

ภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย



นางสาวกัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RISK SOCIETY: DOCTOR AND PATIENT'S LIFE IN THAI SOCIETY

Miss Kanyanat Hangbanpraw

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts Program in Sociology

Department of Sociology and Anthropology

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2007

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์
โดย
สาขาวิชา
อาจารย์ที่ปรึกษา

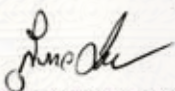
ภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย
นางสาวกัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว
สังคมวิทยา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี มิตรสมหวัง

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ


..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.จรัส สุวรรณมาลา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญยง ชื่นสุวิมล)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี มิตรสมหวัง)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อมร วาณิชวิวัฒน์)

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว : ภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย. (RISK SOCIETY: DOCTOR AND PATIENT'S LIFE IN THAI SOCIETY) อ. ที่ปรึกษา: ผศ.ดร. สุภาวดี นิตรสมหวัง, 183 หน้า.

วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) เพื่อวิเคราะห์หมันในทัศนคติความเป็นสมัยใหม่(Modernity) ของ Anthony Giddens 2) เพื่ออธิบายถึงกระบวนการการครอบงำทางการแพทย์ (Medicalization) ในสังคมไทย 3) เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของคนไทย อันเกิดจากการให้ความเชื่อมั่นและศรัทธาในผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) หนึ่งในของสังคมไทย 4) เพื่อนำข้อค้นพบไปกำหนดแนวทางในการสร้างกลไกทางสังคม เพื่อสร้างความเป็นธรรมและความปลอดภัยในสังคมไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มผู้เสียหายจำนวน 10 คนที่ได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ โดยได้ร้องเรียนมายังมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและเครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ รวมทั้งเรื่องราวของกลุ่มผู้เสียหายต้องได้ยื่นเรื่องฟ้องต่อศาล เพื่อแสดงให้เห็นว่าเรื่องราวดังกล่าวเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการแพทย์จริง ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) และการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1) ความเป็นสมัยใหม่(Modernity) ของ Anthony Giddens ได้อธิบายถึงกระบวนการครอบงำของบุคคลในสังคมที่ถูกครอบงำโดยระบบสัญลักษณ์ และระบบผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทั้งสองระบบนี้ทำให้บุคคลเชื่อมั่นและฝากชีวิตไว้กับระบบที่เกิดขึ้น

2) กระบวนการการครอบงำทางการแพทย์ (Medicalization) ในสังคมไทย เกิดขึ้นโดยมีปัจจัยดังต่อไปนี้ การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์ การเป็นธุรกิจทางการแพทย์ ความเป็นสัญลักษณ์ทางการแพทย์ ที่ทำให้คนในสังคมไทยเชื่อถือและศรัทธาในทางการแพทย์

3) ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้คนไข้มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ 5 ด้าน คือ ความเสี่ยงทางร่างกาย ความเสี่ยงด้านจิตใจ ความเสี่ยงด้านสังคม ความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ ความเสี่ยงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว

ภาควิชา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
สาขาวิชา สังคมวิทยา
ปีการศึกษา 2550

ลายมือชื่อนิติกร.....ศ.ส. กัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*[Signature]*

##4881103124 : MAJOR SOCIOLOGY

KEY WORD: RISK IN THAI SOCIETY / MODERNITY / EXPERT SYSTEM

KANYANAT HANGBANPRAW: RISK SOCIETY: DOCTOR AND PATIENT'S LIFE IN THAI SOCIETY. THESIS ADVISOR: ASST. PROF. SUPAVADEE MITRSOMWANG, Ph.D, 183 pp.

This study focuses on the followings: a) identifying Anthony Giddens' concept of Modernity ;b) explaining the influence of medicalization in the Thai society ;c) analyzing the risks of the Thai patients stemming from trust and faith in medical specialists who are highly regarded in the Thai society, ;d) recommending the findings to improve fair and safety medical practices in the Thai society.

The sampling group was consisted of 10 victims who were suffered from the damages caused by medical treatment, and requested help from the Foundation for Consumers and the network of those suffering from medical mistreatment. Others are those who filed suit to prove that they really suffered from the mistakes in medical treatment. The data were collected by using in-depth interviews and non-participative observations. Qualitative data were analyzed by using content analysis.

The findings revealed that a) Giddens 's modernity concept is shown by symbolization and in expert system which became a social mechanism that controls faith and trust of its members ; b) medicalization gained faith and trust of the patients because it used high technology in expert curing practices, provided high quality services, and enhanced faith and trust of the patients through medical symbols and ; c) the mistake in the malcuring practices put high risks to the patients such as physical, mental, social, economic and family – relationship risk.

Department Sociology and Anthropology
Field of study Sociology
Academic year 2007

Student's signature.....*K. Hangbanpraw*.....
Advisor's signature.....*Supavadee Mitrsomwang*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างดี ด้วยความอนุเคราะห์จากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณในความกรุณาจากท่านทั้งหลายที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาวดี มิตรสมหวัง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ช่วยเหลือให้คำแนะนำตรวจแก้ไขข้อบกพร่อง ตลอดจนชี้แนะแนวทางการคิดในการจัดทำ วิทยานิพนธ์ตลอดมาตั้งแต่เริ่มจนเสร็จสมบูรณ์ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนให้ผู้วิจัยมีพลังในการทำ วิจัยอยู่เสมอ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญยง ชื่นสุวิมล ในฐานะประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์และอาจารย์ ดร. อมร วาณิชวิวัฒน์ ในฐานะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้ กรุณาสละเวลาให้ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำเพื่อปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและคุณปริยานันท์ ล้อเสริมวัฒนา หัวหน้าเครือข่ายผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ และกรณีศึกษาทุกท่านที่กรุณาให้ความ ร่วมมือในการให้ข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ นับตั้งแต่การเริ่มวิจัยจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงไปได้ด้วยดี

นอกจากนี้ใคร่ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ-คุณแม่คุณยายและคุณป้า ที่คอยห่วงใยและ ให้กำลังใจยามผู้วิจัยท้อแท้และเหนื่อยล้า ขอขอบคุณ คุณวิจิตรา จามจรี กัลยาณมิตรที่เสียสละ เวลาช่วยเหลือและไปเก็บข้อมูลเป็นเพื่อนไม่ว่าจะไกลสักแค่ไหน เพื่อนและรุ่นน้องสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยาทุกท่าน ที่ถามไถ่ถึงความจำเป็นไปของผู้วิจัยอยู่เสมอ ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นกำลังใจที่ดี และสนับสนุนในทุกๆด้านจนผู้วิจัยสำเร็จการศึกษา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	10
1.3 ใจหายกรวิจัย.....	11
1.4 ขอบเขตของการวิจัย.....	11
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย.....	11
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	13
2.1 แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม...	13
2.1.1 แนวคิดที่เน้นโครงสร้างเป็นตัวกำหนด.....	14
2.1.2 แนวความคิดที่เน้นผู้กระทำการเป็นตัวกำหนด.....	20
2.1.3 Anthony Giddens กับ Structuration Theory.....	23
2.2 แนวคิด ความเป็นสมัยใหม่.....	27
2.2.1 ความหมายของประชาธิปไตย.....	28
2.2.2 สังคมไทยกับภาวะความทันสมัย.....	32
2.3 แนวคิดวาทกรรมความรู้ ความจริง.....	34
2.3.1 แนวคิดวาทกรรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่.....	36
2.4 แนวคิดความเสี่ยง.....	39
2.4.1 ความเสี่ยงกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดในสังคมไทย.....	42
2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
2.6 กรอบแนวคิด.....	52

3	ระเบียบวิธีวิจัย.....	53
3.1	ระเบียบวิธีวิจัย.....	54
3.2	กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	54
3.3	การเก็บข้อมูล.....	55
3.4	การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4	ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง.....	57
4.1	ลักษณะประชากรในภาพรวม	57
4.2	ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง.....	65
	- เคสที่ ท1 (กรุงเทพ).....	65
	- เคสที่ ท2 (นนทบุรี).....	78
	- เคสที่ ท3 (นนทบุรี).....	86
	- เคสที่ ท4 (ปราจีนบุรี).....	94
	- เคสที่ ท5 (กรุงเทพ).....	99
	- เคสที่ ท6 (กรุงเทพ).....	106
	- เคสที่ ท7 (เชียงใหม่).....	115
	- เคสที่ ท8 (อุดรธานี).....	119
	- เคสที่ ท9 (กรุงเทพ).....	125
	- เคสที่ ท10 (กรุงเทพ).....	130
5	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	135
5.1	ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) กับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย....	135
5.1.1	รูปแบบการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์.....	136
5.1.2	รูปแบบของการเป็นธุรกิจทางการแพทย์.....	137
5.1.3	รูปแบบของความเป็นสัญลักษณ์ทางการแพทย์.....	137
5.2	กระบวนการครอบงำของการแพทย์ (Medicalization) ในสังคมไทย.....	139
5.2.1	วาทกรรมทางการแพทย์กับสังคมไทย.....	139

บทที่	หน้า
5.3 ความเสี่ยงกับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย.....	141
5.3.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของระบบการแพทย์สมัยใหม่.....	143
5.3.2 ความเสี่ยงที่เกิดกับคนไข้ที่ใช้บริการทางการแพทย์.....	148
6 บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย.....	156
6.1 บทสรุป.....	156
6.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	165
6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	169
6.4 ปัญหาที่พบในการวิจัย.....	174
6.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	174
รายการอ้างอิง.....	176
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	183

สารบัญตาราง

ญ

ตาราง	หน้า
1 ระดับของระบบ(System leveis) ในทัศนะของพาร์สัน.....	18
2 ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของระบบ.....	19
3 วิธีคิดแบบแยกขั้ว(Dualism) 2 ยุคที่ผ่านมา.....	23
4 ตารางการเปรียบเทียบระหว่างยุค Pre Modernity และ ยุค Modernity.....	40
5 แสดงจำนวนแพทย์ผู้ร่ำเรียนที่เข้าสู่อุปการพิจารณาของแพทยสภาปี พ.ศ. 2531-2545	45
6 แสดงจำนวนแพทย์ผู้ร่ำเรียนที่เข้าสู่อุปการพิจารณาของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2548.....	45
7 แสดง เพศ อายุ และสถานภาพภายในครอบครัว ของผู้เสียหายทางการแพทย์.....	57
7 (ต่อ) แสดง เพศ อายุ และสถานภาพภายในครอบครัว ของผู้เสียหายทางการแพทย์...	58
8 แสดงภูมิคำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง.....	58
9 แสดงสถานบริการทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการและสิทธิที่ใช้ในการรักษา	59
10 ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น.....	60
11 แสดงถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น.....	60
11 (ต่อ) แสดงถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น.....	61
12 แสดงถึงความเสียหายทางร่างกายภายนอกที่ได้รับ.....	61
13 แสดงความเสียหายภายในร่างกายที่ได้รับ.....	62
14 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้เสียหาย.....	63
15 คดีเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น.....	63
15 (ต่อ) คดีเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น.....	64
16 ความต้องการของผู้เสียหายที่ต้องการความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว.....	64

สารบัญภาพ

ฎ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ภาพแสดงการพัฒนาของสังคมจาก Mechanical Solidarity ไปเป็น Organic Solidarity	16
2 กราฟแสดงสาเหตุการตายของประชาชนอเมริกาจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical Error) เทียบกับสาเหตุอื่นๆ.....	44
3 แสดงที่ตั้งของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคร.....	55
4 ตั๊นนอนบนอกพ่อถึงจะเจ็บ.....	67
5 ชาวัวแซ่แข็ง.....	68
6 การคลานแบบเข้าไม้แตะพื้น.....	69
7 แสดงการเชื่อมต่อของกระดูกกับน้ำขาองรับ.....	70
8 ทำหอยยังคงปรากฏร่องรอยจากเครื่องดูดสุญญากาศ.....	71
9 ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน.....	71
10 บาดแผลจากการผ่าตัด.....	72
11 หลังคด.....	72
12 การเข้ารับการผ่าตัดแต่ละครั้งต้องพบกับความเจ็บปวด.....	75
13 อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาตัวของลูกชาย.....	82
14 การเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหารทางสายยาง.....	83
15 อาหาร.....	83
16 การทำความสะอาดสายยาง.....	84
17 กำลังทำความสะอาดสเลดที่ค้างอยู่ในลำคอ.....	84
18 การผ่าตัดตาครั้งที่ 1.....	90
19 การผ่าตัดตาครั้งล่าสุดใช้รกปิดตาไว้.....	91
20 ความเสียหายที่เกิดจากความแพ้ยา.....	91
21 ห้องเช่าที่ ท3 เช่าสำหรับพักรักษาตัว.....	93
22 ขาข้างซ้ายเล็กลีบเพราะไม่มีแรงเดิน.....	96
23 สภาพภายในบ้าน ท4.....	98
24 ความพิการที่เกิดขึ้น.....	102
25 ช่วงล่างเป็นอัมพาต.....	102

	ฎ หน้า
ภาพประกอบ	
26 งานอดิเรกที่รับจ้างถ่ายเอกสาร.....	105
27 หลังคลอดอยู่ในตู้อบ.....	110
28 ออกจากตู้อบ.....	110
29 ผ่าตัดโดยเอ็นที่เข้ามาใส่ที่แขน.....	111
30 การทำกายภาพบำบัด.....	113
31 สภาพภายในบ้าน (ท8).....	123
32 สภาพที่นอน.....	123
33 ครอบครัวยุคก่อน.....	124
34 ภรรยาของ ท8 ในปัจจุบัน.....	124
35 เส้นเอ็นขาด (รอยแผลผ่าตัด).....	132



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แนวความคิดทางประวัติศาสตร์ของมนุษย์ ถูกกำหนดโดยลักษณะ ของความไม่ต่อเนื่อง ของรูปแบบการพัฒนานับตั้งแต่ก่อนคริสต์ศตวรรษที่ 15 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เรียกว่า “ยุคคลาสสิก” หรือยุคสังคมนิยมโดยยุคคลาสสิกรูปแบบของระบบความสัมพันธ์ทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นกฎ โครงสร้างทางสังคมที่เรียกว่า กฎศีลธรรม โดยผ่านตัวกลางการพัฒนาแบบความสัมพันธ์ที่ เรียกว่า ศาสนา ซึ่งถือได้ว่าเป็นกฎโครงสร้างทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อดังกล่าวเป็นอย่างมาก เพราะกฎศีลธรรมเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตและตอบสนองความต้องการของมนุษย์ในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นการเกิด การตาย การใช้ชีวิตในสังคม รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อม รอบๆตัวมนุษย์ โดยผ่านมาทางขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมที่คนในสังคมนั้นควรยึดถือ ไว้เป็นกรอบในการปฏิบัติ เพื่อทำให้มนุษย์รู้สึกปลอดภัยมีความมั่นคงในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคม และเพื่อให้สังคมเกิดความสงบสุข เห็นได้ว่าระบบความสัมพันธ์ทางสังคมในยุคคลาสสิกนั้นมีความสำคัญเหนือปัจเจกบุคคลในสังคม เพราะเป็นตัววางกรอบการปฏิบัติที่จำกัดให้กับการกระทำของปัจเจกบุคคล ดังนั้นชีวิตของมนุษย์ในยุคนี้จึงเป็นเสมือนหนึ่งผู้อาศัยตัวเล็กๆที่ไม่มีบทบาทสำคัญไม่มีแม้กระทั่งความนึกคิดที่เป็นของตัวเอง ต้องปฏิบัติตามกฎโครงสร้างสังคมดังกล่าวอย่างเคร่งครัด ทำให้ความเสี่ยงของมนุษย์ที่จะได้รับอันตรายจากการใช้ชีวิตในยุคสังคมนิยมประเพณีเกิดขึ้นจากภัยตามธรรมชาติเท่านั้น

จวบจนกระทั่งล่วงเลยมาจนถึงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 17 โครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม เหล่านี้ไม่สามารถสนองตอบความต้องการ ไม่สามารถให้คำตอบกับความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ได้อีกต่อไป ดังนั้นมนุษย์จึงรื้อถอนโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่มนุษย์ในสังคมนั้นได้ปฏิบัติ และนับถือกันมาเป็นพันๆปี เหลือไว้เพียงสิ่งที่เหลือรอดในสังคมที่ยังคงสามารถทำหน้าที่ของมัน อยู่ได้เพียงบางส่วน ณ ช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เพราะเมื่อมนุษย์สามารถหาคำตอบใหม่ที่ สามารถสนองตอบความต้องการ สามารถให้คำตอบกับความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ของตนได้มนุษย์ก็รับให้ คุณค่ากับระบบความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่อย่างทันทีทันใด ซึ่งนั่นก็คือ ระบบความสัมพันธ์ทาง สังคมที่อาศัย “องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์” เป็นพื้นฐาน ซึ่งองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์คือ รูปแบบของการพัฒนารูปแบบหนึ่ง ที่สามารถเห็นได้ในเชิงประจักษ์ พิสูจน์ได้ด้วยการปฏิบัติโดย ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 สิ่งนี้เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ทำให้มนุษย์รู้สึกภาคภูมิใจที่สามารถยกระดับ

ฐานะตัวเองให้พ้นขีดจำกัดของพลังธรรมชาติและสามารถปลดแอกความเชื่อของตนออกจากกฎศีลธรรมได้จากการค้นพบองค์ความรู้ใหม่ของผู้มนุษย์ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การค้นพบกฎทางฟิสิกส์ที่ทำให้มนุษย์สามารถพัฒนาเทคโนโลยีต่างๆอีกมากมายหลายอย่าง เช่น การประดิษฐ์หลอดไฟที่ทำให้ชีวิตมนุษย์เอาชนะความมืดมิดในยามกลางคืน การเกิดขึ้นของยารักษาโรคต่างๆ ที่ทำให้มนุษย์สามารถยืดชีวิตของตนเองและยืดชีวิตของคนที่รักจากกฎธรรมชาติในช่วงเวลาหนึ่งๆได้ แม้ว่าจะเป็นช่วงเวลาสั้นๆก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีในการเพาะปลูกที่ช่วยให้มนุษย์ไม่ต้องง้อต่อพลังธรรมชาติอีกต่อไป เพราะมนุษย์สามารถควบคุมและผลิตอาหารเพื่อสนองความต้องการของตนเองได้ทุกเมื่อโดยไม่มีขีดจำกัด อีกทั้งยังสามารถรองรับต่อความต้องการของคนทั่วโลกได้หรือแม้กระทั่งการพัฒนาอาวุธระเบิดนิวเคลียร์ที่ทำให้มนุษย์สามารถครอบครองดินแดนต่างๆได้อย่างที่ตนเองหวังโดยไม่เกรงกลัวหรือละอายต่อกฎศีลธรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์ต่อสู้และดิ้นรนต่อกฎธรรมชาติได้มากขึ้น และสามารถทำให้มนุษย์ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสบายขึ้น ซึ่งนับตั้งแต่นั้นมาโครงสร้างทางสังคมเหล่านี้ก็ถูกมนุษย์ใช้ประโยชน์อย่างคุ้มค่าโดยการสร้างสิ่งประดิษฐ์อย่างมากมาย จนทำให้สังคมต่างๆเกิดการเปลี่ยนผ่านจากยุคสังคมประเพณีมาเป็นยุคสังคมที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น มนุษย์เป็นอิสระจากความเชื่อและโครงสร้างความสัมพันธ์ที่อ้างอิงกฎศีลธรรมมาเป็นผู้สร้างกฎต่างๆเสียเอง โดยที่มนุษย์เรียกยุคที่ตนเปลี่ยนผ่านจากอิทธิพลทางโครงสร้างทางศาสนา มาเป็นยุคองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ว่า ยุคสมัยใหม่ (Modernity Age) ยุคสมัยใหม่ในความเข้าใจของหลายๆคนคงให้คำจำกัดความที่แตกต่างกัน ในที่นี้เพื่อทำความเข้าใจ ยุคสมัยใหม่ให้ชัดเจนขึ้น จึงขอนำเสนอความหมายของภาวะสมัยใหม่ (Modernity) ในทรรศนะของนักสังคมวิทยาบางท่านเพื่อให้เห็นภาพได้ชัดเจนขึ้นดังต่อไปนี้

-Roland Barthes กล่าวว่า Modernity คือ ความหลากหลายของโลกทัศน์อันเป็นผลอันเกิดจากชนชั้นใหม่ เทคโนโลยี และการสื่อสารที่เกิดในศตวรรษที่19 (สุภาวดี มิตรสมหวัง, 2548:104)

-Friedrich Nietzsche กล่าวว่า Modernityคือ ยุคสมัยใหม่ที่ให้ความสำคัญต่อความเป็นเหตุผลนิยม (Rationalism) (สุภาวดี มิตรสมหวัง, 2548:105)

-Krishan Kumar กล่าวว่า Modernity society คือสังคมอุตสาหกรรม (Kumar, 1988: 4)

จะเห็นได้ว่าเมื่อพูดถึงยุคสมัยใหม่แล้ว เราสามารถมองเห็นถึงแนวคิดในบริบทของ “ภาวะสมัยใหม่” ว่าสังคมสมัยใหม่ได้เริ่มพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นมาใหม่ในสังคมตะวันตก โดยเริ่มปรากฏขึ้นตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 เรื่อยมาถึงสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยไม่มีขอบเขตที่แน่ชัด ซึ่งเราจะเห็นได้ว่า สังคมสมัยใหม่ระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์จะประกอบไปด้วยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นต้นนำ โดยตัวหลักประกอบไปด้วยการใช้เทคโนโลยีและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเทคโนโลยีด้านการสื่อสาร ซึ่งเป็นตัวตามเพื่อเอื้อให้สังคมทันสมัยหลุดออกจากกรอบความเชื่อทางด้านศาสนาแบบเดิมๆ ดังนั้นระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่จึงพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องและเจริญสูงสุดในศตวรรษที่ 20 ซึ่งเราสามารถทำความเข้าใจอย่างง่าย ๆ ได้ว่า ระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่นั้น เป็นผลที่ได้รับจากระบบอุตสาหกรรมนิยมที่พัฒนาขึ้นในสังคมตะวันตก ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นในระบบอุตสาหกรรมนิยมนั้นไม่ได้มีเพียงทิศทางของการเกิดขึ้นของสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาอย่างมากมายเท่านั้น อุตสาหกรรมนิยมสามารถนำเราไปสู่ความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ โดยปรากฏออกมาในรูปแบบของ “พลังทางด้านวัตถุ” ที่กระจายตัวออกไปอย่างกว้างขวางรวมทั้งกระบวนการผลิตโดยใช้เครื่องจักรกล เหล่านี้คือทิศทางแรกของสังคมสมัยใหม่ ส่วนทิศทางที่สองก็คือ ทุนนิยม ซึ่งหมายถึงระบบการผลิตสินค้า ซึ่งมีที่มาจากการแข่งขันในระบบตลาดได้อย่างเสรีและโดยเฉพาะอย่างยิ่งการค้าและพลังความสามารถของแรงงานที่จะผลิตสินค้าออกมาสู่ตลาด โดยในแต่ละกระบวนการจะได้รับการตรวจสอบอย่างระมัดระวัง ซึ่งจะนำไปสู่ระบบการควบคุมดูแลในเรื่องของตัวบุคคลด้วย การควบคุมดังกล่าวเป็นรูปแบบของวิสัยทัศน์หรือการใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อนำไปสู่ความร่วมมือกันในทางสังคม ทำให้ระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมสมัยใหม่ ผู้คนมีความความใกล้ชิดและสนิทสนมกันง่ายขึ้นโดยใช้ข้อมูลข่าวสารเป็นตัวทำประโยชน์สูงสุดเพื่อตนเองและพวกพ้องมากขึ้น

จะเห็นได้ว่ารูปแบบของระบบความสัมพันธ์บนพื้นฐานองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นตัวนำในสังคมสมัยใหม่ดังกล่าว ได้ปรากฏออกมาในภาพที่สวดยงามจนทำให้มนุษย์ตกอยู่ในกับดักโครงสร้างทางความคิดที่ตั้งอยู่บนพื้นฐาน การเอาวัตถุเปรียบทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และความเป็นอยู่บนสังคมอื่นๆของโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับดักทางความคิดด้านประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม ที่ตั้งอยู่บนความหลงตัวเองและเหยียดผิว ดูหมิ่นวัฒนธรรมผู้อื่น ทำให้ชีวิตของมนุษย์ถูกตีเส้นให้มองเฉพาะในกรอบ (ธีรยุทธ บุญมี, 2546: 17) อย่างเช่น มองว่าสังคมทุกสังคมต้องพัฒนาแบบวิวัฒนาการสายเดียว โดยการสร้างความก้าวหน้าทางวัตถุ ถือเอาความก้าวหน้าทางวัตถุเป็นของอารยะชน และถือเอาระบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวัตถุ เป็นเรื่องที่ถูกต้องรวมไปถึงการควบคุมในเรื่องของความรู้ เช่น ความรู้ต้องมีการใช้ตรรกะที่ชัดเจน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่ถูกตรวจสอบและประสิทธิประสาท โดยผู้เชี่ยวชาญแบบตะวันตก นอกเหนือจากนี้ความรู้แบบอื่นๆถือเป็นความรู้ที่ไม่ได้รับการยอมรับ สิ่งต่างๆเหล่านี้ทำให้องค์ความรู้แบบวิทยาศาสตร์เป็นสิ่งที่มีความอำนาจเหนือมนุษย์ มนุษย์ต้องทำตามทุกอย่าง ไม่อย่างนั้นชีวิตมนุษย์ก็จะถูกลบโทษโดยได้รับการตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ล่าหลัง ป่าเถื่อน

แต่ปัจจุบันองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เหล่านี้ กำลังย้อนกลับมาทำลายมนุษย์เพราะความรู้แบบนี้ทำให้มนุษย์หรือถอนโครงสร้างแนวความคิดเดิมที่ได้รับการลองผิดลองถูกจากบรรพบุรุษในอดีตและสร้างระบบความสัมพันธ์ของมนุษย์ บนพื้นฐานขององค์ความรู้ใหม่ที่วิทยาศาสตร์เป็นเบื้องหลังที่เรียกว่าระบบความสัมพันธ์ที่อาศัยผู้เชี่ยวชาญ “Expert system” ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างและให้น้ำหนักกับมันว่าน่าเชื่อถือโดยผ่านการแสดงอำนาจของปัจเจกบุคคลที่เป็นมนุษย์ซึ่งได้มอบอำนาจและความไว้วางใจให้กับบุคคลผู้นี้ เป็นผู้นำพาชีวิตของมนุษย์ไปสู่ชีวิตที่สงบสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มนุษย์ให้คำจำกัดความว่า “ผู้เชี่ยวชาญ” ซึ่งได้แก่ แพทย์ วิศวกร อาจารย์ นักการเมือง หรือผู้ที่มนุษย์ยกย่องให้เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านใดด้านหนึ่ง แต่ชีวิตของมนุษย์ก็ไม่ได้เป็นอย่างที่หวัง เพราะเราจะเห็นได้ว่าชีวิตของมนุษย์ในยุคสมัยใหม่ ต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจที่คนในสังคมต้องเผชิญกับสภาวะผันผวนความไม่แน่นอนของระบบการเงินที่ครั้งหนึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เคยถูกตั้งขึ้นโดยมนุษย์ แต่มา ณ ปัจจุบันมันกลับมีอำนาจควบคุมชีวิตมนุษย์ทุกด้านเพราะมนุษย์มอบความไว้วางใจให้กับผู้เชี่ยวชาญที่เรียกว่า นักเศรษฐศาสตร์หรือระบบการตลาด ทำให้มนุษย์ต้องอยู่ภายใต้กลไกและเชื่อฟังกลไกเหล่านี้ เหมือนดังคำพูดของนักสังคมวิทยา

George Lukacs ได้กล่าวไว้ว่า “ในสังคมทุนนิยมปัจจุบัน เราสามารถที่จะเห็นสภาพของReification ได้ชัดเจนที่สุด (Reification = ภาวะที่มนุษย์เปลี่ยนความสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนสร้างขึ้น โดยกลายเป็นสิ่งนั้นเสียเองหรือยอมรับสิ่งนั้นและตกอยู่ใต้อำนาจของสิ่งที่ตนสร้างขึ้น) โดยสินค้าเมื่อเข้าสู่ตลาดจะมีมูลค่าในตัวมันเอง โดยระบบตลาดสร้างมูลค่าให้ (Fetishism of commodities) เพราะระบบตลาดจะกำหนดมูลค่า สูง ต่ำ ให้กับสินค้า โดยที่ผู้ผลิตที่เคยผลิตสินค้าไม่สามารถควบคุมหรือมีอำนาจเหนือสินค้าเหล่านี้ได้ มนุษย์ยังต้องอยู่ภายใต้กลไกราคาในตลาดเป็นผู้สร้างขึ้น ดังนั้น ในสังคมทุนนิยม Lukacs นำ Reification สิ่งนั้นและตกอยู่ มาอธิบาย “เงิน” โดยบอกว่ามนุษย์เป็นผู้สร้างเงิน กฎหมาย รัฐ แต่แทนที่มนุษย์จะควบคุมสิ่งเหล่านี้ได้ มนุษย์กลับตกอยู่ใต้อำนาจของมันทั้งสิ้น” (สุภาวดี มิตรสมหวัง, 2548) และมนุษย์บางคนก็ยอมที่จะทิ้งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นสิ่งเดียวที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างคนและสัตว์กระทำการเบียดเบียนเพื่อน

มนุษย์ด้วยกันเองไม่ว่าจะเป็นทางกาย วาจา ใจ เพื่อให้ได้สิ่งที่เรียกว่า เงิน มาอยู่ในครอบครอง หรือแม้แต่สภาวะความไม่แน่นอนของสถาบันการเมืองในปัจจุบันที่ทำให้มนุษย์รู้สึกไม่มีความมั่นคงในการใช้ชีวิต เพราะมนุษย์ได้มอบความไว้วางใจให้กับผู้เชี่ยวชาญที่เชื่อว่า นักปกครอง โดยหวังว่าจะสามารถนำพาสังคมที่ตนอาศัยอยู่ไปสู่สังคมที่มีความสงบสุขได้แต่สภาวะการณ์กลับตรงกันข้าม เพราะสังคมที่มีนักปกครองกลับพาสังคมเข้าสู่ความขัดแย้งกันเอง ทั้งภายในและภายนอกประเทศ มีการรบราฆ่าฟันเพียงเพื่อต้องการครอบครองในผลประโยชน์ที่ตนเองต้องการ โดยไม่สนใจถึงความเดือดร้อนของเพื่อนร่วมประเทศหรือแม้กระทั่งวิกฤตทางสังคมที่สำคัญที่เกิดขึ้นในหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทย ก็คือ วิกฤติทางด้านวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดปัญหาสังคมอื่นๆตามมามากมาย ผู้คนในสังคมตกอยู่ในสภาวะไร้ระเบียบ เพราะระบบผู้เชี่ยวชาญไม่ทำหน้าที่ของตน เช่น เป็นพระสงฆ์ไม่ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนให้มนุษย์แต่กลับสนใจผลิตรายได้ มงคลเพื่อการพาณิชย์ หรือเป็นตำรวจกับสินบนไม่จับคนผิด เป็นนักการเมืองไม่บริหารประเทศ ให้เกิดความสงบเรียบร้อยเข้ามาเล่นการเมืองก็เพียงแต่ต้องการกอบโกยผลประโยชน์ให้ตนเอง และพวกพ้องเป็นหมอไม่รักษาคนไข้ให้เต็มเวลากลับใช้เวลาที่มีไปรักษาที่คลินิกตัวเอง สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้สังคมไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่รู้ว่าควรจะทำอย่างไรในสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่าชีวิตรอบๆตัวมนุษย์นั้นมีปัญหาหูกมรณาอยู่ทุกด้าน ส่งผลให้ชีวิตมนุษย์ในยุคนี้ตกอยู่ในภาวะ สังคมเสี่ยง (Risk society) อันเป็นผลมาจากการที่มนุษย์เชื่อมั่นในหลักวิทยาศาสตร์ ที่มาพร้อมกับระบบผู้เชี่ยวชาญเกินไปหรือเปล่า? ว่ามันจะสามารถเข้ามาแก้ไขและให้คำตอบทุกอย่างในชีวิตได้

จะเห็นได้ว่า ปรัชญาการณดังกล่าวที่เกิดขึ้นในยุคสมัยใหม่ (Modernity age) ถือเป็นคำถามที่ท้าทายต่อมนุษย์ที่อาศัยอยู่ในสังคมปัจจุบันว่า จะสามารถทำความเข้าใจกับสังคมเสี่ยง “Risk Society” ในยุคสมัยใหม่ (Modernity age) และนำพาตัวเองให้อยู่รอดในสังคมที่มีแต่ความเสี่ยงนี้ ได้อย่างไร เพราะปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมีการกล่าวถึงปรากฏการณ์ในภาพกว้างเท่านั้น และก็ยังไม่มีใครให้ความสนใจ หรือกล่าวถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ที่มีความสำคัญอย่างสังคมเสี่ยง “Risk society” ในมุมเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งอย่างจริงจังเท่าไรนัก เพราะความสนใจสังคมเสี่ยง (Risk society) เริ่มมีความสำคัญและได้รับความสนใจเมื่อไม่นานมานี้ โดยเริ่มจากนักสังคมชาวอเมริกา James F. Short (1984) ที่ให้ความสนใจศึกษาสังคมเสี่ยง (Risk Society) เพราะช่วงที่เขามีชีวิตอยู่ ได้เกิดหายนะที่สำคัญปรากฏขึ้นในสังคมทั่วโลก ซึ่งล้วนแต่เป็นหายนะที่เกิดจากเทคโนโลยีได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยกันทั้งสิ้น เช่น ในปี 1984 มีการปล่อยสารเคมีที่ Bhopal ในประเทศอินเดีย, ปี 1986 หายนะจาก Chernobyl nuclear, ปี 1989

น้ำมันExxon oil pill ทำลายธรรมชาติ , ปี 1985 เมืองซิดาโกเกิดแผ่นดินไหว,ปี 1988 ในอเมริกาเกิดแผ่นดินไหวHurricane HugoและLoma Prieta,ปี1989 Cyclone ใน Bangladesh,ปี 1991 Hurricanes Andrew และ Iniki ,ปี1994-1995 เกิดแผ่นดินไหว ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ชีวิตมนุษย์ได้รับผลกระทบเกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมากมาย ทำให้นักสังคมวิทยาให้ความสนใจสังคมเสี่ยง (Risk Society) มากขึ้น(Kathleen J. Tierney, 1999: 215 -216)โดยเฉพาะสภาวะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากเทคโนโลยีในสังคมหลังอุตสาหกรรม ที่เป็นชนวนทำให้สังคมต้องเผชิญหน้ากับความเสี่ยง

ซึ่งจากผลกระทบเหล่านี้ ส่งผลให้นักคิดทางวิชาการตื่นตัวและให้ความสนใจสังคมเสี่ยง (Risk society) มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมุมมองของนักคิดในสังคมยุโรปอย่าง Anthony Giddens ที่ได้รับความสนใจจากนักวิชาการในหลายๆด้าน โดย Giddens ได้อธิบายถึงความเสี่ยงของสังคมสมัยใหม่ว่าเป็นลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ยุคสมัยใหม่นั้นสามารถอธิบายด้วยมโนทัศน์ 3 มโนทัศน์ คือ

- ประการแรก คือ การแยกห่างระหว่างเวลาและพื้นที่(Time and Space distancing) โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับสังคมดั้งเดิมว่าการก้าวเข้าสู่ยุคสมัยใหม่ ทำให้เวลาไม่ถูกผูกติดกับที่ตั้งต่างๆอีกต่อไปแต่ถูกทำให้มีมาตรฐานสากลเช่นเดียวกับพื้นที่ (Space) ซึ่งเมื่อแยกขาดจากที่ตั้ง (Place) แล้วก่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างมโนทัศน์สองมโนทัศน์ ซึ่งก่อนหน้านั้นเคยใช้แทนกันได้ คือคำว่า สถานที่ (Place) กับ พื้นที่ (Space)

- ประการที่สอง คือ การแยกตัว (Disembedding) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วยกลไกสองประการที่สำคัญ คือ การใช้ตัวแทนเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic token)ซึ่งตัวแทนทางสัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุดคือ เงิน ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการแยกตัวได้ เนื่องจากทำให้การแลกเปลี่ยนสินค้าไม่ต้องทำกันโดยตรง และสามารถทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้ามพื้นที่และเวลาได้ ส่วนกลไกประการที่สองคือ การมีระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Expert system) ซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อวิถีชีวิตในสังคมสมัยใหม่ โดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม ทุกคนในสังคมล้วนใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น

- ประการที่สาม คือ การสะท้อนกลับหรือการไตร่ตรอง (Reflexivity)โดยเสนอการใช้เหตุผลในสังคมศาสตร์ เพราะสังคมสมัยใหม่เป็นสังคมที่ความรู้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทางสังคม (จันทน์ เจริญศรี, 2544: 101)

ดังที่กล่าวไปแล้วว่าสังคมเสี่ยง (Risk society) ในสังคมปัจจุบันไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นมาใหม่ แต่มันกลับเป็นสิ่งที่ไหลลื่นไปตามช่วงเวลาและเป็นสิ่งที่แฝงมากับสังคมยุคสมัยใหม่ ดังนั้นการมองปรากฏการณ์นี้จึงต้องมองอย่างทำความเข้าใจและเจริญสติ โดยผู้เขียนเห็นว่าการที่ผู้เขียนเลือกที่จะศึกษาภาวะความเสี่ยงของคนไทย จากการให้ความเชื่อมั่นและศรัทธาในผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นระบบผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) หนึ่งในสังคมไทย ก็เพราะปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวล่วงเข้ามาสู่ยุคของสังคมทันสมัย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่ระบบความสัมพันธ์มีความใกล้ชิดกันเป็นกลุ่มใหญ่ในครอบครัวและเครือญาติ มีปัญหาที่จะปรึกษาผู้ใหญ่ภายในกลุ่มของตน แต่ปัจจุบันสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้เปลี่ยนไปบุคคลมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นขนาดของระบบความสัมพันธ์มีขนาดเล็กลง ทำให้บุคคลไม่ได้ใกล้ชิดกับครอบครัวและเครือญาติเท่าไรนัก ส่งผลให้บุคคลหันไปพึ่งพิงระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ ที่คนในสังคมมักคาดหวังว่าบุคคลเหล่านี้ จะสามารถให้คำตอบในทุกเรื่องและทำให้ชีวิตของมนุษย์อยู่ในความมั่นคงปลอดภัย ระบบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในสังคมไทย เป็นระบบหนึ่งที่จะเข้ามาเป็นส่วนสำคัญของชีวิตมนุษย์เพราะคงไม่มีมนุษย์คนใดกล้าที่จะปฏิเสธได้ว่า นับตั้งแต่เกิดมาชีวิตของเขาไม่ได้เกี่ยวข้องกับสถาบันทางการแพทย์ ไม่ว่าจะตั้งแต่ตั้งแต่การเกิด การใช้ชีวิตอยู่ในสังคม หรือแม้กระทั่งการตาย จะเห็นได้ว่าความรู้ทางการแพทย์มีอำนาจครอบงำความคิดของคนทั่วไป ซึ่งเรียกได้ว่า กระบวนการครอบงำทางการแพทย์ (Medicalization) กระบวนการทางการแพทย์ได้ผูกขาดความรู้ และยึดครองอำนาจการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคและสุขภาพ จากคนธรรมดาสามัญไปสู่วิชาชีพแพทย์ โดยที่ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เข้ามามีบทบาทควบคุมทางสังคมมากขึ้น (มัลลิกา มัติโก, 2549: 269) ซึ่งนับวันบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์กำลังเข้ามาสร้างบรรทัดฐานใหม่เพื่อมาทดแทนบรรทัดฐานเดิมในสังคม ที่เคยถูกกำหนดโดยจารีตประเพณีบนพื้นฐานความเชื่อทางศาสนาที่มีอยู่แต่เดิม โดยบรรทัดฐานต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นมาใหม่ในสังคมปัจจุบันที่เห็นได้ชัดยกตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนระบบความเชื่อในเรื่องการดูแลสุขภาพและการดูแลสุขภาพโรคของมนุษย์ซึ่งเป็นผลมาจากวิวัฒนาการการแพทย์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยมีการแพทย์สองอย่างคือ

1. การแพทย์พื้นบ้าน ชาวบ้านได้ใช้กันมาเป็นเวลานาน ขณะนี้ประชาชนจำนวนมากก็ยังใช้กันอยู่ ปัจจุบันเรียกว่า การแพทย์แผนโบราณ
2. การแพทย์แผนปัจจุบัน นำเข้ามาโดยชาวตะวันตก เรียกกันในขณะนี้ว่า การแพทย์แผนปัจจุบัน

ประวัติการแพทย์ไทยเริ่มตั้งแต่สมัยก่อนประวัติศาสตร์มีหลักฐานการขุดพบเขากวางซึ่งเป็นสัญลักษณ์เกี่ยวกับการแพทย์ที่จังหวัดกาญจนบุรี นครปฐม อุดรธานี ราชบุรี ซึ่งตรงกับสัญลักษณ์ที่ผนังถ้ำในเทือกเขาพิรินสในประเทศฝรั่งเศส นอกจากนี้ยังขุดพบการเจาะรูในกะโหลกซึ่งเชื่อว่าทำเพื่อรักษาโรคปวดศีรษะอย่างรุนแรง ในสมัยทวารวดี และสมัยสุโขทัย ประเทศไทยมีการติดต่อกับประเทศใกล้เคียง เราจึงรับวิชาการแพทย์จากอินเดียซึ่งเข้ามาพร้อมกับพุทธศาสนา และลัทธิฮินดู และวิชาการแพทย์จากจีน มาผสมผสานกับวิธีแบบพื้นบ้านที่มีอยู่เดิม แม้จะได้รับความรู้จากประเทศที่ก้าวหน้าไปบ้างในทางการแพทย์ แต่ความรู้ที่ได้มาดูจะหนักไปในการรักษา ยามากกว่าวิชาการทางศัลยกรรม คนไทยโบราณจึงมีรูปแบบการปฏิบัติรักษาคนไข้ด้วยสมุนไพร ควบคู่กันไปกับเวทย์มนต์คาถาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ หมอในสมัยโบราณจึงเป็นในลักษณะหมอไสยศาสตร์ เช่น มีการสะเดาะเคราะห์ การแพทย์ที่ใช้อยู่ในสมัยสุโขทัยคงสืบต่อมาจนถึงสมัยอยุธยาและอาจจะสืบต่อมาจนถึงปัจจุบันด้วย เพราะตำรายาไทยที่พบและใช้มากมายก็เป็นตำหรับที่สืบต่อกันมา ตำหรับยาแต่ละตำหรับก็สืบเนื่องกันมาตามการอบรมเป็นแพทย์แผนโบราณ โดยไม่ปรากฏว่ามีโรงเรียนและมีหลักสูตรแน่นอน การเป็นแพทย์ก็คือเข้าไปฝึกฝนกับคนใดคนหนึ่งโดยตรง การแพทย์แผนโบราณของไทยเราไม่มีวิทยาศาสตร์ ยาไทยใช้แก้ตามอาการมากกว่าการรักษาต้นเหตุ ระบบการแพทย์ลักษณะนี้ได้รับการพัฒนามาเป็นระยะ จากพระเจ้าแผ่นดินในแต่ละยุคจนถึงต้นกรุงรัตนโกสินทร์การพัฒนาที่สำคัญ ๆ ก็เช่น การโปรดฯ ให้มีการรวบรวมและบันทึกตำรายาไทยและฤๅษีคัตตนะ ไว้ตามศาลารายในวัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามของรัชกาลที่ 1 การรวบรวมตำราพระโอสถ ในสมัยรัชกาลที่ 2 สมัยรัชกาลที่ 5 มีการฟื้นฟู การสอบและฝึกหัดวิชาการแพทย์แผนโบราณขึ้น ตลอดจนมีตำราแพทยศาสตร์สงเคราะห์ (ฉบับหลวง) เกิดขึ้นเป็นครั้งแรก

การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นเรื่องของวิทยาศาสตร์ เข้ามาสู่ประเทศไทยพร้อมกับการแพทย์ของฝรั่ง การแพทย์แบบนี้ได้ปรากฏขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่สมัยกรุงศรีอยุธยา เมื่อไทยติดต่อกับประเทศทางตะวันตกใน พ.ศ.2054 ในแผ่นดินสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 2 และในแผ่นดินสมเด็จพระนารายณ์มหาราช แต่หลังจากที่ได้มีการขับไล่ชาวฝรั่งเศสออกจากประเทศไทยในแผ่นดินสมเด็จพระเพทราชา การแพทย์แผนปัจจุบันที่นำมาโดยชาวฝรั่งก็พลอยสูญไปด้วยกลับไปใช้การแพทย์แผนโบราณตามเดิม การแพทย์แผนปัจจุบันได้กลับมาอีกในสมัยรัตนโกสินทร์ พร้อมกับการเข้ามาของนักสอนศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์ ในรัชกาลพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว พ.ศ.3271 มีนักสอนศาสนาสองคนเข้ามาในประเทศไทย คนหนึ่งชื่อ กุซต์ลัฟฟ์ เป็นแพทย์ชาวเยอรมันอีกคนเป็นนายแพทย์ชาวอังกฤษชื่อ ทอมสัน ต่อจากบุคคลทั้งสองแล้วก็มีนักสอนศาสนา

เป็นแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์ติดตามเข้ามาอีกหลายคน ผู้ที่นำการแพทย์แผนปัจจุบันและวิทยาศาสตร์เข้ามาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักกันดีมีสองท่าน คนแรกเป็นแพทย์คือดอกเตอร์บริดเลย์อีกผู้หนึ่ง คือดอกเตอร์แฮร์สเป็นทั้งแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ในสาขาเคมีฟิสิกส์ และสนใจทางชีววิทยาด้วย(ระวี ภาวิไล, 2537: 16)

สิ่งที่ทำให้ชื่อเสียงทางด้าน การแพทย์ของหมอบลัดเลย์ เป็นที่ยอมรับในหมู่ชาวไทย คือการผ่าตัด มีการผ่าตัดอยู่ 2 ครั้งที่ได้มีบันทึกไว้ ครั้งแรกคือการผ่าตัดให้ทาสจีนคนหนึ่งซึ่งมีฝีโปนอยู่เหนือคิ้วซ้ายและเป็นมานานถึง 6 ปี ฝีนี้วัดได้โดยรอบที่ฐานได้ใหญ่ถึง 8 นิ้ว และปวดไปนออกมา เนื้อตายถึง 2 นิ้วครึ่ง หมอบลัดเลย์ต้องทำการผ่าตัดในห้องตรวจซึ่งใช้เครื่องมือง่าย ๆ ท่ามกลางผู้คนมากมายที่มาเฝ้าดูการผ่าตัดซึ่งถ้าหากว่าการผ่าตัดผิดพลาดก็จะทำลายชื่อเสียงและความเชื่อถือในตัวหมอบลัดเลย์ แต่หมอบลัดเลย์ก็สามารถทำการผ่าตัดได้สำเร็จคนดูต่างพากันร้องแสดงความยินดี การริเริ่มทางด้านแพทย์แผนปัจจุบันอีกแขนงหนึ่งที่ทำให้ชื่อเสียงให้หมอบลัดเลย์คือการผดุงครรภ์แผนปัจจุบัน ตามธรรมเนียมไทยโบราณนั้นหญิงที่คลอดบุตรจะต้อง "อยู่ไฟ" ประมาณ 15 - 30 วัน โดยหญิงอยู่ไฟจะต้องนอนบนแผ่นกระดานห่างจากเตาไฟประมาณ 18 นิ้วในห้องที่มักมีขนาดคับแคบ หมอบลัดเลย์เห็นว่าหญิงที่คลอดบุตรในเมืองไทยต้องทุกข์ทรมานมาก และทารกที่เกิดมาก็มักจะเสียชีวิต หมอบลัดเลย์จึงเป็นมิชชันนารีคนแรกที่พยายามแนะนำให้คนไทยเลิกธรรมเนียมการอยู่ไฟ โดยเรียบเรียงตำราสูติกรรมแผนปัจจุบันขึ้นเป็นภาษาไทยมีชื่อว่า "คัมภีร์ครรภ์รักษา" เมื่อ พ.ศ.2385 กล่าวถึงอาการโรคและวิธีบำบัดโรคฝ่ายสูติกรรมแผนปัจจุบันไว้โดยละเอียดมีภาพแสดงเครื่องมือและเทคนิคต่าง ๆ ในทางสูติกรรม ประกอบด้วย

การเข้ามามีบทบาทแทนที่การแพทย์แผนโบราณของไทยของการแพทย์แผนตะวันตกในช่วงแรก ๆ ส่วนมากเป็นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในส่วนของการแพทย์ในราชสำนัก ขณะที่ประชาชนทั่วไปนั้นยังคงดูแลรักษาตนเองด้วยการใช้สมุนไพรกับไสยศาสตร์ดั้งเดิม เพราะในช่วงก่อนนั้นรัฐไม่มีระบบจะบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่แน่นอน ยกเว้นบทบาทชั่วคราวในยามเกิดโรคระบาดร้ายแรง ส่วนการเข้ามาของการแพทย์แผนตะวันตกในช่วงหลังคือ ช่วงที่ตะวันตกรุกรานชาติในเอเชีย ซึ่งมีผลกระทบทำให้ประเทศไทยพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าทัดเทียมอารยประเทศ เพื่อความอยู่รอดตามกระแสความเปลี่ยนแปลงของโลก โดยการนำความเป็นวิทยาศาสตร์เข้ามาใช้ในด้านต่าง ๆ รวมทั้งด้านการแพทย์ด้วย จะเห็นได้ว่าแต่เดิมสังคมไทยมีการดูแลสุขภาพและรักษาโรคโดยใช้สมุนไพรที่หาได้ตามท้องถิ่น แต่ปัจจุบันเรากลับต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีที่เราได้รับจากต่างประเทศ โดยเฉพาะความรู้ทางด้าน การแพทย์ที่ได้รับการถ่ายทอดมา

จากสังคมตะวันตกนำมาเป็นเกณฑ์วัดหรือตัวตัดสินสุขภาพของบุคคลในสังคมไทย ยกตัวอย่างเช่น เรื่องความอ้วน ก็คือภาวะอย่างหนึ่งของร่างกายที่หยาบเอาตัวเลขมาวัดค่าได้ว่า ต้องรอบเอวเท่านี้ ต้องมีค่าดัชนีความอ้วน (Body Mass Index) เท่านี้ ถึงจะเรียกว่าอ้วน และเมื่ออ้วนแล้วก็ต้องลดความอ้วน หรือการวินิจฉัยการเจ็บป่วยต่างๆ ที่มีมนุษย์ยังคงต้องพึ่งพาบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ในการพิพากษาว่า สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นนั้นควรจะต้องได้รับการรักษาและดูแลต่อไปอย่างไร เพราะวิชาชีพแพทย์ได้ครอบครองอำนาจอันชอบธรรมและสามารถตีความพฤติกรรมทางสังคมให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ได้ ทั้งในพฤติกรรมที่ปกติหรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน โดยในบางครั้งประชาชนก็ไม่มีสิทธิ์ที่จะได้รับรู้ถึงข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องต่างๆเหล่านี้

สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นเป็นเพราะวิชาชีพแพทย์มีทั้งความรู้และอำนาจอยู่ในมือ และยังถ่วงนำทั้งความรู้และอำนาจไปใช้ในทางที่ถูกต้องก็จะเกิดประโยชน์ขึ้นกับสังคมมากมายแต่ถ่วงนำไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมสมัยใหม่จะเห็นได้ชัดว่าเป็นสังคมอุตสาหกรรมที่เน้นการแข่งขันและการผลิตเพื่อให้เกิดผลกำไรสูงสุด จึงทำให้เกิดการบิดเบือนข้อมูลข่าวสารที่คนในสังคมควรจะรู้เพื่อปกปิดการกระทำที่ทาบบนพื้นฐานความไม่ถูกต้อง ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้สังคมวุ่นวายและผู้คนในสังคมก็ตกอยู่ในภาวะสังคมเสี่ยง ดังเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาด การรักษาที่ผิดพลาด การให้ยาผิดพลาด ทำให้เสียทรัพย์สินหรือถึงขั้นพิการและเสียชีวิตก็มี

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ ส่งผลอย่างไรกับชีวิตผู้คนอาศัยอยู่ในสังคมไทยชีวิตของผู้คนเหล่านี้จำเป็นต้องจำนนต่อเหตุการณ์เลวร้ายที่เกิดขึ้นหรือไม่การตระหนักรู้ถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง คืออีกทางเลือกหนึ่งของชีวิตที่พวกเขาสามารถนำไปสร้างกลไกเพื่อสร้างความเป็นธรรมและความปลอดภัยเพื่อนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมสมัยใหม่ได้อย่างเป็นปกติสุขมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์หมโนทัศน์ความเป็นสมัยใหม่(Modernity) ของ Anthony Giddens
2. เพื่ออธิบายถึงกระบวนการการครอบงำทางการแพทย์(Medicalization) ในสังคมไทย

3. เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของคนไทยอันเกิดจากการให้ความเชื่อมั่นและศรัทธาในผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) หนึ่งของสังคมไทย

4. เพื่อนำข้อค้นพบไปกำหนดแนวทางในการสร้างกลไกทางสังคมเพื่อสร้างความเป็นธรรมและความปลอดภัยในสังคมไทย

1.3 ใจหายกรวิจัย

ภาวะความทันสมัยและระบบผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพในสังคมไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาผู้เสียหายที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาที่ผิดพลาดทางการแพทย์ จำนวน 10 กรณีศึกษาที่ติดต่อและเป็นสมาชิกของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์และมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 8 เดือน เริ่มตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 2550 – กันยายน 2550

อนึ่ง ชื่อบุคคล สถานที่ ที่ปรากฏในการศึกษานี้ ล้วนเป็นชื่อสมมติ รวมทั้งสิ่งที่ผู้เขียนจะพึงระลึกละเอียดก็คือจะพยายามหลีกเลี่ยงประเด็นคำถามที่เกี่ยวกับข้อกฎหมาย เพื่อมิให้ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวกรณีศึกษา รวมถึงแพทย์เจ้าของคนไข้แต่ละกรณีศึกษาด้วย

1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

Agency and social structure	ผู้กระทำและโครงสร้างทางสังคม
Dualism	ทวิลักษณ์นิยม คือ การคิดแบบแยกขั้ว
Duality of structure	ทวิภาวะของโครงสร้าง
Expert system	ระบบผู้เชี่ยวชาญ

Reflexive	การทบทวน คือ การมองอารยะธรรมในโลก อย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น มองในฐานะนักสังคม วิทยาที่พันกรอบ อคติของสังคมและวัฒนธรรม ตัวเอง
Medicalization	กระบวนการครอบงำทางการแพทย์
Risk society	ภาวะที่สังคมมีความเสี่ยงหรือสังคมเสี่ยง
Structuration theory	ทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทาง สังคม

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สร้างความเข้าใจแนวคิดเรื่อง “ภาวะสังคมเสี่ยง” ในบริบทของระบบผู้เชี่ยวชาญในสังคมมากขึ้น
2. ทำให้เกิดการพัฒนาคำความรู้เรื่อง “ภาวะสังคมเสี่ยง” ที่เกี่ยวข้องกับระบบผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ในสังคมไทยที่ถูกต้อง
3. ได้แนวทางในการสร้างระบบ “เตือนภัย” ที่เกี่ยวข้องกับระบบผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นระบบการบริหารจัดการในทุกมิติของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมไทยได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา ภาวะสังคมเสี่ยงภัย : แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจแนวคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration theory) ซึ่งเป็นพื้นฐานทางความคิดที่ Anthony Giddens นั้น ได้ต่อยอดและนำมาประยุกต์เพื่อเชื่อมโยงให้เข้ากับการศึกษาความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) และสังคมความเสี่ยง (Risk society) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สังคมความเสี่ยง (Risk society) นั้นไม่เพียงแต่ได้รับการพูดถึงและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมตะวันตกเท่านั้น ในสถานการณ์สังคมไทยปัจจุบันก็สามารถนำสังคมความเสี่ยง (Risk society) แนวคิดวาทกรรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่ (Discourse on Biomedicine) มาอธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเนื้อหาที่ต้องการนำเสนอในบทนี้คือ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น มีดังต่อไปนี้

แนวคิดที่ 1	แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration Theory)
แนวคิดที่ 2	แนวคิด ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity)
แนวคิดที่ 3	แนวคิดวาทกรรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่ (Discourse on Biomedicine)
แนวคิดที่ 4	แนวคิดความเสี่ยง (Risk)

2.1 แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration Theory)

แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration Theory) ของ Giddens ได้เริ่มปรากฏขึ้นจากงานเขียนของเขาชื่อ New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies แนวความคิดของ Giddens เสนอมุมมองในการวิเคราะห์สังคมแตกต่างจากมุมมองของแนวความคิดยุคเก่า ที่เน้นความเป็นวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจกระทำทุกอย่าง ดังนั้นการจะทำความเข้าใจแนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกล่าวถึงประวัติศาสตร์ของการศึกษาทางด้านสังคมวิทยาโดย ในส่วนของตอนที่ 1 ขอนำเสนอแนวความคิดของนักคิดยุคคลาสสิกที่เน้นการศึกษาโครงสร้างทางสังคมที่มีผลต่อการกระทำของปัจเจกบุคคลของนักสังคม

