

### บทที่ 3

## โรงพยาบาลชุมชน: เวทีใหม่กับการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิก

### ความลับในรถพยาบาล: อำนาจแห่งสัญลักษณ์ที่อ้างความเป็นวิทยาศาสตร์

เย็นวันหนึ่งที่ตลาดอำเภอป่าตาด ขณะที่การจราจรบนถนน 2 เลนแคบๆ ที่ตัดผ่านกลางย่านชุมชนของอำเภอกำลังคับคั่งไปด้วยรถราสารพัดชนิดและผู้คนที่เดินข้ามถนนไปมาอย่างขวกไขว่ ทั้งมอเตอร์ไซค์ของพ่อบ้านแม่บ้านที่ไปรับลูกน้อยกลับจากโรงเรียน รถปิกอัพของบรรดาพ่อค้าแม่ขายที่ขนข้าวของเพื่อมาวางแผงที่ตลาด และเด็กนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มใหญ่ที่กำลังรอข้ามถนนเพื่อกลับบ้าน

“วี.....หว่า.....วี.....หว่า.....วี.....หว่า.....”

เสียงสัญญาณ “ลูกฉิน” (หรือที่คุ้นเคยกันดีในภาษาชาวบ้านว่าเสียงหว่า) ดังขึ้นพร้อมกับการปรากฏตัวของรถพยาบาลของโรงพยาบาลลานหมอกที่วิ่งตัดผ่านความขวกไขว่นั้นด้วยความเร็วราว 80 กิโลเมตรต่อชั่วโมง แน่ใจว่าถ้านับเอาระดับความเร็วบนทางหลวงทั่วไปมาเป็นมาตรฐาน ความเร็วในระดับนี้ย่อมไม่อาจนับได้ว่าเป็นความเร็วที่สูงแต่อย่างใด ทว่าในช่วงเวลานั้นบนสถานที่แบบนี้ หากใครสักคนขับรถธรรมดาๆ ผ่านเข้ามาด้วยความเร็วขนาดนี้ คงหลีกเลี่ยงเสียงก่นคำสาปแช่งที่จะลอยตามติดหลังรถไปไม่พ้น แต่กรณีนี้กลับต่างออกไป การปรากฏตัวของรถพยาบาลดังกล่าวได้สะกดทุกความเคลื่อนไหวที่สับสนวุ่นวายบนถนนกลางตลาดแห่งนั้นจนแทบจะปลาสนาการไปจนสิ้น มอเตอร์ไซค์ที่วิ่งอยู่บนถนนชะลอความเร็วลง รถยนต์นำนาชนิดเปิดไฟเลี้ยวกระพริบขึ้นที่ด้านซ้ายและเบี่ยงตัวเข้าชิดข้างทาง เด็กนักเรียนกลุ่มนั้นที่กำลังจะข้ามถนนก็ชะงักฝีเท้าถอยตัวเองกลับไปยืนอยู่ริมข้างทาง เหลือเพียงรถปิกอัพเก่าคร่ำคร่าสีเทาตุ๋นๆ คันหนึ่งที่ยังขับช้าๆ อยู่กลางถนนอย่างไม่เอาทรใจๆ ต่อเสียงสัญญาณ “ลูกฉิน” ที่ดังถี่กระชั้น

ถนนฝั่งตรงข้ามที่ยังคงมีรถวิ่งสวนมาอย่างวุ่นวายทำให้รถพยาบาลคันนั้นไม่สามารถแซงตัดขึ้นหน้าได้ จึงต้องชะลอตัวลงชั่วอึดใจหนึ่ง แต่เพียงแค่อึดใจเดียวเท่านั้นเพราะจากนั้นก็กลับเร่งความเร็วเข้าจี้ท้ายรถปิกอัพคันนั้นอย่างน่าหวาดเสียวพร้อมกับไฟสูงหน้ารถที่กระพริบขึ้นอย่างถี่กระชั้นเพื่อส่งสัญญาณขอทาง แต่ก็ไม่เป็นผล ปิกอัพคันดังกล่าวยังคงเสมือนหนึ่งไม่รับรู้ใดๆ ยังคงวิ่งอย่างเอื่อยๆ เต็มถนนเช่นเดิม เมื่อเสียงสัญญาณ “ลูกฉิน” และสัญญาณไฟสูงไม่ได้รับการตอบ

สนอง เสียงแตรจึงเป็นมาตรการสุดท้ายที่ถูกเลือกมาใช้ เสียงแตรเริ่มดังขึ้นจากจังหวะสั้นๆห่างๆ จนเริ่มยาวและถี่ขึ้นเรื่อยๆ จนผสานกับเสียงสัญญาณ “จุกเงิน” ก้องกังวานไปทั่วถนน

เสมือนหนึ่งเพิ่งตื่นจากภวังค์ รถปิกอัพคันนั้นมีท่าทีสะดุดและหักหลบชิดเข้าฟากซ้ายของ ถนนอย่างรวดเร็วจนหวุดหวิดที่จะชนกับมอเตอร์ไซค์ที่วิ่งคู่กันมา พร้อมกันนั้นรถพยาบาลก็หัก ออกด้านขวาและพุ่งแซงหน้าขึ้นไปอย่างรวดเร็ว ขณะที่รถพยาบาลกำลังแซงผ่านไปนั้น สายตาของ พี่ตั้มก็ชำเลืองมองไปที่รถปิกอัพคันนั้นเห็นคุณลุงคนขับอายุน่าจะมากกว่า 60 สีนหน้าตื่นตกใจ พี่ตั้ม สายหน้าถอนหายใจพร้อมพูดกับผมว่า

“คนแก่พวกนี้ขับรถไม่ได้สนใจอะไรเลย...”

ผมมักอาศัยรถพยาบาลเป็นพาหนะในการเดินทางกลับจากโรงพยาบาลลานหมอกเข้ามาใน ตัวจังหวัดเสมอๆ เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง และในครั้งนี้ก็เช่นเดียวกัน

เมื่อครั้งยังเด็ก ด้วยความที่ผมมีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดและบ้านที่อาศัยก็อยู่ติดกับถนนสาย หลักที่เป็นเส้นทางสัญจรไปสู่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ความโหยหวนของเสียงสัญญาณ “จุกเงิน” จากรถพยาบาลจึงเป็นสิ่งที่ได้ยินอยู่เสมอทุกคืนค่ำ ในความรู้สึกของผมในตอนนั้นเสียงเช่นนี้ มันช่างน่าสะพรึงกลัว คล้ายกับเป็นสัญญาณบอกอ้อมมีความตายกำลังวิ่งผ่านเฉียดอยู่ที่ตรงหน้า จน แม้กระทั่งทุกวันนี้ หลายครั้งที่กำลังสัญจรไปมาอยู่บนท้องถนน ผมเองก็ไม่ต่างจากคนทั่วไปที่เมื่อ ได้ยินเสียงสัญญาณ “จุกเงิน” ก็จะหลบหลีกเข้าข้างทางโดยอัตโนมัติ ด้วยรู้อยู่แก่ใจดีว่า มีชีวิตที่ กำลังตกอยู่ในสภาวะที่กำกึ่งระหว่างความเป็นกับความตายอยู่ในรถพยาบาลซึ่งเป็นที่มาของเสียง นั้น และความเร็วของรถพยาบาลก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ความตายตกเป็นฝ่ายพ่ายแพ้ใน สงครามแห่งการยืดชีวิต

“แถวนี่ขับรถยากมาก ถนนก็แคบ ยิ่งเวลาเย็นๆแบบนี้ยิ่งแล้วใหญ่ ผม แทบไม่อยากเป็นเวรริเฟอร์คน ไข้เลย แต่มันก็เลี่ยงไม่ได้” พี่ตั้มบ่นให้ผมฟัง

“เราไม่ต้องขับเร็วไม่ได้หรอกครับ ค่อยๆไปก็ได้”

พี่ตั้มยิ้มแล้วก็ไม่ได้ตอบอะไร

ที่ผมถามเช่นนั้นเพราะเห็นว่าคนไข้ที่นอนอยู่ด้านหลังรถซึ่งเรากำลังพาไปส่งที่โรงพยาบาล จังหวัดคราวนี้นั้น เป็นเด็กผู้ชายวัยรุ่นที่ขาหักเพราะตกบันไดบ้านมาตั้งแต่เมื่อเช้านั้น แล้วแกเพิ่ง มาโรงพยาบาลเมื่อบ่ายวันนี้ หลังจากหมอตรวจดูอาการแล้วเห็นว่าน่าจะมารักษาที่หมอที่เชี่ยวชาญ ด้านกระดูกที่โรงพยาบาลจังหวัดจะดีกว่า จึงให้รถของโรงพยาบาลมาส่งที่จังหวัดเพราะหาก

ให้เดินทางเองจะไม่สะดวก ด้วยความที่เป็นกรณีที่ไม่ได้เร่งด่วนหรืออันตรายอะไร การส่งคนไข้ครั้งนี้จึงไม่ได้มีพยาบาลนั่งมาด้วย ด้านหลังของรถจึงมีแต่เด็กหนุ่มกับหญิงวัยกลางคนผู้เป็นแม่ที่มาดูแลเท่านั้นเอง

“เราจำเป็นต้องเปิดสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ทุกครั้งเลยหรือเปล่าครับ” ผมถาม

“มันเป็นกฎครับ คือถ้าเราไม่เปิดแล้วเกิดอุบัติเหตุขึ้นมา คนขับจะชวชนักเลยเพราะไม่ทำตามกฎ”

“ไม่ว่าคนไข้จะด่วนหรือไม่ด่วน?”

“ครับ คำนวณไม่ด่วนก็ต้องเปิด”

อย่างไรก็ตาม ผมไม่ได้ตั้งคำถามต่อว่า แล้วเราจำเป็นต้องขับรถด้วยลีลาและความเร็วเช่นนี้ทุกครั้งเลยหรือไม่

ไม่น่าเชื่อว่าหากนับเที่ยวของการส่งคนไข้เพื่อไปรักษาต่อที่ตัวจังหวัดที่ผมได้มีโอกาสติดสอยห้อยตามไปด้วยเพื่อเข้าเมืองนับสิบครั้งนั้น ไม่ปรากฏว่ามีครั้งไหนเลยที่คนไข้ที่นำส่งโดยรถพยาบาลนั้นจะเรียกได้ว่าฉุกเฉินและด่วนจนกระทั่งความรวดเร็วในการนำส่งมีผลต่อความปลอดภัยหรือความเป็นความตายของคนไข้ กรณีที่ฉุกเฉินที่สุดที่เคยเจอก็เป็นเพียงหญิงตั้งครรภ์ที่จำเป็นต้องได้รับการทำคลอดจากแพทย์เฉพาะทางแต่ก็ไม่ได้มีความเร่งด่วนประเภทที่จะต้องถึงหมอภายในเวลา 2-3 ชั่วโมงมิฉะนั้นจะเป็นอันตรายแต่อย่างใด

แต่ทุกครั้งที่ผมนั่งอยู่บนรถพยาบาล เหตุการณ์ในลักษณะคล้ายๆกับที่เกิดขึ้นกลางตลาดอำเภอป่าตองในเย็นวันนั้นกลับเกิดขึ้นทุกครั้ง ราวกับว่าเสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ที่ดังโหยหวนเป็นสัญลักษณ์บางอย่างที่หมายความถึง ความรีบเร่ง เร่งด่วน และมีกฎเกณฑ์หรือข้อปฏิบัติบางอย่างที่ทุกคนรับรู้ร่วมกันและจะต้องปฏิบัติตามเมื่อสัญลักษณ์ชนิดนี้ปรากฏตัวขึ้น นั่นก็คือผู้คนที่อยู่บนเส้นทางที่สัญลักษณ์ชนิดนี้เคลื่อนตัวผ่านจะต้องหลีกเลี่ยงให้ และคนขับรถก็ต้องขับด้วยความเร็วที่สูงกว่าปกติพร้อมทั้งต้องแสดงอาการปฏิกิริยาของความเร่งรีบให้ปรากฏแก่ความรับรู้ของผู้คนบนสองข้างทางที่ตนผ่านไป ทั้งๆที่แท้ที่จริงแล้วสิ่งที่ซ่อนตัวอยู่ภายใต้เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” นั้นมิได้ต้องการความเร่งรีบอย่างที่ปรากฏออกมาแต่อย่างใดเลย

หากการไล่เสียงสัญญาณ “ฉุกเฉิน” ขอบทางของรถพยาบาล เกิดขึ้นจากความจำเป็นของสภาวะเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินซึ่งต้องการความรีบเร่งในการส่งต่อคนไข้ไปเพื่อทำการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ในสภาวะที่ความเป็นความตายของคนไข้แปรผันไปตามความช้าเร็ว

ของการส่งต่อ เสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” จึงทำหน้าที่ช่วยให้เกิดความเร็วที่มากขึ้นซึ่งความเร็วที่มากขึ้นก็ไปสัมพันธ์อยู่กับโอกาสรอดชีวิตที่สูงขึ้นของคนไข้ ในแง่นี้หากสภาวะความเจ็บป่วย ความฉุกเฉิน ความเป็นความตายของคนไข้ เป็นสิ่งที่ได้รับการประเมินจากองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างยิ่ง กฎเกณฑ์ที่ผู้คนในสังคมเรียนรู้ ยอมรับ และปฏิบัติตามร่วมกัน เมื่อเห็นรถพยาบาลปรากฏตัวขึ้นพร้อมกับเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” จึงเป็นกฎเกณฑ์ที่มีความเป็นตรรกะแบบวิทยาศาสตร์ที่สมบูรณ์ในตัวของมันเอง สำหรับคนทั่วไปการยอมรับกฎเกณฑ์ที่บรรจุไว้ในเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ชนิดหนึ่งจึงเกิดจากการยอมรับตรรกะแบบวิทยาศาสตร์ซึ่งเป็นตรรกะที่สามารถสถาปนาอำนาจอยู่ในชั้นที่สูงสุดในสังคมสมัยใหม่ที่เป็นที่มาของการผลิตสัญลักษณ์ชนิดนี้ขึ้นนั่นเอง

หากแต่สิ่งที่เกิดขึ้นกลางอำเภอป่าตาดในเย็นวันนั้นได้เปิดเผยให้เห็นว่า เสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” ในฐานะสัญลักษณ์ที่สถาปนาราชการแพทย์ชีวภาพใช้เป็นเครื่องมือในการสถาปนาความเหนือกว่าของตนบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ โดยการบังคับทุกคนให้ตกอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของมัน โดยแสดงตนในฐานะสิ่งที่เชื่อมโยงอยู่กับวิทยาศาสตร์อย่างแนบแน่นนั้น ได้กลับกลายเป็นสิ่งที่มีอำนาจในตนเอง และตัดขาดตนเองออกจากตรรกะทางวิทยาศาสตร์เสียอย่างสิ้นเชิง ในแง่นี้ความรู้ลึกในวัยเด็กของผมที่ประหวัดไปถึงความน่าสะพรึงกลัวแห่งความตาย การหยุดนิ่งและหลบหลีกทางให้แก่รถพยาบาลที่วิ่งผ่านของผู้คนบนท้องถนน และพฤติกรรมตอบสนองอื่นๆของผู้คนต่อเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” ของรถพยาบาล หลายๆครั้งจึงเกิดขึ้นภายใต้การบงการของอำนาจแห่งสัญลักษณ์ที่ไร้ซึ่งตรรกะใดๆรองรับอยู่ เพราะภายใต้สัญญาณเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” ที่โหยหวนนั้น ในหลายๆหนกลับพบว่าภายในรถพยาบาลไม่ได้บรรจุไว้ซึ่งสิ่งใดเลยที่ผู้คนจำเป็นต้องหลบหลีก รู้สึกไหวหวั่น และสยบยอมแม้ว่าคนผู้นั้นจะยึดมั่นอยู่ในตรรกะแบบวิทยาศาสตร์สักเพียงใด

หากเปรียบ “พื้นที่” ภายในโรงพยาบาลเป็นสัญลักษณ์ชนิดหนึ่ง (ไม่ต่างจากความเป็นสัญลักษณ์ของเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน”) ที่บรรจุอยู่ด้วยกฎเกณฑ์เฉพาะที่ใช้สถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่หลอมน้ำโดยการกำกับการกระทำและความสัมพันธ์ที่ผู้ที่อยู่ภายในพื้นที่นี้พึงจะมีต่อกัน การที่ไม่ว่าใครก็ตามที่ก้าวผ่านเข้าสู่เขตแดนของโรงพยาบาลจะเกิดการยอมรับและสยบยอมต่อกฎเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่โดยปริยายนั้น ก็เนื่องด้วยเหตุผลเบื้องต้นเช่นเดียวกับการยอมรับกฎเกณฑ์ของเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” คือเกิดขึ้นจากการถูกทำให้เชื่อว่ามีตรรกะแบบวิทยาศาสตร์หนุนหลังกฎเกณฑ์เหล่านั้นอยู่อย่างแน่นหนา หากโรงพยาบาลคือสัญลักษณ์เช่นเดียวกับเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” สิ่งที่บรรจุอยู่ในโรงพยาบาลนั้นแนบแน่นอยู่กับตรรกะแบบวิทยาศาสตร์จริงหรือ หรือแท้ที่จริงแล้วกลับกลายเป็นเพียงความว่างเปล่าที่หลุดลอยออกจากตรรกะชนิดนั้นเช่นเดียวกับความว่างเปล่าภายในรถพยาบาล

