

บทที่ 4

การเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกกับความเป็นมนุษย์

อารมณ์ ความตาย และความสัมพันธ์ในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์

บ่ายแก่ๆวันหนึ่งบริเวณตึกด้านหน้าของโรงพยาบาลขณะที่พยาบาลห้องฉุกเฉินกำลังสลับสับเปลี่ยนเวรกันจากเช้าเป็นบ่าย รถฉุกเฉินจากสถานีอนามัยแม่ซ้าย ซึ่งห่างจากโรงพยาบาลไปราว 20 กิโลเมตร เปิดหวอวิ่งขึ้นมาจอดที่หน้าตึก ร่างของชายสูงวัยถูกเข็นเข้าห้องฉุกเฉินพร้อมกับพยาบาลเวรเช้าที่กำลังเดินลงจากตึกไปเพื่อพักผ่อนก็ตามกลับขึ้นมาติดๆ เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยที่เป็นผู้มาส่งคนไข้รายงานกับพยาบาลที่อยู่เวรว่า

“ญาติที่มาส่งบอกว่าอยู่ดีๆคนไข้ก็เป็นลมล้มลงไปเฉยๆครับ ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคประจำตัวอะไร ตอนมาถึงสถานีอนามัยก็ไม่หายใจแล้ว”

การเตรียมความพร้อมภายในห้องฉุกเฉินเริ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาไม่ถึง 5 นาทีหลังจากถูกเข็นเข้ามาในห้อง ร่างกายอันไร้สติของคุณลุงก็ถูกพันนาการไว้ด้วยเทคโนโลยีช่วยชีวิตต่างๆมากมาย ท่อช่วยหายใจถูกสอดเข้าหลอดลมผ่านทางปากอย่างรวดเร็วพร้อมๆกับเข็มน้ำเกลือที่แทงเข้าที่แขนของคุณลุงและเครื่องวัดการเต้นของหัวใจที่ติดเข้ากับที่หน้าอก ยาฉีดที่ใช้กระตุ้นให้หัวใจกลับมาทำงานอีกครั้งถูกเตรียมพร้อม พยาบาลชายรายหนึ่งขึ้นไปคร่อมอยู่บนตัวคุณลุงพร้อมกับใช้ฝ่ามือกดปั๊มหัวใจเป็นจังหวะกระชั้นอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนทั้งหมดนี้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแต่ปราศจากความร้อนรนสับสน โดยแสดงออกถึงลีลาของมืออาชีพในการเผชิญหน้ากับความตายและพร้อมที่จะต่อสู้เพื่อยื้อชีวิตเอาไว้โดยแท้ และเพียงพริบตาเดียวหมออังกี้ปรากฏตัวอยู่ในห้องฉุกเฉินพร้อมทำหน้าที่บัญชาการ ทั้งการปั๊มหัวใจ การبيبเครื่องช่วยหายใจ และการฉีดยากระตุ้นหัวใจ เส้นกราฟแสดงการเต้นของหัวใจยับยั้งลงไปส่งเสียง ตืด ตืด ตืด ตามจังหวะการปั๊ม แต่เมื่อมือปั๊มคนแรกเหนื่อยและรามือสลับสับเปลี่ยนให้อีกคนขึ้นปั๊มแทน ช่วงเวลาราว 10 วินาทีที่การปั๊มหยุดไปเส้นกราฟหัวใจของคุณลุงก็กลับไปหยุดแน่นิ่งอีกครั้งพร้อมการส่งเสียงของเครื่องที่ลากยาวดังตืด...ด...ด...ไม่เป็นจังหวะของชีวิต จนเมื่อการปั๊มเริ่มต้นอีกครั้ง เส้นกราฟและเสียงเครื่องก็กลับมาแสดงควมมีชีวิตอีกครั้งหนึ่ง เป็นเช่นนี้สลับสับเปลี่ยนกันไปเป็นเวลาราว 10 นาที หมออังกี้จึงตัดสินใจหีบเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าขึ้นมาถือไว้ พยาบาลคนหนึ่งبيبเจลจากหลอดที่ถืออยู่หาที่เครื่องกระตุ้นตรงบริเวณที่จะสัมผัสกับ

หน้าอกของคุณลุง บรรดาเจ้าหน้าที่ที่อยู่รายรอบขยับตัวถอยห่างออกไปจากเตียงคนไข้ จากนั้นเธอก็เอาเครื่องดังกล่าวแนบเข้าไปที่บริเวณหน้าอกของคุณลุงและเริ่มนับ

“1...2...3...”

หลังสิ้นเสียงนับ เธอกดสวิทช์ปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นที่หน้าอกคุณลุง

ตึก! ร่างคุณลุงกระตุกขึ้นมาเอือกหนึ่งพร้อมกับเส้นกราฟหัวใจที่ติดตัวขึ้นแล้วก็กลับราบเรียบลงเช่นเดิม แล้วพยาบาลชายก็สลับขึ้นทำหน้าที่ปั๊มอีกครั้ง เป็นเช่นนี้สลับสับเปลี่ยนกันหลายรอบกินเวลาราวอีกกว่า 10 นาที ร่างของคุณลุงก็ยังคงนอนนิ่งไม่ไหวติงและเส้นกราฟหัวใจก็ปราศจากการแสดงสัญญาณของการมีชีวิตอยู่เช่นเดิม ระหว่างนั้นหมออึ้งพูดขึ้นว่า

“ใครมีวาทศิลป์ดีๆ ออกไปคุยกับญาติของคนไข้หน่อยก็ดี”

แต่สุดท้ายเมื่อไม่มีใครตอบสนองต่อคำพูดที่ลอยขึ้นมาของเธอ จึงต้องเป็นเธอเองที่เป็นผู้ออกไปคุยพร้อมปลอบใจภรรยาของคุณลุง เธอใช้เวลาอยู่ตรงนั้นแค่ 1-2 นาที แล้วก็กลับเข้ามาบัญชาการให้มีการกระตุ้นหัวใจต่อเนื่องอีกราว 5 นาที ก่อนจะตัดสินใจบอกเลิก เป็นอันสิ้นสุดกระบวนการยืดชีวิตที่ล้มเหลว พยาบาลเวรเช้าทยอยเดินออกจากห้องฉุกเฉินอย่างเงียบๆ และเป็นปกติราวกับไม่มีอะไรเกิดขึ้น

“น้องนักศึกษาลองมาฝึกปั๊มหัวใจดู”

ที่นี่ พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินร้องเรียกนักศึกษาพยาบาลฝึกงาน 4 คนที่ยื่นสังกัดการณ์อยู่ห่างๆ ในตอนต้นเข้ามาฝึกการปั๊มหัวใจคนไข้โดยใช้เรือ่นร่างของคุณลุงเป็นที่ฝึกเดี๋ยวนั้นราวกับว่าร่างกายของคุณลุงเป็นเสมือนหุ่นยางที่ใช้ในการฝึกช่วยชีวิต เมื่อนักศึกษาสลับกันขึ้นปั๊ม พยาบาลรุ่นพี่ที่อยู่รายรอบเตียงก็คอยให้คำแนะนำต่างงานานา “ตำแหน่งวางมือต่ำไป ขยับขึ้นสูงหน่อย” “เอาสันมือกด ไม่ใช่ฝ่ามือ...นั่นแหละ...อย่างนั้น” “ปั๊มเบาๆแบบนี้ไม่ขึ้นหรอก แรงขึ้นอีก ไม่ต้องกลัวลุงเจ็บหรอก” จนกระทั่งเวียนฝึกครบทั้ง 4 คน ร่างกายของคุณลุงจึงถูกปล่อยไว้อย่างสงบโดยถูกคลุมด้วยผ้าและลากไปไว้บริเวณหลังตึกผู้ป่วยหญิงซึ่งเป็นที่วางศพชั่วคราวก่อนที่ญาติจะมารับออกไปจากโรงพยาบาล

สำหรับผมแล้วสิ่งที่ปรากฏต่อสายตาในเย็นวันนั้น ช่างเป็นภาพที่ให้อารมณ์ความรู้สึกตื่นเต้นระคนกับความน่าสะพรึงกลัว ด้วยเพราะมันเป็นวินาทีที่ภาพของความตายกำลังจะปรากฏขึ้นให้เห็นอยู่ตรงหน้า แต่สำหรับมืออาชีพเหล่านี้ดูเหมือนว่าความตายกลับกลายเป็นเรื่องปกติ เป็น

หน้าที่การงานสามัญธรรมคาที่พวกเธอและเขาได้เจอเจออยู่เสมอ ห้วงยามแห่งการยื้อยัดระหว่างชีวิตกับความตายจึงกลายเป็นเหตุการณ์ที่ดำเนินไปอย่างเป็นระบบระเบียบ เป็นกลไกที่มีขั้นมีตอนชัดเจน และที่สำคัญคือ ไร้ซึ่งการแสดงความรู้สึก

“เวลาเจอคน ไข้ที่เราดูแลอยู่แล้วตายนี้เรารู้สึกอะไรมั๊ย” ผมถามหมออัง หลังจากเหตุการณ์นี้ผ่านไปได้หลายวัน

“รู้สึกอะ อังยังรู้สึกเย่อยู่ ยังไม่ชินซักที ทั้งที่ความจริงมันเป็นเรื่องปกติ นะ แล้วเราเป็นหมอก็ไม่ได้เป็นญาติอะไรกับเค้า แต่บางทีเราก้ยังไม่ชินกับความตายของคนไข้....

...อย่างวันก่อนมีเด็กคนนึงไปเข้าค่ายของโรงเรียนมา แม่เค้าพามาโรงพยาบาลด้วยอาการท้องเสียรุนแรงมาก มาหาเราตอนแรกก็ยังไม่ดีอยู่ แต่หลังจากนั้นเด็กก็เริ่มกระสับกระส่าย สับสน จนกว่ามือเราไปคม สักพักเดียวแกก็ไม่ไหวแล้ว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วหัวใจก็หยุดเต้นไปซะเฉยๆจนต้องปั๊ม อาจจะเป็นเพราะติดเชื้อในกระแสเลือดหรืออะไรก็ไม่วู้ สุดท้ายเราช่วยไม่ทัน ให้อะไรไปทุกอย่างก็ไม่ฟื้น เราก้รู้สึกแย่มาก ” เธอเล่าด้วยน้ำเสียงเศร้าๆ

“ไม่ได้แย่เพราะรู้สึกผิดนะคะ เราทำถูกต้องเต็มทีตามหลักวิชาแล้ว แต่ที่รู้สึกแย่เพราะเราไปรู้เรื่องเค้า ที่จริงเศสนี้ถ้าเราไม่ไปซักไปถาม ไปคุยกับแม่เด็กมา เราก้คงไม่ต้องรู้สึกแย่มากขนาดนี้ พอเราคุยแล้วมารู้ว่าเค้ามีลูกคนเดียว แล้วอายุแค่ 15 เอง คนนี้กว่าจะได้มาก็ยาก ต้องรอนจนตอนแม่อายุเกือบจะ 40 พอเราคิดแบบนี้เราก้โอ้ย..ย.. (เสียงเศร้า) เศสนี้เราก้ไปปลอบเค้าจนแบบว่า...อีกวันนึงแม่เค้าก็ยังคงอยู่ตรงนั้นอยู่ คือเค้ามาตอนดึกแล้วกว่าจะเอาศพออกได้ก็ตอนเช้าเราก้ไปปลอบเค้าต่อ...”

“เคยถึงขนาดร้องไห้มั๊ย...”

“ไม่เคยคะ มันเหมือนเป็นข้อห้ามว่าเราไม่ควรทำขนาดนั้น คือไม่ควร Over sympathy คือเราเห็นใจได้แต่ไม่ควรจะมีส่วนร่วมขนาดนั้น มันไม่ถึงกับว่าเป็นกฎนะคะ แต่อาจารย์เค้าก็บอกไว้ ไม่งั้นเราก้จะไม่ไหว ภาพพจน์ก็จะดูไม่ดี เคยมีรุ่นพี่อง ที่เค้าดูแลคนไข้คนนึงใกล้ชิดมานาน พอตายไปหมอก้ร้องไห้ร้องไห้ให้อยู่ตรงนั้น จนอาจารย์ต้องมาเตือนว่าไม่ใช่อย่างนี้ มันไม่ควร ถ้าเราเสียใจไม่ไหวก็ให้เดินหลบไป....

...เคยคิดอยู่เหมือนกันว่าถ้าเราไม่ไปคุยกับเค้าเราก็จะได้ไม่ต้องเสียใจ
 อย่างนี้เราจะเลือกยังไง ไม่ต้องไปคุยไม่ดีกว่าหรือ แต่คิดไปคิดมาอ้างว่าเราก็น่าจะ
 รู้แหละ เพราะการที่เราจะกันตัวเองห่างออกมาเลยมันก็ไม่ดี เพราะถ้าเราทำอย่างนั้น
 มันก็เหมือนว่าเรารักษาใครก็ไม่รู้สักคนนึง ยังไงก็ได้ ...ช่วยได้ก็ช่วย ช่วยไม่ได้ก็
 ช่างมัน แต่อังก็ยังชอบซักประวัติครอบครัวนะ อยู่ที่บ้านใครดูแล อยู่กันยังไง...
 จริงๆเราต้องหาตรงกลางให้เจอ หมอจะช่วยเหลือเต็มที่รักษาคนไข้ให้เหมือนญาติเราได้
 เราก็ต้องรู้จักเค้าในระดับหนึ่ง แต่ผลข้างเคียงมันก็มีอย่างที่ว่า บางทีคิดๆดู โอ๊ย...
 ไม่รู้ชะจะดีกว่า ก็คิดอยู่เหมือนกัน

คนแต่ละคนที่มาหาเราไม่ได้มีความสุขแล้วมาหาเรา มีแต่คนทุกข์ทั้งนั้น
 คนนี้ทุกข์อย่างนึงคนนั้นก็ทุกข์อีกอย่างมาพูดกับเรา แต่เราก็ต้องฟังเหมือนเรา
 เป็นที่ระบายนะ ถึงบางครั้งดูเหมือนเราไม่ได้ใส่ใจกับการพูดของคนไข้แต่มันก็เข้าหู
 เรานะ ถ้าใครใจไม่มั่นคงหรืออ่อนไหวหน่อยก็คงบ้าเหมือนกันนะ in ไปกับเค้า
 บ่อยๆก็แย่เดียวเป็นโรคจิตพอคืออยู่ไม่ได้ ส่วนใหญ่คนไข้ที่นี้จะเจอแบบนี้ก็เยอะ
 เจอแทบจะทุกวันเลย”

หมอั้งเล่าให้ฟังว่าสมัยเรียนอยู่ที่ธรรมศาสตร์จะเน้นเรื่องชุมชนมาก สอนการเข้าถึงชุมชน
 ทุกด้าน ทั้งในแง่ของการพยายามทำความเข้าใจให้มากที่สุด การวิจัยในชุมชน และทำโครงการเพื่อ
 แก้ปัญหาของชุมชน

“สมกับเป็นธรรมชาติ เน้นมากจนอาจารย์ที่สอนวิชาอื่นสงสัย จะบอก
 ว่าเรียนเยอะไปรีเปลา ตอนที่เราเรียนก็รู้สึกว่ามันเยอะไป น่าจะไปทุ่มกับวิชาอื่นมาก
 กว่า...มิให้ไปเยี่ยมคนไข้ที่บ้าน อังไปเจอตายาย 2 คน ก็ค่อนข้างมีฐานะ บ้านเป็น
 ทาวน์เฮ้าส์ ยายเป็นเบาหวานเดินไม่ได้ ขาไม่มีแรง มีแผลกดทับ ตาก็ปวดเข่าจน
 เดินไม่ได้ มีลูกสาว 2 คน ตื่นมาก็ทำกับข้าวทิ้งไว้ให้แล้วออกไปทำงาน คำถามคือ
 เราจะทำอะไรได้บ้าง อย่างยายนี่จริงๆควรจะทำแผลวันละ 2 ครั้ง แต่ตาก็ยังเดินไม่
 ได้ คนอื่นก็มีภาระหน้าที่ในการทำงาน เลยถามเค้าว่ามีญาติที่พอจะมาช่วยทำแผล
 แล้วก็จัดข้าวจัดอาหารให้ตอนกลางวันได้มัย ก็มีญาติที่บ้านอยู่ใกล้ๆนี่เสนอตัวเข้า
 มาช่วย ส่วนตา...ทำไม่ถึงเดินไม่ได้ ขาก็ไม่ได้เป็นอัมพาตแต่เป็นเพราะแกปวดเข่า
 จนไม่ยอมเดินมา 2 ปี ก็เลยเดินไม่ได้ เราก็ต้องคิดว่าจะทำยังไงคืนะ แขนแกยังดี
 แกจะใช้ walker (เครื่องช่วยเดินที่ใช้มือพุงไป) ได้มัย ที่บ้านแกมีแต่แกไม่ใช้

เพราะญาติไม่มีเวลาพาไปโรงพยาบาลเพื่อที่จะสอนเดิน นั่งคุยกันว่าควรที่จะมีเจ้าหน้าที่มาสอนเดินและทำกายภาพ คือเราหาทางทำให้คุณภาพชีวิตเค้าดีขึ้น....