วิทยาบางท่านตอนที่ 2 จะนำเสนอแนวความคิดของนักสังคมวิทยาที่อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ซึ่งเน้นถึงแรงจูงใจของผู้กระทำโดยมองข้ามการบูรณาการกับกรอบทางโครงสร้างในสังคมนั้นๆ และส่วนสุดท้ายจะเป็นการนำเสนอถึงความพยายามที่จะบูรณาการทั้งสองส่วนนี้ให้เข้ากันในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม โดย Anthony Giddens

2.1.1 แนวคิดที่เน้นโครงสร้างเป็นตัวกำหนด

ตัวอย่างที่ 1 งานของ Durkheim

เดอร์ไคม์ ได้วางหลังเกณฑ์ของวิธีวิทยาบางอย่างสำหรับการวิจัยทางด้านสังคมโดยชี้แนะว่า สังคมวิทยาควรที่จะต้องสร้างตัวเองแบบของตนเองขึ้นมาบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ โดยให้เหตุผลว่า สังคมวิทยาควรให้ความสำคัญกับประเด็นที่มีลักษณะภาวะวิสัย (Objective) แบบเดียวกับ ฟิสิกส์ เคมี ซึ่งวิทยาโดยนำเสนอออกมาในรูปแบบ “ข้อเท็จจริงทางสังคม” (Social fact) ที่ถูกนำเสนอแยกออกมาจากตัวบุคคล ดังต่อไปนี้

การอธิบายสังคม เราต้องศึกษาสิ่งที่เรียกว่า Social fact หรือกฎเกณฑ์ทางสังคม คือ รูปแบบหรือแบบแผนต่างๆในการกระทำหรือความคิดการแสดงความรู้สึกของคนซึ่งมีลักษณะเป็นของจริงอยู่นอกตัวมนุษย์ เราสามารถสังเกตได้อย่างเป็นวัตถุวิสัย พฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือสัญชาตญาณแต่เกิดจากอิทธิพลของสังคมที่มีอำนาจ ต่อการกระทำของมนุษย์และการที่จะเป็นกฎเกณฑ์ทางสังคมได้จะต้องมีจิตสำนึกรวมหมู่ (Collective conscience) ของคนในสังคมอยู่ด้วย

จิตสำนึกรวมหมู่ (Collective conscience) คือ ความสำนึกร่วม, มโนธรรมร่วม คือ การที่คนหมู่่มากมีความรู้สึกนึกคิด มีความเชื่อ, มีอารมณ์ไปในทิศทางเดียวกัน (กัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว, 2549: 15)

การศึกษา สังคม ของเดอร์ไคม์ เป็นแบบปฏิฐานนิยม (Positivism)

ปฏิฐานนิยม(Positivism) เป็นวิธีการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม ด้วยวิธีการของวิทยาศาสตร์ คือ ปรากฏการณ์ทางสังคมอธิบายด้วยกฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ เช่นการสังเกตเชิงปริมาณ การสังเกตทางประสาทสัมผัส

การมองสังคมเดอริโคมมองสังคมเป็น(Organismic analogy) หมายถึง ในสังคมจะประกอบด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ ตั้งแต่เล็กสุดไปจนถึงใหญ่และแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับส่วนอื่น ๆ ไม่มีส่วนใดอยู่ได้อยู่ได้ด้วยส่วนเดียวทุกส่วนจะเกี่ยวโยงกัน เช่น การอธิบายปัญหาโรคเอดส์ เราต้องอธิบายว่าเกี่ยวข้องกับระบบสังคมอย่างไร เกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจอย่างไร มีความเชื่ออะไรบ้าง

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่

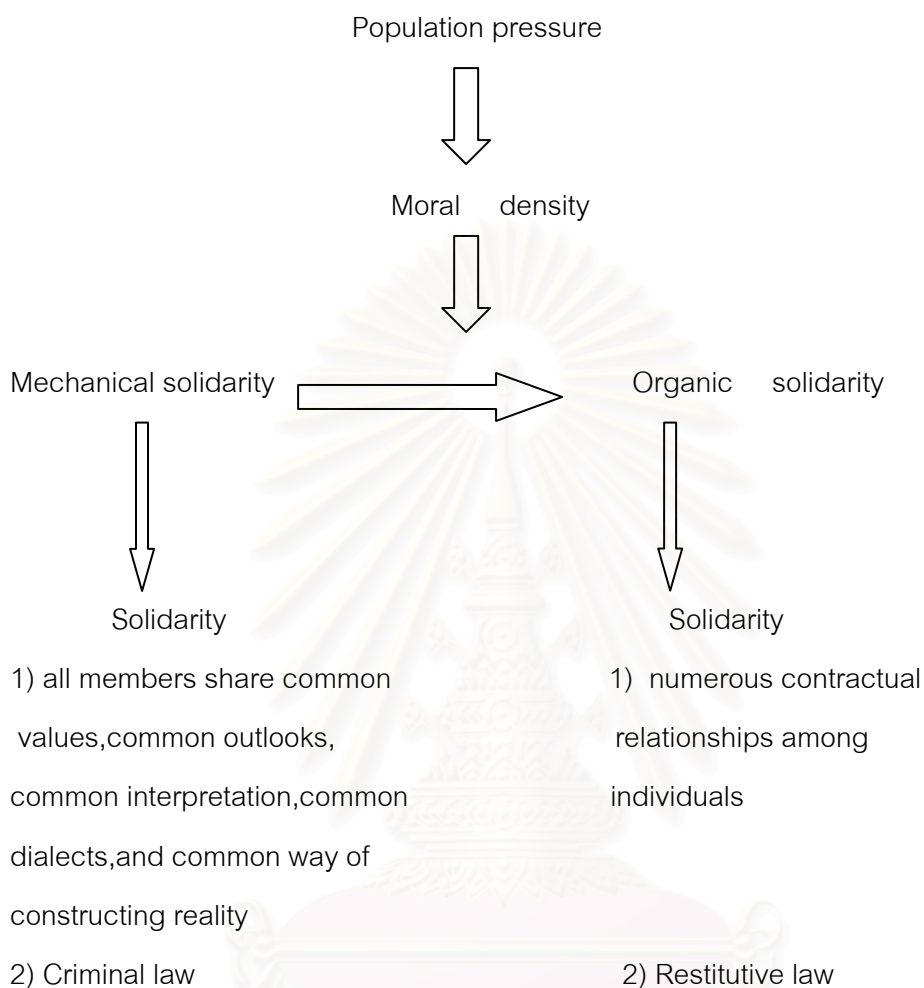
เดอริโคม บอกว่า สภาพสังคมมีทั้งที่เป็นปกติ (Normal) และไม่ปกติ (Pathological) คือ ถ้าระบบสังคมสามารถสนองความต้องการที่จำเป็นของระบบได้ สังคมหรือระบบก็จะอยู่ในภาวะปกติ แต่ถ้าระบบไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้ สังคมก็จะเจ็บป่วย เพราะฉะนั้นสังคมต้องมีความจำเป็นเชิงหน้าที่จำนวนหนึ่งเพื่อให้สังคมอยู่ในภาวะปกติ สังคมอยู่ในภาวะปกติได้ต้องมีการจัดระเบียบทางสังคม (Social order) ระเบียบทางสังคมจะเกิดขึ้นได้เป็นผลมาจากการยึดเหนี่ยวและความสัมพันธ์กัน ในระบบค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมอันเดียวกัน

ความสัมพันธ์ทางสังคม มี 2 ชนิด

- ความสัมพันธ์แบบกลไก (Mechanical solidarity) มักเกิดขึ้นในสังคมขนาดเล็กหรือสังคมในสมัยโบราณ คนในสังคมจะมีความคล้ายคลึงกันมีฐานะทางสังคมมีสิทธิต่าง ๆ เหมือนกัน ทำอะไรเหมือนกัน คิดอะไรเหมือนกัน ทุกคนอยู่ในจริยธรรมอันเดียวกันและตัวที่ควบคุมให้กลุ่มนี้มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน คือ จริยธรรม (Morality) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในสังคมประเภทนี้

- ความสัมพันธ์แบบอินทรีย์ (Organic solidarity) มักเกิดขึ้นในสังคมขนาดใหญ่หรือในสังคมปัจจุบันในสังคมแบบนี้จะมีการแบ่งงานกันทำเฉพาะอย่าง (Specialization) มีการประกอบอาชีพที่หลากหลายแต่ความหลากหลายนั้นแต่ละอย่างต้องทำหน้าที่เชื่อมโยงประสานกันในสังคมนี้ทุก ๆ อาชีพ มีความสำคัญต้องมีความผูกพันซึ่งกันและกันและมีความเป็นหนึ่งเดียวท่ามกลางความแตกต่าง สิ่งที่ควบคุมให้กลุ่มนี้มีความเป็นหนึ่งเดียวกัน คือ จริยธรรมทางวิชาชีพ (Morality) professional ethice (Secular morality) ซึ่งเป็นกฎเกณฑ์ของผู้ประกอบอาชีพทั้งหลาย

ภาพประกอบที่ 1 ภาพแสดงการพัฒนาของสังคมจาก Mechanical solidarity ไปเป็น Organic solidarity



แหล่งข้อมูล (สุภาวดี มิตรสมหวัง, 2548)

นอกจากนี้ เดอร์ไคม์ยังสนใจศึกษาถึงอัตราการฆ่าตัวตายในแต่ละสังคม ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายนี้จะเกี่ยวข้องกับการบูรณาการทางสังคมเพราะถ้าที่ไหนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง จะมีอัตราการบูรณาการทางสังคมต่ำ การบูรณาการทางสังคม คือ ความผูกพัน ความยึดเหนี่ยวกันของคนในสังคม เช่นในกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิก อัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่าพวกโปรเตสแตนต์ เพราะนิกายคาทอลิกมีการบูรณาการทางสังคมสูง เพราะพวกนี้เขาใช้ชีวิตกันเป็นกลุ่ม มีการทำพิธีทางสังคมอยู่เป็นประจำ ในขณะที่พวกโปรเตสแตนต์จะไปร่วมพิธีก็ได้หรือไม่ก็ได้

เดอริคัม จำแนกการฆ่าตัวตายเป็นประเภทต่าง ๆ

1) Egoistic suicide

คือ ภาวะที่คนฆ่าตัวตายเพราะยึดถือตัวเองเป็นหลัก คิดถึงแต่ประโยชน์ของตนเอง เอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในสังคมสมัยใหม่มีมากเพราะฉะนั้นคนพวกนี้ถ้าคิดในแง่ดีก็ถือว่าเป็นคนที่แสวงหาความก้าวหน้าในตนเอง คิดในทางที่ไม่ดี คือไม่สามารถควบคุมปรารถนาของตนได้ สิ่งเหล่านี้จะเป็นแรงกระตุ้นให้คนฆ่าตัวตาย

2) Anomic suicide

คือ ภาวะที่บรรทัดฐานในสังคมหย่อนยานไป มีอำนาจในการบังคับคนในสังคมน้อยลง หรือทำให้บุคคลเกิดความสับสนไม่รู้จะยึดบรรทัดฐานอันไหนดี กล่าวคือ มีโอกาสให้เลือกมาก บุคคลในสังคมเกิดความสับสนไม่รู้จะนำบรรทัดฐานไหนมาปฏิบัติ

3) Altruistic suicide

ความเชื่อที่ว่าสังคมเป็นใหญ่ กลุ่มเป็นใหญ่ คนต้องปฏิบัติตามความต้องการของสังคมเป็นหลักเช่น คนญี่ปุ่น สมัยสงคราม เมื่อชาмуไรแพ้สงครามจะทำการฮาราคีริตนเอง คนญี่ปุ่นมีความผูกพันกัน สังคมปลูกฝังให้คนยึดถือเรื่องของกลุ่ม หรือในอินเดียสมัยก่อนสังคมบังคับให้แม่เมียต้องฆ่าตัวตายตามสามี "พริสตี" เป็นการฆ่าตัวตายเพราะเหตุทางสังคม คนไม่ได้ฆ่าตัวตาย เพราะแรงกระตุ้นส่วนตัว แต่ฆ่าตัวตายเพราะเหตุทางสังคมเพราะผูกพันกับสังคมหรือตามสังคมมากเกินไป

สรุป กฎที่เกี่ยวกับการศึกษาในทางสังคมวิทยาของเดอริคัม

1) การศึกษาความจริงทางสังคม นักสังคมวิทยาจะต้องทำตัวให้ปราศจากอคติ ค่านิยม และอารมณ์ส่วนตัว ซึ่งเป็นลักษณะของบุคคลทั่วไป

2) เนื้อหาของสังคมวิทยาที่นักสังคมวิทยาจะต้องเข้าไปศึกษาก็คือ เรื่องของปรากฏการณ์ทางสังคม

3) เดอริคัมคิดว่าสังคมวิทยาจะไม่ศึกษา การกระทำของบุคคลว่ามีผลต่อสังคมอย่างไร แต่จะศึกษาว่า ลักษณะของสังคมมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลอย่างไร เช่น ศึกษาถึงบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ กฎหมายต่างๆ กฎ ศีลธรรม ว่ามีผลต่อลักษณะหรือพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมอย่างไรบ้าง

4) วิธีที่ใช้ในการศึกษาสังคม ควรจะใช้วิธีการศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Method) เพราะเขาเน้นการศึกษาเปรียบเทียบสังคมซึ่งอยู่ในสมัยเดียวกันเช่นการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องการฆ่าตัวตาย เดอริคัมจะเก็บข้อมูลจากสังคมต่างๆ ในช่วงเวลาเดียวกัน มาเปรียบเทียบ

ตัวอย่างที่ 2 Talcott Pason

พาร์สัน ได้กำหนดเงื่อนไขในการศึกษาสังคม โดยให้ความสำคัญกับองค์ประกอบระดับมหภาค (Macro) มากกว่าจุลภาค (Micro) ซึ่งจะเห็นได้จากข้อเสนอที่ว่าสังคมดำรงอยู่ในระดับต่างๆของการจัดการองค์การที่แตกต่างกันออกไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งระดับในแต่ละระดับมีลักษณะเฉพาะของมันและแง่มุม ที่เป็นเรื่องของประสบการณ์ของชีวิตทางสังคมของเรา ระบบโดยทั่วไปมี 4 ระบบ

ตารางที่ 1 ระดับของระบบ(System levels) ในทัศนะของพาร์สัน

ระบบหรือระดับ	รูปแบบของประสบการณ์
1. The physiological system	The body
2. The Personality system	Individual psychology
3. The Social system	Roles and Positions
4. The Cultural system	Knowledge, Literature, Art and other human products

แหล่งข้อมูล (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548:22)

1. ระบบกายภาพ (The physiological system) จัดการหน้าที่ในการปรับตัวโดยการปรับและเปลี่ยนรูปของโลกภายนอก

2. ระบบบุคลิกภาพ (The Personality system) ทำหน้าที่ทางด้านการบรรลุเป้าหมาย โดยการกำหนดเป้าหมายของระบบ และระดมทรัพยากรต่างๆเพื่อที่จะนำไปสู่เป้าหมายต่างๆ

3. ระบบสังคม (The Social system) หน้าที่ทางด้านการบูรณาการโดยการควบคุมส่วนต่างๆที่เป็นองค์ประกอบของระบบ

4. ระบบวัฒนธรรม (The Cultural system) ทำหน้าที่ในการร่างแบบแผน โดยกำหนดบรรทัดฐานและค่านิยมแก่ผู้ปฏิบัติ

โดย พาร์สัน เชื่อว่าระบบแต่ละระบบมีความต้องการที่จะต้องได้รับการตอบสนอง เพื่อที่ว่าระบบนั้นๆจะสามารถดำรงอยู่และทำหน้าที่ได้อย่างราบรื่นต่อเนื่องไป

แม้ว่าระบบทั้ง 4 จะมีความเกี่ยวข้องกัน แต่ระบบสังคมสังคมมีความสำคัญมากที่สุด ในกรอบความคิดของ พาร์สัน เพราะระบบสังคม (Social system) เป็นระบบที่มีการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างชัดเจนมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางสังคมของปัจเจกบุคคลทั้งหลาย โดยระบบสังคมมีความต้องการหรือจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความต้องการของระบบสังคมมี 4 ประการดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของระบบ

ความต้องการของระบบสังคม	ได้รับการตอบสนองโดย
1. Adaptation	Economic
2. Goal attainment	Political
3. Integration	Social controls
4. Latency / Pattern maintainance	Socialization

แหล่งข้อมูล : (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548:24)

1. Adaptation การปรับตัว คือ มนุษย์ต้องปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม สังคมต้องการหาวิธีการที่จะให้สมาชิกมีชีวิตรอดโดยหาวิธีมาสนองความต้องการสมาชิกในสังคมให้ได้โดยระบบย่อยที่ทำหน้าที่ในการปรับตัวนี้ คือ ระบบเศรษฐกิจ เพราะทุกสังคมจะต้องมีระบบเศรษฐกิจ เพื่อเลี้ยงดูสมาชิกได้อย่างพอเพียง (economic)

2. Goal Attainment การกำหนดเป้าหมายคือ ในสังคมจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อให้สมาชิกในสังคมทำตามและไปให้ถึงเป้าหมายหลักร่วมกัน โดยระบบที่ทำหน้าที่กำหนดเป้าหมายหลัก คือ ระบบการเมือง (political)

3. Integration การบูรณาการ คือ สังคมต้องทำส่วนต่างๆในสังคมให้อยู่ร่วมกันด้วยการประสานสอดคล้องกัน ระบบย่อยที่ทำหน้าที่ในการบูรณาการ คือ สังคม ชุมชน เช่น กฎหมาย

4. Latency / Pattern maintainance การรักษาแบบแผนคือ การอ้าง พื้นฟู แบบแผนการปฏิบัติตัวของสมาชิกในสังคม ไม่ให้สมาชิกในสังคมปฏิบัตินอกเหนือไปจากที่สังคมกำหนด ระบบย่อยที่ทำหน้าที่นี้ คือ ระบบวัฒนธรรม เช่น โรงเรียน วัด (fiduciary)

จะเห็นได้ว่าระบบสังคมของพาร์สัน จะต้องมีการดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบอื่นๆ และระบบยังต้องควบคุมพฤติกรรมที่เป็นบ่อนทำลายระบบ เพื่อที่จะให้ระบบดำรงอยู่ต่อไป สรุปได้ว่าการมองสังคมของ พาร์สันจะมองเป็นลำดับชั้นที่มีความเกี่ยวโยงสัมพันธ์กันที่เรียกว่า “ระดับของระบบ” (System levels) ในทฤษฎีของพาร์สันเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและสังคมจึงเป็นเรื่องของ “บทบาททางสังคม” ที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงบุคลิกภาพของบุคคลให้เข้ากับระบบต่างๆของสังคม ดังนั้นการกระทำของปัจเจกบุคคลจะต้องกลมกลืนกับที่บริบทของสังคมนั้นๆต้องการเพื่อให้ปัจเจกบุคคลมีพฤติกรรมร่วมที่สอดคล้องกันเป็นไปตามที่สังคมนั้นคาดหวังและต้องการ (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548:26)

จะเห็นได้ว่าตัวมนุษย์หรือผู้กระทำการในมุมมองของนักคิดยุคคลาสสิกนั้น เป็นผู้ถูกยึดเหนี่ยวผ่านกระบวนการเรียนรู้ และต้องคอยทำตามสิ่งที่สังคมเป็นฝ่ายกำหนดให้กระทำตามอย่างเต็มใจหรือไม่เต็มใจก็ตาม ดังนั้นการมองสังคมวิทยาในมุมมองนี้จะมองข้ามตัวกระทำอย่างมนุษย์ที่มีแรงกระตุ้นและแรงจูงใจขั้นพื้นฐาน ที่จะสามารถกระทำขัดแย้งกับความต้องการของสังคม และบ่อยครั้งที่แรงกระตุ้นของมนุษย์เหล่านี้มีพลังเหนือกว่าพลังของกฎเกณฑ์ทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดให้สมาชิกในสังคมปฏิบัติตาม

2.1.2 แนวความคิดที่เน้นผู้กระทำการเป็นตัวกำหนด

จากการอธิบายในตอนต้นที่ 1 จะเห็นได้ว่าในระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคมของพาร์สันได้นำเสนอ “Actor” หรือผู้กระทำ ว่าเป็นกลไกที่ทำให้เกิดระบบความสัมพันธ์ แต่พาร์สันก็ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการที่ผู้กระทำเข้าสู่ระบบความสัมพันธ์ นักคิดที่อธิบายถึงการเข้าสู่ระบบความสัมพันธ์ของผู้กระทำคือ นักคิดแนวปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic interaction) โดยนักคิดแนวนี้ปฏิเสธความคิดเรื่องโครงสร้าง (Structure) เพราะมโนทัศน์เรื่องโครงสร้าง ละเลยความหมายซึ่งมนุษย์เป็นผู้กำหนดให้กับชีวิตของพวกเขา และกำหนดให้กับความสัมพันธ์ที่มีกับคนอื่น ๆ ดังนั้นนักคิดในแนวนี้จึงมองโครงสร้างทางสังคมที่อยู่ภายนอกกว่าไม่มีบทบาทใดๆต่อการกระทำของชีวิตทางสังคม เพราะโครงสร้างและระบบทั้งหลายเป็นเพียงแค่สิ่งที่นักสังคมวิทยา

สร้างขึ้นมามีที่นั่น ดังนั้นจึงขอยกตัวอย่างเพื่อทำความเข้าใจแนวคิดของนักสังคมวิทยาที่เน้นผู้กระทำการเป็นตัวกำหนดดังต่อไปนี้

ตัวอย่างที่ 3 George Herbert Mead

แนวความคิดที่สำคัญ

1) จิต (Mind) อัตตะ (Self) สังคม (Society)

การที่เราจะเข้าใจมนุษย์ได้ สิ่งแรกที่เราต้องทำความเข้าใจก็คือ จิต และ อัตตะ ในฐานะที่เป็นสิ่งที่เด่นที่สุดของบุคลิกภาพของมนุษย์

จิต (Mind) คือ mind is thinking หมายถึง การคิด ซึ่งเป็นการตอบสนองเชิงพฤติกรรมประเภทหนึ่ง (Behavior response) ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ (Interaction) กับคนอื่นในบริบททางสังคม ถ้าไม่มีการปฏิสัมพันธ์ จิตก็ไม่อาจเกิดขึ้นได้

จิต คือ การคิด ซึ่งเป็นการตอบสนองเชิงพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการปฏิสัมพันธ์

เพราะฉะนั้นการที่มนุษย์แสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง นั้นย่อมาหมายความว่าเราต้องให้ความหมาย (Meaning) กับพฤติกรรมที่แสดงออกมา



การให้ความหมายของสิ่งต่าง ๆ

แสดงให้คู่ปฏิสัมพันธ์ได้รู้ถึงความหมายที่ให้การกระทำ

2) อัตตะ (Self)

คือความสามารถในการมองมนุษย์เป็นวัตถุชนิดหนึ่งหมายถึง ความสามารถชนิดหนึ่งของมนุษย์ที่มีความสามารถในการพิจารณา คิด ประเมินตนเองเพราะฉะนั้น ตัวตนของเรา เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ คนอื่น เป็นคนที่สร้างภาพให้กับเรา การเปลี่ยนแปลงต้องเปลี่ยนกลุ่มปฏิสัมพันธ์ มนุษย์เริ่มมีตัวตนเมื่อใช้ภาษาได้ รู้จักโต้ตอบกับคนอื่น ดังนั้นตัวตนจึงเกิดการพัฒนามาจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะในครอบครัว

นอกจากนี้ เมื่อมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เขาก็จะถูกกระบวนการขัดเกลาจากคนอื่น ๆ ในสังคม เช่นกลุ่มเพื่อน

Self ประกอบไปด้วย I, me

I = เป็นการแสดงออกจริง ๆ ของพฤติกรรม อยากจะทำอะไรก็ทำ

Me = เราถูกควบคุมโดยคนอื่นว่าเขาคาดหวังให้เราทำอะไร ถูกตัวตนของคนอื่นเข้ามาควบคุมตัวที่เป็น I

Me จะเกิดขึ้นทีหลัง เพราะเราไม่อาจรู้ได้ว่าความคาดหวังจริง ๆ ของคนอื่นเป็นอย่างไร จนกว่าจะได้กระทำ I ลงไปแล้ว

3. สังคม (Society)

เป็นแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ที่มีการตอบสนองร่วมจำนวนหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นสังคมจึงเป็นสิ่งที่มาก่อนปัจเจกบุคคล และกระบวนการทางจิตใจเป็นสิ่งที่เกิดมาจากสังคม(สุเทพ สุนทร เกสซ์, 2540: 200)

จะเห็นได้ว่า แนวความคิดของ Mead สนใจนำเอาการศึกษาความคิดเรื่องจิตที่อยู่ภายใน หรือประสบการณ์เชิงอัตวิสัยมาใช้ในการศึกษาปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพราะมนุษย์ตอบสนองแรงกระตุ้นในสภาพแวดล้อมทางสังคมด้วยการพิจารณา “ความหมาย” ของแรงกระตุ้นนั้น ๆ ด้วยการเลือกสรรชุดของพฤติกรรม ที่ตนคิดว่าเหมาะสมกับสถานการณ์ในขณะนั้น มนุษย์สามารถกระทำสิ่งนี้ได้เนื่องจากมนุษย์มี “จิต” และ “ตัวตน” เพราะจิตและตัวตนช่วยให้บุคคล “คิด” เกี่ยวกับความเป็นไปได้และผลที่นำจะเกิดขึ้นจากการกระทำก่อนที่จะลงมือกระทำด้วยตนเอง

ดังนั้นมนุษย์ไม่ได้ตอบสนองต่อแรงกระตุ้นทางสังคมในลักษณะกลไก แต่มนุษย์คาดการณ์ล่วงหน้าว่าสถานการณ์จะคลี่คลายอย่างไรและเลือกที่จะหาคำตอบที่เหมาะสมมากที่สุดกับสภาวะการณ์ที่ตนคาดการณ์เอาไว้ล่วงหน้าแล้ว ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายและเจตนารมณ์ของตนเอง และการที่มนุษย์สามารถให้ความหมายกับสิ่งต่าง ๆ ได้ก็เนื่องมาจากความสามารถของมนุษย์ในการใช้ภาษาในการติดต่อสื่อสารระหว่างมนุษย์ด้วยกันเอง การมีภาษาช่วยให้มนุษย์มีคลังรวบรวมความเข้าใจและความหมายร่วมกันขนาดใหญ่ และสามารถมีรูปแบบที่ซับซ้อนมากขึ้นในการเจรจาต่อรองมนุษย์ด้วยกัน รวมสามารถนำไปสู่การมีปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากมนุษย์สามารถสื่อสารเจตนารมณ์ของตนเองไปให้คนอื่นรับรู้ก่อนที่จะลงมือ

กระทำกร เพราะภาษาช่วยให้ปัจเจกบุคคลมองสิ่งต่างๆจากมุมมองของคนอื่น (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548:57)

จะเห็นได้ว่างานของ Mead ยืนยันอย่างหนักแน่นถึงความสำคัญของปัจเจกบุคคลที่มีความสามารถในการสร้างโลกทางสังคมในลักษณะที่มีความหมายต่อตัวเขาเอง โดยมีความคิดของปัจเจกบุคคลเป็นแกนกลาง ที่สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับบริบทของผู้กระทำจนละเลยบริบทของโครงสร้างทางสังคม

ตารางที่ 3 วิธีคิดแบบแยกขั้ว(Dualism) 2 ยุคที่ผ่านมา

กฎเกณฑ์ (Structure)	Vs	ผู้กระทำ (Action)
ภาวีสัย (Objectivism)	Vs	อัตวิสัย(Subjectivism)
มหภาค (Macro)	Vs	จุลภาค (Micro)
สังคม (Society)	Vs	ปัจเจกบุคคล (Individual)

แหล่งที่มา (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548:12)

จะเห็นได้ว่าที่ผ่านมา สังคมวิทยาซึ่งประกอบไปด้วยสี่กระบวนทัศน์หลัก ล้วนมีข้อจำกัดในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสังคม นั่นคือ ทฤษฎีโครงสร้าง-การหน้าที่กับทฤษฎีความขัดแย้งเป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายสังคมในระดับมหภาค แต่ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปรากฏการณ์ทางสังคมในระดับกลุ่มได้ ในขณะที่ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนและทฤษฎีการปฏิสังสรรค์สัญลักษณ์ เป็นทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ระดับจุลภาคได้ แต่อธิบายสังคมโดยรวมไม่ได้ (จันทน์ เจริญศรี, 2544:94)

2.1.3 Anthony Giddens กับ Structuration Theory

จากการแง่มุมในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมวิทยาใน 2 ตัวอย่างข้างต้นดังกล่าว เราจะพบว่าในงานเขียนของ Giddens เป็นงานที่เรียกว่า “การสร้างกฎใหม่” (New rules) เพราะเป็นการกลับหัวกลับหางในการเน้นการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางด้านสังคมวิทยา ที่เรียกอย่างนี้เป็นเพราะว่า

- ประการที่ 1 Giddens ไม่เห็นด้วยอย่างมากกับความคิดที่ว่าสังคมวิทยาควรสร้างตัวแบบบนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพราะสำหรับความคิดของเขาแล้วไม่สามารถมี "กฎ" ที่เป็นสากลเกี่ยวกับชีวิตทางสังคมและพฤติกรรมของมนุษย์ก็ไม่สามารถที่จะคาดการณ์ล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำเหมือนกับวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ เพราะพฤติกรรมของมนุษย์แปรเปลี่ยนตามเจตนาธรรมณ์ เป้าหมาย และความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปตามประวัติศาสตร์ของมนุษย์ ถ้าหากจะสร้างข้อสรุปทั่วไปเกี่ยวกับชีวิตทางสังคม เราจำเป็นต้องจำกัดการศึกษาโดยคำนึงถึงเวลาพื้นที่ และสภาวะการณ์เฉพาะ

- ประการที่ 2 เขาไม่เห็นด้วยกับความคิดเรื่องพลังของโครงสร้างจากภายนอก ที่จำกัดและกำหนดพฤติกรรม นี่คือนี่ที่ Giddens เรียกว่า "ภาววิสัย" ซึ่งเป็นสิ่งที่เขาปฏิเสธด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

: ความคิดที่ว่า มีประเด็นศึกษาที่เป็นภาววิสัย อย่างเช่น "ข้อเท็จจริงทางสังคม" ของเดอริคเคม "โครงสร้าง" หรือ "ระบบ" หรือแม้ "สถาบัน" จะต้องถูกตัดออกไปแล้วแทนที่ด้วยความคิดที่ว่า เหตุผลและแรงจูงใจของมนุษย์เป็นศูนย์กลางของการวิเคราะห์สังคม

: แนวการวิเคราะห์สังคมในลักษณะที่แยกออกมาจากตัวบุคคลนั้น ไม่สามารถทำความเข้าใจ "ความสัมพันธ์ในลักษณะของการแลกเปลี่ยน" (give and take) ระหว่างผู้สังเกตและผู้ถูกสังเกต

: พฤติกรรมทางสังคมจะต้องถูกตีความโดยนักสังคมวิทยาและมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับตัวมนุษย์มากกว่าที่จะเป็นแค่ผู้สังเกตในลักษณะภาววิสัยและนักสังคมวิทยาก็จะต้องไม่ลืมที่จะเข้าใจการอ้างอิงความหมายและแรงจูงใจของมนุษย์ในเชิงอัตวิสัยด้วย (เชษฐา พวงหัตถ์, 2548: 94)

จะเห็นได้ว่า Giddens พยายามที่จะประนีประนอมองค์ประกอบบางอย่างของทั้งรูปแบบใหม่ในการตีความของสังคมวิทยาเข้ากับรูปแบบเก่าที่เน้นโครงสร้าง รวมทั้งต้องการที่จะหาข้อยุติให้กับปัญหาการแบ่งขั้วแบบทวิลักษณ์นิยมเหล่านี้ โดยนำเสนอแนวความคิดออกมามาดังต่อไปนี้

2.1.3.1 Structuration Theory ของ Giddens

Giddens ให้ความหมายของ "โครงสร้าง" แตกต่างไปจากความหมายดั้งเดิมที่บอกว่าโครงสร้าง มีแนวโน้มหมายถึงลักษณะทางสถาบันของสังคมที่ตรงข้ามกับลักษณะจุลภาคของปฏิสัมพันธ์แบบเห็นหน้าเห็นตากัน แต่สำหรับ Giddens นั้น "โครงสร้าง" คือ กฎเกณฑ์และทรัพยากรที่ผู้กระทำใช้ในการผลิตและผลิตซ้ำสังคมในการดำเนินกิจกรรมของพวกเขา

- กฎเกณฑ์ปรากฏให้เห็นได้ในทุกรูปแบบและขนาด มีทั้งกฎเกณฑ์ที่เห็นได้ชัดเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น กฎว่าด้วยการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งในระบบราชการ ส่วนกฎเกณฑ์ที่ไม่เป็นลายลักษณ์อักษรจะนำไปใช้กับพฤติกรรมย่อยๆ ในบริบทสถานการณ์ เช่น การวางตัวในการสนทนา

- ทรรศการมี 2 ลักษณะอย่างแรก คือ

1. ทรรศการที่ใช้ในการแบ่งสรร (Allocative resources) ซึ่งได้แก่สิ่งที่เป็นวัตถุต่างๆ ทางสังคม เช่น ที่ดิน เงิน

2. ทรรศการที่เกี่ยวกับสิทธิอำนาจ (Authoritative resources) ซึ่งใช้คู่กับอันแรกได้แก่ ปัจจัยต่างๆ ที่ไม่ใช่วัตถุ เช่น สถานภาพ หน้าที่การงาน

ทรรศการทำให้เกิดอำนาจ ซึ่งทำให้บุคคลมีความสามารถในการสร้างผลกระทบในการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นกับสภาพการณ์ในสังคม เพราะกฎเกณฑ์และรูปแบบต่างๆ ของทรรศการช่วยให้มนุษย์มีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ และมีการสร้างความรู้ขึ้นมาในโลกทางสังคม ซึ่งในแง่มุมมองนี้ “โครงสร้าง” ในความคิดแบบเก่าได้ละเลยไป โครงสร้างทำให้เกิดพฤติกรรมด้วยการเป็นตัวกำหนดกฎเกณฑ์และทรรศการที่นำไปสู่การมีพฤติกรรม แต่โครงสร้างไม่ได้มีผลกระทบต่อมนุษย์เหมือนกับพลังธรรมชาติที่คอยบีบบังคับให้มนุษย์ ต้องมีพฤติกรรมในลักษณะที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้นข้อจำกัดในเชิงโครงสร้าง คือ โครงสร้างไม่สามารถทำงานได้อย่างอิสระจากแรงจูงใจและเหตุผลที่มนุษย์ในฐานะผู้กระทำใช้ในการกระทำสิ่งต่างๆ มนุษย์มีทางเลือกเสมอ เขาไม่เคยถูกบังคับโดยสถานการณ์ทางสังคมอย่างสมบูรณ์

2.1.3.2 ทวิภาวะของโครงสร้าง (Duality of Structure)

ดังนั้นสิ่งที่ Giddens นำเสนอ คือ เราควรมอง “โครงสร้าง” (Structure) และ “ผู้กระทำ” (Agency) ในรูปของ ทวิภาวะคือ การที่จะมองว่ามโนทัศน์ทั้งสองนี้แยกออกจากกันขัดแย้งกัน เราควรที่จะต้องหันกลับมาคิดในลักษณะมโนทัศน์เพียงอันเดียวที่มีสองลักษณะอยู่ภายใน และในมโนทัศน์ที่สร้างมานี้ โครงสร้าง (Structure) มีความสัมพันธ์แนบแน่นกับ ผู้กระทำ (Agency) เพราะมโนทัศน์ทั้งสองนี้ได้ถูกเชื่อมประสานกัน โดยผ่านการปฏิบัติการทางสังคม ซึ่งหมายถึง สิ่งต่างๆ ที่มนุษย์กระทำอย่างสม่ำเสมอ และทำให้กลายเป็นส่วนหนึ่งในสายใยทางสังคมในการดำเนินชีวิตของพวกเขา โดย Giddens มองว่าจุดนี้เป็นจุดที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์สังคม เพราะมันประกอบไปด้วยทั้งการกระทำและโครงสร้าง และโครงสร้างไม่ได้อยู่ “ภายนอก” ผู้กระทำ แต่อยู่ “ภายใน” ตัวผู้กระทำ ผู้กระทำเป็นส่วนประกอบหลักของการกระทำที่เรากำลังศึกษาอยู่

ทวิภาวะโครงสร้างถือเป็นหัวใจสำคัญของ Structuration Theory ของ Anthony Giddens และเป็นพื้นฐานในการยุติปัญหาข้อถกเถียงให้กับทวิลักษณะนิยม

2.1.3.3 ปฏิบัติการณ์ทางสังคม ความรู้ และทักษะ

แนวคิด Structuration Theory ของ Giddens ยังให้คำตอบในปัญหาเรื่องของการผลิตทางสังคม (Social production) และการผลิตซ้ำทางสังคม (Social reproduction)

- การผลิตทางสังคม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิธีการที่ชีวิตทางสังคมถูกผลิต โดยเมื่อชีวิตพวกเขาเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับปฏิบัติการทางสังคม

- การผลิตซ้ำทางสังคม เกี่ยวกับปัญหาที่ว่าชีวิตทางสังคมได้กลายมาเป็นสิ่งที่มีแบบแผนและกลายเป็นเรื่องในชีวิตประจำวันได้อย่างไร

เมื่อมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กัน พวกเขาจะนำเอาทรัพยากร (Resources) ที่พวกเขารวบรวมสะสมไว้ใน การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสถานการณ์ที่เป็นทางการ เช่น การศึกษาหรือโดยผ่านวิถีทางที่ไม่เป็นทางการเช่น เพื่อน ครอบครัว ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ทำให้มนุษย์เรียนรู้และเมื่อมนุษย์ได้เรียนรู้แล้วก็จะมีแนวโน้มที่จะนำทักษะและการเรียนรู้เหล่านั้นนำมาใช้โดยอัตโนมัติ ทรัพยากรเหล่านี้โดยปกติถือได้ว่าเป็น “ทักษะที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการที่กระทำต่อกัน” โดยผู้คนจะใช้ทรัพยากรเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอในการติดต่อกับคนอื่นในชีวิตประจำวัน มนุษย์ใช้ทรัพยากรเหล่านี้ เพื่อที่จะได้สามารถทำในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นจริงขึ้นมาได้ในชีวิตทางสังคม เช่น ในการสนทนา การหามิตรภาพ และสิ่งต่างๆเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงแค่ส่วนหนึ่งของความสามารถส่วนตัวทั้งหมดของมนุษย์แต่ละคนเท่านั้น แต่มันยังเป็นส่วนหนึ่งขององค์ความรู้และทักษะทั้งหมดที่สังคมเป็นเจ้าของร่วมกัน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลิกภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล มีแนวโน้มที่จะผลักดันให้เกิดการกระทำของมนุษย์ตามที่มนุษย์ต้องการ มนุษย์กระทำกรอย่าง “สร้างสรรค์” ด้วยการนำเอาลักษณะเฉพาะของมนุษย์มาใช้กับความรู้ที่สังคมมีร่วมกัน มนุษย์ตีความ “กฎเกณฑ์” เกี่ยวกับการกระทำที่มนุษย์ต้องไปเกี่ยวข้องกับคนอื่น ๆ เช่น พ่อ แม่ เพื่อน เช่นเดียวกับการที่มนุษย์ทุกคนมีวิถีทางเฉพาะในการเข้าไปจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น การก้าวร้าว การขวยโอกาส ปฏิบัติการณ์ทางสังคมนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของมนุษย์ ในการปรับเปลี่ยนสภาวะการณ์ที่พวกเขาเข้าไปเกี่ยวข้องพร้อมๆกับสร้างซ้ำเงื่อนไขทางสังคมที่พวกเขาได้รับสืบทอดมาในอดีต และแน่นอนในการที่มนุษย์ตั้งใจกระทำสิ่งต่างๆในสถานการณ์ทางสังคม มนุษย์ได้ผลิตซ้ำเครือข่ายทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคม มาตรฐานทางสังคม บรรทัดฐานของการร่วมมือกันอย่างไม่ตั้งใจ

จะเห็นได้ว่า Giddens พยายามย้ำว่า ความหมายที่แท้จริงของ “โครงสร้าง” ในชีวิตทางสังคมนั้น สามารถมองได้ทั้งในแง่ที่เป็น สื่อกลาง (Medium) และผลลัพธ์ (Outcome) ของกิจกรรมทางสังคม กฎเกณฑ์และทรัพยากรที่เรานำมาใช้เป็นสื่อกลางของกิจกรรม ในแง่ที่มันช่วยให้เราสามารถทำสิ่งต่างๆและมีเจตนากรรมในการกระทำ ขณะเดียวกันมันยังเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามมาจากกิจกรรมของเรา เมื่อเรานำเอาคุณค่าของมันมาใช้ในการดำเนินกิจกรรม นอกจากนี้การวิเคราะห์ปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นไม่ควรละเลยการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ต่างๆอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ไม่มองโครงสร้างหรือตัวผู้กระทำไปในทางด้านใดด้านหนึ่งเพียงด้านเดียว

2.2 แนวคิด ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity)

สิ่งที่สำคัญในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์สังคมเสี่ยง (Risk society) นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงสภาวะการณ์ของความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) ก่อน เพราะสังคมเสี่ยง (Risk Society) เป็นผลกระทบที่ตามมาของการพัฒนาสังคมเข้าสู่ความเป็นสมัยใหม่ ภาวะสมัยใหม่สามารถเข้าใจได้ในหลายมิติ

- ความเป็นสมัยใหม่ คือ โลกอุตสาหกรรมที่ไม่เพียงจะพิจารณาจากสถาบันเท่านั้นแต่ ความเป็นอุตสาหกรรมยังหมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับที่กว้างขวาง บนพื้นฐานพลังจากวัตถุและเครื่องจักรในการผลิต

- ความเป็นสมัยใหม่ คือ การเปลี่ยนแปลงจากระบบดั้งเดิมมาเป็นระบบของเทคโนโลยี และการจัดองค์การอย่างมีระบบกฎเกณฑ์ในสังคม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะที่เจริญก้าวหน้าของเศรษฐกิจจนกระทั่งมีความมั่นคงทางด้านการเมืองเช่นเดียวกับประเทศตะวันตก (Moore, 1965:89)

- ความเป็นสมัยใหม่ คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในประเทศกำลังพัฒนากระบวนการที่นำไปสู่ความทันสมัยเกี่ยวข้องกับกระบวนการ 4 อย่างที่แตกต่างกัน

1. ทางด้านเทคโนโลยี สังคมจะเปลี่ยนจากการใช้เทคโนโลยีง่ายๆและดั้งเดิมไปสู่การใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์

2. ทางด้านเกษตรกรรมสังคมจะเปลี่ยนจากการทำการเกษตรเพื่อยังชีพไปสู่การผลิตสินค้าเกษตรกรรมเพื่อการค้า ซึ่งหมายรวมถึงการปลูกพืชที่ทำเงินเฉพาะอย่าง การซื้อสินค้าที่ไม่ใช่สินค้าเกษตรในตลาดและการว่าจ้างแรงงานเพื่อการเกษตร

3. ทางด้านอุตสาหกรรมจะเปลี่ยนจากการใช้แรงงานมนุษย์และสัตว์ไปสู่การทำ อุตสาหกรรมอย่างแท้จริง นั่นคือ การที่คนทำงานเพื่อค่าจ้างแรงงานโดยการใช้เครื่องจักรกล เพื่อ ทำการผลิตสินค้าส่งตลาด

4. ทางด้านการจัดการทางนิเวศวิทยา จะเปลี่ยนจากการตั้งถิ่นฐานกระจายไปในที่ เพาะปลูกและหมู่บ้านไปสู่การตั้งถิ่นฐานในเมือง (นิภา เมืองรัตน์, 2541:36)

- ความเป็นสมัยใหม่ คือ ความเป็นทุนนิยม ที่ระบบของการผลิตเกี่ยวกับการแข่งขันทาง การตลาดโดยอาศัยแรงงาน (Giddens, 1991: 15) ส่งผลทำให้เกิดสงครามทางอุตสาหกรรม ภาวะสมัยใหม่ทำให้เกิดรูปแบบทางสังคมที่มีลักษณะเป็นรัฐชาติที่เน้นการขยายดินแดนโดยระบบ ทุนนิยมและการทำให้เป็นประชาธิปไตย

2.2.1 ความหมายของประชาธิปไตย

สิ่งแรกที่ยากจะนำเสนอ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความหมายของคำว่าประชาธิปไตยนั้น ประชาธิปไตยก็จะหมายถึงการปกป้องรักษา “อิสรภาพและความสัมพันธ์ที่มีความเท่าเทียมต่อกัน” ระหว่างความเป็นปัจเจกชนในเรื่องดังต่อไปนี้คือ

: การสร้างสรรค์ของสถานการณ์ ซึ่งแต่ละบุคคลสามารถที่จะพัฒนาไปในแนวทางต่างๆ และแสดงออกซึ่งทิศทางหลากหลาย กฎเกณฑ์สำคัญของการสร้างสรรค์สถานการณ์ก็คือ ความเป็น ปัจเจกชนซึ่งยอมรับนับถือในความสามารถของตนเองหรือความสามารถของผู้อื่น หรือสิ่งอื่น ๆ ที่ อยู่ในตัวเขา

: การปกป้องบุคคลต่อสิ่งที่ไร้เหตุผล และความไม่มีกฎเกณฑ์ในอำนาจทางการเมือง และอำนาจในการกดขี่ข่มเหง ซึ่งจะมีการแลกเปลี่ยนอันเกิดจากการกระทำซึ่งกันและกัน

: การที่ปัจเจกชนที่ได้เข้าไปยุ่งเกี่ยวพัวพันกับสถานการณ์ใด ๆ ในสังคมเขาก็จะต้องให้ ความเคารพต่อการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของส่วนรวม

: การแผ่ขยายของโอกาสทางเศรษฐกิจ ที่จะพัฒนาไปสู่การเข้าถึงแหล่งผลประโยชน์ รวมไปถึง แนวโน้มของการที่ปัจเจกบุคคลจะได้รับการตอบสนองในเรื่องทางกายภาพต่าง ๆ อย่างดีที่สุดเท่าที่ความสามารถของเขาจะทำได้

แนวคิดในเรื่องของความเป็นอิสระในตนเองได้เชื่อมโยงเข้าไปสู่เรื่องอื่น ๆ ที่หลากหลาย ความเป็นอิสระหมายถึงความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะ “สะท้อนความเป็นตัวเองและ กำหนดความเป็นตัวเอง” นำไปสู่ เจตนาการตัดสินใจ การเลือกสรร และการแสดงออกต่าง ๆ ที่ แตกต่างกันไป อย่างไรก็ดีตามกระบวนการเคลื่อนไหวที่จะนำไปสู่ความเป็นอิสระซึ่งกลายเป็น

สิ่งที่เป็นไปได้และมีความจำเป็น ปัจเจกชนจะต้องมีความเป็นอิสระและความเท่าเทียมกันในการกำหนดสถานภาพต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ พวกเขาจะต้องมีความพึงพอใจในความเท่าเทียมกันของเรื่องสิทธิ (เช่น ในเรื่องของพันธะหน้าที่ต่าง ๆ) ในรูปแบบของสิ่งที่ได้มีการจัดการและมีข้อกำหนด ข้อจำกัดในเรื่องของโอกาสที่สามารถเข้าถึงได้ สิ่งเหล่านี้ไม่ควรทำให้แปรเปลี่ยนไปสู่การล้มล้างหรือปฏิเสธในเรื่องความถูกต้องของสิทธิและอื่น ๆ

ประชาธิปไตยนั้น มิได้เพียงแต่แสดงนัยยะแต่เพียงเรื่องของสิทธิแห่งความเป็นอิสระและความเท่าเทียมกันของการพัฒนาตนเอง แต่รวมไปถึงข้อจำกัดขององค์ประกอบในเรื่องของอำนาจ “เสรีภาพของความเข้มแข็ง” จะต้องได้รับการควบคุมเหนี่ยวรั้งไว้แต่ก็ไม่ได้หมายถึงการปฏิเสธอำนาจในทุกรูปแบบอย่างสิ้นเชิง

อำนาจ (Authority) สิ่งหนึ่งที่แสดงถึงความเข้มแข็งและความมั่นคงในหลักการแห่งความเป็นอิสระ ในความหมายอื่น ๆ นั้น คือขอบเขตของการปกป้องเหตุผลซึ่งสามารถระบุได้ว่าทำไมเราจึงอนุโลมหรือยินยอมให้มีความอิสระเพิ่มขึ้นไม่ว่าในปัจจุบันหรือในอนาคต ในเรื่องของความเสมอภาคเท่าเทียมกันจะไม่เกิดความสมบูรณ์เลยในเรื่องของหลักการแห่งอิสรภาพถ้าปราศจากเงื่อนไขของการปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริง เงื่อนไขดังกล่าวคืออะไรบ้าง

1. จะต้องมีความเสมอภาคเท่าเทียมกันในเรื่องของอิทธิพลของสิ่งที่จะตามมา จากสิ่งที่ก่อให้เกิดความปรารถนา เช่นหลังจากการเลือกตั้งโดยการลงคะแนนเสียงแบบ 1 เสียงเลือกได้ 1 คน การแสดงออกถึงความนิยมชมชอบต่อปัจเจกบุคคลต้องมีเสมอภาคเท่าเทียมกัน คือ ทุกคนได้รับ 1 เสียง จาก 1 คน ผู้ที่เข้ามามีอำนาจเกิดจากการมีส่วนร่วมทางการเมือง ระเบียบของความ เป็นประชาธิปไตยนำมาซึ่งการจัดรูปแบบของสถาบันเพื่อการปรองดองสมานฉันท์ การทำความตกลง และการค้นหาการประนีประนอมเมื่อถึงคราวที่จำเป็น

2. ควรจะต้องมีการเปิดเวทีสาธารณะให้มีการพิจารณาในสิ่งที่ต้องการความเชื่อมั่น จะมาจากเรื่องของประโยชน์และความเปิดเผย รวมถึงการปกป้องในสิ่งเหล่านี้ด้วย เป็นเหมือนสิ่งที่เป็นตัวเรียวร้อยตักทรายละเอียดของระเบียบทางการเมืองประชาธิปไตยให้อยู่เป็นที่เดียวกัน

3. หลักแห่งความเป็นอิสระนั้นหมายความว่าถึงสิทธิพิเศษและข้อตกลงต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหา และใจความซึ่งไม่ได้เป็นแบบปกติธรรมดาทั่วไป ความพิเศษของรายละเอียดภายในของเรื่องสิทธิ นั้นมาจากข้อบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญและระเบียบในเรื่องของการปกครองในตัวเอง สิทธิ ความชอบธรรมและรูปแบบที่สำคัญของการใช้อำนาจและการใช้งานได้อย่างเป็นรูปธรรม ในรัฐธรรมนูญนั้นสิทธิและหน้าที่เป็นการตกลงกัน และไม่สามารถที่จะให้ใครมาถือครองไว้แต่ผู้เดียวได้ (Cassell, 1993: 306-308)

จะเห็นได้ว่าภาวะความทันสมัยในสังคมตามความหมายของ Giddens เป็นภาวะที่คนในสังคมมีความเป็นปัจเจกบุคคลและมีอิสระเสรีภาพตามระบอบประชาธิปไตยมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดลักษณะเฉพาะของชีวิตทางสังคมในสังคมสมัยใหม่ที่มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ

1. การแยกของเวลา (Time) และพื้นที่ (Space)

Giddens ให้ความสำคัญกับวิธีการที่พฤติกรรมทางสังคมและการเผชิญหน้ากันของพฤติกรรมทางสังคมได้มีพัฒนาการตัวมันเองผ่านมิติของพื้นที่และเวลา เพราะการก้าวเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เวลาไม่ผูกติดอยู่กับที่ตั้ง (Locale) ของฉากเหตุการณ์ต่างๆอีกต่อไปแต่ถูกทำให้มีมาตรฐานสากล (จันทน์ เจริญศรี, 2544:99) ดังนั้นแง่มุมหรือมโนทัศน์ของเวลาที่แตกต่างกัน มีความสำคัญและมีความเกี่ยวข้องกันในการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ เวลาเชิงชีวประวัติ (biographical time) มีความเกี่ยวข้องกับตัวเราในแง่ของการมีอายุเพิ่มขึ้นและช่วงชีวิตของพวกเรา แต่ละคนเวลาเวลาอีกรูปแบบหนึ่ง คือ เวลาเชิงสถาบันหรือองค์การ (institutional and organization time) ซึ่งพวกเราทุกคนมีส่วนร่วมในรูปแบบต่างๆทางสังคมที่ดำรงอยู่ก่อนพวกเราหรือยืนยาวกว่าตัวเราในฐานะปัจเจกบุคคล แง่มุมที่แตกต่างของเวลาเหล่านี้ได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการดำรงอยู่ในชีวิตประจำวันของมนุษย์

พื้นที่ (Space) ในงานเขียนของ Giddens คือ สถานที่ที่เกิดปรากฏการณ์ (locale) ซึ่งหมายถึงการใช้พื้นที่ในการกำหนดเงื่อนไขให้กับการกระทำร่วมกัน เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ร้านค้า หรือแม้แต่สถานที่ที่กว้างขวาง ล้วนเป็นตัวอย่างของสถานที่ที่เกิดปรากฏการณ์ ในแง่ที่ว่าเป็นการเชื่อมโยงตำแหน่งแห่งที่ทางกายภาพเข้ากับแง่มุมที่มีความเป็นสถาบันมากยิ่งขึ้นของชีวิตทางสังคม หรือกล่าวอีกนัยว่าพื้นที่ต่างๆไม่ใช่เป็นแค่เพียงพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น ทว่าเป็นพื้นที่ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์การดำเนินการที่เป็นรูปแบบเฉพาะรูปแบบต่างๆของการยอมรับสิทธิอำนาจ

2. การยึดขยายตัว (Disembedding)

สิ่งสำคัญอีกแง่มุมหนึ่งในข้อเสนอของ Giddens คือ “การยึดขยายตัว” ของความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่ของเวลาและพื้นที่ เพราะในสังคมแบบเก่า (traditional societies) ชีวิตประจำวันทางสังคมส่วนใหญ่ จะกระทำบนพื้นฐานของการเห็นหน้าค่าตากัน (face-to-face) ซึ่ง Giddens เรียกลักษณะเช่นนี้ว่า “มีความเป็นไปได้ของการปรากฏตัวให้เห็นในระดับสูง” (high presence availability) แต่เมื่อสังคมมีความสลับซับซ้อนขึ้น ชีวิตทางสังคมส่วนใหญ่ได้ถูกทำให้มีความเป็น

สถาบันและรวมศูนย์หรือกล่าวให้เข้าใจมากยิ่งขึ้น คือ ได้ถูกเคลื่อนย้ายจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่นี้ และขณะนี้และถูกแทนที่ด้วยปริมาณพลและองค์การที่มีการเน้นความเฉพาะด้าน จึงเท่ากับมีการเพิ่มมิติให้กับการดำรงอยู่ทางสังคมมนุษย์ เพราะไม่เพียงแต่พวกเขาจะมีปฏิสัมพันธ์กันบนพื้นทางของความใกล้ชิดแบบเห็นหน้ากันเท่านั้น พวกเขายังได้รับอิทธิพลจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่มีลักษณะกระจายตัวมากยิ่งขึ้น ซึ่งยืดขยายตัวออกไปในแง่ของเวลาและพื้นที่ ซึ่งในสังคมสมัยใหม่ การขยายตัวในมิติของเวลาและพื้นที่เช่นนี้มีความสำคัญ เพราะเป็นนัยบ่งชี้ว่ามนุษย์ไม่สามารถที่จะปรากฏตัวให้เห็นซึ่งกันและกันในเชิงกายภาพเพื่อจะได้มีปฏิสัมพันธ์กันอีกต่อไป

การแยกตัว (Disembedding) เป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วยกลไกสองประการที่สำคัญคือ

- **การใช้ตัวแทนเชิงสัญลักษณ์(Symbolic token)**ซึ่งตัวแทนทางสัญลักษณ์ที่สำคัญที่สุดคือ “เงิน” ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการแยกตัวได้ เนื่องจากทำให้การแลกเปลี่ยนสินค้าไม่ต้องทำกันโดยตรงและสามารถทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้ามพื้นที่และเวลาได้ เงินจึงเป็นสัญลักษณ์ในสังคมสมัยใหม่ที่ถูกไว้วางใจว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (Giddens, 1994: 89)