เนื้อหาจากนี้ไปของงานชิ้นนี้ เป็นความพยายามที่จะศึกษาบางสิ่งที่บรรจุอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ปฏิบัติการในการให้การรักษาแก่คนไข้ของแพทย์จบใหม่ในโรงพยาบาลชุมชนในฐานะที่เป็นเครื่องมือที่พวกเขาใช้ในการแสวงหาคำแนะนำแห่งที่ของตนบนเครือข่ายแห่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในโรงพยาบาล โดยการตั้งคำถามว่าแท้ที่จริงแล้วปฏิบัติการชนิดนี้ยังคงแนบแน่นอยู่กับการใช้ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยม ซึ่งเป็นหนทางในการสืบค้นความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของการแพทย์แบบชีวภาพที่รากเหง้ามาจากปรัชญาในการแสวงหาความจริงแบบวิทยาศาสตร์ที่ถูกปลุกฝังลงในตัวนักศึกษาแพทย์ผ่านระบบการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ หรือกลายเป็นปฏิบัติการที่เกิดการเลื่อนไหลหลุดลอยออกจากญาณวิทยานิดดังกล่าวภายใต้เงื่อนไขชนิดหนึ่งที่มีความเฉพาะตัวของโรงพยาบาลชุมชน

#### โรงพยาบาลชุมชน: ชุมชนของชาวโรงพยาบาล

โรงพยาบาลลานหมอกก็เป็นเช่นเดียวกับหน่วยงานราชการอื่นๆที่ตั้งอยู่ในอำเภอลานหมอก ด้วยความที่เป็นอำเภอเล็กๆห่างไกลจากตัวจังหวัดถึงกว่าร้อยกิโลเมตรและเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกว่าครึ่งมิใช่คนในพื้นที่หากแต่เป็นคนที่มีพื้นเพจากต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดที่ถูกบรรจุให้มาทำงานที่นี่ โรงพยาบาลจึงมิได้เป็นเพียงแต่สถานที่ทำงานแต่เป็นเสมือนชุมชนแห่งหนึ่งที่เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน และด้วยเหตุที่ที่ตั้งของโรงพยาบาลลานหมอกในปัจจุบันได้โยกย้ายออกมาก่อสร้างใหม่ห่างจากโรงพยาบาลแห่งเดิมประมาณ 3 กิโลเมตรได้เพียง 3 ปีกว่า ทำให้ยังไม่ได้ก่อสร้างบ้านพักให้กับเจ้าหน้าที่ทั้งหมดอย่างเพียงพอ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จึงยังคงต้องพักอาศัยอยู่บ้านพักในโรงพยาบาลเก่า คงมีเพียงแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่บางส่วนที่จำเป็นจะต้องขึ้นปฏิบัติงานในยามค่ำคืนที่ย้ายมาพักอาศัยอยู่ที่แฟลตและบ้านพักในโรงพยาบาลแห่งใหม่

ทุกๆค่ำคืนในเวลาราว 4 ทุ่ม หากเดินลงจากตึกที่ให้การรักษาผู้ป่วยมายังบริเวณบ้านพักของแพทย์และเจ้าหน้าที่ สิ่งที่จะสังเกตเห็นได้อย่างเด่นชัดก็คือ ด้านขวามือเบื้องหน้าทางเดินจะเป็นแฟลตพยาบาลสูง 3 ชั้น ที่มีห้องพักที่ปิดไฟมืดกับเปิดไฟสว่างเรียงรายสลับกันไป ซึ่งห้องที่ปิดไฟมืดหมายความว่าผู้พักอาศัยในห้องนั้นกำลังขึ้นปฏิบัติงานในกะกลางคืนหรือไม่ก็เป็นห้วงเวลาที่ได้หยุดพักยาวหลายวันซึ่งเป็นโอกาสที่จะได้เดินทางกลับบ้านซึ่งอยู่ต่างอำเภอ ส่วนบางห้องที่เปิดไฟสว่างก็เป็นห้องของเจ้าหน้าที่ที่ได้ปฏิบัติงานในช่วงเวลานั้น แต่ละค่ำคืนเรื่องราวของแถบสว่างสลับมืดจะสับเปลี่ยนกันไปตามภาระหน้าที่ของแต่ละคน

แต่หากมองย้อนมาด้านซ้ายมือซึ่งเป็นบ้านพักแพทย์จำนวน 4 หลังตั้งเรียงรายเป็นหน้ากระดาน เรากลับพบว่าในแทบทุกคำคืนในเวลาเดียวกันนี้จะมีเพียงบ้านหลังที่สามนับลำดับจากใกล้สายตาออกไปเท่านั้นที่ปรากฏไฟเปิดสว่างอยู่ท่ามกลางความมืดมิดของบ้านอีกสามหลังที่เหลือ ซึ่งนั่นก็คือบ้านของหมออัง แพทย์จบใหม่ที่เพิ่งหมุนเวียนมาปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลลานหมอกเมื่อปลายสัปดาห์ที่ผ่านมา

“หมอเค้าไม่สนิทกัน ไม่ค่อยช่วยกัน บางคนก็อยากจะลา ก็ลา หมอใหม่ที่เทิร์นมาอยู่ไม่ว่ารายไหนก็รับและ งานหนัก ถ้ายันก็ต้องขยันอยู่คนเดียว หมอหนุ่มก็ขายแอมเวย์นี่จะลา ก็ลา ส่วนหมอนิดก็ไม่สบายบ่อยจนไม่รู้ว่าเป็นจริงหรือป่วยการเมือง ส่วนผู้อำนวยการก็แทบจะไม่อยู่โรงพยาบาลอยู่แล้ว”

คำพูดข้างบนเป็นคำตอบของพยาบาลคนหนึ่งที่มีต่อคำถามของผมที่ว่า “หมอเค้าสนิทกันไหม” โรงพยาบาลแห่งนี้ มีแพทย์อยู่ประจำ 3 คน คือแพทย์ผู้อำนวยการที่อายุประมาณ 40 ปีต้นๆ จบจากมหาวิทยาลัยทางภาคเหนือ เป็นหมอเฉพาะทางด้านไต เคยทำงานอยู่โรงพยาบาลประจำจังหวัดก่อนที่จะย้ายมาเป็นผู้บริหารที่นี่ได้ประมาณ 3 ปีเศษ ส่วนอีก 2 คน คือหมอหนุ่มกับหมอนิด ซึ่งเคยเรียนโรงเรียนมัธยมที่เดียวกันมาก่อน แต่แยกย้ายกันไปจบแพทย์จากคนละสถาบัน หมอหนุ่มจบคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล หมอนิดจบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทั้ง 2 คน อยู่ที่นี้มาประมาณ 4 ปี

ตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงเวลาส่วนใหญ่ของปีแรกที่จบการศึกษาแพทย์จบใหม่จะต้องเข้าทำงาน ณ โรงพยาบาลประจำจังหวัดเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการรักษาคนไข้ และช่วงเวลาที่เหลือจะหมุนเวียนออกไปทำงานตามโรงพยาบาลประจำอำเภอ ช่วงเวลาก่อนหน้านี้ที่หมออังจะหมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลลานหมอก เป็นช่วงเวลาที่ภาระหน้าที่การงานในการดูแลรักษาคนไข้ทั้งหมดตกอยู่ในมือของแพทย์ประจำทั้ง 3 คน หรือหากจะพูดให้ถึงที่สุดก็คือเป็นภาระของหมอหนุ่มกับหมอนิดเพียง 2 คน เนื่องด้วยแพทย์ผู้อำนวยการแทบไม่ได้เข้ามาช่วยเหลือแบ่งเบาภาระแต่อย่างใด

หากเข้าวันใดวันหนึ่งหมอหนุ่มหายตัวไปก็ให้หมอนิดต้องนั่งตรวจคนไข้ยู่คนเดียว บ่ายวันนั้นหากหมอหนุ่มปรากฏตัวขึ้น ก็เป็นอันต้องทำใจได้ว่าภาระหน้าที่ในการตรวจคนไข้ก็จะตกอยู่กับตนแต่เพียงผู้เดียวเช่นเดียวกัน ในช่วงเวลา 3 เดือนนี้ “สงครามเย็น” ระหว่างแพทย์ด้วยกันตามคำเรียกขานของเหล่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้งจนกลายเป็นเรื่องปกติ

และสงครามเช่นนี้ไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบแต่เพียงกับแพทย์ด้วยกันเท่านั้น หากแต่กับพยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็หลีกเลี่ยงผลกระทบจากสภาวะสงครามที่เกิดขึ้นไปไม่พ้น

หลายครั้งในช่วงเช้าบนเตียงผู้ป่วยนอกที่เมื่อเวลาล่วงเลยไปถึงเกือบ 10 โมงเช้าแต่ก็ยังปราศจากเงาของหมอที่ขึ้นมาตรวจคนไข้ สถานการณ์เช่นนี้เป็นตัวกระตุ้นชั้นดีที่ทำให้บรรยากาศของความเครียดเริ่มก่อตัวและแผ่เข้าปกคลุมไปทั่วบริเวณแผนกผู้ป่วยนอกอย่างหลีกเลี่ยงไม่พ้น ในขณะที่คนไข้เริ่มกระสับกระส่ายว่าเมื่อใดที่หมอจะเริ่มการตรวจเสียที พยาบาลเองก็นั่งไม่คิดที่จะตัดสินใจเริ่มทำการตรวจคนไข้โดยให้พยาบาลเป็นผู้ตรวจเองก็จะเป็นการไม่เหมาะสมและข้ามหน้าข้ามตาแพทย์อยู่พอสมควร ครั้นเมื่อโทรศัพท์ตามก็มีมีแพทย์ผู้ใดรับสาย เสียงตามสายที่ประกาศไปทั่วโรงพยาบาลเพื่อตามแพทย์ก็ไม่อาจมีสิ่งใดรับประกันได้ว่าการตอบรับนั้นจะเกิดขึ้นหรือไม่ เมื่อใด สำหรับบรรดาพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกแล้วการที่ต้องนั่งเผชิญหน้ากับคนไข้ นับร้อยอยู่เฉยๆ โดยไม่สามารถทำอะไรได้นั้น ย่อมมิใช่บรรยากาศที่น่าอภิรมย์เท่าใดนัก แต่ก็ไม่มีหนทางใดที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์เช่นนี้ไปได้ สิ่งที่ได้ทำก็มีแต่เพียงการรอคอยการปรากฏกายของแพทย์คนใดคนหนึ่งเท่านั้น ที่จะป็นราวกับสายลมที่พัดปิดเป่าหมอกควันแห่งความตึงเครียดที่ปกคลุมอยู่ให้ลอยผ่านพ้น

จนกระทั่งถึงช่วงเวลาที่ยอมอภัยได้หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลลานหมอก บรรยากาศแห่งความตึงเครียดของ “สงครามเย็น” ก็ราวจะจางหายไปอย่างสิ้นเชิง อย่างน้อยก็ช่วงเวลา 2 เดือนเศษข้างหน้านี้

**หมออัง: หมอจบใหม่กับภาระหน้าที่อันหนักหน่วง**

เช้าวันหนึ่งในห้องฉุกเฉิน วันนั้นเป็นเวรของหมอนิดที่จะต้องทำหน้าที่ดูแลคนไข้ฉุกเฉิน แต่เนื่องจากเธอไม่สบายและนอนอยู่ที่เตียงผู้ป่วยในตั้งแต่เมื่อวานจึงไม่สามารถอยู่เวรได้ พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน 2 คนคุยกันว่า

“เมื่อวานหมอนิดแอดมิท<sup>1</sup> ไม่รู้ตอนเย็นออกไปเปิดคลินิกีเปล่า”

“วันนี้ต้องอยู่เวรเมื่อวานก็เลยแอดมิทซะเลย” พยาบาลอีกคนหนึ่งตอบ

“เมื่อเช้าพี่ต้องเป็นคนโทรถามหมอนิดว่าจะให้ใครอยู่เวรแทน หมอนิด

ให้พี่โทรถามหมอหนูว่าจะอยู่เวรแทนได้มั๊ย พอโทรไปหมอหนูไม่รับอยู่บอกว่า

<sup>1</sup> มาจากคำว่า admit หมายถึงการนอนรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วย

ให้โทรถามหมออัง สุรวุฒิวันนี้หมออังเลยเป็นคนอยู่เวร ทั้งๆที่นั่นมันไม่ใช่หน้าที่  
ของพยาบาลที่ต้องมาคอยจัดการให้ จริงๆแล้วแพทย์ต้องจัดการกันเอง”

เช้าวันนั้นเป็นวันแรกที่ผมเริ่มเก็บข้อมูลจากหมออัง เธอเริ่มมาปฏิบัติงานในฐานะแพทย์  
หมุนเวียนที่โรงพยาบาลลานหมอกตั้งแต่ปลายสัปดาห์ที่แล้ว ครั้งแรกที่ผมได้มีโอกาสเจอเธอคือที่  
วงข้าวเที่ยงท่ามกลางหมู่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉิน ที่ในช่วงเวลาต่อมาเธออาศัยเป็นที่ฝาก  
ห้องมือเที่ยงเป็นประจำทุกวัน ก่อนหน้านี้นี้ 1 วันผมกลับมาถึงโรงพยาบาลลานหมอกในตอนเย็น  
หลังจากเก็บข่าวของกินข่าวอบน้ำเรียบร้อยแล้วก็ขึ้นไปบนตึกเพื่อที่จะรอพบหมออังและขอ  
อนุญาตเก็บข้อมูล จนเวลาประมาณ 3 ทุ่มรถเก๋งคันหนึ่งก็วิ่งขึ้นมาจอดที่หน้าตึก เป็นหมออังที่เปิด  
ประตูฝั่งคนนั่งเดินออกมา ฟังจากการพูดคุยระหว่างเธอกับพยาบาลเวรได้ความว่าเมื่อช่วงเย็นเธอ  
อาศัยรถรีเฟอร์เข้าไปที่จังหวัดเพื่อไปกินข้าวเย็นกับเพื่อน หลังกินข้าวเสร็จเพื่อนเธอก็ขับรถกลับมา  
ส่งที่โรงพยาบาล พร้อมขมขมคิดไม่คิดมือมาฝากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่อยู่เวร

หมออังเป็นคนอำเภอเชิงคำจังหวัดพะเยา เรียนชั้นมัธยมต้นอยู่ที่ตัวอำเภอบ้านเกิด และ  
ย้ายมาเรียนระดับมัธยมปลายที่จังหวัดเชียงราย ตอนสอบเข้ามหาวิทยาลัยครั้งแรกเธอไม่ได้เลือก  
คณะแพทย์ สอบติดคณะวิทยาศาสตร์ สาขาคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เธอเล่าว่า

“ตอนเด็กๆก็อยากเรียนหมอ แต่พอโตก็เปลี่ยนไปตามความนิยมของคน  
รอบข้าง จริงๆหมอก็คนนิยมเหมือนกัน แต่เรารู้สึกว่าวิศวะหรือคอมพิวเตอร์มัน  
เท่กว่า คือตอนนั้นความคิดมันยังไม่กว้างเท่าไร สิ่งแวดล้อมด้วย ตอนนั้นเพื่อนๆ  
จะชอบเรียนพวกนั้นมากกว่าที่จะเลือกเรียนหมอ”

แต่หลังจากเรียนไปได้ 1 ปีเริ่มรู้สึกว่าจะไม่ชอบและคิดว่าถ้าเรียนสาขาจำพวกนี้พอจบไปต้อง  
ไปลำบากหางานทำ ประกอบกับทางบ้านอยากให้เราเรียนแพทย์ เธอจึงมู่อ่านหนังสือและสอบใหม่จน  
ติดคณะแพทยศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันแรกของการเก็บข้อมูล ผมนั่งอยู่กับหมออังที่ห้องตรวจ เธอนั่งตรวจคนไข้อยู่คนเดียวตั้ง  
แต่ยังไม่ 9 โมงเช้า จนเวลาประมาณสัก 10 โมง เธอจึงปรายขึ้นมาว่า

“วันนี้ที่หนูๆไม่มาตรวจ?”

