาเดิมแล้วก็ให้คนไข้กลับบ้านไป เราก็ต้องให้  
เอารถไปปรับกลับมานอนโรงพยาบาล แต่จริงๆแล้วก็ต้องโทษพยาบาลนะ เพราะมี  
การตกลงกันแล้วว่าเวลาพยาบาลสกรีนเคส<sup>7</sup> เจอคนไข้ที่น้ำตาลสูง หรือดูอาการไม่  
ดี จะต้องไม่ส่งเข้าตรวจกับแก เพราะแกเคยบอกว่า แกไม่เคยเห็นใครตายเพราะน้ำ  
ตาลสูง”

<sup>3</sup> มาจากคำว่า Clear หมายถึงจัดการตรวจคนไข้ได้หมด

<sup>4</sup> มาจากคำว่า Print หมายถึงพิมพ์

<sup>5</sup> มาจากคำว่า Consult หมายถึงการขอคำปรึกษา

<sup>6</sup> มาจากคำว่า Swing ที่แปลว่าเหวี่ยง หมายถึงจากความดันที่สูงอยู่แล้วลดลงอย่างรวดเร็วซึ่งเป็นอันตรายต่อคนไข้

<sup>7</sup> มาจากคำว่า Screen หมายถึงการตรวจอาการคนไข้เบื้องต้น

“เด็กมาโรงพยาบาลเป็นไข้มา 3–4 วัน มาถึงก็อาเจียนเป็นเลือด โทรคอนซัลท์ ผอ. แกดันบอกให้กินอลัม มิลค์<sup>8</sup> เด็กบ้ำที่ไหนมันจะเป็นโรคระเพาะจนอาเจียนเป็นเลือดขนาดนั้น เลยโทรไปปรึกษาหมออีก 2 คน คำก็เบือนหน้าหนี ไม่อยากยุ่งสุดท้ายเลยต้องโทรหาหมอเทิร์น<sup>9</sup> บอกแกไปตรงๆว่าออร์เดอร์<sup>10</sup> นี้ของผอ. ไม่ผ่าน แกก็หัวเราะแล้วก็ขึ้นมาดูให้”

“บางครั้งเราก็ต้องแอบรีเฟอร์<sup>11</sup> คนไข้อุบัติเหตุมา เลือดออกหู อาการแบบนี้มันบ่งชี้ว่ามีแฟรกเจอร์<sup>12</sup> ที่เบส ออฟ สกัล<sup>13</sup> ซักๆ มันซีเวีย<sup>14</sup> มาก โทรปรึกษาก็ไม่ขึ้นมาดู แคมยังไม่สั่งทรีท<sup>15</sup> อะไร บอกให้อ็อบเสิร์ฟ<sup>16</sup> ไปก่อน เราก็ต่อรองหมอว่ามันหนักมากนะ ขอรีเฟอร์เถอะ แกก็บอกว่าถ้าพยาบาลชี้แจงดูแลก็รีเฟอร์ไปสิ เราก็ต้องแอบรีเฟอร์ไม่ให้แกรู้ คนขับก็รู้กัน เอารถรีเฟอร์วิ่งออกจากโรงพยาบาลยังไม่ต้องเปิดหออจนพื้นที่เขตโรงบาลไปแล้ว ไม่งั้นเดี๋ยวแกได้ยื่นแกจะโทรขึ้นมาถามอีก เสร็จแล้วเราก็ลักไก่เขียนลงในชาร์ตคนไข้ว่า “รีเฟอร์ รศส.แพทย์เวร/บายโฟน<sup>17</sup>...แกไม่รู้หรอก เพราะแกไม่เคยมาเซ็นต์อะไรอยู่แล้ว ไม่เคยมาดูคนไข้ที่วอร์ดเลย ยกให้คนอื่นดูแลแทนหมด”

ลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นเป็นอีกบริบทหนึ่งที่แพทย์จบใหม่ต้องพยายามแสวงหาดำแหน่งแห่งที่ของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์ด้วยกันและระหว่างแพทย์กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล

<sup>8</sup> มาจากคำว่า Alum milk เป็นชื่อของยาที่ใช้รักษาโรคระเพาะชนิดหนึ่ง

<sup>9</sup> มาจากคำว่า turn หมอเทิร์นจึงหมายถึงหมอที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานชั่วคราว

<sup>10</sup> มาจากคำว่า Order หมายถึงคำสั่งการรักษา

<sup>11</sup> มาจากคำว่า Refer หมายถึงการส่งต่อคนไข้ไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