- **ส่วนกลไกประการที่สองคือ การมีระบบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Expert system)** ซึ่งมีผลอย่างสำคัญต่อวิถีชีวิตในสังคมสมัยใหม่ โดยรู้ตัวหรือไม่ก็ตาม ทุกคนในสังคมล้วนใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้นเช่น เมื่อเข้าบ้านและกดสวิตช์ไฟฟ้าเท่ากับเราใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านอิเล็กทรอนิกส์แล้ว ทั้งนี้โดยที่เราไม่จำเป็นต้องมีความรู้ใดๆเกี่ยวกับการทำงานของไฟฟ้าเลย หรือแม้แต่การออกจากบ้านโดยสารถก็เป็นการใช้บริการจากวิศวกรโดยไว้วางใจว่ารถจะไม่ระเบิดหรือควบคุมไม่ได้ ทั้งนี้โดยที่เราไม่ต้องรู้จักคนที่ทำงานเหล่านี้เลย ซึ่งหมายความว่าความไว้วางใจในสังคมสมัยใหม่ไม่ได้มีผลมาจากความสัมพันธ์ส่วนตัวเหมือนสังคมแบบดั้งเดิม แต่โดยที่อาศัยความเป็นสถาบันของระบบผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ ระบบผู้เชี่ยวชาญทำให้เกิดการแยกตัวออกจากกัน (ไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กันโดยตรง)แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ระบบผู้เชี่ยวชาญจะเกิดขึ้นได้ เนื่องจาก

: ความไว้วางใจ (Trust) ในระบบผู้เชี่ยวชาญ ในสังคมสมัยใหม่ที่ระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคมมีการยืดขยายออกไป คนในสังคมมีความเป็นปัจเจกบุคคลมากยิ่งขึ้นดังนั้นสิ่งที่จะแสดงถึงการมีตัวตนอยู่ของบุคคลและสร้างความรู้สึกลดภัยในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมก็คือความไว้วางใจในระบบผู้เชี่ยวชาญการเลือกที่จะให้ความศรัทธาในปัจเจกบุคคลและองค์กรโดย

มองประชาชนกลายเป็นผู้พึ่งพากลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกลุ่มเล็กๆ โดยเฉพาะตัวอย่างในเรื่องของความรักและการแต่งงาน ถือเป็นเรื่องการค้นหาความรู้สึกที่ปลอดภัยและสร้างความรู้สึกร่วมตัวและมั่นใจโดยความกังวลจะเริ่มสูงขึ้นเมื่อขาดความสัมพันธ์ในความรักที่มั่นคงรอบๆตัวในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเพศและบทบาทครอบครัวบุคคลสนใจการรักษาความรู้สึกส่วนตน เช่น ความต้องการมีความสัมพันธ์แบบปิดกับบุคคลอื่น แต่ในโลกสมัยใหม่การเปิดตนเองไปสู่ผู้อื่นทำให้เกิดผลของระบบความสัมพันธ์ คือ จุดแห่งความไม่ปลอดภัยในชีวิตที่บุคคลไว้วางใจในระบบผู้เชี่ยวชาญ เพราะจะนำไปสู่ความเสี่ยงในสังคมสมัยใหม่

3. การทบทวน (Reflexive)

จะเห็นได้ว่าสิ่งที่สำคัญในสังคมสมัยใหม่ คือการทบทวนในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใช้สติ การทบทวนในสังคมสมัยใหม่แสดงให้เห็นถึงการมีอยู่ของกิจกรรมทางสังคมและความสัมพันธ์ทางวัตถุกับธรรมชาติ (Giddens, 1991 : 20) ที่ได้รับการพิจารณาใหม่จากความรู้ใหม่ ยกตัวอย่างเช่น ยุคกลาง องค์ความรู้ยังยึดติดกับความเชื่อทางศาสนา ส่วนยุคสมัยใหม่องค์ความรู้เปลี่ยนไปโดยเสนอให้ใช้เหตุผลและวิทยาศาสตร์เข้ามาแทนที่ ซึ่งการทบทวนของวิทยาศาสตร์มีลักษณะเป็นวิธีวิทยา ซึ่งทำให้เกิดความสงสัยความไม่แน่นอนของความรู้ การค้นพบครั้งใหม่ไม่ได้ถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกที่สุด เพราะจะมีการค้นพบใหม่ทำให้ความเชื่อเดิมสลายไปกระบวนการทางวิทยาศาสตร์กลายเป็นสิ่งมาน่าเชื่อถือและหายไป ส่วนการทบทวนในทางสังคมศาสตร์ที่Giddensนำเสนอขึ้นเนื่องจากสังคมสมัยใหม่เป็นสังคมที่ความรู้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตสังคม ดังนั้นความรู้และการค้นพบใหม่จึงถูกนำไปใช้ตลอดเวลาและยิ่งถูกนำไปใช้สังคมก็ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลง

2.2.2 สังคมไทยกับภาวะความทันสมัย

จากมโนทัศน์ทั้ง 3 ในข้อ 2.2.1 ที่ Giddens ได้อธิบายไว้ ถ้าเรานำมโนทัศน์ทั้ง 3 มาวิเคราะห์สังคมไทย เพื่อตอบข้อสงสัยที่ว่า“สังคมไทยเป็นสังคมทันสมัยแล้วหรือยัง” หากจะใช้มโนทัศน์ทั้ง 3 ในการอธิบายพบว่า

1. การแยกของเวลาและพื้นที่ หมายถึงคนในสังคมไม่จำเป็นต้องถูกจำกัดให้อยู่เฉพาะสถานที่และเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่สามารถก้าวข้ามไปข้ามมาระหว่างพื้นที่และเวลาได้นั้นหมายความว่า ในสังคมสมัยก่อนพ่อค้าทางไกลอาจใช้ความต่างของพื้นที่ สร้างผลกำไรเมื่อนำสินค้าจากที่หนึ่งไปขายยังที่หนึ่ง แต่ปัจจุบันสังคมโลกถูกย่อด้วยเวลานายทุนสามารถจัดการการผลิตและเคลื่อนย้ายการผลิตได้อย่างรวดเร็วและสร้างผลกำไรจากแหล่งที่มีวัตถุดิบและ

แรงงานราคาถูกเพื่อขายสินค้าได้อย่างรวดเร็ว บริการลูกค้าได้เร็วที่สุดเพื่อให้ลูกค้าใหม่คนอื่นเข้ามาใช้บริการต่อเนื่องได้อย่างรวดเร็วเช่น การสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทำให้การซื้อขายเกิดขึ้นภายใน 1 นาที การลงทุนในตลาดหุ้นเราจะเห็นได้ว่าสิ่งต่างสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมไทยที่มีบริการต่างๆที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคในลักษณะของการบริการที่รวดเร็วทันใจเกิดขึ้นอย่างมากมายเช่นการจ่ายเงินบิล ค่าไฟฟ้า ค่าน้ำประปา ที่ร้านสะดวกซื้อ การซื้อตั๋วหนังผ่านอินเทอร์เน็ตบริการต่างๆได้ยอพื้นที่อันกว้างใหญ่ไพศาลให้อยู่ภายในเวลาที่จำกัดได้

2. การขยายตัวของระบบความสัมพันธ์หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคมปัจจุบันมีความสัมพันธ์กันบนพื้นฐานการกระจายตัวมากยิ่งขึ้นโดยใช้ระบบเทคโนโลยี ซึ่งสิ่งที่ทำให้คนในสังคมยอมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กันโดยไม่จำเป็นต้องเห็นหน้ากันนั้น เพราะการเกิดขึ้นของตัวแทนสัญลักษณ์และความเป็นผู้เชี่ยวชาญ ปรากฏการณ์ดังกล่าวก็สามารถพบเจอได้ในสังคมไทยที่คนในสังคมรู้จักกันบนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยี โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตที่ทำให้คนรู้จักกันโดยการส่งอีเมลล์ฝากข้อความต่างๆหรือการเข้าเป็นสมาชิกในสถาบันหรือมีการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการ สิ่งที่ทำให้คนไว้วางใจในการแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการคือ เงิน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ที่คนในสังคมยอมรับและมีปฏิสัมพันธ์กันโดยไม่ต้องใช้ระบบแลกเปลี่ยนแบบของต่อของอีกต่อไป โดยมีการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญในสถาบันการแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในการแลกเปลี่ยน

3. การทบทวน หมายถึงการเกิดขึ้นของระบบตรวจสอบในสังคมอันเป็นผลมาจากการพัฒนาทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์ที่ทันสมัย เช่น การมีระบบตรวจสอบทางวิศวกรรมในการก่อสร้างอาคาร การมีระบบตรวจสอบการทำงานของระบบขนส่งมวลชน สิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นเพราะความพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ที่เกิดขึ้นที่ไม่ได้แค่ส่งผลดีให้กับชีวิตในสังคม แต่ในอีกมุมหนึ่งก็ทำให้ชีวิตมนุษย์ตกอยู่ในอันตราย การมีระบบตรวจสอบจึงสร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคมให้กับมนุษย์มากขึ้น ในสังคมไทยระบบตรวจสอบการทำงานที่เกิดขึ้นในสังคมมีหลายด้าน เช่น ด้านเครื่องจักรมีวิศวกรในด้านต่างๆตรวจสอบการทำงาน ด้านการศึกษามีระบบประกันสุขภาพ ด้านการแพทย์มีแพทยสภาคอยดูแลในเรื่องการทำงานของแพทย์

จากมโนทัศน์ทั้ง 3 ประการนี้ สรุปได้ว่าสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสมัยใหม่อย่างเต็มที่แล้ว

2.3 แนวคิดวาทกรรมความรู้ ความจริง (Discourse on Knowledge and Truth)

ก่อนจะทำความเข้าใจแนวคิดวาทกรรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่(Discourse on Biomedicine) จะต้องทำความเข้าใจ แนวคิดวาทกรรมของความรู้ ความจริง(Discourse on Knowledge and Truth) ของ Michel Foucault กันเสียก่อน Michel Foucault มองอำนาจว่ามี ความซับซ้อนและอำนาจตัวมันเองอย่างแนบเนียน แทรกซึมอยู่ทั่วไปและทำการควบคุมมนุษย์ อย่างแนบคาย ยากที่จะบอกได้ว่าแหล่งที่มาของอำนาจอยู่ที่ใด อำนาจแฝงตัวอยู่ในวาทกรรมและ อาศัยวาทกรรมในการเสกสรรปั้นแต่งให้สิ่งต่างๆ ต้องเป็นอย่างใดอย่างหนึ่งวาทกรรมเป็นการ นิยามหรือกำหนดความหมายและตำแหน่งแห่งที่ของสิ่งต่างๆ ทั้งโดยเปิดเผยและมีนัยแฝงเร้นอยู่ อีกทั้งวาทกรรมกระแสหลักในสังคมนั้นมักอิงความรู้หรือสถาบันทางสังคมที่กำหนดว่าสิ่งต่างๆ ควรมีมาตรฐานอย่างไร (Michel Foucault, 1980 อ้างในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546 : 12) และความรู้และความจริงเป็นเสมือนสิ่งของที่ถูกผลิตขึ้น (Foucault, 1980 : 131-133 อ้างใน ศุภชัย เจริญวงศ์, 2544 : 13)

Foucault เชื่อว่าการถ่ายทอดความรู้คือกระบวนการทางวัฒนธรรมที่สำคัญและ กระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนเชื่อมโยงกับอำนาจ ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยเปิดเผยมี รูปแบบที่เห็นได้ชัดและที่ซ่อนอยู่มองไม่เห็นรูปแบบ เขาชี้ให้เห็นถึงการที่ผู้รู้สามารถนำความรู้ไป ใช้ประโยชน์ และยังชี้ให้เห็นข้อแตกต่างระหว่างความรู้ การตีความความรู้หรือปรากฏการณ์ข้อ แตกต่างระหว่างการบันทึกหรือนำเสนอหรือตีความข้อมูลทั้งหมดนี้เกี่ยวข้องกับอำนาจอย่าง หลีกเลี่ยงไม่ได้ การนำเสนอข้อมูลหรือความรู้ การทอดความรู้สู่กระบวนการทางวัฒนธรรมและ สังคม ทำให้ความรู้หรือข้อมูลนั้นได้รับอิทธิพลจากสังคมหรือผู้มีอำนาจในสังคมเช่น การมอง ความสัมพันธ์หญิง-ชายซึ่งควรจะเป็นความสัมพันธ์ที่มีได้หลายรูปแบบ แต่เมื่อถูกถ่ายทอด ความรู้ ที่ถ่ายทอดจะออกมาในรูปว่าชายมีความยิ่งใหญ่และมีอำนาจเหนือหญิง ความรู้จึงเป็นความจริงที่ ถูกสร้างโดยสังคม (reality is socially constructed) และเมื่อถูกถ่ายทอดความรู้ที่ถูกสร้างโดย สังคม สมาชิกในสังคมก็อาจมีระบบความรู้ ความเชื่อเดิมและสร้างระบบคิด หรือระบบความรู้ ใหม่ได้ (Deconstructed and Reconstructed) (อมรา พงศาพิชญ์, 2545 : 65)

Foucault เห็นว่าความรู้และอำนาจ เป็นสิ่งที่ไม่อาจแยกออกจากกัน แนวคิดดังกล่าว ก่อให้เกิดความสงสัยในวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นความรู้ที่ถูกจัดให้อยู่ในลำดับสูงสุดของความรู้ทั้งปวง ในยุคสมัยใหม่ โดยการอ้างว่าความรู้แบบวิทยาศาสตร์นั้นคือความรู้ที่จริงที่สุด เพราะปลอด ค่านิยม แต่ Foucault สามารถแสดงให้เห็นว่าแท้ที่จริงแล้ว มันกลับเป็นความรู้ที่ให้ประโยชน์กับ

กลุ่มชนชั้นนำในสังคม เขาพบว่าแม้ความรู้เกี่ยวกับสังคมตัวเองก็ยังค้นหาความจริง ความถูกต้อง ได้ยาก เพราะการค้นพบความรู้เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งต้องผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล ประเด็นปัญหาเรื่องคุณภาพหรือคุณลักษณะของข้อมูล จึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ผู้ศึกษาต้องตระหนักว่าคุณภาพของข้อมูลในประวัติศาสตร์ขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้บันทึก ต้องการนำเสนอมุมมองใดและโครงสร้างอำนาจของสังคมช่วงสมัยนั้นเป็นอย่างไร (อมรา พงศาพิชญ์, 2545 : 65-66)

แนวคิดข้างต้นสอดคล้องกับงานศึกษาเรื่องความรู้และอำนาจของ นิธิ เอียวศรีวงศ์ (2545) ที่มองว่าความรู้คืออำนาจก็จริง แต่ใครที่กำหนดว่าอะไรคือความรู้ย่อมมีอำนาจสูงสุด ความรู้บางอย่างหนึ่งย่อมให้อำนาจแก่คนอีกกลุ่มหนึ่งแทน เพราะความรู้ไม่ใช่ข้อเท็จจริง แต่เป็นการประมวลข้อเท็จจริงในกรอบของคำถามและแนวทางของคำถามที่เราสร้างขึ้นเอง ข้อเท็จจริงบางอย่างเท่านั้นที่ถูกเลือกสรรมาสนับสนุนความรู้ จึงทำให้ข้อเท็จจริงเหล่านั้นได้ศักดิ์ศรีของความรู้ไปด้วย จะเห็นได้ว่านิธิมองความรู้เป็นเพียงข้อเท็จจริงที่ได้ประมวลเลือกสรรและทำให้มีศักดิ์ศรีเพื่อให้อำนาจกับกลุ่มคนที่สร้างความรู้เท่านั้น

จากงานศึกษาของจันทน์ เจริญศรี(2544)เห็นว่าอิทธิพลจากแนวคิดแบบหลังสมัยใหม่ อาจแยกได้เป็นสองส่วน ส่วนแรกคือความเปลี่ยนแปลงในภาวะทางสังคมและส่วนที่สองเป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงปรัชญาว่าด้วยความรู้ ทั้งสองส่วนนี้มีความเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้งในอิทธิพลจากแนวคิดดังกล่าวเพราะการอ้างความเปลี่ยนแปลงในภาวะทางสังคม ย่อมนำไปสู่การตั้งคำถามต่อการเปลี่ยนแปลงในปรัชญาความรู้ว่าจำเป็นหรือไม่เพียงใดที่จะต้องเปลี่ยนแปลงตาม ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงในส่วนของปรัชญาว่าด้วยการหาความรู้ก็อาจจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความเข้าใจที่มีต่อภาวะทางสังคมได้ด้วยเช่นกัน(จันทน์ เจริญศรี, 2544 : 2) จันทน์ได้เสนอว่าในกลุ่มนักคิดแนวหลังสมัยใหม่ที่มีจุดยืนแบบประนีประนอม (Affirmative Postmodernist) เห็นว่าแม้จะมีการตีความได้หลากหลาย แต่การตีความหนึ่งๆ อาจจะถูกถือว่าเป็นความจริงได้ต่อกลุ่มหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น และจะต้องไม่อ้างความเป็นจริงทางสังคมมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนแนวคิดความรู้ ความจริงข้างต้นนี้ ทำให้เราเห็นชุดของความรู้และความจริงในสังคมเราว่ามีมากมายหลากหลายระดับและมิติเราไม่อาจตีความความรู้ข้ามวัฒนธรรมและเวลาได้ มนุษย์ในสังคมอาจถูกทำให้เชื่อโดยชุดขององค์ความรู้ชุดใดชุดหนึ่งจากการถ่ายทอด การเรียนรู้ การแพร่กระจายตามช่องทางสื่อต่างๆ อีกทั้งสภาพแวดล้อมก็ทำให้เรา

รับรู้ความรู้บางอย่างไปโดยไม่ตั้งคำถาม แต่ทว่าในความเป็นจริงแล้วความรู้ที่เกิดขึ้นในสังคมเรานี้ ล้วนเกิดจากการสร้าง การตีความ และการอธิบายจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งล้วนเป็นความรู้ที่พวกเขา ได้เลือกคัดสรรข้อเท็จจริง เพื่อต้องการให้เป็นความรู้หลักในสังคมและสร้างความชอบธรรมเฉพาะ กลุ่ม ตรงจุดนี้เราได้รับรู้ถึงกระบวนการใช้ความรู้ อำนาจเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและครอบงำ ผู้คน โดยที่ผู้มีความรู้บางกลุ่มมักจะยึดติดความรู้พร้อมทั้งกีดกันความรู้ในมิติและระดับอื่น ว่า มิใช่ความรู้ เป็นผลให้ความรู้ที่มนุษย์ในสังคมรับรู้ นั้นเป็นเพียงส่วนเล็วหนึ่งของความเป็นจริงใน สังคมเท่านั้น และจากแนวคิดดังกล่าว สามารถนำมาอธิบายวาทกรรมความรู้ที่เกิดขึ้นในทาง การแพทย์สมัยใหม่ได้ดังต่อไปนี้

2.3.1 แนวคิดวาทกรรมความรู้การแพทย์สมัยใหม่ (Discourse on Biomedicine)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีงานศึกษาที่วิพากษ์วาทกรรมความรู้เรื่องสุขภาพของ ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นการเปิดมิติใหม่ในการทำความเข้าใจภาวะสุขภาพ การรักษาพยาบาลโดยนำมิติทางจิตวิญญาณ สังคมและสิ่งแวดล้อมเข้ามาใช้ในการมองปัญหาในงาน ศึกษาของDas (1998) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลของสาร methyl isocyanate (MIC) จากโรงงานยูเนี่ยนคาร์ไบด์ ณ เมืองโบพาล ประเทศอินเดีย เมื่อวันที่ 2-3 ธันวาคม ค.ศ. 1984 อุบัติการณ์ครั้งนี้ได้กลืนกินชีวิตผู้คนไปทันที 2,500 คน และยังมีผู้ประสพภัยหรือเหยื่ออีก จำนวนมากที่รอคอยกระบวนการวินิจฉัยจากศาลและการแพทย์ ให้นับพวกเขาเป็นผู้ป่วย บริษัทยูเนี่ยนคาร์ไบด์ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลให้ผลิตสารเคมีร้ายแรง ทั้งรัฐบาลและบริษัทต่างรู้ดี ว่าสินค้าที่ผลิตคืออะไร มีอันตรายอะไร แต่ไม่มีใครบอกให้ประชาชนได้รับรู้ ประชาชนที่อาศัยอยู่ รอบๆ โรงงานไม่เคยได้รับการแจ้งเตือนหรือรับรู้เกี่ยวกับสินค้าที่ผลิตอยู่ใกล้ตัวพวกเขา ว่ามีอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างไร พวกเขาจึงไม่ได้ระวังหรือวางมาตรการป้องกันแต่อย่าง ใด ดังนั้นเมื่อเกิดการรั่วไหลของแก๊ส จึงทำให้ผลกระทบจากโศกนาฏกรรมครั้งนี้

ระยะแรกบริษัทยูเนี่ยนคาร์ไบด์กล่าวถึงสารเคมีที่รั่วไหลออกมาว่าไม่มีอันตรายร้ายแรง มีสภาพเหมือนแก๊สน้ำตา มีผลให้เกิดการระคายเคืองเล็กน้อยเท่านั้น Dr.Peter Halberg แพทย์ บริษัทยูเนี่ยนคาร์ไบด์กล่าวว่า MIC ทำให้กลุ่มเมฆเกาะกันอย่างแน่นหนาเท่านั้น ไม่มีผลต่อชีวิต แต่อย่างไรและให้เหตุผลการเสียชีวิตของผู้ประสพภัยว่าเด็กเสียชีวิตเนื่องจากปอดติดเชื้อ ผู้สูงอายุเสียชีวิตเพราะข้อจำกัดของปอด ส่วนกลุ่มที่วิ่งหนีแก๊สรั่วและเสียชีวิต เป็นเพราะปอด ขยายตัวเร็วเกินไป บริษัทยูเนี่ยนคาร์ไบด์ ปฏิเสธว่า MIC ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอดและ ประสาทสัมผัส บริษัทยังนำข้อมูลผู้ประสพภัยจากรัฐบาล Madhya Pradesh ยืนยันถึงผลกระทบ

ที่ชาวบ้านได้รับและได้สรุปว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับชาวบ้านนั้นไม่รุนแรงและผู้ได้รับผลกระทบมีจำนวนไม่มาก และยังกล่าวว่า ชาวบ้านจำนวนมากอ้างสิทธิว่าป่วยโดยปราศจากหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (false claims) สิ่งที่สร้างความขุ่นเคืองกับผู้ป่วยอีกประการหนึ่งคือ แพทย์วินิจฉัยว่าความทุกข์และความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเผชิญอยู่นั้น เป็นผลจากการขาดสารอาหารหรือโรคที่เป็นอยู่ก่อนหน้านี้ (Das, 1998:137-174 อ้างในมาลี สิทธิเกรียงไกร, 2546 : 2-3)

ในกรณีโศกนาฏกรรมนี้ Das มองว่าเราควรพิจารณาอย่างลึกซึ้งถึงความหมายและความเป็นจริงที่ซ่อนอยู่ในส่วนของคำอธิบายความเจ็บปวดของผู้เคราะห์ร้าย ซึ่งเป็นคำพูดที่มักถูกตัดออกโดยวาทกรรมในกระบวนการยุติธรรมที่สามารถครอบงำ บิดเบือน สร้างความเข้าใจไปอีกด้านหนึ่งได้ และความเจ็บปวดที่ยิ่งกว่านั้นคือ ผู้เคราะห์ร้ายมักถูกวินิจฉัยว่าแสวงทำป่วยเพื่อจะไม่ต้องทำงานในด้านที่รับรู้แล้วบุคคลเหล่านี้เกิดภาวะความเศร้าทุกข์ทรมานทั้งกายและจิตใจแต่ทว่ากลับกลายมาเป็นกลุ่มคนที่สังคมมองว่าเขาผิดปกติ วิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือที่ตอกย้ำกฎ ข้อควรปฏิบัติซึ่งทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็นคนที่ไร้ศีลธรรมกรณีโศกนาฏกรรมนี้ ผู้เคราะห์ร้ายได้ถูกวินิจฉัยผ่านกระบวนการของวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งกลายมาเป็นตราบาปแก่พวกเขา ถ้าแพทย์ไม่เข้าใจโรคของผู้เคราะห์ร้ายด้วยเครื่องมือของวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ผู้เคราะห์ร้ายก็ต้องเป็นผู้ผิดปกตินี้คือข้อความที่ผู้ป่วยตระหนักจากการวินิจฉัยของทางการแพทย์ (Das, 1998 : 173-174) และในงานศึกษาของ Friedson ที่พบว่าอำนาจของการแพทย์นั้นมีที่มาจากประสิทธิภาพของการเยียวยารักษาโรคเท่ากับ เกิดจากประสิทธิภาพในการนิยามความจริงที่เกี่ยวกับชีวิต การแพทย์ได้สร้างบรรทัดฐานทางสังคมว่าสิ่งต่างๆ ควรเป็นไปอย่างไร สังคมควรปฏิบัติต่อเรื่องหนึ่งๆ อย่างไร บุคคลควรมีพฤติกรรมอย่างไรจึงถือว่าถูกต้องค่านิยมและบรรทัดฐานทางสังคมเหล่านี้กลายเป็นกรอบที่สังคมใช้ตัดสิน (Friedson 1970 : 252 อ้างในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ มาลี สิทธิเกรียงไกร, 2546 : 1)

จากงานศึกษาดังกล่าว ทำให้เราได้พบวาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถวินิจฉัยชี้ขาดความเจ็บป่วยของผู้เคราะห์ร้ายได้อย่างชอบธรรมว่าผู้ใดป่วยหรือไม่ และจากสาเหตุอาการใด เนื่องด้วยอยู่ในฐานะผู้เชี่ยวชาญเรื่องความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่มีความทันสมัยที่สุด อีกทั้งแพทย์เหล่านี้ยังสามารถบิดเบือนความเจ็บป่วยไปในทิศทางอื่น ที่ทำให้ผู้เคราะห์ร้ายกลายเป็นผู้ไร้ศีลธรรม กล่าวได้ว่าเป็นการใช้การเมืองของความรู้ในการวินิจฉัยโรคนั้นเอง ตรงจุดนี้สอดคล้องกับแนวคิดของโกมาตร ที่ได้วิเคราะห์ระบบวัฒนธรรมข้าราชการสาธารณสุขในความสัมพันธ์เชิงอำนาจระดับต่างๆ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Foucault เขาพบว่าอำนาจกับความรู้สัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก และเป็นส่วนหนึ่งของระบบงานโดยเฉพาะในระบบทุนนิยม

และกลไกแห่งอำนาจในระบบราชการไทย ไม่ได้มุ่งควบคุมแต่ยังมุ่งทำคนให้ไร้ตัวตนและหยุดคิด โดยทำให้ผู้คนในระบบเกิดสภาวะไร้อำนาจ ที่จะต่อต้านขัดขืนและยอมจำนนต่อระบบในที่สุด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546: 80-81)

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เสนอว่ากระบวนการทัศน์สุขภาพในสังคมไทยที่ผ่านมาถูกครอบงำด้วยการแพทย์แบบชีวภาพที่ลดทอนชีวิตลงเหลือเพียงมิติทางชีววิทยาสุขภาพ ในทัศนะแบบชีวภาพนี้จึงขาดซึ่งมิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงไปสู่มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เพราะเป็นการอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยข้อเท็จจริงทางชีววิทยาเท่านั้น การแพทย์สมัยใหม่ศึกษาเข้าใจชีวิตโดยแยกสรีระออกเป็นอวัยวะต่างๆแบ่งความเชี่ยวชาญเป็นสาขาตามอวัยวะหรือตามหน่วยทางชีววิทยาที่ย่อยลงไปกว่าอวัยวะ โดยที่สถาบันการแพทย์สมัยใหม่จะไม่มีผู้เชี่ยวชาญที่เข้าใจชีวิตอย่างเป็นองค์รวม เมื่อไม่มีทัศนะแบบบูรณาการ มิติแห่งความเป็นองค์รวมของชีวิตจึงสูญหายไปจากวิถีคิดของการแพทย์สมัยใหม่ เขาเสนอต่ออีกว่าสุขภาพตามนิยามของวิทยาศาสตร์การแพทย์นั้นไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม วัฒนธรรมหรือเศรษฐกิจการเมืองลักษณะการมองสุขภาพแบบลดส่วนนั้น ลดทอนปรากฏการณ์ของชีวิตลงเหลือเป็นเพียงปรากฏการณ์ทางชีววิทยา ความเจ็บป่วยไม่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม ไม่มีความหมายทางสังคมและไม่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมใดๆ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545 : 43-44)

โกมาตร วิพากษ์ปฏิบัติการของวิทยาศาสตร์การแพทย์โดยมองว่า วิธีทำความเข้าใจกับสรรพสิ่งของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้ถูกกำหนดให้เกี่ยวข้องกับแต่เฉพาะความจริงที่ตรวจวัดได้ และจัดการกับปัญหาเป็นส่วนๆ วิธีการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์จึงสนใจแต่เฉพาะข้อเท็จจริงทางชีววิทยาแบบแผนการคิด การพูด การกระทำในเวชปฏิบัติก็ล้วนแต่ถูกกำกับจากรากเหง้าทางปรัชญาวิทยาศาสตร์สมัยใหม่โดยไม่รู้ตัวทั้งสิ้น เขาเสริมอีกว่าวิทยาศาสตร์การแพทย์เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต พยายามต่อสู้ดิ้นรนอย่างยิ่งเพื่อให้ชีวิตยึดยาวออกไปแต่กลับไม่เคยให้ความสำคัญต่อความหมายของชีวิตว่าชีวิตมีไว้เพื่ออะไร (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545 : 49-61)

จากการทบทวนแนวคิดและงานศึกษาข้างต้นนี้ เป็นการทำความเข้าใจระบบองค์ความรู้และวิพากษ์ปฏิบัติการของวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นการเปิดโลกทัศน์และองค์ความรู้ใหม่ที่พยายามก้าวให้พ้นจากการผูกขาด การครอบงำความคิดและการนิยามการรักษาของการแพทย์สมัยใหม่เพียงฝ่ายเดียว เป็นการเปิดพื้นที่ให้แก่มุมมองสุขภาพของกลุ่มคนในสังคมที่

ประสบทุกข์ภาวะทางกาย ใจ และจิตวิญญาณ ได้เข้ามาอธิบายความทุกข์และปัญหาด้านสุขภาพของพวกเขาดลอดจนวิพากษ์วิจารณ์การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์สมัยใหม่ โดยนำกรอบคิดวาทกรรมความรู้ความจริงจากวาทกรรมทางการเมืองแพทย์เข้ามาทำความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านี้จะนำมาสู่ความเข้าใจปัญหาด้านความเจ็บป่วยของคนในสังคมได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และเป็นไปเพื่อสรรสร้างสังคมแห่งความสุขร่วมกันนั่นเอง

2.4 แนวคิดความเสี่ยง (Risk)

การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงความหมายของความเสี่ยง อาจสอดคล้องกับการปรากฏขึ้นของภาวะทันสมัยในสมัยของอุตสาหกรรมยุคสุดท้ายที่มีการเปลี่ยนแปลงในขนบธรรมเนียมและประเพณีดั้งเดิม ซึ่งมีผลกระทบต่อควบคุมและวิถีการดำเนินชีวิต (Lupton, 1999: 72) สถาบันทันสมัยที่เกิดขึ้นจะเป็นศูนย์กลางที่จะนำไปสู่ธรรมชาติของความทันสมัย สถาบันเหล่านี้จะมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคลแต่จะเป็นลักษณะที่เกิดจากการกระทำของปัจเจกบุคคลเอง

ในระบบโลกยุคก่อนทันสมัย (Pre modernity) ทุกสิ่งทุกอย่างรวมทั้งการดำเนินการต่างๆ ถูกควบคุมโดยกิจกรรมท้องถิ่นและเงื่อนไขต่างๆ ส่วนยุคปลายทันสมัย (Late modernity) เป็นยุคที่นำประสบการณ์และความรู้ของมนุษย์รวมเข้าด้วยกันเป็นการสร้างแบบเดียวกัน จากความเป็นแบบเดียวกันเป็นผลทำให้ความเสี่ยงของมนุษย์ในยุคนี้ คือ ความมั่นคงและความปลอดภัยของชีวิตมนุษย์ ซึ่ง Giddens มองว่า ยุคทันสมัย คือ ยุคที่มีวัฒนธรรมเสี่ยงหรือก็คือเป็นยุคที่สิ่งธรรมดาที่เชื่อมโยงถึงการยอมรับว่ามนุษย์เป็นผู้นำหานะต่างๆ มาให้ตนเองโดยความน่ากลัวและอันตรายของความเสี่ยงในสังคมทันสมัยของ Giddens มี 2 ลำดับ

- ลำดับแรกความเสี่ยง คือ สิ่งที่เห็นเหมือนเป็นสิ่งที่คำนวณได้โดยเฉพาะ (Essential calculus) เป็นสิ่งที่นำเสนอได้แน่นอน และมีระเบียบที่แม่นยำในการคำนวณความเสี่ยง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาสวัสดิการที่เป็นวิธีป้องกันประชากรจากความเสี่ยงเช่น โครงการประกันสังคม (Giddens, 1998: 27-28)

- ลำดับสอง คือ การที่ไม่สามารถคำนวณความเสี่ยงได้อย่างแม่นยำแต่สามารถพัฒนาภาพอนาคตของความเสี่ยงที่มีความหลากหลายที่จะเป็นไปได้เช่นโลกร้อนซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญได้โต้แย้งว่ามันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและมีความกังวลในการที่จะเพิ่มขึ้นของปัญหาอื่นๆอีกมากมาย

ตารางที่ 4 ตารางการเปรียบเทียบระหว่างยุค Pre Modernity และ ยุค Modernity

ยุคก่อนสมัยใหม่	ยุคสมัยใหม่
<ol style="list-style-type: none"> 1. ความสัมพันธ์แบบระบบเครือญาติทำให้เกิดเสถียรภาพทางด้านความสัมพันธ์ของคนในสังคม 2. ชุมชนท้องถิ่นจะใกล้ชิดกับสภาพแวดล้อม 3. อิทธิพลของศาสนา เน้นความเชื่อ ความศรัทธาของคนในสังคม เน้นการแปลความหมายระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติให้กลายเป็นเรื่องของความเชื่อและความศรัทธา ส่งผลให้ศาสนาได้เข้ามามีบทบาทและอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ 4. ประเพณี เป็นตัวเชื่อมโยงโลกปัจจุบันไปสู่อนาคต (โดยอิทธิพลทางศาสนามาร่วมด้วย) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในฐานะเพื่อนหรือผู้ที่ตอบสนองความต้องการทางเพศ 2. ระบบนามธรรม หมายถึงการสร้างเสถียรภาพของความสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่ไม่ยึดติดกับเรื่องของเวลาที่ว่าง 3. เน้นความรอบรู้ที่จะนำไปสู่อนาคต ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับอดีตและปัจจุบัน
<ol style="list-style-type: none"> 1. การคุกคามและภัยอันตรายจากธรรมชาติ เช่น โรคระบาด, สภาวะอากาศที่แปรปรวน น้ำท่วม และภัยธรรมชาติต่าง ๆ 2. ภัยจากการทำสงครามสู้รบ ผู้มีอำนาจ โจร 3. ความเสี่ยงที่ตนเองจะถูกขับไล่ออกจากศาสนาเนื่องจากถูกกล่าวหาว่าไม่เชื่อถือและศรัทธาต่อศาสนา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การคุกคามและอันตรายที่มาจากผลสะท้อนหรือผลข้างเคียงของตัวสังคมเอง 2. การคุกคามจากการต่อสู้ของมนุษย์ในเรื่องของผลประโยชน์ 3. ภัยคุกคามจากการหาความหมายในความเป็นมนุษย์ ซึ่งมาจากการการเจริญสติ (Reflexive) ของสังคมสมัยใหม่

แหล่งข้อมูล (Cassell, 1993: 296)

ดังนั้นในสังคมทันสมัย (Modernity) ประชาชนไม่สามารถอาศัยความรู้ท้องถิ่นประเพณีดั้งเดิมการยอมรับศาสนา นิสัยการสังเกตอื่นๆมาปฏิบัติไปสู่การดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนกับกลุ่มคนในยุคก่อนทันสมัย และสิ่งหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถอาศัยความรู้ท้องถิ่นเดิมได้ เพราะสังคมสมัยใหม่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นก็สามารถพบได้ในทุกยุคทุกสมัยต่างกันตรงที่ว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในแต่ละยุคจะมีความแตกต่างกันไปตามการเปลี่ยนแปลงของเวลาและสถานที่ โดยถ้าจะทดสอบความเสี่ยงใน ทั้ง 3 ยุค

-ยุคสังคมก่อนทันสมัย (Pre Modernity society) มีธรรมชาติที่แสดงออกมาของพระเจ้า ที่ว่าเป็นคำตอบของปัจเจกบุคคลในสังคมก่อนทันสมัย นั่นคือ ลักษณะของสิ่งที่เหนือธรรมชาติ และสิ่งที่คุกคามคนในยุคนี้ก็คือ โรคระบาด ความอดอยาก ความหายนะทางธรรมชาติ สงคราม และทุกสิ่งทุกอย่างก็เต็มไปด้วยเวทมนตร์ของพระเจ้า ปีกาที่ถูกรู้สึกว่าไม่สามารถคำนวณได้ เพราะเป็นลักษณะภายนอก

-ยุคสังคมทันสมัยตอนต้น (Early Modernity society) เป็นยุคที่สังคมอุตสาหกรรมเข้ามา คุกคามการดำรงชีวิตของมนุษย์ปัญหาหลัก คือ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มลพิษ น้ำ ก็ม้ันตภาพรังสี และสารปนเปื้อนต่างๆทางอาหาร จะเห็นได้ว่าความเสี่ยงในยุคนี้จะเพิ่มมากขึ้น และยากที่จะป้องกันและหลีกเลี่ยง ความเสี่ยงที่ใกล้ตัวในยุคนี้ คือ การเปิดรับเหตุการณ์ต่างๆที่ เห็นจุดจบในวันข้างหน้า

-ยุคสังคมทันสมัยตอนปลาย (Late Modern societies) มีพื้นฐานอยู่บนเหตุผลของความ เสี่ยงที่พัฒนามาตั้งแต่ทันสมัยตอนต้นและยังคงถูกทำลายไปหรือยังคงอยู่ เป็นกระบวนการที่ ผิดพลาดของการคำนวณความเสี่ยงของคนทันสมัยเกี่ยวกับสังคมความเสี่ยง ความเสี่ยงในยุคนี้ ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะคำนวณว่าความเสี่ยงเหล่านี้ ไม่มีธรรมชาติของท้องถิ่นและผลกระทบระยะยาว ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผลการระเบิดโรงงานนิวเคลียร์ที่เชอโนบิล หลังจากภัยพิบัติหนึ่งปีที่ผ่านมา ก็ยังไม่มီးอะไรเกิดขึ้น ไม่สามารถบอกได้ว่าเกิดจากความผิดพลาดหรืออุบัติเหตุหรือมาจาก นิวเคลียร์ ชีววิทยา หรืออาวุธทางเคมี ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบเป็นระยะเวลานานที่ซ่อมแซมได้ยาก และคำนวณได้ยาก ซึ่งไม่มีสถาบันใดที่จะป้องกันได้หรือชดเชยผลกระทบที่เกิดขึ้น ในอนาคต ภาพ มันคือ สิ่งที่ยากจะบ่งชี้ว่าเป็นสาเหตุเดียวที่จะกล่าวหาว่าเป็นสิ่งที่เป็นสาเหตุหรือจ่ายเงินทดแทน กับความเสียหายนั้นๆ (Beak, 1995: 30 cited in Lupton, 1999: 63-64)

เราจะเห็นได้ว่าความเสี่ยงในยุคทันสมัยตอนปลาย มีความแตกต่างจากความเสี่ยงในยุค ก่อน ซึ่งความเสี่ยงในยุคทันสมัยตอนปลาย ถือได้ว่าความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มา จากสังคมอุตสาหกรรมหรือมาจากความทันสมัยของเทคโนโลยีมีมากขึ้นโดยอาศัยน้ำมือมนุษย์ เป็นเครื่องมือในการใช้งานเป็นส่วนใหญ่และความเสี่ยงดังกล่าวก็ปรากฏอยู่ในทุกๆด้านของชีวิต มนุษย์ไม่เว้นแม้แต่ในวงวิชาชีพทางการแพทย์

2.4.1 ความเสี่ยงกับปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดในสังคมไทย

สังคมไทยในปัจจุบัน เป็นสังคมที่ก้าวเข้าสู่สังคมสมัยใหม่อย่างเต็มตัว โดยได้รับอิทธิพลจากกระแสวัฒนธรรมตะวันตกที่ไหลบ่าเข้ามาเปลี่ยนวิถีชีวิต ค่านิยม แนวความคิด ให้กับคนในสังคมไทยเป็นอย่างมาก สิ่งเหล่านี้ทำให้ทุกคนในสังคมปรับตัวให้สอดคล้องกับโครงสร้างของสังคมที่ค่อยๆเปลี่ยนแปลง จากเดิมโครงสร้างสังคมไทยมีศาสนาพุทธเป็นศูนย์กลางทุกอย่างของชีวิต เช่น การศึกษา การรักษาโรค ความมั่นคงทางด้านจิตใจ กลับกลายมาเป็นสังคมทุนนิยมที่เน้นความเป็นเหตุเป็นผลโดยใช้วิทยาศาสตร์เป็นศูนย์กลางของความรู้ในทุกเรื่อง ไม่เว้นแม้แต่ทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่าในสมัยก่อนสังคมไทยมีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น หมอทรง หมอธรรม หมอน้ำมันดี หมอยาสมุนไพรพื้นบ้าน ที่เน้นการดูแล กาย จิต สังคม เป็นหัวใจสำคัญในการวินิจฉัยโรคและการรักษา แต่การแพทย์ปัจจุบันสังคมก้าวเข้าสู่ยุคสมัยใหม่เน้นวิทยาศาสตร์และความเป็นเหตุเป็นผล สนใจแต่เรื่องที่ตรวจวัดได้ในเชิงปริมาณดังจะเห็นได้จากการมีแผนพัฒนาประกอบด้วย “ตัวชี้วัด” และ “เครื่องมือ” ต่างๆ เพื่อใช้ในการวางแผนหรือประเมินในการพัฒนาศาสตร์เหล่านี้สนใจเฉพาะด้านทฤษฎี โดยปฏิเสธการเข้าไปเกี่ยวข้องกับด้านในของชีวิตที่เป็นอารมณ์ ความรู้สึก และมีมิติทางจิตวิญญาณของมนุษย์

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ สนใจมนุษย์ก็แต่ในส่วนชีววิทยาและความผิดปกติของอวัยวะต่างๆเป็นส่วนๆแยกออกจากกัน ไม่ได้สนใจมนุษย์ที่เป็นองค์รวม ยิ่งวิทยาการทางการแพทย์ได้พัฒนาเป็นศาสตร์เฉพาะทางดูแลรักษาเป็นส่วนๆ จึงมองไม่เห็นความเป็นมนุษย์ องค์ความรู้ทางแพทย์จึงขาดความเข้าใจต่อองค์รวมของความเป็นมนุษย์ (สุภรานต์ โรจนไพรวงศ์, 2542:8) และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันการแพทย์กลายเป็นการพาณิชย์ ที่แสวงหากำไรจนเกินขอบเขตความเป็นมนุษย์ยิ่งถูกลดทอนลงเหลือค่าเท่ากับการตอบแทนทางธุรกิจ และยิ่งระบบการแพทย์มีขนาดใหญ่มีการแบ่งแยกสาขาตามความชำนาญเฉพาะทาง ช่องว่างระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์จึงมากขึ้น ในสังคมไทยจึงมีโรงพยาบาลที่ทันสมัยที่สุดและมีราคาแพงที่สุดมีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงที่ราคาแพงสิ่งต่างๆทำให้ชีวิตของมนุษย์ต้องยอมจำนนและตกอยู่ภายใต้ของกระบวนการครอบงำทางการแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่

- ระดับกรอบความคิดที่อิทธิพลทางการแพทย์ครอบงำทางด้านความรู้สึกนึกคิดของสังคมในแง่ของความจำเป็นต้องมีกระบวนการรักษาโรค เช่น ความกลัวเชื้อโรค หรือการใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ

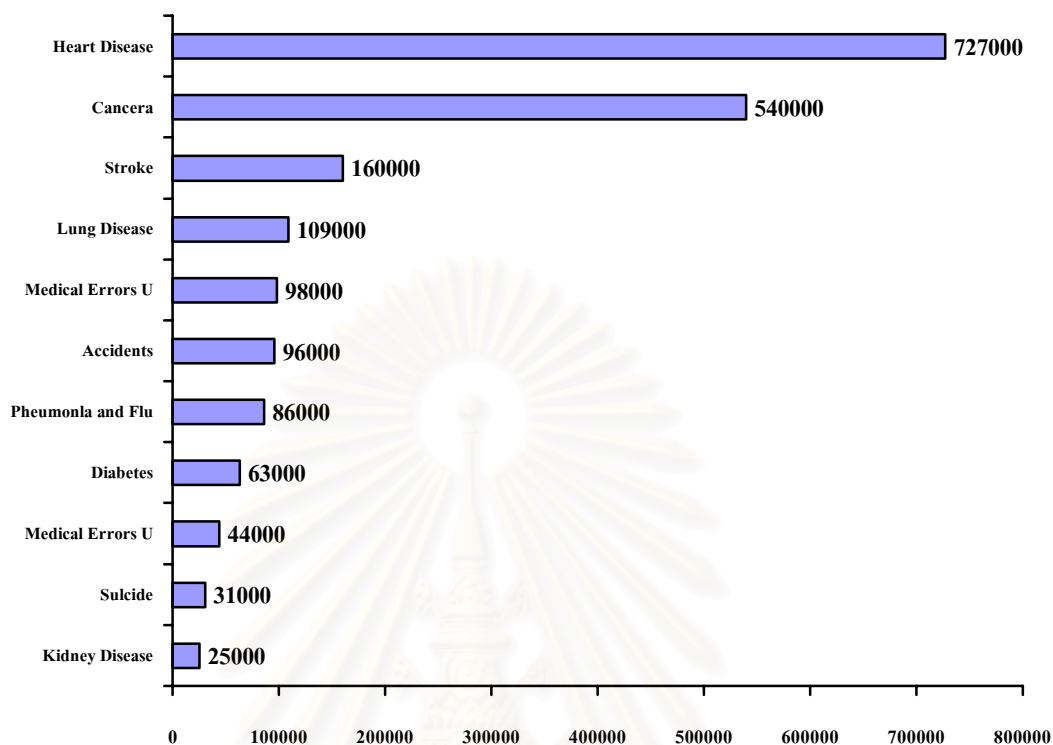
- ระดับสถาบัน สถาบันต่างๆในสังคมเอาแนวคิดและวิธีการทางการแพทย์มาใช้ เช่น สถาบันธุรกิจประกันชีวิตซึ่งได้นำเอาความรู้ทางการแพทย์มาใช้กำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆ

- ระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก็มีอำนาจและวิธีคิดทางการแพทย์เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย โดยแพทย์จะทำหน้าที่วินิจฉัยปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นว่าเป็นปัญหาทางด้านกายภาพหรือไม่ แม้ว่าปัญหาที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นจะไม่ใช่ปัญหาความผิดปกติทางด้านชีววิทยาล้วนๆก็ตาม (มัลลิกา มติโก, 2549:269)

กระบวนการครอบงำทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ชีวิตผู้คนต้องอยู่ภายในกรอบที่ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญภายใต้ความคาดหวังและความไว้วางใจว่า ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้จะสามารถพาชีวิตของตนเองให้พ้นจากความทุกข์ที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บ แต่สภาวะการณ์กับตรงกันข้ามถึงแม้สังคมไทยจะมีโรงพยาบาลที่ทันสมัยที่สุด มีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่าระบบการรักษาพยาบาล จะมีประสิทธิภาพตามเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา เพราะความผิดพลาดทางการแพทย์ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตายทั้งหมดของประชาชน ดังจะเห็นได้จากเหตุการณ์การฟ้องร้องแพทย์ ที่ออกมาเป็นระยะทั้งที่เป็นข่าวตามหนังสือต่างๆและไม่เป็นข่าว เช่น “ฟ้องหมอทำลูกชายเป็นเจ้าชายนิทรา” “กัณฑ์ประท้วง” เหตุจากหมอรักษาจนเป็นอัมพาต” สาเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลที่ผิดพลาด หรือการละเลยผู้ป่วยที่กำลังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ของประเทศสหรัฐอเมริกา จากสถาบัน Institute of medicine ของอเมริกาได้เปิดเผยสาเหตุการตายจากความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical error) ปรากฏว่าความผิดพลาดทางการแพทย์ (Medical error) อยู่ในอันดับ 5-9 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สูงมาก ทั้งๆที่หมอที่อเมริกามีเวลาดูแลคนไข้ยาวนานกว่า และคนไข้ก็น้อยกว่าหมอไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพประกอบที่ 2 กราฟแสดงสาเหตุการตายของประชาชนอเมริกาจากความผิดพลาดทางการแพทย์(Medical Error) เทียบกับสาเหตุอื่นๆ



Deaths in 1997

Source: Adapted from Leatherman et al., 2002

แหล่งที่มา (www.iom.edu/)

ส่วนในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการเปิดเผยถึงสถิติสาเหตุการตายจากความผิดพลาดทางการแพทย์เกิดขึ้นเลยแต่สิ่งที่จะเป็นตัววัดถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ของบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย คือ สถิติการฟ้องคดีเกี่ยวกับแพทย์และการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในประเทศไทยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 จนถึงสิ้นปี พ.ศ. 2545 มีกรณีเข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา ทั้งสิ้น 1, 852 เรื่อง

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนแพทย์ผู้ร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาระหว่างปี พ.ศ. 2531-2545

ลำดับ	คดีความแยกตามประเภท	จำนวนคดี (เปอร์เซ็นต์)
1	มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	774 (41.79)
2	การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	235(12.69)
3	การทำให้เสื่อมเสียศักดิ์แห่งวิชาชีพ/การไม่ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงาน	114(6.16)
4	การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	206(11.12)
5	การไม่เคารพกฎหมายบ้านเมือง	169(9.13)
6	การออกไปรับรองเท็จและให้ความเห็นโดยไม่สุจริต	111(5.99)
7	การสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย	87(4.69)
8	การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่สุภาพ/การปฏิเสธให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย	14 (2.20)
	รวม	1,852(100)

แหล่งที่มา (แพทยสภาสาร, 2546:32)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนแพทย์ผู้ร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาปีพ.ศ. 2548

ลำดับ	คดีความแยกตามประเภท	จำนวนคดี (เปอร์เซ็นต์)
1	มาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	149 (57.75)
2	การโฆษณาการประกอบวิชาชีพเวชกรรม	66(25.58)
3	การทำให้เสื่อมเสียศักดิ์แห่งวิชาชีพ/การไม่ยกย่องให้เกียรติผู้ร่วมวิชาชีพ/ผู้ร่วมงาน	14(5.43)
4	การไม่คำนึงถึงความปลอดภัยและความสิ้นเปลืองของผู้ป่วย	8(3.1)
5	การไม่เคารพกฎหมายบ้านเมือง	8(3.1)
6	การออกไปรับรองเท็จและให้ความเห็นโดยไม่สุจริต	5(1.94)
7	การสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพที่ผิดกฎหมาย	4(1.55)
8	การปฏิบัติต่อผู้ป่วยไม่สุภาพ/การปฏิเสธให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย	4(1.55)
	รวม	258(100)

แหล่งที่มา (ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2549:5)

จะเห็นได้ว่าสถิติแสดงจำนวนแพทย์ผู้ร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภาที่เป็นตัววัดถึงความผิดพลาดทางการแพทย์ คือ 1.แพทย์ที่ถูกร้องเรียนในคดีมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2531-2545 จาก 41.79 เป็น 57.7 ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมและกำลังทวีความรุนแรงมากขึ้น สิ่งที่ตามมาก็คือ ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับบุคคลในด้านการแพทย์มีมากขึ้นด้วย

ดังนั้น ความหมายของความเสี่ยงทางการแพทย์ คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ (อนูวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543:2) ซึ่งความเสี่ยงที่จะเกิดกับผู้ป่วยอาจแบ่งได้เป็นประเภทต่างๆดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (Physical risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การ การสูญเสียอวัยวะ
2. ความเสี่ยงด้านจิตวิญญาณ (Spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม
3. ความเสี่ยงด้านสังคม (Social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยในสังคม เช่น การสูญเสียโอกาสในหน้าที่การเล่าเรียน การทำงานอันเนื่องมาจากสภาวะการสูญเสียอวัยวะ

จะเห็นว่าจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับเราทุกคนในสังคมไทยที่จะต้องเตรียมรับมือกับความเสี่ยงที่มาพร้อมกับความเป็นสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแพทย์สมัยใหม่ในสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มทางสังคมที่ผูกขาดความรู้แบบวิทยาศาสตร์ และเมื่อความรู้ตกอยู่กับคนกลุ่มเล็กเพียงกลุ่มเดียว ย่อมทำให้เกิดการกีดกันคนกลุ่มใหญ่จากการเข้าถึงความรู้ได้โดยตรง ส่งผลให้เกิดการพึ่งพาแพทยวิชาชีพแพทย์จึงมีอำนาจจากความรู้การเป็นเจ้าของวาทกรรมในการกำหนดกฎเกณฑ์ในเรื่องความเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องรู้เท่าทันในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น และพยายามหาทางเลือกให้กับชีวิตของตนเองมาเรื่อยๆ ไม่ผูกติดกับระบบใดระบบหนึ่งและเมื่อเรามีทางเลือกมากขึ้น เราก็จะเห็นว่าการแพทย์สมัยใหม่ก็ไม่ใช่ว่าตอบสนองสุดท้ายสำหรับสังคมไทยปัจจุบันอีกต่อไป

2.5 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 ผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องในประเทศ

อภิญา ตันทวิวงศ์และคณะ (2542) จากรายงานการวิจัย กรณีศึกษาว่าด้วยความทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาล พบว่าสาเหตุประการแรกที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์จากระบบบริการด้านสุขภาพ ได้แก่ สาเหตุประการแรกเกิดจาก ความผิดพลาดของแพทย์สมัยใหม่ที่มองชีวิตเป็นส่วนๆจนมิติของความเป็นมนุษย์ขาดหายไป สาเหตุที่สองเกิดจากโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่แยกขาดจากชุมชน ชุมชนมีส่วนร่วมและมีอำนาจในการต่อรองหรือกำกับระบบบริการทางด้านการแพทย์น้อย ช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

รัชณี นิลจันทร์(2546) รายงานการวิจัยการศึกษาผลกระทบจากการพัฒนาประเทศของกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตกรณีโรงงานลำไยระเบิด พบว่ากลุ่มผู้เสียหายที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกคือกลุ่มญาติผู้เสียชีวิต กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มชุมชนผู้เสียหายบริเวณรอบโรงงาน เพราะผลที่ได้รับตามหลังจากโศกนาฏกรรมครั้งนั้นทำให้เกิดปัญหาที่ตามมา คือ การขาดหายของรายได้ การขาดภรรยาที่อบรมดูแลสั่งสอนบุตร การขาดบุตรในยามแก่เฒ่าและป่วยไข้ ขาดที่ปรึกษาเมื่อยามมีปัญหา สิ่งเหล่านี้ไม่สามารถทดแทนได้ดังเดิมได้ ยังไม่รวมถึงการสูญเสียทรัพย์สินและความพิการทางร่างกายที่เกิดขึ้นกับบุคคลเหล่านี้อีก จึงทำให้เหตุการณ์นี้สร้างภาระให้กับผู้คนในสังคม ตอกย้ำความยากจนให้กับเขาคั้งหนึ่ง และปัจจุบันการต่อสู้ของกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตไม่ได้ต่อสู้กับปัญหาความยากจนเท่านั้น แต่สิ่งที่พวกเขาต้องเผชิญอยู่ คือ การต่อสู้กับอำนาจที่ซ่อนเร้นของเจ้าของโรงงาน โดยผ่านนายหน้า ผู้นำท้องถิ่น ด้วยการข่มขู่และเจรจาเพื่อได้รับเงินตามข้อเสนอของบริษัท(50, 000 บาท) อำนาจดังกล่าวแฝงมากับความเลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางสังคม ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตมนุษย์ เพราะขาดการมองมิติด้านสังคมและวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วมของคนในสังคม (รัชณี นิลจันทร์, 2546: 37-40)

จีระวรรณ บรรเทาทุกข์(2547) ศึกษาการรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพในมิติหญิง-ชายของชาวคลิตี้ล่าง พบว่าปัญหาผลกระทบจากการปนเปื้อนของน้ำทางแร่ตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ มีผู้เชี่ยวชาญด้านสาขาต่างๆเช่น นักธรณีวิทยา นักวิชาการสิ่งแวดล้อม แพทย์เฉพาะด้านเองพิษตะกั่ว นักวิชาการสาธารณสุข นักพัฒนาเอกชนผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ได้ใช้องค์ความรู้ของตนในการอธิบายสาเหตุของปัญหาดังเช่น ความรู้เรื่องพื้นที่