“ไม่ได้ยินเสียงนะครับ” ผมตอบ

ด้วยลักษณะของห้องตรวจโรคที่แยกจากกันเพียงแค่ใช้ผนังลอยกัน การที่จะมีใครอยู่หรือ  
ไม่อยู่ที่ห้องข้างๆจึงสามารถรับรู้ได้ง่ายจากการฟังเสียงเท่านั้น วันนี้หมอหนูๆมาออกตรวจตอน



ประมาณ 10 โมง 15 นาที และนั่งตรวจคนไข้อยู่ราวครึ่งชั่วโมง ส่วนหมอนิดก็นอนป่วยอยู่ คนไข้ที่ เหลือจึงตกเป็นภาระของหมองั่งที่ต้องจัดการอยู่เพียงคนเดียวจนถึงเที่ยง

“หมองั่งถูกทิ้งบ่อย หลายครั้งแพทย์รุ่นพี่คนอื่นมาตรวจตอนเช้าแล้วตอน บ่ายก็ลาไปทั้งคู่ คนไข้ก็เยอะ จนหมองั่งบ่นว่า เคี้ยวจะลาบ้าง ลาให้เต็มวันเลย... ส่วนใหญ่เวลาอยู่เวรแกก็อยู่คนเดียว ถ้ามีอะไรก็ถามพยาบาลเอา ยิ่งเวลามีเคส คลอดหรือต้องเข้าห้องผ่าตัดซึ่งยังไม่ชำนาญ ก็ต้องถามพยาบาล”

คำพูดข้างต้นหรือคำพูดอื่นๆที่มีเนื้อความใกล้เคียงกันคือสิ่งที่ผมมักจะได้ยินจากเจ้าหน้าที่ ที่อยู่ประจำแผนกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉินอยู่เสมอๆ

“เอาใจดีพี่หนึ่ง เคสนี้อ้างว่าคลอดปกติไม่ไหวแน่ เด็กตัวโตมากคงจะต้อง ฟอร์เสิร์<sup>2</sup> หรือไม่กี่วันก็แหงๆ”

คนไข้รายนี้เพิ่งมาโรงพยาบาลเมื่อตอนบ่ายด้วยอาการเจ็บท้องใกล้คลอด ตอนนีเวลาราว 2 ทุ่มหมองั่งเข้าไปตรวจดูอาการแล้ว พอเดินออกจากห้องรอกคลอด เธอก็เปรยออกมาเชิงขอคำปรึกษา จากพยาบาลรุ่นพี่

“อั้งไม่ซัวร์ด้วยสิ ถ้าตัดสินใจทำเดี่ยวเกิดมีปัญหาคลอดไม่ได้ดิคไปหลัขึ้น มา ช่วยเลย... ปากมดลูกก็เปิดเยอะแล้วชะด้วยสิ ใกล้คลอดเต็มที...เอาใจดี”

“ถ้ารีเฟอร์ ระวังไปคลอดกลางทางนะหมอ” พยาบาลบอก

“นั่นนะสิ....”

เธอเคาะปากกาลงบนโต๊ะเป็นจังหวะ คิ้วขมวดเข้าหากันสีหน้าแสดงความรู้สึกลำบากใน การตัดสินใจ “อั้งไม่มั่นใจจริงๆนะ...นี่พี่ๆ (หมายถึงแพทย์รุ่นพี่) ก็ไม่มีใครอยู่โรงพยาบาลกันสัก คน เอาใจดีว่า...” เธอบ่นพร้อมกับลูกหายเข้าไปในห้องรอกคลอดราว 5 นาที ก่อนกลับออกมาบอก ว่า

“ตกลงให้คลอดที่นี้เลยแล้วกัน เพราะถ้ารีเฟอร์ ทำทางจะเสี่ยงกว่า”

<sup>2</sup> มาจากคำว่า Forceps หมายถึงการทำคลอดโดยใช้เครื่องมือหนีบเพื่อช่วยดึงเด็กออกมา

<sup>3</sup> มาจากคำว่า Vac. ซึ่งเป็นคำย่อๆของ Vacuum หมายถึงการทำคลอดโดยใช้เครื่องดูดช่วย

“ตามพี่ดาวมาช่วยคู่มือค่ะ” พยาบาลรุ่นพี่เสนอให้ตามพยาบาลหัวหน้าห้องคลอดมาช่วย

“ดีค่ะๆ ได้แก่มากก็คงอุ่นใจขึ้นเยอะ”

ในเวลาเพียงแค่ 10 นาที เมื่อพี่ดาวมาถึงโรงพยาบาล ทุกคนก็เตรียมพร้อมอยู่ในห้องคลอด บรรยากาศในห้องคลอดค่านี้น่าทึ่งแปลกและกลับตาลปัตรในความรู้สึกของผม เพราะหมอั้งในฐานะหมอผู้มีความรู้สูงสุดในทีมและมีบทบาทหน้าที่หลักในปฏิบัติการครั้งนี้ดูมีท่าทางเคร่งเครียด ในขณะที่พี่ดาวพยาบาล (ซึ่งหากจะนับหน้าที้อย่างเป็นทางการแล้วถือว่าเป็นเพียงผู้ช่วยของหมอ) กลับมีท่าทางสบายๆ และกุมบทบาทในการเป็นผู้นำอย่างเบ็ดเสร็จผ่านการใช้ชกถามที่ดูเฟิ่นๆ เสมือนหนึ่งเป็นการขอความเห็นจากหมอ แต่ลึกๆ กลับแฝงไว้ด้วยการเสนอคำแนะนำและขั้นตอนวิธีการที่หมอควรจะต้องปฏิบัติอย่างแนบเนียนและไม่ได้มีท่าทีแสดงตนว่าเหนือกว่าแต่อย่างใด ในขณะที่กำลังทำคลอดอยู่นั้นเมื่อหมอั้งแสดงท่าทางล้าละล้งเหมือนจะไม่มั่นใจว่าจะทำอะไรต่อไป พี่ดาวก็จะถามด้วยเสียงเบาๆ ว่า

“เดสนี้พี่ว่าไม่น่าจะคลอดปกติได้ หมอว่าไงคะ”

“อังกี่ว่านั่นแหละพี่ น่าจะต้องฟอร์เส็ปนะพี่”

“พี่ก็ไม่แน่ใจนะ แต่พี่ว่าเว็กรุ่นพี่น่าจะดีกว่า พี่นัดกว่าด้วยสิ แต่เอาหมอว่าแล้วกัน”

“ตกลงเว็กรุ่นพี่ อังกี่ว่าน่าจะเซฟกว่า”

สุดท้ายการคลอดก็ผ่านพ้นไปอย่างรวดเร็วภายในเวลาเพียงครึ่งชั่วโมง โดยมีการใช้เครื่องดูดสุญญากาศช่วยดึงเด็กออกมา หมออั้งปล่อยให้พยาบาลเป็นผู้เขี่ยแผลที่ปากมดลูกของคนไข้ต่อ แล้วเธอก็เดินออกมาจากห้องคลอดด้วยสีหน้ายิ้มแย้มและแววตาที่บ่งบอกถึงความสบายใจ ผมถามเธอว่าเป็นอย่างไรบ้าง

“โล่งค่ะ นี่ถ้าไม่ได้พี่ดาวมาช่วยคงแย่ อยู่ที่นี่คืออย่างคือเจ้าหน้าที่ดีมาก มีคุณภาพ ทำงานได้ดีกว่าที่อื่น จริงๆ หลายอย่างนี่เค้าทำงานแทนหมอได้เลย อย่าง อ้ายอิน (พยาบาลประจำห้องผ่าตัด) นี่ถ้าผ่าได้ผ่าเองไปแล้วถ้าไม่ผิดกฎหมาย (หัวเราะ)”

“ทำงานแบบนี้มีอะไรที่รู้สึกว่ารับมือไม่ไหวหรือเปล่า”

“มันก็มีเหมือนกัน เวลาอยู่เวรคนเดียว ประสบการณ์เรายังไม่มากพอ ก็กลัวเหมือนกัน อย่างคนไข้คลอดนี้ตัวดีเลย...เวลาที่มันไม่ใช่การคลอดปกติต้องใช้

เครื่องมือหรือผ่าตัดคลอด คือเราอาจจะทำได้แต่เราไม่กล้า เพราะไม่รู้ว่าจะถ้าทำไปแล้วไม่สำเร็จเนี่ยะมันจะมีใครมาช่วยเรา ที่ๆก็ไม่อยู่โรงพยาบาลกันสักคน ยิ่งเสาร์อาทิตย์นี่แทบจะหมดสิทธิ์ตามใครมาช่วยได้เลย อย่างเคสเมื่อที่อึ้งก็ต้องโทรปรึกษากับอาจารย์ที่เราสนิทหน่อยที่ธรรมศาสตร์โน่น คือเราไม่มั่นใจในการทำหัตถการ... โดยเฉพาะหัตถการที่มันถึงชีวิต แต่ถ้าจำเป็นจริงๆก็ต้องทำ ตัดสินใจยากว่าจะทำยังไงดี จะผ่าเลยหรือจะรีเฟอร์ เพราะที่นี้ปัญหาคือมันไกล ถ้าเกิดเรารีเฟอร์เข้าคลอดระหว่างทางก็เป็นอันตรายอีก ถ้าเราผ่าไปเลยจะได้มัย แล้วถ้าเกิดเด็กเป็นอะไรเราก็ต้องส่งเด็กไปอีก คือมันต้องคิดมากกว่าเคสไหนเราควรจะทำยังไง

รู้สึกเหมือนกันว่าภาระแบบนี้มันเกินไปสำหรับหมอที่เพิ่งจบ อย่างเด็กคลอดหัวโผล่ออกมาแล้วแต่ดันตัวใหญ่ติดไหล่ ยิ่งงี้เด็กก็ตาย เราไม่รู้จะเอาออกยังไงเหมือนกัน ถ้าเราเจอไปสักครั้งเราก็จะไม่กล้าทำไปอีกนาน สภาพจิตใจก็จะแย่งทั้งที่มันไม่ใช่ความผิด ถึงคนไข้จะฟ้องเราก็ไม่ผิดเพราะมันเป็นอะไรที่คาดคะเนไม่ได้ นี่เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้รู้สึกว่าจะไปเรียนทันตแพทย์ดีกว่า เพราะมันไม่มีแบบถอนฟันแล้วตาย..ย...อะไรแบบนี้ อาจจะมีก็เป็นแค่หนึ่งในร้อยของหนึ่งในร้อย แต่นี่เราเจอทุกวัน...

...หนักนะคะ มันก็แปลกที่ตอนเวรเองมันจะยุ่งกว่าชาวบ้านเค้า มันเป็นคน (หัวเราะ) เป็นจริงๆ ไม่ได้คิดไปเอง ถ้าเวรอันนี้อยู่ที่ไรห้องคลอดไม่เคยว่าง 3 เดือนเต็มตลอด พวกที่พยาบาลเค้าบอกเจ้าที่แรง (หัวเราะ) มันจะยุ่ง ยุ่ง ยุ่ง... เค้าว่าตั้งแต่เป็นพยาบาลมาอยู่เวรกับอันนี้มันเยอะที่สุด พยาบาลเดินมาขึ้นเวรเห็นอันอยู่เวร จะแบบ โห..หมออน้อยเวรเธอ.. ต้องรีบกินข้าวไว้ก่อน ไม่รู้เหมือนกันนะ บางทีเรารู้สึกว่า จะอะไรกันนักกันหนา...รถชนกันมา ตกต้นไม้มา ทำไมต้องมาพอดีกับเวรเราทุกที”

นอกจากชีวิตการงานที่หนักหนาแล้วชีวิตส่วนตัวของหมออน้อยก็ไม่อาจกล่าวได้เลยว่าเป็นชีวิตที่มีความสุขดี

### ชีวิตที่ติดเกาะ

ทุกวันหลังจากเลิกงานไม่ว่าจะต้องอยู่เวรต่อหรือไม่ หมออน้อยก็จะใช้ชีวิตวนเวียนอยู่บนตึกสี่ขวามือยื่นจากโรงครัวของโรงพยาบาลมากินหรือไม่กี่ฝากใครสักคนกันไปตลาดให้ซื้อมาให้ และดูโทรทัศน์อยู่ที่ห้องพักแพทย์จนดึก คอยพยาบาลที่เลิกเวรตอนเที่ยงคืนเพื่อเดินกลับบ้านด้วยกัน

“อ้งไม่กล้าเดินลงบ้านคนเดียวค่ะ”

จนหลังจากทำงานไปได้เพียง 1 สัปดาห์ บ้านพักแพทย์เพียงหลังเดียวที่เคยเปิดไฟสว่างยามค่ำคืนก็ดับมืดลง หมออ้งเธอขึ้นมาอาศัยห้องพักแพทย์เป็นที่หลับนอนอย่างถาวร จะลงบ้านไปก็เพื่อทำธุระส่วนตัวเท่านั้น

“กลัวผีค่ะ” เธอบอก

เธอหัวเราะเมื่อเห็นผมทำหน้างงพร้อมถามว่าเป็นหมอมีกារกลัวผีด้วยหรือ

“ผีกับศพมันไม่เหมือนกันนะ (หัวเราะ) ผีคือวิญญาณ ศพก็คืออะไรที่เราเห็นจับต้องได้ รูปธรรมนามธรรมมันไม่เหมือนกัน เชื่อไม่เชื่อไม่รู้นะแต่กลัว.... อยู่ที่นี่บ้านพักน่ากลัว แล้วพี่ๆเค้าก็ไม่ค่อยอยู่กันด้วย มองไปมันมืดหมดเลย แกรมข้างหลังเป็นป่าช้าอีก อ้งเลยแบบว่า...ไม่เอาแล้วโว้ย ขออยู่ที่คนเยอะๆดีกว่ามีอะไรขึ้นมาจะได้วิ่งได้ เตี้ยนี่อ้งไม่นอนบ้านเลยจะนอนบนห้องพักแพทย์ตลอด...”

ตอนเย็นวันหนึ่งหมอ้งมีนัดกินข้าวเย็นกับเพื่อนที่ในตัวจังหวัด ซึ่งในช่วงเวลาเช่นนั้นการเข้าเมืองจะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีรถพยาบาลที่ต้องไปส่งคนไข้ที่โรงพยาบาลจังหวัดเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไปจนเกือบ 5 โมง เธอเริ่มผุดลุกผุดนั่งอย่างร้อนรนด้วยความไม่แน่ใจว่าจะมีรถส่งคนไข้หรือไม่ แต่ท้ายที่สุดโชคก็เป็นของเธอ มีคนไข้หนึ่งรายที่ถูกส่งตัวไปจังหวัดในเย็นวันนั้นในเวลา 5 โมงกว่าๆ เธอกลับมาถึงโรงพยาบาลในเช้าของวันถัดมาเวลาเกือบ 10 โมงเช้า เธอเล่าว่า

“เมื่อคืนไปกินข้าวแล้วก็เขี้ยวกันต่อคะกว่าจะเลิกได้นอนก็ตี 3 แล้ว กะว่าจะตื่นตี 5 แล้วนั่งสองแถวกลับโรงบาล แต่ปรากฏว่าตื่นสายมาขึ้นรถก็เกือบ 7 โมงแล้ว สองแถวก็วิ่งช้า กว่าจะมาถึงโรงบาลก็ 9 โมงกว่า...”

...อยู่ที่นี่ก็เหมือนติดเกาะ..เหงามั้ย...เหงาเหมือนกัน พี่ๆ (หมายถึงแพทย์รุ่นพี่) เค้าก็มีแฟนมีธุระกัน เราไม่มีรถก็ไปไหนไม่ค่อยได้ เสาร์อาทิตย์ไหนถ้าไม่อยู่เวรอ้งก็จะไม่อยู่เลย ไม่เข้าไปอยู่ที่จังหวัด (หมายถึงโรงพยาบาลจังหวัด) ก็ไปกรุงเทพฯเลย ไปหาความศิวิไลซ์ นั่งรถทัวร์ไปค่ะ โชคดีที่นี้มีรถทัวร์ผ่านหน้าโรงพยาบาล ขากลับมาถึงประมาณ 6 โมงเช้าเราก็มาลงที่หน้าโรงพยาบาล เข้าบ้านได้หลับซังกีบก็ตื่นมาทำงาน ชีวิตก็เป็นแบบนี้”

ถึงแม้จะมีชีวิตที่โดดเดี่ยว แต่สำหรับหมออั้งแล้วชีวิตและการทำงานภายใต้ความสัมพันธ์กับทีมแพทย์รุ่นพี่ในลักษณะเช่นนี้ก็กลับไม่ได้ทำให้เธอสะท้อนความรู้สึกในแง่ลบต่อแพทย์รุ่นพี่ออกมาแต่อย่างใด ในทางตรงข้ามเธอกลับแสดงทัศนคติที่มีค่าของความเข้าใจต่อพฤติกรรมต่างๆที่เกิดขึ้น เช่นในครั้งหนึ่งที่คนไข้ชมเธอว่าเธอเป็นหมอที่ “อู่ม่วน” พร้อมกับชี้นิ้วไปที่ห้องตรวจอีกห้องและบอกว่า “หมอกคนนู้นอู่ม่วน” เธอตอบกลับไปในงานอั้งซึ่งใจเธอสนใจกับคนไข้ว่า “อย่าไปว่าเป็น... วานมันเยอะเป็นเลยเครียด”

หรือทัศนคติที่มีต่อแพทย์รุ่นพี่ที่แสดงออกมาผ่านคำพูดเช่นว่า

“พี่หมอกด้วยกันก็โอเคนะคะ แพทย์ส่วนใหญ่เค้าจบกันมาทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ได้ปีสองปีก็เรียนต่อหรือไม่กี่ลาออกกันหมดแล้ว คนที่ยังอยู่นี่ถือว่าเป็นส่วนน้อย อย่างพี่หนูกับพี่นิตนี่ถือว่านานแล้ว 4-5 ปี แล้ว ทำได้ขนาดนี้ก็ดีแล้ว”

หรือ

“เพราะบางทีมันก็เหนื่อย เจอแบบนี้ทุกวันมันก็เหนื่อย อังเลยเข้าใจว่าทำไม หมอกคนอื่นที่นี้เค้าถึงเป็นแบบนี้ เค้าอยู่มาหลายปีเค้าคงเบื่อแหละ ขนาดเราอยู่มาแค่ 2 เดือน เรายังแบบ... ก็เครียดพุด เริ่มมั่งง่าย”