<sup>12</sup> มาจากคำว่า Fracture หมายถึงการแตกหัก

<sup>13</sup> มาจากคำว่า Base of skull หมายถึงกระดูกส่วนฐานของกะโหลกศีรษะ

<sup>14</sup> มาจากคำว่า Severe หมายถึงอาการที่รุนแรงหรือสาหัส

<sup>15</sup> มาจากคำว่า Treat หมายถึงการให้การรักษา

<sup>16</sup> มาจากคำว่า Observe หมายถึงการให้สังเกตอาการไปเรื่อยๆโดยที่ยังไม่ต้องทำอะไร

<sup>17</sup> หมายถึงการส่งต่อคนไข้โดย รับคำสั่ง (รศส.) จากแพทย์ทางโทรศัพท์

### ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ประจำโรงพยาบาลลานหมอกกับคนไข้และชุมชน

“แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนไม่มีเกราะที่จะปกป้องเหมือนแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ๆที่มีจำนวนมาก จนคนไข้แทบจะมองไม่เห็นหมอเป็นคนๆ แต่เห็นเป็นสถาบันของหมอ ทำให้การต่อรองเรียกร้องต่อต้านทำได้ยาก แต่โรงพยาบาลชุมชนมีแพทย์แค่คนเดียว คนไข้เห็นหมดว่าใครเป็นใครอยู่ห้องตรวจเบอร์ไหน ทำให้ถูกต่อต้าน ต่อรองจากคนไข้ได้เสมอ และกระทบไปถึงชีวิตประจำวันที่ต้องอาศัยอยู่ในสังคมที่ไม่ได้กว้างอะไรนัก โรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ในพื้นที่ที่อยู่ท่ามกลางชาวบ้าน คนไข้จะมีความรู้สึกได้ว่าเป็นถิ่นของเขาเขาต่อรองได้มากกว่า ถึงแม้จะมีความเป็นโรงพยาบาลอยู่ แต่เปลือกหรือเกราะก็ไม่ได้แน่นหนาแข็งแรงเหมือนโรงพยาบาลของคณะแพทย์หรือโรงพยาบาลจังหวัดที่ผู้มาใช้บริการไม่ได้รู้สึกว่าเป็นถิ่นของเขา”<sup>18</sup>

จากคำกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาในแง่ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับคนไข้ ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนจึงมีความแตกต่างจากบริบทของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ ด้วยสาเหตุหลายประการ คือ ประการแรก โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์นั้นประกอบไปด้วยอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์จำนวนมากที่สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนไปตามแผนกต่างๆ มุมมองที่คนไข้รับรู้ต่อแพทย์ในโรงเรียนแพทย์เป็นการรับรู้ต่อแพทย์ในฐานะที่เป็นสถาบันมากกว่ามองแพทย์ในฐานะเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกัน (ถึงแม้ว่าอาจจะมีคนไข้บางคนที่มีสิทธิในการเลือกหมอที่ตนต้องการทำการรักษาด้วย แต่คนไข้ในลักษณะเช่นนี้มีอยู่ในปริมาณที่น้อยมาก และสุดท้ายแล้วนักศึกษาแพทย์ก็จะมีได้มีโอกาสพบกับคนไข้ในกลุ่มนี้แต่อย่างใด) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้ที่มีกับแพทย์และนักศึกษาแพทย์จึงเป็นไปในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับสถาบันแพทย์ ในขณะที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลลานหมอกนั้นมีจำนวนน้อยนิด แพทย์ในความรู้ของชุมชนจึงมิได้มีลักษณะของความเป็นสถาบันหากแต่เป็นแพทย์ที่เป็นปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันออกไป ด้วยการรับรู้ที่แตกต่างกันนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์จึงเป็นไปในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับแพทย์ในลักษณะเป็นปัจเจกบุคคล ประการถัดมาคือ โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์นั้นมีที่ตั้งอยู่กลางเมืองใหญ่และคนไข้ก็มาจากทุกสารทิศ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้จึงจำกัดอยู่แต่เพียงการเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่ได้มีสิ่งใดนอกเหนือไปจากนี้ ชีวิตประจำวันนอกเหนือจากบทบาทของแพทย์และคน

<sup>18</sup> คำบอกเล่านี้ได้มาจากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่