....ไปเยี่ยมบ่อยๆ ทุกอาทิตย์ อาทิตย์ละ 2 ครั้ง ตอนบ่ายโมงถึงบ่าย 3 ก็รู้สึกผูกพันกัน มันทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้มันดีขึ้น แต่ลักษณะแบบนี้มันไม่ใช่ความสัมพันธ์ปกติที่จะเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล ความใกล้ชิดแบบนี้มันไม่มี เพราะเราจะไม่ได้ไปสนใจคนอื่นนอกจากคนไข้สักเท่าไร แต่การที่ได้เรียนรู้อะไรแบบนี้ก็ทำให้เวลาทำงานเวลารามองคนไข้เราก็จะมองถึงปัญหาอื่นๆ ของเค้า อย่างเรื่องเศรษฐกิจบางทีเราก็ถามเค้าเหมือนกันว่า ‘แล้วกลับบ้านไปจะมีตั้งค์ให้หรือเปล่า’ ‘ลุงเป็นแบบนี้ลุงจะไปทำงานอะไร’ เราก็เอามาใช้แบบนี้”

สิ่งที่หมออยากบอกเล่าข้างต้นว่าด้วยข้อห้ามที่อาจารย์แพทย์บอกย้ำกับนักเรียนแพทย์ว่าด้วย “การไม่ควรมีความรู้สึกร่วมกับคนไข้มากเกินไป” ไปจนถึงกฎเกณฑ์ที่ไม่ได้จัดการเอาไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่ว่าด้วย “การห้ามร้องไห้” นั้น ตรงกับคำบอกเล่าของแพทย์หลายๆ ท่านในทำนองที่ว่า “อาจารย์สอนเราว่าเป็นหมอต้องเห็นใจคนไข้แต่ต้องไม่มีอารมณ์อ่อนไหวต้นตื้นง่ายไปกับความรู้สึกของคนไข้หรือญาติ” (ลลิตา, 2532: 61-2) สิ่งที่อาจารย์แพทย์มัก “ย้ำแล้วย้ำอีก” กับนักเรียนแพทย์ก็คือ “จงอย่ามีความใกล้ชิดจนรู้สึกผูกพันหรือสงสารผู้ป่วยมากนัก เพราะจะทำให้การรักษาโรคหรือการตัดสินใจและประสิทธิภาพของแพทย์ต้องหย่อนยานลง” เพราะด้วยเหตุว่าอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพจะเป็นไปได้ต้องมีประสิทธิภาพที่ต่อเมื่อการรักษานั้นดำเนินไปในลักษณะของ “หุ่นยนต์รักษาหุ่นยนต์” เท่านั้น (ประสาน ต่างใจ, 2547: 8) การศึกษาแพทยศาสตร์จึงเปลี่ยนจากคนคนหนึ่งให้กลายเป็นคนซึ่งกระด้าง โรงเรียนแพทย์ทำให้ความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาหายไป (จากคำให้สัมภาษณ์ของ ศ.นพ. จรัส สุวรรณเวลา ใน วิพช พูลเจริญ และคณะ, 2543: 48)

การลดทอนความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาแพทย์ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนรู้เพื่อก้าวสู่การเป็นแพทย์นั้น ได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นไว้อย่างชัดเจนในภาพยนตร์เรื่อง Patch Adams (Shadyac, 1998) ที่สร้างขึ้นโดยอิงจากชีวิตจริงของแพทย์คนหนึ่ง โดยในฉากหนึ่งของภาพยนตร์เรื่องนี้ได้ฉายภาพคำกล่าวของคณบดีของโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่งในการปฐมนิเทศนักศึกษาแพทย์ใหม่ ซึ่งมีใจความว่า

“ผู้ป่วยมอบอำนาจให้แก่พวกคุณ พวกเขามาหาพวกคุณด้วยความหวาดกลัว... ยืนมีคให้แล้วพูดว่า ‘ช่วยผ่าฉันที’ นั่นเพราะเขาก็เหมือนกับเด็กๆ ที่เชื่อคุณ

เชื่อว่าคุณจะไม่ทำอันตรายเขา...แต่ความจริงนั้นมียู่ว่า มนุษย์นั้นไวใจไม่ได้ มนุษย์ชอบหลอกลวง ชอบหาทางลัด รู้จักเหน็ดเหนื่อย ชี้นั่นกลัว อ่อนไหว และ ผิดพลาดได้... คนไข้จะไม่เชื่อในมนุษย์ และเราก็จะไม่ยินยอมให้พวกเขาเชื่อด้วย เมื่อเป็นเช่นนั้นภารกิจของพวกเราคือพยายามอย่างเต็มที่ที่จะลบล้างความเป็น มนุษย์ (Humanity) ให้พวกคุณกลายเป็นสิ่งที่ดีกว่า...เราจะทำให้พวกคุณเป็น หมอ”

ในแง่มุมนี้ กระบวนการเรียนรู้เพื่อลดทอนความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาแพทย์ จึงเป็นด้าน หนึ่งของเหรียญเดียวกันที่เมื่อเราพลิกกลับมาอีกด้าน เราจะพบว่ากระบวนการดังกล่าวเป็นเรื่อง เดียวกันกับกระบวนการที่นักศึกษาแพทย์เรียนรู้การใช้อำนาจเพื่อสยบผู้คนที่ตนมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ผ่านการใช้สัญลักษณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสวมเสื้อกาวน์สีขาว คล้องหูฟังไว้กับคอตลอดเวลา และ พูดยากันด้วยภาษาที่คนทั่วไปมีอาจเข้าใจได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสัญลักษณ์ที่นักศึกษาแพทย์ ใช้เพื่อแสดงตนให้ปรากฏในฐานะของการเป็นผู้รู้ และองค์ประกอบอีกอย่างที่สำคัญยิ่งในการที่จะ ปรากฏตัวในฐานะของผู้รู้ก็คือการละทิ้งมิติของความเป็นมนุษย์ซึ่งเต็มไปด้วยข้อบกพร่อง (ใน ทัศนระของการแพทย์ชีวภาพ) เอาไว้เบื้องหลังนั่นเอง

หากแต่ชีวิตจริงในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ในฐานะที่แพทย์ก็ยังคงเป็นมนุษย์คนหนึ่ง มิติ ของความเป็นมนุษย์ที่มีอารมณ์ความรู้สึกอ่อนไหวต่อความสัมพันธ์ระหว่างตนกับคนไข้ในฐานะที่ มนุษย์ต่อมนุษย์จึงจะสัมพันธ์ต่อกันนั้น มิใช่สิ่งที่จะสามารถดึงออกจากตัวของแพทย์อย่างเบ็ดเสร็จ เด็ดขาดได้ง่ายๆแม้จะผ่านระบบการศึกษาอย่างเข้มข้นภายในโรงเรียนแพทย์ที่พยายามจะสลัดทิ้ง มิติดังกล่าวออกเพื่อมุ่งหวังผลิตแพทย์ที่สามารถให้การรักษาคอนไขได้อย่างมี “ประสิทธิภาพ” อย่าง น้อยก็ในกรณีของหมออั้ง อยู่ภายใต้บริบทของการเยียวยารักษาที่เธอต้องปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ทน ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ทั้งในฐานะของแพทย์กับคนไข้และในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์ สถาน การณ์เช่นนี้จึงนำมาซึ่งความสับสนระหว่างการใช้ “ไม่ไปคุยกับเค้า” เพื่อที่ “จะได้ไม่ต้องเสียใจ” และ ความรู้สึกที่ว่าถ้า “เราจะกันตัวเองห่างออกมาเลยมันก็ไม่ดี มันก็เหมือนว่าเรารักษาใครก็ไม่รู้สักคน หนึ่ง ยังไงก็ได้ ...ช่วยได้ก็ช่วย ช่วยไม่ได้ก็ช่างมัน” หากเธอเลือกทางเดินอย่างหลังเธอก็ต้องเผชิญ หน้าที่กับ “ผลข้างเคียง” ที่ไม่พึงปรารถนา ดังนั้นในบางอารมณ์เธอจึงพูดในทำนองบ่นรำพึงออกมา ว่า “โหย..ย..ไม่รู้ชะจะดีกว่า”

สถานการณ์ของการเกิดอารมณ์ความรู้สึกร่วมกับคนไข้ซึ่งเป็นเรื่องต้องห้ามของการแพทย์ แบบชีวภาพ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเกิดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่ใกล้ชิดกันในระดับ หนึ่ง แต่อารมณ์ความรู้สึกเช่นนี้ก็มีได้เกิดขึ้นบ่อยนัก เพราะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างแพทย์

กับคนไข้ นั่นไม่ได้เป็น “ความสัมพันธ์ “ปกติ” ที่จะเกิดขึ้นได้ในโรงพยาบาล” หากแต่เมื่อความสัมพันธ์ที่อาจจะเรียกได้ว่า “ไม่ปกติ” นักเกิดขึ้นกับหมออัง จึงเป็นเหตุที่นำไปสู่ความขัดแย้งในจิตใจที่ยังไม่อาจแสวงหาทางออกได้ เป็นความขัดแย้งระหว่างการเลือกที่จะมองคนไข้เป็นเพียงร่างกายทางชีววิทยา และการมองคนไข้ในฐานะมนุษย์ที่มีความสลับซับซ้อนของชีวิต เป็นความขัดแย้งระหว่างการเลือกที่จะสลัดทิ้งมิติแห่งความเป็นมนุษย์ออกไปจากความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพในการให้การรักษาตามแนวทางของการแพทย์ชีวภาพและปกป้องตนเองออกจากกรเกิดความหวั่นไหวของจิตใจที่จากการทำงาน กับกรเลือกที่จะคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ในฐานะมนุษย์ต่อมนุษย์เพื่อคงไว้ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกในฐานะของความเป็นมนุษย์คนหนึ่ง บนความขัดแย้งที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้นี้ ชีวิตและหน้าที่กรงานของหมออังก็ยังคงต้องดำเนินต่อไปภายในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนี้ และบนความขัดแย้งที่เธอมีอาจสลัดทิ้งและละเลยมิติแห่งความเป็นมนุษย์ในความสัมพันธ์ระหว่างเธอกับคนไข้ได้เช่นนี้ สิ่งที่น่าสนใจก็คือรูปแบบของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอสร้างขึ้นในฐานะที่เป็นปฏิบัติการเพื่อสถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้จะยังคงรูปแบบของการผลิตซ้ำเรื่องเล่าบนฐานความรู้แบบกรแพทย์ชีวภาพอย่างแน่นเหนียวอยู่ได้ หรือจำต้องเลื่อนไหลออกไปภายใต้เนื้อหาของความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงเพื่อคงความเหนือกว่าบนเครือข่ายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้เอาไว้ให้ได้

ความซับซ้อนของชีวิตมนุษย์: ของแสดงของการแพทย์ชีวภาพ

รูปธรรม-นามธรรม

ย้อนกลับไปตอนเมื่อหมออังเล่าถึงประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในชุมชน เธอลำดับตามหลังมาว่า

“...แต่อังไม่ค่อยชอบเรียนนะ เพราะมันเป็นนามธรรมมากกว่ารูปธรรม แล้วบางทีถึงเราจะรู้แต่มันก็ไม่มีทางออก ไม่รู้จะจัดการยังไง ไม่เหมือนคนไข้ที่ป่วยมาหาเรา เราวินิจฉัยได้วางแผนกรรักษาได้มันก็จบ ตรงไปตรงมา แต่ที่มันไม่ใช่ แต่กรู้ว่ามันสำคัญนะ แต่พอมาอยู่ที่นี้รู้สึกว่เรียนมาแต่ไม่ได้ทำอะไรเลย”

อย่างไรก็ตามคนไข้ชนิดที่ตรงไปตรงมาอย่างที่หมออังชอบก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่จะพบเจอกันได้บ่อยนัก แต่กลับเป็นเพียงแค่สิ่งที่เรียกว่า “ครามา” ที่กว่าจะได้เจอก็ “นานๆที” เท่านั้น

คนไข้ผู้หญิงชาวกะเหรี่ยง อายุ 24 ปี เป็นไข้ไทฟอยด์มานานอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลได้ 3 วันแล้ว เมื่อดูอาการจากบันทึกประวัติการรักษาหลังจากได้ยาไป ไข้ก็ลงอย่างรวดเร็วมาตามลำดับ เมื่อเดินไปดูเศษนี้หมออังกฤษด้วยน้ำเสียงมีความสุขว่า

“ไข้ลงดีแล้ว ครามามาก”

“เจอบ่อยมัยครามาแบบนี้” ผมถาม

“โอ๊ย..ย..นานๆทีละ (หัวเราะ) ถ้ามีแต่แบบนี้ก็ดีสิ แต่ส่วนใหญ่เจอมิแต่แปลกๆ”

แต่สิ่งที่เจอเป็นประจำกลับกลายเป็นลักษณะที่เธอบอกว่าเป็นสิ่งที่ “ถึงเราจะรู้แต่มันก็ไม่มีทางออก ไม่รู้จะจัดการยังไง”

เรื่องกินเรื่องใหญ่

คุณตาชาวกะเหรี่ยงมาด้วยอาการปวดข้อเท้าซ้าย หมออังกฤษถามว่า

“ตาเป็นหยังมา”

“เจ็บตืน” ตาบอก เธอจึงเอามือไปจับที่ข้อเท้าคนไข้

“ตาเป็นโรคข้อเนื้อ...ห้ามกินเหล้ากินเบียร์”

“เบียร์บ่กิน เบียร์บ่มัก”

“เหล้าก็ห้ามกิน โดย” หมออังกฤษย้ำ

“เหล้ายังกินอยู่” ตาไม่ยอมแพ้

“กินแล้วบ่หายเนื้อ พวกหน่อไม้ เครื่องในไก่ก็ห้ามกินด้วย”

“แกกินทุกอย่างแหละ ของโปรดแกเลย” ญาติที่เข้ามาด้วยช่วยเสริม

“หน่อบ่กิน กินแล้วมันเจ็บ” ตาแย้ง

“นั่นแหละตา หน่อกับเบียร์ไม่กินก็ดีแล้ว เหล้ากับพวกเครื่องในไก่ก็ห้าม

ด้วย”

หมอมพยายามครั้งสุดท้ายที่จะบอกข้ากับคนไข้ แต่เขาก็เอาแต่ยิ้ม ไม่ได้ตอบรับอะไร จนหมอเลิกพูดและขึ้นไปให้ไปรักษาในที่สุด แล้วเธอก็บ่นกับผมว่า