**ความละเอียดของนักปฏิธานนิยม: ชีวิตจริงกับอุดมคติ โรงพยาบาลชุมชนกับโรงเรียนแพทย์**

ไม่ว่าจะเป็นด้วยเพิ่งจบใหม่ที่ยังทำงานไม่คล่องนักหรือเกิดจากความเป็แพทย์ที่ใส่ใจในรายละเอียดขยับย่อยของคนไข้ที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการรักษาที่ตามที หมออั้งใช้เวลาในการตรวจคนไข้ก่อนค่อนข้างนานราวๆ 5 นาทีต่อ 1 ราย ซึ่งหากเมื่อเทียบกับแพทย์รุ่นพี่ในโรงพยาบาลที่ใช้เวลาโดยเฉลี่ยเพียง 1 นาทีต่อคนแล้ว นับว่าเธอทำงานได้ช้ากว่าถึง 5 เท่า

ความช้านั้นเกิดขึ้นจากความพยายามในการการซักไซ้ไล่เลียงในรายละเอียดของชีวิตอื่นๆที่จะมีผลต่อการรักษาของเธอ เช่น เมื่อมีคนไข้มาด้วยอาการเป็นหวัด ก่อนที่เธอจะจ่ายยาลดน้ำมูกซึ่งจะมีผลข้างเคียงคือทำให้เกิดอาการง่วงนอน เธอจะซักคนไข้ค่อนข้างละเอียดว่า “เรียนอยู่รีเปล่า” “ถ้าเรียนตอนกลางวันก็อย่ากินยานี้ละคะ มันจะทำให้ง่วงนอน” แต่เมื่อคนไข้ตอบว่าเรียนภาคค่ำเธอก็จะตำบว่า “ถ้าง่วงก็กินเฉพาะตอนเช้ากับก่อนเข้านอนละคะ ตื่นมาก็กินถ้าเราไม่ได้ขับรถหรือไปเรียน”

“วันๆนี่อั้งจะตรวจคนไข้ได้นิดเดียว จะคุยไปด้วย” เธอบอก

หมออังค์ค่อนข้างที่จะใส่ใจกับการพูดคุยกับคนไข้อย่างละเอียด แม้แต่คนไข้ที่มาด้วยอาการไข้หวัดธรรมดา นอกจากจะจ่ายยาตามปกติแล้ว หลายๆ ครั้งเธอยังถามถึงความถี่ของการเป็นหวัดว่าเป็นบ่อยแค่ไหน หากคนไข้ตอบรับ เธอก็จะถามต่อว่า “กินผลไม้บ่อยไหม” เมื่อคนไข้ตอบปฏิเสธ เธอมักจะแนะนำคนไข้ให้กินผลไม้บ่อยๆ จะได้ไม่เป็นหวัด

ความเข้าใจในการตรวจคนไข้ของเธออีกส่วนหนึ่งเกิดจากการที่เธอมักจะเพิ่มข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ในช่องที่ระบุอาการเสมอ ซึ่งผมไม่เคยเห็นแพทย์คนอื่นที่นั่นทำเช่นนั้น แพทย์บางคนใช้เพียงแค่อาการที่ปรากฏอยู่ที่หน้าจอที่ได้จากการซักประวัติของพยาบาลมาใช้ในการวินิจฉัยและรักษาโดยที่ไม่ได้ซักถามเพิ่มเติมด้วยซ้ำไป แต่สำหรับหมออังค์ ในบางเคสเธอจะบันทึกสิ่งที่เธอได้จากการพูดคุยและการตรวจร่างกายเพิ่มเติมลงไปด้วย เธอบอกว่า

“การใช้ระบบคอมพิวเตอร์แบบนี้ทำให้ข้อมูลรายละเอียดน้อยลง เพราะหมอจะไม่ค่อยบันทึกผลการตรวจร่างกายลงในคอมพิวเตอร์ อย่างบางที่เราสั่งอี เค จี<sup>4</sup> พอมาดูผลแล้วก็จะไม่บันทึกลงไปว่าผลมันเป็นยังไง ทีนี้เวลามาคุยย้อนหลัง เราก็มองไม่เห็นอะไร แล้วถ้ามีเคสไหนฟ้องมาเรียกข้อมูลเดิมจากคอมพิวเตอร์มาก็บอกอะไรไม่ได้ เพราะมีแต่ไดแอ๊ก<sup>5</sup> เราก็จำไม่ได้ว่าตอนนั้นเราตรวจเจออะไรบ้าง เราถึงไดแอ๊กแบบนี้....

....อังค์ชอบพิมพ์ข้อมูลที่ตรวจเจอเพิ่มเข้าไปในคอมพิวเตอร์นะ ขอให้ได้เขียนน้อย..ย..ย..นี้ว่า เราเจออะไรเราถึงวินิจฉัยอย่างนี้ แต่มันก็ซ้ำนะ คนอื่นเค้าก็ไม่ทำกัน บางทีถ้าอยู่ไปนานๆ ไอ้การพิมพ์ข้อมูลรายละเอียดมันอาจจะน้อยลงหรือไม่มีเลยก็ได้ อย่างพี่หนูแอกจะเร็วมาก เราตรวจแค่คนเดียวยังไปไม่ถึงไหนเลย แยกพรวดไป 2-3 คนแล้ว อาจจะเป็นเพราะเราเพิ่งจบมาใหม่ อะไรที่ควรทำเราก็คงยังคงทำอยู่ แต่อีกหน่อยพอมันเริ่มเคยชิน มันก็คงเปลี่ยนๆไป”

ในบางกรณีเธอก็ไปดูเรื่องอื่นที่เธอสังเกตเห็นทั้งที่ไม่ใช่อาการที่ทำให้คนไข้มาโรงพยาบาล เช่น ป้าคนหนึ่งมาด้วยอาการที่มีลักษณะของหวัด แต่พอเธอดูเรื่องหวัดเสร็จ เธอก็หันไปซักถามเรื่องดวงตาของคุณป้าซึ่งมีลักษณะของการเป็นต้อเนื้อแล้วก็ให้คำแนะนำไปด้วย

<sup>4</sup> มาจากคำว่า EKG ซึ่งหมายถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

<sup>5</sup> มาจากคำว่า diag. ซึ่งเป็นคำย่อของคำว่า diagnosis ที่แปลว่าการวินิจฉัยโรค

“ที่จริงแล้วการตรวจร่างกายเนี่ยะ ตอนเรียนจะต้องตรวจทุกระบบ ไม่เว้นแม้แต่การต้องล้างก้นดู ไม่ว่าคนไข้จะมาด้วยอาการมีก้อนที่ก้นหรือไม่เกี่ยวกับก้นเลยก็ควรตรวจ มันอยู่ในระบบการตรวจร่างกายเหมือนเราเอาหูฟังมาฟังปอดคือเราจะไต่ดูคนไข้อย่างครอบคลุม นี่ก็ที่เรียนมา อย่างคนไข้มาด้วยอาการใจสั่นเราก็ต้องล้างก้นดู เพื่อเค้ามีโรคอะไรแอบแฝงอยู่ด้วยเราจะไต่วินิจฉัยได้เร็ว”

คนไข้ผู้ชายรายหนึ่งอายุราว 50 ปี มาหาหมอด้วยอาการถ่ายมีเลือดปนและเจ็บบริเวณก้น แถบอกรางวัลโรงพยาบาลแล้วหลายครั้ง หมอเคยบอกว่าเป็นริดสีดวง หมอถามคนไข้ว่าเคยตรวจก้นดูไหม คนไข้ตอบปฏิเสธ เธอจึงบอกว่า

“เดี๋ยวหมอจะขอตรวจก้นดูหน่อยนะคะ”

แล้วเธอก็ให้คนไข้ขึ้นนอนบนเตียง หันหลังออกมาด้านนอกถอดกางเกงออกแล้วยกเข้าขึ้นชิดหน้าอก บอกให้คนไข้ทำอาการเหมือนเบ่งอุจจาระในขณะที่เธอกับสอดเครื่องมือที่มีลักษณะเป็นแท่งกลมกลางทำด้วยเหล็กเส้นผ่าศูนย์กลางราว 1 นิ้ว ขาวเกือบดำเข้าไปในก้นจนสุดแท่ง และใช้ไฟฉายส่องเข้าไปข้างใน จากนั้นก็ใช้นิ้วล้างดู ปรากฏว่าได้เลือดติดออกมานิดหน่อย เป็นอันเสร็จสิ้นการตรวจ หลังจากคนไข้ใส่กางเกงและลุกขึ้นนั่งแล้ว เธอก็บอกว่า

“จากที่ตรวจเห็นนี่ไม่เป็นมะเร็งนะคะ แต่ข้างในที่มองไม่เห็นนี่ไม่รู้ ยังไงถ้าลุงมีอาการน้ำหนักรีดมาก ๆ หรือปวดท้องหนัก ๆ ก็กลับมาหาหมอนะ”

ในขณะที่หมออ้างกำลังล้างก้นคนไข้ด้วยท่าทางที่เป็นปกติมาก ผมเสียอีกที่แม้จะยืนอยู่ด้านหลังห่างออกมาร่วมเมตรกลับเกิดความรู้สึกปั่นป่วนบริเวณลำคอและพะอืดพะอมจนต้องเบือนหน้าหนี หมอสังเกตเห็นท่าทีผมก็หัวเราะและหลังจากตรวจเสร็จ เธอก็เล่าให้ผมฟังว่า

“ตอนเรียนคนไข้ที่มาหาเราเค้าก็ถูกสกรีน<sup>6</sup> มาก่อนแล้วว่าคนไหนที่  
ต้องการตรวจละเอียดก็ให้ตรวจกับนักศึกษาแพทย์ อาจารย์ก็บอกว่าคุณไข้ที่จะไม่ให้ตรวจก้นมีอยู่ 2 กรณี คือคนไข้ไม่มีรูก้น กับหมอไม่มีนิ้ว ครั้งที่ตรวจก็ทำอะไรไม่เราต้องไปล้างก้นใครก็ไม่รู้ มันเหม็นนะ บางคนตอนกำลังสอดเครื่องมือเข้าไป คดออกมาใส่เรา โอ๊ย...ย... แต่ไม่นานก็ชิน บางทีคนไข้มีฝีที่ก้นต้องไปล้างก้น

<sup>6</sup> มาจากคำว่า Screen ซึ่งในที่นี้หมายความว่าคนไข้จะถูกคัดกรองมาแล้วขั้นหนึ่งก่อนที่จะให้นักศึกษาแพทย์ตรวจ

ให้เข้าทุกวัน..น...ทุกวัน จนเราชิน หนองออกมาเราก็ต้องนั่งปั่นทุกวัน ทุกวันนี้ก็  
ยังตรวจอยู่แต่ไม่ทุกเคส...

...แต่ถ้าเป็นก้อนที่กินมายังไงเราก็ต้องล้างดู ซึ่งพี่เค้า (หมายถึงแพทย์รุ่น  
พี่)บางทีไม่ได้ดูก็รักษาไปเลยก็ได้ แต่เรายังทำอยู่ยังยืนหยัดอยู่เพราะว่ามันดีกับคน  
ไข้ แต่ถ้าไม่ตรวจจริงมันก็ดีกับเรา คือเราจะเกลียดคนไข้ได้เร็ว อาจารย์บอกให้  
คิดถึงคนไข้เป็นอันดับหนึ่ง แต่ก็ไม่รู้ว่าจะคิดยังไงไปได้อีกนานรีเปล่า อาจเพราะ  
เราเพิ่งจบก็ได้ แรกๆใครๆเค้าก็ถกคิดแบบนี้ละอั้งว่า แต่จะด้วยเวลา ด้วยอะไร  
หลายๆอย่างทำให้เราก็ค่อยๆละเลยอะไรบางอย่างไป...

สมัยเรียน โอพีดี<sup>7</sup> จะแค่ประมาณ 30 เปอร์เซ็นต์ ของเวลาทั้งหมดของเรา  
แค่ช่วงเช้า พอบ่ายเราก็จะคลุกคลีอยู่ที่วอร์ด<sup>8</sup> ตอนเรียนอยู่วอร์ดเราก็จะได้รับผิด  
ชอบคนไข้ไม่กี่คน แล้วมีเวลาเยอะกว่าที่โอพีดี เพราะฉะนั้นเราจะดูคนไข้ได้  
ละเอียด ซึ่งมันต่างกันเลย เพราะอยู่ที่นี้เราขลุกอยู่ที่โอพีดีทั้งวัน ตอนอยู่โรง  
พยาบาลจังหวัดก็จะแยกกันไป แบ่งกันรับผิดชอบใครอยู่ห้องฉุกเฉิน อยู่ตึกสูติ  
ศาสตร์ เหม็ด เด็ก<sup>9</sup> ก็แยกกันรับผิดชอบ แต่อยู่ที่นี้เราดูหมด กลายเป็นพระเจ้าไปเลย  
ตอนแรกอั้งก็นึกไม่ออกว่ามันจะเป็นไปได้ยังไง เพราะตอนเรียนเวลาอยู่เวรก็ไม่  
ต้องรับผิดชอบเยอะ แต่นี่ต่างกันไปเลย

....ตอนเรียนเราเลยตรวจละเอียดได้ เพราะคนไข้จะไม่เยอะขนาดนี้  
อาจารย์จะจำกัดเคสเรา เวลาตรวจคนไข้จะไม่เป็นแบบนี้เราจะตรวจละเอียด คน  
ไข้อายุเท่านี้ อาชีพนี้ ที่บ้านเป็นแบบนี้ ประวัติยาเหยียดเลย ประวัติอย่างเดียวนาง  
ที่เป็น 10 บรรทัด บางทีคนไข้แค่เจ็บคอ เราก็อึ้งยิบแล้วก็ตรวจร่างกายจนละเอียด  
ซึ่งตามหลักความเป็นจริงมันทำไม่ได้ เพราะถ้าจะตรวจแบบสมัยเรียน เคสหนึ่งต้อง  
10 ถึง 15 นาทีได้...

<sup>7</sup> มาจากคำว่า OPD. ซึ่งเป็นคำย่อของ Out Patient Department ใช้เรียกแทนคนไข้ที่ไม่ได้นอนรับการรักษาที่โรง  
พยาบาล

<sup>8</sup> มาจากคำว่า Ward หมายถึงหอสำหรับคนไข้ที่ต้องนอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล

<sup>9</sup> สูติ ศัลย์ เหม็ด เด็ก เป็นคำย่อที่ใช้เรียกกันติดปากสำหรับ 4 สาขาวิชาของการแพทย์ สูติ คือสูตินารีแพทย์ เป็น  
สาขาที่เกี่ยวข้องกับการทำคลอด ศัลย์ คือ ศัลยแพทย์ เป็นสาขาที่เน้นการรักษาโดยการผ่าตัด เหม็ด คือ เหม็ดดิฉัน  
(medicine) หรืออายุรกรรม ส่วนเด็ก คือ กุมารแพทย์ เป็นสาขาที่เน้นการรักษาโรคในเด็กโดยเฉพาะ



แต่อยู่ที่นั่นมันไม่ใช่อย่างงั้น งานมันหนัก เสร็จก็ดีก็เยอะเราก็ได้แต่นั่งตรวจๆแล้วให้กลับบ้าน จำนวนที่เยอะทำให้คุณภาพการตรวจมันแย่ลง เราไม่มีเวลาที่จะทำอะไรให้ได้ตามหลักวิชาการปะๆ อย่างตอนอยู่โรงพยาบาลจังหวัดมันจะคนละแบบ เพราะคนไข้ นอกที่เป็นเฉพาะทางเค้าก็จะจัดออกไปให้ไปตรวจกับหมอเฉพาะทางเลย แล้วเราก็จะอยู่ดูแลเฉพาะคนไข้ที่เป็นทั่วไป แต่อยู่ที่นี้เราต้องดูแลคนไข้ทุกคน ไม่ได้คนใดก็ต้องดูแล

อยู่ที่นี้ก็ปรับเยอะคะ คนไข้มาด้วยปัญหาระบบไหน เราก็จะตรวจแค่ระบบนั้น ถ้าระบบอื่นไม่เกี่ยวกับไม่ตรวจ จะตรวจก็เฉพาะระบบที่จะเกี่ยวกับอาการของโรคที่มันแสดงออกมา แต่สมัยเรียนนี้ ระบบจะเกี่ยวไม่เกี่ยวจะซักหมด เพราะอาจารย์ต้องการความละเอียด พอมาอยู่ที่นี้รายละเอียดมันน้อยลง”

ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการตรวจคนไข้ที่ดูเหมือนไม่มีวันจะจบสิ้น ทำให้แทบทุกวันในช่วงบ่ายเธอถึงกับแสดงอาการเหนื่อยหน่าย จนต้องขอหยุดพัก เธอบอกว่า

“ขอไปเดินเล่นแป๊บหนึ่งนะคะ ไม่ไหวแล้ว เดี่ยวจะหน้าบึ้งใส่คนไข้ แล้วก็ไปลงใส่เค้า สงสารคนไข้”