ศักยภาพแร่ตะกั่ว ความรู้ทางการแพทย์ เพื่อนิยามความเจ็บป่วยของชาวคลิตี้ล่าง ความรู้ทางเทคนิคในการวัดระดับค่ามาตรฐานตะกั่วในเลือด สัตว์น้ำ ดินและตะกอนดิน โดยที่ความรู้ดังกล่าวได้ถูกยอมรับว่าเป็นความรู้ที่น่าเชื่อถือและเป็นความรู้หลักในสังคม จากการศึกษาได้เห็นถึงองค์ความรู้ของผู้เชี่ยวชาญที่ถูกผลิตขึ้นภายใต้สถาบันทางสังคม และความสัมพันธ์เชิงอำนาจของผู้เชี่ยวชาญที่สร้างคำอธิบายที่มีอำนาจเหนือคำอธิบายของชุมชนชายขอบ โดยการสร้างความรู้ความจริงจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้เกิดการละเลยและมองข้ามมิติความเป็นชุมชนไป (จิระวรรณ์ บรรเทาทุกข์, 2547:212)

2.5.2 ผลงานวิจัยและเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างประเทศ

ในงานศึกษาผู้ป่วยซิฟิลิสที่ไม่ได้รับการรักษาในชายนิโกรที่ทาสกี เพื่อพัฒนารูปแบบและวิธีการรักษาผู้ป่วยซิฟิลิสในคนผิว เป็นการศึกษายาผิวดำที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิส โดยมีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย และไม่มีการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของการศึกษา มีการปกปิดข้อมูลบางอย่าง เพื่อให้การผลิตเพนิซิลลินออกมารักษาโรคซิฟิลิส ทำให้การวิจัยที่ทาสกี ได้ทำลายศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยการละเมิดหลักจริยธรรมขั้นพื้นฐานที่สุดในการรักษาและเยียวยาผู้ป่วย (วิจัย ไชควิวัฒน์, 2543:256)

Nancy Scheper-Hughes (1992) เรื่อง *Death without Weeping* ได้ศึกษาถึงความรุนแรงการกดขี่และภาวะทางสุขภาพในชุมชนแออัดของประเทศบราซิล เธอได้กล่าวถึงปัญหาสุขภาพอนามัยในชุมชนนี้ว่าเป็นผลลัพธ์ของความไม่เป็นธรรม และโครงสร้างที่เอารัดเอาเปรียบประชาชนของสังคมบราซิล ทำให้คนจำนวนมากตกอยู่ในภาวะอดอยาก มีความเครียดสูง มีอัตราการตายของมารดาและทารกรวมทั้งอัตราการป่วยและตายของประชากร โดยทั่วไปอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ควรจะเป็น และ Scheper-Hughes ยังชี้ให้เห็นว่าค่านิยมทางสังคมสร้างขึ้นนั้นได้ทำในลักษณะการดำรงอยู่ของความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตของชาวบราซิลเหล่านี้ กลายเป็นที่ยอมรับโดยชุมชนว่าเป็นลักษณะที่เป็นอยู่ตามปกติ และไม่สามารถที่จะเห็นไปถึงลักษณะของการกดขี่ที่เกิดขึ้นอยู่ในสังคมบราซิลได้ และเธอยังชี้ให้เห็นว่า สถาบันการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการค้าชื้อให้ทัศนคติที่ยอมรับการถูกเอารัดเอาเปรียบหรือโครงสร้างแห่งความรุนแรงดำรงอยู่ได้ทั้งนี้แล้วรากเหง้าของปัญหาอยู่ที่โครงสร้างอำนาจรัฐที่ไม่เป็นธรรมและการกดขี่ขูดรีดในทางชนชั้นที่มีอยู่ในสังคมบราซิล ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ เมื่อชาวบราซิลเหล่านี้เจ็บป่วยขึ้นด้วยโรคทางจิต ซึ่งเกิดจากสภาวะการบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรง และความอดอยากยากแค้นที่ชาวสลัมในประเทศบราซิลต้องเผชิญอยู่นั้น สิ่งที่สถาบันการแพทย์หยิบยื่นให้กลับกลายเป็นยาากล่อมประสาทที่คน

ทุกข์ยากเหล่านี้รับประทันลงไปในกระเพาะที่ว่างเปล่า การกระทำเช่นนี้ Scheper-Hughes เห็นว่าสถาบันการแพทย์ได้ตีตราความอดอยากยากแค้นและการเอาัดเอาเปรียบที่แท้จริง ถูกทำให้บิดเบือนจากความเป็นจริงที่ประชาชนถูกเอาเปรียบ ให้หักเหความสนใจจากโครงสร้างของความไม่ชอบธรรม ไปเป็นเรื่องของบริการ (Nancy Scheper-Hughes, 1992 อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545:12-13) งานศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงอำนาจในความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถกำหนดนิยามความเป็นตายของคนทุกข์ยากได้

Brown (1992) ได้ศึกษากลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในเมือง Woburn รัฐ Massachsetts เขาได้พบกับการทำทนายอำนาจแห่งความรู้ โดยชุมชนรากหญ้าที่ได้รับผลกระทบจากการพัฒนาตามกระแสหลัก กล่าวคือกลางศตวรรษ 1970 ผู้คนที่อาศัยอยู่ Woburn ซึ่งเป็นชนชั้นล่างถึงชนชั้นกลางมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กที่ป่วยเป็น Leukemia ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ เป็น 4 เท่าจากปกติ ก่อนหน้านั้นผู้ที่อาศัยอยู่แถบนั้นได้ร้องเรียนเกี่ยวกับกลิ่นและรสชาติของน้ำดื่ม โดยผู้ที่ร้องเรียนคนแรก คือ Ann Anderson ซึ่งลูกของเธอคือ Jimmy ได้รับการวินิจฉัยภายหลังว่าเป็น Lymphocytic Leukemia อย่างเฉียบพลัน ใน ค.ศ. 1972 Anderson ได้รวบรวมข้อมูลระหว่าง ค.ศ. 1973-1974 เกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายๆกันและเธอได้ตั้งข้อสมมุติฐานว่าอุบัติการณ์ของโรคน่าจะมาจากน้ำดื่ม ใน ค.ศ. 1975 เธอร้องเรียนให้เจ้าหน้าที่รัฐเข้ามาทดสอบคุณภาพน้ำ แต่ได้รับคำตอบว่าไม่สามารถกระทำได้จากข้อร้องเรียนของคนคนเดียว ระหว่างนี้เธอได้เริ่มศึกษาและค้นหาประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันจากชุมชนอื่นๆและเริ่มตั้งสมมุติฐานว่าปัญหา Leukemia อาจจะมาจกสารพิษ ค.ศ. 1979 พบสารก่อให้เกิดมะเร็งในสัตว์จำนวนมากที่บ่อน้ำเทศบาล ต่อมารัฐสั่งให้ปิดบ่อน้ำนี้ เดือนมิถุนายน 1979 หนังสือพิมพ์ท้องถิ่นรายงานผลการศึกษา พบว่ามีตะกั่ว สารหนู และโครเมียมบริเวณก่อสร้าง Induatri-Plex แต่รายงานไม่ได้เปิดเผยให้ใครรู้ เมื่อ Anderson และเพื่อนบ้านทราบ พวกเขาจึงได้ออกสำรวจและเรียกร้องให้ชาวบ้านเปิดเผยจำนวนเด็กที่ป่วยเป็น Leukemia พร้อมทั้งทำแผนที่แสดงเด็กป่วย Anderson และเพื่อนบ้านได้รวมตัวกันและตั้งกลุ่มชื่อว่า For a Cleaner Environment (FACE) เพื่อไปเจรจากับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและรัฐบาลกลาง พร้อมทั้งทำงานกับสื่อมวลชน สร้างเครือข่ายกับกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากสารพิษซึ่งกลุ่มนี้ต่อมาได้ช่วยรวบรวมข้อมูลและทำรายงานกับนักวิชาการจาก Harvard School of Public Health ค.ศ. 1980 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อและสถาบันการทำงานเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพแห่งชาติ(National Institute for Occupation Safety and Health) ได้ส่ง Dr. John Culter มาร่วมศึกษาและต่อมาข่าวของชุมชนนี้ได้แพร่หลายผ่านหนังสือพิมพ์ระดับชาติและเครือข่ายทีวีและผลการศึกษาของสำนักควบคุมโรคติดต่อได้เผยแพร่ว่ามีเด็ก 12 คน ใน East Woburn ป่วยเป็น Leukemia จากการศึกษาดังกล่าว

ควบคุมตัวอย่างแต่หน่วยงานที่ศึกษาอ้างว่าการศึกษานี้ล้มเหลว เนื่องจากไม่สามารถหาคุณสมบัติที่แตกต่างระหว่างกลุ่มที่ป่วยกับกลุ่มที่ควบคุมได้คุณสมบัติดังกล่าวได้แก่ ประวัติการแพทย์ อาชีพผู้ปกครอง การสัมผัสสิ่งแวดล้อมเป็นต้น และการศึกษาครั้งนี้ยังเน้นอีกว่าสารที่ปนเปื้อนในบ่อน้ำเป็นสารก่อมะเร็งในสัตว์ไม่ใช่คน(Brown,1992:269-272 อ้างใน มาลี สิทธิเกรียงไกร,2546:15-16)

บทเรียนในครั้งนี้ Brown ได้ให้ข้อคิดว่าเราต้องตรวจสอบกับความเสี่ยงในการรับข่าวสารจากบรรดาผู้เชี่ยวชาญและฝ่ายที่ได้รับประโยชน์ ฝ่ายที่สามารถกำหนดว่าอะไรคือความรู้ย่อมมีอำนาจ อีกทั้งสามารถบิดเบือน ปกปิดความจริงในสังคมได้อย่างชอบธรรม สามารถตัดสินใจครอบงำความคิดคนในสังคมได้อย่างสิ้นเชิง และสามารถขับให้ผู้ด้อยโอกาสไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรได้เลย แต่ทว่าความรู้ของชุมชนผู้ประสบปัญหา ก็เป็นอีกพลังความรู้หนึ่งที่สามารถ ทำทลาย เปิดโปงความจริงกระแสหลักได้ จึงสามารถกล่าวได้ว่าไม่มีใครที่จะครอบครองความรู้ ความจริงได้อย่างเบ็ดเสร็จและตายตัว (Brown,1992 cited in Fischer,2000:151-155)

Das (1998) ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการรั่วไหลของสารMethyl Isocyanate (MIC) จากโรงงานยูเนียนคาร์ไบด์ ณ เมืองโบพาล ประเทศอินเดีย เมื่อวันที่ 2-3 ธันวาคม ค.ศ. 1984 อุบัติภัยครั้งนี้ ได้กลืนชีวิตผู้คนไปทันที 2,500 คนและยังมีผู้ประสพภัยหรือเหยื่ออีกจำนวนมากที่รอคอยกระบวนการวินิจฉัยจากศาลและการแพทย์ ให้นับพวกเขาเป็นผู้ป่วยบริษัทยูเนียนคาร์ไบด์ได้รับอนุญาตจากรัฐบาลให้ผลิตสารเคมีร้ายแรง ทั้งรัฐบาลและบริษัทต่างรู้ดีว่าสินค้าที่ผลิตคืออะไร มีอันตรายอะไร แต่ไม่มีใครบอกประชาชนให้รับรู้ ประชาชนที่อาศัยอยู่รอบๆโรงงานไม่เคยได้รับการแจ้งเตือนหรือรับรู้เกี่ยวกับสินค้าที่ผลิตอยู่ใกล้ตัวพวกเขาว่า มีอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างไร พวกเขาจึงไม่ได้ระมัดระวังหรือวางมาตรการป้องกันแต่อย่างใด ดังนั้นเมื่อเกิดการรั่วไหลของแก๊ส จึงทำให้ผลกระทบกระจายไปในวงกว้าง มีประชาชนกว่า 300,000 คนที่ได้รับผลกระทบจากโศกนาฏกรรมครั้งนี้

ระยะแรกบริษัทยูเนียนคาร์ไบด์ กล่าวถึงสารเคมีที่รั่วไหลออกมาว่าไม่มีอันตรายร้ายแรง มีสภาพเหมือนแก๊สน้ำตา มีผลให้เกิดการระคายเคืองเล็กน้อยเท่านั้น Dr.Peter Halberg แพทย์บริษัทยูเนียนคาร์ไบด์กล่าวว่า MIC ทำให้กลุ่มเมฆเกาะกันอย่างหนาแน่นเท่านั้น ไม่มีผลต่อชีวิตแต่อย่างใด และให้เหตุผลการเสียชีวิตของผู้ประสพภัยว่า เด็กเสียชีวิตเนื่องจากปอดผิดปกติ ผู้สูงอายุเสียชีวิตเพราะข้อจำกัดของปอด ส่วนกลุ่มที่วิ่งหนีแก๊สรั่วและเสียชีวิต เป็นเพราะปอดขยายตัวเร็วเกินไป บริษัทยูเนียนคาร์ไบด์ ปฏิเสธว่า MIC ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อปอดและประสาทสัมผัส บริษัทยังนำข้อมูลผู้ประสพภัยจากรัฐบาล Madhya Pradesh ยืนยันถึงผลกระทบที่ชาวบ้านได้รับและสรุปว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับชาวบ้านนั้นไม่รุนแรง และผู้ได้รับผลกระทบมี

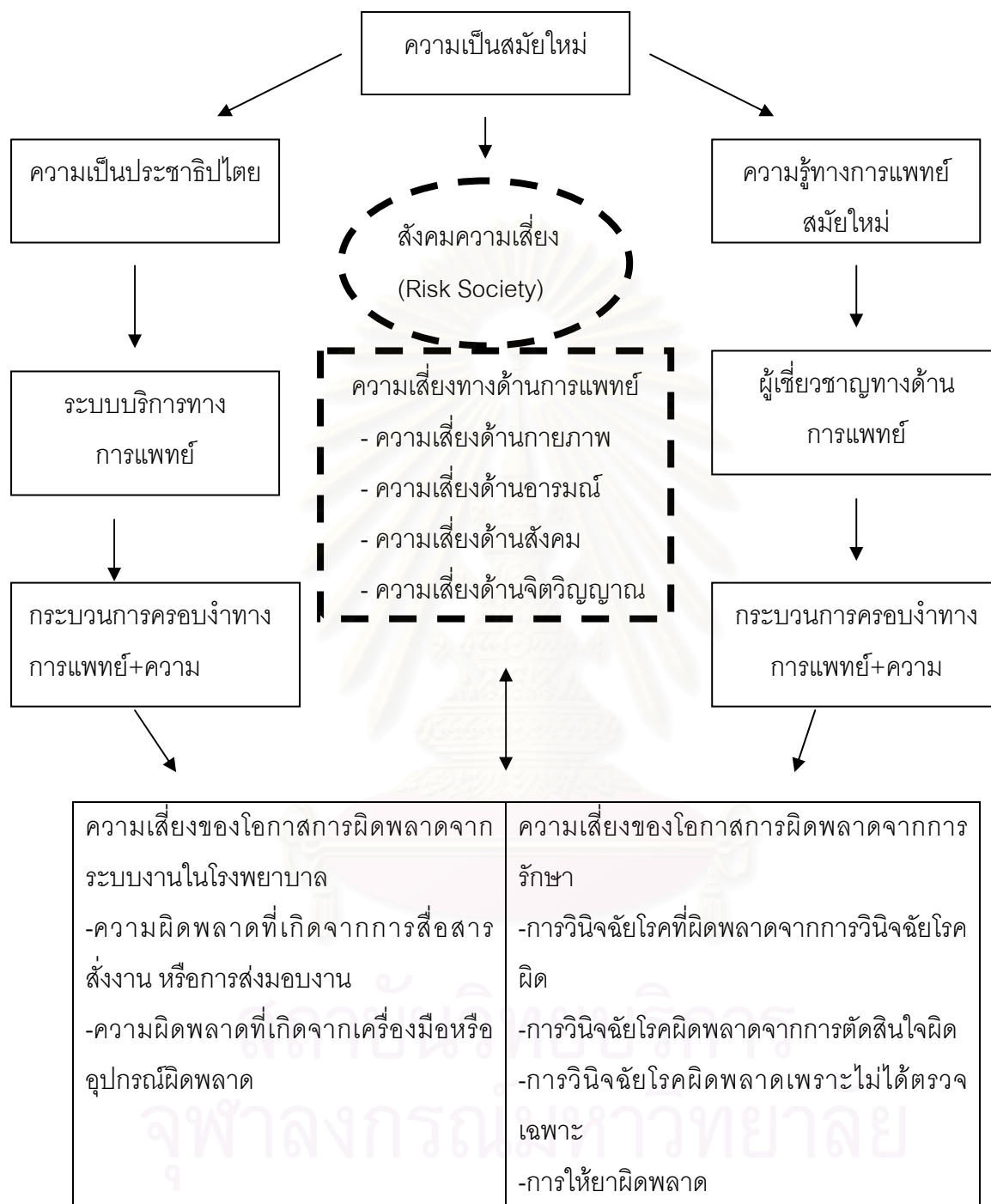
จำนวนไม่มาก (ชาวบ้านมาตรวจร่างกายจำนวน 359,793 คน ผลการตรวจพบว่าป่วยหนัก 2,574 คน ได้รับความสามารถถาวร 40 คน ได้รับความสามารถชั่วคราว 10,534 คน) และยังกล่าวว่าชาวบ้านจำนวนมากอ้างสิทธิ์ว่าป่วยปราศจากหลักฐานที่น่าเชื่อถือ (False Claims) สิ่งนี้สร้างความขุ่นเคืองกับผู้ประสพภัยอีกประการหนึ่ง คือแพทย์วินิจฉัยว่าความทุกข์และความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านเผชิญอยู่นั้น เป็นผลมาจากการขาดสารอาหารหรือโรคที่เป็นอยู่ก่อนหน้านี้ (Das,1998:137-174 อ้างใน มาลี สิทธิเกรียงไกร,2546:2-3)

ในกรณีโศภณนี้ Das มองว่าเราควรพิจารณาอย่างลึกซึ้งถึงความหมายและความเป็นจริงที่ซ่อนอยู่ในส่วนของคำอธิบายความเจ็บปวดของผู้เคราะห์ร้าย ซึ่งเป็นคำพูดที่มักถูกตัดออกโดยวาทกรรมในกระบวนการยุติธรรมที่สามารถครอบงำ บิดเบือน สร้างความเข้าใจไปอีกด้านหนึ่งได้และความเจ็บปวดที่ยิ่งกว่านั้นคือ ผู้เคราะห์ร้ายมักถูกวินิจฉัยว่าแสวงทำป่วยเพื่อจะไม่ต้องทำงาน ในด้านการรับรู้แล้วบุคคลเหล่านี้เกิดภาวะความเศร้าทุกข์ทรมานทั้งกายและจิตใจ แต่พวกลับกลายมาเป็นกลุ่มคนที่สังคมมองว่าเขาผิดปกติ วิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่เป็นเครื่องมือที่ตอกย้ำกฎ ข้อควรปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้กลายเป็นคนที่ไร้ศีลธรรม กรณีโศภณนี้ ผู้เคราะห์ร้ายได้ถูกวินิจฉัยผ่านกระบวนการของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งกลายมาเป็นตราบาปแก่พวกเขา ถ้าแพทย์ไม่เข้าใจโรคของผู้เคราะห์ร้ายด้วยเครื่องมือของวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ผู้เคราะห์ร้ายก็ต้องเป็นผู้ผิดปกติ นี่คือการขู่ความที่ผู้ป่วยตระหนักจากการวินิจฉัยของทางการแพทย์(Das,1998:173-174)

จากงานศึกษาดังกล่าว ทำให้เราได้พบวาทกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถวินิจฉัยชี้ขาดความเจ็บป่วยของผู้เคราะห์ร้ายได้อย่างชอบธรรมว่า ผู้ใดป่วยหรือไม่และจากสาเหตุอาการใด เนื่องด้วยอยู่ในฐานะผู้เชี่ยวชาญเรื่องความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่มีความทันสมัยที่สุดอีกทั้งแพทย์เหล่านี้ยังสามารถบิดเบือนความเจ็บป่วยไปในทิศทางอื่น ที่ทำให้ผู้เคราะห์ร้ายกลายเป็นผู้ไร้ศีลธรรม กล่าวได้ว่าเป็นการใช้การเมืองของความรู้ในการวินิจฉัยโรคนั่นเอง

สถาบันนวัตยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.6 กรอบแนวคิด



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่องภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เนื่องจากการศึกษาในเรื่องดังกล่าว เป็นการทำความเข้าใจแนวความคิด ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration Theory) แนวคิดวาทกรรมทางการแพทย์ (Discourse on Biomedicine) และ สังคมเสี่ยง (Risk society) โดยการนำแนวความคิดดังกล่าวมาอธิบายปรากฏการณ์ทางด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยปัจจุบัน ว่าสามารถนำแนวความคิดดังกล่าวมาอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทยได้อย่างไรบ้างซึ่งมีลำดับการนำเสนอคือ

- 3.1 ระเบียบวิธีวิจัย
- 3.2 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.3 การเก็บข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.5 ระยะเวลาดำเนินการ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3.1 ระเบียบวิธีวิจัย

3.1.1 ประเภทและระดับของงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ภาวะสังคมเสี่ยงภัย: แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ในระดับข้อมูลเชิงอธิบาย (Explanation) และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยได้กำหนดระเบียบวิธีการศึกษาวิจัยเป็น 2 ลักษณะ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Documentary research) ได้แก่เอกสารทางวิชาการ บทความวิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัยต่างๆ เพื่อนำความรู้ที่ได้เป็นความรู้พื้นฐานในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

2. การเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field research) โดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) กับกลุ่มตัวอย่างและมีการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (Participant observation)

3.1.2 บทบาทของผู้ศึกษา และผู้ถูกศึกษา

วิธีการศึกษาครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) โดยผู้ศึกษาและผู้ถูกศึกษาทำการศึกษาร่วมกันด้วยบทบาท ต่อไปนี้

บทบาทของผู้ศึกษา ผู้ศึกษาเลือกที่จะเปิดเผยตัวโดยแจ้งให้ผู้ถูกศึกษาทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานนี้

บทบาทของผู้ถูกศึกษา ผู้ศึกษาเลือกที่จะให้ผู้ถูกศึกษาอยู่ในบทบาทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยผู้ศึกษามีพื้นฐานความคิดที่ว่า ผู้ถูกศึกษาเป็นเสมือนหนึ่งผู้ให้ความรู้อันมาจากประสบการณ์ตรงของผู้ถูกศึกษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในสังคมต่อไป

3.2 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่างในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ กลุ่มผู้เสียหายที่ได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาจากแพทย์ โดยได้ร้องเรียนมายังมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและเครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ รวมทั้งเรื่องราวของกลุ่มผู้เสียหายต้องได้ยื่นเรื่องฟ้องต่อศาล เพื่อแสดงให้เห็นว่าเรื่องราวดังกล่าวเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการแพทย์จริง ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามเป้าประสงค์ (Purposive sampling) จำนวน 10 คน ตามลำดับชั้นดังนี้



ภาพประกอบที่ 3 แสดงที่ตั้งของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

- ขั้นที่ 1 ผู้วิจัยได้ติดต่อกับมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เพื่อขอรายชื่อผู้เสียหายที่เข้าร้องเรียนกับทางมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคและเครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ ที่ได้รับผลกระทบจากการรักษาทางการแพทย์ โดยผู้วิจัยจะคัดเลือกและนัดสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้น ณ ที่เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์เพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย โดยผู้วิจัยใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชม.

- ขั้นที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์ผู้เสียหาย ณ สถานที่ ที่ผู้เสียหายสะดวกซึ่งผู้เสียหายเป็นคนนัดเอง การสัมภาษณ์ในระยะนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานกว่าขั้นที่ 1 และพยายามสัมภาษณ์ในทุกแนวทางคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นกว่าขั้นที่ 1 รวมทั้งการสังเกตการใช้ชีวิตประจำวันของผู้เสียหาย ภายหลังจากได้รับความเสียหายจากการรักษาที่ผิดพลาดของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน การพบปะผู้คน การเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล

3.3 การเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 แบบคือ

1. รวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่างๆ (Document research) โดยการรวบรวมจากห้องสมุดตามมหาวิทยาลัยต่างๆและสถานที่ต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร มูลนิธิเพื่อ

ผู้บริโภคนั้น โดยจะใช้เวลาในการศึกษาส่วนนี้ ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2549 ถึงเดือน พฤศจิกายน 2549 ใช้เวลาประมาณ 5 เดือน

2. การรวบรวมข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2550 ถึงเดือน กันยายน 2550 ใช้เวลาประมาณ 8 เดือน โดยแบ่งเป็น

2.1 การศึกษาเฉพาะกรณี (Case study) โดยศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เสียหายทางการแพทย์ จำนวน 10 คน โดยเป็นการสัมภาษณ์ประวัติชีวิต (life history) ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน เกี่ยวกับชีวิตของผู้เสียหาย ไม่ว่าจะเป็นชีวิตด้านที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว เพื่อนฝูง โรงเรียน หรือที่ทำงาน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสภาพชีวิตก่อนและหลังได้รับผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาจากแพทย์

2.2 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) โดยสัมภาษณ์ผู้เสียหายและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียหาย อาทิ ครอบครัวผู้เสียหาย แพทย์เจ้าของคนไข้หรือบุคลากรทางการแพทย์ในส่วนอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาของผู้เสียหายดังกล่าว

2.3 การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วม (Participant observation) โดยการเข้าร่วมกับกิจกรรมของครอบครัวผู้ได้รับความเสียหาย เช่น การเข้าทำความคุ้นเคยกับสมาชิกในครอบครัว และเข้าร่วมกับกิจกรรมของผู้เสียหาย เพื่อทำความเข้าใจวิถีการดำเนินชีวิตของผู้เสียหายภายหลังได้รับความเสียหายจากการรักษาที่ผิดพลาดของแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียโอกาสในชีวิต ได้แก่ การทำงาน การศึกษาต่อ ความไม่สะดวกสบายในการใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด มุมมองที่มีต่อสถาบันการแพทย์และการเข้าร่วมกับกิจกรรมของทางมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากการศึกษาเอกสาร การศึกษาภาคสนามทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมมาทำการวิเคราะห์และจะวิเคราะห์การอธิบายปัญหาผ่านมุมมองของผู้เสียหาย โดยใช้แนวความคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม แนวคิดความเป็นสมัยใหม่ แนวคิดวาทกรรมทางการแพทย์ และแนวคิดสังคมเสี่ยงมาเป็นกรอบในการทำความเข้าใจและนำเสนอในรูปแบบของการพรรณนา (Descriptive) อย่างละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้เสียหาย และผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำความเข้าใจและตีความข้อมูลที่ได้อธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริง

บทที่ 4

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ในบทที่ 4 นี้ เป็นการกล่าวถึงข้อค้นพบจากการวิจัยซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประวัติชีวิตและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งแบ่งลำดับการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ 1) ลักษณะประชากรในภาพรวม และ 2) ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

4.1 ลักษณะประชากรในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็น ผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ ที่ได้เข้าเป็นสมาชิกของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ จำนวน 10 กรณีศึกษาโดยมีลักษณะพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพภายในครอบครัว ภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน สถานบริการทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการและสิทธิที่ใช้ในการรักษา ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น ความเสียหายทางร่างกายภายนอกที่ได้รับ ความเสียหายภายในร่างกายที่ได้รับ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้เสียหาย คดีเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่มีต่อบริการทางการแพทย์และความต้องการความรับผิดชอบในเรื่องที่เกิดขึ้นจากแพทย์ในด้านต่างๆ ที่มีต่อครอบครัว

ตารางที่ 7 แสดง เพศ อายุ และสถานภาพภายในครอบครัว ของผู้เสียหายทางการแพทย์

คนที่	เพศ	อายุ	สถานภาพในครอบครัว	รายได้ทั้งครอบครัว
1	ชาย	16	บุตร	30,000
2	ชาย	6	บุตร	30,000
3	หญิง	49	ภรรยา	0
4	หญิง	26	ภรรยา	6,000
5	หญิง	33	บุตร	15,000
6	หญิง	1	บุตร	0
7	หญิง	42	ภรรยา	35,000
8	หญิง	43	ภรรยา	7,000
9	หญิง	75	ยาย	100,000

ตารางที่ 7 (ต่อ) แสดง เพศ อายุ และสถานภาพภายในครอบครัว ของผู้เสียหายทางการแพทย์

คนที่	เพศ	อายุ	สถานภาพในครอบครัว	รายได้ทั้งครอบครัว
10	ชาย	3	บุตร	15,000

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เป็นผู้ขายร้อยละ 20 โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 1 ปี และอายุมากที่สุด คือ 75 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์ ส่วนใหญ่มีสถานภาพคือ บุตรและภรรยาและกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความเสียหายทางการแพทย์มีรายได้ทั้งครอบครัว คือ ไม่มีรายได้เลย และสูงสุดคือ 100,000 บาท

ตารางที่ 8 แสดงภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง (ภาค/จังหวัด)	ที่อยู่ปัจจุบัน (ภาค/จังหวัด)
1	กลาง (กทม.)	กลาง (กทม.)
2	กลาง (นนทบุรี)	กลาง (นนทบุรี)
3	กลาง (นครสวรรค์)	กลาง (นครสวรรค์)
4	กลาง (ปราจีนบุรี)	กลาง (ปราจีนบุรี)
5	กลาง (กทม.)	กลาง (กทม.)
6	กลาง (กทม.)	กลาง (กทม.)
7	เหนือ (เชียงใหม่)	เหนือ (เชียงใหม่)
8	ตะวันออกเฉียงเหนือ (อุดรธานี)	ตะวันออกเฉียงเหนือ (อุดรธานี)
9	กลาง (กทม.)	กลาง (กทม.)
10	ตะวันออกเฉียงเหนือ (ยโสธร)	กลาง (กทม.)

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง 7 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 ราย ภาคเหนือ 1 ราย ส่วนสถานที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ในภาคกลาง 8 ราย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 ราย และภาคเหนือ 1 ราย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้อาศัยอยู่ในใจกลางเมืองที่มีทั้งความสะดวกสบายในด้านต่างๆ ในเรื่องการให้บริการของรัฐ เช่น การศึกษา การคมนาคม โรงพยาบาล ซึ่งถือว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าถึงศูนย์กลางการให้บริการที่ดีที่สุดในประเทศไทย

ตารางที่ 9 แสดงสถานบริการทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการและสิทธิที่ใช้ในการรักษา

คนที่	เขตกรุงเทพและ ปริมณฑล		ต่างจังหวัด		สิทธิการรักษา	
	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน	บัตรทอง	ปกติ
1		✓				✓
2		✓				✓
3	✓					✓
4			✓			✓
5	✓					✓
6		✓			✓	
7				✓		✓
8			✓			
9		✓			✓	
10	✓				✓	

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นถึงสังกัดของสถานบริการทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างได้เข้าไปใช้บริการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานบริการเอกชน 5 ราย และสังกัดรัฐบาล 5 ราย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล 7 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิในการรักษาแบบเสียค่าใช้จ่ายปกติ 6 ราย ส่วนที่เหลือเป็นสิทธิในการรักษาตามบัตรทอง 4 ราย

ตารางที่ 10 ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

คนที่	คลอดดลูก	ป่วยจากเชื้อโรค	ผ่าตัด
1	✓		
2	✓		
3		✓	
4		✓	
5		✓	
6	✓		
7		✓	
8			✓
9		✓	
10	✓		

ตารางที่ 10 แสดงสาเหตุของความเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องไปรับบริการทางการแพทย์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ คือ การเจ็บป่วยจากเชื้อโรค 5 ราย รองลงมาคือ การคลอดดลูก 4 รายและสุดท้ายคือ การผ่าตัด

ตารางที่ 11 แสดงถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

คนที่	ระบบ		ตัวผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์)			
	การส่งมอบงาน เกิดจากการสื่อสาร,ส่งงาน	เกิดจากเครื่องมือ, อุปกรณ์	วินิจฉัย โรคผิด	ตัดสินใจ ผิด	ไม่ได้ตรวจ เฉพาะ	ให้ยา ผิด
1		✓		✓	✓	
2			✓			
3						✓
4	✓					✓
5					✓	
6	✓			✓		
7			✓			
8		✓				

ตารางที่ 11 (ต่อ) แสดงถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

คนที่	ระบบ		ตัวผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์)			
	การส่งมอบงาน เกิดจากการสื่อสาร,สั่งงาน	เกิดจากเครื่องมือ, อุปกรณ์	วินิจฉัย โรคผิด	ตัดสินใจ ผิด	ไม่ได้ตรวจ เฉพาะ	ให้ยา ผิด
9	✓					
10				✓		

ตารางที่ 11 แสดงให้เห็นถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการเข้ารับบริการทางด้านการแพทย์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากตัวผู้เชี่ยวชาญที่เป็นแพทย์ 5 ราย เกิดจากระบบการทำงานของโรงพยาบาล 2 ราย และทั้งตัวแพทย์และระบบการทำงาน 3 ราย

จากตารางที่ 11 วิเคราะห์ได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จัดได้ว่าเป็นผู้ที่เข้าถึงการให้บริการของรัฐในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์กับภูมิปัญญาและที่อยู่อาศัย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า แม้จะอยู่ใกล้ขีดถึงความทันสมัยในการให้บริการทางการแพทย์เพียงใดก็ตาม ความเสี่ยงที่เกิดจากการให้บริการของโรงพยาบาลก็ยังมีอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 12 แสดงถึงความเสียหายทางร่างกายภายนอกที่ได้รับ

คนที่	ศีรษะ/อวัยวะ ใบหน้า	หัวไหล่/ แขน	หลัง	ขา	มือ	เล็บมือ/ เล็บเท้า	เสียชีวิต
1	✓	✓	✓	✓			
2							
3	✓					✓	
4				✓			
5			✓	✓			
6		✓					
7							✓
8							
9							✓
10		✓					

จากตารางที่ 12 แสดงถึงความเสียหายทางร่างกายภายนอกที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยความเสียหายทางร่างกายที่ได้รับประกอบไปด้วย ศีรษะ/อวัยวะบริเวณใบหน้า / หัวไหล่/แขน หลัง ขา มือ เล็บมือ/เล็บเท้า 8 ราย ส่วน 2 รายเสียชีวิต

ตารางที่ 13 แสดงความเสียหายภายในร่างกายที่ได้รับ

คนที่	ปอด	ระบบกระเพาะ/ ลำไส้	ท่อ/น้ำตา ท่อ น้ำลาย	สติปัญญา พิการทางสมอง
1				
2				✓
3	✓	✓	✓	
4				
5				
6				✓
7				
8				✓
9				
10				

ตารางที่ 13 แสดงให้เห็นถึงความเสียหายภายในร่างกายที่ได้รับจากความผิดพลาดทางการแพทย์ มีทั้งหมด 4 ราย แบ่งเป็นความเสียหายที่เกิดขึ้นจากอวัยวะภายในร่างกาย เช่น ปอด ระบบกระเพาะและลำไส้ ท่อ/น้ำตา ท่อน้ำลาย ส่วนผลต่อด้านสติปัญญาที่ทำให้ผู้เสียหายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้คือ ความพิการทางสมอง 3 ราย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 14 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้เสียหาย

คนที่	เศรษฐกิจ	จิตใจ	สังคม	ด้านอื่น ๆ ความสัมพันธ์ คนในครอบครัว
1	✓	✓	✓	
2	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	
4	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	
7	✓	✓	✓	
8	✓	✓	✓	✓
9	✓	✓	✓	
10	✓	✓	✓	

จากตารางที่ 14 แสดงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ได้รับความเสียหายที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ โดยผลกระทบที่ครอบครัวผู้เสียหายได้รับในด้านเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม มี 6 ราย ส่วนผลกระทบที่ครอบครัวผู้เสียหายได้รับในด้านเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว 4 ราย ซึ่งสอดคล้องกับความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับ

ตารางที่ 15 คดีเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น

คนที่	กำลังพิจารณา	ตัดสินแล้ว	
		แพ้	ชนะ
1		✓ (หมดอายุความ)	
2			✓
3	✓		
4	✓		
5	✓		
6	✓		

ตารางที่ 15 (ต่อ) คดีเกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น

คนที่	กำลังพิจารณา	ตัดสินแล้ว	
		แพ้	ชนะ
7	✓		
8	✓		
9	✓		
10	✓		

ตารางที่ 15 แสดงถึงคดีความในเรื่องที่เกิดขึ้นโดยความเสียหายที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ 8 ราย เรื่องกำลังอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาคดีของศาล ส่วน 2 คดีที่ตัดสินไปแล้วนั้นชนะ 1 คดี แพ้ 1 คดี

วิเคราะห์ได้ว่า จากเรื่องที่เกิดขึ้นถ้ามีการฟ้องร้องเกิดขึ้น ความเสียหายที่เกิดขึ้นน่าจะมีการชี้มูลความผิดของแพทย์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เรื่องที่เกิดขึ้นเป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในระบบบริการทางการแพทย์อย่างแท้จริง โดยที่ผู้เสียหายไม่ได้กลั่นแกล้งหรือต้องการสร้างเรื่องในการฟ้องร้องแพทย์

ตารางที่ 16 ความต้องการของผู้เสียหายที่ต้องการความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัว

คนที่	ความต้องการ			
	ขอโทษ	เงินทอง	อุปกรณ์	สิทธิประโยชน์ในการรักษา
1	✓			✓
2	✓	✓	✓	✓
3	✓			✓
4	✓			✓
5	✓		✓	✓
6	✓	✓	✓	✓
7	✓			
8	✓	✓		
9	✓			
10	✓	✓		✓

ตารางที่ 16 ความต้องการของผู้เสียหายที่ต้องการความรับผิดชอบที่มีต่อครอบครัวทุกคนล้วนอยากให้แพทย์ผู้กระทำผิดและทางโรงพยาบาล ออกมาขอโทษกับความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับตัวผู้เสียหาย และส่วนมากต้องการให้ทางโรงพยาบาลดูแลเรื่องสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลของตัวผู้เสียหาย รongลงมาเป็นความรับผิดชอบในเรื่องของเงิน และอุปกรณ์ที่ผู้เสียหายจะได้รับและเก็บไว้ใช้ทำประโยชน์ต่อไปในอนาคต

4.2 ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 กรณีศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในบทต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

เคสที่ ท1 (กรุงเทพ)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ช่วงชีวิตในวัยเด็กของท1 อาศัยอยู่ในอำเภอเล็กๆ แห่งหนึ่ง ในจังหวัดเชียงรายพ่อแม่ของ ท1 เป็นชาวไร่ชาวนา ทำให้ชีวิตในวัยเด็กของ ท1 คลุกคลีอยู่กับธรรมชาติ นับตั้งแต่บ้านที่อาศัยอยู่ก็มุ่งหลังคาด้วยใบตองตึงรอบๆ บ้านเลี้ยงวัวเลี้ยงควายเอาไว้ไถนาและด้วยความที่เป็นลูกชาวไร่ชาวนา ทำให้ ท1 ทำงานได้ทุกอย่าง อย่างที่ลูกชาวไร่ชาวนาเขาทำกันเช่น หาบน้ำจากบ่อขึ้นบ้าน หาบข้าวไปสี ฝัดข้าว ชุดดินปลูกผักเพื่อเอาไว้กิน หาปลาตามท้องไร่ท้องนา พ่อแม่ของ ท1 มีฐานะยากจน แต่ก็อดทนหาเงินส่งเสียให้ ท1 ได้เรียนจนจบปริญญาตรี ซึ่งนับเป็นความภาคภูมิใจของ ท1 เป็นอย่างมากที่สู้อดทนกัดฟันเรียนจนจบเพราะ ท1 เป็นเด็กคนแรกของหมู่บ้านที่เรียนจบปริญญาตรี

หลังจากจบปริญญาตรี ท1 ก็เข้าไปหางานทำที่กรุงเทพฯ ทำงานเป็นมนุษย์เงินเดือนอยู่หลายปีจึงตัดสินใจเดินทางสู่โลกกว้างด้วยตัวเอง โดย ท1 ตัดสินใจเดินทางไปเรียนต่อปริญญาโทที่ประเทศอังกฤษซึ่งครั้งแรกที่เดินทางไปนั้น ท1 ได้ขอยืมเงินแม่ที่จะใช้สร้างบ้านเป็นค่าเดินทางและค่าลงทะเบียนเรียนในเทอมแรก พอไปถึงประเทศอังกฤษเป็นวันแรก ท1 ก็หางานทำทันทีด้วยเงินที่มีจำกัด ท1 ทำงานสารพัดไม่เลือกงาน ไม่ว่าจะเป็นล้างจาน เสิร์ฟอาหาร ขายแซนดิวิช

เก็บของขึ้นชั้นตามห้าง ทำงานไปเรียนไปปากกัดตีนถีบหนักเอาเบาสู้อ สุดท้าย ท1 มัวแต่ทำงานเก็บเงินส่งให้พ่อแม่ ท1 จึงเรียนปริญญาโทไม่สำเร็จอย่างที่ฝัน แต่ ท1 ก็ไม่ได้นึกเสียใจ เพราะการได้เห็นโลกกว้างทำให้ ท1 ได้เรียนรู้อะไรหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการให้ความสำคัญกับคุณค่าความเป็นคนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในอีกซีกโลกหนึ่งที่แตกต่างจากบ้านเกิดของตัวเองเป็นอย่างมาก

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

เมื่อถึงวัยอันควร ท1 ก็ได้แต่งงานกับสามีซึ่งมีอาชีพเป็นวิศวกร ส่วนเรื่องงานด้วยความที่เป็นคนชอบความท้าทาย ท1 จึงลาออกจากราชการประจำมาทำงานเป็นผู้จัดการเกสต์เฮาส์แห่งหนึ่งย่านบางลำพู ซึ่งสามีเป็นหุ้นส่วนอยู่ เมื่อ ท1 ได้มาทำงานอยู่ที่นี้ได้เข้ามาจัดระบบใหม่ ทำให้เกสต์เฮาส์กิจการเจริญรุ่งเรือง มีผลกำไรทุกเดือน เมื่อมีครอบครัวแล้ว ท1 ตั้งใจว่าจะเป็นภรรยาที่ดี จะเป็นแม่ที่ดีที่สุดของลูก หวังสร้างครอบครัวที่อบอุ่น ดังนั้น เมื่อตั้งท้องลูกคนแรกในปี 2533 ท1 และสามีดีใจมาก งดทานเนื้อสัตว์ใหญ่ ทานแต่ขิงขมิ้น มีประโยชน์ ส่งผลให้ ท1 ท้องโตมาก ท1 ตัดสินใจฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่มีชื่อเสียงมากเมื่อ 15 ปีที่แล้ว “พี่กับสามีก็พอจะมีเงินอยู่บ้าง ตอนท้องครั้งแรกตั้งใจจะไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง แต่พอคิดไปคิดมา เราก็พอมีเงินอยู่บ้าง ท้องนี้เป็นท้องแรกเลยตัดสินใจไปฝากพิเศษกับโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งตอนนั้นโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลอันดับหนึ่งของประเทศไทย เครื่องไม้เครื่องมือก็ทันสมัยที่สุด พี่กับลูกคงปลอดภัย” (สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

ทุกครั้งที่แพทย์นัด ท1 ไม่เคยพลาดนัดการตรวจครรภ์เลยสักครั้ง จนกระทั่งวันที่ 29 มีนาคม 2534 ขณะกำลังดูหนังอยู่ ท1 มีอาการน้ำคร่ำเดิน จึงโทรเรียกสามีให้พาไปโรงพยาบาล “พี่ถึงโรงพยาบาลประมาณ 6 โมงเย็น พยาบาลจัดเตรียมห้องคลอด หมอเจ้าของไข้ของพี่ตรวจคนไข้อยู่ชั้นล่าง พี่ได้ยินเขาโทรศัพท์ทำให้ยาเร่งคลอดกับพี่ เราก็อุ่นใจหน่อยที่หมอยังอยู่ที่โรงพยาบาลไม่ได้ไปไหน” รอแพทย์ถึง 23.00 น. แพทย์ถึงมา หลังจากนั้น ท1 ถูกปลุกหลังด้วยยาชาและแพทย์ก็สั่งให้ ท1 เบ่งคลอดเป็นระยะๆ แต่เบ่งอย่างไรก็คลอดไม่ออก ไม่มีแรงเบ่ง แพทย์เลยสั่งให้เอาเครื่องมาดูด ดูดหลายครั้งเด็กก็ไม่ยอมออก จน ท1 เสียเลือดมาก แพทย์จึงเตรียมห้องผ่าตัด แล้วก็เข็น ท1 เข้าห้องผ่าตัดหลังจากนั้น ท1 ก็ไม่รู้เรื่องอะไรอีกเลย

(สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

จนรุ่งเช้า ถึงรู้ว่า ท1 ได้ลูกชาย คลอด 01.57 น. น้ำหนัก 4,050 กรัม ในวันเสาร์ที่ 30 มีนาคม 2534 หลังจากฟื้นจากยาสลบ ท1 ก็ได้รับรู้ถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับลูกชาย โดยสามีบอกว่าลูกชายมีเนื้องอกที่ท้ายทอยและลูกชายต้องอยู่ในตู้อบ ถึงแม้ว่า ท1 จะเจ็บแผลผ่าตัดมากเพียงใดแต่ด้วยความเป็นห่วงลูก ท1 จึงเดินไปดูลูก เห็นที่หัวลูกเป็นก้อนซ้ำๆ สีซ้ําเลือดซ้ําหนอง ตามแพทย์ที่ทำคลอด แพทย์บอกว่า”เป็นเส้นเลือดชนิดหนึ่ง ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ” หลังจากคลอด 5 วัน กุมารแพทย์บอกว่า “เด็กตัวเหลืองมาก ส่งไฟไม่ลด ต้องถ่ายเลือดทางสายสะดือ” เมื่อถ่ายเลือดเสร็จแล้วลูกของ ท1 ต้องอยู่ในตู้อบตลอดเวลา และร้องไห้เก่งมากหลังจากอยู่โรงพยาบาล 10 วัน ท1 และครอบครัวก็กลับมาอยู่บ้าน โดยเสียค่าใช้จ่าย 39,600 บาท เมื่อแพทย์เห็นกระบวนการนำลูกมาให้ ท1 โดยแจ้งกับ ท1ว่า”แขนขาข้างซ้ายเด็กอ่อนแรง แต่ไม่เป็นไร เป็นอาการของเด็กที่คลอดยาก ทำกายภาพบำบัดไม่กี่วันก็หาย โดยอีก 4 วันค่อยมาตรวจใหม่” (สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

ตลอดระยะเวลา 4 วันที่อยู่บ้าน ลูกของ ท1 ร้องอย่างโหยหวนทั้งวันทั้งคืน ต้องอุ้มตลอดเวลา นอนบนเบาะไม่ได้ วางก็ร้องลั่นเหมือนเจ็บปวดอะไรสักอย่าง สามีของ ท1 ต้องนอนบนโซฟา เอาลูกนอนบนอกถึงจะหยุดร้องได้ “พี่โทรถามคุณหมอแล้วนะ ไม่เป็นไรตลอดระยะเวลา 4 วันที่อยู่บ้าน ลูกที่ร้องโหยหวนทั้งคืน พี่เลยโทรถามคุณหมอ แต่หมอบอกว่าไม่เป็นไร เด็กร้องเพราะเป็นโคลิค พี่เลยสบายใจ” (สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)



ภาพประกอบที่ 4 ต้องนอนบนอกพ่อถึงจะเงียบ

หลังจากนั้น 4 วันต่อมา (12 เมษายน 2534) ท1 จึงนำลูกกลับไปตรวจที่โรงพยาบาล โดยบอกกับแพทย์ว่า “ขาลูกัวเหมือนขาลูกัวแซ่แข็ง” แต่ไม่ได้เลยแต่แล้วลูกจะร้องลั่น แพทย์จึงสั่งให้ไปทำกายภาพบำบัด โดยแนะนำให้ไปทำกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ท1 จึงเชื่อตามคำแนะนำของแพทย์ จึงพาลูกไปรักษาโรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้าน ระหว่างทำการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งนี้ แพทย์ได้ทำการเอกซเรย์ขาของลูก ท5 โดยพบว่า “พบแอ่งหนองที่ข้อสะโพก” ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าเอาหนองออก ท1จึงขออนุญาตแพทย์ไปเจาะหนองออกที่โรงพยาบาลของญาติเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย หลังจากเจาะเอาหนองออกแล้ว ลูกสบายตัวขึ้น กินได้นอนหลับ ท1 และสามีจึงตายใจ คิดว่าคงไม่มีอะไรเกิดขึ้น ครอบครัวจึงกลับมามีความสุขอีกครั้ง พอลูกอายุได้ 4 เดือน ท1 ก็ออกมาช่วยสามีทำงานอีกแรง ทั้งคู่ตัดสินใจทำธุรกิจโดยเปิดร้านโกดังล้างรูป ถ่ายเอกสาร กิจการเจริญไปได้ด้วยดี มีลูกค้ามากมาย รายได้ 2 คนรวมกันนับ 100,000 บาทต่อเดือน ชีวิต ท1 มีความสุขทุกอย่าง มีรถใหม่ มีบ้าน มีกิจการ มีเงินเก็บและครอบครัวที่อบอุ่น



ภาพประกอบที่ 5 ขาลูกัวแซ่แข็ง

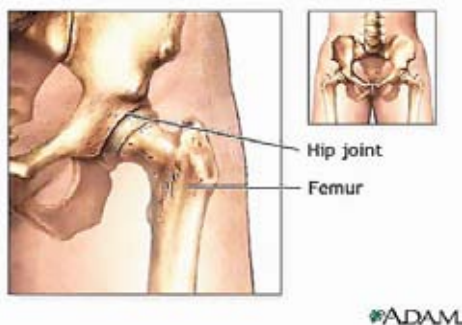
3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

ยี่งนานวันเข้า ความผิดปกติที่เกิดกับตัวลูกชายของ ท1 ก็ปรากฏชัดขึ้น เพราะยิ่งโต ขาทั้งสองข้างของลูกยิ่งสั้นยาวไม่เท่ากัน ขาข้างขวายืดยาวไปตั้งนานแล้ว ข้างซ้ายยังเป็นปล้องๆ อยู่เลย เวลาคลานก็กึ่งโค้งไม่ยอมเอาเข่าแตะพื้น ท1 รู้สึกถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น จึงพาลูกไปเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง พบว่าข้อสะโพกทางซ้ายของลูกไม่มีและหลุดออกจากเบ้า โดยแพทย์ซักประวัติแล้วให้ความเห็นว่าเกิดการติดเชื้อที่ข้อสะโพกตั้งแต่เด็ก หนองเข้าไปกินทำลายข้อและเข่าจนเสียหายหมด



ภาพประกอบที่ 6 การคลานแบบเข่าไม่แตะพื้น

ทำให้ลูกของ ท1 อยู่ในสภาพพิการ เมื่อลูกของ ท1 อายุได้ 1 ขวบครึ่ง ท1 ตัดสินใจพาลูกไปผ่าตัดเพื่อยึดข้อสะโพกให้ติดกับเบ้าที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง การผ่าตัดไม่ประสบความสำเร็จกระดูกหลุดแล้วหลุดอีกต้องผ่าซ้ำหลายครั้ง จนกระทั่ง ท1 ไปปรึกษาอาจารย์แพทย์ท่านหนึ่งที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง แพทย์ท่านนี้ยืนยันว่าต้องผ่าตัดข้อให้ติดกับเบ้า ความสั้นยาวของขาเด็กจะได้ไม่แตกต่างกันมาก หากคนเราจะยาวได้ต้องมีเบ้าให้กระดูก จนอายุ 3 ขวบครึ่ง ท1 จึงรีบพาลูกไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลแห่งนี้ การผ่าตัดสำเร็จสามารถยึดกระดูกให้ติดกับเบ้าสะโพกได้ แต่ก็เป็นการประคับประคองไม่ให้ความสั้นยาวของขาเด็กจะได้ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยแพทย์บอกว่าการหลังจากอายุ 20 ปีไป ลูกของ ท1 ต้องผ่าตัดใส่ข้อและเบ้าสะโพกเทียม และต้องผ่าเปลี่ยนอีกทุกๆ 10 ปี



ภาพประกอบที่ 7 แสดงการเชื่อมต่อของกระดูกกับเบ้าขาองรับ

ลูกชายของ ท1 ต้องเข้ารับการรักษาผ่าตัดอยู่หลายครั้ง เพราะมีทั้งการผ่าตัดเล็ก ผ่าตัดใหญ่ และหลังผ่าตัดต้องอยู่ในเฝือกตั้งแต่ออกถึงปลายขานาน 6-7 เดือนหลายครั้ง จนกระทั่งอายุ 4 ขวบ หลังถอดเฝือกขาซ้ายไม่มีแรงเดินกว่าจะทำกายภาพบำบัดได้ต้องใช้เวลา ความเสียหายที่เกิดขึ้น และยังคงปรากฏอยู่ ณ ปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

- บริเวณท้ายทอยปรากฏรอยที่เกิดจากเครื่องดูด
- ขาซ้ายสั้นและเล็กกว่าขาข้างขวา 3 นิ้ว ยิ่งโตยิ่งต่างกันมากขึ้น
- หัวกระดูกสะโพกขาข้างซ้ายหายไป เบ้าสะโพกเสียหายมีบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดหลายแห่ง
- หัวไหล่ซ้ายมีปัญหาเหมือนขาซ้ายกระดูกหัวไหล่หลุดออกจากเบ้า
- หลังคด
- เดินกระเผลก เหนื่อยง่าย ลูกจะมีอาการปวดหลัง ปวดขา ปวดเข่า ข้อเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ มีความเสี่ยงจะเป็นโรคความดัน โรคไต โรคหัวใจมากกว่าคนปกติ เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของร่างกาย ต้องออกกำลังกายมากกว่าคนปกติ
- นั่งขัดสมาธิไม่ได้
- ทุกคืนก่อนนอนลูกของ ท1 จะปวดขาข้างซ้ายอย่างทรมาน ต้องทุบให้แรงๆ ประมาณครึ่งชั่วโมงถึงจะหลับได้
- และเมื่อลูกของ ท1 โตเต็มที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ต้องผ่าตัดใส่ข้อและเบ้า ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทุก 10 ปี



ภาพประกอบที่ 8 ถ่ายทอยยังคงปรากฏร่องรอยจากเครื่องดูดสูญญากาศ



ภาพประกอบที่ 9 ขาสั้นยาวไม่เท่ากัน

สถาบันวิจัยการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพประกอบที่ 10 บาดแผลจากการผ่าตัด



ภาพประกอบที่ 11 หลังคด

4. ความผิดปกติที่เกิดขึ้น

ความพิการที่เกิดขึ้นกับลูกของ ท1 เกิดขึ้นด้วยความผิดปกติของแพทย์ดังต่อไปนี้

4.1 ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บท้อง แพทย์ปล่อยให้ ท1คลอดลูกเองโดยไม่ผ่าตัดซึ่งมองข้ามถึงลักษณะสำคัญของ ท1 ที่แพทย์สมควรวินิจฉัยให้มีการผ่าตัดดังต่อไปนี้

- ท 1 เป็นหญิงท้องแรก
- เด็กน้ำหนักแรกเกิด 4,050 กรัม
- เด็กอยู่ในท่าคลอดที่ผิดปกติ (OPP)

ซึ่งทางการแพทย์ถือว่าให้คลอดปกติไม่ได้ ต้องผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้องเท่านั้น แต่แพทย์เจ้าของคนไข้ ไม่มาตรวจครรภ์ก่อนเข้าห้องคลอด จึงไม่ทราบถึง 2 ข้อหลัง “พื้ก็ถามหมอ นะว่า พื้ก็ฝากพิเศษ ประวัติการตรวจเช็คครรภ์ก็มี เห็นก็เห็นอยู่น้ำหนักตัวพื้เพิ่มมากกว่าปกติ มาก อีกทั้งท้องนี้ก็เป็นท้องแรกอีกด้วย ทำไมยังให้พื้คลอดธรรมชาติอีก” (สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

4.2 ความผิดปกติในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ “พื้เพิ่งมารู้ทีหลังว่า ไม่ควรใช้ เครื่องดูดสุญญากาศในกรณีที่เกิดตัวโตมาก การดึงเด็กด้วยเครื่องดูดถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะ ทำให้มดลูกแตก แม่และเด็กอาจได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต อีกทั้งรอยดูดที่หัวของลูกพื้ก็ยังคงอยู่ ไม่หายไปไหนเหมือนที่หมอบอกตอนคลอดว่ามันจะหายไปเอง” (สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

4.3 ความผิดปกติในระหว่างการถ่ายเลือด ที่ทำให้เด็กติดเชื้อ หลังจากคลอดได้ 5 วัน กุมารแพทย์ได้ทำการถ่ายเลือด เพราะเด็กตัวเหลืองผิดปกติ ซึ่งเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ

- เกิดจากก้อนเลือดซ้ำที่หัวละลายกลายเป็นสารคล้ายน้ำดี
- เกิดจากการได้รับยาแรงคลอด