“เราก็เจอคนไข้แค่แป๊บๆ เราก็บอกเท่าที่บอกได้ แล้วเราก็ไม่ได้ตามผล
ลักษณะที่มันต้องไปเกี่ยวกับเรื่องอื่นที่มันยุ่งยากมากๆ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เราไม่
ชอบอายุรกรรม¹ เพราะมันวุ่นวาย แล้วก็คนไทยเราไม่ค่อยมีการศึกษา อย่างถ้าคน
ไข้เป็นเบาหวานเวลาเราแนะนำเรื่องการกิน เขาก็ฟังแค่ตอนนั้นแต่เค้าจะทำตามรี
เปล่านั้นมันไม่ใช่เรื่องง่ายๆ อาจจะเพราะชีวิตประจำวันของเค้าที่ไม่มีเงินจะซื้ออย่าง
ที่เราแนะนำ เช่นเราแนะนำว่ากินข้าวสวยดีกว่าข้าวเหนียวนะ แต่เค้าไม่มีเงินที่จะ
ไปซื้อข้าวเจ้า เขาก็ต้องกินข้าวเหนียว หรือบางทีกินข้าวเจ้าแล้วรู้สึกเหมือนไม่ได้
กิน เราบอกว่าควรลดหวานแต่เค้าก็ไม่สามารถจะคัดเลือกอะไรมากินได้อย่างที่เรา
ต้องการ ถ้าเป็นคนไข้ในเมืองจะดีกว่านี้ คนไข้ที่นี้เค้ามีอะไรเค้าก็ต้องกิน ถ้าเค้ามี
แค่น้ำตาลกับมะพร้าวโรยข้าวโพด เขาก็ต้องกิน เพราะมันก็ยังดีกว่าไม่มีอะไรจะ
กิน น้ำตาลก็กระจุค สุดท้ายแล้วด้วยอะไรหลายๆอย่างก็ทำอะไรได้ไม่มากกว่านี้”

ไปเรียนเอกซเรย์: หนทางหลีกเลี่ยงจากความวุ่นวายของหมออัง

“เดี๋ยวคอยคุณนะ...วันนี้จะมีแค่คนไข้หัวใจ กับ กระตุก”

หมอมอังพูดขึ้นในช่วงสายของวันหนึ่งขณะที่กำลังอยู่ในห้องฉุกเฉินนั่งดูกราฟที่แสดงคลื่น
หัวใจของหญิงสูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการอ่อนเพลียอยู่ วันนี้เธอรับหน้าที่เป็นแพทย์เวรและ
กำลังวุ่นอยู่ที่ห้องฉุกเฉินตั้งแต่เช้า

“ทำไมล่ะครับ” ผมถาม

“เพราะอังไม่ชอบ”

“อ้าว...แล้วชอบอะไรครับ”

“ไม่ชอบอะไรเลย...(หัวเราะ)”

¹ อายุรกรรม เป็นสาขาหนึ่งของการแพทย์ชีวภาพที่ว่าด้วยการเน้นการรักษาโดยใช้ยาเป็นหลัก ขอบเขตของสาขา
นี้มีความกว้างขวางครอบคลุมในโรคที่เกิดในผู้ใหญ่แทบทุกชนิด โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติ
กรรม และสภาพทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น

“ถ้าเรียนต่อจะเรียนต่ออะไร”

“เอ็กซ์เรย์ หรือคอมยา มั่งคะ...อะไรพวกนี้”

ผมถามหมอจนถึงเหตุผลที่เธออยากเลือกเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านรังสี เธออธิบายว่า

“ไม่เรียนอยากเรียนพวกสูติ ศัลย์ เหม็ด เด็ก (ตอบด้วยเสียงมั่นใจ) เพราะหนึ่งนะ ฟ้องร้องเยอะ เคียวนี่สิทธิผู้ป่วยมันเยอะ อะไรก็ฟ้องร้อง คนไข้แบบยังงี้ก็ขอฟ้องหมอไว้ก่อน สูติเยอะสุด มันเป็นเรื่องที่คาดการณ์ไม่ได้ อย่างทำคลอดอยู่แล้วก็หนีออกไปเลย มันคาดการณ์ไม่ได้ ถึงหมอไม่ผิด ถ้าเกิดฟ้องมาก็ไม่ผิด แต่มันก็เสียชื่อไปแล้ว อาชีพหมอนี่รักษาคอนไข้หายไป 10 เคส แต่มีเคสหนึ่งมันตายกับเรา โดยที่ญาติเค้าคาดหวังมาก เรายิ่งแยเหมือนกัน...”

...ถามว่ามันแปลกมั๊ยที่อยากเรียนเอ็กซ์เรย์... ไม่แปลกแต่ชาวบ้านเค้าไม่ค่อยอยากเรียนเท่าไร (หัวเราะ) มันเป็นสาขาขาดแคลน อังรู้ลึกรู้ว่าเราไม่ได้อยากวนวายกับคนไข้และญาติโงะคะ ก็เลยอยากเรียนแบบนี้ไปเลย อย่างคนไข้เค้าส่งมาเอ็กซ์เรย์เสร็จ เรายิ่งแปลผลไปเลยก็จบ แต่ถ้าไม่เรียนเอ็กซ์เรย์ก็ดมยา”

“ดมยาไม่เสี่ยง?”

“มันเสี่ยงเหมือนกัน แต่ว่ามันก็ทำงานเป็นเอกเทศ ไม่ต้องมาเจอคนไข้คอนแทกกับคนไข้น้อยกว่า การคอนแทกกับคนไข้นี้ทำให้เราปวดหัวเหมือนกัน อย่างที่บอกมันไม่ใช่แค่คนไข้ มันมีญาติด้วย”

คนไข้ยังคงทะยอยเข้ามาในห้องฉุกเฉินไม่ขาดสาย นอนมาบ้างนั่งรถเข็นมาบ้าง มีคู่หนึ่งซึ่งมอเตอร์ไซค์ชนกันมาโรงพยาบาลทั้งคู่ พยาบาลรายงานหมอมว่าญาติคนหนึ่งของคนไข้ขอให้หมอส่งเอ็กซ์เรย์สมองให้ จากที่วันวานมาตั้งแต่เช้า หมออังเริ่มมีท่าทีหงุดหงิดแล้วก็เดินออกไปคุยที่นอกห้องฉุกเฉิน ญาติคนนี้เป็นผู้ชายอายุราว 40 แต่งตัวดีไม่เหมือนชาวบ้านทั่วไป ใส่เสื้อยืดเอาเสื้อเข้าในกางเกงและคาดเข็มขัด เมื่อพบหน้าหมोजึงเอ่ยปากขอให้หมอส่งเอ็กซ์เรย์ให้ หมออังอธิบายว่าได้ให้การรักษามาตามแนวทางที่กำหนดไว้แล้ว ตอนนี้อาการคนไข้ดูไม่มีปัญหาอะไรที่จะต้องส่งเอ็กซ์เรย์ ให้นอนโรงพยาบาลไปก่อน แล้วถ้าอาการดูจะมีปัญหาขึ้นมาหมอก็จะส่งต่อให้ แต่ถ้าไม่เป็นอะไรก็จะให้กลับบ้าน ญาติคนนั้นจึงมีท่าทียอมรับ

ผมรู้สึกได้ทันทีว่าเธอหงุดหงิดมาก แต่ยังคงเก็บอาการได้ดีระหว่างการพูดคุย พอหลังจากคุยเสร็จเธอเดินกลับเข้ามาในห้องและแสดงความหงุดหงิดออกมาด้วยการขยับแขนซ้ายขวาเหมือนอยากจะชกคน

“ญาติๆนี่แหละที่เป็นความทุกข์ของเรา แค่นกไข่เราก็เหนื่อยแล้วนะแต่นี้ต้องมาเจอญาติอีก บางทีก็ไม่ไหว อังเลยชอบให้ญาติอยู่ข้างนอก อยากรุ้กับคนไข่ 2 คน นี่ถ้าไม่มีเรื่องญาติอังกจะไปเรียนอะไรอย่างอื่นที่มันได้คุยกับคนไข่... ญาติเป็นประเด็นสำคัญนะ มันไม่ใช่แค่เราชอบคุยกับคนไข่ คือฟ้องร้องอะไรนี้ส่วนใหญ่ญาติทั้งนั้น เป็นปัญหาจริงๆคือญาติ คนไข่ไม่ทำอะไรหรอก เพราะสมัยเรียนอังกก็ชอบคุยกับคนไข้มาก แต่พอมาทำงานจริงๆ อึ้ง...ย...มันแบบวุ่นวาย เยอะแยะไปหมด แล้วเป็นหมอมันต้องคอนแทกกับคนไข่ทุกอย่าง (เน้นเสียง) ทั้งตัวคนไข่เองทั้งครอบครัว มันจัดการยากเพราะว่ามันมีเครือญาติเยอะแยะวุ่นวายไปหมด บางทีคนไข่คนเดียวมาโรงพยาบาลญาติมาส่ง 2-3 คน มากดดันเรา มันลำบาก ทำงานไปสักพักมันเหนื่อย ไม่ใช่เพราะว่าแค่คอนแทกกับคนไข่ แต่มันมีญาติด้วย คนไข่ก็คาดหวังเราระดับหนึ่ง ญาติก็จะคาดหวังกับเราอีกระดับหนึ่ง มันเป็นเรื่องที่ทำให้เราลำบาก เหมือนมีอะไรมาคิดกัน การที่อังกมาทำงานที่นี่ แล้วต้องเจอคนไข่เยอะๆอย่างงี้ มันทำให้อังล้า...ล้ามาก ทำให้กลายเป็นว่าอังกไม่อยากจะคอนแทกกับคนไข่แล้ว พอมาเจอที่นี่แล้วอึ้ง อยากรู้เรียนเอ็กซ์เรย์มากขึ้นไปอีก (หัวเราะ) จริงๆนะ”

เด็กในตู้: หนทางหลีกเลี่ยงจากความวุ่นวายของหมออังก

หมออังกเองก็ไม่ต่างไปจากหมออังก ความยากของงานสำหรับเธอดูเหมือนจะไม่ใช่ว่าเพียงแต่เกิดจากการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนเท่านั้น แต่ความยากของงานกลับผูกโยงอยู่อย่างแยกไม่ออกกับการต้องมีปฏิสัมพันธ์อยู่กับชีวิตมนุษย์ที่วุ่นวายและซับซ้อน

เย็นวันหนึ่งหลังเสร็จจากงานผ่าตัดคนไข่ 3 ราย ที่ใช้เวลาตลอดทั้งบ่าย ด้วยบรรยากาศภายในห้องผ่าตัดที่เปิดเครื่องปรับอากาศเย็นฉ่ำ ประกอบกับเพลงที่เปิดคลอเบาๆ เรื่องราวที่พูดคุยกันอย่างสนุกสนาน และการบ่นระบายความอัดอั้นตันใจของหมออังกต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพท่ามกลางการรับฟังอย่างเข้าใจและเติมไปด้วยทำทที่ที่เป็นมิตรของพยาบาลผู้ช่วย หลังเสร็จการผ่าตัดผมจึงถามหมออังกว่าเธออยากเรียนต่อเพื่อเป็นหมอเฉพาะทางด้านศัลยกรรมหรือไม่ ด้วยเห็นว่าการเข้าผ่าตัดเป็นงานที่เธอจะมีความสุขดี เธอตอบว่า

“ก็ชอบอยู่เหมือนกันนะคะ สนุกดี แต่เป็นผู้หญิง...ไม่เหมาะ อายุการทำงานสั้น 40 ขึ้นไปก็ไม่ไหวแล้ว”

ผมจึงถามเธอต่อว่าแล้วเธออยากเรียนอะไร เธอตอบว่าอยากเรียนเป็นหมอเฉพาะทางด้านเด็กแรกเกิดแล้วพูดต่อว่า

“เอานิวบอร์น² นะคะ ไม่เอาเด็กเฉยๆ เพราะเด็กโตมันจะคือ ชอบเด็กอยู่ในตู้อบ (หิวเราะ) ที่สำคัญมันไม่เสี่ยงมากเท่ากับเด็กปกติ โดยเฉพาะกับความรู้สึกของพ่อแม่ ถ้าเด็กตายพ่อแม่จะไม่ทำอะไร เพราะยังไม่ได้เลี้ยง แต่ถ้าได้เลี้ยงแล้วนี่จะเป็นอีกความรู้สึกหนึ่งเลย แล้วก็รู้สึกว่าเด็กอยู่ในกำมือเรา ไม่ต้องแมนเหน็ด³ ไม่มีงอแงขัดใจ... แล้วเราก็สามารถจัดการได้เบ็ดเสร็จ เพราะปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กก็อยู่ที่ตัวเด็กไม่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายนอกไม่เหมือนกับคนไข้อายุรกรรมที่เป็นโรคเรื้อรัง สัปดาห์นี้มาเป็นยังงี้สัปดาห์หน้าก็ยิ่งเหมือนเดิมไม่มีอะไรดีขึ้น เพราะ มันขึ้นอยู่กับอะไรหลายๆอย่าง”

เรื่องเครียด ๆ หรือเรื่องง่าย ๆ

เช้าวันหนึ่งในหลังจากเดินตรวจคนไข้ในตึกผู้ป่วยเสร็จ ขณะที่หมอจิบกำลังจะเดินออกจากตึกเพื่อไปตรวจคนไข้ต่อที่ตึกผู้ป่วยนอก พยาบาลก็รายงานหมอว่า “ลืมไปค่ะ มีคนไข้คนหนึ่ง แกปวดมาก นอนไม่ได้เลย ต้องพับหลังกับที่วางกับข้าวตลอด...แกบอกว่าปวดมาก” ผมตามหมอจิบไปดูที่เตียงคนไข้ก็พบกับหญิงคนหนึ่ง เป็นชาวกะเหรี่ยงอายุประมาณ 40 ปี นั่งพับหน้าอยู่กับที่วางข้าว หมอจิบถามไถ่อาการคนไข้ในทำนองที่ว่า เป็นอย่างไรบ้าง ปวดมากไหม พร้อมกับปลอบใจว่า

“โรคนี้มันก็มีอาการแบบนี้แหละนะคะ จริงๆต้องไปรักษาต่อที่จังหวัด”

² มาจากคำว่า new born หมายถึงแพทย์เฉพาะทางที่เน้นการให้การรักษาในทารกช่วงอายุ 28 วันแรกหลังจากคลอด ซึ่งสาขานี้เป็นสาขาที่เรียกว่า Sub specialty คือเป็นแพทย์เฉพาะทางที่สืกลงไปจากการเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขากุมารเวชศาสตร์อีกทีหนึ่ง ซึ่งการที่จะเป็นแพทย์ในสาขานี้ได้นั้นต้องผ่านการเรียนต่อในสาขากุมารเวชศาสตร์ก่อนเป็นเวลา 3 ปี แล้วจึงไปศึกษาต่ออีก 2 ปี

³ มาจากคำว่า manage เป็นคำสั้นๆย่อๆที่ใช้ในทางการแพทย์มีความหมายถึงการจัดการกับพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งเป็นประเด็นใหญ่ประเด็นหนึ่งสำหรับกุมารแพทย์ทั่วไป

หลังจากนั้นเธอก็เล่าให้ผมฟังว่า

” จีบแนะนำให้ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหाराชที่เชียงใหม่แล้วนะ แต่คนไข้ไม่ยอมไป ก็ไม่รู้จะทำไง ปัญหาฉัน โซเชียล (Social) มากๆเลย แก่เป็น CA breast ค่ะ (มะเร็งเต้านม) แล้วสามีติดคุก มีลูกเล็กด้วย มานอนโรงพยาบาลก็ฝากลูกไว้กับญาติ คงไม่มีตังค์จะไปนะคะ คนไข้ไม่มีเงินค่ารถ ”