สำหรับหมอเองแล้ว เรื่องเล่าทางคลินิกที่จะต้องผลิตขึ้นในฐานะเป็นปฏิบัติการในการให้การรักษาคอนไ้ที่เธอถูกปลูกฝังผ่านระบบการศึกษาใน โรงเรียนแพทย์นั้นวางอยู่บนปรัชญาการแสวงหาความจริงแบบปฏิฐานนิยมที่มุ่งสืบค้นความจริงของการเจ็บป่วยผ่านการ “ดู” และ “มอง” อย่างละเอียดเข้าไปในร่างกายของคนไข้ตั้งแต่การซักประวัติและการตรวจร่างกายทุกระบบอย่างละเอียดถี่ถ้วน ไปจนถึงการซักถามถึงสภาพแวดล้อมทั้งหมดที่จะเกี่ยวข้องกับการรักษาความเจ็บป่วยนั้นๆ ดังที่เธอสะท้อนออกมาว่า “ที่จริงแล้วการตรวจร่างกายเนี่ยะ ตอนเรียนจะต้องตรวจทุกระบบ” และ “ประวัติอย่างเดียบบางที่เป็น 10 บรรทัด”

ปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกทั้งหมดในกรณีข้างต้นของหมอเองจึงเป็นความพยายามในการผลิตซ้ำเรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่แนบแน่นอยู่กับปรัชญาแบบปฏิฐานนิยมให้มากที่สุด แต่อย่างไรก็ตามเธอก็รู้ว่าแท้ที่จริงแล้วการผลิตเรื่องเล่าชนิดนี้จะเป็นไปได้ก็แต่เพียงในเงื่อนไขที่มีความเฉพาะตัวของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์เท่านั้น เช่น “ตอนเรียนคนไข้ที่มาหาเราเค้าก็ถูกสกรีนมาก่อนแล้วว่าคนไหนที่ต้องการตรวจละเอียดก็ให้ตรวจกับนักศึกษาแพทย์” หรือ “ตอนเรียนเราตรวจละเอียดได้ เพราะคนไข้จะไม่เยอะขนาดนี้ อาจารย์จะจำกัดเคสเรา เวลาตรวจคนไข้จะไม่เป็นแบบนี้เราจะตรวจละเอียด” ซึ่งเงื่อนไขดังกล่าวก็คือการสร้างสภาวะบางชนิดขึ้นมาเพื่อทำ

ให้ปฏิบัติการในอุดมคติของปฏิธานนิยมสามารถเป็นไปได้ดังที่ได้กล่าวมาในบทที่ 2 คือการพยายามจัดเงื่อนไขในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ให้นักศึกษาได้รับดูแลคนไข้ในจำนวนที่เหมาะสมและหลากหลายเพื่อเอื้อต่อการเรียนรู้วิธีการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกในอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพ โดยจัดแยกให้มีแพทย์ (ที่จบแล้ว) มาเป็นผู้แบ่งเบาภาระหน้าที่ในการให้บริการคนไข้ที่มีจำนวนมากของโรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์ (มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์, 2508: 6) (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2514: 123)

แต่ท่ามกลางภาระหน้าที่อันหนักหน่วงของโรงพยาบาลชุมชนที่เงื่อนไขต่างๆ ที่สร้างให้โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์เป็นเสมือนห้องทดลองในการปลูกฝังปฏิบัติการแบบปฏิธานนิยมปลานาการไป ปฏิบัติการในอุดมคตินั้นจึงเป็นไปได้ก็ต่อไป ดังที่หมออังบอกว่า “มาอยู่ที่นี้ที่ปรับเยอะ” และ “สมัยเรียนนี้ ระบบจะเกี่ยวไม่เกี่ยวจะซักหมด เพราะอาจารย์ต้องการความละเอียด พอมาอยู่ที่นี้รายละเอียดมันน้อยลง” ปฏิบัติการที่เธอเคยยึดมั่นเมื่อครั้งยังเป็นนักศึกษาแพทย์จึงกลับกลายเป็นสิ่งที่ไม่ใช่โลกแห่งความจริง เพราะความเป็นจริงนั้นอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน และบน “หลักความเป็นจริง” นี้ จึงทำให้ปฏิบัติการในอุดมคตินั้น “มันทำไม่ได้” เพราะเหตุว่า “ถ้าจะตรวจแบบสมัยเรียน เคสหนึ่งต้อง 10 ถึง 15 นาทีได้...” แต่ที่นี้ “เคสโอทีดีก็เยอะเราก็ได้แต่นั่งตรวจๆ แล้วให้กลับบ้าน จำนวนที่เยอะทำให้คุณภาพการตรวจมันแย่ลง เราไม่มีเวลาที่จะทำอะไรให้ได้ตามหลักวิชาการปะๆ” ถึงแม้ว่าในหลายๆ ครั้งเธอยังคงพยายามผลิตเรื่องเล่าที่เธอคิดว่า “ดีที่สุด” อยู่ นั่นก็เป็นด้วยเหตุที่ว่า “อาจจะเพราะเราเพิ่งจบมาใหม่ อะอะไรที่ควรทำเราก็ยังคงทำอยู่ แต่อีกหน่อยพอมันเริ่มเคยชิน มันก็คงเปลี่ยนๆ ไป” และ “แรกๆ ใครๆ คำก็คงคิดแบบนี้ อะว่าจะด้วยเวลา ด้วยอะไรหลายๆ อย่างทำให้เราก็ค่อยๆ ละเลยอะไรบางอย่างไป” เหมือนเช่นที่เธอยกตัวอย่างถึงแพทย์รุ่นพี่ว่า “ที่เค้าบางทีก็ไม่ดูก็รักษาไปเลยก็ได้ แต่เรายังทำอยู่ยังยืนหยัดอยู่เพราะว่ามันดีกับคนไข้ แต่ถ้าไม่ตรวจจริงๆ มันก็ดีกว่าเรา คือเราจะเคลียร์คนไข้ได้เร็ว”

ในเมื่อปฏิบัติการในอุดมคติที่เคยเป็นสิ่งที่ดีทั้งต่อคนไข้ (อย่างน้อยที่สุดเมื่อพิจารณาเฉพาะประเด็นทางชีววิทยา) และดีต่อเธอเองในฐานะที่เป็นนักเรียนแพทย์ ได้กลับกลายเป็นสิ่งที่ถ้าเธอไม่ปฏิบัติตามกลับเป็นสิ่งที่ดีกับตัวเอง การเลื่อนไหลออกจากอุดมคติของการแพทย์แบบชีวภาพของเรื่องเล่าทางคลินิกจึงเริ่มเกิดขึ้น

## การเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกท่ามกลางภาระที่หนักหน่วง

“ทุกวันนี้เราตรวจๆแล้วคนไข้ก็กลับมาด้วยโรคเดิมๆ ฟาริงไจติสๆ<sup>10</sup> มันน่าเบื่อมีแค่เคสแบบนี้มากกว่า 50 % ของเคสที่เจอ แล้วพวกนี้จริงๆไม่จำเป็น ต้องหมอตตรวจก็ได้ แต่ถ้าเราไม่ตรวจเองเดี๋ยวคนไข้ก็จะไม่พอใจอีก อยู่โรงพยาบาลใหญ่ๆเปอร์เซ็นต์ของเคสพวกนี้จะไม่เยอะเท่านี้ ตอนเรียนอยู่ เคสพวกนี้ จะไม่ค่อยมาเลย เพราะเค้ารู้ว่าเวลาเป็นพวกนี้สามารถที่จะจัดการเองได้ ไปคลินิก ซื้อยากินเองหรือไม่ต้องกินยาก็ได้ เวลาพวกนี้มากก็ไม่มีอะไร แค่นำมาให้พักผ่อน มากๆ กินน้ำเยอะๆก็จบแล้ว”

นั่นคือวิธีการรักษาที่เป็นไปตามหลักวิชาการของการแพทย์ชีวภาพ แต่ในสถานการณ์จริง กลับไม่ได้ง่ายดายเช่นนั้น

### หวัชกรรมดาที่ไม่ธรรมดา

สายวันหนึ่งที่ห้องตรวจบนตึกผู้ป่วยนอกเด็กผู้ชายอายุราว 4 ขวบพร้อมน้ำมูกที่แห้งกรังบน ใบหน้า เปิดประตูห้องตรวจเข้ามาพร้อมกับหญิงผู้เป็นแม่อายุราว 30 ต้นๆ

“น้องเป็นอะไรมาคะแม่” หมออังกฤษถาม

“เป็นหวัดเป็นไข้เจ้า”

หมอเหลือบดูข้อมูลการตรวจร่างกายบนหน้าจอคอมพิวเตอร์ซึ่งพยาบาลได้ทำการตรวจ เบื้องต้นและบันทึกไว้ก่อนหน้า แล้วพูดขึ้นว่า

“น้องเป็นหวัชกรรมดานะคะ มีไข้เล็กน้อย แค่ 38 องศา มีน้ำมูกเหลืองๆ เจ็บคอหรือไอบ้างรีเปล่าคะ”

“บมีเจ้า”

“มีแต่น้ำมูกใสๆอย่างเดียวนะ”

<sup>10</sup> ฟาริงไจติส มาจากคำในภาษาอังกฤษว่า pharyngitis หมายถึงอาการคออักเสบซึ่งเป็นอาการหนึ่งที่เป็นร่วมกับการเป็นหวัชกรรมดา

แม่ของเด็กพยักหน้ารับ หมออังจึงหันหน้ากลับไปทำหน้าที่จอกคอมพิวเตอร์พร้อมบันทึกการจ่ายยาออกไปและสั่งพิมพ์ใบสั่งยาออกมาขึ้นให้แม่แล้วบอกให้ไปรับยาที่ห้องจ่ายยา จนเวลาผ่านไปราวครึ่งชั่วโมง ตอนใกล้เที่ยงแม่ของเด็กคนนี้ก็แง้มประตูโผล่หน้ามาครึ่งหนึ่ง หมออังถามแม่ของเด็กว่ามีอะไรอีกหรือไม่ แม่บอกว่ายังได้ยาไม่ครบเลยจะมาถามหมอ เธอจึงขอลงยามาเปิดดูพร้อมกลับไปค้นดูประวัติการสั่งยาอีกครั้งหนึ่ง

“ก็ครบนี้ละ หมอสั่งยาให้ 2 อย่าง ยาลดไข้กับยาลดน้ำมูก ก็ได้มาครบแล้ว”

“มันบ่ได้ยาที่คราวที่แล้วเคยได้เจ้า ที่มันเป็นเม็ดแคปซูลเจ้า”

สีหน้าหมออังเริ่มไม่ค่อยดี แต่เธอก็ยังคงพูดกับแม่เด็กด้วยน้ำเสียงปกติ

“คือยาแคปซูลที่แม่ว่ามันเป็นยามาเชื่อนะคะ แต่อาการน้องแค่เป็นหวัดธรรมดา มันเป็นแค่วิรัส ยังไม่ได้คิดเชื่ออย่างอื่น ถ้ามีเจ็บคอมีไอ น้ำมูกขึ้นนี้ค่อยกินยาแบบนั้น ถ้าเป็นแค่นี้มันไม่จำเป็น”

“คราวที่แล้วเป็นหวัดมาก็ได้ยาแคปซูลเจ้า” คนไข้ยังคงต่อรอง

หมออังถอนหายใจ พร้อมเหลือบมองนาฬิกาที่ใกล้เที่ยงเข้าไปทุกที คนไข้ที่รออยู่ด้านนอกก็ยิ่งเหลืออยู่ไม่น้อย

“น้องเป็นหวัดแต่แต่ละครั้งอาการมันไม่เหมือนกันนะคะ คราวที่แล้วน้องอาจจะมีการติดเชื้อร่วมด้วย หมอเค้าเลยให้ยาแบบนั้นไป แต่คราวนี้มันไม่ใช่ มันก็เลยไม่จำเป็นต้องใช้ยาเหมือนเดิม”

หลังพูดจบหมออังเอนหลังพิงกับพนักเก้าอี้ตัวใหญ่อย่างเหนื่อยอ่อน บรรยากาศภายในห้องตรวจตกอยู่ภายใต้ความเงียบที่น่าอึดอัดสักพักใหญ่ ท้ายที่สุดแม่ของเด็กที่เป็นฝ่ายเปิดปากทำลายความเงียบลง

“คราวก่อนตอนมาโรงพยาบาลครั้งแรก บ่ได้ยาแคปซูลไปมันก็บ่หาย พอปีถัดมาหมอบอกให้ยาแคปซูลไปมันถึงหายเจ้า”

หมออังกฤษใจเสือกใหญ่ แล้วหันหน้าไปเพิ่มข้อมูลในใบสั่งยาแล้วยื่นให้แม่อีกครั้ง และบอกให้ไปรับยาเพิ่มที่ห้องยา หลังจากแม่ของเด็กเปิดประตูห้องตรวจออกไป เธอก็หันหน้ามา ทำผมพร้อมแสดงสีหน้าที่บ่งบอกถึงอาการเบื่อหน่ายอย่างชัดเจน

“เจอบ่อยไหมครับแบบนี้” ผมถาม เธอตอบด้วยน้ำเสียงเบื่อหน่ายว่า

“บ่อยมาก...ประเภทที่จริงๆไม่ต้องกินยาก็ได้ เราพยายามอธิบายว่าเป็น หวัดธรรมดา มันเป็นจากเชื้อไวรัสไม่จำเป็นต้องได้ยาฆ่าเชื้อ<sup>11</sup> คนไข้ก็เหมือนจะ เข้าใจแต่ก็อย่างที่เห็น เดียวกลับมาอีกบอกว่าไม่เห็นได้ยาตัวที่เคยได้เลย ก็ต้อง อธิบายซ้ำอีก บางทีไม่สบายมาเราให้ยาปฏิชีวนะไป เพิ่งกินไปแค่ 2 วัน ก็กลับมา บอก “หมอ... ไข้ลุกลยังไม่ลดเลย” จริงๆแล้วกินยาไปแค่ 2 วันจะให้ไข้ลดเลยมัน ไม่มีหรอก แต่จะกลับมาแบบนี้กันเยอะมาก ปัญหาพวกนี้มันจำเจแล้วก็แก้ยาก เรา ก็ให้ตามที่เค้าขอไป หรือบางทีถ้าเราอธิบายมันจะแก้ได้ก็แป๊บเดียว คราวนี้เข้าใจ กลับไป เดียวลูกป่วยอีกเค้าก็จะทำนิสัยเดิมๆ ได้ยาไปวันสองวันมันไม่หายเค้าก็จะ กลับมาอีก แรกๆอังกจะไม่จ่าย พยายามจะอธิบายแต่หลังๆมาเริ่มไม่ไหว เพราะเค้า เหมือนไม่พอใจที่ไม่ได้ยาตัวที่เคยได้ เลยคิดว่าหรือเราจะตัดใจให้ๆไปจะดีกว่าจะ ได้ไม่เหนี่ยวด้วย เราเจอทุกวันอธิบายเยอะๆทุกวันมันก็เหนื่อย....

....แต่ละคนเค้าคาดหวังเหลือเกิน เค้ามาโรงพยาบาลด้วยความคาดหวัง อะไรสักอย่าง บางคนคาดหวังว่าจะนอน คาดหวังว่าจะได้ยาตัวนี้ยะ ถ้าไม่ได้ อย่าง ที่หวังก็ไม่พอใจ อย่างที่เห็นคนไข้มันก็เยอะ ถ้าอธิบายนานคนไข้ก็จะโฟลว์ (-Flow-ไหล) ซ้ำมาก อังกี่เลยจะลองอธิบายสักครั้งนึงดูไม่เข้าใจอังกี่จะให้แล้ว บาง คนก็จะเข้ามาทั้งครอบครัว เพื่อที่จะกดดันเราเพื่อที่จะขอให้เราทำอะไรให้ซัก อย่าง....