ซึ่งหลังจากการแยงสายสะดือ เพื่อถ่ายเลือด เด็กเกิดติดเชื้ออย่างรุนแรง ซึ่งในตำรา แพทย์ได้บอกไว้ว่า “ในผู้ป่วยเด็ก หากพบอาการหุบขาไม่ยอมกาง ไม่ขยับขา ประกับอาการองแง ไม่ค่อยรับการป้อนนม สะดือแฉะ น้ำหนักลด ให้ผู้ตรวจเฝ้าระวังจะมีการติดเชื้อในสะโพก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติการใส่ท่อสะดือมาก่อน ลูกพื้มีอาการครบหมดแต่หมอยังมาบอกว่าไม่เป็นไร” อีกทั้งหลังการเจาะเลือด พบเม็ดเลือดขาวเพิ่มจาก 11,400 ตัวเป็น 20,200 ตัว/คิวบิกมิลลิเมตร ซึ่งอาการดังกล่าวปรากฏกับลูกของ ท1 อย่างชัดเจนมากแต่แพทย์ที่ทำการรักษา ไม่ได้อ่านผลตรวจอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประมาทเล็กน้อย ขาดความเอาใจใส่ดูแลคนไข้ด้วยความระมัดระวังอย่างรอบคอบซึ่งด้วยความผิดปกติของเด็กขนาดนี้ แพทย์จะต้องห้ามนำเด็กกลับบ้าน ต้องให้ยาปฏิชีวนะทางเส้นเลือดโดยด่วน (สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ความพิการที่เกิดขึ้นกับลูกชายและยังคงปรากฏมาจนถึงปัจจุบัน “สิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกพี่นนะชาซ้ายสันและเล็กกว่าขาข้างขวา 3 นิ้ว ยิ่งโตยิ่งต่างกันมาก ส่วนหัวกระดูกสะโพกขาข้างซ้ายหายไป เบ้าสะโพกเสียหาย หลังคด เดินกระเผลก เหนื่อยง่าย จะมีอาการปวดหลัง ปวดขา ปวดเข่า ข้อเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ นั่งขัดสมาธิไม่ได้ และทุกคืนก่อนนอนลูกพี่จะปวดขาข้างซ้ายอย่างทรมาน ต้องทุบให้แรงๆประมาณครึ่งชั่วโมงกว่าจะหลับได้ และเมื่อโตเต็มที่อายุ 20 ปี ขึ้นไป ต้องผ่าตัดใส่ข้อและเบ้า ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทุก 10 ปี”(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

5.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

“หลังจากรู้ว่าลูกพิการ พี่ก็พยายามพาไปหาหมอตามที่ต่างๆเพื่อหาทางรักษาให้ลูกชีวิตครอบครัวเริ่มจะระส่ำระสาย เพราะชีวิตมีแต่เข้าออกโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองหมดไปกับการวิ่งเต้นรักษาลูก กิจการร้านโกตักย่าแย้เพราะเปิดมั่งปิดมั่งจนต้องปิดตัวปี 2538 สามีพี่ต้องออกจากงานเพราะหยุดงานบ่อย เพราะเราพาลูกตระเวนไปรักษาตามที่ต่างๆจนหมดเงินหมดทองไปเยอะ พอมาช่วงหลังคลอดลูกสาวอีกหนึ่งคน ครอบครัวเลยแย่งไปกันใหญ่ สามีพี่ จึงตัดสินใจไปตายเอาดาบหน้าไปทำงานที่ต่างประเทศ แต่พอไปถึงกลับหางานทำไม่ได้ เพราะเป็นช่วง 11 กันยายน คนอเมริกาตกงานเยอะ สุดท้ายได้งานคือ เป็นคนขับรถตู้ เขาส่งเงินให้ พี่ใช้เดือนละ 40-50 เหรียญ เงินที่ได้ใช้ เป็นค่ากินและค่าเทอมลูก ค่าผ่อนบ้านและค่าไฟไม่มีจ่าย” (สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

5.3 ผลกระทบด้านจิตใจ

ชีวิตลูกของ ท1 วนเวียนอยู่ 2 ที่คือ บ้านกับโรงพยาบาล ไม่เคยได้วิ่งซุกซนอย่างเพื่อนคนอื่น ไม่มีพัฒนาการทางอารมณ์ที่เป็นปกติ ลูกของ ท1 เติบโตมากับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานหวาดกลัว วิตกกังวล ระแวงว่าใครจะมาทำให้ต้องเจ็บปวดอีก นอกจากนี้สิ่งที่ ท1 เป็นห่วงคือ เธอไม่สามารถรู้ได้เลยว่าในใจของลูกชายคิดอะไรอยู่ ด้วยความที่เป็นเด็กเงียบขรึม ท1 กลัวว่าลูกชายของตัวเองจะโทษตัวเอง ว่าตัวเองเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวเป็นแบบนี้



ภาพประกอบที่12 การเข้ารับการรักษาผ่าตัดแต่ละครั้งต้องพบกับความเจ็บปวด

ส่วนสภาพจิตใจของ ท1 เกิดการเปลี่ยนแปลงจากหน้ามือเป็นหลังมือ สร้างความเจ็บปวดให้กับภายในจิตใจของ ท1 เป็นอย่างมาก “พี่เคยคิดฆ่าตัวตาย หลังจากที่ชีวิตเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ หันกลับไปคิดที่ไรก็สร้างความเจ็บปวดให้กับภายในจิตใจของพี่มากหลายครั้งที่พี่ผ่านไปร้านเก่าเจ็บปวดทุกครั้งเมื่อนึกย้อนถึงวันที่เคยรุ่งเรือง นั่งนับเงินเต็มลิ้นชัก จนมาถึงวันที่ต้องเอาทรัพย์สินที่เก็บไว้ให้ลูกไปโรงรับจำนำ นั่งคิดแล้วน้ำตาถึงไหล มีอยู่ครั้งหนึ่งที่รู้สึกว่ามีคนมันรุมเร้ามาก ๆ ทั้งสิ้นเนื้อประดาตัว สามีที่ทำงานอยู่ต่างประเทศก็หลังหัก บ้านก็จะถูกยึด ลูกพิการ ไม่มีคนรับผิดชอบ มองไปทางไหนก็มีแต่ด้าน พี่เคยเดินไปที่สะพานพระปิ่นเกล้าฯ คิดว่า วันนี้คือ วันที่จะจบสิ้นทุกอย่าง มันหนักเกินจะแบกไหวอีกแล้ว พี่คิดว่าถ้าวันนั้นพี่ตาย ก็คงจะมีคนเข้ามารับผิดชอบชีวิตลูกพี่มากกว่าทุกวันนี้ แต่โชคดีนะที่วันนั้นตอนพี่กำลังเดินอยู่บนสะพาน ฝนก็ตกหนักลงมาอย่างไม่ลืมหูลืมตา ทำให้กระซอกความคิดที่กลับไปมีสติอีกครั้งหนึ่ง”

(สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

5.4 ผลกระทบทางด้านสังคม

จากการตระเวนพาลูกหาหมอรักษา ทำให้ ท1 ต้องลาออกจากงาน เสียโอกาสทำความเจริญก้าวหน้าให้กับชีวิต เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาไปกับการดูแลรักษาลูกและต่อสู้เรื่องคดีความกับทาง โรงพยาบาล ส่งผลให้ ท1 ไม่ได้พบปะพูดคุยกับใครเท่าไร ตัดชีวิตตัวเองออกจากเพื่อนญาติพี่น้อง อีกทั้งการฟ้องหมอลทำให้ ท1 มีชื่อเป็นแบล็คลิสต์ของวงการแพทย์ ดังเหตุการณ์ต่อไปนี้

“ พี่ต้องสูญเสียโอกาสในชีวิตหลายอย่าง เพราะต้องต่อสู้เรื่องคดีความ สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้ชื่อพี่ เป็นแบล็คลิสต์ของวงการแพทย์ เช่น ปลายปี 2545 พี่ป่วยเป็นเนื้องอกในมดลูก พี่ไปหาหมอที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งหมอตระกเห็นชื่อพี่ เขาบอกกับพี่ว่าไปผ่าที่อื่นก็ได้นะ พี่บอกว่าพี่จะผ่า

ที่นี่ พอผ่าตัดเสร็จพักฟื้นในโรงพยาบาล 5 วัน เชื้อใหม่ไม่มีหอมมาดูแลพี่แม่แต่คนเดียว ลูกๆ พี่ ต้องคอยดูแลเช็ดตัวป้อนน้ำป้อนข้าว ครบ 5 วัน หอมนัดตรวจหลังผ่าตัด ก็เบียดนัดพี่ทุกครั้ง ใจเราก็รู้แล้วแหละว่าเขาหนีหน้า หรืออย่างลูกพี่เป็นโรคผิวหนังไปหาหอมวันแรกตรวจได้ยามาทา ครั้งที่ 2 ตรวจเสร็จหอมสั่งยา และบอกให้เจ้าหน้าที่ถ่ายสำเนาเวชระเบียน แล้วบอกกับพี่ว่าไปรักษาที่อื่น นี่แค่การไปหาหอมนะ ยังไม่รวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของพี่ ก็อย่างเรื่องบ้านพี่มัน เก่ามากแล้ว พี่ก็ติดต่อช่างให้ช่างมาตีราคาบ้าน นัดเวลาให้ช่างมาดูบ้าน เขาเข้ามาเห็นรายชื่อ โจทก์ที่พี่ยื่นฟ้องเป็นหอมทั้งนั้นเลยที่พี่แปะไว้ข้างผนังบ้าน วันถัดไปเขาไม่มาอีกเลย พี่โทรไปหา เขาบอกว่าเขามีน้องเป็นหอมแล้วเขาก็หายหน้าไปเลย”

ส่วนตัวลูกชาย “ ตัวลูกพี่นะ ก็ถูกเพื่อนล้อตั้งแต่สมัยเด็กว่าเป็นไอ้เป่ ไอ้เตียง ไอ้หัวอุกาบาตวิงชน ถูกแกล้งตีบให้ล้มเพราะเพื่อนรู้ว่าลูกพี่วิ่งตามไม่ทันอยากเตะฟุตบอล เล่นบาสเกตบอล เหมือนเพื่อนแต่ทำไม่ได้ ทำได้ก็เพียงว่ายน้ำ ปั่นจักรยานนี่ยังไม่ับรวมที่ลูกพี่เสียโอกาสของความก้าวหน้าในชีวิต เพราะลูกพี่ตอนนี้อยู่ชั้น ม. ปลาย สูงตั้ง 175 หน้าตาดี เรียนหนังสือก็ดี แต่ดูสิลูกพี่พิการแบบนี้ จะทำกิจกรรมบางอย่างก็ไม่ได้ อย่างมีอยู่ช่วงหนึ่งที่มีงานเข้าค่ายลูกเสือโลกลูกพี่ก็ไปไม่ได้ ส่วนอนาคตลูกพี่ทำงานบางอย่างไม่ได้นะ เช่น เป็นทหาร ตำรวจ” (สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

6. ชีวิตในปัจจุบัน

หลังจากแพ้คดีในการฟ้องร้องแพทย์ที่ทำการรักษาเพราะคดีขาดอายุความ ท1 ก็ได้กลับมาตั้งหลักเริ่มชีวิตใหม่ จากความช่วยเหลือของผู้ใจบุญบางส่วนที่รู้เรื่องของ ท1 ผ่านสื่อ โดยมอบเงินจำนวนหนึ่งให้เป็นค่าไปถอนบ้านที่เอาไปจำนองจำนวนเกือบ 2 ล้านบาท รวมทั้งช่วยให้สามีได้กลับประเทศ ทำให้ครอบครัวได้อยู่กันพร้อมหน้าพร้อมตาอีกครั้งหนึ่ง จากน้ำใจที่หลายๆ คนหยิบยื่นให้ ทำให้ ท1 คิดได้ว่าหลังจากที่ตัว ท1 ล้มเพื่อครอบครัวตัวเองมาเกือบครึ่งชีวิต ท1 จึงควรหันมาผลักดันเรื่องของส่วนรวมบ้าง โดยรวมกลุ่มของผู้เสียหายเป็นเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เป็นการทำงานแบบอาสาสมัคร เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหายทางการแพทย์ที่ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับความเป็นธรรมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยไม่เรียกร้องผลประโยชน์ใดๆ ทั้งสิ้น โดยได้รับความช่วยเหลือจากแพทย์ท่านหนึ่ง ที่ยอมเป็นที่ปรึกษาให้เครือข่ายโดยไม่มีข้อผูกมัด ช่วยอ่านเวชระเบียนให้ ไปเป็นพยานในศาลให้ โดยไม่เคยเรียกร้องผลประโยชน์จากพวกผู้เสียหาย แม้แต่บาทเดียว

ชีวิตของ ท1 ทุกวันนี้ทำเพื่อส่วนรวมแต่บางครั้งกลับไม่ค่อยมีคนกล้าคบหาหรือแสดงความสนิทชิดเชื้ออย่างออกหน้าออกตาอาจเป็นเพราะ ท1 คือเผือกร้อนที่อาจให้คุณให้โทษต่อหน้าที่การงานของใครบางคนก็เป็นไปได้ ทำให้ทุกคนไม่อยากจะทำความรู้จัก แต่ ท1 ก็ไม่คิดเสียใจ เพราะ ท1 คิดว่าสิ่งที่ตัวเธอกำลังจะทำนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องและเป็นสิ่งที่เสียสละต่อสังคมส่วนรวม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ (ท2) จังหวัดนนทบุรี

1. ข้อมูลส่วนตัวและสภาพทั่วไปของบ้าน

ท2 เป็นหญิงสาววัยกลางคน อายุ 37 ปี เป็นคนจังหวัดยโสธรโดยกำเนิดหลังจากเรียนจบชั้นปริญญาตรี ท2จึงตัดสินใจเข้ามาหางานทำที่กรุงเทพฯและได้งานทำที่บริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง จนกระทั่งได้พบกับสามีคนปัจจุบันและทั้งสองตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน ทั้งคู่ตัดสินใจมาตั้งหลักปักฐานซื้อบ้านแถวเกษตร-นวมินทร์ เป็นบ้านทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้น ท2 ทำงานที่บริษัทเอกชน และได้ ใต้เต้าตั้งแต่พนักงานบริษัทจนถึงหัวหน้าฝ่ายขาย ส่วนสามีทำงานบริษัทเอกชนอีกที่หนึ่ง ทำให้สภาพการเงินของทั้งคู่ค่อนข้างดี เพราะทั้งสองคนมีรายได้รวมกันประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน จนกระทั่งทั้งคู่มีความมั่นคงทางการเงินมากขึ้นทั้งคู่ตั้งใจเก็บเงินเยอะๆไว้เพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ และในปี 2540 ทั้งคู่ตัดสินใจมีลูกด้วยกันหนึ่งคน โดยทั้งคู่ก็ได้ลูกสาวเป็นสมาชิกใหม่ของบ้านอย่างสมใจ

ช่วงนี้แทบจะเรียกได้ว่าครอบครัวของ ท2 เป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แบบ เพราะประกอบไปด้วยพ่อ แม่ ลูก ใช้ชีวิตด้วยกันอย่างอบอุ่น ทำให้ในปี 2544 ท2 จึงตัดสินใจมีลูกอีกคนหนึ่ง ด้วยความตั้งใจว่าเมื่อมีน้องให้ลูกสาว ลูกสาวจะได้มีเพื่อนและเมื่อทั้งคู่โตขึ้นจะได้คอยช่วยเหลือกัน ยามพ่อแม่ไม่อยู่แล้ว ท้องนี้ ท2 ไม่ได้ดูแลเป็นพิเศษมากนัก เพียงแต่ระมัดระวังในเรื่องอาหารการกินเท่านั้น อีกทั้งเพราะตนเองเคยมีประสบการณ์คลอดลูกมาแล้ว จึงไม่ค่อยกังวลเท่าไร จะเป็นพิเศษหน่อยก็ตรงที่ฝากครรภ์ให้แพทย์ดูแลเป็นพิเศษเท่านั้นเอง

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

หลังจากที่ ท2 รู้ว่าตนเองได้ตั้งครรภ์ลูกคนที่สองประมาณต้นปี 2544 ท2 จึงตัดสินใจฝากครรภ์กับแพทย์ (โดยฝากกับแพทย์พิเศษที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เพื่อจะได้ดูแลเด็กในครรภ์ได้อย่างเต็มที่) โดยตลอดระยะเวลาที่ตั้งครรภ์ ท2 ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาหารการกิน การดูแลสุขภาพ รวมทั้งการไปตรวจครรภ์ทุกเดือนตามที่แพทย์นัดและผลตรวจร่างกายทุกครั้งก็ปรากฏว่าร่างกายของ ท2 ก็เป็นปกติทุกอย่างมาตลอด หลังจากอายุครรภ์อายุได้ 7 เดือน ในวันที่ 5 กรกฎาคม 2544 เวลา 10.30 น. ท2 รู้สึกเจ็บครรภ์เหมือนจะคลอด ท2 จึงเดินทางไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลที่ตนเองได้ฝากครรภ์ไว้ หลังจากที่แพทย์ได้ซักถามอาการแล้วแพทย์จึงฉีดยาให้ 1 เข็ม (ท2 มาทราบทีหลังว่ายาที่ฉีดให้ นั้นเป็นยาแก้ปวด) หลังจากฉีดยาแล้วสักพักหนึ่งผลจากฤทธิ์ยาทำให้ ท2 หลับไป หลังจากตื่นขึ้นมา ท2 ก็เริ่มมีอาการ

อาเจียนตลอดเวลา ทานอาหารไม่ได้ ลูกขึ้นนั่งก็รู้สึกเวียนศีรษะ ส่วนอาการผิดปกติของลูกในท้อง ท2 รู้สึกว่าหลังจากตื่นมาเด็กไม่ค่อยตื่นเลย

ก่อนเวลาเที่ยงคืนของวันที่ 6 กรกฎาคม 2544 พยาบาลเข้ามาวัดความดัน ท2 พบว่า ความดันผิดปกติ คือ 120/110 มม.ปรอท แต่พอหลังเที่ยงคืน คือ วันที่ 6 กรกฎาคม 2544 พบว่า ความดันของ ท2 เริ่มสูงขึ้นจนถึง 160/110 มม.ปรอท ส่วนลูกในท้องก็มีอาการตื่นน้อยเหมือนเดิม จนถึงเวลา 8.00 น. ความดันของ ท2 ยังอยู่ที่ 150/110 มม.ปรอท พอถึงเวลา 8.30 น. แพทย์จึง เดินเข้ามาตรวจและบอกกับท2 ว่า ถึงแม้ว่าความดันของ ท2 ยังคงสูงอยู่ แต่ก็ไม่เป็นอันตรายอะไร แพทย์จึงอนุญาตให้ ท2 กลับบ้านได้ และบอกว่าถ้ามีอะไรผิดปกติเกิดขึ้นค่อยกลับมาหา แพทย์ใหม่ หลังจากนั้น ท2 จึงกลับบ้าน แต่ปรากฏว่าเมื่อกลับมาถึงบ้าน มีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น คือ ท2 เกิดอาการตัวบวม และลูกท้องตื่นน้อยมาก ท2 รู้สึกกังวลมากกว่าทำไมลูกถึงตื่นน้อยมาก ทำให้ไม่สนใจถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวเองคือ (อาการตัวบวม + ความดันสูงผิดปกติ) ท2 ฝ้าดูอาการของตนเองจนถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2544 อาการที่ปรากฏขึ้นคือ เกิดอาการตัวบวม ขึ้นอย่างเห็นได้ชัดส่วนเรื่องของลูก ท2 ได้จับระยะเวลาที่ลูกตื่น ซึ่งผลปรากฏว่า ตามปกติของเด็ก 7 เดือน เด็กจะต้องตื่น 2-3 ครั้ง/ชม. แต่ลูกของ ท2 ตื่นเพียง 2 ครั้ง คือ เวลา 13.00 น. และ 17.00 น.เท่านั้น และการตื่นของเด็กไม่ใช่เป็นการใช้แรงแบบถีบท้องของแม่ แต่เป็นเพียงการขยับร่างกายเบาๆ เท่านั้น

ทำให้เวลาประมาณ 19.00 น. ของวันที่ 11 กรกฎาคม 2544 ท2 จึงตัดสินใจไปหา แพทย์เจ้าของครรภ์อีกครั้งหนึ่ง หลังจากที่แพทย์ตรวจอาการ ก็ลงความเห็นว่ ท2 เกิดอาการครรภ์ เป็นพิษชนิดร้ายแรง ต้องยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดด่วน โดยทางแพทย์ได้แจ้งกับ ท2 ว่า ถ้า ต้องการผ่าตัดที่นี้ต้องมีค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 100,000 บาท ทางครอบครัวของ ท2 จะสู้ไหวไหม? ถ้าไม่ไหวแพทย์จะส่งตัวไปยังโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง แต่แพทย์ก็ไม่แน่ใจว่าทางโรงพยาบาลรัฐ แห่งนั้น จะผ่าให้เลยหรือเปล่าเพราะตอนนี้ก็เกือบ 21.30 น. แล้ว แต่ถ้าอย่างช้าคงจะผ่าให้ไม่เกิน วันที่ 12 กรกฎาคม 2544 ท2 จึงปรึกษากับสามี "พี่ตัดสินใจกับสามีว่า ผ่าน้องเลยดีกว่า ถึงจะแพง แต่ก็ยังดีกว่าที่เราไปโรงพยาบาลของรัฐ เพราะหมอก็บอกกับพี่ว่า ถ้าไปโรงพยาบาลของรัฐ ก็ไม่แน่ใจว่าพี่จะได้ผ่าตัดเลยหรือเปล่า ถ้าเข้าไปกว่านี้พี่ก็กลัวเป็นอันตราย ผ่าที่นี้ถึงจะแพง แต่ถ้าเรา จ่ายแพงเขาก็น่าจะทำให้เราดี" เวลา 23.30 น. ท1 จึงเข้ารับการผ่าตัด โดยน้ำหนักแรกคลอดของ ลูกชาย 1,325 กรัม หลังคลอด ท2 ต้องเข้า ICU เพราะความดันสูงมาก โดย ท2 ใช้เวลาพักฟื้น 4 วัน ส่วนลูกชายต้องอยู่ในตู้อบ 25 วัน เพราะต้องทำน้ำหนักให้ถึง 1,800 กรัม จะได้ร่างกาย แข็งแรงระหว่างที่ลูกชายพักฟื้นอยู่ในตู้อบ แพทย์ก็ไม่ได้บอกอะไรกับ ท2 เป็นพิเศษ

เพียงแต่บอกว่าลูกชายแข็งแรงแต่ตัวเล็กไปหน่วยเป็นเพราะคลอดก่อนกำหนด ส่วนค่าใช้จ่าย ในขณะที่อยู่โรงพยาบาลประมาณ 120,000 บาท (สัมภาษณ์วันที่ 9 เมษายน 2550)

3. ความเสียหายที่ได้รับ

หลังจากออกจากโรงพยาบาล ท2 ดูแลลูกชายตามปกติ โดยพาลูกไปตรวจตามแพทย์นัด ตลอด โดยในเดือนแรก ลูกชายตัวอ่อนเหมือนลูกหนู ท2 จึงปรึกษาแพทย์ แพทย์ก็ให้คำตอบว่า ลูกคลอดก่อนกำหนดให้ใจเย็นๆ เด็กอาจมีพัฒนาการช้าหน่อย พอเข้าเดือนที่ 2 ด้วยประสบการณ์ การเลี้ยงลูกมาแล้วคนหนึ่ง ท2 จึงสงสัยว่าทำไมเด็กยังไม่แข็งแรง ทั้งๆ ที่ควรจะคอแข็งได้แล้ว อีกทั้ง เด็กไม่ยอมมองตามสิ่งที่เคลื่อนไหวท2 จึงกลับไปปรึกษาแพทย์ปรากฏว่าแพทย์ก็ให้คำตอบ แบบเดิม คือ ใจเย็นๆ พอเข้าเดือนที่ 3 เด็กก็ยังคงมีอาการเหมือนเดิม แพทย์ก็ให้คำตอบเหมือนเดิม คือใจเย็นๆ พอเข้าเดือนที่ 4 เด็กก็ยังคงมีอาการเหมือนเดิม พอเข้าสู่เดือนที่ 5 ท2 กังวลใจเป็นอย่างมาก ที่ลูกมีพัฒนาการไม่เหมือนปกติแต่ก็พยายามบอกตัวเองเสมอว่าลูกชายเป็นเด็กคลอดก่อน กำหนดร่างกายคงยังไม่แข็งแรงเท่าไร อีกทั้งคำยืนยันจากแพทย์ที่ตรวจบอกว่าเด็กไม่เป็นไร จึงทำ ให้ ท2 คลายความกังวลได้ส่วนหนึ่ง หลังจากนั้นก็เข้าสู่เดือนที่ 6 วันหนึ่งเด็กเกิดอาการเกร็ง ชัก กระตุก ตาลอย ท2 จึงพาลูกไปหาแพทย์ พอแพทย์เห็นอาการของลูกชายจึงแนะนำให้ไปตรวจ คลื่นสมองที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งที่มีเครื่องมือที่ทันสมัยเพราะที่โรงพยาบาลนี้ไม่มี

ท2 จึงพาลูกชายไปตรวจที่โรงพยาบาลรัฐแห่งนี้ โดยตรวจทั้ง หู ตา ตรวจสมองผล ปรากฏว่าเนื้อสมองของลูกชายหายไปส่วนหนึ่ง ส่งผลทำให้ลูกชายของ ท2 เป็นเด็กสมองพิการแต่ กำเนิด เนื่องจากถ้าแม่มีอาการครรภ์เป็นพิษจะทำให้เกิดมีการคลอดก่อนกำหนด เด็กมีอาการ ขาดออกซิเจนการขาดออกซิเจนเพราะรกเสื่อม หรือทารกมีการเจริญเติบโตชะงักงั้นในครรภ์

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

จากความเห็นของแพทย์หลายๆ ท่านมีความเห็นตรงกันว่า ความพิการที่เกิดขึ้นกับลูก ชายของ ท1 เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์เจ้าของครรภ์ ที่ตรวจวินิจฉัยโรคผิดพลาด “ดูนะ จากประวัติข้อมูลการรักษาของลูกพี่ ก่อนเที่ยงคืนวันที่ 6 กรกฎาคม 2544 พยาบาลเข้ามาวัด ความดัน ความดันที่สูงถึง 120/110 มม.ปรอท พอหลังเที่ยงคืนวันที่ 6 กรกฎาคม 2544 ความดัน โลหิตสูงขึ้นไปอีก 160/110 มม.ปรอท ส่วนลูกพี่ตั้งแต่หมอฉีดยาเข็มนี้ ลูกก็ไม่ได้ดิ้น คือ ดิ้นน้อย มาก จนถึง 8.00 น. ความดันของพี่อยู่ที่ 150/110 มม.ปรอทตรวจสอบใช้ชาวพบ 2+ หมอยัง

บอกว่าไม่มีอะไรผิดปกติให้พี่กลับบ้านได้ หมอที่เป็นที่ปรึกษาให้พี่เขายังเอาเอกสารให้พี่ดูเลยนะ เป็นเอกสารทางการแพทย์ ยืนยันว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวพี่เป็นอาการของครรภ์เป็นพิษจะมีอาการเมื่อตั้งครรภ์ได้ 5- 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการตัวบวม เท้าบวม กดมีรอยบุ๋ม ตรวจปัสสาวะพบสารไข่ขาวขนาด 3+ หรือ 4+ แล้วดูอาการพี่สิ ความดันพี่มากขนาดนี้ หมอยังให้กลับบ้าน ทั้งๆที่อาการพี่ชัดเจนว่าครรภ์เป็นพิษแน่นอน”

(สัมภาษณ์วันที่ 9 เมษายน 2550)

5. ผลกระทบที่ได้รับจากความเสียหายที่เกิดขึ้น

5.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ครั้งแรกที่ ท2 รู้ว่าลูกตนเองเป็นเด็กสมองพิการแต่กำเนิด ท2 ตกใจมาก เพราะไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่า เด็กสมองพิการแต่กำเนิดเป็นอย่างไร “พี่ไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่า เด็กสมองพิการแต่กำเนิดเป็นอย่างไร เลยถามหมอว่าพี่ต้องทำอะไรบ้าง หมอก็บอกพี่ว่าลูกพี่จะมีพัฒนาการได้น้อยมากคือ ถ้าปกติก็จะได้แต่นอนเฉยๆ ส่วนรายไหนที่อาการดีหน่อยก็สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่ต้องเป็นภาระกับครอบครัวมากนัก พอหมอบอกอย่างนี้พี่ก็เสียใจมาก เพราะไม่คิดว่าลูกพี่จะต้องมาตกอยู่ในสภาพแบบนี้” แต่ ท2 ก็ไม่ยอมท้อแท้ หลังจากเสียใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกได้ช่วงเวลาหนึ่ง ท2 จึงกลับมาดูแลเอาใจใส่ลูกชายอย่างดียิ่งขึ้น แพทย์ที่เฝ้าว่าดี ท2 ก็พาไปหาหมอดด้วยความหวังที่ว่าถึงแม้ว่าลูกจะไม่หายขาด ก็หวังจะให้ลูกอาการดีขึ้นเท่านั้นก็เพียงพอสำหรับผู้ที่เป็นแม่แล้ว (สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

5.2 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของ ท2 ทำให้วิถีชีวิตของท2 เปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง “การใช้ชีวิตของพี่เปลี่ยนไปนะตั้งแต่ลูกพี่พิการเพราะต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลเขา เพราะต้องคอยดูแลลูกตลอดทั้งวันทั้งคืนกับเพื่อนบ้านก็แทบจะไม่ได้คุยกัน” หน้าที่หลักๆของ ท2คือ ตื่นตอนเช้าต้องทำอาหารเหลวให้ลูกกิน เช็ดตัวและของเสียที่เกิดจากการขับถ่าย ทำกายภาพบำบัดทั้งตัว ส่วนเรื่องการเงินของบ้านก็เปลี่ยนแปลงแบบชนิดหน้ามือเป็นหลังมือ “ตั้งแต่พี่ออกจากบ้านมาดูแลลูกสามีพี่ก็ทำงานคนเดียว แต่ก่อนทำ 2 คน รายได้ตกเดือนละ 50,000 บาท แต่ตอนนี้สามีพี่ทำงานคนเดียวได้เดือนละ 30,000 บาท ค่ายาและค่าอุปกรณ์ของน้องเขาตก ตกเดือนละ 50,000 กว่าบาท เงินที่เก็บไว้ก็เอาออกมาใช้จนหมด หนักเข้ารายจ่ายก็ติดลบ ก็เอายาไปเข้าธนาคาร เพื่อเอาเงินมาหมุนในครอบครัวและถ้ายังบัตรเครดิตนะ พี่มีหลายใบ หมุนจ่ายไปมาสลับกันทุกเดือน” (สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)



ภาพประกอบที่ 13 อุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาตัวของลูกชาย

5.3 ผลกระทบด้านอื่นๆ

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวของ ท2 เปลี่ยนไปอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ระหว่าง ท2 กับลูกสาวเพราะมีอยู่ช่วงหนึ่งที่ ท2 พาลูกชายไปรักษาตัวที่ยโสธรเป็นเวลา 2 ปี เพื่อพาลูกชายไปรับอากาศบริสุทธิ์ ทำให้ลูกสาวต้องอยู่กับพ่อ 2 คน ด้วยความเป็นเด็กและไม่เคยห่างแม่ เมื่อไม่มีแม่อยู่ทำให้ลูกสาวซึ่งเคยเป็นเด็กว่าเรใจเปลี่ยนเป็นซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่ค่อยพูดจากับใคร เพราะคิดว่าแม่ไม่รัก รักแต่น้องชายแต่ปัจจุบันลูกสาวโตขึ้นเข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับน้องมากขึ้น ทำให้ไม่มีอคติกับน้องและรักน้องมากขึ้น พยายามช่วยที่บ้านดูแลน้อง

6.ชีวิตปัจจุบัน

ปัจจุบัน ท2 อาศัยอยู่ทาวน์เฮ้าส์ 2 ชั้นในบริเวณเกษตร-นวมินทร์ ชีวิตปัจจุบันดูแลลูกชายเหมือนเดิม โดยในตอนกลางวันก็จะพาลูกชายมานอนชั้นล่าง ซึ่งดัดแปลงเป็นที่นอนสำหรับลูกชาย ส่วนในตอนกลางคืนก็จะพาลูกชายขึ้นไปนอนข้างบน เพื่อจะได้ดูแลอย่างใกล้ชิด ส่วนอาการของลูกชายปัจจุบันก็ยังไม่ดีขึ้น ลูกชายอายุ 6 ขวบ ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้แก่ นอนแบบเบาะอยู่อย่างเดียว ไม่มีพัฒนาการและไม่สามารถทำอะไรได้เลย ส่วนเรื่องอาการเจ็บป่วยแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น “ลูกที่ป่วยบ่อยมาก ต้องตัดปอดทิ้ง 1 ข้าง เพราะเป็นปอดบวม แกรมตอนนี้ต้องเจาะคอเพื่อช่วยหายใจและดูดเสมหะออก เจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหาร และออกซิเจนใน

บางครั้ง” และในแต่ละอาทิตย์ต้องพาไปกายภาพที่โรงพยาบาล 1 ครั้งเพื่อไม่ให้ข้อยึด แต่ปรากฏว่าสภาพร่างกายของลูกชายไม่อำนวยเท่าไร เพราะมักจะติดเชื้อได้ง่ายจากการเดินทาง เพราะหลังกลับจากการไปกายภาพบำบัดลูกชายมักจะไม่สบายทุกครั้ง ท2 จึงฝึกกายภาพบำบัดให้ลูกชายเองที่บ้าน (สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)



ภาพประกอบที่ 14 การเจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหารทางสายยาง



ภาพประกอบที่ 15 อาหาร



ภาพประกอบ16 การทำความสะอาดสายยาง



ภาพประกอบที่ 17 กำลังทำความสะอาดสเลดที่ค้างอยู่ในลำคอ

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับลูกชายของ ท2 ทำให้ ท2 ตัดสินใจออกมาเรียกร้องความยุติธรรมให้กับลูกชายตนเอง เพราะปัจจุบันสภาพของครอบครัว ท2 อยู่ในขั้นวิกฤต โดยเฉพาะเรื่องการเงิน โดยเรื่องที่เกิด ท2 บอกว่า “ไม่ได้อยากฟ้องร้องทางโรงพยาบาล เพียงแต่อยากให้ทางโรงพยาบาลช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลที่ผ่านมา ค่ารักษาพยาบาลในอนาคต ค่าทุพพลภาพของลูกชาย ค่าสูญเสียรายได้ของมารดา” ซึ่งเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ท2 ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นได้และต่อไปคงเป็นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในอนาคต โดยทาง ท2 ได้พยายามที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเองโดยลำพังมาตลอด แต่ถึงวันนี้ค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าจะตีค่าเป็นตัวเลขเท่าไร ท2 คิดว่ามันก็คงจะไม่คุ้มกับสิ่งที่ครอบครัวเธอได้รับมาเพียงแค่ ณ วันนี้ ท2 ต้องการน้ำใจจากทางโรงพยาบาลเพียงเล็กน้อยเท่านั้นจะทำอะไรหรืออย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจและความกรุณาของทางโรงพยาบาลที่จะมีให้กับครอบครัวเล็กๆ ครอบครัวหนึ่ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ 3 (นนทบุรี)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ปัจจุบัน ท3 อายุ 49 ปีเป็นชาวจังหวัดนครสวรรค์โดยกำเนิดในครอบครัว ท3 มีพี่น้องทั้งหมด 6 คน โดย ท3 เป็นพี่คนโต และต้องรับภาระทำงานเลี้ยงดูน้องๆ ช่วงชีวิตในวัยเด็ก ท3 มีชีวิตที่ค่อนข้างลำบากเพราะครอบครัวมีฐานะยากจนพ่อแม่มีอาชีพทำไร่ทำนา ทำให้ไม่มีเงินมากพอที่จะเหลือส่งเสียให้ ท3 ได้เรียนหนังสือเหมือนกับเด็กคนอื่นๆ เพราะลำพังแค่ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันกับรายได้ของครอบครัวที่ได้รับก็แทบจะไม่พอกินอยู่แล้ว ท3 จึงต้องออกมาทำงานหาเงินช่วยที่บ้านตั้งแต่จำความได้ ไม่ว่าจะเป็น รับจ้างตัดหญ้า หาดัก จับปลา ตกกุ้ง เพื่อนำไปขายที่ตลาด

หลังจาก ท3 อายุได้ประมาณ 10 ขวบพ่อแม่ของ ท3 ก็แยกทางกัน ท3 และน้องๆ จึงได้อาศัยอยู่กับแม่และพ่อเลี้ยง อาศัยอยู่ได้ไม่นานเกิดเหตุไม่คาดฝันขึ้น พ่อเลี้ยงคิดจะทำมิดีมีร้าย ท3 ทำให้ ท3 ตกใจและกลัวมาก เลยตัดสินใจหนีออกจากบ้านมาอาศัยใบบุญชของป่าอยู่กับป่า โดย ท3 เข้ามาเป็นลูกจ้างทำงานในตลาด ทำอยู่ได้ไม่นาน ท3 จึงตัดสินใจย้ายไปทำงานในโรงงาน เพราะมีรายได้ที่ดีกว่า ทำให้ในช่วงนี้ ท3 มีชีวิตที่เร่ร่อน เพราะออกมาตะลอนข้างนอกอยู่เพียงลำพังคนเดียว จนกระทั่ง ท3 อายุ 22 ปี จึงตัดสินใจแต่งงานเพราะความจำเป็นเนื่องจากสามีคนปัจจุบันแอบรักชอบ ท3 เขาจึงตัดสินใจมัดมือชกได้ ท3 เป็นภรรยา จากนั้นมาทั้งคู่ก็อยู่กินฉันท์สามีภรรยาด้วยความหวังในใจลึกๆ ของ ท3 ที่ว่าจากนี้ไปเธอจะไม่เหงาอีกต่อไป เพราะมีสามีมาอยู่เป็นเพื่อนคอยให้กำลังใจกันและกัน ทั้งคู่ตัดสินใจปลูกบ้านโดยอาศัยที่ดินวัด เพราะว่าทั้งคู่ทำงานได้เงินเดือนประมาณคนละ 4,000 บาท ทำให้ไม่มีเงินเหลือเก็บมากพอที่จะซื้อที่ดินเพื่อใช้ในการปลูกบ้าน หลังจากเริ่มต้นชีวิตครอบครัวได้ไม่นาน ท3 ก็ย้ายจากการทำงานที่โรงงานมาเป็นแม่บ้าน ที่ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง ส่วนสามีก็มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ทั้งคู่มีลูกด้วยกัน 3 คน คนแรกเป็นผู้ชาย คนรองเป็นผู้ชาย และคนสุดท้ายเป็นผู้หญิง

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ท3 และครอบครัวใช้ชีวิตอย่างปกติสุขเรื่อยมา จนกระทั่งวันหนึ่งขณะที่ ท3 ทำงานอยู่ที่ห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในช่วงระหว่างการทำงาน ท3 รู้สึกหนาวๆ ร้อนๆ และรู้สึกว่าตนเองกำลังจะเป็นไข้ แต่ด้วยความที่ไม่อยากหยุดงาน เพราะหากหยุดงานก็ต้องโดนหักเงินด้วย จึงเสียดายเงิน ท3 จึงอดทนทำงานทั้งๆ ที่เป็นไข้ ท3 อดทนทำงานทั้งๆ ที่เป็นไข้อยู่ 3 วัน จนกระทั่งวันที่ 4 (25 ตุลาคม 2542) ท3 จึงตัดสินใจไปหาหมอที่คลินิก ซึ่งเป็นแพทย์ที่รักษาอยู่ประจำที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งที่ ท3 เคยไปรักษา โดยแพทย์ท่านนี้ได้เปิดคลินิก ท3 จึงไปหาที่คลินิกเพราะด้วยความคุ้นเคยและมีประวัติการรักษาอยู่ก่อนแล้ว หลังจากแพทย์ตรวจอาการของ ท3 เสร็จ จึงแจ้งกับ ท3 ว่า จะฉีดยาแก้ไข้ให้ ขณะที่แพทย์กำลังเตรียมยาที่จะฉีดยาให้กับ ท3 ท3 ได้ย้ากับแพทย์ว่า “หมออย่าลืมนะว่าหนูแพ้ยาซัลฟากับยาเพนิซิลลิน (Penicillin) ซึ่งเป็นกลุ่มยาปฏิชีวนะ” แพทย์ก็รับคำอย่างดี จนกระทั่งภรรยาของแพทย์ฉีดยาให้เสร็จ (ฉีดบริเวณสะโพก) ท3 ก็รู้สึกปวดบริเวณที่ฉีดและยังไม่สามารถเดินได้ แพทย์จึงบอกว่าฉีดยาเข้าเส้นก็เป็นอย่างนี้ เดียวก็หาย หลังจากนั้นพักสักอยู่ครู่หนึ่งจนอาการดีขึ้น ท3 ก็เดินทางกลับไปทำงานต่อ ระหว่างการทำงาน ท3 ก็เกิดอาการผิดปกติเกิดขึ้น คือ มีอาการหายใจขัด ปวดแสบปวดร้อนบริเวณลำตัว แต่ ท3 ก็ไม่ได้เอะใจอะไร เพราะคิดว่าคงเป็นเพราะฤทธิ์ของพิษไข้ จนกระทั่งเช้าวันต่อมา ท3 ตื่นมาก็ต้องตกใจ เพราะสิ่งที่ ท3 เห็นก็คือ ร่างกายมีรอยไหม้ทั้งตัว ตาแดงมีน้ำเหลืองไหลออกมา หน้าบวมพอง ท3 จึงไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งที่แพทย์คนดังกล่าวรักษาอยู่ เมื่อไปถึงที่โรงพยาบาล ท3 ไม่ได้พบแพทย์คนเดิม แต่ได้พบแพทย์คนใหม่ และเล่าอาการให้ฟังอย่างละเอียด โดยบอกกับแพทย์ว่าอาการที่เกิดขึ้นน่าจะมาจาก สาเหตุของการแพ้ยาที่ไปฉีดมาจากที่คลินิก แต่แพทย์ก็บอกว่าไม่ใช่อาการแพ้ยา “بابอกกับหมอนว่า อาการที่เกิดขึ้นกับหนูน่าจะเป็นเพราะ หนูแพ้ยานะ ร่างกายหนูมีรอยไหม้ทั้งตัว ตาแดงมีน้ำเหลืองไหล แต่หมอบอกว่าไม่แพ้ ป้าก็ ต้องกลับบ้าน” ท3 ไม่รู้จะพูดอย่างไรให้แพทย์เชื่อ เพราะอาการที่ปรากฏกับเธอก็เห็นชัดเจนอยู่แล้วว่าเป็นอาการแพ้ยาที่ฉีดปกติอย่างร้ายแรง (สัมภาษณ์วันที่ 29 กรกฎาคม 2550)

- อาการระฟุ้งแก้มเปื่อยยุ่ย
- ตาแดง
- หน้าบวม ตัวพอง ลำตัวมีรอยไหม้

แพทย์ก็ยังคงยืนยันว่า อาการที่เกิดขึ้นกับ ท3 เกิดจากความเจ็บป่วย แพทย์จึงสั่งให้ยาพาราเซตามอล และให้ ท3 กลับไปพักผ่อนที่บ้าน จนเวลาประมาณ 2 มุม ท3 มีอาการรุนแรงขึ้น คือ อาเจียนเป็นเลือดท3 จึงตัดสินใจไปหาแพทย์อีกครั้งหนึ่ง ครั้งนี้ก็จะไปถึงแพทย์ ใช้เวลา

ค่อนข้างนาน เพราะบ้านของ ท3 อยู่ริมแม่น้ำเจ้าพระยาการเดินทางต้องอาศัยเรือ เป็นพาหนะในการเดินทาง กว่าที่จะหาเรือในการเดินทางได้เวลาก็ผ่านไปหลายชั่วโมง

จนกระทั่งถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐแห่งเดียวกับที่ ท3 ไปหาตอนเช้า ท3 ได้เล่าอาการให้แพทย์ฟังอย่างละเอียด (แพทย์เป็นแพทย์เวร ตอนกลางคืนซึ่งเป็นคนละคนกับตอนกลางวัน) แพทย์จึงส่งตัวไปนอนที่ชั้น 5 แต่ไม่ได้ทำการรักษาให้ ท3 โดยแพทย์บอกกับ ท3 ว่าให้รอเจอแพทย์ที่ฉีดยาฉีดมารักษาเอง จนกระทั่งรุ่งเช้า เวลา 7.00 น. อาการ ท3 ทрудหนักลงไปอีก ทวารทั้งหมดเปิดหมด ไม่ว่าจะป็นอุจจาระ ปัสสาวะไหลออกมา แพทย์ปล่อยให้ ท3 นอนรอจนถึง 8.30 แพทย์(ที่ฉีดยาฉีด) เดินทางมาดู ท3 โดยไม่ได้ตรวจอาการแต่อย่างใด

เพียงแต่เดินไปคุยกับแพทย์อีกท่านหนึ่งเท่านั้น จนกระทั่ง 9.30 น. แพทย์ถึงนำตัว ท3 เข้าห้องไอซียู รักษาอาการที่เกิดขึ้น ท3 อยู่ ICU ทั้งหมด 19 วัน ร่างกายตอนนั้น ท3 แทบจะจำตัวเองไม่ได้ เพราะพันผ้าพันแผลเป็นมัมมี่ทั้งตัว ตาที่เคยมองเห็นมองเห็นกลับมองไม่เห็น ญาติมาเยี่ยมจำ ท3 ไม่ได้ ขนาดป้ายังบอกว่าเห็นสภาพตอนนั้นแล้วคิดว่า ท3 คงไม่รอดแน่นอนให้เตรียมใจไว้ได้เลย

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

หลังจากออกจากห้องไอซียูอาการของ ท3 ตอนนั้นถือว่าหนักหนาสาหัสมาก อาการแพ้ยาที่เกิดขึ้นมีดังนี้

- แผลที่เกิดขึ้นตามร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากการแพ้ยา การรักษาต้องพยายามลอกผ้าที่พันตัวออกให้หมด พร้อมกับเนื้อที่หลุดออกมาด้วย เพื่อให้ร่างกายได้สร้างเซลล์ผิวหนังใหม่
- ตามีตบอดทั้งสองข้าง หนังตาติดกับลูกตาเป็นพังผืด แพทย์ต้องใช้เหล็กงัดเข้าไปในลูกตาเพื่อให้ลูกตาหลุดออกจากพังผืด
- แผลภายในร่างกาย อาการแพ้ยาส่งผลกับระบบอวัยวะภายในร่างกายของ ท3 ด้วย ไม่ว่าจะเป็นที่ปาก ที่คอ ที่ลำไส้ กระเพาะ จะเป็นแผลหมดทานอะไรไม่ได้ แม้แต่น้ำเพียงหยดเดียว หยดลงในคอก็ทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน การกินอาหารต้องใส่ท่อลงในจมูก ซึ่งเจ็บมาก
- ปอดเสียหาย 1 ข้าง เกิดโรคประจำตัวคือโรคหอบหืด
- ท่อน้ำตา ท่อน้ำลายถูกทำลาย

ท3 นอนรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล 3 เดือน แผลตามร่างกายเริ่มหายเป็นปกติดีแล้ว แพทย์จึงอนุญาตให้กลับมาพักฟื้นที่บ้าน ส่วนเรื่องตาที่บอดแพทย์บอกกับ ท3 ให้ทำใจเพราะตาไม่สามารถจะกลับมาหายเป็นปกติได้ ช่วงที่กลับมาอยู่ที่บ้าน ชีวิต ท3 ลำบากมาก เพราะสามีก็ไม่มีสนใจ อีกทั้ง ท3 ยังทำงานไม่ได้ ส่วนลูกๆ ก็ยังคงเล็กอยู่ อาศัยก็ได้ข้าวจากทางวัดอนุเคราะห์ นำมาให้กิน หลังจากพักผ่อนที่บ้านได้ไม่นาน ท3 จึงไปติดต่อกับสังคมสงเคราะห์จังหวัดนครสวรรค์ ให้ช่วยส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งย่านอนุสาวรีย์ เพราะถ้า ท3 ยังเป็นแบบนี้อยู่ลูกๆ ของ ท3 คงจะไม่รอดแน่ๆ ท3 ถูกส่งมารักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งย่านอนุสาวรีย์ในกรุงเทพฯ พร้อมกับลูกสาวคนเล็กอายุ 2 ขวบครึ่ง ส่วนลูกชายทั้ง 2 คนอาศัยอยู่กับป้า การมารักษาที่นี่ ทำให้ ท3 เกิดอาการแพ้ครั้งที่ 2 เพราะหลังจากที่ ท3 ถูกส่งตัวมารักษาที่นี่ ได้ไม่นาน แพทย์ก็ให้นอนสังเกตอาการ (ปกติแพทย์จะเวียนกันดูแลคนไข้) แพทย์บอกกับ ท3 ว่าจะฉีดยาให้ โดย ท3 ย้ำกับแพทย์ว่า “ป้าย่าแล้วนะว่า หมออย่าลืมนะว่า แพ้ยาซัลฟาและเพนิซิลิน แต่หมอไม่ฟังยังเดินเลย ไปตรวจคนไข้จนหมด แล้วค่อยเดินย้อนกลับมาถามป้าว่า ป้าแพ้ยาอะไรนะ ป้าก็เลยบอกไปว่า แพ้ยาซัลฟาและเพนิซิลิน หมอยังพูดเล่นกับป้าอยู่เลยว่า ป้าอย่าล้อเล่นกับผมนะ ป้าเลยบอกหมอไปว่า ไม่ได้ล้อเล่น จะล้อเล่นได้อย่างไรนี่คือความเป็นความตายนะ” แพทย์จึงรีบเอาเข็มออก แต่ก็ไม่ทันเสียแล้ว หลังจากนั้นไม่นาน ประมาณ 10-20 นาที ท3 ก็เกิดอาการหายใจขัด ช่องคลอดพอง กระพุ้งแก้มยุ้ย แพทย์จึงรีบพาตัว ท3 เข้ารักษาในห้องฉุกเฉิน ท3 นอนพักอยู่โรงพยาบาล 3 เดือน ก็กลับมารักษาอาการต่อที่บ้านของน้องชายที่ ท3 ขออาศัยอยู่ชั่วคราว ในขณะที่กำลังรักษาตัวอยู่กรุงเทพ กลับมาอยู่บ้านได้ 1 อาทิตย์ อาการก็ทรุดหนัก เพราะฤทธิ์จากการแพ้ยายังไม่หมด ท3 จึงกลับมารักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลชีวิตของ ท3 วนเวียนอยู่บ้านและโรงพยาบาล

(สัมภาษณ์วันที่ 29 กรกฎาคม 2550)

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

- 4.1 ตัวของแพทย์ที่มีความประมาทไม่มีความระมัดระวังในการสั่งฉีดยาคนไข่ ฉีดยาผิด
- 4.2 การไม่รับฟังความคิดเห็นคนไข้ เมื่อทักท้วงหรืออธิบายอาการให้แพทย์ฟังแต่แพทย์กลับไม่เชื่อ
- 4.3 การแพ้ยาครั้งที่ 2 เกิดจากการไม่มีการดูแลเอาใจใส่คนไข้

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

5.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับร่างกาย

ความผิดพลาดของแพทย์ที่เกิดขึ้นทำให้ ท3 ชนະคตีในการฟองแพทย์ให้ชดเชยในเรื่องของการรักษาร่างกาย “แผลที่เกิดขึ้นตามร่างกายคือ ร่างกายเป็นรอยไหม้ ซึ่งเป็นผลมาจากการแพทย์ การรักษาต้องพยายามลอกผ้าที่พันตัวออกให้หมด พร้อมกับเนื้อที่หลุดออกมาด้วย เพื่อให้ร่างกายได้สร้างเซลล์ผิวหนังใหม่ ตามีคבודทั้งสองข้าง หนึ่งตาติดกับลูกตาเป็นพังผืด หมอต้องใช้เหล็กกดเข้าไปในลูกตาเพื่อให้ลูกตาหลุดออกจากพังผืด แผลภายในร่างกาย อาการแพทย์ส่งผลกับระบบอวัยวะภายในร่างกายของป้าไม่ว่าจะเป็นที่ปาก ที่คอ ที่ลำไส้ กระเพาะ จะเป็นแผลหมดกินอะไรไม่ได้ แม้แต่น้ำเพียงหยดเดียว หยดลงในคอก็ทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน การกินอาหารต้องใส่ท่อลงในจมูก ซึ่งเจ็บมาก ส่วน ปอดเสียหาย 1 ข้าง ทำให้ป้ามีโรคโรคประจำตัวเกิดขึ้นคือโรคหอบหืด ส่วนท่อน้ำตา ท่อน้ำลายถูกทำลายเสียหายหมด เสียใจร้องไห้ไม่มีน้ำตา กินข้าวไม่มีน้ำลายช่วยย่อยต้องกินน้ำตาม” โดยปัจจุบัน ท3 ผ่าตามาแล้วทั้งหมด 6 ครั้ง แต่ก็ยังมองไม่เห็น โดยในการผ่าตัดครั้งแรกแพทย์ได้ได้ใช้เนื้อเยื่อของคนที่กำลังจะตาย เขามาปลูกใส่ตา โดยใช้ยาปลูกเซลล์ให้ชนขึ้นเต็มตัว ผ่าครั้งนี้ 1 เดือน ตาก็กลับมาบอดอีก

(สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)



ภาพประกอบที่ 18 การผ่าตัดตาครั้งที่ 1

จากนั้นก็ผ่ามาเรื่อยๆ แต่ตาก็ยังมองไม่เห็น จนกระทั่งครั้งล่าสุด ผ่าตาข้างขวา โดยใช้รกเด็กปิดตาไว้ เพื่อทำการผ่าใหม่ เพราะผ่าครั้งต่อไปจะเป็นการผ่าที่ ท3 ต้องสูญเสียรูปหน้า เพราะต้องใช้กรรมของลูกมาใส่บนหน้าเพื่อเป็นเบ้าลูกตา หลังจากนั้นจึงผ่าตัดปลูกเซลล์เพื่อใส่

ตา รูปหน้าจะเหมือนคนตาโปนและจะผ่าตัดแก้ไขเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แพทย์จึงตัดสินใจผ่าตัดให้ข้างเดียว ซึ่ง ท3 บอกว่าการผ่าตัดแต่ละครั้ง ท3 จะฉีดยาสลบไม่ได้ ทำได้เพียงแต่ใช้ยาชาเท่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นความเจ็บปวดทุกข์ทรมานร่างกายเป็นอย่างมาก จนกระทั่งแพทย์ยังเอ่ยปากบอกว่า ท3 ทนจริงๆ ซึ่ง ท3 ตอบหมอบไปว่าที่ทนได้เพราะอยากหายกลับมามองเห็นได้อีกครั้ง



ภาพประกอบที่ 19 การผ่าตัดตาครั้งล่าสุดใช้รถปิดตาไว้



ภาพประกอบที่ 20 ความเสียหายที่เกิดจากความแพ้ยา

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ครั้งแรกที่รู้ว่าตัวเองตาบอดและเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นกับตัวเองนั้น ท3 เสียใจมาก “ครั้งแรกที่รู้ว่าตัวเองตาบอดและมีโรคแทรกซ้อน ป้าแทบอยากจะเป็นบ้า เพราะอาการที่เกิดขึ้นเกิดจากหมอบเป็นคนทำทั้งสิ้น” แต่ ท3 ก็ยังคิดว่าในเมื่อเป็นได้ก็ต้องแก้ไขได้ ไม่ว่าจะนานกี่เดือนกี่ปีก็ตาม เพราะตนเองท้อแท้ไม่ได้ ถ้าท้อแท้แล้วลูกๆ จะพึ่งพาใครได้ (สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)

5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

หลังจากฉีดยาเพียงเข็มเดียว ชีวิตของ ท3 ก็เปลี่ยนไป “ชีวิตป่าเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ ตั้งแต่ป่าเป็นแบบนี้ป่าทำงานไม่ได้ สามี่ตั้งตั้งแต่ป่ารักษาตัวอยู่โรงพยาบาลป่าทำมาหากินไม่ได้ อาศัยพักรักษาตัวอยู่บ้านพี่น้อง เพราะไม่มีเงินสักบาท”(สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)

5.4 ผลกระทบเกิดขึ้นกับครอบครัว

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้ครอบครัวต้องระส่ำระสายแตกกระสานซ่านเซ็น ท3 โดนสามี่ทิ้ง ลูกชายทั้ง 2 คน เมื่อพ่อไม่สนใจและแม่ก็ป่วยเลยไม่มีใครดูแล ลูกชายทั้ง 2 จึงเรียนหนังสือไม่จบ กลายเป็นคนเกเรติดเพื่อน เทียวเตร่

6. ชีวิตปัจจุบัน

หลังจากฟ้องร้องชนะคดีได้ค่าเสียหายมาประมาณ 1 ล้านบาท ท3 ได้แบ่งเงินจำนวนครึ่งหนึ่งเพื่อปลูกบ้านที่ จ.นครสวรรค์ เพื่อไว้อยู่อาศัยที่อาการดีขึ้น ส่วนปัจจุบัน ท3 ได้มาเช่าห้องอยู่กับลูกสาวคนเล็ก ซึ่งตอนนี้อายุ 11 ขวบ เพื่อใช้ในการรอเพื่อผ่าตัดรักษาตา ซึ่งเป็นความหวังสุดท้าย ท3 อยากให้หมอมผ่าตัดตาให้หายเร็วๆ เพราะเงินที่เหลืออยู่ครึ่งหนึ่งจากการชนะคดีก็หมดลงทุกวัน โดยต้องใช้ส่งลูกสาวเรียน และใช้เป็นค่ากินของ ท3 เพราะทั้งคู่ไม่มีรายได้อะไร จึงต้องใช้เงินที่ได้มาอย่างประหยัด