ผมสงสัยจึงถามเธอไปว่า

“ให้ไปกับรถโรงพยาบาลไม่ได้หรือครับ เวลา มีรถรีเฟอร์เข้าเชียงใหม่ก็ฝากแก่ไป ด้วยได้มั้ย ”

หมอจิบนั่งไปพักหนึ่งแล้วจึงตอบว่า

“อืม... นั่นนะสิคะ น่าจะได้แหละ เดี่ยวให้ไปกับรถรีเฟอร์ ไปมหाराช (เชียงใหม่) เลยก็ได้ ค่ารถก็ไม่ต้องเสีย ไปนอนที่นั่น รักษาที่นั่น แล้วตอนจะกลับก็รอมีรีเฟอร์ จากที่นี่ แล้วก็ให้กลับมาที่รถรีเฟอร์ก็ได้ ”

แล้วเธอก็เดินไปคุยกับคนไข้ที่นอนพับหน้าอยู่ แล้วบอกคนไข้ว่าถ้ามีรถพยาบาลไปเชียงใหม่จะให้ติดรถไปด้วย ให้ไปรักษาต่อ เพราะอยู่ที่นี้ก็ได้แต่กินยาแก้ปวด ไม่ได้รักษาที่สาเหตุ คนไข้ก็ตอบตกลงอย่างง่ายดาย เย็นวันนั้นเมื่อหวนกลับมาคุยถึงคนไข้รายนี้อีกครั้งหมอจิบก็รำพึงออกมาว่า

“เวลาเจอเคสแบบนี้ทำให้เครียดกว่าเจอเคสยากๆอีก ”

กรณีข้างต้นสะท้อนชัดถึงการที่แพทย์มักจะไม่ชอบที่จะเผชิญกับเรื่องราวที่ซับซ้อนของชีวิต และอยากที่จะหลีกเลี่ยงเมื่อมีโอกาส ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเด็ก ความผูกพันระหว่างคนไข้ พ่อแม่ ครอบครัว และเครือข่าย ชีวิตที่อยู่ห่างของหญิงสาวกะเหรี่ยง และเรื่องราวอื่นๆที่ “ยุ่งยาก” ซึ่งไปเกี่ยวข้องกับมิติอื่นๆของชีวิตแม้กระทั่งความเคยชินและรสนิยมในการกินของคุณตาที่ไม่ชอบกินเบียร์ สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่ไม่อาจนับได้ว่าเป็นความจริงที่ควรค่าต่อการใส่ใจในอุดมคติขององค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพ แพทย์จึงไม่ได้ถูกฝึกให้มีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งเหล่านี้ได้ การอยากไปเรียนต่อเพื่อเป็นหมอเฉพาะทางด้านเด็กคู่อุปของหมอจิบและความอยากเป็นหมอเอ็กซ์เรย์ของหมออังจึงนับว่าเป็นสิ่งที่สมเหตุสมผลดีที่จะหลีกเลี่ยงปิดกั้นตนเองจากเรื่องราวที่ซับซ้อนของชีวิต

ถึงแม้ว่าแนวคิด “สุขภาพแบบองค์รวม” (ที่เสนอมุมมองต่อชีวิต สุขภาพและความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่ไปพ้นจากการมองเพียงมิติทางกาย หากแต่เป็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันอย่างสลับซับซ้อนระหว่างมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ) เป็นบทเรียนที่โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งล้วนแต่เพียงพร่ำสอนหากแต่ก็เป็นเพียงแนวคิดที่ไม่ได้ปรากฏเป็นจริงในทางปฏิบัติเมื่อนักเรียนแพทย์ก้าวเข้าสู่การปฏิบัติงานกับคนไข้จริง เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตนักเรียนแพทย์นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับทักษะความสามารถในการเผชิญหน้ากับความซับซ้อนเหล่านี้ หากแต่เป็นสิ่งที่จะขึ้นอยู่กับหนังสือที่เล่าถึงชีวิตของนักศึกษาแพทย์ซึ่งมีอยู่ตอนหนึ่งที่ผู้เขียนซึ่งเป็นแพทย์เล่าถึงเหตุการณ์สมัยเรียนที่เพื่อนนักศึกษาแพทย์คนหนึ่งได้ตรวจร่างกายของคนไข้ที่เป็น “โรคชื่อยากๆ” พบได้ไม่บ่อยนัก เธอเขียนไว้ว่า “ไอ้อ้วน (หมายถึงเพื่อนนักศึกษาแพทย์คนนั้น) ดีใจมากเพราะการวินิจฉัยโรคชื่อยากๆ ได้ยอมทำให้มันมีหน้ามีตา” (ลลิตา, 2532: 114-5) ซึ่งเรื่องเล่านี้ตรงกับสิ่งที่ผมได้ฟังจากแพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่เมื่อถามคำถามว่า “การที่จะเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ประสบความสำเร็จ กับการเป็นแพทย์ที่ประสบความสำเร็จในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีเงื่อนไขที่แตกต่างกันไหม” คำตอบนั้นมีอยู่ว่า

“การเรียนในโรงเรียนแพทย์จะเน้นเป้าหมายเพื่อให้นักศึกษาสามารถวินิจฉัยโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ ดังนั้นนักศึกษาที่ถือว่าเก่งและได้รับการยอมรับก็คือนักศึกษาที่สามารถวินิจฉัยโรคได้แม่นยำ โดยเฉพาะโรคที่มีความซับซ้อน มีความสามารถในการวินิจฉัยแยกโรคได้อย่างหลากหลาย...

...แต่สุดท้ายแล้วความเก่งที่แตกต่างกันในโรงเรียนแพทย์เมื่อลงมาทำงานในโรงพยาบาลชุมชนแล้วความแตกต่างเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลต่อความสามารถของหมอในการรักษาคนไข้ เพราะคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น 10 อันดับแรกของการเจ็บป่วยเกิดจากโรคพื้นฐานที่ใช้ความรู้เพียง 1 เปอร์เซ็นต์ที่เรียนมาก็เพียงพอ และความสำเร็จของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ความรู้เพียงแค่ 5 เปอร์เซ็นต์ และเป็นองค์ความรู้ในระดับพื้นฐานมาก ส่วนอีก 95 เปอร์เซ็นต์ เป็นเรื่องการเข้าใจจิตใจ สังคม และการใช้ชีวิตของผู้คน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่ได้มีสอนในโรงเรียนแพทย์”

เมื่อเป็นเช่นนี้โรงเรียนแพทย์จึงให้ความสำคัญกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานที่ดีเยี่ยม และจึงตั้งมาตรฐานของความรู้ทางวิทยาศาสตร์พื้นฐานไว้ค่อนข้างสูง และมักที่จะปฏิเสธนักศึกษาผู้ที่สอบได้คะแนนต่ำแต่พูดเก่งและสนใจสังคมศาสตร์อย่างลึกซึ้งให้เข้ามาศึกษาในโรงเรียนแพทย์

(รจิต บุรี, 2514) ในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาระดับชาติครั้งหนึ่งเคยถึงกับมีการเสนอความคิดว่า ในการคัดเลือกนักเรียนเข้าศึกษาในโรงเรียนแพทย์นั้นไม่ควรให้ความสำคัญกับวิชาภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ความรู้ทั่วไป และสังคมเท่าเทียมกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ (เช่น เคมี ฟิสิกส์ ชีววิทยา และคณิตศาสตร์) เนื่องจากการเรียนแพทย์ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจทางวิทยาศาสตร์การมีเหตุผล และรู้จักคิด (กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2536: 98) ภายใต้อุดมคติของการรักษาความเจ็บป่วยของผู้คนโดยการ “มอง” และ “ดู” เข้าไปในตัวคนไข้อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการค้นหาความผิดปกติทางกายเพื่อทำกายซ่อมแซมเสียจึงได้รับการตอกย้ำสั่งสอนอยู่เสมอมา ดังคำกล่าวที่ว่า “บัณฑิตทั้งหลายจงเจริญด้วยตาหู ฟัง มือคลำแล้วเคาะ (ยังเคาะจิ้มแยง)” (ประเสริฐ กังสดาลย์ หนังสือเวชบัณฑิต รุ่น 67 พ.ศ.2505 อ้างใน สุภา ฦ นคร, 2533: 196)

ในระบบการแพทย์ชีวภาพจึงไม่มีที่อยู่ให้กับมิติทางสังคม เพราะว่าสังคมไม่มีความหมายในระบบการแพทย์ชนิดนี้ แขนงหรือวิชาเวชกรรมสังคมจึงไม่ได้รับความสำคัญเท่าที่ควร ด้วยความเป็นวิทยาการที่อยู่ชายขอบ ขัดแย้งกับกระบวนทัศน์กระแสหลักทางการแพทย์แบบชีวภาพอย่างสิ้นเชิง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545: 56) และในเมื่อทักษะในการเผชิญหน้ากับความซับซ้อนของชีวิตไม่ได้รับความสำคัญและมีการเรียนรู้ฝึกฝนอย่างจริงจัง จึงมิใช่เรื่องแปลกที่เมื่อต้องเผชิญหน้ากับเรื่องราวเหล่านี้ ความเครียดจึงก่อเกิดขึ้นกับหมอจิบได้มากกว่าการเจอ “เคสยากๆ” เสียอีก

“เคสยากๆ” ในความหมายของหมอจิบนั้นหมายถึงความเจ็บป่วยที่เกิดจากความผิดปกติของกลไกทางชีววิทยาที่มีความหนักหนาและซับซ้อน แต่ถึงอย่างไรก็ดี “เคสยากๆ” เหล่านี้ไม่ว่าจะยากสักเพียงใดต่างก็ล้วนแล้วแต่สามารถแสวงหาคำตอบได้บนฐานองค์ความรู้ของการแพทย์ชีวภาพแทบทั้งสิ้น เพียงแค่สุดแล้วแต่ว่าคำตอบนั้นจะออกเป็น “รักษาได้” หรือ “เกินเยียวยา” เท่านั้นเอง บนความกำกึ่งที่ดูเสมือนจะไม่แน่นอนระหว่างการที่สามารถจะบอกได้ว่า “หาย” หรือ “ไม่หาย” “รอด” หรือ “ตาย” นั้นแพทย์ก็ยังคงมีฐานที่มั่นแห่งองค์ความรู้ในเหยียบยืนอยู่ได้อย่างมั่นคงขอเพียงแต่แพทย์สามารถพิชิตต่อความไม่แน่นอนที่เกิดจากมิติอื่นๆอันซับซ้อนของคนไข้ที่พ้นไปจากมิติทางชีววิทยา แต่โรงพยาบาลชุมชนได้กลับกลายเป็นพื้นที่ที่พวกเธอมีอาจปิดกั้นเรื่องราวเหล่านี้ออกไปได้และต้องเผชิญหน้ากับมันในปริมาณและความเข้มข้นที่มากกว่าที่เคยเป็นมาอย่างเห็นได้ชัด

ความไร้เดียงสาต่อความซับซ้อนของชีวิตกับการเคลื่อนไหวของเรื่องเล่าทางคลินิก

การที่ความเชื่อมั่นในองค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพสามารถสถาปนาขึ้นในตัวนักเรียนแพทย์ได้อย่างมั่นคงผ่านกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนแพทย์นั้น นอกจากจะเกิดขึ้นจากการยอมรับในประสิทธิภาพของตัวองค์ความรู้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยของมนุษย์แล้ว แต่ยังเกิดขึ้นเพราะการที่องค์ความรู้ชนิดนี้นั้นเป็นฐานสำคัญให้แก่ปฏิบัติการของการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกซึ่งเป็นเครื่องมืออันทรงประสิทธิภาพในการใช้สถาปนาตำแหน่งที่เหนือกว่าในความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้คนที่ข้องเกี่ยวกัน และเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการสถาปนาองค์ความรู้ชนิดนี้ขึ้นในตัวนักเรียนแพทย์ คือ บริบทของโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ที่มีประสิทธิภาพในการกีดกันมิติอื่นๆของชีวิตที่สลบซับซ้อนออกไปจากการเป็นสิ่งที่ต้องคิดคำนึงถึงในกระบวนการของการเชี่ยวชาญกันเอง ต่อเมื่อประสิทธิภาพในการกีดกันนั้นเสื่อมถอยไปในบริบทของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนไปดังในกรณีที่เกิดขึ้นกับหมอจิบและหมออั้ง การเปิดรับต่อมิติที่นอกเหนือจากชีววิทยาของเธอจึงเกิดขึ้น และการเปิดรับนั้นนอกจากจะนำไปสู่ “ความเครียด” ดังที่เธอได้สะท้อนออกมาแล้วยังนำไปสู่การสร้างเรื่องเล่าทางคลินิกที่เคลื่อนไหวออกไปจากวิธีการในอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพ เพื่อที่จะพยายามผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจให้คงอยู่ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลที่เปลี่ยนไปดังที่จะกล่าวต่อไป

ผู้เย็นกับโรคเบาหวาน

ช่วงเช้าของวันขณะที่หมออั้งกำลังเดินตรวจคนไข้อยู่ในวอร์ดชาย คนไข้เบาหวานคนหนึ่งที่เขาดูแลอยู่เป็นคุณลุงชวากะเหรี่ยงที่มาตรวจกับเธอเมื่อ 3 วันก่อน และเธอเห็นท่าทางอาการไม่ดี จึงให้นอนรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล 2-3 วันที่ผ่านมาระดับน้ำตาลในเลือดซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ความรุนแรงของโรคเบาหวานของคุณลุงดูผิดปกติมาก เมื่อเจาะเลือดวัดในเวลากลางวัน ปริมาณของน้ำตาลจะขึ้นถึง 500 กว่าๆ ซึ่งถือว่าสูงมาก แต่พอเจาะเลือดวัดตอนกลางคืนกลับลดลงเหลือแค่ 30 ซึ่งก็ถือว่าต่ำมากอีกเช่นกัน คุณลุงพูดกับหมออั้งว่า

“อยากกลับบ้านแล้วหมอ จะไปหาเงิน ไม่มีเงินให้ลูกแล้ว”

เช้าวันนั้นหมออั้งไม่ได้ตอบสนองใดๆต่อคำร้องขอกลับบ้านของคุณลุง หลังจากเขียนคำสั่งการรักษาของคุณลุงเสร็จ หมออั้งก็หันไปบ่นกับพยาบาลว่า

“ไม่รู้จะทำยังไง เคียวจะโทรปรึกษาที่แพทย์ที่โรงพยาบาลจังหวัดดีกว่า”

แล้วเธอก็หันไปบอกกับลุงว่า

“อาการมันยังไม่ดีขึ้นนะคะ หมอคงจะยังไม่ให้กลับบ้านไม่ได้ อยู่ต่ออีกสักพักหนึ่งก่อน”

อีก 2 วันถัดมาหลังจากที่เธอขอคำปรึกษาจากแพทย์รุ่นพี่ที่โรงพยาบาลจังหวัดและกลับไปดูอาการของคุณลุงอีกครั้งแล้วพบว่า อาการของลุงก็ดีขึ้นถึงแม้จะยังไม่ดีนัก แต่ก็พอที่จะยอมให้กลับบ้านได้ เมื่อคุณลุงร้องขออีกครั้งเธอก็บอกกับคุณลุงว่า

“หมอให้กลับบ้านได้แล้วคะ แต่อาการของลุงก็ยังไม่ดีขึ้นเท่าไร แล้วอาการแบบลุงนี่มันเป็นเบาหวานที่ควบคุมด้วยยากินไม่ได้ มันต้องใช้ยาฉีด เคียวยังไม่ยอมจะให้พยาบาลสอนวิธีฉีดให้ ไม่อยากหรอกคะ”