....ที่นี้จะมีลักษณะแบบนี้เยอะ มีทุกวัน เพิ่งมารู้ตอนจบมาแล้วมาอยู่ที่นี้นี้แหละว่า เรื่องแบบนี้มันยาก เพราะเค้าคาดหวังมาแล้ว บางทีเค้าคาดหวังด้วยซ้ำว่า เค้าเป็นโรคนั้นโรคนี้นี้”

<sup>11</sup> ยาฆ่าเชื้อในที่นี้หมายความว่ายาปฏิชีวนะซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อแบคทีเรีย แต่เนื่องจากการเป็นหวัดโดยเฉพาะ ในระยะเริ่มแรกนั้นเกิดจากการติดเชื้อไวรัส ซึ่งไม่สามารถกำจัดได้โดยยาปฏิชีวนะ นอกเสียจากว่าเริ่มมีอาการติดเชื้อเพิ่มเช่นอาการเจ็บคอ มีเสมหะ หรือมีน้ำมูกสีขุ่น เหลืองหรือเขียวจึงจะเริ่มรักษาได้ด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะ

ขอแค่เอ็กซ์เรย์

“เป็นอะไรมาคะ” หมออังกฤษเมื่อคนไข้เปิดประตูเข้ามาตอนสายๆของวันหนึ่ง

“ลูกสาวข้าเจ้าปวดหัวเจ้า ครูที่โรงเรียนว่า แกปวดหัวที่ไรซิคทุกที สงสัยจะเป็นก้อนอะไรในสมอง ให้พามาโรงพยาบาลให้หมอเอ็กซ์เรย์สมอง”

“ปวดหัวมันมีได้หลายสาเหตุนะคะ มันอาจจะไม่ใช่ยังงั้นก็ได้ บางทีเป็นไข้ปวดหัวธรรมดาก็มี สายตาสั้นใช้สายตามากก็ปวดหัวได้เหมือนกัน หรือเส้นเลือดในสมองผิดปกติเล็กน้อยไม่ถึงกับเป็นก้อนก็เป็นได้”

หมออังกฤษอธิบายแล้วเธอก็เริ่มซักอาการคนไข้ จนท้ายที่สุดก็สรุปว่า

“เอ็งนี่คะแม่ หมอว่าตอนนี้อาการน้องก็ไม่ได้บ่งบอกว่าจำเป็นต้องไปเอ็กซ์เรย์สมองนะคะ ยังไงหมอก็ให้ยาไปกินก่อน แล้วสักอาทิตย์หมอจะนัดมาดูอาการอีกที”

ผู้เป็นแม่พยักหน้าเสมือนจะเข้าใจ แต่ก็เสียบไปสักพักแล้วก็พูดขึ้นว่า

“ขอไปตรวจในเมืองได้กัเจ้า”

“ไปโรงพยาบาลจังหวัดเค้าก็ไม่ทำให้หอรกนะคะ มันไม่จำเป็นแล้วค่าใช้จ่ายมันก็สูง ตั้ง 5 พันกว่าบาท หมอจะให้ยารักษาตามอาการไปก่อน ถ้าไม่ดีขึ้นค่อยว่ากันอีกที”

ไม่ว่าหมออังกฤษจะเพียรพยายามอธิบายเพียงใด แม่ของคนไข้ยังคงยืนยันจะขอใบส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัดให้ได้จนสุดท้ายเธอจึงเขียนใบส่งตัวให้ไปอย่างเสียไม่ได้

เหตุการณ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าในหลายๆครั้งที่ความเจ็บป่วยซึ่งดูเผินๆเหมือนจะเป็นสิ่งสามัญธรรมดาและจัดการได้ง่ายๆ หากเอาความรู้ทางการแพทย์มาทาบวัด ได้กลับกลายเป็นความหมายของมันเป็นอีกสิ่งหนึ่งในทัศนะของคนไข้ และความหมายที่ต่างออกไปเหล่านี้กลายเป็นยาขมหม้อใหญ่ที่ไม่ง่ายที่จะเผชิญหากยังคงยืนยันกรานใช้วิธีการรักษาภายใต้ปฏิบัติการแบบเดิม

ในห้องตรวจช่วงบ่ายวันหนึ่งยาขมหม้อใหญ่ก็มาให้เธอเผชิญอีกครั้ง

คุณป้าวัย 50 กว่า เปิดประตูห้องตรวจเข้านั่ง หมออังเปิดดูประวัติที่ได้ชักมาจากพยาบาล ด้านหน้าปรากฏอยู่ว่า “ปวดหลังปวดเอว เป็นๆหายๆมาประมาณ 2 สัปดาห์” เมื่อหมออังถามว่าเป็นอะไรมาคำตอบที่ได้ก็คือ

“เป็นนิ้วหมอ ใ้ (อยาก) ให้หมอเอ็กซ์เรย์ให้กำ”

หมออังฟังคำตอบก็หัวเราะเบาๆแล้วถามป้าต่อว่า

“ป้ารู้ได้ไงคะว่าเป็นนิ้ว”

“คนข้างบ้านเป็นเคยมีอาการแบบนี้ แล้วเป็นก็เป็นนิ้วแต่เจ้า”

“คุณป้ามีอาการปวดเวลาฉีรีเปล่าคะ ปวดแบบปวดแสบปวดร้อนน่ะคะ หรือมีอาการอื่นแล้วมันขุ่นๆหรือมีเลือดปน”

ป้าตอบปฏิเสธ เธอจึงให้ป้าลุกขึ้นยืน ไข่มือกคไปตามบริเวณหลังและเอว และให้ป้าทำท่าทางต่างๆ เช่น การก้มตัว เพื่อดูว่ามีอาการอะไรหรือไม่

“อืม...คือยังงั้นคะ ใ้ออาการปวดหลังปวดเอวนี่มันเกิดได้จากหลายสาเหตุนะคะ อาจจะเป็นเพราะเราทำงาน หรือยกของหนักผิดท่าทางไปมันก็เป็นได้ทั้งนั้น มันไม่จำเป็นต้องเป็นนิ้วเสมอไป แล้วจากอาการอื่นๆของป้าก็ไม่่น่าจะไข่นิ้วนะคะ”

“เจ้า แต่ใ้เอ็กซ์เรย์กำเจ้า”

หมออังไม่ตอบอะไรแต่ก้มหน้าลงเขียนอะไรบางอย่างลงในใบบันทึกประวัติ แล้วยื่นให้พร้อมบอกให้ป้าไปห้องเอ็กซ์เรย์ จากนั้นเธอก็เริ่มการตรวจคนไข้รายอื่นๆต่อไป เวลาผ่านไปราว 40 นาที ป้ากลับมาพร้อมถือซองฟิล์มส่งใ้ หมออังยกฟิล์มขึ้นส่องกับแสงไฟ เอนี้วีซีฟิล์มบริเวณที่ต้องการใ้คนไข้ดูแล้วพูดขึ้นมว่า

“มันไม่มีนิ้วนะคะป้า ถ้ามีมันจะเห็นเป็นจุดขาวๆอยู่แถวนี้ แต่ไม่มี

นะคะ เห็นไหมคะ”

หมออังอธิบายด้วยเสียงเรียบๆ เพียงเท่านั้นรอยยิ้มก็สุุดพรายขึ้นบนหน้าของป้าอย่างทันทีทันใด

“เดี๋ยวหมอลให้ยากินกับยาทาลดอาการปวดหลังปวดเอวไปนะคะ เป็นยา  
ลดอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ ช่วงนี้ห้ามยกของหนักๆนะคะ”

ป้าเอี่ยมมือมารับใบสั่งยาพร้อมตอบขอบคุณหมอและเปิดประตูออกจากห้องตรวจไป

“เป็นยังไงีทะเลาะคะ พอมาค่อยปวดหลังปวดเอว เจ้าคาคหวังมาแล้วว่าเจ้า  
จะเป็นนิ้ว ถ้าเราไม่เอ็กซเรย์ให้เจ้าก็ไม่พอใจ เพื่อการที่ไม่เข้าใจใครทั้งนั้น ก็เอ็กซ  
เรย์ให้ทั้งๆที่รู้ว่ามันไม่เจออะไร ตอนเรียนอยู่ที่คณะก็เจอกับความคาดหวังเหมือน  
กัน แต่จะอธิบายแล้วเข้าใจง่ายกว่าไง แต่ที่นี้จะไม่เข้าใจ ชั้นเป็นนิ้ว ถ้ายังไม่เอ็กซ  
เรย์ให้ ชั้นก็ยังเป็นนิ้วอยู่ ยังไงชั้นก็ต้องตรวจ เจ้าคาคหวังเยอะนะ ยังมีความรู้อย  
ความคาดหวังก็จะยิ่งเยอะ”

ภายใต้เงื่อนไขใหม่ของโรงพยาบาลชุมชน ด้วยปริมาณคนไข้ที่มากมายกับความเครียดที่  
เกิดขึ้นไม่เว้นแต่ละวัน นอกจากการความละเอียดในการตรวจคนไข้ที่หมอบอกว่ามันลดลง  
เรื่อยๆแล้ว การยินยอมให้การรักษาในรูปแบบที่คนไข้ร้องขอ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยา การส่งเอ็กซ  
เรย์โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์รองรับ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นปฏิบัติการชนิดใหม่ที่เธอได้  
เรียนรู้ เป็นปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่เลื่อนไหลออกไปจากอุดมคติของการ  
แพทย์ชีวภาพ และเป็นปฏิบัติการชนิดที่สามารถนำไปสู่การบรรลุถึงสิ่งที่ตั้งใจกับคนไข้ (หาก  
พิจารณาความเจ็บป่วยในความหมายที่ไกลออกไปจากเพียงประเด็นทางชีววิทยา) และดีกับตัวเธอ  
เอง (ในแง่ภาระของการงานอันหนักหน่วงและการยอมรับจากคนไข้)

**หมोजิบ: ชีวิตแพทย์จบใหม่บนเวทีแห่งใหม่ที่ไม่คุ้นเคย**

ราว 3 เดือนก่อนหน้าที่หมอบอกจะหมื่นเวียนมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลลานหมอก หมोजิบ  
เป็นแพทย์จบใหม่อีกคนที่หมื่นเวียนมาปฏิบัติงานอยู่ก่อนหน้านั้น พี่เพ็ญหมोजิบเป็นคนจังหวัด  
สุโขทัย แต่โยกย้ายตามพ่อแม่มาเรียนหนังสือที่จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากจบการศึกษาในระดับ  
มัธยมปลาย เธอได้สอบผ่านเข้าศึกษา ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
กรุงเทพมหานคร จนกระทั่งจบการศึกษาเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ.2546 และเลือกมาทำงานที่จังหวัดนี้  
ซึ่งไม่ห่างจากครอบครัวที่พักอาศัยอยู่ที่เชียงใหม่มากนัก

ช่วงปีแรกหลังจากจบการศึกษาหมोजิบเริ่มทำงานที่โรงพยาบาลประจำจังหวัดเป็นเวลา  
ประมาณ 10 เดือน หลังจากนั้นจึงออกมาปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลลานหมอกระหว่างช่วงกลาง  
เดือนกุมภาพันธ์ ถึงสิ้นเดือนเมษายน 2547 ตลอดช่วงเวลา 2 เดือนเศษนี้เองที่หมोजิบได้เริ่มการ  
ทำงานในฐานะแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชนเป็นครั้งแรกในชีวิต การเปลี่ยนแปลงจากโรง



พยาบาลขนาดใหญ่โตโอราฟของโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัดที่ขนาดไม่เล็กกว่ากันสักเท่าไร มาสู่โรงพยาบาลขนาดเล็กๆ ทำให้หมอจิบต้องเผชิญกับบริบทของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนไปอย่างฉับพลัน

ฉากยามค่ำคืนของบริเวณบ้านพักแพทย์ช่วงนั้นมีได้แตกต่างจากช่วงเวลาที่ยังหมองอยู่ หากแต่ว่าหมอจิบไม่ได้ผ่านหน้าขึ้นมานอนบนห้องพักแพทย์เช่นเดียวกับหมอจิบ บริเวณบ้านพักแพทย์จึงยังคงหลงเหลือบ้านอยู่หลังหนึ่งที่มีแสงไฟสว่างไสวอยู่ในยามค่ำคืน นั่นมิได้หมายความว่าเธอไม่กลัวผี แต่เป็นเพราะว่า

“จิบเอาเข้ามาอยู่เป็นเพื่อนด้วย ตอนเย็นก็กินข้าวกับย่าค่ะ”

ต่างไปจากหมอจิบ เมื่อผมตามเก็บข้อมูลกับเธอไปได้สักระยะจนเกิดความคุ้นเคยกันมากขึ้น ทักษณคติแบบหลายๆที่หมอจิบมีต่อแพทย์รุ่นพี่กลับถูกเปิดเผยผ่านการบอกเล่าตรงๆของเธอ

“ที่นี้จะไรก็ดีหมีคยกเว้นแพทย์ จิบก็ไม้อยากว่าวิชาชีพเดียวกันนะค่ะ แต่มันก็จริง จิบเคยต้องอยู่คนเดียว ผอ. ไม่อยู่ พี่นิดก็ลา พี่หนู่ยไปประชุมอะไรไม่รู้ เคยเป็นแบบนี้มากกว่าหนึ่งครั้ง มีอยู่ที่หนึ่งจิบไม่ไหว เลยบอกพี่ดี (พยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก) พี่ดีเลยโทรหา ผอ. แกบอกว่าจะเกิดประชุมอยู่ที่จังหวัด แล้วก็ปิดโทรศัพท์ที่ใส่เลย จิบเลยโทรเองอีกที พูดใส่โทรศัพท์ไปว่า ‘พี่คะ อย่างงี้มันไม่ไหวแล้ว’ จากนั้นไม่กี่นาทีแกก็มา แล้วก็มาบอกจิบว่าเมื่อก็ติดธุระอยู่ที่อำเภอ มีอยู่วันหนึ่งจิบต้องตรวจคนไข้ถึงทุ่ม พี่หนู่ยแกลไปไหนไม่รู้ แต่ตอนเย็นแกก็มาเปิดคลินิก (เป็นคลินิกส่วนตัว) พี่ดีโทรไปตามให้มาช่วยก็ไม่มาบอกว่าติดคนไข้ที่คลินิก แอมจิบยังโดนว่าที่หลังอีกว่า ‘ถึงสี่โมงครึ่งก็เลิกตรวจโอพีดีได้แล้วให้พยาบาลตรวจต่อ ทำแบบนี้มันเสียระบบหมด’ จิบซึ่งมากเลยวันนั้น เราจะทำยังไงได้ไงคนไข้เค้าก็มารอดูตั้งนาน เค้าก็อยากตรวจกับหมอ แล้วพอสี่โมงครึ่งเราจะหยุดแล้วก็เปิดประตูห้องตรวจเดินออกไปเฉยๆได้ยังไง..... พี่นิดเองแกก็ไม่สบาย บ่อย ลาบ่อย ถ้านับจริงๆแกอาจจะลาเกินโควต้าไปแล้วก็ได้นะคะ เพราะตั้งแต่จิบมาอยู่ที่นี้แกลไปเยอะมาก .....ผอ.แกไม่ทำอะไรเลย ไม่แก้ปัญหาคะ เคยคิดเหมือนกันว่าจะพูดกับแกศิริเปลา แต่ไม่ดีกว่า เพราะแกเกินเยียวยามาก แก่ใจไม่ได้พัฒนาไม่ได้แล้ว....”

ซึ่งก็จริงเช่นที่เธอว่าตลอดระยะเวลาที่ผมเก็บข้อมูลอยู่กับหมอจิบไม่เคยปรากฏลักษณะของความสัมพันธ์ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในวิชาชีพแพทย์เลยแม้แต่ครั้งเดียว ไม่มีเลยสักมือที่หมอจิบ

จะไปร่วมกินข้าวกับแพทย์รุ่นพี่ วงข้าวของเธอล้วนแล้วแต่อยู่ท่ามกลางหมู่พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน การให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือทางวิชาการก็ไม่มีปรากฏให้เห็น แม้แต่การเข้าห้องผ่าตัดซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ย่ายนักรับหมอบใหม่ ความช่วยเหลือที่เธอได้รับกลับเกิดจากพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการเป็นผู้ช่วยผ่าตัดมาร่วม 10 ปี จนกระทั่งงานเลี้ยงส่งก่อนที่เธอจะย้ายออกจากโรงพยาบาลก็จัดขึ้นโดยพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วย โดยไม่ปรากฏเงาร่างของแพทย์รุ่นพี่เข้าร่วมวงแต่อย่างใด ชีวิตของหมอบจิบจึงอยู่ท่ามกลางเพื่อนร่วมงานที่เป็นพยาบาลรุ่นพี่มากกว่าที่จะอยู่ท่ามกลางแพทย์รุ่นพี่ ทักษะคติของเธอต่อเพื่อนร่วมงานกลุ่มนี้ปรากฏออกมาชัดเจนผ่านคำพูดของเธอหลายครั้ง เช่น “เจ้าหน้าที่ที่นี้ขยันมาก” “เวลามีอะไรจิบก็จะเล่าให้พี่ดีฟัง แกก็ให้คำแนะนำที่ดีได้ตลอด” และเมื่อถามเธอว่าหลังจากทำงานครบหนึ่งปีแล้วเธออยากจะทำอะไรที่นี้ไหม คำตอบของเธอก็คือ “ถ้ามีเพื่อนรุ่นเดียวกันมาด้วยอีกสักคนก็จะมาค่ะ เพราะเจ้าหน้าที่ที่นี้ดีมาก ดีทุกฝ่าย”

วันหนึ่งในวงข้าวตอนเที่ยงที่หมอบจิบกับพยาบาลอีกหลายคนนั่งกินข้าวด้วยกันที่ห้องพักหลังห้องฉุกเฉิน พยาบาลที่เป็นผู้ช่วยในห้องผ่าตัดก็เปิดฉากการวิจารณ์แพทย์รุ่นพี่คนหนึ่งต่อหน้าหมอบจิบว่า เมื่อเช้าหมอบคนนี้สั่งให้เตรียมห้องผ่าตัดตอน 10 โมง แต่ตัวเองเตรียมคนไข้ไม่พร้อมเพราะคนไข้อายุ 50 กว่าแล้ว แต่หมอบไม่ได้ส่งวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจกับเอ็กซเรย์ปอด (ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำหากจะทำการผ่าตัดในคนไข้สูงอายุขนาดนี้) หมอบจึงเพิ่งมาส่งคนไข้ไปตรวจตอนนั้นโดยให้เหตุผลว่า “ไม่รู้ว่าคุณไข่อายุมากแล้ว” แล้วระหว่างที่รอผลการตรวจซึ่งก็ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที แกก็ไม่ยอมออกไปช่วยตรวจคนไข้ข้างนอกก่อนทั้งๆที่เห็นอยู่ว่ามีคนไข้จำนวนมหาศาลที่รอการตรวจอยู่ ได้แต่เดินไปเดินมาอยู่แถวนั้น

“พี่รำคาญเลยทำเป็นยืนอยู่ใกล้ๆแกแล้วหันหน้ามองออกไปข้างนอกตรงที่คนไข้นั่งรอตรวจอยู่แล้วก็ตะโกนออกมาว่า ‘คนไข้อย่าตะแคงอะไร...’ หมอบแกถึงเดินออกไปช่วยตรวจ”

บ่ายวันนั้นผมลองถามหมอบจิบว่า

“คิดอย่างไรที่มีพยาบาลผู้ช่วยผ่าตัดแบบนี้ กลัวหรือเปล่า”

“ไม่นะคะ จิบชอบแบบนี้ ตรงๆดี แกช่วยเราได้เยอะ อย่างเมื่อเช้าก็ถือได้ว่าแกช่วยเรานะ” เธอตอบ

## เวทีใหม่ เป้าหมายใหม่กับการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิก

ความรู้สึกในลักษณะเช่นนี้ต่อแพทย์รุ่นพี่ของหมอจิบ สะท้อนผ่านการบอกเล่าของเธออยู่บ่อยครั้งในการพูดคุยระหว่างผมกับเธอ บนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันที่ดูยุ่งเหยิง การปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ในโรงพยาบาลตามหมอกจึงเป็นไปอย่างโดดเดี่ยว ปราศจากการปรึกษาด้านวิชาการแตกต่างจากการเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่อย่างที่เคยคุ้นตลอดมา ประกอบกับความเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ข้อจำกัดของเทคโนโลยีทางการแพทย์และงบประมาณกลายเป็นเงื่อนไขใหม่ที่หมอจิบต้องเรียนรู้

“มีบางอย่างที่ต้องเรียนรู้เอง อย่างบางทีเราจะส่งแล็บ<sup>12</sup> เราก็ต้องมาคิดว่าเราจะส่งเต็มทีเลยรีเปลา แล้วมันจะคุ้มไหม ถึงทีนี้จะทำได้ค่อนข้างเยอะ แต่เราก็ต้องพิจารณาเหมือนกัน บางทีถ้าตรวจแบบคอมพลีท<sup>13</sup> ค่าใช้จ่ายก็เป็นพัน มันก็ไม่คุ้ม เราต้องดูเรื่องพวกนี้ด้วย ซึ่งถ้าอยู่ในโรงเรียนเราไม่ต้องมาสนใจเรื่องพวกนี้เลย อย่างเวลาเราไต่แอกคนไข้ โดยดูจากคลินิกอล<sup>14</sup>แล้ว ถึงจะชัดแค่ไหน เราก็ต้องส่งตรวจแล็บเพื่อให้แน่ใจ แต่อยู่ที่นั่นมันมีเรื่องให้ต้องคิดมากกว่านั้น....”