ไข้ของคนทั้ง 2 กลุ่มมิได้มีสิ่งใดที่จะต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กัน การประสบความสำเร็จบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในอาณาบริเวณทางวิชาการแพทยศาสตร์จึงเป็นไปโดยคนไข้มิได้มีส่วนร่วมเป็นตัวละครที่มีบทบาทภายในอาณาบริเวณแต่อย่างใด ขณะที่โรงพยาบาลลานหมอกเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งอยู่ในระดับท้องถิ่นและให้บริการแก่คนไข้ในชุมชนที่มีขอบเขตจำกัด หากจะพิจารณาเฉพาะในเขตพื้นที่ที่เป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลซึ่งได้แก่พื้นที่ส่วนใหญ่ในตำบลลานหมอกและบางส่วนของตำบลป่าหวายจะประกอบไปด้วยหมู่บ้านทั้งหมดเพียง 13 หมู่บ้าน จำนวนประชากรเพียงประมาณ 11,600 คน จากลักษณะของคนไข้ที่เป็นกลุ่มคนที่อยู่ภายในชุมชนอันเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล และการที่แพทย์เองก็ต้องใช้ชีวิตอยู่ภายในชุมชนแห่งนี้ทำให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันจึงมีเรื่องราวในด้านอื่นๆที่นอกเหนือจากบทบาทของความเป็แพทย์และคนไข้คือมีเรื่องราวที่เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์อย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น ความใกล้ชิดและความผูกพันคุ้นเคยกันที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจจะไม่ได้นำไปสู่ความรักใคร่ห่วงใย เอื้ออาทรแต่เพียงด้านเดียวแต่อาจจะทำให้เกิดความเบื่อกันรำคาญได้ด้วยเช่นกัน แต่ความรู้สึกทั้ง 2 ด้าน (ทั้งด้านบวกและด้านลบ) เช่นนี้ก็เป็นความรู้สึกต่อผู้ป่วยในฐานะที่เป็นมนุษย์ต่อมนุษย์ มิใช่เพียงความรู้สึกระหว่างแพทย์กับวัตถุทางการแพทย์ และเป็นความรู้สึกชนิดที่สามารถนำไปสู่การที่แพทย์เริ่มมองเห็นในมิติอื่นๆของชีวิตผู้ป่วยที่มีอะไรมากกว่ามิติทางชีววิทยาตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพ ด้วยบริบทเช่นนี้เท่ากับแพทย์ต้องดำรงชีวิตอยู่ในอาณาบริเวณที่ทับซ้อนระหว่างอาณาบริเวณทางแพทยศาสตร์และอาณาบริเวณแห่งวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ซับซ้อนกว่าและกว้างขวางออกไป และเป็นอาณาบริเวณที่ความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ที่ถูกรับรู้และให้ความหมายที่แตกต่างออกไปบนญาณวิทยาที่หลากหลายกว่าการยึดถือความจริงแบบปฏิฐานนิยมแต่เพียงอย่างเดียว

## สรุป

หากการลงหลักปักฐานของความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพลงบนระบบความคิดของแพทย์และการเรียนรู้การใช้ปฏิบัติการของการสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกในการเปลี่ยนมนุษย์ที่เจ็บป่วยให้กลายเป็นคนไข้โดยมิใส่ใจกับมิติอื่นที่สลับซับซ้อนของชีวิตรวมถึงการตะเลยมองข้ามระบบความเชื่อเรื่องสุขภาพและการรักษาพยาบาลแบบอื่นๆของผู้ป่วยนั้น เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับนักศึกษาแพทย์ในบริบทที่มีความเฉพาะของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ หากแต่ในโรงพยาบาลลานหมอกท่ามกลางบริบทที่เปลี่ยนไปและเกิดเงื่อนไขใหม่ๆในการปฏิบัติงานของแพทย์ไม่ว่าจะเป็น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันเอง ปริมาณงานที่แพทย์แต่ละคนต้องรับภาระ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและชุมชน รวมไปถึงระบบความเชื่อเรื่องสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้คนในอำเภอลานหมอก ทั้งหมดนี้ก็กลับกลายเป็นเงื่อนไขต่างๆที่มีอาจคว

คุมได้อย่างเบ็ดเสร็จเฉกเช่นเดียวกับโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ เงื่อนไขเหล่านี้จึงทำให้ความเป็นพื้นที่พิเศษของโรงพยาบาลลานหมอกมีระดับความเข้มข้นของกฎเกณฑ์ที่แตกต่างออกไปจากห้องทดลองการปฏิบัติการของการแพทย์ชีวภาพในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ ด้วยเงื่อนไขทั้งหมดนี้โรงพยาบาลลานหมอกจึงเปรียบเสมือนเวทีแห่งใหม่ที่มีความแตกต่างซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้จะได้ใช้เป็นบริบทของการศึกษาปฏิบัติการของแพทย์ที่ใช้การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกภายใต้ชุดความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพเพื่อจัดวางตนเองลงในตำแหน่งแห่งที่ที่ปรารถนาท่ามกลางความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างตัวละครต่างๆต่อไป



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 All rights reserved