หลังจากที่เธอพูดคุยกับคุณลุงเสร็จ และกลับไปตรวจคนไข้ที่ตึกผู้ป่วยนอก ตอนก่อนเที่ยงพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในก็โทรศัพท์มาปรึกษาเธอว่ากรณีคุณลุงมีปัญหาบางอย่าง เธอจึงเดินกลับไปตึกผู้ป่วยในอีกครั้งหนึ่ง และสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับคุณลุง แกบอกหมอว่า คงเอายาฉีดไปฉีดที่บ้านไม่ได้ ขอเปลี่ยนเป็นยากิน เธอทำหน้าที่พร้อมบอกกับคุณลุงว่าอาการของลุงแค่ยากินมันควบคุมไม่อยู่ต้องใช้ยาฉีดเท่านั้น

“มันเอาไปฉีดได้ดอก คุณพยาบาลบอกว่ายาฉีดนี้เวลาจะใช้ก็ให้ใช้เข็มดูดออกมาจากขวดยาใหญ่ แล้วพอใช้เสร็จก็ให้เก็บขวดยาไว้ในตู้เย็น แต่บ้านลุงไม่มีตู้เย็น จะเก็บได้จะใด (จะเก็บได้อย่างไร)”

หมออึ้งฟังเหตุผลของคุณลุงแล้วก็นิ่งไปพักใหญ่ พร้อมกับขมวดคิ้วครุ่นคิด ก่อนที่จะพูดออกมาว่า

“ข้างบ้านลุงมีใครมีตู้เย็นที่จะเอาไปฝากเค้าแซ่ได้มั๊ย”

“ไม่มีดอก ทั้งหมู่บ้านมันก็เหมือนกันหมด” ลุงตอบ

“ถ้ายังงั้นหมอคงจะให้ลุงอยู่โรงพยาบาลต่ออีกสักพักนะคะ เพราะถ้ากลับไปเคียวอาการมันจะกลับแย่ลงมาอีก นอนโรงพยาบาลให้หมอรักษาต่ออีกซักหน่อย”

“อยากกลับบ้านแล้วหมอ จะไปหาเงิน ไม่มีเงินให้ลูกแล้ว”

คุณลุงยืนยันประโยคเดิมที่เคยร้องขอไปเมื่อ 2 วันที่แล้วอีกครั้ง คราวนี้หมออังรับฟัง และ
นั่งไปครู่ใหญ่ ก่อนที่จะตอบออกมาว่า

“ตกลงกะ กลับก็กลับ แล้วถ้าใช้ยาฉีดไม่ได้ หมอจะให้ยากินแทน แล้วจะ
นัดมาตรวจเรื่อยๆ แต่มันจะลำบากหน่อยนะกะ มันอาจจะควบคุมโรคที่ลุงเป็นอยู่
ไม่ได้ ถ้าลุงรู้สึกว่าการไม่ดียังไงก็รีบมาหาหมอก่อนได้เลยนะกะ”

ในที่สุดเธอก็ตัดสินใจยอมให้คนไข้กลับบ้าน พร้อมสั่งยาชนิดกินให้คุณลุงเอากลับไปกินที่
บ้าน

หมออังบอกเล่าความรู้สึกต่อกรณีของคุณลุงว่า

“อาการแบบนี้ถ้าจะเอาให้อยู่มันต้องให้ยาฉีด แต่บ้านไม่มีตู้เย็น... นี่ก็ออก
มัยยะ (หัวเราะ พร้อมส่ายหน้าหน่อยๆ) ยาพวกนี้ต้องแช่ตู้เย็น ไม่งั้นมันเสีย พอจะใช้
ก็ต้องคุดออกมาแล้วก็เก็บไว้ในตู้เย็นต่อ ทีนี้พอไม่มีตู้เย็นเราก็ต้องพยายามรักษา
ด้วยยากิน แต่มันก็ควบคุมยาก เพิ่งมาเคยเห็นปัญหาแบบนี้ก็ที่โรงพยาบาลชุมชน
ประเภทคนไข้ไม่มีเงินขนาดนี้ เวลาเจอแบบนี้ก็ยากเหมือนกัน สมัยเรียนหรืออยู่
โรงพยาบาลในเมือง พวกสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวันจะมีเกือบทุก
บ้านอยู่แล้ว”

รักษาตามคำบอกเล่า

เช้าวันหนึ่งในห้องตรวจผู้หญิงวัยกลางคนคนหนึ่งเปิดประตูเข้ามานั่งต่อหน้าหมออัง เธอ
เริ่มเปิดฉากการตรวจด้วยการถามคนไข้ว่า

“เป็นยังไงมาคะ...”

และก่อนที่คนไข้จะตอบ เธอก็สังเกตเห็นว่าในบัตรที่บันทึกรายละเอียดของคนไข้ที่หญิง
คนนั้นถือเข้ามานั้นเป็นชื่อของผู้ชายจึงพูดต่อไปว่า

“สงสัยบัตรจะผิดนะกะ นี่เป็นชื่อของผู้ชายเดี๋ยวลูกช่วยออกไปบอกคุณ
พยาบาลที่โต๊ะข้างนอกให้หมอหน่อย”

“บ่ผิดเจ้า พอดีมาขอรับยาแทนแฟน แกบ่ว่างต้องไปทำงาน”

หมออังนึ่งไปพักหนึ่งคล้ายกับครุ่นคิดอะไรอยู่ แล้วก็ถามหญิงคนนั้นต่อว่า

“แฟนเป็นอะไรอะ”

“แกคันหัวเจ้า เคยได้ยาที่โรงพยาบาลแล้ว ตอนนี้อย่าหมด อาการมันก็ดี ขึ้นแต่ยังบ่หายขาดเท่าใด”

“ไม่พาคอนไซ้มาให้หมอดูด้วย คราวหน้าพามาด้วยนะอะ หมอจะได้ดูว่า มันดีขึ้นมัย บางทีอาการมันก็เปลี่ยนแปลงไปนะ”

หมออังนึ่งนิดหน่อย จากนั้นเธอก็ใช้เวลาครู่หนึ่งในการค้นดูประวัติการรักษาเดิมจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ แล้วก็สั่งจ่ายยาเดิมที่แฟนของหญิงคนนี้เคยได้รับเมื่อคราวที่แล้วจากหมอคนอื่นให้ไป

เช่นเดียวกันกับอีกรายหนึ่งที่ถูกเป็นลูกมาขอยาแทนพ่อที่เป็นโรคถุงลมปอดอุดตันเรื้อรัง หมออังนึ่งก็เช็คประวัติเดิมแล้วก็ซักถามอาการเล็กน้อย แล้วจ่ายยาให้ไป

“เจอแบบนี้บ่อยมาก เจอทุกวัน เราก็ต้องบอกไปว่าคราวหน้าต้องพาคอนไซ้มาด้วยนะ ไม่งั้นจะไม่ให้ยาแล้ว...แต่จริงๆเราไม่ให้ก็ไม่ได้ อย่างบางคนนี่มาไกล สามสี่สิบกิโลแล้วญาติบอกว่าพามาลำบากไม่ได้ ที่บ้านไม่มีรถอะไรแบบนี้ มาขอยาแทน ยาคความดันอะไรแบบนี้ แต่จริงๆแล้วเราควรได้ตรวจคนไข้ว่า ความดันเป็นยังไง ถ้าเกิดมันสูงอีก โอกาสที่เส้นเลือดในสมองจะแตกซ้ำมันก็มี ถ้าไม่มีปัจจัยอื่นมันต้องเอาคนไข้มา แต่ถ้ามีปัจจัยอะไรพวกนี้สุดท้ายเราก็ต้องเห็นใจเค้า คือเค้าไม่ได้มีรถที่จะขับกันทุกคนที่จะขนคนไข้มาหาหมอได้ บางทีเค้าต้องหาเช่ากินค้ำ จ้างรถมาโรงพยาบาลทีหนึ่งก็ 400 นี่ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่เราต้องปรับวิธีการรักษาของเราที่ต้องให้ยาไป ทั้งที่บางทีเราก็ไม่รู้ อย่างถ้าความดันยังสูงอยู่หรือสูงขึ้นเราก็ไม่รู้ ก็ให้ยาไปเท่าเดิมมันก็คุมไม่ได้ อย่างมากก็ได้แค่ถามอาการกับญาติ”

ไข้ไม่ทราบสาเหตุกับการสืบชะตา

ครั้งหนึ่งผมถามหมออังนึ่งว่าเธอเคยเจอคนไข้ที่มีความเชื่อแปลกๆเกี่ยวกับความเจ็บไข้ได้ป่วยบ้างหรือไม่ และเมื่อเจอเธอจัดการอย่างไรกับสิ่งเหล่านี้ เธอตอบว่า

“เจอเรื่อยๆค่ะ ส่วนมากก็จะมีการเอาคืน โปะหัวเวลาเป็นไข้ แล้วก็เอาถ่าน
ปายทำเด็กเวลาออกจากบ้านมาโรงพยาบาล ถ้าเค้าเชื่อแต่ไม่ได้รับการ
รักษาของเรามันก็ไม่เป็นปัญหาอะไร ไม่ได้ขัดแย้งถึงขนาดทำให้โรคมันแย่ลง เรา
ก็ไม่ไปเปลี่ยนเค้า ก็แค่ถามว่าทำไม เพราะส่วนใหญ่ห้ามไปเค้าก็ไม่เชื่อเรา
หรอก”

ขณะที่หมออังกำลังเดินตรวจคนไข้ที่อยู่ในตึกผู้ป่วยใน หลังจากเสร็จสิ้นการตรวจคนไข้ที่
นอนอยู่ในห้องรวมแล้ว เธอก็เดินเข้าไปดูคนไข้ที่นอนอยู่ในห้องพิเศษที่แยกออกมาเป็นห้องๆ
สำหรับคนไข้เฉพาะแต่ละคน ห้องสุดท้ายของการตรวจวันนี้เป็นเด็กผู้หญิงอายุราว 10 ขวบกว่า ซึ่ง
มาโรงพยาบาลด้วยอาการมีไข้สูงไม่ทราบสาเหตุ ในห้องมีแม่ของเด็กและญาติอีก 3 คนนั่งเฝ้าอยู่
หมออังกบอกกับผมว่ารายนี้นอนโรงพยาบาลมาได้ 4 วันแล้วแต่ยังหาไม่เจอว่ามันเกิดจากอะไร หลัง
จากดูแบบฟอร์มรายงานความเป็นไปของอาการเสร็จแล้วหมออังกก็บอกกับญาติว่า

“ไข้มันยังไม่ลงนะคะ หมอคงต้องให้นอนดูอาการที่โรงพยาบาลไป
ก่อน”

“จะขอพาน้องออกจากโรงพยาบาลไปสักครึ่งวันได้ไหม” แม่ของเด็กพูด
ขึ้น

“จะพาออกไปทำไมคะ” หมออังกถามกลับ

แม่จึงไปพักใหญ่ไม่ตอบ จนสุดท้ายผู้หญิงอีกคนที่เป็นป้าของเด็กก็พูดขึ้นว่า

“จะพาน้องไปสืบชะตากับตุ้เจ้า”

“คนไข้ยังไม่แข็งแรงเลยนะคะ ไข้ก็สูงอยู่เลยออกไปตอนนี้ก็คงจะไม่
ไหว” หมออังกตอบด้วยน้ำเสียงนิ่งๆ

“เอาไปแค่กำเดียวเจ้าสักชั่วโมง 2 ชั่วโมงแล้วก็จะพากลับมา” ผู้เป็นแม่
พยายามร้องขอ

คราวนี้เป็นฝ่ายหมออังกที่นั่งไปพักหนึ่งคล้ายกับครุ่นคิดอะไรอยู่ จากนั้นก็บอกว่า

“เอาใจดีไหมคะ เราเจอกันครึ่งทางดีกว่าเอาแค่รูปไปสืบชะตาได้ไหม
เพราะหมอเป็นห่วงคนไข้ กลัวคนไข้จะเป็นอะไรไป”

“ถ้าจะขอนิมนต์ผู้เจ้ามาทำพิธีที่โรงพยาบาลได้ก้อเจ้า” แม่ยังคงต่อรอง

“ก็ได้ค่ะ แต่ต้องไม่ใช่พิธีที่ต้องมาเดินมาทำอะไรที่เป็นเสียงดังรบกวนคนไข้คนอื่น”

จนเวลาผ่านไปอีก 2 วัน เมื่อกลับมาตรวจเด็กคนนี้อีกครั้งหมออังก็บอกกับญาติว่า

“น้องเป็นไข้เลือดออกนะคะ ยังสีอีกไม่นานก็คงจะหายแล้วล่ะค่ะ”

“เรารู้เพราะเราคอยเจาะเลือดตรวจตามผลดูเรื่อยๆ ผลเลือดวันนี้มันแสดงออกมาแล้วว่าเป็นไข้เลือดออก” เธอหันมาอธิบายกับผม

“ตกลงญาติเค้าไม่ได้นิมนต์พระมาทำพิธีที่นี่เหรอครับ” ผมถาม

“เค้าเอารูปน้องไปทำพิธีแทนคะ เพราะเค้าคงเห็นว่ามันคงยุ่งยากน่าดูเหมือนกันเลยไม่มาทำพิธีที่โรงพยาบาล...”

...อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน โอกาสที่เราจะเจอคนไข้ลักษณะแบบนี้เยอะกว่าในโรงพยาบาลในเมืองมากเลยคะ”

คือคำตอบที่เธอมีเมื่อผมถามว่าเธอเคยเจอคนไข้ในลักษณะเช่นนี้บ่อยแค่ไหน

“การเจอชุมชนแบบนี้ถ้ามันไม่มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี อังว่ามันเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เราอยากทำความเข้าใจด้วยซ้ำไปว่า ทำไมมันเป็นแบบนี้ มาตอนแรกอังกิดเลยนะ ทำไมเค้าเป็นโรคทางด้านนี้กันเยอะจัง ความเชื่อเค้าเป็นยังไง อังยังคิดเลยว่าทำงานวิจัยเรื่องนี้ทำจะดี...แต่พอทำงานไปสักเดือนเอาแล้ว...อังกิดคิดเลยเรื่องนี้ยังกัมน้ำกัมตำรักษาอย่างเดียวเลย

ลมชัก: ผีทำหรือพ่อแม่ทำ

ช่วงสายของวันหนึ่งในขณะที่หมออังกำลังสาละวนอยู่กับการตรวจคนไข้ในห้องตรวจเสียงโทรศัพท์ก็ดังขึ้น เสียงที่เธอพูดตามสายพอจับใจความได้ว่า

“มาอีกแล้วหรอ อังละเบื้อเดียวจะไปดูนะคะ”

หลังจากที่เสร็จจากคนไข้ที่ยังตรวจค้าง เธอก็หันมาบอกผมว่า

“มีเด็กชักรมาที่อีอาร์⁴ ค่ะ เดี่ยวอังจะไปดูแลหน่อย”

บรรยากาศในห้องฉุกเฉินเมื่อหมออังเดินเข้าไปนั้น นอกจากคนไข้รายอื่นๆที่บึ้งบึ้งบ้างนอนอยู่ภายในห้องแล้ว บนเตียงคนไข้ใกล้กับโต๊ะทำงานของพยาบาล มีเด็กผู้ชายอายุราว 6 ขวบ นอนนิ่งตัวเกร็งอยู่บนเตียง และชายหญิงคู่หนึ่งอายุราวเกือบ 40 ปียืนอยู่ข้างเตียง ฝ่ายหญิงส่งเสียงดังคร่ำครวญว่า “ลูกเป็นอะไร...ลูกเป็นอะไร” อย่างไม่หยุดปาก ในขณะที่ฝ่ายชายก็คอยปลอบประโลมพร้อมกับหันหน้ามาพูดกับพยาบาลและหมออังว่า

“หมอทำไมไม่ทำอะไร หมอทำไมไม่ช่วยอะไร”