นอกจากการเรียนรู้ที่จะต้องจำกัดตัวเองในการใช้เทคโนโลยีต่างๆทางการแพทย์เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคแล้ว ในทางกลับกันหมอจิบก็ต้องเรียนรู้ในการใช้เทคโนโลยีและรูปแบบการรักษาที่ไม่ได้มีเหตุผลและความจำเป็นแต่อย่างใดหากเอาองค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพมาทาบวัด

ไม่ต่างจากหมออัง เหตุการณ์ที่พบเห็นได้บ่อยครั้งในการให้การรักษาของหมอจิบก็คือการยินยอมใช้เทคโนโลยีในการตรวจและให้การรักษาตามรูปแบบที่คนไข้ร้องขอ ดังเช่นคนไข้ 3 รายนี้

รายแรก คนไข้คนหนึ่งเป็นอัยผู้หญิงราว 70 เติบโตเข้ามาในห้องตรวจของหมอจิบ โดยมีผู้พี่ชายเข้ามาอยู่ด้วย หมอจิบก็เริ่มซักถามพูดคุย ด้วยคำถามพื้นฐาน เช่น “เป็นอะไรมา” “เป็นมานานหรือยัง” ตลอดเวลาของการพูดคุยนั้นเวลาหมอกถามอะไร อัยผู้ชายจะเป็นคนตอบแทนตลอด หมอจิบก็คุยไปเรื่อยๆ หนึ่งๆ ไม่ได้ว่า จนสุดท้ายอัยผู้ชายบอกหมอว่า

<sup>12</sup> มาจากคำว่า Lab. เป็นคำย่อที่ใช้เรียกแทนคำว่า Laboratory Test ซึ่งหมายถึงการส่งส่วนประกอบต่างๆของร่างกายคนไข้ เช่น ชี้นเนื้อ เลือด ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น เพื่อทำการตรวจในห้องปฏิบัติการซึ่งผลจากการตรวจจะสามารถช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

<sup>13</sup> มาจากคำว่า complete ซึ่งในที่นี้หมายถึงการตรวจทุกอย่างอย่างสมบูรณ์

<sup>14</sup> มาจากคำว่า (-Clinical- คือ การตรวจจากอาการที่ปรากฏให้เห็นทางกายโดยใช้ประสาทสัมผัสของแพทย์)

“ไค่ (อยาก) ให้หมอเอ็กซ์เรย์ให้กำ”

แทนที่หมอจิบจะปฏิเสธเนื่องจากจากการพูดคุยที่ผ่านมาเธอไม่ได้มีที่ท่าว่าจะส่งคนไข้ไปเอ็กซ์เรย์แต่อย่างใด และในรายที่เธอเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องเอ็กซ์เรย์นั้น เธอจะเป็นคนบอกคนไข้เองอยู่เสมอ แต่ในกรณีนี้เธอกลับหุบหูฟังมาแบบที่หน้าอกคนไข้แล้วก็ส่งให้ไปเอ็กซ์เรย์

รายที่ 2 เป็นอัยผู้หญิงอีกเช่นเดียวกัน หลังจากจบการซักถามอาการแล้ว อัยก็พูดขึ้นมาว่า

“อยากจะขอหมอเจาะเลือด”

“ทำไมถึงอยากเจาะคะ” หมอจิบถาม

อัยก็เริ่มอธิบายว่าเพราะแกมีความรู้สึกไม่สบายวิงเวียนอยู่ตลอดเวลา ซึ่งคำอธิบายทั้งหมดของอัยนั้น หากวัดจากพื้นฐานความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพหาได้มีความเป็นเหตุเป็นผลที่จะนำไปสู่การเจาะเลือดแต่อย่างใด แต่ในขณะที่ฟังอัยอธิบายอยู่นั้น หมอจิบยิ้มน้อยๆพร้อมกับป้อนข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ และท้ายที่สุดเธอก็ส่งคนไข้ไปเจาะเลือด

กรณีที่ 3: รายต่อมาเป็นชายหนุ่มวัยฉกรรจ์มาด้วยอาการเป็นฝีที่บริเวณขาหนีบอยากจะมาเจาะออก หลังจากตรวจดูอาการเรียบร้อยแล้วหมอจิบบอกกับคนไข้ว่าเป็นฝีมะม่วง และการเป็นฝีแบบนี้มักจะมีสาเหตุมาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน เช่น เอดส์ ซิฟิลิส หรือวัณโรค

“หมอจะส่งเจาะเลือดตรวจก่อนนะคะ”

หลังจากคนไข้ไปเจาะเลือดมาเธอก็อธิบายกับคนไข้ว่า

“เป็นฝีแบบนี้หมอไม่อยากเจาะนะคะ เพราะถ้าเราเป็นภูมิคุ้มกันบกพร่อง เจาะแล้วแผลจะเรื้อรังหายยากมาก”

แต่คนไข้ก็ยังร้องขอและยืนยันอยากเจาะ โดยให้เหตุผลว่า

“มันบวมหมอ ขอเจาะเถอะ”

สุดท้ายหมอจิบก็ตอบตกลงและส่งคนไข้ไปเจาะฝีมะม่วงที่ห้องฉุกเฉิน

เรื่องราวในลักษณะ 3 กรณีข้างต้นเป็นแค่เพียงตัวอย่างเพียงเล็กน้อยของเรื่องคล้ายกันที่เกิดขึ้นอยู่บ่อยครั้ง เป็นเหตุการณ์ที่หมอจิบได้ผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกชนิดใหม่ที่มีความแตกต่างจากเรื่องเล่าทางคลินิกภายใต้ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพตามที่ถูกปลูกฝังมาจากโรงเรียนแพทย์ที่จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องลดทอนความเจ็บป่วยของมนุษย์ให้เหลือเพียงสิ่งที่เกิดจาก “โรค” ซึ่งจะใส่ใจ

และมุ่งบำบัดแต่เฉพาะปรากฏการณ์ทางกาย (Good, 1994: 26-28,37) เพราะเรื่องราวอื่นๆ ของความเจ็บไข้ได้ป่วยที่นอกเหนือจากสิ่งที่ปรากฏออกมาทางกายแล้ว ล้วนเป็นสิ่งที่ไม่อาจนับได้ว่าเป็น “ความจริง” ที่ควรใส่ใจและนำมาผนวกเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิก

หากแต่หมोजิบกลับยินยอมรับเอา “ความอยากเจาะเลือด” และ “อยากเอกซเรย์” ตลอดจนความ “บ่ม้วน” ซึ่งมีความเป็นอัตตวิสัยและปราศจากการรองรับด้วยปรากฏการณ์ทางกายของคนไข้เข้ามาผนวกเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอผลิตขึ้น หรือบางครั้งเธอก็เรียนรู้ที่จะใช้เทคโนโลยีที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคเพื่อทำหน้าที่อย่างอื่นแทน เช่นกรณีต่อไปนี้

คนไข้รายหนึ่งเป็นผู้หญิงอายุราวเกือบ 30 เข้ามาในห้องตรวจของหมोजิบด้วยอาการเจ็บหน้าอก หลังจากซักถามอาการและใช้หูฟังแนบที่หน้าอกคนไข้เรียบร้อยแล้ว เธอก็ส่งคนไข้ไปเอกซเรย์ปอด พอคนไข้เดินพ้นห้องตรวจออกไปเธอก็หันมาบอกผมว่า

“จริงๆ เสดนี้ไม่เป็นอะไร แค่อึดแน่นหน้าอกอีกเสบเฉยๆ ฟังปอดแล้วก็ดี ที่จริงไม่จำเป็นต้องส่งเอกซเรย์หรอกคะ แต่จิบก็ส่งไปถึงคนไข้จะไม่ได้ขอเพราะรู้อยู่แล้วว่าคนไข้ต้องการเอกซเรย์ถ้าไม่เอกซเรย์ให้เค้าก็จะไม่หายสักที แล้วก็กลับมาบ่อยๆ แต่พอเอกซเรย์แล้วเค้าจะหายก็ทำให้ไปก่อนเลยเป็นการตัดรำคาญ”

สักพักพอคนไข้รายนี้กลับมาพร้อมกับฟิล์ม หมोजิบก็ยกฟิล์มขึ้นมาดู แล้วก็บอกคนไข้ว่า

“ปอดปกติดี หัวใจไม่โต ซี่โครงปกติ เป็นแค่อึดแน่นหน้าอกอีกเสบเฉยๆ พวกนี้จะเกี่ยวกับการทำงานหนักหรือโดนกระแทกนะคะ เดี่ยวหมอให้ยาไปทาน”

การตอบสนองต่อคำร้องขอของคนไข้รวมถึงการเลือกใช้การเอกซเรย์ปอดโดยคาดหมายว่าคนไข้ต้องการทั้งที่ยังไม่ได้เอ่ยปากร้องขอ รูปแบบของการรักษาทั้งหมดข้างต้นกระทำไปบนพื้นฐานความเชื่อของหมोजิบว่า “เค้าจะหาย ก็ทำให้ไป” สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นเรื่องเล่าทางคลินิกที่มีอาจทำความเข้าใจได้ในฐานะของสิ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของการใช้อำนาจความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพ หากแต่เป็นเรื่องเล่าที่จะต้องพิจารณาในฐานะที่เป็นบทบาทการแสดงภายใต้เป้าหมายที่มีความจำเพาะแบบหนึ่ง คือ การสร้างความยอมรับหรืออีกนัยหนึ่งก็คือการพยายามสถาปนาตนเองให้อยู่เหนือกว่าภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการปฏิสัมพันธ์กับผู้คนบนเวทีแสดงชนิดหนึ่ง ซึ่งเวทีนั้นคือโรงพยาบาล

Erving Goffman ได้เสนอทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงละคร (Dramaturgy) โดยกล่าวว่าชีวิตทางสังคมนั้นเป็นเสมือนหนึ่งการแสดงละครบนเวที โดยบทบาทที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลผลิตของปฏิสัมพันธ์เชิงการละครระหว่างผู้กระทำในฐานะผู้แสดงกับผู้ดู ตัวคนที่ปรากฏของมนุษย์จึงเป็นแต่เพียงบทบาทการแสดงที่เกิดขึ้นในฉากๆหนึ่ง (สุเทพ,2540) ดังนั้น Goffman จึงเสนอว่า การที่เราจะทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของมนุษย์ได้นั้น เราต้องมองว่ามนุษย์เปรียบเสมือนนักแสดงบนเวทีที่มีการสวมบทบาทเพื่อให้ได้รับผลตอบแทนจากการกระทำของตน เมื่อปัจเจกบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันแต่ละคนย่อมต้องการจะนำเสนอตัวเองในรูปลักษณะที่จะเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น (Kent et.al,2001),

Colin Adrian Holmes (1992) ได้นำแนวคิดของ Goffman มาใช้ในการวิเคราะห์ตัวตนและการสวมบทบาทของวิชาชีพพยาบาล และเสนอว่า การพยาบาลก็คือละครในรูปแบบหนึ่งซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยต่างๆที่สำคัญกับการแสดงอันได้แก่ เสื้อผ้า บทบาท และบทละคร การแสดงจะดำเนินไปบนเวทีไม่ว่าจะเป็นคลินิก ห้องตรวจโรค หรือหอผู้ป่วย ที่อยู่ภายในโรงละครซึ่งก็คือโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลด้วยกันเอง ผู้ป่วย ญาติและคนอื่นๆเข้าร่วมในละครเรื่องนี้ทั้งในฐานะที่เป็นผู้แสดงและผู้ชม

บทความของ Peter Conrad (1988) ที่สรุปเนื้อหาจากหนังสือที่เขียนขึ้นโดยแพทย์ซึ่งนำเสนอมุมมองของตนในระหว่างที่เป็นนักเรียนแพทย์ โดยสะท้อนถึงความคิด ความรู้สึก และการให้นิยามความหมายของตนต่อสถานการณ์ต่างๆที่ตนเองได้มีปฏิสัมพันธ์ด้วยระหว่างที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้อันในโรงเรียนแพทย์ ได้กล่าวถึงตัวละครสำคัญๆที่มีบทบาทอยู่บนเวทีการแสดง อันได้แก่ อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้าน เพื่อนนักเรียน และพยาบาล Conrad กล่าวว่าบทบาทการแสดงบนเวทีแห่งนั้นจึงไม่ใช่อะไรอื่นนอกจากเป็น “ศิลปะของการสร้างความยอมรับและประทับใจ” และมีเป้าหมายหลักคือ “การทำตนเองให้ดูดีต่อหน้าเพื่อนร่วมงานและอาจารย์” และบนเวทีชนิดนี้นั้นคนไข้มิได้เป็นตัวละครที่มีนัยยะสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อบทบาทที่นักเรียนแพทย์ที่จะแสดงออกมาแต่อย่างใด

หากพิจารณาจากประเด็นนี้เรื่องเล่าทางคลินิกแบบการแพทย์ชีวภาพที่นักเรียนแพทย์ต่างผลิตขึ้นในการเผชิญหน้ากับคนไข้เมื่อเป็นนักเรียนแพทย์จึงไม่อาจพิจารณาได้จากแง่มุมของการเป็นสิ่งที่ถูกผลิตขึ้นภายใต้ความเชื่อมั่นในองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพเท่านั้น แต่อีกส่วนหนึ่งก็ด้วยเหตุเพราะเรื่องเล่าในรูปแบบนี้เป็นบทบาทที่มีความจำเป็นต่อการสร้างความประทับใจ การยอมรับหรืออีกนัยหนึ่งก็คือการพยายามสถาปนาตนเองให้อยู่เหนือกว่าภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการปฏิสัมพันธ์กับตัวละครหลักบนเวทีการแสดงประเภทหนึ่ง

หากในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์คนไข้มิได้อยู่ในฐานะที่จะเป็นตัวละครที่จะมีบทบาทใดๆ แต่ดำรงอยู่ในฐานะของการเป็นเพียงวัตถุแห่งการถูกจ้องมองทางการแพทย์ (Object of medical gaze) หรือผู้ถูกรู้ที่เฉื่อยชา (Passive known) ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้น (Active knower) (Kirmayer, 1988) ที่จะใช้ปฏิบัติการของการ “มอง” และ “ดู” (Looking and seeing) ว่าอะไรที่ผิดไปในกลไกของร่างกายและซ่อมแซมมันเสีย (Gordon, 1998) ได้อย่างสะดวกง่ายดายตามอุดมคติขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพนั้น บริบทของโรงพยาบาลชุมชนกลับมิได้มีความเป็นทวิภาวะเช่นนั้นดำรงอยู่ ด้วยคนไข้มิได้ดำรงอยู่ในฐานะของการเป็นผู้ถูกรู้ที่เฉื่อยชา แต่เพียงด้านเดียวต่อไป การเรียกร้องวิธีการรักษาแบบที่ตนเองต้องการแสดงถึงบทบาทของการเป็นผู้กระทำที่แพทย์เองก็ต้องให้ความพิจารณาและใส่ใจ ในขณะที่แพทย์เองนอกจากจะใช้บทบาทของการเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นแล้ว อีกด้านหนึ่งตนเองก็อยู่ในฐานะของผู้ที่ถูกจับจ้องจากคนไข้ เช่นเดียวกัน ปฏิบัติการของการ “มอง” และ “ดู” ในเงื่อนไขของโรงพยาบาลชุมชนจึงมิใช่สิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของแพทย์แต่เพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น