ภาพประกอบที่ 21 ห้องเช่าที่ ๓3 เซ่าสำหรับพักรักษาตัว



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ ท4 (ปราจีนบุรี)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท4 เป็นชาวจังหวัดปราจีนโดยกำเนิด ปัจจุบัน ท4 อายุ 25 ปี บิดามีอาชีพทำไร่ทำสวน ส่วนมารดาเป็นอาชีพแม่บ้าน ท4 มีพี่น้อง 6 คนตนเองเป็นลูกคนที่ 4 และเป็นลูกสาวคนเดียวในบรรดาพี่น้อง 5 คน ช่วงชีวิตในวัยเด็ก ครอบครัวของ ท4 ค่อนข้างที่จะลำบาก เพราะพ่อต้องหาเลี้ยงลูกคนเดียว ทำให้รายได้ที่หามาได้ไม่พอกับรายจ่ายเท่าไรนัก พี่น้องของ ท4 จึงไม่ค่อยได้เรียนหนังสือ มีเพียง ท4 คนเดียวเท่านั้น ที่พ่อกัดฟันส่งให้ได้เรียนในชั้นสูงสุดมากกว่าคนในบ้านคือ เรียนจบชั้น ปวส. หลังจากเรียนจบชั้น ปวส. ท4 ก็ได้เข้าทำงานที่ร้านขายอุปกรณ์ก่อสร้างในตำแหน่งพนักงานบัญชี ซึ่งเป็นบริษัทที่อยู่ในละแวกบ้านทำให้สะดวกในการเดินทางและไม่ต้องเสียค่าเดินทางมากนัก ทำให้ ท4 มีมีรายได้พอที่จะส่งเสียให้กับพ่อแม่ได้บ้าง หลังจากทำงานได้ไม่นาน ท4 ก็ได้พบกับแฟนคนแรกตอนอายุ 18 ทั้งคู่ได้ตัดสินใจใช้ชีวิตร่วมกัน และเตรียมตัวที่จะสร้างครอบครัวใหม่

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

หลังจากตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ได้ไม่นาน ท4 ก็ได้ตั้งท้องช่วงระยะเวลาขณะตั้งครรภ์ หลังจากท้องได้ 3 เดือน ท4 มีอาการแพ้ท้องและเป็นไข้ จึงตัดสินใจไปหาแพทย์ที่คลินิก ในวันที่ 4 มิถุนายน 2544 การที่ ท4 ตัดสินใจรักษาที่ไปคลินิกนี้ก็เพราะเป็นคลินิกที่อยู่ใกล้บ้าน และการเดินทางก็สะดวกสบาย หลังจากพบแพทย์และแพทย์ตรวจอาการของ ท4 ก็ได้แจ้งกับ ท4 ว่าจะฉีดยาแก้ไข้ให้ แพทย์ได้ฉีดยากานามัยซิน (ยาแก้ผื่นอง) ให้ทั้งๆ ที่ได้ ท4 ได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ได้ 3 เดือนแล้ว แพทย์ได้ฉีดยาให้กับ ท4 บริเวณสะโพกข้างซ้าย หลังจากฉีดยาเสร็จแล้ว ท4 มีความรู้สึกปวดบริเวณแผลที่ฉีด แต่ก็ไม่ได้แจ้งให้แพทย์ทราบ หลังจากฉีดยาเสร็จ ท4 ก็กลับไปนอนพักผ่อนที่บ้าน 1 คืน โดยอาการปวดบริเวณแผลก็ยังไม่ดีขึ้น วันรุ่งขึ้น ท4 จึงตัดสินใจไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดปราจีนบุรี แพทย์ที่โรงพยาบาลรับตัวไว้นอนที่โรงพยาบาล พร้อมกับฉีดยาแก้ปวดให้กับ ท4 ที่บริเวณสะโพกข้างขวา ทำให้อาการปวดบริเวณสะโพกข้างซ้ายดีขึ้น ไม่มีอาการปวด แต่กลับมีอาการบวมแดงเกิดขึ้น พร้อมทั้งเกิดอาการชาไม่มีแรงเกิดขึ้น ซึ่งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล ท4 ลูกเดินไปเข้าห้องน้ำเกิดล้มลงในห้องน้ำ เพราะรู้สึกว่าขาไม่มีแรง แต่โชคดีที่ไม่แท้งลูก

วันรุ่งขึ้น ท4 จึงกลับบ้าน พักพื้นที่บ้านได้ 1 คืน รุ่งเช้าของวันที่ 10 มิถุนายน 2544 ท4 มีอาการเดินไม่ได้ พ่อของ ท4 จึงส่ง โรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง (เป็นที่ที่แพทย์คนแรกฉีดยาให้ลูกสาว ทำงานอยู่) แพทย์สูตินารีได้เข้ามาซักอาการและประวัติการรักษาของ ท4 “หมอสูตินารีบอกว่า ทำไมหมอมที่คลินิกถึงฉีดยากาน่ามัยซินให้ ยานี้ใช้สำหรับแก้ฝีหนอง และที่สำคัญในเรื่องของการ ฉีดยาปกติแล้วหมอมจะต้องระมัดระวังอย่างมากในการฉดยาให้กับคนตั้งครรภ์ เพราะยาที่ฉีดจะ ส่งผลถึงเด็กในท้องด้วย” หลังจากนั้นแพทย์ที่คลินิกรู้ว่า ท4 มารักษาตัวที่โรงพยาบาลแห่งนี้ แพทย์คนดังกล่าวจึงขอเป็นเจ้าของไข้ของ ท4 โดยส่งตัว ท4 ไปเอ็กซเรย์ที่กรุงเทพ ปรากฏว่า ระหว่างทางขณะนั่งรถของโรงพยาบาล ท4 นอนอยู่บนเตียงคนไข้ “คนขับขับรถเร็วมาก พี่นอนอยู่ บนเตียงรู้สึกว่าเขาจะเลี้ยวนั่นแหละ ทั้งโค้งงูบ พี่ก็ตกเตียง แล้วก็ตกเลือด แต่โชคดีพอมาถึง กรุงเทพ เอ็กซเรย์ดูปรากฏว่าเด็กยังอยู่” และได้เอ็กซเรย์ไขสันหลังที่คาดว่าจะป็นสาเหตุให้ ท4 เดินไม่ได้ แต่ก็ปรากฏว่าไม่พบความผิดปกติที่ไขสันหลัง ที่ทำให้เกิดอาการขาไม่มีแรง หลังจากนั้น ท4 จึงกลับมารักษาตัวที่โรงพยาบาลในจังหวัดปราจีนบุรี และได้แจ้งกับแพทย์ว่าจะไม่ขอเอาเด็ก ออก ปรากฏว่าแพทย์คนดังกล่าว(ที่ฉีดยาผิด)ได้มาฉีกฉีดยาให้ ท4 ท4 มารู้ทีหลังพบว่าป็นยาที่ ทำให้ ท4 ตกเลือด ท4 จึงได้ถามแพทย์คนดังกล่าวว่า ทำไมถึงแอบมาฉีดยาให้ตนตกเลือด แพทย์ คนดังกล่าวไม่ได้ให้คำตอบอะไรแก่ ท4 (สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

ท4 นอนรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล 10 วัน หลังจากนั้นก็กลับมาพักพื้นที่บ้านระหว่างการ พักพื้นที่บ้าน ครอบครัวพา ท4 ไปรักษาตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด โดย ได้เงินช่วยเหลือจากทางนายอำเภอเรียกเงินเพื่อนบ้านให้มาบ้าง และเป็นเงินที่กู้คนอื่นมาบ้างมา ใช้ในการเดินทางรักษาตัว ช่วงนี้ ท4 ไม่สามารถเดินได้เองเพราะขาไม่มีแรง “หลังจากออกจาก โรงพยาบาล พี่ก็ต้องกลายเป็นคนพิการ เดินไม่ได้อีกเลย เวลาจะไปไหนก็ใช้กันกัดไป”ถ้าจะไปข้าง นอกหรือไปรักษาตัวตามสถานที่ต่างๆ พี่ชายจะเป็นคนอุ้มออกจากบ้านไปโรงพยาบาลแต่ละที่ แพทย์ก็รักษาแต่การกระตุ้นไฟฟ้า และใช้ผ้าร้อนประคบสะโพก รวมทั้งการทำกายภาพบำบัด แต่ อาการก็ไม่ดีขึ้น (สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)



ภาพประกอบที่ 22 ขาข้างซ้ายเล็กลีบเพราะไม่มีแรงเดิน

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ท4 ได้เดินเรื่องฟ้องร้องต่อแพทย์ที่ทำการรักษาและโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1) ในส่วนของระบบการให้บริการของโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับรถส่งผู้ป่วย ควรจะมีความระมัดระวังในการขับรถ โดยกรณีของ ท4 ไม่ใช่การเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุฉุกเฉินไม่มีความจำเป็นที่จะต้องขับรถเร็วจนกระทั่งผู้ป่วยซึ่งกำลังท้องอยู่พลัดตกเตียง

2) ตัวของแพทย์ที่ฉีดยากาน่ามัยซินให้กับ ท4 ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง เพราะกาน่ามัยซินเป็นยาแก้ฝีหนองและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะตั้งครรภ์ แพทย์ควรมีความระมัดระวังอย่างยิ่งในการฉีดยาให้กับผู้ป่วย เพราะยาอาจส่งผลกระทบต่อลูกได้ อีกทั้งจากความพิการที่เกิดขึ้นกับ ท4 เมื่อไปเอ็กซเรย์บาดแผลบริเวณที่ฉีดยาที่สะโพกข้างขวา ผลปรากฏว่าทารกที่ ท4 เดินไม่ได้นั้นเป็นผลมาจากการที่แพทย์ที่ฉีดยากาน่ามัยซินให้กับ ท4 ได้ฉีดยาโดนเส้นเอ็นทำให้เส้นเอ็นเป็นแผล ส่งผลให้ขาข้างซ้ายทั้งแทบไม่มีแรงเดินไม่ได้

3) การละเมิดสิทธิผู้ป่วยของแพทย์ โดยเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตมนุษย์ เพราะแพทย์ไม่มีสิทธิตัดสินความเป็นความตายให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยในขณะที่บุคคลนั้นไม่ได้ยินยอม

เพราะฉะนั้นการที่แพทย์ฉีดยาตกเลือดให้กับ ท4 โดยไม่แจ้งล่วงหน้าให้ ท4 ได้รู้ก่อน ถือเป็น การละเมิดสิทธิผู้ป่วยอย่างรุนแรง

5. ผลกระทบที่เกิดกับครอบครัว

5.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เรื่องที่เกิดขึ้นส่งผลต่อตัวของ ท4 เป็นอย่างมาก เพราะ ท4 ไม่คิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเองจะเลวร้ายถึงเพียงนี้ จากคนที่ป่วยเป็นไขหวัดไปฉีดยากลับมากลายเป็นคนพิการที่เดินไม่ได้ หน้าที่ยังต้องเสียลูกไปด้วยฝีมือแพทย์ต่างๆ ที่เจ้าตัวเองกลับไม่เต็มใจ “ช่วงแรกๆ ที่รู้ว่าตัวเองเดินไม่ได้ พี่ก็ซึมเศร้า ท้อใจและหดหู่ เพราะไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับชีวิตของตน อยู่บ้านก็ต้องคอยเป็นภาระของพ่อแม่” ทุกๆ ที่ในช่วงระยะหลังๆ นี้ ท4 สามารถมีรายได้จุนเจือครอบครัวได้บ้างแล้ว พ่อแม่สุขสบายขึ้น แต่พอมมาเป็นแบบนี้สภาพครอบครัวก็กลับแย่ลงไปอีก

(สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

5.2 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

“หลังจากออกจากโรงพยาบาลพี่ก็ไม่ได้ไปทำงาน เงินช่วยประกันสังคมก็ไม่มี ต้องกลับมาพึ่งพ่อแม่” ซึ่งด้วยความรักลูกพ่อแม่ของ ท4 ก็พยายามหาเงินมารักษา ท4 เพื่อหวังว่า ท4 จะหายดี จึงหยิบยืมเงินทองจากคนอื่นๆ มาเพื่อเป็นค่าเหมารถ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางขึ้นศาล ทำให้ครอบครัวมีหนี้สินเพิ่มขึ้นไปอีก (สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

5.3 ผลกระทบด้านความสัมพันธ์

ในเรื่องของความสัมพันธ์กับสามีหลังจาก ท4 แท้งลูกแล้วพิการเดินไม่ได้ สามีของ ท4 ก็ได้ทิ้ง ท4 “หลังจากที่พี่แท้งลูกและเดินไม่ได้ สามีพี่ก็ไม่สนใจใยดี ใหม่ๆ ที่เราสองคนกำลังจะสร้างครอบครัวด้วยกันแท้ๆ” ทิ้งให้ ท4 ต้องกลับมาเป็นภาระของพ่อแม่

ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เรื่องที่เกิดขึ้น ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของ ท4 กับเพื่อนบ้านทั้งแง่ดีและแง่ไม่ดี ในส่วนของแง่ไม่ดีนั้น คู่กรณีของ ท4 เป็นแพทย์ ที่เป็นที่ยุติและนับหน้าถือตาในจังหวัดปราจีนบุรี การมีเรื่องกับแพทย์ทำให้บางคนมองว่า ท4 ทำไม่ถูกกับการฟ้องแพทย์หน้าซ้ำ ท4 ยังถูกหมอฟ้องเรียกค่าเสียหาย 209 ล้านบาท ในส่วนของแง่ดีนั้น ท4 ได้เห็นถึงน้ำใจของเพื่อนบ้าน เพราะเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นทางนายอำเภอและเพื่อนบ้านที่รู้ต่างช่วยกันเรียไรเงินมาช่วยเป็นค่ารักษาตัวของ ท4 ทำให้ ท4 ซึ่งในน้ำใจเป็นอย่างมาก (สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

6. ชีวิตในปัจจุบัน

หลังฝนตกท้องฟ้าก็แจ่มใส ในความโศกเศร้าก็ยังมีความสุขดีอยู่บ้าง เพราะปัจจุบันขาของ ท4 กลับมาเดินได้แต่ก็ไม่ค่อยปกตินัก ตอนเดินต้องมีคนคอยประคองตลอดเวลา แต่ก็ถือว่าอาการดีขึ้น ส่วนในเรื่องชีวิตส่วนตัว ท4 ได้พบคู่ชีวิตคนใหม่ที่ไม่รังเกียจเธอ ถึงแม้เธอจะพิการ แต่คู่รักของ ท4 ก็ยังคงคอยดูแลทั้งเรื่องส่วนตัว เรื่องเศรษฐกิจภายในบ้าน



ภาพประกอบที่ 23 สภาพภายในบ้าน ท4

ปัจจุบัน ท4 มีลูกสาว 1 คนและอยู่ในครรภ์อีก 1 คน (ขณะทำการสัมภาษณ์ครบกำหนดคลอดแล้ว) ท4 มีหน้าที่ดูแลลูก ทำงานบ้าน ใช้ชีวิตอย่างมีความสุขตามประสา ส่วนเรื่องที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะผ่านมานาน แต่เหตุการณ์ดังกล่าว ท4 ยังจำฝังใจอยู่ตลอด ทำให้บางครั้งกลายเป็นโรคกลัวโรงพยาบาลเลย เพราะขณะที่ต้องคลอดลูกคนที่ 2 ท4 บอกว่าไม่อยากดมยา (ตนเองไม่สามารถคิดยาได้) เพราะกลัวหลับแล้วไม่ฟื้น หรืออาการปวดสะโพกที่เดิมมีเป็นระยะๆ ก็ไม่ค่อยอยากไปหาแพทย์ ใช้กินยาพาราเอตา เพราะกลัวว่าแพทย์จะรักษาผิดพลาดอีก

เคสที่ ๓๕ (กรุงเทพ)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท5 เป็นบุตรสาวคนเดียวของบ้านครอบครัวของ ท5 เป็นคนจังหวัดสุพรรณบุรีแต่ได้ย้ายครอบครัวมาตั้งรกรากฐานที่จังหวัดนครปฐม พ่อของ ท5 เป็นพนักงานบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง โดยถ้ามีเวลาว่างหลังจากการทำงาน พ่อของ ท5 ก็จะหาจ๊อบพิเศษทำ เช่น ขายบุหรี่ย ขายเสื้อผ้าบ้าง ส่วนแม่ของ ท5 มีอาชีพเป็นแม่บ้าน ทั้งสองช่วยกันทำงานเก็บเงินเพื่อส่งเสียให้ลูกเรียน หลังจาก ท5 จบการศึกษาในระดับชั้น ปวส ท5 ก็ได้เข้าเรียนมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง โดยเรียนด้านบริหาร (การบัญชี) ถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าเล่าเรียนที่แพงมาก แต่พ่อของ ท5 ก็อดทนส่งเสียเพื่อที่จะให้ ท5 ได้มีการศึกษาและจบออกมามีงานการที่มั่นคง

จนกระทั่ง ท5 จบการศึกษาระดับปริญญาในปี 2539 หลังจากจบการศึกษา ท5 ก็ได้งานทำเป็นพนักงานบัญชีในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง โดยมีเงินเดือนเริ่มต้น 9,000 บาท ชีวิตครอบครัวของ ท5 เริ่มดีขึ้น พ่อของ ท5 จึงออกจากการเป็นพนักงานบริษัทเอกชน เพราะเห็นว่าลูกมีงานและกำลังจะสร้างครอบครัวใหม่ ทำให้หมดห่วงกับตัวของ ท5 ได้เป็นอย่างมาก

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

หลังจากที่ ท5 ทำงานมาได้ 3 ปี ชีวิตกำลังจะสมบูรณ์ในอีกไม่นาน เพราะ ท5 มีกำหนดแต่งงานกับชายหนุ่มที่เธอรัก ท5 เตรียมทุกอย่างไว้พร้อม แต่สิ่งที่ไม่คาดฝันก็เกิดขึ้น ก่อนถึงวันกำหนดแต่งงาน 2 เดือน ท5 มีอาการเท้าบวม โดยเริ่มบวมที่เท้าข้างและลามเรื่อยมาจนถึงหน้าเท้า หลังจากนั้นไม่นานก็มีอาการบวมเกิดขึ้นที่หน้า ซึ่งตอนนั้น ท5 ก็ไม่ได้สนใจอะไร และคิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไรมาก เลยไม่สนใจที่จะไปหาหมอรักษา (ซึ่ง ท5 มารู้ทีหลังว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการของคนบวมน้ำก่อนที่จะเป็นโรค SLE) เพราะใกล้จะแต่งงาน โดย ท5 คิดว่าจะรอให้แต่งงานก่อนแล้วค่อยไปหาแพทย์ หลังจากแต่งงาน ท5 ได้ลาพักร้อนกับทางบริษัท ทำให้ ท5 ได้มีเวลาไปหาแพทย์โดยหมอเจาะเลือด ตรวจเลือด บัสสาวะ โดยแพทย์สั่งให้รอฟังผลวันที่ 21 ธันวาคม 2542 หลังจากนั้น ท5 ก็กลับมาพักที่บ้าน โดยในวันที่ 19 ธันวาคม 2542 ก่อนถึงวันแพทย์นัด 1 วัน ท5 เกิดอาการหายใจไม่ออก ทำให้ตอนกลางคืนไม่สามารถนอนหลับได้ ต้องนั่งหลับ ตื่นเข้ามาอาการเริ่มดีขึ้น แต่พอตอนบ่าย 3 โมง ท5 รู้สึกว่าตัวเองหายใจไม่ออกเลยบอกที่บ้านให้พาไปโรงพยาบาล

ตอนแรกที่บ้านตั้งใจจะพามารักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้ๆ บ้าน แต่ด้วยความที่ประวัติของ ท5 ที่เคยรักษาพยาบาลอยู่ที่โรงพยาบาลรัฐบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่ง รวมทั้งโรงพยาบาลแห่งนี้ได้ชื่อว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์พร้อม “ตอนแรกที่จะเข้าโรงพยาบาลเอกชนแถวบ้านเพราะเดินทางสะดวก แต่แม่ก็บอกว่าไปโรงพยาบาลรัฐแห่งนั้นดีกว่า เพราะเป็นโรงพยาบาลใหญ่ และหมอที่นี่เขาก็เก่งในด้านต่างๆ เยอะ” จึงทำให้ ท5 ตัดสินใจเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐแห่งนี้ โดยกว่าที่ ท5 จะถึงโรงพยาบาลก็ประมาณ 5 โมงเย็น ซึ่งจากการเสียเวลาในการเดินทางทำให้ส่งผลกระทบต่ออาการของ ท5 ทำให้อาการป่วยของ ท5 เกิดขึ้นอย่างรุนแรง เมื่อไปถึงโรงพยาบาล ท5 มีอาการ มือเขียวม่วงคล้ำ เหงื่อออก ปัสสาวะแตก น้ำมูกไหล (เรียกว่าธาตุแตกก็ว่าได้) ผลปรากฏว่า ท5 นอนอยู่ในโรงพยาบาล 10 วัน โดยหมอเจาะเลือดตรวจใหม่ เจาะไตย้อมสี ผลสรุปที่เกิดขึ้นว่า ท5 เป็นโรค SLE (เป็นโรคภูมิแพ้) ซึ่งแพทย์ที่ทำการรักษา ท5 รักษาโดยการให้ ท5 กินยาจำพวกสเตียรอยด์ และยาอื่นๆ เป็นประจำ เพื่อกดภูมิคุ้มกัน ควบคุมไม่ให้โรคกำเริบ (สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550)

3. ความเสียหายที่ได้รับ

หลังจากที่ ท5 รู้ว่าตัวเองเป็นโรค SLE นั้น ก็ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มาตลอด โดยในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2543 ท5 ได้เดินทางไปตรวจที่โรงพยาบาลอีกตามเคย ซึ่งในครั้งนี้นี้ ท5 ได้แจ้งให้แพทย์ทราบว่า ท5 มีอาการปวดหลังเกิดขึ้นจากที่ไม่เคยเป็นมาก่อน แต่แพทย์ที่ทำการรักษาก็ไม่ได้ตรวจอะไรเพิ่มเติมและยังสั่งยาให้ ท5 เหมือนเดิมทุกครั้ง และบอกให้ ท5 กลับบ้านไป และนัดให้มาตรวจอีกครั้งในอีก 2 สัปดาห์ตามปกติ หลังจากกลับบ้านไปโดยในเช้าวันเสาร์ที่ 5 กุมภาพันธ์ 2543 ประมาณ 7 โมงเช้า ท5 มีอาการชักเกร็งหมดสติบนที่นอน ญาติของ ท5 พบเข้า จึงได้นำตัวส่งโรงพยาบาลรัฐแห่งเดิมโดยด่วน ซึ่งแพทย์ได้ทำการตรวจด้วยการเอ็กซเรย์ และให้คำวินิจฉัยว่า ท5 เป็นฝีที่เยื่อหุ้มไขสันหลังที่ระดับกระดูกสันหลังทรวงอก ท่อนที่ 3-10 โดย ท5 ได้เข้าผ่าตัดในวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2543 เวลา 14.00-20.00 น. และ ท5 เข้าทำการผ่าตัดซ้ำอีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากมีหนองเหลือ ในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2543

4. ความผิดปกติที่เกิดขึ้น

หลังจาก ท5 เข้าทำการผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง สัปดาห์แรกอาการตอนฟื้นขึ้นมา ท5 รู้สึกขาทั้งตัว จึงถามแพทย์ว่าทำไมถึงขา แพทย์บอกว่าอีกประมาณ 2 อาทิตย์จะดีขึ้นเอง ตอนนั้น ท5 พลิกตัวเองไม่ได้ ควบคุมระบบขับถ่ายไม่ได้ หลังจากนั้นเวลาผ่านไป 2 เดือน เมื่อแพทย์มาตรวจอาการ ก็ส่งให้ ท5 ลงไปกายภาพ โดยเน้นกายภาพในส่วนท่อนล่างที่ร่างกายของ ท5 ไม่สามารถที่จะขยับได้ หลังจากนั้น ท5 ก็ได้พยายามถามถึงแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อที่จะสอบถามถึงสาเหตุของความเป็นอัมพาตที่เกิดขึ้น แต่ก็ไม่มีใครสามารถที่จะบอกได้ว่าใครเป็นผู้ทำการผ่าตัด “แม่พี่นะ เขาเกรงใจหมอ จะถามว่าใครผ่าตัดเขายังไม่กล้าถามเลย เกรงใจหมอ” (สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550) ส่วนสาเหตุแห่งความพิการน่าจะเกิดจาก

- วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2543 ท5 เดินทางเข้ารับการตรวจร่างกายและตรวจเลือดนั้น ท5 ได้บอกถึงอาการปวดหลังซึ่งตามหน้าที่ของแพทย์นั้นจะต้องทำการตรวจวินิจฉัย ท5 อย่างละเอียดรอบคอบว่า อาการปวดหลังของ ท5 เกิดมาจากสาเหตุอะไร “หลังจากที่พี่เป็นโรค SLE พี่ก็ระวังตัวตลอดเลยนะ วันที่ 3 กุมภาพันธ์ พี่ปวดหลังก็เลยไปหาหมอ แล้วก็บอกว่าพี่ปวดหลังแต่หมอก็ไม่สนใจที่จะตรวจอะไรเพิ่มเติมและยังสั่งยาให้เหมือนเดิม พอกลับมาถึงบ้านไม่ทำอะไรได้เรื่องเลย ชักเกร็ง ต้องเข้าผ่าตัดจนฟื้นขึ้นมา และมารู้ว่าตัวเองต้องพิการ หมอทางเครือข่ายบอกพี่ว่า ถ้าวันนั้นวันที่พี่ปวดหลังแล้วหมอสันใจรายละเอียดสักหน่อย ว่าอาการปวดหลังของพี่เกิดจากอะไร เพราะพี่เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป หมอจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และส่งพี่เข้าตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติ สิ่งสำคัญคือ ต้องกักตัวพี่ไว้ดูอาการ แต่หมอก็ไม่ทำปล่อยให้พี่กลับบ้าน ทำให้เชื่อนั้นลูกถามใหญ่โต” (สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550)

- เมื่อตรวจพบการติดเชื้อบริเวณสันหลัง แพทย์จะต้องฉีดยาปฏิชีวนะฆ่าเชื้อโรคทางเส้นเลือดดำแพทย์ฉีด ท5 ก็คงไม่พิการ



ภาพประกอบที่ 24 ความพิการที่เกิดขึ้น



ภาพประกอบที่ 25 ช่วงล่างเป็นอัมพาต

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้น

5.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ช่วงที่อยู่โรงพยาบาล ท5 บอกว่า เป็นช่วงที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจมากที่สุด “รู้สึกกังวลมาก กลัวว่าตัวเองจะไม่หาย และที่สำคัญที่ก็ไม่ว่าแม้กระทั่งหมอนที่ผ่าตัดให้ที่รู้สึกสับสนมาก”แต่ถึงอย่างไร ท5 ก็มีความหวังว่าร่างกายของตนเองจะกลับมาเดินได้ตามปกติ ท5 จึงตั้งใจทำตามคำแนะนำของแพทย์ แพทย์บอกให้กายภาพ ท5 ก็ไปกายภาพ ถึงแม้ทางเจ้าหน้าที่จะไม่ให้ความใส่ใจมากนัก โดยทำมั่งไม่ทำมั่ง หรือทำแบบขอไปที โดยอ้างเหตุผลว่าเจ้าหน้าที่ไม่พอ นักเข้าฟอของ ท5 สงสารลูก เลยจัดการช่วย ท5 ได้กายภาพบำบัด หรือแม้กระทั่งการได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เอาใจใส่ของพยาบาล ทำให้ ท5 รู้สึกท้อถอยเป็นอย่างมาก เพราะในเวลา กลางคืนที่ ท5 ไม่สามารถพลิกตัวเองได้ พยาบาลต้องพลิกตัวให้ทุกๆ 2 ชม. เพื่อป้องกันแผลกดทับ แต่เอาเข้าจริงๆ แล้วพยาบาลกลับพลิกตัวให้ทุกๆ 4 ชั่วโมง ทำให้ ท5 เกิดแผลกดทับจริงๆ ทำให้นอกจากจะต้องรักษาอาการฟิการ ที่เกิดขึ้น ท5 ยังต้องรักษาแผลที่เกิดขึ้นจากความมั่งง่ายของบุคลากรในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ท5 ต้องตรวจเช็คยาที่ตัวเองกินทุกครั้ง เพราะเคยมีบางครั้งที่แพทย์จัดยาให้ผิด แต่ ท5 เอะใจถามแพทย์เสียก่อนว่ายาที่ให้กินเป็นยาอะไร ผลปรากฏว่าเป็นยาที่ไม่ใช่ยาที่ ท5 กินประจำ แต่เป็นยาที่แพทย์จัดให้ผิด ทำให้ ท5 ต้องระมัดระวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น ส่วนความรู้สึกของคนในครอบครัวก็เสียใจไม่แพ้ ท5 “พ่อพี่เขาเคยบอกนะ ว่าทำไมมันไม่ตายไปซะให้รู้แล้วรู้รอด แม่พี่ฟังแล้วก็โกรธพ่อพี่มากนะ แต่พี่มารู้ทีหลังจากเพื่อนพ่อว่า เขาเคยเห็นพ่อ พี่นั่งน้ำตาไหลอยู่ที่รถ เพื่อนพ่อพี่ก็ถามว่าลูกเป็นอะไร พ่อพี่ก็บอกว่าเห็นผู้หญิงวัยรุ่นแล้วคิดถึงลูก เห็นลูกเดินไม่ได้ก็สงสารลูกไม่รู้จะทำยังไง” (สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

5.2 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

จากความฟิการที่เกิดขึ้น ทำให้ ท5 ต้องลาออกจากงานไปโดยปริยาย “หลังจากที่พี่เดินไม่ได้ พี่ก็ต้องลาออกจากงาน” เพราะ ท5 ไม่สามารถกลับเข้าไปทำงานเหมือนดังเดิมได้ เพราะ ท5 ไม่สามารถเดินได้ ทำให้เกิดผลกระทบในเรื่องของเศรษฐกิจในครอบครัว เพราะเมื่อ ท5 ไม่สามารถทำงานได้ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาล 97 วัน ใช้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดประมาณ 200,000 บาท และยังไม่รวมค่าอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการกลับมารักษาอาการอยู่ที่บ้าน เช่น สายยางปัสสาวะ สำลี ผ้าอ้อมสำเร็จรูป สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนแต่ต้องใช้เงินทั้งสิ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายทั้งหมดพ่อและแม่ของ ท5 เป็นคนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด ถึงแม้ว่าพ่อและแม่ของ ท5 จะมีเงินเก็บอยู่บ้าง แต่ก็ไม่ได้มากมายเพียงพอที่จะใช้ ท5 ได้ใช้จ่ายไปตลอดชีวิต หาก ท5 ไม่

สามารถหายจากความพิการได้ (ยังไม่นับรวมที่ ๓5 ตระเวนรักษาตามหมอที่คนอื่นแนะนำไปทั่ว มาหมด) (สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

5.3 ผลกระทบในด้านอื่น

ส่วนในเรื่องระบบความสัมพันธ์ของครอบครัว ความพิการที่เกิดขึ้นกับ ๓5 เกิดขึ้นในช่วงที่ ๓5 กำลังเริ่มต้นชีวิตคู่พอดี ทำให้เหตุการณ์ครั้งนี้ได้พิสูจน์ความรักแท้ของสามีเธอได้เป็นอย่างดี “ตอนแรกเขาก็ดูแลพี่ดีอยู่หรอก ทำทุกอย่าง อุ้มพี่อาบน้ำ บ้อนข้าว พาไปโรงพยาบาล แต่พอมาระยะหลังๆ เขาคงเห็นว่าพี่ยังงี้ก็คงไม่หาย คงจะพิการอย่างนี้ตลอดไปแน่ๆ เขาก็เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป กลับบ้านดึก พูดจาไม่ดีกับพี่ ไม่ดูแลเอาใจใส่พี่เหมือนเดิม จนวันหนึ่งมันหมดความอดทน เราเลยตัดสินใจแยกทางกัน” ทั้งสองตัดสินใจแยกทางกัน ถึงแม้ว่า ๓5 จะเสียใจมากกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ในอีกมุมหนึ่งนั้น ๓5 ก็มีความโล่งใจที่สามีของเธอ (ไม่ต้องมาจุมปลักกับคนพิการตลอดชีวิต) (สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

6. ชีวิตในปัจจุบัน

ปัจจุบัน ๓5 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ โดยมีพ่อเพียงคนเดียวเป็นคนหาเลี้ยง โดยพ่อของ ๓5 ได้ซื้อควรถและรถสองแถวในหมู่บ้านมาทำ ซึ่งเดือนหนึ่งได้เงินประมาณ 15,000 บาท ต่อเดือน ซึ่งไม่เพียงพอกับค่ายาและอุปกรณ์ที่ ๓5 ใช้เท่าไรนัก แต่อาศัยเงินช่วยจากหน่วยงานภาครัฐพอประทังชีวิตไปวันๆ หนึ่ง ทุกวันนี้ถึงแม้ว่าในใจลึกๆ ของ ๓5 จะรู้ว่าตนเองอาจไม่มีความหวังในการที่จะกลับมาเดินได้เหมือนเดิมแล้วก็ตาม แต่นั่นก็ไม่ใช่ว่าสิ่งที่ทำให้ ๓5 ท้อถอย เพราะทุกวันนี้ ๓5 ก็กำลังรักษาตัวกับหมอจีน ซึ่งจากการรักษากับหมอจีนมา 2 ปีทำให้อาการของ ๓5 ดีขึ้น พอจะมีความหวังขึ้นมาบ้าง นอกจากการรักษาสุขภาพร่างกายแล้ว ๓5 ยังปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องอาหารการกิน ๓5 จะระมัดระวังเป็นอย่างดี เพราะโรคภูมิแพ้ของ ๓5 ถ้าหากกินอาหารที่มีสารเคมี เช่น ผงชูรส ฟอรัมาลดีดคั่งอยู่ละก็ อาการของ ๓5 ก็จะทำเจ็บมากยิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพประกอบที่ 26 งานอดิเรกรับจ้างถ่ายเอกสาร

ในส่วนของอนาคต ท5 ตั้งใจไว้ว่า หากพ่อแม่ไม่อยู่แล้ว ก็คงจะไม่พึ่งพาญาติพี่น้องให้เขาลำบาก และไม่ยากเอาตัวเขาไปเป็นภาระคนอื่น โดยสิ่งที่ตั้งใจไว้คือ อาจจะขายบ้านที่อยู่ ณ ปัจจุบันนี้ เพื่อเก็บเงินได้และย้ายตัวเองเข้าไปอยู่ที่สถานสงเคราะห์ เพราะ ท5 คิดว่าที่นี้คงเป็นที่ที่เหมาะสมที่สุดแล้วสำหรับ ท5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ (ท6) จังหวัดกรุงเทพฯ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท6 เป็นชาวจังหวัดกรุงเทพฯโดยกำเนิด ท6 เติบโตขึ้นมาท่ามกลางการเลี้ยงดูที่ให้อิสระเสรีในการคิดและการกระทำของทุกคนในบ้านเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าครอบครัวของท6 จะไม่ได้ร่ำรวยอะไรมากนักแต่พ่อแม่ของ ท6 ก็สามารถที่จะส่งให้ ท6 เรียนจบปริญญาตรี หลังจากเรียนจบแล้ว ท6 ก็ได้ใช้วิชาความรู้ที่ได้เรียนมาปรับใช้ในการทำงานได้อย่างเต็มที่ งานที่ ท6 ทำอยู่ คือ รับผิดชอบตามสถานที่ต่างๆ ไม่ว่าจะงานเปิดตัวสินค้า งานแต่งงาน การทำงานแบบนี้ถึงแม้ว่าที่บ้านจะไม่เห็นด้วยเพราะเป็นงานไม่มั่นคงและเหนื่อย แต่ ท6 ถือว่าเป็นงานที่ ท6 รักและชอบที่จะทำ ท6 ทำงานได้ไม่นานก็ได้พบกับสามีคนปัจจุบัน โดยทั้งคู่ตัดสินใจทำธุรกิจรับจัดงานตามสถานที่ต่างๆ ด้วยกันและตั้งใจสร้างครอบครัวด้วยกัน ทั้งคู่เลยตัดสินใจซื้อคอนโดอยู่แถวๆ ตลาดพร้าวเพื่อความสะดวกและเหมาะกับครอบครัวเล็กๆอย่าง ท6

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ช่วงที่ตั้งท้องลูกคนแรกนั้น เป็นช่วงที่ ท6 รู้สึกสนุกกับงานเลยยังไม่ได้ไปฝากครรภ์ จนกระทั่งวันที่ 20 มกราคม 2549 ท6 จึงได้ไปตรวจการตั้งครรภ์ที่คลินิกแห่งหนึ่ง (หน่วยบริการปฐมภูมิประจำครอบครัวที่เป็นสถานบริการที่ระบุในบัตรทองการใช้สิทธิ์ ท6) โดยหลังจากตรวจร่างกายเรียบร้อยผลการตรวจออกมายืนยันว่า ท6 ตั้งครรภ์ได้ 23 สัปดาห์กับอีก 5 วัน (ประมาณ 6 เดือน) โดย ท6 ตั้งใจไว้ว่าจะไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ซึ่งในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ที่คลินิกได้ให้คำแนะนำกับ ท6 ว่า “ฝากครรภ์ที่คลินิกได้เหมือนกัน เพราะก็ต้องไปคลอดที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตรทองอยู่ดี” ซึ่งตามความเข้าใจของ ท6 เข้าใจว่าที่คลินิกและที่โรงพยาบาลต้องมีการส่งข้อมูลคนไข้ถึงกันอยู่ ด้วยระบบของสายงานการบริการ ท6 จึงตัดสินใจฝากครรภ์ในวันนั้น โดยเสียค่าฝากครรภ์ 400 บาท ทางเจ้าหน้าที่ได้หยิบคู่มือการฝากครรภ์ เพื่อให้กรอกรายละเอียด รวมทั้งยังมีการเจาะเลือดตรวจและฉีดยาให้ 1 เข็ม โดยทางเจ้าหน้าที่ได้นำมาตรวจครรภ์ใหม่อีก 1 เดือนข้างหน้า หลังจากกลับจากคลินิกแล้ว ท6 ก็ได้กลับมาปรึกษากับสามีตกลงจะตัดสินใจฝากครรภ์ที่คลินิกแห่งนี้แน่นอนหรือเปล่า? ท6 จึงเปลี่ยนใจที่จะไปฝากครรภ์รวมถึงการที่จะไปคลอดที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง หลังจากไปตรวจครรภ์ที่โรงพยาบาลแห่งนี้และแพทย์ก็ได้ตรวจอัลตราซาวด์ดูและบอกว่า “เด็กเป็นผู้หญิง เด็กสมบูรณ์ดีทุกอย่าง” โดยมีกำหนดคลอดคือวันที่ 12

พฤษภาคม 2549 ซึ่งในขณะเดียวกัน ผู้คนรอบข้างของ ท6 ต่างพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า “ไปเสียเงินคลอดลูกแพงๆ ทำไม เก็บเงินเอาไว้เลี้ยงลูกดีกว่า คลอดด้วยบัตรของแพทย์ก็ดูแลดีเหมือนกัน”

หลังจากนั้น ท6 ก็ไม่ได้ไปตามที่แพทย์โรงพยาบาลเอกชนนั้นนัดอีกเลยและหันกลับมาใช้สิทธิ 30 บาทโดยให้แพทย์ที่คลินิกที่ ท6 ผ่าครรภ์ครั้งแรกดูแลแทน “พี่ว่าก็สะดวกดีนะผ่าครรภ์ที่คลินิกอยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปถึงโรงพยาบาล ก็ได้รับการบริการเหมือนอยู่โรงพยาบาล เพราะคลินิกอยู่ในเครือของโรงพยาบาลแห่งนี้และมีการส่งข้อมูลถึงกันตลอด” เพราะตั้งใจจะเก็บเงินก้อนนี้เอาไว้ซื้อของเตรียมไว้ให้ลูกหลังครบกำหนด 1 เดือนที่หมอนัดโดยผลแลปการตรวจเลือดของคลินิกได้แจ้งว่า ผลการตรวจเลือดของ ท6 เป็นกรุ๊ป O แต่ด้วยความที่ ท6 เป็นคนบริจาคโลหิตเป็นประจำเลยแย้งกับแพทย์ไปว่า “เลือดกรุ๊ป B” แพทย์เลยสั่งให้เจ้าหน้าที่เจาะเลือดแล้วตรวจใหม่ และผลปรากฏว่าเลือดของ ท6 เป็นเลือดกรุ๊ป B เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้ ท6 ตัดใจอยู่บ้างถึงผลของการตรวจเลือด ว่าทำไมผลการตรวจเลือดไม่ถูกต้อง? หรือผลการตรวจเลือดสลับกับใครหรือไม่? จากวันนั้นแพทย์ก็นัดให้ ท6 มาตรวจครรภ์ทุกเดือน จนใกล้ถึงเวลาจะคลอดก็นัดตรวจครรภ์ถี่ขึ้นเป็นการไปตรวจทุกอาทิตย์ ท6 ก็ไปตามที่แพทย์นัดทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งตอนนี้อายุครรภ์ของ ท6 เข้าสู่ 7 เดือนแล้ว ผลปรากฏว่า ท6 “ท้องใหญ่มาก” จากการดูแลเด็กในครรภ์เป็นอย่างดี กินยาบำรุงเลือดที่หมอให้มาตลอด กินแต่อาหารที่มีประโยชน์กับเด็กทุกอย่าง เช่น ปลา ผัก ผลไม้ น้ำเต้าหู้ นม เพื่อพัฒนาทางด้านร่างกาย ส่วนการดูหนังฟังเพลงทุกวันก็เพื่อพัฒนาด้านสมองและอารมณ์ (สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน 2550)

เมื่อถึงวันกำหนดคลอด คือ วันที่ 12 พฤษภาคม 2549 ท6 ก็ยังไม่มีอาการเจ็บท้องใดๆ พอวันรุ่งขึ้นเป็นวันเสาร์ที่ 13 พฤษภาคม 2549 ท6 ก็ไปพบแพทย์เพื่อตรวจครรภ์ โดยแพทย์ตรวจครรภ์และแจ้งว่า “ขอดูอาการต่ออีก 1 อาทิตย์”หลังจาก 1 อาทิตย์ผ่านไป ท6 ก็ยังไม่มีอาการเจ็บท้องใดๆ เกิดขึ้นอีกเช่นเคย ซึ่งพอถึงวันเสาร์ที่ 20 พฤษภาคม 2549 ท6 ก็ไปตามนัดตามที่แพทย์นัด โดยแพทย์ตรวจครรภ์และบอกกับ ท6 ว่า “ตอนนี้อายุครรภ์ของ ท6 41 สัปดาห์ 3 วันแล้ว ซึ่งเกินกำหนดการคลอดมาพอสมควร” แพทย์จะทำใบส่งตัวให้ไปตรวจอัลตราซาวด์ที่ ร.พ.เอกชน ที่ระบุอยู่ในบัตรทองซึ่งเป็นสิทธิของ ท6 เพื่อดูอาการของเด็กและดูว่ารกนั้นแก่หรือยัง และถ้าหากตรวจดูแล้วแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งนั้น มีความเห็นว่าจะตัดสินใจอย่างไร ก็ให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ท่านนั้นไปเลย โดยแพทย์ที่คลินิกแจ้งให้เจ้าหน้าที่นำไปส่งตัวมาให้ เพื่อที่แพทย์จะได้เขียนใบส่งตัวให้ ท6 ไปที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น แต่เจ้าหน้าที่กลับแจ้งให้แพทย์และ ท6 ทราบว่า “วันนี้ทางสถานบริการไม่เปิด เปิดเฉพาะวันอังคารกับพฤหัสบดีเท่านั้น ถ้าจะใช้ใบส่งตัวต้องมา 2 วันนี้นะท่านั้น เพราะทางคลินิกจะไม่ออกใบส่งตัวล่วงหน้าให้ แต่จะออกให้วันต่อวันเท่านั้น” แพทย์เลยนัด ท6 ให้มารับใบส่งตัวในวันอังคารที่ 23 พฤษภาคม 2549 โดย ท6 ไม่ลืมที่

จะถามเจ้าหน้าที่ว่า “ถ้ามีอาการก่อนที่จะถึงวันนัดล่ะ” เจ้าหน้าที่ก็ตอบว่า “ก็ไปที่ โรงพยาบาลนั้นได้เลย แล้วก็กลับมารับใบส่งตัวที่หลังได้”

หลังจากวันนั้น ท6 จึงไม่ได้ไปตรวจอัลตราซาวด์ที่โรงพยาบาล โดยกลับมาพักผ่อนที่บ้าน พอถึงวันอาทิตย์ที่ 21 พฤษภาคม 2549 ท6 มีอาการเหมือนไม่ค่อยสบายตัว รู้สึกว่าร่างกายรับน้ำหนักมากจนลุกไม่ไหว เลยนอนพักผ่อนตามปกติ และ ท6 ก็ต้องตกใจตื่นขึ้นมาเมื่อเวลาประมาณ 01.30 น. ของเช้ามีดวันจันทร์ที่ 22 พฤษภาคม 2549 เพราะมี ท6 อาการลึ้มเลือดไหลออกมา จึงได้เปิดอ่านคู่มือการตั้งครรภ์เพื่อหาข้อมูล พบว่า หากคุณแม่ที่ตั้งครรภ์มีอาการลึ้มเลือดไหล ต้องให้รีบไปโรงพยาบาล เพราะเป็นอาการเตือนของคนที่จะคลอดบุตรท6 และสามี จึงรีบเดินทางออกจากบ้านโดยเดินทางไปถึงโรงพยาบาลเอกชนที่ระบืออยู่ในบัตรทองและเป็นโรงพยาบาลที่คลินิกจะเขียนใบส่งตัวให้ไปตรวจอัลตราซาวด์ ท6 ไปถึงโรงพยาบาลเวลา 03.00 น. โดยรีบติดต่อเจ้าหน้าที่โดยทันทีพร้อมทั้งมอบเอกสารต่างๆ และบัตรทองให้ แต่เจ้าหน้าที่กลับบอกว่า “นี่ไม่ใช่บัตรของโรงพยาบาลหากจะคลอด ท6 ต้องจ่ายเงินเอง” ท6 ยืนยันจะคลอดเพราะมีลึ้มเลือดออกมา “ทั้งๆ ที่คลินิกยืนยันกับพี่เป็นมั่นเป็นเหมาะว่า ฝากครรภ์ที่คลินิกก็เหมือนกับฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล แต่พอเอาเข้าจริงๆ เราเอาหลักฐานจากคลินิกยื่นให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลับบอกว่า นี่ไม่ใช่บัตรของโรงพยาบาล หากจะคลอดจะต้องจ่ายเงินเองสามีพี่ก็เลยบอกว่าคนกำลังจะคลอดลูกอยู่แล้วยังจะมาติดขัดเรื่องเอกสารอีก ให้คลอดก่อนได้ไหม” ส่วนใบส่งตัวจากทางคลินิกจะส่งมาให้ทีหลัง เจ้าหน้าที่จึงยอมให้ทำเรื่องและส่งตัว ท6 ขึ้นไปห้องคลอด พอถึงห้องคลอดเวลาประมาณ 03.30 น. ท6 จึงส่งคู่มือการฝากครรภ์กับเอกสารที่เตรียมมาให้กับพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลตรวจเช็คมดลูกปรากฏว่าปากมดลูก “เปิด 5 ซม.” โดยพยาบาลบอกว่าต้องรอให้ปากมดลูกเปิด 10 ซม. ถึงจะคลอด (สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน 2550)

ต่อมาพยาบาลก็ให้ ท6 เข้าไปเปลี่ยนเสื้อผ้าเพื่อเตรียมตัวให้น้ำเกลือท6 จึงพูดคุยกับสามีเป็นครั้งสุดท้าย โดยสามีกำชับว่า “อย่าหลับนะ คอยดูลูกได้” หลังจากนั้นสามีของ ท6 ก็กลับไปเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นสำหรับลูกพร้อมกับเตรียมตัวไปขอใบส่งตัวที่คลินิก หลังจากนั้นเวลา 04.00 น. ท6 ก็เข้าไปนอนรอให้น้ำเกลือพร้อมกับพยาบาลฉีดยาเร่งคลอดให้กับ ท6 พร้อมกับกำชับว่า “ถ้าใกล้จะคลอดจะรู้สึกปวดท้องเหมือนจะถ่าย” ในเวลาไม่นานเท่าไร ท6 เริ่มปวดท้องมากขึ้นจนรอกวาง ในขณะที่พยาบาลหลับอยู่ข้างๆ ส่งเสียงกรนดัง คือกๆ อยู่ข้างๆ เตียง เวลาผ่านไปพอสมควร ก็มีพยาบาลเดินเข้ามาเอานี้ว่าสอดเข้าไปที่ช่องคลอดและก็มีน้ำออกมาจากช่องคลอด จากนั้นพยาบาลคนนี้ก็ตะโกนบอกเพื่อนว่าจะพา ท6 เข้าห้องคลอด ซึ่งขณะนั้นเป็นเวลา 05.00 น. หลังจาก ท6 เดินขึ้นไปนอนบนเตียงคลอด พยาบาลได้จัดให้ ท6 อยู่ในท่าพร้อมคลอด

พร้อมกับพูดว่าให้ออกแรงเบ่ง โดยในขณะที่ทำคลอดมีพยาบาลอยู่ 2 คน โดยที่ไม่มีแพทย์มาดูแลอาการของ ท6 เลย หลังจากออกแรงเบ่งอยู่นานพอสมควร ท6 ก็ยังไม่สามารถคลอดลูกเองได้ ชักพัคได้ยินเสียงพยาบาลบอกว่า “เด็กเริ่มมีการขยับแล้ว ต้องผ่าเข้าห้องผ่าตัด” จากนั้นพยาบาลก็พา ท6 เข้าห้องผ่าตัดเป็นเวลา 06.30 น.เมื่อถึงห้องผ่าตัด ท6 ขึ้นไปบนเตียงเล็กๆ นอนในท่าตะแคง และมีสายออกซิเจนใส่จมูกให้ มีพยาบาลคนเดินในห้องคลอดนั่งอยู่รอบๆ เตียง โดยมีเจ้าหน้าที่และพยาบาลอีกหลายคนอยู่รอบๆ เตียง สักพักก็มีพยาบาลเอาที่วัดการเต้นของหัวใจมาติดให้ที่ท้องเพื่อวัดการเต้นของหัวใจเด็กและพยาบาลบอก ท6 ก็ยังเห็นว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น นอกจากการให้ตนเองนอนรอ จนกระทั่งเวลา 7.40 น. ท6 จึงได้ถามพยาบาลว่า “รออะไร” คำตอบที่ได้คือ “รอหมอ เพราะฝนตกรถติดหมอกำลังมา” หลังจากนั้น ท6 ยังถูกปล่อยให้รอคอยอีกนานมาก จนในที่สุดก็มีคนกลุ่มใหญ่ใส่ชุดสีเขียว ใส่หมวกสีเขียว และผู้ชายใส่ชุดสีเขียวผ้าคลุมศีรษะสีเหลืองเดินเข้ามาในห้อง เจ้าหน้าที่จึงให้ ท6 นอนหงาย และประกอบขาหยั่งจับให้ ท6 อยู่ในท่าพร้อมคลอด จากนั้นผู้ชายที่ ท6 คิดว่าจะเป็นคุณหมอเอานิ้วล้วงเข้าไปในช่องคลอด ซึ่งในขณะนั้น ท6 รู้สึกปวดมากจนหมดสติไป เวลาต่อมา ท6 เริ่มฟื้นสติ พบว่าตัวเองนอนอยู่บนเตียงและกำลังถูกเข็นออกไปในห้องพัคผู้ป่วยรวม เตียงริมหน้าต่าง

3. ความเสียหายที่ได้รับ

หลังจากที่ ท6 ลืมตาขึ้นมาก็เห็นสามียืนอยู่ที่ข้างเตียงตาแดงๆ โดยบอกกับ ท6 ว่า “พี่ไปดูลูกมาแล้วแพทย์บอกว่าอาการเด็กหนักมาก อยู่ได้แค่ 3 อาทิตย์ หรืออย่างมากที่สุดก็ 1 เดือน” โดยพูดพร้อมหยิบกล้องถ่ายรูปที่ถ่ายรูปลูกมาให้ ท6 ดู อีกทั้งยังเล่าเหตุการณ์ตอนเข้าวันคลอดให้ฟัง โดยบอกเล่าว่า หลังจากที่ ท6 สลับไปไม่นาน เวลาเกือบ 8 โมงเช้ามีพยาบาลโทรหาสามีของ ท6 โดยบอกว่า “ตอนนี้สามีของ ท6 อยู่ไหน ยังไม่ต้องทำอะไรทั้งนั้น ให้รีบมาที่โรงพยาบาลเดี๋ยวนี้เลย” หลังจากนั้นสามีจึงรีบมาที่โรงพยาบาลเพราะเข้าใจว่าลูกคลอดแล้วพยาบาลให้สามีของ ท6 พบกับหมอตอน 11.00 น. ซึ่งคุยกับหมอพอสรุปใจความได้ว่า “เด็กคลอดและติดช่องคลอดเนื่องจากเด็กน้ำหนักมาก ทำให้ขาดอากาศหายใจประมาณ 15 นาที โดยหมอต้องดึงเด็กออกมาโดยหมอบอกถึงสาเหตุที่ทำให้เด็กคลอดยากเนื่องจากแม่เป็นเบาหวาน ทำให้เด็กตัวใหญ่ คลอดยาก” จากคำบอกเล่าของสามีทำให้ ท6 ตกใจมาก ใจหนึ่งอยากจะไปเยี่ยมลูกที่ห้อง ICU แต่ก็ทำไม่ได้ เพราะยังไม่สามารถนั่งและเดินได้สะดวก จนกระทั่งวันที่สามสามีบอก ท6 ว่า “ให้ตั้งใจหน่อย พยายามผืนตัวเองไปหาลูก เพื่อไปเป็นกำลังใจให้กับลูก” ท6 จึงผืนใจตนเองล้มความเจ็บปวด เพื่อไปหาลูกด้วยอาการปวดทรมานจากแผลผ่าตัด เมื่อ ท6 เห็นลูกสาวของตนเองน้ำตา ร่วง ขาแทบไม่มีแรงยืนเพราะลูกนอนแน่นิ่งอยู่ในตู้ ICU เด็กอ่อน มีท่อใส่ปากและมีอุปกรณ์

ช่วยชีวิตเต็มไปหมด ใบหน้าและลำตัวซีกขามีแผลเต็มไปหมด ท6 จึงเอามือวางที่หน้าอกข้างซ้าย ซึ่งตรงกับหัวใจลูกแล้วบอกกับลูกว่า “หนูต้องเข้มแข็งนะลูก หนูต้องสู้ หนูต้องหาย หนูตั้งใจมาเกิด แม่รู้สิ่งศักดิ์สิทธิ์จะคุ้มครองหนู แม่รักหนู”หลังจากที่นอนโรงพยาบาล 18 วัน ด้วยความสงสัยที่หมอบอกว่า ท6 เป็นเบาหวานทำให้เด็กตัวโต คลอดยาก จึงขอตรวจเบาหวานก่อนออกจากโรงพยาบาลและผลออกมาคือไม่ได้เป็นเบาหวาน ส่วนเรื่องค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงิน 100,000 กว่าบาท แต่ ท6 จ่าย 30 บาท



ภาพประกอบที่ 27 หลังคลอดอยู่ในตู้อบ



ภาพประกอบที่ 28 ออกจากตู้อบ

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

หลังจากกลับบ้าน ท6 รู้สึกเสียใจมากเฝ้าบอากับตัวเองว่า “แม่คิดถูกหรือคิดผิดกันแน่ที่ใช้สิทธิบัตรทองในการคลอดลูก” เพราะความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นกับตัวของครอบครัว ท6 นั้น เกิดจาก

1) ความไม่พร้อมของระบบการทำงานในโรงพยาบาล ถึงแม้ว่า ท6 จะคลอดลูกด้วยสิทธิ 30 บาท ซึ่งไม่สามารถคิดเป็นตัวกำไรได้เลยกับการบริหารโรงพยาบาลในรูปแบบโรงพยาบาลธุรกิจ แต่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้มีกำไรปีละ 70,000 กว่าล้าน และมีสาขาในอีกหลายจังหวัดกว่า 7 สาขาแต่กลับไม่มีหมอยุติที่โรงพยาบาล ทั้งๆ ที่การคลอดลูกหรือการเกิดอุบัติเหตุมักเกิดขึ้นได้เสมอในทุกช่วงเวลาโดยไม่สามารถคาดการณ์ได้ โดยเฉพาะในเวลากลางคืน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปล่อยให้คนไข้คลอดเองตั้งแต่ 03.00 น. – 08.00 น. เช้า โดยไม่มีหมอยุติดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าอันตรายมาก