หมออังสั่งให้พยาบาลต่อสายน้ำเกลือให้เด็กและญาติที่มีฤทธิ์ช่วยให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อ เวลาผ่านไปสักครู่ราว 10 นาที อาการเกร็งของเด็กก็คลายตัวลงและนอนนิ่งอย่างอ่อนเพลียอยู่บนเตียง พร้อมกลับเสียงคร่ำครวญของแม่ที่เจิบสงบลง หมออังจัดการเขียนใบรับเข้านอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลและหันไปบอกกับพ่อแม่ของเด็กว่า

“เดี๋ยวหมอจะให้นอนโรงพยาบาลอีกทีนะคะ”

“ขอเข้าเมืองนะหมอ” ชายผู้เป็นพ่อบอก

“คราวที่แล้วหมอเคยส่งไปแล้วครั้งนึง แต่เดี๋ยวหมอขอโทรคุยกับทางโรงพยาบาลจังหวัดก่อน แล้วยังไงจะเขียนใบส่งตัวให้อีกทีนะคะ”

หมออังตอบด้วยเสียงนิ่งเย็นราวกับกำลังสะกดความไม่พอใจเอาไว้เพิ่มเติมที่ แล้วเธอก็หายเข้าไปโทรศัพท์ข้างในสักพักและออกมาบอกกับพยาบาลว่า

“ทางจังหวัดเค้าบอกว่า คราวที่แล้วที่ส่งไปญาติก็ปฏิเสธการรักษาขอพาคนไข้ออกจากโรงพยาบาลมาแล้วทีนึง คราวนี้เค้าก็เลยขอไม่รับแล้ว”

แล้วเธอก็หันมาคุยกับพ่อแม่ของเด็กอีกครั้งว่า

“ตอนนี้อาการน้องก็ดูดีขึ้นแล้วนะคะ ยังไงหมอจะให้นอนที่นี่ดูก่อน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจริงๆค่อยไปก็แล้วกันนะคะ”

⁴ มาจากคำว่า ER. เป็นคำย่อๆของ Emergency Room ซึ่งหมายถึงห้องฉุกเฉิน

เธอพูดด้วยน้ำเสียงค่อนข้างดุและหันกลับไปจัดการกับการเขียนคำสั่งการรักษาต่อ โดยแสดงอาการให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่เปิดโอกาสสำหรับการต่อรองใดๆสำหรับกรณีนี้

หลังจากเหตุการณ์นี้ผ่านพ้นไป บ่ายวันนั้นเธอเล่าเรื่องของครอบครัวนี้ให้ผมฟังว่า

“เด็กคนนี้เคยมาเพราะชักมาแล้ว 2 ครั้ง ทุกครั้งก็ให้นอนโรงพยาบาล นอนไปเด็กก็ไม่ดีขึ้น เพราะสภาพจิตใจเหมือนมีความกดดัน ครอบครัวนี้เป็นครอบครัวที่คาดหวัง ปัญหาของเด็กมันเกิดจากพ่อแม่ที่เป็นแบบนี้ ระหว่างนอนโรงพยาบาลตอนที่พ่อแม่ไม่อยู่เด็กก็จะคูตี พอเห็นพ่อแม่ปุ๊บเค้าก็จะเกร็งขึ้นมา เลยไม่รู้จะอธิบายกับพ่อแม่ยังไง พ่อแม่มาเห็นเด็กไม่ดีขึ้นเค้าก็บอกว่า ทำไมลูกเค้าไม่ดีขึ้นสักที เราพยายามอธิบายให้ฟังเค้าก็ไม่เข้าใจไม่เชื่อ แล้วสุดท้ายเค้าจะพาไปปรึกษากับหมอผี ตอนแรกอังกก็ไม่ยอม แต่เค้ายังยืนยันจะไปให้ได้ อังเลยให้เซ็นตัวว่าไม่ยินยอมรับการรักษาแล้วก็ให้กลับบ้าน เค้าคงพาไปตระเวนรักษากับหมอผีตามเรื่องตามราวของเค้า แต่สุดท้ายแล้วก็ไม่หาย ก็มันจะหายได้ยังไงมันไม่ได้แก้ที่ต้นเหตุ พอเป็นที่เค้าก็จะวิ่งกลับมาโรงพยาบาลอีก กลับมาแต่ละครั้งก็จะเรียกร้องอะไรเยอะขึ้น คราวที่แล้วบอกว่าจะไม่ไปรักษาที่นี่แล้วจะขอใบส่งตัวไปโรงพยาบาลจังหวัด พอเราเขียนใบส่งตัวให้ ไปสักพักก็ไม่ยอมอยู่อีก หมอที่โน่นเค้าก็ทำเหมือนกันคือให้เซ็นตัวไม่ยินยอมรับการรักษาแล้วคงไปตระเวนหมอผีอีก แต่เด็กก็ยังชักอยู่ วันนี้พากลับมาอีกนี่เราให้แอดมิทถือว่าเมตตาแล้วนะ เพราะเข้าๆออกๆแบบนี้เหมือนไม่เชื่อถือเรา แต่ก็ยังมา แล้วนี่จะไม่ยอมนอนที่นี่อีกจะไปจังหวัด อังเลยโทรไปคุยแต่คราวนี้ทางโน่นเค้าไม่ยอมรับแล้ว เพราะเคยปฏิเสธการรักษาไปแล้ว สุดท้ายคราวนี้ก็ต้องมาอยู่ที่นี่”

“หมออังกคิดว่ากรณีนี้จะจบยังไง” ผมถาม

“ก็คงเข้าๆออกๆ โรงพยาบาลแล้วก็ไปตระเวนหาหมอผี ก็ไม่รู้จะแก้ความเชื่อตรงนี้อย่างไร เป็นคนที่พ่อแม่มีความเชื่อที่ฝังจิตฝังใจเกินไปซึ่งมันเป็นผลเสียกับเด็ก เป็นกันทั้งครอบครัวเลยคะ เพราะอู๊ยของเด็กเป็นคนบอกพ่อแม่ให้พาลูกไปหาหมอผี เพราะหลานถูกผีเข้า อธิบายตามหลักการให้ฟังแล้วก็ยังไม่เข้าใจ จะเอาไปให้ก็ได้ เด็กคนนี้ก็อันตรายไม่รู้ต่อไปจะเป็นยังไง เห็นหน้าพ่อแม่เค้าก็จะรู้เลยนะ ว่าพ่อแม่เค้าแปลกๆ ก็จะแสดงอารมณ์เยอะมาก แสดงอารมณ์ได้อย่างสุดขีด แม่เค้าจะกรี๊ด...ค ร้องแบบเสียใจว่าลูกฉันไม่สบาย เสียแบบว่าเศร้ามาก...ก..ก เศร้าที่สุดใน

ชีวิตไม่เคยเศร้าอะไรแบบนี้มาก่อน พ่อเค้าไม่เป็นขนาดแม่ก็จะเป็นคนคอยปลอบ
แต่ก็จะมาลงที่เรา”

“เจอเคสแบบนี้แล้วรู้สึกยังไง”

“ถ้าขอได้ขออย่าเจอเลยแบบนี้ คือทริทลูกยังไม่พอ ต้องมาทริทพ่อทริท
แม่...มันยาก จิตเวชนี่ถือเป็นสาขาขาดแคลน แต่ก็ขอห่างไกลเลยละ อย่างที่บอกใน
ถ้าเป็นแค่เด็กอย่างเดียว เราก็ยังโอเค แต่นี่มันมีพ่อแม่มีญาติที่ไม่สนใจอะไรเลย
อธิบายอะไรก็ไม่ฟัง แล้วเมื่อไรถ้าเค้าไม่ยอมรับการรักษาเราก็ทำอะไรไม่ได้ ก็
ต้องใช้วิธีแบบว่าจะไปไหนก็ไป”

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2538: 234,237,240-1) อธิบายไว้ว่าคำต่างๆที่ใช้เรียกขานความเจ็บ
ป่วย อันได้แก่ “โรค” “ป่วย” และ “ไม่สบาย” ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษที่ว่า “disease”
“sickness” และ “illness” ตามลำดับนั้น มักเป็นคำที่ใช้กันในชีวิตประจำวัน โดยมิได้มีความจำแนก
ความแตกต่าง แต่แท้ที่จริงแล้วคำทั้ง 3 คำนี้ต่างก็สะท้อนแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน
ออกไป โดย “โรค” เป็นคำที่ใช้เรียกขานความเจ็บป่วยภายใต้แนวคิดของการแพทย์แบบชีวภาพ
เป็นปรากฏการณ์ทางภาวะวิสัยที่สังเกตและวัดได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์เท่านั้น ส่วน “ความเจ็บ
ป่วย” และ “ไม่สบาย” นั้นเป็นคำที่มีความหมายกว้างไกลออกไปจากอาการที่ปรากฏอย่างเป็นภาวะ
วิสัยแต่เป็นความรู้สึกความรู้ หรือความหมาย ที่ผู้ป่วยและสังคมให้กับ “อาการไม่สบาย” ของตน
หรือของสมาชิกในสังคมนั้น

ด้วยมิติที่หลากหลายของสิ่งที่เรียกว่า “ความเจ็บป่วย” ทำให้การมุ่งทำความเข้าใจกับ
ปรากฏการณ์นี้โดยการเพียรพยายามค้นหา “โรค” ซึ่งองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพยึดถือเป็น
สารัตถะที่แท้ของความเจ็บป่วย จึงเป็นหนทางที่มีอาจประสบความสำเร็จ เพราะการที่จะสามารถทำ
ความเข้าใจกับสิ่งที่เรียกว่า “ความเจ็บป่วย” ได้ นั้นเราจำเป็นต้องเข้าใจมันในฐานะที่เป็น “ภาพตัว
แทนของความเจ็บป่วย (Illness representation)” ที่ผู้คนและสังคมแต่ละแห่งแสดงออกมาซึ่งมีความ
แตกต่างกันในทางญาณวิทยาในแต่ละวัฒนธรรม และการตอบสนองและนำเสนอภาพตัวแทนของ
ความเจ็บป่วยที่แตกต่างไปจากระบบเหตุผลหรือมุมมองของการแพทย์ชีวภาพนั้น ไม่สามารถที่จะ
อธิบายได้ง่ายๆว่า เป็นผลมาจากการที่ผู้คนเจ็บป่วยและสังคมที่เขาเหล่านั้นสังกัดอยู่นั้นขาดข้อมูล
ความรู้ความเข้าใจ หรือความมั่งงาย แต่สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีพื้นฐานทางวัฒนธรรม ระบบความ
เชื่อและวิถีการปฏิบัติที่ถึงแม้ว่าจะแตกต่างจากระบบของการแพทย์ชีวภาพ แต่ก็มิตรรกะทางวัฒนธรรม
ของตนเอง (Good, 1997: 37-8) การให้ความหมายและการมีวิธีปฏิบัติต่ออาการทางกายใน
ลักษณะต่างๆไม่ว่าจะเป็น “ระดับน้ำตาลในเลือด” ของคุณลุง “อาการคันหัว โรคถุงลมปอดอุดตัน

เรื้อรัง หรือความดันโลหิตสูง” ของบรรดาญาติๆ ที่มารับยาแทนคนไข้ ตลอดจน “อาการไข้ไม่ทราบสาเหตุของเด็กหญิง” และ “อาการชักของเด็กชายวัย 6 ขวบ” ของพ่อแม่และญาตินั้น มีความซับซ้อนมากกว่าการคำนึงถึงเพียงแค่อาการที่ปรากฏออกมาทางกายเป็นหลัก หากแต่เกิดขึ้นท่ามกลางความสัมพันธ์ระหว่างสภาพเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เชื่อมโยงเกาะเกี่ยวกันอยู่อย่างแนบแน่น

เมื่อองค์ความรู้ของการแพทย์แบบชีวภาพที่หมอมั่งถือครองอยู่ไม่อาจจัดการกับมิติอื่นๆ ที่ซับซ้อนของความเจ็บป่วยได้ การตอบสนองของเธอจึงปรากฏขึ้นในรูปแบบที่หลากหลายตั้งแต่การยอมรับเรื่องราวเหล่านี้ โดยยินยอมให้เกิดพิธีสืบชะตาขึ้นในโรงพยาบาลในเมื่อเธอก็ยังไม่อาจสาเหตุของอาการไข้ที่เกิดขึ้นกับเด็กได้ในขณะนั้น และบางครั้งก็จำเป็นต้องบิดเรื่องเล่าทางคลินิกของตนเพื่อให้ลงตัวกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้า เช่น การยอมรับการร้องขอกลับบ้านเพื่อไปหาเงินให้ลูก ทั้งที่ไม่อาจหาผู้ยื่นเพื่อเช่าที่จำเป็นต้องใช้ฉีดเพื่อควบคุมเบาหวานได้ การจ่ายยาให้แก่ญาติที่มาขอรับยาแทนให้แก่คนไข้ที่มีอาการคันศีรษะ โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง และความดันโลหิตสูงทั้งที่เธอเองไม่มีโอกาสที่จะ “มอง” และ “ดู” เข้าไปในร่างกายของคนไข้เพื่อค้นหาความผิดปกติ นั้นด้วยตนเอง ไปจนถึงการยอมแพ้เมื่อเผชิญหน้ากับความเชื่อเรื่องผีและความสัมพันธ์อันซับซ้อนระหว่างพ่อแม่และเด็กเธอ ไม่อาจใช้เรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่เที่ยงตรงเข้าไปจัดการได้

หากจะเปรียบองค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพว่าเป็นศาสตร์ชนิดหนึ่ง คำว่าศาสตร์นั้นมีรากฐานมาจากคำว่าศาสตราที่หมายความถึงอาวุธ หรือเครื่องมือที่ใช้ทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง และศาสตร์แต่ละอย่างต่างก็มีข้อจำกัดของมัน เครื่องมือชนิดหนึ่งจะเอาไปใช้ทำหน้าที่อีกอย่างหนึ่งไม่ได้ (โกมาตร, 2545: 67) เช่นเดียวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับหมอมั่ง ในเมื่อศาสตร์หรือเครื่องมือที่เธอถือครองอยู่นั้นแสนจะไร้เคียงสาทั้งในแง่ของการจัดการกับมิติที่หลากหลายและซับซ้อนของความเจ็บป่วย และในแง่ของการพยายามผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเธอกับคนไข้ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน เมื่อคนไข้พลิกสถานภาพของตนจากการเป็น “ผู้ถูกรู้” ที่รอรับการกระทำจากหมอกลายมาเป็นผู้กระทำที่รุกเร้าเรียกร้องเอาบางสิ่งบางอย่างที่อาจไร้เหตุผลหากเอาองค์ความรู้แบบอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพมาทาบวัด แต่เมื่อตกอยู่ในสภาวะที่ปราศจากเครื่องมือชนิดอื่นที่จะสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายในทั้ง 2 แง่มุม การดัดแปลงเครื่องมือเพื่อใช้ในการเอาตัวรอดกับสถานการณ์ที่เผชิญหน้าอยู่ หรือแม้กระทั่งละทิ้งเครื่องมือที่นั้นและยินยอมให้คนไข้ออกไปแสวงหาเครื่องมือชนิดใหม่ในการรักษาเยียวยาความเจ็บป่วยของตน จึงเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

การเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกท่ามกลางการปะทะกับมิตินชีวิตที่สลับซับซ้อน

การที่คนไข้ที่มาโรงพยาบาลจะมีภาพตัวแทนของความเจ็บป่วยที่อิงแอบอยู่กับวัฒนธรรมท้องถิ่นของตนนั้นเป็นสิ่งที่ปกติธรรมดาไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่ของที่โรงพยาบาลชนิดใด จะต่างไปก็แค่ที่ว่าโรงพยาบาลแต่ละระดับมีเงื่อนไขในการที่จะกีดกันหรือเปิดรับความหลากหลายของภาพตัวแทนเหล่านี้แตกต่างกันออกไปเพียงใด และแพทย์แต่ละคนจะตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่เอื้อต่อการกีดกันและเปิดรับนั้นต่างกันขนาดไหน