ในมุมมองนี้เรื่องเล่าทางคลินิกที่หมอจับผิดเกิดขึ้นจึงเป็นเพียงบทบาทชนิดหนึ่งที่เธอแสดงออกมาบนเวทีท่ามกลางปฏิสัมพันธ์กับตัวละครอื่นๆ ที่อยู่รอบข้าง บทบาทนี้จึงไม่อาจมีความตายตัวแน่นอน แต่กลับต้องเลื่อนไหลไปตามสถานการณ์ ตัวละคร และบทบาทของตัวละครที่แปรเปลี่ยนไปของละครแต่ละเรื่อง บนเวทีแต่ละแห่งที่เธอกำลังแสดงอยู่ เมื่อเธอย้ายจากเวทีเดิมเมื่อครั้งยังเป็นนักศึกษาแพทย์มาสู่เวทีแห่งใหม่คือห้องตรวจโรคในโรงละครที่ชื่อ “โรงพยาบาลลานหมอก” ที่โดยเฉลี่ยแล้วปริมาณคนไข้ที่เธอต้องตรวจอยู่ที่ประมาณ 100 คนต่อวัน การที่เธอต้องเผชิญหน้ากับคนไข้จำนวนมหาศาลภายในช่วงเวลาจำกัดโดยปราศจากตัวละครหลักเดิมๆ ที่เคยมีปฏิสัมพันธ์ด้วยระหว่างการเป็นนักเรียนแพทย์นั้นเป้าหมายหลักที่เคยได้แก่ “การทำตนเองให้ดูดีต่อหน้าเพื่อนร่วมงานและอาจารย์” ก็แปรเปลี่ยนไปกลายเป็น การทำให้คนไข้ “หาย” ที่มีความหมายครอบคลุมทั้งหายจากความเจ็บป่วย และหายจากโรงพยาบาล ดังคำพูดที่เธอได้กล่าวถึงความปรารถนาที่ไม่อยากให้คนไข้ “กลับมาบ่อยๆ” และการเอกซเรย์เป็นสิ่งที่ทำให้ “เค้าจะหาย” เธอจึงเลือกที่จะ “ทำไปให้ก่อนเลยเป็นการตัดรำคาญ”

“ชีวิตที่นี่มันต่างกับชีวิตสมัยเรียนมาก ตอนนั้นเราแค่รักษาคนไข้ให้ถูกต้องตามทฤษฎีเป๊าะๆ แค่นั้นก็จบ ถือว่าเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ประสบความสำเร็จ อาจารย์ชื่นชมแค่นี้ก็สบายแล้ว แต่อยู่ที่นี่มันไม่ใช่ยังงั้นลิคะ บางครั้งเรามาฉั้วเป๊าะๆตามทฤษฎีมันก็ไปไม่รอดเหมือนกัน เพราะเงินทำแบบนั้นคงแย่ หนึ่งล่ะ โรงพยาบาลคงเจ๊งเพราะตามจ่ายค่าเทคโนโลยีให้เราไม่ไหว สองเจ้าหน้าที่กึ่งรำคาญ

เพราะเราจะงุ่มง่ามเกินเหตุ สามที่สำคัญมากคืออาจจะโดนคนไข้วัยได้ เพราะเค้าก็คงจะต้องรอนานมาก...ก...ก...กว่าเราจะตรวจเสร็จแต่ละคน นี่ขนาดว่าปรับแล้วนะ จีบว่าจیبยังช้าอยู่เลย....”

ภายใต้สภาวะแห่งปริมาณคนไข้ที่มากมายประกอบกับความจำกัดของทรัพยากรทั้งในแง่ของบุคลากรรวมไปถึงเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ช่วยในการบำบัดรักษาทำให้สภาวะที่มีปริมาณคนไข้มากมายนั้นเป็น “สิ่งที่ไม่พึงปรารถนา” ซึ่งสะท้อนออกมาจากคำพร่ำบ่นของแพทย์ทุกคนตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกระดับของโรงพยาบาลจนกลายเป็นกิจวัตรปกติ การที่ปริมาณคนไข้ที่มากมายเป็น “สิ่งที่ไม่พึงปรารถนา” ได้นำไปสู่ความพยายามในการจัดการให้คนไข้อันตรายหายไประยะเวลาในเวลาที่รวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

ช่วงหัวค่ำของวันหนึ่งขณะที่ผมนั่งอยู่แถวหน้าห้องฉุกเฉินบนตึกผู้ป่วยนอก มีรถตำรวจวิ่งมาด้วยความเร็วสูงมาจอดที่หน้าตึก พร้อมกับเสียงเด็กร้องไห้ 2 คนบนรถตะโกนร้องเรียกหมออย่างร้อนรน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์เปลเงินเตียงไปเอาคนเจ็บลงจากรถ ก็ปรากฏว่าเป็นเด็กวัยรุ่นผู้ชายอีกคนหนึ่งถูกแทงมาจากตำบลอื่นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลไปประมาณ 30 กิโลเมตร หลังจากเจ้าหน้าที่เงินเตียงเข้าห้องฉุกเฉินได้ครู่เดียว แพทย์เวรก็ขึ้นมาบนตึกและเปิดประตูห้องฉุกเฉินตามเข้าไป ภายในเวลาที่ไม่นานนักหมอก็เดินออกมา แขนมือ 2 ข้างออกข้างตัวส่งสัญญาณ บอกตำรวจว่าเสียชีวิตแล้ว

หลังเหตุการณ์ผ่านไปประมาณครึ่งชั่วโมง ผมเดินเข้าไปคุยกับพยาบาลที่อยู่ประจำห้องฉุกเฉิน เพื่อสอบถามถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนหนึ่งของความเห็นของเธอต่อกรณีที่เกิดขึ้นมีอยู่ว่า

“จริงๆตายก็ดีนะ ไม่ตายทำอะไรจะมีขึ้นตอนเยอะที่ต้องทำอีก”

อาจไม่เป็นธรรมเนียมหากจะกล่าวว่าเป้าหมายของบทบาทที่พยาบาลที่อยู่ในเหตุการณ์ข้างต้น หมอจیب ตลอดจนบุคลากรในโรงพยาบาลได้แสดงออกบนเวทีแห่งโรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นไปเพียงเพื่อทำให้ปริมาณคนไข้ที่ต้องตรวจลดลงเหลือปริมาณน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เท่านั้น แต่ก็ไม่เป็นความจริงอย่างยิ่งเช่นกันหากจะกล่าวว่าเป้าหมายนั้นคือการทำให้คนไข้หายจากความเจ็บป่วยแต่เพียงอย่างเดียว และความเห็นต่อความตายของเด็กวัยรุ่นข้างต้นชี้ให้เห็นว่าด้วยเงื่อนไขของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทำให้ในบางครั้งการที่ “คนไข้ตาย” ได้กลับกลายเป็นสิ่งที่พึงปรารถนามากกว่า “คนไข้รอด” ซึ่งขัดกันอย่างสิ้นเชิงกับบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ในการช่วยเหลือชีวิตผู้คน



นอกไปจากการกล่าวถึงความหนักหนาของปริมาณคนไข้ที่หมอจิบเอ่ยออกมาอยู่เสมอระหว่างการพูดคุยกันนั้น ชีวิตการทำงานที่ทำงานด้วยรูปแบบเดิมๆอยู่ตลอดเวลาด้วยความสามารถที่จำกัด ทั้งในแง่การถูกจำกัดให้ใช้ความสามารถไม่ได้เต็มที่และความสามารถที่มีก็มีอยู่อย่างจำกัดยังทำให้หมอจิบเปรียบเทียบเปรยว่าการทำงานแบบนี้ไม่ได้ต่างอะไรจากการ “ขายก๋วยเตี๋ยว”

“อยากจะเรียนต่อให้เร็วที่สุด เพราะไม่อยากทำงานแบบนี้ มันเหมือนขายก๋วยเตี๋ยว ซ้ำซากน่าเบื่อ อย่างการทำอัลตราซาวด์วันนั้น ก็ขายก๋วยเตี๋ยว น่าเบื่อทำงาน โดยใช้มือขวาข้างเดียว... ไปเรียนมาอย่างน้อยก็ทำนู่นทำนี่ได้มากขึ้น ทำข้าวผัดได้ ทำอาหารได้หลายอย่าง...เป็นร้านอาหารตามสั่ง...”

หนึ่งวันก่อนหน้าการพูดคุยเรื่องนี้ หมอจิบอยู่เวรทำอัลตราซาวด์ให้แก่หญิงตั้งครรภ์อยู่ในห้องรอกคลอด ซึ่งทุกคนที่มาฝากท้องที่โรงพยาบาลลานหมอกจะได้รับการตรวจอัลตราซาวด์จากหมออย่างน้อย 1 ครั้ง วันนั้นมีมารอดตรวจร่วม 10 คนได้ ตลอดระยะเวลากว่า 2 ชั่วโมงที่หมอจิบนั่งอยู่เตียงข้างๆผู้ที่รอรับการตรวจ ด้านขวาของเตียงมีเครื่องอัลตราซาวด์ตั้งอยู่พร้อมจอแสดงผล และมีสายต่อมายังเครื่องมือที่ใช้แนบกับท้อง หน้าทีของหมอจิบคือการใช้มือขวาดึงเครื่องมือนี้และนำไปแนบกับท้องของหญิงตั้งครรภ์ พร้อมกับขยับเครื่องที่วางนี้ไปมาเพื่อดูสิ่งที่ปรากฏอยู่ภายในครรภ์ แล้วก็บอกข้อมูลกับคนไข้ เช่น เด็กอยู่ที่ไหน ตำแหน่งของรกเป็นอย่างไร ความปกติของแขนขา ลักษณะการเต้นของหัวใจ ฯลฯ วันเวียนอยู่เช่นนี้ตลอดเวลากว่า 2 ชั่วโมง ท่ามกลางบรรยากาศที่ซ้ำซากจำเจและน่าเบื่อหน่าย โดยที่เธอบอกว่า “มันดูอะไรไม่ได้ทำไรรหรือ ความรู้เราไม่พอ”

ความน่าเบื่อของการงานนอกจากจะสะท้อนผ่านทางคำพูดแล้ว อากัปกริยาหลายครั้งที่เธอแสดงออกก็ตอกย้ำถึงความรู้สึกเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี ในช่วงใกล้เที่ยงหรือใกล้เวลาเลิกงานในตอนเย็นด้วยความอ่อนล้าหลังจากที่นั่งตรวจคนไข้มาร่วม 3 ชั่วโมง เมื่อคนไข้ที่เธอตรวจคนล่าสุดเดินออกจากห้องตรวจไป ช่วงเวลาที่ทิ้งห่างไปราว 5 วินาที ที่คนไข้คนใหม่ยังไม่ผลัดประตูห้องตรวจเข้ามา คล้ายจะเป็นสัญญาณว่าภาระการงานได้จบสิ้นลงไปแล้วนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ในลักษณะเช่นนี้ขึ้นพบว่าบ่อยครั้งที่สายตาของหมอจิบจะจับจ้องไปที่ใต้ประตูบานพับที่เป็นทางเข้าออกของคนไข้แล้วยกมือกุมกันไว้สูงระดับหน้าอก สีหน้าแสดงอาการที่มีอาจตีความเป็นอื่นได้นอกจากว่าเธอกำลังลุ้นว่าคนไข้จะหมดหรือยัง หากครั้งนั้นปรากฏเท้าคู่หนึ่งก็ก้าวโผล่เข้ามาปรากฏสู่สายตาที่ช่องว่างระหว่างประตูบานพับกับพื้นหน้าห้องตรวจ มือเธอก็จะตกลงพร้อมกับเสียดอนหายใจและพิมพ์เบาๆว่า “คนไข้ยังไม่หมด”

อาจจะใช้ว่าส่วนหนึ่งของความเป็น “สิ่งที่ไม่พึงปรารถนา” ของปริมาณคนไข้ที่มากมาย นั้นเกิดจากความเป็นห่วงเป็นใยในสภาวะด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอลานหมอก เพราะปริมาณคนไข้ที่มากมายย่อมบ่งชี้ถึงภาวะความเจ็บป่วยที่มากมายของประชาชน แต่นั่นก็ไม่ใช่เหตุผลที่อาจจะใช้กล่าวอ้างได้ทั้งหมด เพราะส่วนหนึ่งการที่ปริมาณคนไข้ที่มากมายได้กลายเป็น “สิ่งที่ไม่พึงปรารถนา” นั้นเพราะสภาวะดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความหนักหนาของหน้าที่การงานที่นำไปสู่ความเหนื่อยล้าเบื่อหน่ายของตัวละครที่โอดแค้นอยู่ในบทบาทของผู้รักษาเยียวภายในโรงพยาบาลแห่งนี้

ในมุมมองของทฤษฎีการวิเคราะห์เชิงละคร หากเป้าหมายของนักเรียนแพทย์บนเวทีในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์คือ “การแสวงหาความยอมรับ” ภายในหมู่สมาชิกที่เป็นตัวละครซึ่งมีบทบาทสำคัญอันได้แก่อาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำบ้านและเพื่อนนักเรียนแพทย์ด้วยกัน โดยมีความสามารถในการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกแบบการแพทย์ชีวภาพเป็นบทบาทการแสดงสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายนั้น บนเวทีของโรงพยาบาลชุมชนเช่นโรงพยาบาลลานหมอก เป้าหมายที่แท้จริงของการแสดงบทบาทของแพทย์จบใหม่เช่นหมอจิบถึงแม้จะยังคงมีมิติที่ว่าด้วย “การแสวงหาการยอมรับ” อยู่เช่นเดียวกัน แต่กลุ่มตัวละครหลักกลับไม่ใช่กลุ่มแพทย์ที่แทบไม่มีความสัมพันธ์ข้องเกี่ยวกับ ตัวละครที่มีบทบาทขึ้นมาบนเวทีแห่งนี้กลายเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลที่ร่วมรับภาระในการดูแลรักษาคนไข้และตัวคนไข้เอง (ซึ่งบนเงื่อนไขของโรงพยาบาลขนาดเล็กในอำเภอที่ไม่ใหญ่นัก คนไข้ได้กลับกลายเป็นตัวละครที่มีบทบาทสำคัญสำหรับหมอจิบดังที่จะได้กล่าวต่อไปข้างหน้า) ซึ่งการแสวงหาการยอมรับเช่นนี้ไม่สามารถได้มาจากการแสดงบทบาทที่เกี่ยวข้องอยู่กับความสามารถในการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่เที่ยงตรงแม่นยำตามอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพอีกต่อไป หากแต่ต้องเป็นบทบาทที่สามารถนำไปสู่การ “หาย” ของคนไข้ ทั้งในความหมายของการหายจากความเจ็บไข้ได้ป่วยซึ่งมีความสลับซับซ้อนอันมีอาจลดทอนลงเหลือการพิจารณาเพียงมิติทางกาย และความหมายของการหายไปจากโรงพยาบาลของคนไข้ปริมาณมหาศาล การเลื่อนไหลไปจากอุดมคติทางการแพทย์ชีวภาพของเรื่องเล่าทางคลินิกที่หมอจิบผลิตออกมา จึงเกิดจากการปะทะประสานระหว่างเป้าหมายที่หลากหลายบนเวทีแห่งนี้ ทั้งเป้าหมายที่ว่าด้วยการเยียวคนไข้ให้พ้นจากสภาวะเจ็บป่วยและเป้าหมายที่ว่าด้วยการจัดการคนไข้ ในฐานะที่เป็นการงานปริมาณมหาศาลให้เสร็จสิ้นไป ในแง่นี้เรื่องเล่าทางคลินิกจึงดำรงอยู่ในฐานะของการเป็นปฏิบัติการหรือเครื่องมือที่ทำหน้าที่ในการนำพาพวกเขาไปสู่เป้าหมาย ซึ่งก็คือ ความสำเร็จในการสร้างความยอมรับจากผู้คนรอบข้างท่ามกลางปฏิสัมพันธ์กับตัวละครสำคัญๆบนเวทีใหม่ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ ความสำเร็จในการสถาปนาตนเองให้อยู่ในตำแหน่งที่เหนือกว่าบนความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในโรงพยาบาลชุมชน มากกว่าที่จะเป็นเพียงแค่วิธีการที่พวกเขาใช้ในการเยียวความเจ็บป่วยเท่านั้น

และบนเป้าหมายเช่นนี้ ทำให้ถึงแม้ว่าเรื่องเล่าทางคลินิกที่พวกเขาผลิตขึ้นจะหลุดลอยออกจาก  
 อุดมคติของการรักษาภายใต้องค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพสักเพียงใดแต่ก็เป็นบทบาทที่พวกเขา  
 เลือกที่จะใช้มันเพื่อเป็นเครื่องมือในการบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการภายใต้บริบทของความสัมพันธ์  
 เจิงอำนาจในรูปแบบใหม่ๆที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่คุ้นเคยในโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ อัน  
 เป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เธอได้เริ่มเรียนรู้ใหม่เมื่อก้าวเท้าเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้



**ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**  
 Copyright © by Chiang Mai University  
 All rights reserved