2) การตัดสินใจผิดพลาดเกี่ยวกับตัวเด็ก “นี่สมุดฝากครรภ์ของลูกพี่ พี่น้ำหนักขึ้นจากเดิม 26 กิโลกรัม ในสมุดฝากครรภ์ก็มีการคำนวณน้ำหนัก หมอก็น่าจะเห็นว่าถ้าแม่น้ำหนักขนาดนี้ ตัวเด็กน่าจะน้ำหนักเท่าไร และอีกอย่างพี่ก็เป็นคนตัวเล็ก แล้วก็เพิ่งท้องแรกด้วย หมอน่าจะผ่าเอาเด็กออก แต่นี่อะไรไม่ผ่าแถมยังใช้เครื่องมือดึงรอบคอลูกพี่อีก เด็กเพิ่งเกิดแท้ๆ ใช้เครื่องมือดึงจะไปเหลืออะไร ดึงไม่ออกก็ควาไว้ 15 นาที ลูกพี่โชคดีนะที่ยังไม่ตาย” การที่เด็กคาอยู่ช่องคลอดนาน ทำให้เด็กสมองขาดออกซิเจน ประมาณ 15 นาทีส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กปกติ มีอาการชัก-เกร็ง ตลอดเวลา คอไม่แข็ง ไม่สามารถดูดกลืนนมได้ดี หายใจไม่สะดวกและมีเสมหะ

(สัมภาษณ์วันที่ 24 เมษายน 2550)



ภาพประกอบที่ 29 ผ่าตัดโดยเอ็นที่เท้ามาใส่ที่แขน

5. ผลกระทบที่ได้รับจากความเสียหายที่เกิดขึ้น

5.1 ผลกระทบด้านจิตใจ

ลูกสาวคนนี้เป็นลูกสาวคนแรก ที่เป็นโชคดั่งใจทั้ง ๓6 และสามี แต่สิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกสาวทั้ง ๓6 และสามี คือเป็นสิ่งที่ย่ำเตือนถึงการตัดสินใจผิดพลาดของตนทั้งคู่ “ลูกคนนี้เป็นลูกคนแรกของพี่ สิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นสิ่งที่ย่ำเตือนถึงการตัดสินใจผิดพลาดของพี่ทั้งสองคนที่ไม่ยอมฝากพิเศษกับโรงพยาบาลเอกชนแต่กลับมาใช้สิทธิ์ 30 บาท เพียงเพื่อต้องการประหยัดเงินและตั้งใจเก็บเงินก้อนนี้ไว้ให้ลูก พี่เสียใจมาก โดยเฉพาะพี่ผู้หญิงวันแรกที่เห็นร่างแน่นิ่งของลูกในตู้อบสายอะไรต่อมิอะไรไม่รู้เต็มไปหมด แอ้มหมอยังบอกอีกว่า เด็กอาการหนักมากอยู่ได้แค่ 3 อาทิตย์หรืออย่างมากที่สุด 1 เดือน พี่ทำอะไรไม่ถูกจริงๆ มันอึดไปหมด” ทั้ง 2 คนรู้สึกเสียใจมาก เผื่อโทษตัวเองตลอดเวลาและยังรู้ว่าโอกาสการกลับมาเหมือนเดิมของลูกนั้นมีน้อยมาก ยิ่งทำให้ ๓6 อัดอั้นตันใจมาก โดยเฉพาะวันที่เห็นหน้าลูกเป็นครั้งแรก สิ่งแรกที่เห็นคือ ร่างแน่นิ่งของลูก นี่หรือคือสิ่งที่คนเป็นแม่วอคอย ๓6 แทบไม่อยากจะเชื่อกับสิ่งที่ได้ยินและได้เห็นเลยเคยเห็นแต่ข่าวในทีวีตลอดจนในหนังสือพิมพ์ แต่ตอนนี้สิ่งที่กำลังเกิดขึ้นกับลูกของเรา ๓6 ทำอะไรถูกจริงๆ

(สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2550)

5.2 ผลกระทบด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ

หลังจากเกิดอุบัติเหตุทางชีวิต ๓6 และสามี ต้องยอมทิ้งงานเพื่อทุ่มเททุกอย่างให้กับลูกช่วยกันเติมเต็มความรู้สึกร่วมกันและกันทำทุกอย่างให้ลูกหาย “พี่สองคนต้องยอมทิ้งงาน แล้วย้ายเขามากินนอนที่โรงพยาบาลเลย เพื่อที่พี่สองคนจะได้ดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ ช่วยกันเติมเต็มความรู้สึกร่วมกันและกัน และทำทุกอย่างเพื่อให้ลูกหาย” ซึ่งทางโรงพยาบาลจัดห้องไว้ให้ห้องหนึ่งสำหรับครอบครัวของ ๓6 ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวของลูกสาวของ ๓6 ทางโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนเรื่องของใช้ส่วนตัวของลูกสาว เช่น เสื้อผ้า แพมเพิร์สและค่าใช้จ่ายของคนทั้งคู่ ทั้งสามีและ ๓6 ต้องจ่ายเอง ซึ่งการที่ทั้งคู่ออกจากงานทำให้ขาดรายได้ บางครั้งทั้งสองคนต้องยอมทิ้งลูกสาวไว้กับเนอสเซอรี่เด็กให้ช่วยดูแลแทน เพื่อที่คนทั้งคู่จะได้ออกไปทำงาน เพื่อนำเงินมาใช้จ่ายในเรื่องการกินอยู่บ้าง “พี่สองคนไม่ได้ออกไปทำงานบ่อยหรอก จะออกไปบ้างก็เพื่อหาเงินมาใช้จ่ายในการกินอยู่ของพี่ วันหนึ่งๆ เราก็ประหยัดกินประหยัดใช้” แต่ปรากฏว่าเมื่อฝากลูกสาวไว้กับเนอสเซอรี่ก็มักจะดูแลเด็กไม่ละเอียดพอ อาจจะเป็นเพราะเด็กอย่างลูกสาว ๓6 มีรายละเอียดในการดูแลค่อนข้างเยอะ เมื่อละเลยอะไรไปก็จะส่งผลกระทบต่อตัวเด็กเช่น เด็กไม่สบาย ทั้งคู่เลยตัดสินใจไม่ออกไปทำงานอีกเลย โดยเงินที่จะนำมาใช้นั้น ทั้งคู่พอจะมีที่ดินอยู่บ้านเลยคิดว่าจะขายที่ดินเพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในขณะที่ทั้งคู่อยู่โรงพยาบาลคอยดูแลลูกสาว

(สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2550)

6. ชีวิตในปัจจุบัน

ปัจจุบันลูกสาว ท6 อายุ 10 เดือนแล้ว ท6 และสามีก็ยังคงใช้ชีวิตอยู่ในโรงพยาบาล กิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่อยู่ที่การผลัดกันดูแลลูก เริ่มตั้งแต่ตอนเช้า ต้องเตรียมอาหารทางสายยาง ทำกายภาพบำบัดทั้งตัว เพื่อไม่ให้ข้อต่อและกระดูกส่วนต่างๆ ของร่างกายติดและยึดโดยการ ใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า นอกจากนี้ยังต้องไปรักษาเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ดังนี้

- แขนขา ด้านออร์โธปิดิก ที่โรงพยาบาลศิริราช
- อาการชัก สมองด้าน Newro โรงพยาบาลศิริราช
- การดูแลกลิ่น กระตุ้นพัฒนาการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



ภาพประกอบที่ 30 การทำกายภาพบำบัด

นอกจากนี้ยังมีแผลผ่าตัดที่ขาข้างขวา เพื่อเอาเส้นประสาทที่ขาขวามาใส่แทนเส้นประสาทคอ-แขนที่ขาดไป

สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้ ท6 และสามี ต้องปรับตัวในการใช้ชีวิตมากขึ้น โดยสามีจะอ่านหนังสือพิมพ์ทุกเช้า เพื่อดูข่าวเกี่ยวกับเด็กที่มีอาการคล้ายๆ กับลูกของตน เพื่อจะได้ศึกษาข้อมูล และนำมาใช้กับลูกสาวของตน สภาพความเหนื่อยกายที่เกิดขึ้นยังไม่หนักหนาเท่ากับความรู้สึกทางใจที่ได้รับผลกระทบจากโรงพยาบาลที่เป็นต้นเหตุให้ลูกสาวของ ท6 เป็นอย่างนี้ โดยทางผู้บริหารโรงพยาบาลไม่เคยมาไต่ถามสารทุกข์สุกดิบถึงความเป็นอยู่ทั้งสามคน ไม่เคยถามว่ากินอยู่กันอย่างไร ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ทำให้เด็กคนนี้ขาดโอกาสทางชีวิตตามสิทธิมนุษยชน

มากมาย แต่ถึงอย่างไรก็ตามคนทั้งคู่ก็ยังคงมีความหวังว่า ลูกสาวของพวกเขา จะกลับมาหายเป็นปกติได้ เพราะวงการแพทย์ในปัจจุบันก้าวหน้ามากขึ้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ 77 (เชียงใหม่)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท7 เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด ปัจจุบันอายุ 50 ปี มีพี่น้อง 9 คน ประกอบไปด้วยพี่สาว 2 คน พี่ชาย 6 คน โดยที่ตนเองเป็นคนสุดท้องพ่อแม่ของ ท7 ตั้งรกรากอยู่ในกรุงเทพฯได้ไม่นานเท่าไร ก็ได้มีโอกาสมาเที่ยวเชียงใหม่ได้มาเห็นถึงช่องทางทำมาหากินที่เชียงใหม่ ครอบครัวของ ท7 จึงย้ายมาตั้งรกรากที่เชียงใหม่ โดยทำการค้าเปิดร้านขายของชำ หลังจากมาอยู่เชียงใหม่ได้ไม่นานฐานะทางเศรษฐกิจในครอบครัวของ ท7 ก็ดีขึ้น ท7จึงมีโอกาสได้เรียนหนังสือจนจบชั้นปริญญาตรี โดย ท7 จบคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากเรียนจบ ท7 ก็เข้ารับราชการเป็นครูอยู่ 10 ปี ช่วงนี้ ท7 ได้พบรักกับแฟนและตัดสินใจแต่งงานอยู่กินด้วยกัน จนกระทั่งปี 2530 ท7 จึงตัดสินใจเปลี่ยนงานใหม่เพราะว่าเงินเดือนครูน้อยมาก ไม่พอใช้ในครอบครัวและสมาชิกที่กำลังเกิดขึ้น ซึ่งในขณะนั้นเงินเดือนครู 2,600 บาท ท7 จึงตัดสินใจเปลี่ยนงานสมัครเข้าทำงานธนาคาร เริ่มได้แต่ตั้งแต่พนักงานธรรมดา ใช้เวลาไม่นาน ท7 ก็ได้เป็นผู้จัดการ ทำงานธนาคารได้ประมาณ 10 ปี ในปี 2541 ท7 ก็ลาออกจากการทำงานธนาคารเพราะธนาคารต้องการจะส่ง ท7 ไปประจำที่สาขาอื่นๆ ในต่างจังหวัด แต่ ท7 ไม่ต้องการย้ายไปไหน เพราะเป็นห่วงครอบครัว ซึ่งในขณะนั้นลูกของ ท8 ยังเล็กมาก ท7 มีลูกทั้งหมด 3 คนคนแรกเป็นผู้ชายปัจจุบัน อายุ 21 ปีกำลังศึกษาอยู่มหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ คนกลางเป็นผู้หญิงอายุ 14 ปีและคนสุดท้ายเป็นผู้ชายอายุ 11 ปี ท7 จึงตัดสินใจลาออกจากการทำงานธนาคาร โดยหันมาทำงานประมูลงานทางราชการในเรื่องเกี่ยวกับการ (จัดซื้อวัสดุ)

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกิดกับภรรยาของ ท7 ซึ่งทำงานในตำแหน่งเลขานุการบดีมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในวันอาทิตย์ที่ 4 กันยายน 2544 ภรรยาของ ท7 รู้สึกไม่สบาย ครั้นเมื่อครั้นตัว เหมือนจะเป็นไข้ แต่ก็ไม่ได้ไปหาหมอเพราะคิดว่าถ้าไม่หายวันจันทร์ซึ่งเป็นวันรุ่งขึ้นก่อนไปทำงาน ก็จะไปหาหมอก่อนไป วันรุ่งขึ้น 5 กันยายน 2544 ภรรยาของ ท7 ไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งที่มีชื่อเสียงใน จ.เชียงใหม่ “โรงพยาบาลนี้ ถือเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ดีที่สุดในเชียงใหม่ก็ว่าได้ ถึงแม้ว่าค่ารักษาจะแพงหน่อย แต่ถ้ารักษาหาย ผมก็ถือว่า O.K. นะ” หลังจากตรวจร่างกายเรียบร้อยแล้วปรากฏว่าแพทย์สั่งแอดมิทให้ภรรยา ท7 นอนโรงพยาบาลดูอาการ ภรรยาของ ท7 แจ้งอาการกับแพทย์ว่า ปวดศีรษะ ทานอะไรไม่ค่อยลง มีอาการพะอืดพะอม โดย

ท7 แจ้งกับแพทย์ว่าสงสัยภรรยาจะเป็นไข้เลือดออก เพราะคนแถวบ้านก็เพิ่งเป็นไป 2 คน แต่แพทย์กับวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรน โดยสั่งให้ยาแก้ไอ วันแรกภรรยาของ ท7 ก็ไม่มีอาการดีขึ้น วันที่สอง 2 หลังจากวินิจฉัยว่าเป็นไมเกรนแล้ว แพทย์ก็จัดโปรแกรมการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น วันที่ 3 อาหารของภรรยา ท7 ก็ไม่ดีขึ้น จนต้องเข้าห้อง CCU และเปลี่ยนแพทย์ในการรักษา แพทย์คนที่ 2 ก็ทำการรักษาเหมือนแพทย์คนแรก และบอกว่าแฟนของ ท7 เป็นไข้รากสาด จนกระทั่งวันที่ 13 กันยายน 2544 แพทย์ก็ยังให้คำตอบไม่ได้ว่าเป็นไข้รากสาดหรือเปล่า จนกระทั่งวันที่ 6 ตุลาคม ภรรยาของ ท7 เสียชีวิตลงด้วยอาการแทรกซ้อน คือ อาการน้ำท่วมปอดหัวใจล้มเหลว ภรรยาของ ท7 รักษาตัว 32 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 600,000 บาท

(สัมภาษณ์วันที่ 21 กรกฎาคม 2550)

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

การเจ็บป่วยครั้งนี้ ท7 ไม่คาดคิดว่า จะเป็นความเจ็บป่วยที่พรากเอาคนรักของ ท7 ไป เพราะ ท7 คิดว่าถ้าหมอรับฟังคำพูดของ ท7 สักนิดภรรยาของเขาคงอาการไม่หนักและสามารถรักษาได้ทัน เพราะหมอจะให้คำตอบแก่ ท7 เสมอว่า อย่ารู้ดีกว่าแพทย์ “แหม หมอพูดมาว่า ผมเป็นหมอก็ต้องเชื่อผมสิ คุณจะมารู้ดีกว่าผมได้อย่างไร พี่ก็เลยไม่กล้าพูดอะไร”

(สัมภาษณ์วันที่ 21 กรกฎาคม 2550)

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

4.1 เกิดจากวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาดและไม่ได้ตรวจเฉพาะทาง “ภรรยาที่เป็นไข้เลือดออก แต่หมอนิยามว่าเป็นไข้หวัดใหญ่ ทำให้ทางโรงพยาบาลจัดการรักษาเป็นแผนการรักษาไข้หวัดใหญ่ ทำให้ภรรยาที่ไม่ได้ตรวจโรคเฉพาะ” เพราะจากอาการของภรรยา ท7 ในวันแรก ที่มีอาการปวดศีรษะทานอะไรไม่ลง มีอาการพะอืดพะอม รวมทั้ง ท7 ได้แจ้งแก่แพทย์ว่า บริเวณละแวกบ้านมีเพื่อนบ้านป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้ว 2 ราย ประกอบกับช่วงเดือนกันยายนเป็นช่วงที่ฝนตกชุก น่าควรจะสันนิษฐานไว้เองต้นว่าเป็นไข้เลือดออก (สัมภาษณ์วันที่ 21 กรกฎาคม 2550)

4.2 จากการตรวจผู้ป่วยในวันที่ 5 ผู้ป่วยมีอาการตับโต เกร็ดเลือดลดต่ำลงมากน่าจะเป็นอาหารที่สอดคล้องกับสถานการณ์ข้างต้น แพทย์ยังต้องเพิ่มความระมัดระวัง และเฝ้าดูอาการป่วยอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้การให้น้ำเกลือในสภาวะดังกล่าว สามารถทำให้เกิดสภาวะแทรกซ้อนได้

4.3 ระบบการบริหารงานของโรงพยาบาลที่เน้นความเป็นธุรกิจมากเกินไปจนละเลยถึงคุณธรรม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่ารักษาพยาบาล โดย ท7 เห็นรายชื่อแพทย์ที่รักษา มีทั้งหมด 5 คน ซึ่ง

1 ในนั้นคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่ 7 ผ่าฝุ่ให้ดูแลภรรยาด้วย ด้วยคำพูดเพียงแค่นี้ แพทย์ถือว่าเป็นการปรึกษาโดยคิดค่าบริการและใส่รายชื่อของตนเป็นเจ้าของไข้ด้วยหรือแม้กระทั่ง 7 ตั้งใจจะเปลี่ยนโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาล แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่ยอม พร้อม กับกำชับให้แพทย์เจ้าของไข้เขียนใบส่งตัวให้ภรรยา 7 เพียงใบเดียว ทำให้ทางโรงพยาบาลที่ 7 ติดต่อไว้ ไม่กล้ารับภรรยา 7 รักษาต่อ เพราะรายละเอียดไม่เพียงพอกับการที่จะรับรักษาคนไข้ ต่อไป

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

5.1 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ความสูญเสียที่เกิดขึ้น ทำให้ 7 เสียใจและหมดกำลังใจในการใช้ชีวิตอยู่ในโลกใบนี้ เพราะคู่ชีวิตที่เคยร่วมทุกข์ ร่วมสุขกันมา กลับต้องมาจากกันก่อนวันควร “พี่เสียใจและหมด กำลังใจมาก เพราะเขามาตายก่อนวัยอันควร ทั้งๆ ที่พี่ก็พยายามยื้อชีวิตเขาไว้สุดความสามารถ” แต่สิ่งที่ 7 รู้สึกกังวลใจ คือ ภรรยาของ 7 เสียชีวิตในขณะที่ลูกทั้ง 3 คนยังเด็กอยู่ 7 ไม่แน่ใจว่า ตัวเขาจะทำหน้าที่ทั้งพ่อและแม่ได้ดีแค่ไหน เพราะถ้าแม่อยู่การให้ระหว่างแม่กับลูกย่อมมีค่ามาก ส่วนกับ 7 นั้นสามารถให้เท่าไรก็เท่านั้น

นับตั้งแต่ภรรยา 7 เสียชีวิต ลูกทั้ง 3 คนต้องขาดแม่ “ลูกๆ ทั้ง 3 คนของพี่ต้องขาดแม่ พี่ทำหน้าที่ได้ แต่มันไม่สามารถชดเชยในสิ่งที่ลูกๆ ต้องการได้” ลูกคนโตคงอาจจะรู้สึกเหงาและ ว่าเหวทำให้ติดเพื่อนมากเป็นพิเศษ ไปเรียนที่มหาวิทยาลัยก็มักจะกลับบ้านไม่ตรงเวลา เพราะ ทุ่มเทให้กับทางกิจกรรมของมหาวิทยาลัย ซึ่ง 7 คิดเป็นเรื่องที่ตลกกว่าลูกจะใช้เวลาไปในทางที่ผิด ส่วนลูกสาวคนกลางและลูกชายคนเล็กก็มักจะหมกตัวแต่ในห้องกัน 2 คน อ่านหนังสือการ์ตูนหรือ เล่นเกมคอมพิวเตอร์ 7 พยายามที่จะหาเวลาพาลูกๆ ไปข้างนอกบ้าน เพื่อที่จะได้พบปะกับคนอื่น มีเพื่อนเล่นในวันเดียวกันบ้าง (สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

5.2 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ปัจจุบันหน้าที่หลักที่สำคัญของ 7 คือ พยายามทำงานให้หนักเพื่อที่จะหาเงินให้ เพียงพอกับค่าใช้จ่ายของลูกทั้ง 3 คน ซึ่งกำลังอยู่ในวัยเรียน ทำให้บางครั้งที่ 7 ไม่สามารถหมุน เงินได้ทัน เขาก็จะเอาบ้านไปจำนองกับธนาคาร เพื่อนำมาหมุนใช้ก่อน

5.3 ผลกระทบทางด้านสังคม

สิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นจากการเสียชีวิตของภรรยาของ ท7 คือการสูญเสียโอกาสทางสังคมของ ลูกๆ ท7 “ภรรยาที่เสียไป ลูกที่เสียโอกาสหลายด้าน โดยเฉพาะในเรื่องของการศึกษา ภรรยาที่ทำงานเป็นเลขานุการของอธิการบดีของมหาวิทยาลัยเอกชน สิทธิประโยชน์ที่ลูกๆ จะได้รับคือการได้เรียนฟรีในระดับมหาวิทยาลัย ส่วนในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลก็จะได้รับรักษาฟรี สิทธิประโยชน์เหล่านี้หมดไปพร้อมๆ กับการตายของภรรยาที่” (สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

6. ชีวิตในปัจจุบัน

ปัจจุบัน ท7 ดำเนินคดีฟ้องร้องโรงพยาบาลที่ทำการรักษาภรรยาของ ท7 โดยคดีอยู่ในชั้นศาลปกครอง ซึ่ง ท7 ให้เห็นผลของการฟ้องร้องว่า การที่เขาฟ้องร้องไม่ได้ต้องการเงิน แต่ต้องการให้เกิดบรรทัดฐานขึ้นในสังคม โดยเฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน โดย ท7 อยากให้แพทย์ออกมารับผิดชอบต่อความผิดพลาดที่เกิดขึ้นว่า หมอวินิจฉัยผิดพลาด และยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ไม่ยอมรับว่าตนเองผิด มองคนไข้เป็นคนละชั้นชั้นกับหมอ และมองว่าชนชั้นตนเองทำอะไรก็ไม่ผิด “พี่บอกหมอแล้วนะว่า สงสัยภรรยาพี่จะเป็นไข้เลือดออก เพราะแถวบ้านมีคนป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้ว 2 คน แต่คำตอบที่พี่ได้คืออะไรู้ไหม คุณอย่ามาว่าดีกว่าหมอ พี่ก็ไม่ได้รู้ดีกว่าหมอหรอก แต่ในหนังสือมันก็มีให้อ่านว่า คนป่วยนะ ถ้าเป็นไข้ ทานอะไรไม่ได้ พะอืดพะอม เกร็ดเลือดต่ำ ป่วยหลายวันแล้วยังไม่หาย ประกอบกับแถวบ้านมีคนเป็นไข้เลือดออกแล้ว 2 ราย ให้เฝ้าระวังว่าจะจะเป็นไข้เลือดออก ถ้าหมอยอมฟังพี่สักนิดรีบส่งภรรยาไปตรวจเฉพาะโรค ภรรยาผมคงไม่ตาย เพราะไข้เลือดออก ถ้าเราถึงรู้เร็ว เราก็มีสิทธิที่จะรักษาหายได้” (สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

ส่วนเรื่องชีวิตส่วนตัว ท7 พยายามดูแลลูกให้ดีที่สุด ชดเชยในสิ่งที่ลูกๆ ขาด ถึงแม้ว่ามันจะแทนความรู้สึกทั้งหมดไม่ได้และสิ่งที่ ท7 พยายามส่งเสริมให้มากที่สุด คือในเรื่องของการศึกษา และเรื่องของศาสนา โดย ท7 จะสอนให้ลูกๆ ยึดหลักธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ สอนให้ลูกๆ สวดมนต์ ทำจิตใจให้สงบ มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไปในอนาคต

คดีที่ ท8 (อุตรธานี)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท8 และครอบครัวเป็นคนจังหวัดอุตรธานี โดยกำเนิด ท8 เกิดมาในครอบครัวยากจนทำให้ต้องดิ้นรนตั้งแต่เด็ก ท8 และภรรยาแต่งงานกันเมื่อปี 2532 ทั้งคู่มีลูกด้วยกัน 1 คน หลังจากคลอดลูกได้ไม่นานท8 กับภรรยาก็ได้เดินทางเข้ากรุงเทพ เพื่อหางานทำ ทั้งคู่ได้เข้ามาทำงานรับจ้างทั่วไป โดยฝากลูกไว้ให้แม่ของ ท8 เลี้ยงและด้วยความเป็นคนขยันด้วยกันทั้งคู่ หลังจากทำงานได้ไม่นานทั้งคู่พอจะมีเงินเก็บและซื้อบ้านได้เป็นของตนเองหลังแรก จนวันหนึ่งเพื่อนของ ท8 ได้มาชักชวนให้ ท8 เปิดร้านขายอ่างอาบน้ำ ท3 จึงตัดสินใจร่วมหุ้นด้วย ธุรกิจทำท่าจะไปได้ด้วยดีมีรายได้มากพอสมควร ต่อมา ท8 ก็ขยับขยายเปิดเป็นห้างหุ้นส่วนจำกัด รับทำประตูอัลลอยด์ รับติดตั้งประตูรีโมท รายได้ดีมาก แต่ทำอยู่ได้ไม่นานก็มีอันต้องเลิกทำเพราะโดนเพื่อนโกงจนต้องกลับมาอยู่บ้านที่อุตรธานี เพื่อมาเริ่มต้นใหม่ ที่อุตรธานี ท8 และภรรยาได้เริ่มอาชีพใหม่คือ ส่งขนมขาย โดย ท8 ทำหน้าที่ทำขนมส่วนภรรยาเป็นคนส่งตามร้านค้าในหมู่บ้านพอทำให้มีรายได้ไม่มากนัก แต่เหตุการณ์เลวร้ายก็เกิดขึ้นอีกปลายปี 2541 บ้านของ ท8 ถูกไฟไหม้เครื่องมือที่ใช้ทำขนมก็ถูกไฟไหม้ด้วย สุดท้าย ท8 และภรรยาพร้อมกับลูกเหลือเสื้อผ้าคนละชุดเท่านั้น เครื่องมือทำขนม เงินที่เก็บไว้ทำทุนโดนไฟไหม้หมด ทุกอย่างในครอบครัวต้องเริ่มต้นใหม่อีกครั้งหนึ่ง

จนกระทั่งกลางปี พ.ศ. 2542 ท8 และครอบครัวได้ตัดสินใจย้ายมาอยู่ อ.พิบูลย์รักษ์ ซึ่งเป็นบ้านเกิดของ ท8 โดย ท3 ได้เริ่มต้นสร้างชีวิตและครอบครัวใหม่นี้อีกครั้ง อยู่ที่นี้ ท8 และภรรยา ต้องกู้เงินมาทำการค้า โดยเริ่มต้นที่ขายส้มตำก๋วยเตี๋ยวที่บ้านเช่าที่ ท8 และครอบครัวเช่าอยู่ ท8 และภรรยาสู้หาเงินขยันทำงาน จนในที่สุดทั้งคู่ก็สามารถสร้างบ้านได้เป็นของตัวเองอีกครั้งหนึ่ง จนกระทั่งปี พ.ศ. 2543 ทางโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ได้ประกาศรับสมัครพนักงานรักษาความปลอดภัย ในอัตราค่าจ้าง 2,100 บาทต่อเดือน ท8 จึงไปสมัคร และเข้าทำงานที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ส่วนภรรยาก็เลิกขายส้มตำ หันมาทำขนมส่งตามร้านในหมู่บ้าน มีรายได้ดีมากครอบครัวของ ท8 กำลังไปได้ด้วยดี

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ทุกสิ่งอย่างที่กำลังไปได้ด้วยดี ต้องพังลงมาตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2544 เพราะภรรยาของ ท8 เกิดปวดท้องในตอนเย็นวันที่ 14 ธันวาคม 2544 ท8 จึงพาภรรยาไปโรงพยาบาล

แพทย์ตรวจร่างกายของภรรยา ท8 และบอกว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ ต้องผ่าตัด หลังจากนั้นแพทย์ก็ให้นอนดูอาการหนึ่งคืน และจะทำการผ่าตัดในตอนเช้าของวันที่ 15 ธันวาคม 2544 ตอน 9.00 น. โดย ท8 คิดว่าคืนนี้ให้ภรรยาอนดูอาการ ถ้ายังไม่ร้ายแรงมาก ท8 จะพาภรรยาเข้าไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลในตัวจังหวัดดีกว่าเพราะเครื่องมือและอุปกรณ์จะครบกว่า แต่แพทย์บอกว่าจะไปผ่าตัดที่ตัวจังหวัดทำไม “หมอบอกผมเองนะว่า จะเข้าไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลจังหวัดทำไม ผ่าตัดที่นี่ก็มีเครื่องมือเหมือนกับโรงพยาบาลที่จังหวัดเหมือนกัน ผ่าตัดที่นี่จะได้ประหยัดค่าเดินทาง และจะได้ดูแลกันสะดวก” (สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550)

3. ความเสียหายที่ได้รับ

แต่ปรากฏว่าเช้า 15 ธันวาคม 2544 แพทย์ได้พาภรรยาของ ท8 เข้าห้องผ่าตัดโดยในขณะที่แพทย์กำลังฉีดยาบล็อกหลังภรรยา ท8 เพื่อทำการผ่าตัดท8 จึงได้ออกไปรอดูอาการภรรยาข้างนอกหลังจากเวลาผ่านไป 15 นาที แพทย์ได้เรียก ท3 ให้เข้าไปในห้องผ่าตัด ภาพที่ ท8 เห็นภรรยาของ ท8 มีอาการเหม่อลอยชักกระตุกเป็นบางครั้ง จนสุดท้ายภรรยาของ ท8 ได้หมดสติไป แพทย์จึงสั่งให้ออกซิเจน แต่ถึงออกซิเจนไม่มีออกซิเจน ท8 จึงวิ่งไปเอาถังออกซิเจนที่ตึกผู้ป่วยในกลับมาถึงภรรยาของ ท8 หยุดหายใจไปกว่า 20 นาทีแล้ว “ผมตกใจมาก ตอนที่หมอบอกผมว่า ท8 รีบวิ่งไปเอาถังออกซิเจนที่ตึกคนไข้ในให้หน่อย เพราะถังออกซิเจนในห้องผ่าตัดนี้ใช้ไม่ได้ ผมเลยต้องวิ่งไปเอาให้ใช้เวลาก็ประมาณ 20 นาที สมองขาดทั้งเลือดและออกซิเจน เลยเสียหายอย่างถาวรกลายเป็นคนสมองพิการ ผมแปลกใจมากกว่าทำไมก่อนผ่าตัดไม่มีใครเช็คเครื่องมือเลยหรือว่าอันไหนใช้ได้ใช้ไม่ได้ ถึงไม่มีออกซิเจนก็ไม่มีใครรู้” แพทย์และผู้ช่วยได้ช่วยกันปั๊มหัวใจ อยู่เกือบชั่วโมง จึงจะมีชีพจรเต้น จากนั้นทางแพทย์ผ่าตัดได้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ในตัวจังหวัดอุดรธานีหลังจากที่ภรรยาของ ท8 ไปถึงโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลได้นำผู้ป่วยเข้าห้อง ICU โดยภรรยาของ ท3 อยู่ห้อง ICU 10 วัน นอนสลบโดยไม่รู้สึกรู้ตัว จนแพทย์ที่นี้ถาม ท8 “ว่าจะให้ถอดเครื่องช่วยหายใจไหม” ท8 ไม่ยอมให้ถอดเครื่องช่วยหายใจ จนวันรุ่งขึ้นภรรยาของ ท8 เริ่มขยับตัวได้ แต่ยังไม่รู้สึก จนถึงวันที่ 25 ธันวาคม 2544 แพทย์ได้ส่งย้ายผู้ป่วยออกจากห้องไอซียูเพื่อไปพักฟื้นที่ห้องผู้ป่วยใน ภรรยาของ ท8 พักฟื้นที่นี่ประมาณ 10 วัน ท8 จึงพาภรรยากลับไปพักฟื้นที่โรงพยาบาลเดิม เพราะ ท3 ต้องทำงานที่นั่นและยังสะดวกต่อการดูแลภรรยา และผลปรากฏว่าหลังจากที่ภรรยาของ ท8 ฟื้นขึ้นมา ภรรยาของ ท8 ได้กลายเป็นคนปัญญาอ่อนทันที (สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550)

4. ความผิดปกติที่เกิดขึ้น

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถือเป็นเหตุการณ์ที่เลวร้ายที่สุดในชีวิตของ ท8 เพราะภรรยาของเขาต้องกลายเป็นคนพิการจากความไม่เตรียมพร้อมของโรงพยาบาล โดยจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่า แพทย์ได้ฉีดยาชาบล็อกหลังก่อนทำการผ่าตัด เพื่อให้ภรรยาของ ท8 ซาบบริเวณหน้าท้องไปถึงปลายเท้า จึงจะทำการผ่าตัด และเมื่อภรรยาของ ท8 เกิดอาการชา แพทย์จึงทำการผ่าตัดโดยลงมีด โดยในขณะที่ลงมีดภรรยาของ ท8 มีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ แนนหน้าอกหายใจไม่ออก ความดันโลหิตลดลง (ซึ่งตามหลักวิชาทางแพทย์ หมอจะต้องรู้ว่าการให้ยาชาทางน้ำไขสันหลังอาจเกิดผลแทรกซ้อน คือ ความดันโลหิตตกจนวัดไม่ได้ หัวใจหยุดเต้น อาจหยุดหายใจได้ สิ่งที่แพทย์ต้องเตรียมคือ การให้น้ำเกลือล่วงหน้าเร็วๆ เพื่อไม่ให้ความดันโลหิตตก และแพทย์จะต้องมีหน้าที่เตรียมยาแก้ไข้ความดันโลหิตตก ชื่ออีเฟดรีน (ephedrine) ไว้ให้พร้อม เพื่อว่าเวลาคนไข้ความดันโลหิตตกคนไข้จะใช้ได้ทันท่วงที) แต่แพทย์และพยาบาลผู้ทำการรักษาไม่ได้เตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตภรรยาของ ท8 ไว้แต่อย่างใด รวมทั้งไม่ได้เตรียมถังออกซิเจนไว้ให้พร้อมเพียงเพื่อช่วยในการหายใจ โดยเมื่อภรรยาของ ท8 เกิดความดันโลหิตตกแพทย์ได้ให้ ท8 วิ่งไปเอาถังออกซิเจนที่ตึกคนไข้ใน ต้องใช้เวลาไปเอาถังออกซิเจน 20 นาที ส่งผลให้ภรรยาของ ท8 ขาดออกซิเจน หยุดหายใจ ถึงแม้ว่าทางแพทย์ได้ช่วยปั๊มหัวใจภรรยาของ ท8 ให้เต้นขึ้นมา แต่ผลของการขาดออกซิเจน ขาดเลือด ส่งผลให้สมองของภรรยา ท8 ขาดเลือด ขาดออกซิเจน เสียหายถาวร กลายเป็นคนสมองพิการช่วยตัวเองไม่ได้จนถึงปัจจุบันนี้

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้น

5.1 ผลกระทบด้านจิตใจ

สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของ ท8 ส่งผลกระทบกับจิตใจของ ท8 เป็นอย่างมาก เพราะถึงแม้ว่าจะมีเหตุการณ์ที่ร้ายแรง ผ่านเข้ามาในชีวิตของ ท8 มากหรือหนักหนาสักเพียงไหน ท8 ก็สามารถฟันฝ่าเหตุการณ์เหล่านั้นไปได้ เพราะมีภรรยาคู่ทุกข์คู่ยากของเขาอยู่เคียงข้าง แต่ ณ วันนี้ภรรยาที่เคยร่วมชีวิตมาด้วยกัน กลับกลายเป็นคนพิการทำอะไรไม่ได้ ทั้งให้ ท8 ต้องใช้ชีวิตเพียงลำพังพร้อมกับลูกชาย “และสิ่งที่เกิดขึ้นสร้างความสะเทือนใจให้กับลูกของผมมากนะ และยิ่งผมมาติดคุกด้วยแล้วส่งผลต่อลูกโดยตรง เพราะลูกมักจะโดนเพื่อนๆ ในหมู่บ้านล้อเป็นประจำว่ามีแม่พิการแล้วพ่อยังติดคุก ทำให้ลูกผมไม่อยากไปโรงเรียน การเรียนก็ตกต่ำ จนผมต้องย้ายโรงเรียนให้ลูกไปเรียนที่อื่น บุคลิกลูกผมก็เปลี่ยนไปนะ จากเด็กที่พูดคุยสนุกสนานว่าเรื่องต้องกลายเป็น

คนเงียบขรึม ไม่พูดไม่จา มีอะไรก็เก็บไว้ในใจเพียงคนเดียว ไม่มีเพื่อน” (สัมภาษณ์วันที่ 12 สิงหาคม 2550)

5.2 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ

หลังจากที่ภรรยาของ ท8 กลับมาพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเดิม ท8 ต้องคอยดูแลภรรยา ถึงแม้ ท8 จะทำงานอยู่ในโรงพยาบาล แต่ ท8 ก็ต้องขาดงานบ่อยๆ เพื่อมาดูแลภรรยา เพราะภรรยาของ ท8 อยู่ในสภาพช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย “ตอนที่เมียผมรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผมต้องคอยดูแลเมีย ถึงแม้ว่าผมจะทำงานอยู่ในโรงพยาบาล แต่ผมก็ต้องขาดงานบ่อยเพื่อดูแลเขา เพราะเขาอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนมาคอยดูแลเรื่องอาหารการกิน การขับถ่ายของเขา ผมเคยถูกเจ้านายหักเงินเดือนบ่อยก็ครั้งละ 100 บาทบ้าง 200 บาทบ้าง แล้วแต่หยุดมากหยุดน้อย และเรื่องที่เกิดขึ้นที่ผมฟ้องหมอ ผมก็ต้องใจไม่ให้เป็นข่าว แต่ก็เป็นจนได้ ทำให้ผมถูกแกล้งถูกกล่าวหาว่าขโมยทรัพย์สินของทางราชการ ทำให้ต้องติดคุก 3 วัน” ผลที่เกิดขึ้นทำให้เงินที่หามาได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ต้องไปกู้หนี้ยืมสินเพื่อนนำมาใช้จ่ายในครอบครัว นอกจากนี้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับภรรยาของ ท8 เป็นที่รับรู้ไปทั่วเพราะการประโคมข่าวของหนังสือพิมพ์ เป็นผลทำให้ ท3 ถูกกลั่นแกล้งจากหน้าที่การงาน เป็นผลทำให้ติดคุกเป็นเวลา 3 วัน จึงได้ประกันตัว โดย ท8 ต้องหาเงินมาประกันตัวเอง 200,000 บาท (สัมภาษณ์วันที่ 12 สิงหาคม 2550)

6. ชีวิตปัจจุบัน

ปัจจุบันภรรยาของ ท8 กลับมาอยู่ที่บ้านแล้วทุกวันนี้ ท8 เป็นคนหาเลี้ยงคนทั้งครอบครัวทำงานทุกอย่างที่ถูกต้องกฎหมาย เพื่อที่จะได้เงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในบ้าน เพื่อที่จะได้มีเงินมาส่งลูกเรียนสูงๆ แต่ความจำเป็นของครอบครัวบีบบังคับให้ลูกชายต้องหยุดการเรียนไว้ เพราะเมื่อลูกเรียนค่าใช้จ่ายจะเพิ่มสูงขึ้น ส่วนในเรื่องกิจวัตรประจำวันของภรรยา ท8 จะดูแลป้อนข้าวให้ทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน และสิ่งสำคัญคือ ต้องเก็บสิ่งของที่กินแล้วมีอันตรายน่าขยะแขยง น้ำยาล้างจานออกไปช้อน เพราะเวลาไม่มีใครอยู่ภรรยาจะเก็บสิ่งเหล่านี้กิน และถ้าไม่ปิดประตูหน้าต่างให้แน่น ภรรยาของ ท8 จะเดินเรื่อยเปื่อยใครชวนไปไหนก็ไปเสี่ยงต่ออาชญากรรมทางเพศ



ภาพประกอบที่ 31 สภาพภายในบ้าน (ท8)



ภาพประกอบที่ 32 สภาพที่นอน

ณ ปัจจุบัน ท8 กำลังทำเรื่องฟ้องทางโรงพยาบาลเพื่อให้ชดใช้กับความเสียหายที่เกิดขึ้น ทุกครั้ง เวลาขึ้นศาล ท8 จะได้ยื่นคำปฏิเสธรของหมอบอกว่า หมอไม่ผิด ท8 มีคำถามเกิดขึ้นในใจทุกครั้ง ว่าถ้าหมอไม่ผิด แล้วใครผิด “ใครครับที่ทำให้ครอบครัวผมเป็นแบบนี้?” ใครครับที่ทำให้ลูกชายผมโดนล้อว่ามีแม่เป็นคนปัญญาอ่อน? ใครครับที่ทำให้ลูกผมหมดโอกาสที่จะยืมเงินทุนเรียนที่ไม่ มีครอบครัวที่สมบูรณ์? หรือถึงออกซิเจนจะเป็นคนผิดครับ?



ภาพประกอบที่ 33 ครอบครัวแสนอบอุ่น



ภาพประกอบที่34 ภรรยาของ ท8 ในปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคสที่ ๓๑ (กรุงเทพ)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ครอบครัวของ ๓๑ เป็นครอบครัวใหญ่ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตั้งแต่รุ่นปู่ย่าตายาย ๓๑ จึงมีความใกล้ชิดกับญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวมากเป็นพิเศษ เพราะตั้งแต่ตอนเด็กยายของ ๓๑ จะคอยอบรมสั่งสอนหลานๆทุกคน ให้ปฏิบัติตัวเป็นคนดีของสังคม ไม่เบียดเบียนรังแกคนอื่น ๓๑ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและได้งานเป็นอาชีพที่ ๓๑ ใฝ่ฝัน คือ การเป็นนักข่าวอิสระ ๓๑ ได้มีโอกาสไปทำข่าวระดับประเทศที่สำคัญในหลายๆประเทศ ได้พบปะพูดคุยกับชาวต่างชาติ ได้เรียนรู้ถึงขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม รวมทั้งสิทธิและเสรีภาพในการบริการต่างๆที่คนในชาติต่างๆได้รับ ด้วยอาชีพที่ ๓๑ ทำให้ ๓๑ ไม่ได้กลับมาเยี่ยมคนในครอบครัวเท่าไรนัก จะกลับมาก็เพราะต้องทำข่าวที่สำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศเท่านั้น แต่ถึงแม้ว่า ๓๑ จะไม่ได้มาเยี่ยมยายบ่อยนัก แต่ทุกครั้งที่ ๓๑ กลับมาก็จะซื้ออาหารบำรุงกำลังราคาแพง เสื้อผ้า เครื่องใช้ให้ยายอยู่บ่อยครั้ง

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ถึงแม้ว่าร่างกายของยายจะแข็งแรงเพียงใด แต่ด้วยความที่อายุมากก็ไม่อาจที่จะต้านทานวัฏจักรของความเจ็บป่วยไปได้ โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในเดือนตุลาคม ปี 2549 เป็นช่วงที่อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อยเดี๋ยวหนาวเดี๋ยวร้อน ส่งผลให้สภาพร่างกายของยายปรับตัวไม่ทัน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งครั้งล่าสุดมีอาการไอ ๓๑ จึงพยายายไปหาแพทย์เพื่อให้แพทย์ตรวจอาการที่เกิดขึ้น เพราะอาการไอของยายเกิดขึ้นเรื้อรังและไม่ยอมหายเสียที ปรากฏว่าเมื่อไปหาแพทย์ แพทย์ก็ไม่ได้ตรวจอาการอะไร เพียงแต่จ่ายยาแก้ไอให้มาทานที่บ้าน จนกระทั่งยายของ ๓๑ มีอาการไอรุนแรงมากขึ้น ๓๑ จึงพยายายเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในวันที่ 3 ตุลาคม 2549 ซึ่งโรงพยาบาลที่ ๓๑ ตัดสินใจพาเข้าไปรักษาเป็นโรงพยาบาลที่ครอบครัวของ ๓๑ ใช้บริการอยู่ประจำและที่โรงพยาบาลแห่งนี้ ก็มีประวัติการรักษาตัวของยาย ๓๑ พยายายเข้ารับรักษาตัวโดยใช้สิทธิ 30 บาท “โรงพยาบาลนี้ เป็นโรงพยาบาลที่ครอบครัวที่ให้บริการกันทุกคน รักษาหายกันทุกคนนะ” เมื่อแพทย์ตรวจอาการของยายอย่างละเอียดพบว่า ยายของ ๓๑ มีอาการปอดติดเชื้อ แพทย์จึงให้พักรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลโดยในใบเวชระเบียนคนไข้ เขียนไว้อย่างชัดเจนว่า “คนไข้ใส่ฟันปลอม” ซึ่งพยาบาลที่ดูแลอาการของยาย

ยังกำชับกับญาติๆว่า “อย่าให้คนไข้นอนหงาย เดี่ยวพื้นปลอมจะร่วงลงคอ” การเข้ารักษาตัวครั้งนี้ของยายมีลูกหลานดูแลอย่างใกล้ชิดรวมทั้งตัว ท9 ด้วย (สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2550)

โดยในเวลากลางคืนของคืนแรกคือ วันที่ 3 ตุลาคม 2549 ท9 ได้มอบหมายให้หลานสาวซึ่งมีอายุ 16 ปี เป็นคนเฝ้ายาย ซึ่งในตอนแรก ท9 ตั้งใจจะเฝ้ายายเอง แต่เพราะต้องรีบเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด ท9 จึงให้หลานสาวเฝ้าแทน จนกระทั่ง ท9 เดินทางถึงสนามบินเชียงใหม่ได้ไม่นาน ตอนนั้นเป็นเวลา 05.00 น. ของวันที่ 4 ตุลาคม 2549 ก็มีโทรศัพท์จากแม่โทรมาว่าให้มาดูยายด่วนเพราะยายนอนอยู่ห้องไอซียู เมื่อ ท9 มาถึงที่โรงพยาบาลก็ได้รับฟังเรื่องที่เกิดขึ้นดังนี้คือ

ช่วงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดในช่วงเวลา 04.00 น. ซึ่งในขณะนั้นเป็นช่วงที่ยายนอนอยู่บนเตียง โดยทางโรงพยาบาลได้สอดสายยางไว้ที่จมูกคนไข้ เพื่อช่วยให้หายใจได้ดีขึ้น ส่วนเรื่องอาการ คนไข้มีอาการไอเป็นระยะๆ พยาบาลจึงต้องเข้ามาพ่นยาทุกๆ 1 ชั่วโมง หลังจากพ่นยาในช่วง 04.00 น. ได้สักครู่หนึ่งเวลาผ่านไปเกือบ 1 ชั่วโมง ยายของ ท9 มีอาการไอหนักขึ้นเรื่อยๆ จนทำให้พื้นปลอมลงไปติดที่หลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจไม่ออก ลิ้นจุกปาก ตาเหลือก ซึ่งในขณะนั้นหลานสาวที่เฝ้าเฝ้าอยู่เห็นเหตุการณ์พอดีจึงกดออกดเพื่อเรียกพยาบาล กดอยู่ 3 ครั้งเจ้าหน้าที่พยาบาลก็ไม่มา โทรศัพท์หาหลายครั้งก็ไม่มีใครรับสาย หลานสาวของ ท9 จึงตัดสินใจวิ่งออกไปตามเจ้าหน้าที่ซึ่งนั่งอยู่หน้าเคาเตอร์ไม่ไกลออกไปจากห้องผู้ป่วย ปรากฏว่าพอวิ่งไปถึงกลับไม่มีเจ้าหน้าที่อยู่เลย หลานสาวของ ท9 จึงวิ่งกลับมาแจ้งหวัเห็นพยาบาลเดินมาอีกทางหนึ่ง จึงรีบแจ้งให้พยาบาลทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับยายของตน

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าแพทย์จะสามารถปั๊มหัวใจให้ยายกลับมาหายใจได้อีกครั้งแต่การที่พื้นปลอมหล่นลงไปติดหลอดลมทำให้ยายของท9 ต้องกลายเป็นเจ้าหญิงนิทรา เพราะขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในช่วงที่พื้นปลอมติดหลอดลม ยายของ ท9 ไม่ฟื้นขึ้นอีกเลย นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมายายของ ท9 นอนเป็นเจ้าหญิงนิทราอยู่ 1 เดือน ในตอนแรกแพทย์ทางโรงพยาบาลได้ออกมารับผิดชอบในเรื่องที่เกิดขึ้น โดยรับรองกับครอบครัวของ ท9 ว่า จะดูแลคนไข้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่าอาการของยายจะเป็นอย่างนี้ตลอดไปครอบครัวของ ท9 ดีใจมากที่ทางโรงพยาบาลออกมารับผิดชอบในเรื่องที่เกิดขึ้น จึงตกลงกันโดยไม่มีลายลักษณ์อักษรเพราะไว้วางใจ แต่ปรากฏว่าถึงช่วงที่จะต้องชดเชยค่าเสียหายจริงๆทางโรงพยาบาลกลับออกมาปิดความรับผิดชอบ โดยบอกกับทางครอบครัวของ ท9 ว่าถ้าต้องการให้ทางโรงพยาบาลรับผิดชอบทางครอบครัวของ ท9 ต้องไปฟ้องร้องเอง หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลได้ย้ายคนไข้ออกจากห้อง

ไอซึยู (ทั้งๆที่อาการของคนไข้ยังไม่ดีขึ้นเลย) มาอยู่ห้องพัสดุ ทำให้ยายของ ท9 เกิดสภาวะติดเชื้อ เป็นเริ่มที่ตา เกิดแผลกดทับขนาดใหญ่ที่หลัง จนกระทั่งมีอาการแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นตามมาอีกมากมาย ส่งผลทำให้ยายของ ท9 เสียชีวิตลงในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2550

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

ความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของ ท9 เป็นความสูญเสียที่โหดร้ายที่สุดในชีวิตทุกคนที่อยู่ในครอบครัว เพราะถ้าเปรียบไปแล้ว ยายของ ท9 เปรียบเสมือนร่มโพธิ์ร่มไทรของคนในบ้านเป็นที่รักของหลานๆและเป็นศูนย์กลางของสมาชิกในครอบครัว แต่สิ่งที่เกิดขึ้น ท9 ไม่คาดคิดว่าเรื่องดังกล่าวจะเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองรับจากมาตรฐานสากล 9002 โดยความผิดพลาดปรากฏในหลายจุดดังต่อไปนี้

1. เรื่องของพันปลอม โดยปกติแล้วถ้าผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ต้องตรวจเช็คประวัติของผู้ป่วยให้เรียบร้อยเสียก่อนว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยาอะไร การทำฟันหรือใส่ฟันปลอมหรือไม่ทุกอย่างล้วนปรากฏอยู่ในเวชระเบียนทั้งสิ้นถ้าเจ้าหน้าที่พยาบาลใส่ใจข้อมูลคนไข้ ในเคสของ ท9 ก็ควรจะแนะนำให้ญาติถอดฟันปลอมผู้ป่วยออก โดยเฉพาะถ้าพยาบาลรู้ว่าผู้ป่วยใส่ฟันปลอมร่วมกับมีอาการไออย่างรุนแรงอีกทั้งผู้ป่วยยังสอดสายยางทางจมูกเพื่อช่วยหายใจ ย่อมมีความเสี่ยงต่อการที่ฟันปลอมจะหลุดลงคอมากที่สุด

2. ในระดับของโรงพยาบาลเอกชนที่มีการรับรองมาตรฐานสากล 9002 ย่อมแสดงถึงประสิทธิภาพและคุณภาพในการบริการของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี แต่เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการกวดออก การโทรศัพท์เรียกเจ้าหน้าที่หลายครั้ง แต่ปรากฏว่าไม่มีเจ้าหน้าที่มาเลยสักคน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความบกพร่องของระบบการทำงานในโรงพยาบาล “ตอนที่ฟันปลอมของยายลงไปติดที่คอ หลานพี่กวดออกเรียกรถพยาบาลหลายครั้ง โทรศัพท์ก็หลายครั้ง แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่มาเลยสักคน ทำให้กว่าจะได้ช่วยยายพี่ก็กินเวลาไปหลายนาที ทางโรงพยาบาลจะมาอ้างว่า เป็นช่วงจังหวะของการเปลี่ยนเวรพอดี เลยทำให้ไม่มีพยาบาลอยู่ประจำที่หน้าเคาเตอร์ที่ว่ามีมันฝรั่งไม่ขึ้นนะ เพราะว่าสถานที่ที่เรียกว่าโรงพยาบาล ซึ่งดูแลในเรื่องของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นประจำ ซึ่งถือว่าเป็นสถานที่ที่จะต้องเสี่ยงกับสภาวะที่ฉุกเฉินและย่อมสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเหล่านี้มันเป็นที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องเตรียมความพร้อม กับสภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเสมอๆ” (สัมภาษณ์วันที่ 5 เมษายน 2550)

5. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

5.1 ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

การเจ็บป่วยของยายครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะใช้สิทธิ 30 บาทเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไม่มาก แต่ทุกคนในครอบครัวก็พร้อมที่จะหยุดงานเพื่อที่จะเฝ้าไข้ยายอย่างใกล้ชิด ทำให้ในช่วงนี้ทุกคนในครอบครัวต้องหยุดงานบ่อยๆ

5.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

สิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของ ท9 นับว่าสร้างความเสียใจให้กับคนในครอบครัวอย่างยิ่ง เพราะต้องสูญเสียเสาหลักที่เป็นศูนย์รวมทางจิตใจของคนทั้งครอบครัว “คิดดูนะ ยายพี่ถือเป็นต้นแบบของครอบครัวให้กับทุกคนในบ้าน และเป็นผู้หญิงที่เสียสละ พี่เป็นตัวเป็นตนมาได้ทุกวันนี้ก็เพราะยายพี่ วันนี้ไม่มียายเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้กับครอบครัว คนในครอบครัวก็เหมือนไม่มีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ” โดยยายของ ท9 มีลูก 1 คน ซึ่งเกิดกับสามีคนแรก 4 คน หลังจากนั้นสามีคนแรกเสียชีวิต ยายของ ท9 มีลูกกับสามีคนที่ 2 อีก 6 คน โดยทั้งคู่เป็นคนกรุงเทพฯ มีอาชีพเป็นครูสอนหนังสือ สมัยก่อนหลังจากสอนหนังสือเสร็จยายของ ท9 จะกลับมาทำ กวยจั๊บขาย เพื่อหารายได้เพิ่มส่งเสียให้ลูกๆ ได้เรียนหนังสือ (สัมภาษณ์วันที่ 5 เมษายน 2550)

5.3 ผลกระทบด้านสังคม

เรื่องที่เกิดขึ้นกับยายของ ท9 กลายเป็นข่าวใหญ่ในหนังสือพิมพ์อยู่หลายวัน เพราะ ท9 ต้องการตีแม่เรื่องราวทั้งหมดให้สังคมได้รับรู้และเป็นผู้ตัดสิน ในตอนแรกที่เป็นข่าวมีทั้งคนให้กำลังใจและคนที่ติเตียน โดยเฉพาะคนที่ติเตียนมักจะมองในแง่ลบว่า ท9 ออกมาเรียกร้องเพื่อต้องการเงิน แต่สิ่งที่ ท9 ย้ำกับสังคมอยู่เสมอว่าการออกมาเรียกร้องของ ท9 นั้นต้องการสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้สังคม ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การที่ทางโรงพยาบาลผิดสัญญา ซึ่งในตอนที่เกิดเรื่องขึ้นใหม่ๆ ทางโรงพยาบาลออกมารับผิดชอบทุกอย่าง แต่พอเอาเข้าจริงๆ ทางโรงพยาบาลกับปฏิเสธหน้าตาเฉยว่า “ถ้าอยากได้ให้ฟ้องเอาเอง” สิ่งที่เป็นคำถามก็คือ ความรับผิดชอบทางสังคมมีไว้ทำไม

2. เรื่องของระบบบริการที่บกพร่อง (Miss management organizing) ท9 เข้าใจว่าทุกองค์กรมีความไม่สมบูรณ์ การเปลี่ยนแปลงของเจ้าหน้าที่ไม่ใช่ข้ออ้างของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น แต่องค์กรต้องแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ใช่ให้ประชาชนผู้ใช้บริการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น ทุกที่มีข้อจำกัด แต่เราทุกคนต้องมีความสามารถในการทำอะไรให้ดีที่สุด

3. มาตรฐานและจริยธรรมผู้ประกอบการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจการดูแลชีวิต ที่ต้องใช้จิตวิญญาณในการดูแลที่ไม่ได้สนใจเพียงตัวเงินเพียงอย่างเดียวโดยไม่สนใจค่าของชีวิตคน(มะเร็งในวิญญาณ)