สำหรับหมอจิบแล้วทั้งเงื่อนไขของความเป็นโรงพยาบาลชุมชนของโรงพยาบาลลานหมอกและเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับตัวตนของเธอได้เปิดโอกาสให้ความหลากหลายเหล่านี้พุ่งเข้าปะทะตัวเธออยู่ไม่น้อย และการปะทะนี้นำไปสู่การแสดงถึงความเป็นสิ่งที่ไม่ได้ “จริงแท้” ของการแพทย์แบบชีวภาพ ผ่านปรากฏการณ์ของการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอผลิตขึ้นท่ามกลางการปะทะกับสิ่งเหล่านี้

ความใกล้ชิดคุ้นเคยระหว่างหมอกับคนไข้

เมื่อผมถามหมอจิบถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับการทำงานของตนเองเมื่อย้ายมาทำงานในโรงพยาบาลเล็กๆ อย่างโรงพยาบาลลานหมอก คำตอบของเธอก็คือ

“อยู่ที่นี้เราใกล้ชิดกับคนไข้ มากกว่าอยู่ รพ.ใหญ่ๆ มั้งคะ...รู้สึกคุ้นเคยกันมากกว่า...ทำให้มีเรื่องที่เราต้องสนใจมากขึ้น มีอยู่ครั้งนึง มีคนไข้เด็ก เป็นไข้สูงมาแฉับมิดอยู่ พ่อไข้ลงปรี๊ดๆ พ่อแม่ก็ขอ กลับบ้าน จิบก็บอกว่า จะต้องรอให้ไข้ลงคงที่ก่อน แต่พ่อแม่เค้าก็บอกว่า ขอกลับบ้าน ที่บ้านมีลูกเล็กอีกคนต้องกลับไปดูแล ตอนนี้อาไปฝากคนข้างบ้านเลี้ยงแล้วปิดบ้านทิ้งไว้เฉยๆ เราก็ต้องยอมจริงๆแล้วมันผิดหลักวิชาการ เพราะถ้าจะเอาจริงๆ ในกรณีเด็กเป็นไข้นี้ เราต้องรักษาจนไข้ลงคงที่ 24 ชม. หลังจากนั้นก็ออฟแอนตี้ไบโอติก⁵ แล้วดูอาการต่ออีก 24 ชม. ถ้าไม่มีไข้กลับมาอีกเราถึงให้กลับบ้านได้ แต่เจอแบบนี้ เราก็ต้องโอเค บางทีเราอยู่ในเมืองเรานึกไม่ออกนะ ว่าการปิดบ้านไว้เฉยๆ ไม่มีคนอยู่ก็ไม่เห็นจะเป็นไร แต่กับคนที่นี้ มันไม่ใช่อย่างนั้น

⁵ มาจากคำว่า off antibiotics หมายถึงหยุดการให้ยาปฏิชีวนะ

เคยเจออีกเคส นิ่ง คุณลุงคนนี้เคยเคยสูบบุหรี่จัด เป็น ซี โอ พี ดี⁶ แล้วก็ หอบบ่อย แกมานอนโรงพยาบาลแล้วก็มีทะเลาะกับหลาน หลานก็โกรธแก วัน นั้นจิบก็ไปตรวจแก ฟังปอดดู อาการก็ดีขึ้น แต่ยังไม่ปกติ แกขอจิบกลับบ้าน จิบบอกแกว่า มันดีขึ้นแล้ว แต่หมอยังอยากให้อยู่ต่ออีกหน่อย แกบอกว่า แกจะ กลับไปหาเงิน 100 นิ่ง เอาไปให้หลาน หลานจะได้หายโกรธ จิบก็ให้กลับ แต่ก็ บอกแกว่า ขอหมอพ่นยาให้อีกครั้งก่อนค่อยกลับนะคะ....เรื่องพวกนี้ตอนอยู่ใน คณะแพทย์นี้ เราไม่ต้องสนใจเลย...”

สี่ชะตา....อีกแล้ว

ถึงแม้ว่าความเชื่อเรื่องความเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในอำเภอตามหมอยังคงเต็มไปด้วย ความหลากหลาย และรูปแบบการรักษาพยาบาลที่คนคนหมอกเลือกใช้ก็มีความหลากหลายตามไป ด้วย จากการสัมภาษณ์คนไข้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลและชาวบ้านที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านใกล้เคียง โรงพยาบาลถึงทางเลือกในการรักษาพยาบาล ทุกคนต้องเคยผ่านการรับการรักษาเยียวยาในรูปแบบ อื่นๆที่ดูจะเป็นสิ่งที่ไร้เหตุผลในมุมมองของการแพทย์แบบชีวภาพมาแล้วทั้งสิ้น หากแต่เมื่อก้าวเท้า เข้าสู่พื้นที่ของโรงพยาบาลกลับพบว่าบ่อยครั้งนักที่เรื่องราวเหล่านี้จะปรากฏออกมาสู่ความรู้ ของแพทย์ แต่ครั้งเมื่อเรื่องราวเหล่านี้ปรากฏออกมาสู่ความรู้ของหมอจิบ ปฏิบัติการที่เรอดอบ สนองกับเป็นการรับฟังอย่างไม่มีท่าทีที่จะแสดงออกให้เห็นว่าความเชื่อเช่นนี้เป็นสิ่งที่ผิดแปลก แต่อย่างไร

เช้าวันหนึ่งในการไปตรวจคนไข้ในหอผู้ป่วย พยาบาลมาบอกกับหมอจิบว่า มีคนไข้อยู่ เดียงหนึ่ง ญาติขอพาออกนอกโรงพยาบาลไปสี่ชะตา จากนั้นหมอจิบเดินไปเจอคนไข้ แล้วถาม ญาติที่นั่นเฝ้าอยู่หลายคนที่ข้างเตียงดูน่าเสียดายจริงๆไม่ปรากฏอารมณ์ของความไม่พอใจว่า

“ยังไฉนคะ”

“จะขอเอาไปมัดมือเจ้า” ญาติคนไข้ที่เป็นผู้หญิงตอบ

“คนไข้มีอาการของโรคหัวใจนะคะ เดี่ยวบายนี่หมอจะส่งตัวไปรักษาที่ จังหวัด”

⁶ มาจากคำว่า COPD. เป็นคำย่อของ Chronic obstructive pulmonary disease หมายถึง โรคถุงลมปอดอุดตันเรื้อรัง

“ผมก็เชื่อทั้งเรื่องวิทยาศาสตร์แล้วก็ไสยศาสตร์นะครับ จะขอเวลาหอมสักชั่วโมงเดียวครับ” คราวนี้เป็นทีของญาติผู้ชายอธิบายบ้าง

“โอเคะ แต่ยังไงบ่าวันนี้หมอกงจะต้องส่งต่อนะคะ เพราะว่าไข้ยังไม่ลง กงจะส่งไป ตอนนี้ก็ไปทำธุระก่อนได้ หมออนุญาตให้ไปทำพิธีได้ช่วงเช้า นะคะ เดี่ยวช่วงบ่าให้กลับมา”

ระหว่างเดินออกจากหอผู้ป่วย ผมถามหมอจ๊อบว่าเคยเจอกรณีแบบนี้บ่อยแค่ไหน เธอบอกว่าไม่บ่อย แล้วก็พูดต่อว่า

“นี่ชะตาจ๊อบก็น่าจะฝากไปสัปดาห์”

หากเรื่องเล่าทางคลินิกในอุดมคติทางวิชาการของการแพทย์ชีวภาพคือการแปลงชีวิตและความเจ็บป่วยของคนไข้ให้กลายเป็นความผิดปกติของกลไกทางชีววิทยาล้วนๆ โดยมีต้องวอกแวกใส่ใจกับเรื่องราวทางสังคม เรื่องเล่าของหมอจ๊อบก็ดูเหมือนไหลออกไปจากอุดมคตินั้นมากพอสมควรทีเดียว เพราะเรื่องเล่าเกี่ยวกับคนไข้ที่เธอผลิตขึ้นซึ่งบรรจุอยู่ด้วยเรื่องราวของ “ลูกอีกคนที่ฝากข้างบ้านเลี้ยง” “บ้านที่ถูกทิ้งไว้โดยไม่มีคนดูแล” “ความสัมพันธ์ที่ราวฉานระหว่างคุณลุงกับหลานสาว” และ “การขออนุญาตออกจากโรงพยาบาลไปทำพิธีสืบทอด” นั้น เต็มไปด้วยเรื่องราวทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกของมนุษย์ที่ไม่สามารถยอมรับว่าเป็น “ความจริง” ได้บนพื้นฐานขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพที่อิงอยู่บนรากฐานของการยึดมั่นเฉพาะความจริงเชิงภาวะวิสัย เรื่องราวประเภทนี้จึงเป็นเรื่องที่ไม่สมควรมาปรากฏอยู่ในเรื่องเล่าทางคลินิกชนิดที่ถูกปลูกฝังมาในโรงเรียนแพทย์ ดังที่เธอได้สารภาพออกมาเองว่า “เรื่องพวกนี้ตอนอยู่ในคณะแพทย์นี้เราไม่ต้องสนใจเลย...” แต่บนเงื่อนไขของโรงพยาบาลชุมชน อุดมคติขององค์ความรู้แบบการแพทย์ชีวภาพกลับถูกทำให้อ่อนตัวลงและเปิดพื้นที่ให้กับมิติอื่นๆของชีวิตที่อยู่นอกเหนือจากกลไกทางชีววิทยามากขึ้น

บนเงื่อนไขของแพทย์ที่มีจำนวนน้อย และขอบเขตของประชาชนที่แพทย์ต้องดูแลก็จำกัดอยู่เฉพาะในอำเภอ หรือหากจะกล่าวให้ชัดคือคนไข้ส่วนมากคือคนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ไม่ห่างจากโรงพยาบาลมากนัก ความใกล้ชิดที่มากกว่าระหว่างแพทย์กับคนไข้ในโรงพยาบาลชุมชนจึงอาจนำไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่มากกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แน่แน่นอนว่าสถานะเช่นนี้อาจจะไม่ได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างคนไข้กับแพทย์ทุกคนเสมอไป แต่สำหรับแพทย์บางคนเช่นหมอจ๊อบ นี่ก็ถือเป็นเงื่อนไขที่ส่งผลต่อวิธีการผลิตเรื่องเล่าทางคลินิกของเธออย่างที่เห็นดังกรณีข้างต้น

ความเชื่อของหมอกับความเชื่อของคนไข้

หากจะนับว่าญาณวิทยาที่เป็นรากฐานสำคัญในการแสวงหาความจริงของการแพทย์ชีวภาพ คือ ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยม ซึ่งมีหลักการพื้นฐานสำคัญในการแสวงหาความจริงที่เชื่อว่า ประสบการณ์ทางผัสสะเท่านั้นที่จะนำไปสู่ความรู้ และไม่ยอมรับข้อความเชิงบรรทัดฐาน (normative statements) ว่ามีสถานภาพเป็นความรู้ เนื่องจากว่าข้อเท็จจริงและค่านิยม (facts and values) ควรแยกขาดจากกัน (Wacquant, 2003:507 อ้างในสรยุทธ, 2547:3) บนรากฐานทางญาณวิทยาเช่นนี้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนไข้ที่แพทย์จะต้องค้นหาเพื่อนำไปสู่การรักษานั้นจึงจะสามารถพบได้ก็จากความจริงที่ผ่านการตรวจสอบและพิสูจน์โดยอาศัยการตรวจวัดด้วยประสาทสัมผัสทั้ง 5 อย่างเป็นภาวะวิสัยเป็นสำคัญเท่านั้น ส่วนเรื่องราวที่เกี่ยวกับจิต อารมณ์และความรู้สึกนั้นไม่มีอยู่ และไม่อาจเป็นสิ่งที่แพทย์จะยอมรับได้ เพราะเรื่องราวเหล่านี้ไม่สามารถตรวจวัดได้ อย่างเป็นภาวะวิสัย หากแต่สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความเป็นอัตวิสัยที่รู้ได้เฉพาะตน (โกมาตร, 2545: 50) และบนพื้นฐานของญาณวิทยาเช่นนี้เอง สาเหตุอื่นๆ (อันนอกเหนือจากปรากฏการณ์ทางกาย) ที่โยงใยอยู่อย่างสลับซับซ้อนกับความเจ็บป่วยของคนไข้ในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งจึงไม่ เป็นสิ่งที่แพทย์พึงจะค้นหาและใส่ใจ หรือมิเช่นนั้นก็ปัดให้เป็นเรื่องของ “อาการทางจิต” และโยนไปไว้ให้เป็นภาระของจิตแพทย์ไป

หากมองผ่านมโนทัศน์ที่เสนอโดย Antonio Gramsci ว่าด้วย “การครอบงำอย่างเบ็ดเสร็จ (Hegemony)” และมโนทัศน์ที่เสนอโดย Raymond Williams ว่าด้วย “สิ่งตกค้าง (Residual)” Gramsci อธิบายมโนทัศน์ “การครอบงำอย่างเบ็ดเสร็จ” ว่าหมายถึง การมีอำนาจในการกำหนด ความรู้สึกนึกคิด และสร้าง “ระบบที่มีชีวิต” ในการที่จะกำหนดว่าอะไรคือความเป็นจริงในสังคม แต่ Williams ได้ให้ข้อเสนอเพิ่มเติมว่าหากมองลึกลงไปในกระบวนการที่เกิดขึ้นจริงบนความสัมพันธ์ทางสังคมที่เป็นพลวัตก็จะเห็นว่าแท้ที่จริงแล้วไม่เคยมีวัฒนธรรมหลักชนิดใดที่จะสามารถ เบียดขับ หรือครอบงำปฏิบัติการของมนุษย์ในสังคมที่มีความหลากหลายได้ทั้งหมด และได้เสนอมโนทัศน์ว่าด้วยสิ่งตกค้าง (residual) โดยกล่าวว่าภายใต้การครอบงำจากวัฒนธรรมหรือความคิด กระแสหลักใดๆก็ตาม จะยังคงมีรูปแบบบางอย่างที่ตกค้างมาจากอดีตแต่ยังคงมีพลังและมีปฏิบัติการอยู่ในปัจจุบันและไม่ได้ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของวัฒนธรรมกระแสหลัก แต่ดำรงอยู่บนพื้นฐานของตนเองซึ่งมีความแตกต่างออกไปจากวัฒนธรรมกระแสหลักอยู่เสมอ (Williams, 1997)

สิ่งที่ Gramsci และ Williams เสนอนั้นเป็นมุมมองเกี่ยวกับภาพความเป็นไปในสังคมแต่ หากจำลองภาพนั้นลงมาสู่ระบบความคิดที่อยู่ภายในตัวมนุษย์หนึ่งคนมุมมองชนิดนี้สามารถช่วยเรา มองเห็นอะไรได้บ้าง

จากเรื่องราวของหมोजีบที่ปรากฏอยู่ข้างต้นนั้น หากเปรียบระบบความคิดในการทำความเข้าใจต่อความจริงของความเจ็บป่วยของหมोजีบเสมือนระบบวัฒนธรรมของสังคมแห่งหนึ่ง วิธีทางในการทำความเข้าใจต่อความจริงของความเจ็บป่วยของเธอจึงอาจมีได้หลากหลายเสมือนหนึ่งความหลากหลายของวัฒนธรรมที่มีอยู่ในสังคม และภายใต้ความหลากหลายนั้น ญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมได้ถูกสถาปนาขึ้นในระบบความคิดของเธอเพื่อพยายามครอบงำวิธีที่ใช้ในการแสวงหาความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยผ่านกระบวนการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ หากแต่การสถาปนาญาณวิทยาชนิดนี้ก็อาจเป็นไปได้ด้วยความเบ็ดเสร็จ ด้วยในระบบความคิดของเธอยังคงหลงเหลือซากตกค้างในอดีตที่เคยประกอบสร้างขึ้นมาเป็นระบบคิดของเธอที่ยังคงมีพลังต่อระบบคิดในการมองความเจ็บป่วยของเธออยู่และพร้อมที่จะกลับมาโลดแล่นอีกครั้งเมื่ออยู่ในเงื่อนไขที่เหมาะสม

ทัศนคติต่อสิ่งที่เรียก “ดวง บุญ และกรรม” ที่สะท้อนผ่านการพูดคุยหลายๆ ครั้ง เป็นสิ่งตกค้างประการหนึ่งที่โลดแล่นและมีอิทธิพลอยู่ภายในระบบคิดของหมोजีบ เพราะท่ามกลางภาระงานที่หนักหนาลดลงเวลาที่เธอทำงานอยู่ในโรงพยาบาล เธอมักจะแสวงหาทางออกจากความเครียดทางออกของเธอผ่านคำอธิบายเรื่อง “ดวง” “กรรม” และ “บุญ” อยู่เสมอ

“ดวงจیبจะเจอแบบนี้ตลอด เจอหนักตลอด เมื่อก่อนสมัยเรียนก็อยู่กลุ่มนางทาส พอจบมา เพื่อนๆ ก็สบายกันแล้ว แต่เรายังเป็นนางทาสอยู่ตอนอยู่โรงพยาบาล จังหวัดก็ยังมีเหมือนกัน เคยคุยกับพี่ที่เป็นหมอที่นั่นเรื่องการไปทำบุญบ้างเพื่อชีวิตจะได้ดีขึ้น แกบอกว่าแกก็ทำเหมือนกันนะ แล้วก็บอกอีกว่าเวลาเราทำบุญนี้ บางทีก็ทำไป ไม่ได้คู่ๆ มันจำเป็นรีเปลา ทำไปแล้วก็ไม่เกิดประโยชน์อะไร อย่างแกเวลาทำบุญจะทำกับมูลนิธิเด็ก ก็คือรับอุปการะเด็ก โดยส่งเงินไปให้เป็นประจำ”

หรือในสถานการณ์ที่เธอบ่นระบายถึงความ “ไม่เอาไหน” ของแพทย์รุ่นพี่

“แกไม่ทำอะไรเลย ไม่แก้ปัญหาคะ เคยคิดเหมือนกันว่าจะพูดกับแกศิริเปลา แต่ไม่ดีกว่า เพราะแกแก้ไขไม่ได้ พัฒนาไม่ได้แล้ว จีบว่าแกตัวไปชีวิตแกคงจะนำสังเวช เพราะกรรมที่แกทำไว้ เคยมีคนไข้ท้อง แล้วเด็กในท้องมีปัญหาเรื่องรก แกจะส่งต่อคนไข้ไปจังหวัด แต่ที่ที่นั่นเค้าไม่ยอมให้ส่ง เพราะถ้าส่งไป เด็กตายกลางทางแน่ สุดท้ายแกก็ไม่ยอมทำ โยนให้พี่อีกคนทำ”

และสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อตัวเองจากการปฏิบัติงานซึ่งก่อให้เกิดความไม่สบายใจ เธอก็จะแสวงหาทางออกให้กับตัวเองผ่านคำอธิบายในมิติของ “กรรม”

“เมื่อคืนก่อนมีเคสอุบัติเหตุมาที่โรงพยาบาลคนเจ็บเป็นเด็กอายุ 3 ขวบซ้อนมอเตอร์ไซค์มาทับแม่ โดยมีญาติผู้ชายอีกคนเป็นคนขี่ แล้วแกก็มาเหล้า มาคว่ำที่โค้งใกล้ๆ โรงพยาบาลเด็กได้รับความกระทบกระเทือนที่สมองมาก ความดันในสมองคั้นจนหัวบวม ตาโปนออกมา ตอนกำลังพยายามใส่ที่ขยับอยู่ที่ อี อาร์ ก็มีเสียงญาติร้องโหยหวนอยู่ตลอด ใส่ที่ขยับยากมากเพราะเด็กปกติจะใส่ยากอยู่แล้ว แล้วเด็กก็คืบด้วยเลยตามทีนี่ (พยาบาลวิสัญญี) มาช่วยแกดีมาก ตามแบบเดียวกันมาตอนใส่ที่ขยับอยู่เลือดเด็กกระเด็นเข้าตาจับ จะไปล้างตอนนั้นเลยก็ไม่ได้ เพราะต้องดูแลเด็กอยู่ หลังทำเสร็จก็เครียดอยู่เหมือนกัน แต่ตอนนี้ก็โอเคแล้วคะ ปลงได้ อย่างน้อยก็ยังสบายใจว่าไม่ได้ไปทำอะไรใครไว้ ถ้าเราจะเป็นอะไรไปก็ไม่ต้องไปใส่ท่อหายใจ การเจอแบบนี้ทำให้เราได้คิดเหมือนกันว่า จริงๆแล้วชีวิตมันก็เท่านั้น”

นอกจากความคิดเรื่องบุญ-กรรมแล้ว ทักษะชนิดหนึ่งที่เธอมีต่อสิ่งที่เรียกว่า “คุณค่าของความเป็นแพทย์” ก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งแจ่มชัดอยู่ในระบบความคิดของหมอจับที่เธอสะท้อนมันออกมาอยู่ตลอดเวลา

ครั้งหนึ่งเมื่อผมถามถึงความประทับใจเมื่อครั้งยังเป็นนักเรียนแพทย์ของเธอ เธอเล่าว่า

“ตอนสมัยเรียนคอมเหม็ด^๗ เคยไปออกหมู่บ้านกับพวกคณะสาธารณสุข ประทับใจมาก สนุก จะแบ่งกันเป็นกลุ่มๆ กลุ่มหนึ่งก็มีคละกัน ทั้งพี่ๆ ที่อายุมากแล้วที่เค้ามาเรียนต่อ บางคนนี่รุ่นขนาดเป็นพ่อเราได้เลย เราก็ไปพูดคุย ดูความเป็นอยู่ของชาวบ้าน แล้วก็ให้ความรู้ ตอนที่จะกลับ ชาวบ้านเค้าจัดพิธีให้ ประมาดดูขวัญอะไรแบบนั้นนะคะ เค้าเอาดอกไม้มาโปรยรอบๆตัวเรา ความรู้สึกตอนนั้นรู้สึกดีมาก รู้สึกว่าเรามีคุณค่า พอคืนนั้นกลับไปบ้านของตายายที่เราใช้เป็นที่พัก ไปนั่งล้อมวงคุยกันในกลุ่ม เจ้าของบ้านแกก็เข้านอนไปก่อน ห้องนอนแกก็อยู่ข้างๆ กับที่เรานั่งคุยกันนั่นแหละ จับมารู้ทีหลังว่า แกไม่ได้หลับ แต่นอนฟังเราคุยกันอยู่ แล้วแกก็น้ำตาไหล พอมาอยู่ที่นี่ก็รู้สึกดี จับชอบที่นี้นะ คนใช้น่ารัก แล้วเราก็รู้สึก

⁷ มาจากคำว่า tube หมายถึงท่อช่วยหายใจ

⁸ คอมเหม็ด เป็นคำสั้นๆที่มาจากคำว่า com. med. ซึ่งย่อมาจากคำว่า community medicine หรือ เวชศาสตร์ชุมชน หมายถึงสาขาวิชาทางการแพทย์ที่ว่าด้วยการทำงานด้านการแพทย์ในชุมชน

ว่าค่าต้องการหมอมมาก จีบคิดว่า การที่เราอยู่ในที่ที่มีคนต้องการเรา ทำให้เรารู้สึกมีค่ากว่าการที่เราจะไปอยู่ในที่ที่เราไม่ได้เป็นที่ต้องการ หรือไม่ได้มีประโยชน์มากนัก”

ต่อคำถามที่ว่า “ความคิดกับความเก่งอะไรสำคัญกว่ากัน” คำตอบที่ได้ก็คือ

“จิบว่าสำคัญกว่านะ มีอาจารย์คนนึงเคยบอกว่า “คุณจะมีความรู้ดีว่าจะต้องรักษาคณไซ้ยังงิ ไม่มีประโยชน์เท่ากับการที่คุณอยู่ดูแลคนไซ้ เพราะการที่เรารู้ดีมันก็ไม่มีประโยชน์อะไรถ้าเราไม่ทำ แต่ถ้าเราดูแลคนไซ้ตลอดเวลา ถึงเราจะมีความรู้ไม่มากนัก แต่ถ้าเราเห็นอาการคนไซ้ตลอด เราก็คอยช่วยเหลือเค้าได้ ช่วงแรกๆ ตอนอยู่ ปี 2 รู้สึกว่าจิบไม่เหมาะกับการเรียนแพทย์ เพราะการเรียนต้องจำเยอะมาก จิบไม่ค่อยชอบ เลยรู้สึกว่าเราไม่ค่อยเหมาะ แต่พอช่วงปี 5 ขึ้นปี 6 ก็รู้สึกว่าจิบทำตรงนี้ได้ รับผิดชอบได้ ไม่ทิ้งงาน ไม่ทิ้งคนไซ้ จิบว่า จิบมีตรงนี้ มานั่งคิดดู เราก็ดูแลคนไซ้ได้ รับผิดชอบคนไซ้ได้ ถ้าเราไม่เหมาะจะเป็นแพทย์แล้วใครจะเหมาะ”

และคำถามสุดท้ายที่ว่า “แล้วอาชีพแพทย์นี้มีความสุขมั๊ย ความสุขของอาชีพแพทย์คืออะไร คำตอบก็คือ

“จิบว่าการได้อยู่ในที่ที่มีคนต้องการเราก็เป็นสิ่งที่มีความสุข...แล้วบางครั้งในการตรวจคนไซ้เนี้ เราก็ได้อะไรจากเค้าด้วยเหมือนกันนะคะ ไม่ใช่เราเป็นฝ่ายให้อย่างเดียว เราก็ได้เรียนรู้อะไรจากเค้า”

ทั้งความคิดเรื่อง “ดวง บุญและ กรรม” ของเธอรวมถึงทักษะที่มีต่อสิ่งที่เรียกว่า “คุณค่าของความเป็นแพทย์” ล้วนแล้วแต่วางอยู่บนฐานของการยอมรับความจริงชนิดอื่นที่มากกว่าความจริงทางภาวะวิสัย และการที่จะเข้าถึงความจริงเหล่านี้ก็มีอาจทำได้ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 หากแต่ต้องอาศัยการเข้าถึงผ่านจิต อารมณ์และความรู้สึกซึ่งเป็นที่รู้ได้เฉพาะตน มีความเป็นอัตวิสัย ซึ่งเป็นมุมมองต่อความจริงและการเข้าถึงความจริงที่ถูกปฏิเสธ โดยญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมอันเป็นรากฐานขององค์ความรู้การแพทย์ชีวภาพ ความคิดเหล่านี้ของหมอจิบได้ชี้ให้เห็นว่าญาณวิทยาแบบปฏิฐานนิยมไม่อาจสถาปนาขึ้นเป็นระบบเดียวในการแสวงหาและทำความเข้าใจต่อความจริงได้อย่างเบ็ดเสร็จ หากแต่ยังคงมีญาณวิทยาแบบอื่นที่เป็นสิ่งตกค้างซึ่งเคยถูกกดทับเอาไว้ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ ต่อเมื่อเงื่อนไขเหล่านี้ได้ปลาสนาการไปและเธอได้ก้าวเข้าสู่เงื่อนไข

ไขใหม่ในโรงพยาบาลลานหมอก สิ่งตกค้างเหล่านี้จึงปรากฏตัวขึ้นและขยายวงเข้ามามีอิทธิพลต่อการแสวงหาความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยของมนุษย์และทำให้เรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอผลิตขึ้นเลื่อนไหลออกไปจากอุดมคติของการแพทย์ชีวภาพ

สถานะในโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็ปริมาณคนไข้ที่มาก ความจำของงานประจำที่ทำให้เธอรู้สึกเหมือนกำลังขายกล้วยเตี๊ยะ ขนาดของโรงพยาบาลที่ไม่ใหญ่มากนัก ความใกล้ชิดกันระหว่างแพทย์และคนไข้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ด้วยกันที่หลวมและดูจะย่ำแย่ รวมไปถึงความเชื่อที่หลากหลายเกี่ยวกับชีวิตและความเจ็บป่วยที่ดำรงอยู่ไม่ว่าจะเป็นของคนไข้หรือเจ้าหน้าที่หลายๆคน ประกอบกับความเชื่อเรื่องบุญกรรมในหัวหมอกจิบเอง และอุดมคติแห่งความเป็นแพทย์ที่ดีที่เธอพูดถึงหลายครั้ง คือการดูแลคนไข้ให้ดีที่สุด สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการเลื่อนไหลของเรื่องเล่าทางคลินิกที่เธอผลิตขึ้น ทำให้รูปแบบและวิธีการที่เธอใช้ในการรักษาหรือจัดการกับคนไข้แตกต่างออกไปจากสิ่งที่เรียนรู้จากในโรงเรียนแพทย์ซึ่งมีความเป็นสถาบันที่แข็งแกร่ง ที่พยายามอย่างยิ่งในการขจัดปัจจัยที่จะมากระทบองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ออกไปเสียสิ้น เมื่อปรการแข็งแกร่งที่เคยทำหน้าที่ในการปิดกั้นเรื่องราวอื่นๆที่ตรวจวัดไม่ได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ออกไปจากความสนใจของหมอได้พังทลายลง หมอกจิบจึงตกอยู่ภายใต้สถานะแวดล้อมที่เป็นเสมือนหนึ่งผืนดินอันอุดมที่จะให้สิ่งเหล่านี้กลับมามองงามขึ้นและผลานกลืนไปกับองค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ ทำให้การแพทย์ชีวภาพที่มีรากเหง้ามาจากสังคมตะวันตกถูกทำให้กลายเป็นการแพทย์ชีวภาพแบบไทยๆ (Thai-ization of Biomedicine) ซึ่งแตกต่างออกไปจากองค์ความรู้ตามอุดมคติดั้งเดิมของการแพทย์ชีวภาพแบบตะวันตกไปไม่น้อย

และเมื่อพิจารณาในมิติของความสัมพันธ์เชิงอำนาจแล้ว การเลื่อนไหลเช่นนี้ก็มิได้มีอะไรมากไปกว่าการที่เรื่องเล่าทางคลินิกนั้นถูกสร้างขึ้นในฐานะที่เป็นปฏิบัติการเพื่อผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ตนเองอยู่ในตำแหน่งแห่งที่ที่เหนือกว่าผู้อื่น และหากเป้าหมายสุดท้ายคือการผลิตซ้ำความสัมพันธ์เชิงอำนาจแล้ว จึงเป็นเรื่องธรรมดาที่เมื่อบริบทเปลี่ยนไป ซึ่งหมายถึงความถึงเวทีและอาณาบริเวณที่เปลี่ยนแปลง และกฎเกณฑ์กติกาที่กำกับความสัมพันธ์ของผู้คนเปลี่ยน ปฏิบัติการชนิดใดก็ตามภายใต้กติกาใหม่ที่สามารถนำพาหมอกจิบใหม่ให้ไปสู่เป้าหมายสุดท้ายได้จึงเป็นปฏิบัติการที่ย่อมจะถูกเลือกใช้ แม้ว่าปฏิบัติการนั้นจะเลื่อนไหลไปจากสิ่งที่เรียกว่า “อุดมคติ” ขององค์ความรู้ชนิดใดชนิดหนึ่งสักเพียงใดก็หาใช่เรื่องที่ผิดแปลกแปลกประหลาดแต่อย่างใด