6. ชีวิตปัจจุบัน

ปัจจุบัน ท9 และครอบครัวคลายความโศกเศร้าเสียใจจากการเสียชีวิตที่เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรของครอบครัวไป ท9 ยังเดินทางไปทำงานในสถานที่ต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ แต่สิ่งหนึ่งที่ ท9 พยายามที่จะทำเพื่อไม่ให้เกิดการเสียชีวิตของยายเป็นไปอย่างสูญเปล่า ก็คือ การพยายามบอกเล่าในสิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของตนเองให้สาธารณชนได้รับรู้ เพื่อที่จะได้รู้เท่าทันต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและถือเป็นอุทาหรณ์ให้กับทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการได้ตระหนักถึงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทางด้านการแพทย์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คดีที่ ท10 (กรุงเทพ)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ท 10 เป็นชายโสดโดยกำเนิด เธอก็เหมือนกับเด็กบ้านนอกทั่วไปที่ต้องการแสวงหาความก้าวหน้าในชีวิต เนื่องจากเด็กสาวที่นี้ถ้าไม่เข้าไปทำงานในตัวเมืองหรือเข้าไปทำงานที่กรุงเทพฯ อยู่ที่บ้านก็จะไม่มีอะไรทำ ทำให้เมื่อเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ท10 จึงตัดสินใจเข้ามาทำงานในกรุงเทพฯ เข้ากรุงเทพฯ ครั้งแรกปี 2537 ท10 ก็เหมือนเด็กสาวทั่วไปที่มีระดับการศึกษาเดียวกัน คือ การเริ่มเข้าทำงานในโรงงานก่อน โดยทำงานได้วันละ 80 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนก็ตกราวๆ สองพันกว่าบาท สมัยนั้นค่าเช่าห้องและค่ากินก็ตกเดือนละไม่เท่าไร ทำให้ ท10 พอมีเงินเก็บส่งให้พ่อแม่ที่บ้านได้บ้าง

2. ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

หลังจากทำงานโรงงานอยู่ได้ 2-3 ปี ท10 ก็ได้พบกับสามีคนปัจจุบันทั้งคู่เลยตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน และมีบุตรชายด้วยกัน 3 คน โดยคนแรกอายุ 13 ปี คนที่สองอายุ 6 ปี ส่วนคนสุดท้าย ท10 ตั้งครรภ์ในปี 2547 และมีกำหนดคลอดในวันที่ 9 มีนาคม 2548 โดย ท10 ได้ฝากท้องที่ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง โดยใช้บัตรประกันสุขภาพ 30 บาทและใช้วิธีการคลอดแบบธรรมชาติ ระหว่างที่ ท10 ตั้งครรภ์ ท10 ได้ไปตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอ โดยน้ำหนักตัวของ ท10 เพิ่มขึ้นจาก 56 กิโลกรัม เป็น 83 กิโลกรัม ในเดือนสุดท้าย โดยเธอไม่ลืมที่จะถามหมอว่า “น้ำหนักหนูขึ้นขนาดนี้หนูคลอดเองได้หรือ” ซึ่งหมอก็ตอบว่า “น่าจะได้เพราะท้องคนที่ 2 ก็ตั้ง 3700 กรัม คงไม่มีปัญหาในการคลอดแบบธรรมชาติ” ซึ่งจากประสบการณ์การมีลูกมาแล้ว 2 คน ท10 สามารถคาดคะเนได้ว่าลูกของเธอคงมีน้ำหนักตัวมากกว่าลูกชายที่คลอดก่อนทั้ง 2 คน

(สัมภาษณ์วันที่ 26 เมษายน 2550)

ไม่นานวันที่ ท10 รอคอยก็มาถึง วันที่ 9 มีนาคม 2548 ท10 เจ็บท้องตอน 9.00 น. สามีจึงพาตัวเธอส่งโรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ไว้ ผดุงครรภ์ได้พาตัว ท10 เข้าไปในห้องทำคลอด และบอกกับ ท10 ว่า “ท้องใหญ่มาก ไม่ต้องเบ่ง เดี่ยวรอหมอมาก่อน เพื่อได้ผ่าคลอด” หลังจากนั้นไม่นานหมอก็มาถึงและก็สั่งให้ผดุงครรภ์ทำความสะอาด ช่างฉีดยาทำความสะอาดนั้น หัวเด็กได้โผล่ออกมาทางช่องคลอด ท10 รู้สึกตันช่องคลอดเป็นอย่างมาก เพราะไม่มีช่องลมทำให้ไม่สามารถเบ่งเด็กออกมาได้ ลองเอาเครื่องดูดมาดูดตัวเด็กก็ไม่ยอมออกมา หมอจึงสั่งให้ผดุงครรภ์จับขา ท10 ข้างละ 2 คน ฉีกขาให้กว้างที่สุด แล้วใช้มือดึงไม่นานเด็กก็ออกมา โดยหมอบอกกับ ท10 ว่า

“ดีแล้วที่ไม่ตาย เหตุการณ์มันวิกฤติเกินไป” หลังจากนั้น ท10 ก็ไม่สามารถยับยั้งไข้ได้เลยบอกกับหมอว่า “หมอขาหนูไม่รู้สิอะไร” หมอจึงสั่งให้พยาบาลยกเครื่องเอกซเรย์จากชั้น 3 มาที่ชั้น 1 เพื่อมาเอกซเรย์ขาของ ท10 หลังจากเอกซเรย์แล้วปรากฏว่า เgingรานของ ท10 หลุดจากสะโพกข้างละ 1 นิ้ว โดยหมอยืนยันกับ ท10 ว่าถ้าตามเหล็กที่ขาแล้วขาทั้งสองข้างของ ท10 ก็สามารถเดินได้

หลังจากออกจากห้องคลอดได้ไม่นาน หมอก็เดินมาบอกกับ ท10 ว่า“หลังจากเช็คดูอาการของน้องแล้ว ปรากฏว่า “แขนข้างขวาของน้องเขามีปัญหาอะ” ส่วนจะมีปัญหาแค่ไหนก็ต้องลองดูอาการดูก่อนว่าเขาจะดีขึ้นแบบไหน ท10 จึงบอกหมอลกลับไปว่า “ถ้าหมอรักษาหายก็ไม่เป็นไร” ท10 ใช้เวลาพักฟื้นที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน จึงกลับมาพักฟื้นที่บ้าน ส่วนอาการของน้องหมอบอกว่า “เด็กที่คลอดออกมาแล้ว เgingรานติดก็เป็นอย่างนี้แหละ แขนจะไม่มีแรง สักพักเด็กก็จะมีพัฒนาการเป็นปกติ” หมอจึงสั่งให้วิตามินบี3 กับน้องเพื่อช่วยให้แขนแข็งแรงขึ้น โดยบอกกับแม่ว่าให้พาน้องมาเช็คทุกเดือน หลังจากกลับไปพักฟื้นอยู่ที่บ้าน ท10 ก็พาลูกชายมาเช็คทุกเดือน โดยทุกครั้งหมอก็จะให้วิตามินบี 3 เพื่อกลับไปกินที่บ้าน โดยไม่ได้ทำกายภาพบำบัดใดๆ

3. ความเสียหายที่เกิดขึ้น

เวลาผ่านไป 6 เดือน อาการของลูกชายก็ยังไม่ดีขึ้นทางโรงพยาบาลจึงให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางเส้นประสาทมาดู โดยหมอบอกว่า “สงสัยต้องผ่าเพราะเด็กไม่ขยับเลย” ทางโรงพยาบาลจึงส่งตัวลูกชายของ ท10 ไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่ง เมื่อไปถึงลูกชายของ ท10 ต้องรอผ่าตัดอีกนานถึง 8 เดือน และแล้ววันที่ ท10 รอคอยก็มาถึง หลังจากที่ลูกชายของ ท10 เข้าผ่าตัดหมอก็ออกมาบอกว่า “ต้องทำใจนะว่าแขนลูกต้องพิการแน่ จากการผ่าดูแล้วเส้นประสาทขาดออกจากกันและหดตัวทำให้ไม่สามารถดึงกลับมาเชื่อมต่อกันได้ ซึ่งถ้าเข้ามารักษาเร็วกว่านี้ ประมาณ 6 เดือน ลูกชายอาจจะมีสิทธิ์หายได้” ท10 จึงเสียใจมากและไม่เข้าใจว่าทำไมทางโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นจึงไม่รีบส่งตัวลูกชายเธอมาตัดให้เร็วกว่านี้

(สัมภาษณ์วันที่ 26 เมษายน 2550)



ภาพประกอบที่ 35 เส้นเอ็นขาด (รอยแผลผ่าตัด)

4. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

1. การมองในเรื่องธุรกิจมากกว่าด้านคุณธรรมเรื่องที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่า ท10 พยายามที่จะถามความคิดเห็นของหมอแล้ว ในเรื่องของการคลอดว่า เธอจะสามารถคลอดได้เองหรือไม่ หมอยังคงยืนยันว่า 10 สามารถคลอดได้เอง ทั้งๆที่น้ำหนักตัวของ ท10 ขึ้น 27 กิโลกรัม และตารางการวัดค่าน้ำหนักตัวของเด็กก็แสดงอย่างชัดเจนแล้วว่า ถ้าแม่เด็กน้ำหนักตัวขึ้น 27 กิโลกรัม น้ำหนักตัวของเด็กต้องเกิน 4,000 กิโลกรัมอย่างแน่นอน “พี่เคยถามหมอนะ ว่าหมอปอจะประมาณออกซิไหมว่าน้ำหนักพี่ขึ้นเกือบ 30 กิโลกรัม เด็กน่าจะมีน้ำหนักเท่าไร หมอก็บอกพี่ว่าเห็นท้องที่สองของพี่เคยคลอด 3,700 กรัม ท้องนี้ก็น่าจะคลอดได้ เพราะเด็กน่าจะ 4,000 กรัม พี่ก็เลยบอกหมอว่าเด็ก 4,000 กรัม ไม่มีที่ไหนเขาให้คลอดเองหรอก และอีกอย่างลูกพี่น้ำหนัก 5,400 กรัม ตอนหัวออกมาอะ ลมเบ่งไม่มีเลย เพราะมันตันไปหมด หมอก็ไม่ยอมพาไปผ่าตัด”

(สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

2. น้ำหนักตัวเด็กถึง 4,000 กิโลกรัม ไม่ควรปล่อยให้แม่เด็กคลอดเองเพราะจะเป็นอันตรายทั้งแม่และเด็ก

5.ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว

5.1ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับลูกชายของ ท10 ถึงแม้ในระยะสั้นยังไม่เห็นถึงผลกระทบมากนัก เพราะยังอยู่ในวัยเด็กค่าใช้จ่ายและค่าเลี้ยงดูยังไม่มากเท่าไร จะเสียมากหน่อยก็ในช่วงแรกๆ ที่ออกจากโรงพยาบาลใหม่ๆ ตอนนั้น ท10 ยังไม่เดินไม่ได้ทำให้ไม่สามารถออกไปทำงานข้างนอกบ้านได้ ประกอบกับสามีก็ต้องหยุดทำงานเพื่อช่วยดูแลลูก ทั้งคู่จึงต้องยืมเงินเพื่อนบ้านมาใช้ในครอบครัวประมาณ 3 เดือน มีหนี้ที่ยืมมาจากเพื่อนบ้านประมาณ 30,000 บาท อีกทั้งในช่วง 6 เดือนแรกก็ต้องจ้างคนมาดูแลลูกชายด้วยค่าจ้างที่จ่ายพิเศษกว่าการดูแลเด็กคนอื่นๆ เพราะลูกชายไม่สามารถขยับแขนขาได้ทำให้เวลาวิ่งหรือเดินเร็ว ร่างกายไม่มีจุดสมดุลจึงเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ดังนั้นพี่เลี้ยงจึงต้องดูแลเป็นพิเศษ ยังไม่นับรวมค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางพาลูกชายไปหาหมอในทุกๆเดือน เงินที่หามาได้ก็แทบไม่มีเหลือเก็บ

5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

สิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกชาย ท10 คิดอยู่เสมอว่าส่วนหนึ่งเป็นความผิดของ ท10 ด้วยเพราะด้วยความเชื่อถือในระบบบริการของรัฐทำให้ ท10 ใ้วางใจที่จะคลอดโดยใช้บัตร 30 บาท ซึ่งในตอนแรก ท10 มีเงินเก็บอยู่ก้อนหนึ่งที่สามารถจะใช้เพื่อฝากครรภ์พิเศษได้ แต่ด้วยความคิดว่าจะเก็บเงินก้อนนี้เอาไว้เลี้ยงดูลูกตอนคลอดใหม่ๆ ท10 จึงตัดสินใจคลอดโดยใช้บัตร 30 บาท และสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกเป็นสิ่งที่ย้ำเตือน ท10 อยู่เสมอว่า เป็นสิ่งที่แม่ทำผิดต่อลูก “พี่ไม่อยากดูเขา มาก ดูแล้วก็ร้องไห้ เห็นมันใช้มือเดียวขีดน้ำตา บางทีขีดไม่ทันแทบจะยกเท้าขึ้นมาขีด เห็นแล้วก็สงสาร” (สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

5.3 ผลกระทบด้านสังคม

ในวันนี้ลูกชายของ ท10 มีอายุได้ 2 ขวบแล้วแต่สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ ยังพูดไม่ได้ได้แต่ส่งเสียงร้องอ้อ..อ้อ ส่วนหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้พัฒนาการพูดของเด็กช้า ท10 คิดว่าสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก - การที่ลูกชายของ ท10 มักจะโดนเพื่อนละแวกบ้านแก้งเสมอเพราะลูกชายไม่สามารถวิ่งตามเพื่อนได้ทัน ทำให้ลูกชายมักจะไม่ค่อยออกไปข้างนอกพบปะกับคนอื่นเท่าไรนัก ส่วนเรื่องอนาคต ท10 ก็ไม่หวังอะไรมาก “ไม่รู้ว่าจะโตขึ้นมีแขนเดียว ลูกพี่จะไปทำงานที่ไหนได้บ้าง เขาก็ต้องเลือกรับคนปกติมากกว่าคนพิการอยู่แล้ว” (สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

6.ชีวิตปัจจุบัน

ปัจจุบัน ท10 อาศัยอยู่กับสามีและลูกชายทั้ง 3 คน โดยเธอลาออกจากการทำงาน โรงงานมาขับรถยนต์ขนมครบตามหมู่บ้านละแวกบ้าน รายได้ก็พอใช้เลี้ยงครอบครัวไปวันๆหนึ่ง ทุกวันนี้สิ่งที่ ท10 รอคอยคือ การชนะคดีที่ ท10 ได้ฟ้องร้องกับทางโรงพยาบาลให้ออกมารับผิดชอบ ในสิ่งที่เกิดกับลูกชายของ ท10 ท10หวังว่าจะมีเงินเก็บตัวไว้สักก้อนหนึ่งเพื่อไว้รักษาลูกชายในอนาคตในเวลาที่วงการการแพทย์ก้าวหน้ามากกว่านี้ หรือถ้ารักษาไม่หายเงินก้อนนี้ก็เก็บไว้เป็นทุนสำหรับลูกชายเพื่อเก็บไว้เป็นทุนสำหรับชีวิตในอนาคต เพราะสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกชายของ ท10 คิดว่าทางโรงพยาบาลต้องออกมารับผิดชอบด้วยส่วนหนึ่ง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในบทที่ 5 เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเด็น

5.1 ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) กับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย

5.2 กระบวนการครอบงำของการแพทย์ (Medicalization)

5.2.1 วาทกรรมทางการแพทย์กับสังคมไทย

5.3 ความเสี่ยงกับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย

5.3.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในการแพทย์สมัยใหม่

5.3.1.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในตัวผู้เชี่ยวชาญ

5.3.1.2 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์

5.3.2 ความเสี่ยงที่เกิดกับคนไข้ที่ใช้บริการทางการแพทย์

ซึ่งภายในบทนี้จะอธิบายเรียงลำดับในแต่ละประเด็น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) กับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย

ความเจ็บป่วยถือเป็นประสบการณ์พื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ที่ไม่ว่าจะอยู่ในระบบวัฒนธรรมใดต่างก็หลีกเลี่ยงไม่พ้นและภายใต้วัฒนธรรมที่หลากหลาย ทำให้มนุษย์ตีความให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนอย่างหลากหลายเช่นเดียวกันความคิด ความหมายที่มนุษย์ให้ต่อความเจ็บป่วยของตนเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงประสบการณ์ที่มีความเฉพาะของแต่ละบุคคล และเป็นวิถีทางที่มนุษย์แต่ละคนพยายามที่จะทำความเข้าใจกับความทุกข์ทรมานของตนเอง เปรียบเทียบกับมนุษย์ในสังคมไทยสมัยใหม่ ที่ล้วนแล้วแต่มีชีวิตที่ตกอยู่ภายใต้การครอบงำของวิถีคิดแบบเป็นเหตุเป็นผลของวิทยาศาสตร์สมัยใหม่ ที่ได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังจนสามารถลงหลักปักฐานได้อย่างมั่นคงตั้งแต่นั้น ศตวรรษที่ 18 และพัฒนาตัวเองจนกลายเป็นแม่แบบและองค์ความรู้และวิถีคิดในด้านอื่นเกือบทุกด้าน ไม่เว้นแม้แต่ด้านการแพทย์

การแพทย์สมัยใหม่หรือการแพทย์แบบชีวภาพ ก็เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์ที่เข้ามาครอบงำกำหนดมุมมองของผู้คนในสังคมไทยที่มีต่อโลก ชีวิต และความเจ็บไข้ได้ป่วยให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันเพราะผู้คนในปัจจุบันถูกกระแสของกระบวนการทำให้เป็นสมัยใหม่ (Modernization) ที่

มอญในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกรวบรัด ให้อยู่แต่เฉพาะกรอบวาทกรรมทางวิทยาศาสตร์ (Turner, 2000: 9-10) เพราะพวกเขาถูกทำให้เชื่อมั่นว่า การแพทย์สมัยใหม่จะทำให้ชีวิตพวกเขาหายจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ได้ โดยผ่านในรูปแบบต่างๆ เหล่านี้

5.1.1 รูปแบบการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์

ผลจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ในสังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการพัฒนายาและเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้คนในสังคมไทยรอดพ้นจากความเจ็บป่วย และความตายมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ยิ่งสร้างความเชื่อมั่นให้กับคนในสังคมว่า ความรู้ทางการแพทย์ที่มีวิทยาศาสตร์เป็นแกนกลางบวกกับองค์ความรู้ของเทคโนโลยีที่ทันสมัย สามารถสร้างความมั่นใจให้กับระบบบริการทางการแพทย์ในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี

ดังผลจากการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทางการแพทย์สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“พี่กับสามีก็พอจะมีเงินอยู่บ้าง ตอนที่ท้องครั้งแรก ตั้งใจจะไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง แต่พอคิดไปคิดมา เราก็พอมีเงินอยู่บ้านท้องนี้เป็นท้องแรก เลยตัดสินใจไปฝากพิเศษกับโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ซึ่งตอนนั้นโรงพยาบาลแห่งนี้ถือว่าเป็นโรงพยาบาลอันดับหนึ่งของประเทศไทย เครื่องไม้เครื่องมือก็ทันสมัยที่สุด พี่กับลูกคงจะปลอดภัย” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

“ก็สะดวกดีนะ ฝากครรภ์ที่คลินิกอยู่ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทางไปถึงโรงพยาบาล ก็ได้รับการบริการเหมือนอยู่โรงพยาบาลเพราะคลินิกอยู่ในเครือของโรงพยาบาลแห่งนี้ และมีการส่งข้อมูลถึงกันตลอด” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน 2550)

“หมอบอกพี่เองนะว่าจะเข้าไปฝากตัดที่โรงพยาบาลจังหวัดท่าไม้ ฝากตัดที่นี่ก็มีเครื่องมือเหมือนกับโรงพยาบาลที่จังหวัดเหมือนกัน ฝากที่นี่จะได้ประหยัดค่าเดินทาง และจะได้ดูแลกันสะดวก” (ท8)

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550)

5.1.2 รูปแบบของการเป็นธุรกิจทางการแพทย์

สภาพสังคมไทยสมัยใหม่ นอกจากจะมีการพัฒนากระแสวัฒนธรรมวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ กระแสวัฒนธรรมอุตสาหกรรม และสิ่งที่ตามมาที่เกี่ยวข้องกันนั้นก็คือ กระแสวัฒนธรรมธุรกิจทางการแพทย์ (พระธรรมปิฎก, 2538 : 23) ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบประชาธิปไตย ที่เปิดโอกาสให้ลัทธิทุนนิยมเติบโตอย่างเต็มที่ ซึ่งผ่านรูปแบบของระบบการแข่งขันกำหนดผลประโยชน์ในเรื่องทางเศรษฐกิจ พร้อมกันนั้นอีกด้านหนึ่งก็คือ การเกิดขึ้นของค่านิยมทางสังคมที่มาสนองและมาเป็นปัจจัยหนุนเศรษฐกิจแบบทุนนิยมนั่นคือ บริโภคนิยม โดยมีสัญลักษณ์ที่ใช้เป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยน คือ เงิน ซึ่งทัศนคติแบบธุรกิจที่เกิดขึ้นในทางการแพทย์สมัยใหม่คือ หมอเวลาเห็นคนไข้ก็มองเป็นลูกค้า เป็นผู้รับบริการ ส่วนคนไข้ก็จะมองหมอเป็นผู้ให้บริการเหมือนธุรกิจการค้าทั่วไปว่า ยิ่งจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการสูงเท่าไร ผลตอบแทนที่คนไข้จะได้รับย่อมดีตามจำนวนเงินที่พวกเขาสูญเสียไปและยิ่งเชื่อมั่นและมั่นใจในบริการที่ได้รับการขึ้นเท่านั้น ดังคำสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

“ที่ตัดสินใจกับสามีว่า ผ่านองเลยดีกว่า ถึงจะแพงแต่ก็ยังดีกว่าที่เราไปโรงพยาบาลของรัฐ เพราะหมอก็บอกกับพี่ว่า ถ้าไปโรงพยาบาลของรัฐ ก็ไม่แน่ใจว่าพี่จะได้ผ่าตัดเลยหรือเปล่า ถ้าเข้าไปกว่านั้นพี่ก็กลัวเป็นอันตราย ผ่าที่นี้ถึงจะแพง แต่ถ้าเราจ่ายแพงเขาน่าจะทำให้เราดี” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 9 เมษายน 2550)

“โรงพยาบาลนี้ ถือเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ดีที่สุดที่เชียงใหม่ก็ว่าได้ ถึงแม้ว่าค่ารักษาจะแพงหน่อย แต่ถ้ารักษาหาย ผมก็ถือว่า O.K. นะ” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 21 กรกฎาคม 2550)

5.1.3 รูปแบบของความเป็นสัญลักษณ์ทางการแพทย์

สังคมสมัยใหม่ มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น เพราะความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้ความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งแต่ก่อนในสังคมแบบเก่า (Traditional societies) ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่จะทำงานพื้นฐานของการเห็นหน้าค่าตากันในสังคมปัจจุบัน เมื่อสังคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ชีวิตทางสังคมส่วนใหญ่ก็จะถูกทำให้เป็นสถาบันมากยิ่งขึ้นและรวมศูนย์มากยิ่งขึ้น ดังนั้นความเป็นสถาบันจึงต้องแสดงสัญลักษณ์ทางสถาบันขึ้นมา เพื่อแสดงถึงความชำนาญเฉพาะด้าน โดยในระบบการแพทย์นั้นเป็นระบบวัฒนธรรมอย่างหนึ่ง ซึ่งมีสัญลักษณ์ความหมายและตรรกะในตัวมันเอง ซึ่งวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ได้สร้าง“แบบจำลองคำอธิบาย”

(Explanatory Model) (EM) ซึ่งเป็นแนวทางในการค้นหามุมมองเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ เพื่อสร้างสัญลักษณ์และใช้ในการให้ความหมายและเยี่ยมวาระรักษาคนไข้ (Kleinman, 1978 : 251-258) โดยองค์ประกอบพื้นฐานของ EM มีอยู่ 5 ประการคือ

- 1) สาเหตุของโรคเกิดจากอะไร
- 2) ระยะเวลาที่อาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น
- 3) ลักษณะอาการของโรค
- 4) ความรุนแรงของโรค
- 5) การรักษาที่เหมาะสม

ขั้นตอนเหล่านี้ หมอใช้ EM ของตัวเองในการอธิบายความป่วยไข้ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่ทางเลือกหลายๆ ทางในการรักษาเยียวยา ทำให้ผู้ป่วยมั่นใจได้ว่าไม่ว่าเขาคนไหนจะเป็นใครทุกคนจะต้องผ่านกระบวนการรักษาแบบนี้ ซึ่งเชื่อว่าอาการป่วยไข้เกิดจากสาเหตุเดียวหรือเชื้อโรคแต่ละตัว และมีความหมายตายตัว ซึ่งเป็นไปตามหลักตรรกะทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ร่ำเรียนมา และที่สำคัญ EM จะหลอมรวมคนไข้ให้เชื่อมั่นกับการแพทย์ของหมอที่ตนเองยึดถือมา ดังนั้นความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกิดขึ้น จะทำให้คนในสังคมจึงเชื่อมั่นในความเป็นสัญลักษณ์ทางวิทยาศาสตร์ของสถาบันการแพทย์ที่เกิดขึ้น การปรึกษาหรือไต่ถามในเรื่องของอาการก็ไม่จำเป็นต้องมาพบปะพูดคุยกันโดยตรง แต่ก็สามารถสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยได้ ดังคำสัมภาษณ์ดังนี้

“พี่โทรถามคุณหมอแล้วนะตลอดระยะเวลา 4 วันที่อยู่บ้าน ลูกพี่ร้องไห้จนทั้งคืน พี่เลยโทรถามคุณหมอ แต่หมอบอกว่าไม่เป็นไร เด็กร้องเพราะเป็นโคลิค พี่เลยสบายใจ” (ท 1)

(สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

“พี่ถึงโรงพยาบาลประมาณ 6 โมงเย็น พยาบาลจัดเตรียมห้องคลอด หมอเจ้าของไข้ของพี่ตรวจคนไข้อยู่ชั้นล่าง พี่ได้ยินเขาโทรศัพท์มาให้ยาเร่งคลอดกับพี่ เราก็อุ่นใจหน่อยที่หมออยู่ที่โรงพยาบาล ไม่ได้ไปไหน” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 7 สิงหาคม 2550)

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 10 คน พบว่า ความเชื่อของคนในสังคมไทยสมัยใหม่มีรากฐานความคิดอยู่บนความเป็นวิทยาศาสตร์ส่งผลให้เกิดความชำนาญเฉพาะด้านรวมกับความก้าวหน้าและประสิทธิภาพทางการแพทย์ ทำให้แพทย์มีสถานภาพเป็นผู้ควบคุมการเจ็บไข้ได้ป่วยของมนุษย์ในสังคมอย่างเป็นทางการที่สำคัญ เพราะฉะนั้นคนไข้มีความระบอบเชื่อที่ว่าหากพวกเขาได้รับการรักษาด้วยความรู้ที่เจริญก้าวหน้าประกอบกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยจะทำให้โอกาสที่พวกเขาจะหายจากความเจ็บป่วยมีมากขึ้น ประกอบกับการเกิดขึ้นของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมในสังคมประชาธิปไตยที่ส่งเสริมให้ระบบการแพทย์ มีการพัฒนารูปแบบที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น สร้างคุณค่าและความหมายในการรักษาชีวิตโดยผูกติดไว้กับความเชื่อที่ว่า ชีวิตผูกติดกับเงินครอบงำพฤติกรรมคนในสังคม เช่น การเลือกเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเพราะเชื่อว่าจะรักษาได้ดีกว่าโรงพยาบาลของรัฐ หรือการเลือกรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐเพราะราคาถูกลงกว่า ล้วนแต่เป็นการครอบงำของ “เงิน” ในฐานะที่เป็นระบบสัญลักษณ์หนึ่งในสังคมสมัยใหม่

5.2 กระบวนการครอบงำของการแพทย์ (Medicalization) ในสังคมไทย

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ เป็นการกล่าวถึงกระบวนการครอบงำทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นกับคนในสังคม โดยผ่านกระบวนการหล่อหลอมต่างๆ โดยใช้แนวคิดวาทกรรมทางการแพทย์

5.2.1 วาทกรรมทางการแพทย์กับสังคมไทย

วิธีการรักษาความเจ็บป่วยไม่ว่าจะในสังคมใดก็ตาม ล้วนดำเนินไปภายใต้กรอบของความคิดใหญ่ทางวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ไม่เว้นแม้แต่ในสังคมไทย ที่ได้รับถ่ายทอดองค์ความรู้การแพทย์ตะวันตกหรือก็คือ การแพทย์สมัยใหม่ ที่เชื่อว่า ความผิดปกติทางชีวภาพ เป็นข้อเท็จจริงทางคลินิกที่สำคัญมีความแน่นอนและสามารถประเมินได้ (Kleinman, 1979)หรือการแพทย์สมัยใหม่จะมีมุมมองต่างๆ แบบ แยกส่วนAtomism คือ เชื่อว่าส่วนย่อยๆ ต่างก็มีความเป็นอิสระและมีความหมายในตัวของตัวเอง ความเป็นส่วนรวมถูกกำหนดโดยผลรวมของส่วนย่อยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างแต่ละส่วนเป็นไปในแบบความเป็นเหตุและผลต่อกันและกัน ในมุมมองนี้ทำให้ร่างกายถูกแยกออกเป็นส่วนๆ และแต่ละส่วนถูกมองว่า เป็นหน่วยที่มีความเป็นอิสระ การแสวงหาความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในอวัยวะแต่ละส่วน จะนำไปสู่ความเข้าใจมนุษย์ในฐานะที่เป็นบุคคลในที่สุด ชุมวาทกรรมทางการแพทย์เหล่านี้ถูกผลิตขึ้นมาจากสถาบันทางสังคม โดยคนใน

สังคมต้องอยู่ภายใต้การให้ความรู้แบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่แพทย์พยายามผลิตซ้ำชุดองค์ความรู้ โดยผ่านกระบวนการต่างๆ ดังนี้

5.2.1.1 กระบวนการสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหมอกับคนไข้

การเจ็บป่วยหรือไม่สบายหลายครั้ง นำความรู้สึกด้วยอำนาจแปลกแยกจากสังคมมาสู่ตัวคนไข้ เพราะในสภาวะการป่วยไข้ ความหมายที่ตีงมหลายอย่างของชีวิตถูกกระทบกระทั่งจนบุคคลจึงชวนขวายให้ตัวเองหายจากความป่วยไข้ และกลับคืนสู่บทบาทเดิมทางสังคมโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ และจากการที่สังคมส่วนใหญ่ในปัจจุบันเชื่อถือค่านิยมทางสังคมที่เชื่อว่าการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นระบบแห่งคุณธรรม จริยธรรม โดยปราศจากการตั้งคำถามเช่นนี้เองได้กลายเป็นสิ่งค้ำชู ที่สร้างความชอบธรรมให้กับอำนาจทางการแพทย์และการสาธารณสุขเรื่อยมา ซึ่งส่งผลให้อำนาจการต่อรองของคนป่วยกับหมอในระบบบริการสุขภาพ น้อยลงหรือแทบไม่เหลืออยู่เลย (ประชา กะทา, 2549 : 8) ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ป้าบอกกับหมอว่า อาการที่เกิดขึ้นกับหนูน่าจะเป็นเพราะหนูแพ้ยานะ ร่างกายหนูมีรอยไหม้ทั้งตัว ตาแดงมีน้ำเหลืองไหล แต่หมอบอกว่าไม่แพ้ ป้าก็ต้องกลับบ้าน” (ท3)

(สัมภาษณ์วันที่ 29 กรกฎาคม 2550)

“แหม หมอพูดมาว่า ผมเป็นหมอก็คงเชื่อผมสิ คุณจะมารู้ดีกว่าผมได้อย่างไร พี่ก็เลยไม่กล้าพูดอะไร” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 21 กรกฎาคม 2550)

“แม่พี่นะเขาเกรงใจหมอ จะถามว่าใครผ่าตัดพี่เขายังไม่กล้าถามเลย เกรงใจหมอ” (ท5)

(สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550)

5.2.1.2 การสร้างความเชื่อมั่นในระบบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์

การพัฒนาการแพทย์สมัยใหม่ ทำให้การพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคและคิดค้นยาปฏิชีวนะต่างๆ ซึ่งได้ทำคุณประโยชน์อย่างมากในการรักษาความเจ็บป่วยในสังคม แต่ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้และความชำนาญเฉพาะด้านในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (เทพิรินทร์ พัชรานุรักษ์, 2548: 162) มีการค้นพบยาและวิธีการรักษาที่ทันสมัย ที่ต้องอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ทำ

ให้คนในสังคมเชื่อมั่นได้ว่าความเจริญก้าวหน้าในองค์ความรู้ต่างๆ เหล่านี้ จะพาพวกเขาพ้นจากความเจ็บป่วยได้อย่างแน่นอน ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ตอนแรกพี่จะเข้าโรงพยาบาลเอกชนแถวบ้านเพราะเดินทางสะดวก แต่แม่ก็บอกว่าโรงพยาบาลรัฐแห่งนั้นดีกว่าเพราะเป็นโรงพยาบาลใหญ่และหมอที่นี่เขาก็เก่งในด้านต่างๆ เยอะ”
(ท5) (สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550)

“โรงพยาบาลนี้ เป็นโรงพยาบาลที่ครอบครัวที่พี่ใช้บริการกันทุกคนรักษาหายกันทุกคนนะ” (ท9)
(สัมภาษณ์วันที่ 4 เมษายน 2550)

ดังนั้น จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างสรุปได้ว่า ชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้เกิดการหยุดยั้งความเจ็บป่วย ความตายของคนในสังคมได้ ปรากฏการณ์เหล่านี้ทำให้คนในสังคมยอมรับและตกอยู่ใต้อำนาจชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเป็นรูปแบบอำนาจที่เกิดจากความเป็นผู้เชี่ยวชาญ โดยที่ชุดความรู้เหล่านี้ ทำให้คนในสังคมไม่มีอำนาจต่อรองกับระบบบริการการแพทย์ เพราะคนเหล่านี้ต้องการให้ระบบการแพทย์สมัยใหม่ นำพาชีวิตพวกเขาให้พ้นจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย

5.3 ความเสี่ยงกับปรากฏการณ์การแพทย์ในสังคมไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนผ่านโครงสร้างที่มีวิถีการดำเนินชีวิตจากเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ภายใต้กระแสวัฒนธรรมตะวันตกที่ให้ความสำคัญกับแนวคิดระบบเศรษฐกิจทุนนิยม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคมหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และความสัมพันธ์ของบุคคลในสถาบันต่างๆ นอกจากนี้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมยังทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอุตสาหกรรมที่เน้นเทคโนโลยีมากกว่าอุตสาหกรรมขั้นพื้นฐานหรือการแปรรูปแบบในอดีต ดังนั้น ความรู้ทางเทคโนโลยีและความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงเป็นสิ่งที่สำคัญและกลายเป็นลักษณะสำคัญของการจำหน่ายสินค้าและบริการ แต่ถึงแม้ว่า สังคม

เจริญก้าวหน้ามีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยมากเพียงไร ชีวิตมนุษย์กลับตกอยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนที่จะได้รับอันตรายที่แฝงมาจากการได้วางใจในระบบผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีมากขึ้นเพียงนั้น

ระบบการแพทย์สมัยใหม่ก็เช่นเดียวกัน ได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงตัวเองจากองค์ความรู้การแพทย์พื้นบ้าน มาเป็นการแพทย์ทางชีวภาพใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาร่างกายและความเจ็บป่วยของมนุษย์ภายในระยะเวลาไม่นานการแพทย์ชีวภาพก็ได้สถาปนาตนเองเข้าครอบงำและกำหนดมุมมองที่ผู้คนพึงจะมีต่อชีวิตและความเจ็บไข้ได้ป่วย ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน (อดิศักดิ์ จิ่งพัฒนาวดี, 2549: 1) และถูกทำให้เข้าใจไปว่ามุมมองชนิดนี้เท่านั้นที่เป็นความจริง และเราจะใช้ในการมองและทำความเข้าใจกับชีวิตและความเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในสังคมปัจจุบัน ทำให้ไม่อาจจะปฏิเสธได้ถึงคุณูปการจากองค์ความรู้และเทคโนโลยีของแพทย์ชีวภาพ ในการยืดอายุชีวิตมนุษย์และเยียวยาโรคภัยที่ไม่อาจรักษาได้ในอดีต แต่ในอีกด้านภาพแห่งบุญคุณของการแพทย์ชีวภาพได้กลายเป็นมายาคติ ที่ปกคลุมซ่อนเร้นความรุนแรงที่การแพทย์ชนิดนี้จะกระทำต่อผู้คนและสังคมเอาไว้ (Shiva, 1996; 232-233) ผ่านการผูกขาดอำนาจในการจัดการกับความเจ็บไข้ได้ป่วยของการแพทย์ชีวภาพ ในฐานะผูกขาดความเป็นองค์ประธานของความรู้มาไว้กับแพทย์อย่างสมบูรณ์ ผ่านการสร้างเส้นแบ่งที่คมชัดอย่างชัดเจนระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ และเส้นแบ่งนี้เอง ที่ทำหน้าที่ในการเปลี่ยนผู้คนที่ถูกตีตราว่าไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญให้กลายเป็นผู้ไม่รู้และยอมมอบชีวิตของตนให้ตกอยู่ภายใต้ความไม่แน่นอนของระบบบริการทางการแพทย์ ในที่นี้จะพิจารณาโดยแยกเป็นตัวผู้เชี่ยวชาญและระบบบริการทางการแพทย์ ตามแนวคิดทฤษฎีการก่อตัวของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม (Structuration Theory) ที่มองว่าการทำความเข้าใจปรากฏที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ควรทำความเข้าใจในส่วนที่เป็นการกระทำของมนุษย์ที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมรอบๆตัว และโครงสร้างทางสังคมที่เป็นผลผลิตของการกระทำของมนุษย์จนการกระทำกลายเป็นบรรทัดฐานที่คนในสังคมนั้นยอมรับและปฏิบัติตาม โดยโครงสร้างทางการแพทย์ประกอบไปด้วย 2 ส่วนที่มีความสำคัญ คือ ในส่วนที่เป็นระบบบริการและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพราะระบบสุขภาพของไทย เป็นระบบที่มีความเป็นอาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health professionalization) โดยเฉพาะความเป็นวิชาชีพด้านการรักษาโรคทางกาย และระบบการให้บริการคนไข้จะมีขั้นตอนและกลไกที่กำหนดชัดเจน ทั้งสองอย่างแทบจะเป็นสิ่งเดียวกัน ดังนั้นการพิจารณาความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในระบบการแพทย์ของสังคมไทยมีประเด็นวิเคราะห์ 2 ประเด็น ดังนี้

5.3.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์สมัยใหม่ ประกอบไปด้วย 2 ส่วน

5.3.1.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในตัวผู้เชี่ยวชาญ

เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีต่อการรักษาโรคต่างๆ ดังนี้

1) ความเสี่ยงที่เกิดจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาด ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ในตำราแพทย์ก็เขียนบอกได้ว่า ในผู้ป่วยเด็กหากพบอาการหอบขาไม่ยอมกาง ประกอบกับอาการงอแง ไม่ค่อยรับการป้อนนม สะดือและ น้ำหนักลด ให้ผู้ตรวจเฝ้าระวังจะมีการติดเชื้อในสะโพก โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่มีประวัติใส่ท่อสะดือมาก่อน ลูกพี่มีอาการครบหมด แต่หมอยังมาบอกว่าไม่เป็นอะไร” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

“คุณะ จากประวัติข้อมูลการรักษาของลูกพี่ ก่อนเที่ยงคืน วันที่ 6 กรกฎาคม 2544 พยาบาลเข้ามาวัดความดัน ความดันดันพี่สูงถึง 120/110 มม.ปรอท พอหลังเที่ยงคืนวันที่ 6 กรกฎาคม 2544 ความดันของพี่สูงขึ้นไปอีก 160/110 มม.ปรอท ส่วนลูกของพี่ตั้งแต่หมอฉีดยาเข็มนั้น ลูกก็ไม่ตื่นคือตื่นน้อยมาก จนถึง 8.00 น. ความดันของพี่อยู่ที่ 150/110 มม.ปรอท ตรวจสารไข่ขาวพบ 2⁺ หมอยังบอกว่าไม่มีอะไรผิดปกติให้พี่กลับบ้านได้ หมอที่เป็นที่ปรึกษาให้พี่เขายังเอาเอกสารให้ดูเลยนะเป็นเอกสารทางการแพทย์ ยืนยันว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวพี่เป็นอาการของครรภ์เป็นพิษ จะมีอาการเมื่อตั้งครรภ์ได้ 5-6 เดือน พบว่าผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงมากกว่า 140/90 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการตัวบวม เท้าบวม ตรวจปัสสาวะพบสารไข่ขาว 3⁺ ถึง 4⁺ แล้วดูอาการนี้สิ ความดันพี่มากขนาดนี้ หมอยังให้กลับบ้าน ทั้งๆ ที่อาการพี่ชัดเจนว่าครรภ์เป็นพิษแน่นอน” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 9 เมษายน 2550)

2) ความเสี่ยงที่เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาด ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“พี่ก็ถามหมอแหละว่า พี่ก็ฝากพิเศษ ประวัติการตรวจเช็คครรภ์ก็มี เห็นก็เห็นอยู่นาน้ำตัว พี่เพิ่มกว่าปกติมาก อีกทั้งท้องนี้เป็นท้องแรกอีกด้วย ทำไมยังตัดสินใจให้พี่คลอดธรรมชาติอีก”

(ท 1)

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

“นี่สมุดฝากครรภ์ของลูกพี่ พี่น้ำหนักขึ้นจากเดิม 26 กิโลกรัม ในสมุดฝากครรภ์ก็มีการ คำนวมน้ำหนัก หมอก็น่าจะเห็นว่าถ้าแม่ น้ำหนักขนาดนี้ ตัวเด็กน่าจะน้ำหนักเท่าไร และอีกอย่าง พี่ก็เป็นคนตัวเล็ก แล้วก็เพิ่งท้องแรกด้วย หมอน่าจะผ่าเอาเด็กออก แต่นี่อะไรไม่ผ่าแถมยังใช้ เครื่องมือดึงรอบคอลูกพี่อีก เด็กเพิ่งเกิดแท้ๆ ใช้เครื่องมือดึงจะไปเหลืออะไร ดึงไม่ออกก็คว่ำไว้ 15 นาที ลูกพี่ไซคตินะที่ยังไม่ตาย” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 24 เมษายน 2550)

“พี่เคยถามหมอนะ ว่าหมอพอกจะประมาณออกใช้ใหม่น้ำหนักพี่ขึ้นเกือบ 30 กิโลกรัม เด็กน่าจะน้ำหนักเท่าไร หมอก็บอกพี่ว่าเห็นท้องที่สองของพี่เคยคลอด 3,700 กรัม ท้องนี้น่าจะคลอดได้ เพราะเด็กน่าจะ 4,000 กรัม พี่ก็เลยบอกหมอว่าเด็ก 4,000 กรัม ไม่มีที่ให้ เขาให้คลอดเองหรือ และอีกอย่างลูกพี่น้ำหนัก 5,400 กรัม ตอนหัวออกมาะ ลมเบ่งไม่มีเลย เพราะมันตันไปหมด หมอก็ไม่ยอมพาไปผ่าตัด” (ท 10)

(สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

3) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดเพราะไม่ได้ตรวจเฉพาะ ดังคำสัมภาษณ์ ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“หลังจากที่พี่เป็นโรค SLE พี่ก็ระวังตัวมาตลอดเลยนะ เป็นอะไรนิดหนึ่งพี่ก็รีบไปหา หมอเลย วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2545 พี่ปวดหลังก็เลยไปหาหมอ แล้วก็บอกว่าพี่ปวดหลัง แต่หมอก็ไม่ สนใจที่จะตรวจอะไรเพิ่มเติมและยังสั่งยาให้เหมือนเดิม พอกลับมาถึงบ้านไม่เท่าไรได้เรื่องเลย ชัก เกร็ง ต้องเข้าผ่าตัดจนฟื้นขึ้นมา และมารู้ว่าตัวเองต้องพิการ หมอทางเครือข่ายบอกพี่ว่า ถ้าวันนั้น วันที่พี่ปวดหลังแล้วหมอสันใจรายละเอียดสักหน่อย ว่าอาการปวดหลังของพี่เกิดจากอะไร เพราะ พี่เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไป หมอจะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ และ

ส่งพี่เข้าตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติ สิ่งสำคัญคือ ต้องกักตัวพี่ไว้ดูอาการ แต่หมอก็ไม่ทำปλύยให้พี่กลับบ้าน ทำให้เชื่อนั้นลูกกลมใหญ่โต” (ท 5)

(สัมภาษณ์วันที่ 11 มิถุนายน 2550)

“พี่บอกหมอแล้วนะว่า สงสัยภรรยาพี่จะเป็นไข้เลือดออก เพราะแถวบ้านมีคนป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้ว 2 คน แต่คำตอบที่พี่ได้คืออะไรไม่รู้ใหม่ คุณอย่ามารู้ดีกว่าหมอ พี่ก็ไม่ได้รู้ดีกว่าหมอหรอก แต่ในหนังสือมันก็มีให้อ่านว่า คนป่วยนะ ถ้าเป็นไข้ ทานอะไรไม่ได้ พะอืดพะอม เกร็ดเลือดต่ำ ป่วยหลายวันแล้วยังไม่หาย ประกอบกับแถวบ้านมีคนเป็นไข้เลือดออกแล้ว 2 ราย ให้เฝ้าระวังว่าจะเป็นไข้เลือดออก ถ้าหมอยอมฟังพี่สักนิดรีบส่งภรรยาไปตรวจเฉพาะโรค ภรรยาพี่คงไม่ตายเพราะไข้เลือดออก ถ้าเรายังรู้เร็ว เราก็มีสิทธิที่จะรักษาหายได้” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

4) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในการให้ยาผิด ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“ป้าย่าแล้วนะว่า หมออย่าลืมนะว่า แพ้ยาซัลฟากับยาเพนนิซิลิน แต่หมอมไม่ฟังยังเดินเลยไปตรวจคนไข้ต่อแล้วค่อยเดินย้อนกลับมาถามป้าว่า ป้าแพ้ยาอะไรนะ ป้าก็เลยบอกไปว่าแพ้ยาซัลฟากับยาเพนนิซิลิน หมอยังพูดเล่นกับป้าอยู่เลยว่า ป้าอย่าล้อเล่นกับผมนะ ป้าเลยบอกหมอมไปว่า ไม่ได้ล้อเล่น จะล้อเล่นได้อย่างไรนี่คือความเป็นความตายนะ” (ท3)

(สัมภาษณ์วันที่ 29 กรกฎาคม 2550)

“หมอสูตินารี บอกว่าทำไมหมอที่คลินิกถึงฉีดยากานามัยซินให้ ยานี้ใช้สำหรับแก้ฝีหนอง และที่สำคัญในเรื่องการฉีดยาปกติแล้วหมอมจะต้องระมัดระวังอย่างมากในการฉีดยาให้กับคนตั้งครรภ์ เพราะยาที่ฉีดจะส่งผลถึงเด็กในท้องด้วย” (ท4)

(สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน พบว่าความเสี่ยงของคนไข้ที่ต้องเผชิญในเรื่องของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ จะเกิดขึ้นจากความผิดพลาดในขั้นตอนของกระบวนการตรวจรักษาโรค ไม่ว่าจะเป็ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคผิดพลาดของแพทย์ ความเสี่ยงที่เกิดจากการตัดสินใจผิดพลาด ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดเพราะไม่ได้ตรวจ

เฉพาะ และความเสี่ยงที่เกิดจากการให้ยาผิด ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นล้วนเป็นความผิดพลาดที่เกิดจากตัวผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ที่อาจจะประมาท ละเลย หรือไม่เอาใจใส่กับขั้นตอนในการตรวจรักษาคนไข้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ชีวิตคนไข้ตกอยู่ในภาวะความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากความผิดพลาดทางการแพทย์

5.3.1.2 ความเสี่ยงที่เกิดความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์

ระบบการบริการทางการแพทย์ถือเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการรักษาความเจ็บไข้ได้ป่วยของคนในสังคม เพราะไม่ว่าจะเป็นเครื่องมือเครื่องใช้ การให้บริการฉุกเฉิน ล้วนแต่ส่งผลต่อการหายจากความเจ็บป่วยของคนในสังคม ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นกับระบบบริการทางการแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่คนไข้หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะนี่คือ รูปแบบหนึ่งของความเสี่ยงที่จะได้รับจากบริการทางการแพทย์ มี 2 ประเด็น ดังนี้

1) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในเรื่องของการสื่อสาร ส่งงานและส่งมอบงาน ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“คนขับขับรถเร็วมากพีนอนอยู่บนเตียงรู้สึกว่าเขาจะเลี้ยวนั่นแหละทิ้งโค้งปั๊บ พีกัดกเตี๋ยง แล้วก็ตกเลือดแต่โชคดีพอมาถึงกรุงเทพ เอ็กซเรย์ดูปรากฏว่าเด็กยังอยู่” (ท4)

(สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

“ทั้งๆ ที่คลินิกยืนยันกับพี่เป็นมั่นเป็นเหมาะว่า ผ่ากศรรักษาที่คลินิกก็เหมือนกับผ่ากศรรักษาที่โรงพยาบาล แต่พอเอาเข้าจริงๆ เราเอาหลักฐานจากคลินิกยื่นให้ทางเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลกลับบอกว่า นี่ไม่ใช่บัตรของโรงพยาบาล หากจะคลอดจะต้องจ่ายเงินเอง สามีพี่ก็เลยบอกว่าคนกำลังจะคลอดลูกอยู่แล้วยังไงจะมาติดขัดเรื่องเอกสารอีก ให้คลอดก่อนได้ไหม” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 20 เมษายน 2550)

“ตอนที่พินปลอมของยายลงไปติดที่คอ หลานพี่กดออกเรียกรถพยาบาลหลายครั้ง โทรศัพทก็หลายครั้ง แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่มาเลยสักคน ทำให้กว่าจะได้ช่วยยายพี่ก็กินเวลาไปหลายนาที่ ทางโรงพยาบาลจะมาอ้างว่า เป็นช่วงจังหวะของการเปลี่ยนเวรพอดี เลยทำให้ไม่มีพยาบาลอยู่ประจำที่หน้าเคาเตอร์ พี่ว่ามันฟังไม่ขึ้นนะ เพราะว่าสถานที่ที่เรียกว่าโรงพยาบาล ซึ่งดูแลในเรื่องของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างเป็นประจำ ซึ่งถือว่าเป็นสถานที่ที่จะต้องเสี่ยงกับสภาวะที่

ฉุกเฉินและย่อมสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเหล่านี้มันเป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องเตรียมความพร้อมพร้อมกับสภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นเสมอฯ” (ท9) (สัมภาษณ์วันที่ 5 เมษายน 2550)

2) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“พี่เพิ่งมารู้ทีหลังว่า ไม่ควรใช้เครื่องดูดสุญญากาศในกรณีที่เด็กตัวโตมาก การดึงเด็กด้วยเครื่องดูดถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะทำให้หมดลูกแตก แม่และเด็กอาจได้รับอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต อีกทั้งรอยดูดที่หัวของลูกพี่ก็ยังคงอยู่ไม่หายไปไหนเหมือนที่หมอตอนคลอดว่ามันจะหายไปเอง” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

“ผมตกใจมาก ตอนที่หมอบอกผมว่า ท8 รีบวิ่งไปเอาถังออกซิเจนที่ตึกคนไข้ในให้หน่อย เพราะถังออกซิเจนในห้องผ่าตัดนี้ไม่ได้ ผมเลยต้องวิ่งไปเอาให้ใช้เวลาก็ประมาณ 20 นาที สมองขาดทั้งเลือดและออกซิเจน เลยเสียหายอย่างถาวรกลายเป็นคนสมองพิการผมแปลกใจมากกว่าทำไมก่อนผ่าตัดไม่มีใครเช็คเครื่องมือเลยเหอว่าอันไหนใช้ได้ใช้ไม่ได้ ถึงไม่มีออกซิเจนก็ไม่มีใครรู้” (ท8)

(สัมภาษณ์วันที่ 11 สิงหาคม 2550)

สรุปจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ เกิดจากตัวบุคคลที่อยู่ในระบบการบริการทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เพราะระบบการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ มีการดำเนินการที่หลากหลายในหลายๆ ส่วน ต้องมีการติดต่อ ทำงาน ประสาน เชื่อมโยงกันอยู่เสมอ แต่ปัจจัยที่ไม่อาจจะควบคุมได้คือ การปฏิบัติหน้าที่ของตัวบุคคลที่อยู่ในระบบบริการ เพราะความผิดพลาดของระบบการให้บริการทางการแพทย์ ส่วนใหญ่จะเห็นได้ว่า เกิดจากการขาดความระมัดระวัง ขาดการเอาใจใส่ในการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรในระบบบริการนั่นเอง

5.3.2 ความเสี่ยงที่เกิดกับคนไข้ที่ใช้บริการทางการแพทย์

ระบบการบริการการแพทย์สมัยใหม่นอกจากจะมีความเสี่ยงในด้านการได้รับบริการจากบริการของการแพทย์ ทั้งทางด้านผู้เชี่ยวชาญและระบบบริการทางการแพทย์แล้วคนไข้ยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สินอันเป็นผลจากความผิดพลาดในบริการทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

1) ความเสี่ยงทางด้านร่างกาย เป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอวัยวะทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

“สิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกพี่นะ ขาซ้ายสั้นและเล็กกว่าขาข้างขวา 3 นิ้ว และยิ่งโตยิ่งมีความแตกต่างกันมาก ส่วนหัวกระดูกสะโพกขาข้างซ้ายหายไป เบ้าสะโพกเสียหาย หลังคด เดินกระเผลก เหนื่อยง่าย จะมีอาการปวดหลัง ปวดขา ปวดเข่า ข้อเสื่อมเร็วกว่าคนปกติ นั่งขัดสมาธิไม่ได้ และทุกคืนก่อนนอนลูกพี่จะปวดขาข้างซ้ายอย่างทรมาน ต้องทุบให้แรงๆ ประมาณครึ่งชั่วโมงกว่าจะหลับได้ และเมื่อโตเต็มทีอายุ 20 ปีขึ้นไป ต้องผ่าตัดใส่ข้อและเบ้าและต้องผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกเทียมทุก 10 ปี” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 10 สิงหาคม 2550)

“ลูกพี่ป่วยบ่อยต้องตัดปอดทั้ง 1 ข้างเพราะเป็นปอดบวมแถมตอนนี้ต้องเจาะคอเพื่อช่วยหายใจและดูดเสมหะ เจาะหน้าท้องเพื่อให้อาหารและออกซิเจนในบางครั้ง” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

“แผลที่เกิดขึ้นตามร่างกาย คือ ร่างกายเป็นรอยไหม้ ซึ่งเป็นผลจากการแพ้ยา การรักษาต้องพยายามลอกผ้าที่พันตัวออกให้หมด พร้อมกับเนื้อที่หลุดออกมาด้วย เพื่อให้ร่างกายได้สร้างเซลล์ผิวหนังใหม่ ตามีตบอดทั้งสองข้าง หนึ่งตาติดกับลูกตาหลุดออกจากพังผืด แผลในร่างกายอาการแพ้ยาส่งผลกับระบบอวัยวะภายในร่างกายของพี่ ปาก คอ ลำไส้ กระเพาะ จะเป็นแผลหมด กินอะไรไม่ได้ แม้แต่น้ำเพียงหยดเดียวหยดในลำคอ ก็ทำให้เกิดอาการปวดแสบปวดร้อน เวลากินอาหารก็ต้องใส่ท่อลงจมูก ซึ่งเจ็บมาก ส่วนปอดพี่ก็เสียหายไปเลย 1 ข้าง ทำให้พี่มีโรคประจำตัวเกิดขึ้น คือ โรคหอบหืด ส่วนท่อน้ำตาและท่อน้ำลายเสียหายหมด เสียใจร้องไห้ไม่มีน้ำตา กินข้าวไม่มีน้ำลายช่วยย่อย ต้องกินน้ำตาม” (ท3)

(สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)

“หลังจากออกจากโรงพยาบาล พี่ก็ต้องกลายเป็นคนพิการ เดินไม่ได้อีกเลย เวลาจะไปไหนก็ใช้กันถัดไป” (ท4)

(สัมภาษณ์วันที่ 21 พฤษภาคม 2550)

“หลังจากออกจากห้องผ่าตัด หมอบอกให้ทำใจนะ เพราะแขนลูกพี่พิการแน่เพราะเส้นประสาทขาดไป 3 เส้น ไม่สามารถดึงให้ยึดติดกันได้” (ท10)

(สัมภาษณ์วันที่ 26 เมษายน 2550)

2) ความเสี่ยงทางด้านจิตใจ เป็นความรู้ของคนที่ใช้และครอบครัวที่รู้สึกถึงความสูญเสียต่อแท้อะและสิ้นหวัง หลังจากได้รับรู้ถึงความไม่ปกติของร่างกายของคนไข้ ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

“พี่เคยคิดฆ่าตัวตาย หลังจากที่ชีวิตเปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือ หันกลับไปคิดที่รัก สร้างความเจ็บปวดให้กับภายในจิตใจของพี่เป็นอย่างมาก หลายครั้งที่พี่ผ่านไปร้านเก่า เจ็บปวดทุกครั้งเมื่อนึกย้อนถึงวันที่เคยรุ่งโรจน์ นั่งนับเงินเต็มลิ้นชัก จนมานึกถึงวันที่ต้องเอาทรัพย์สินที่เก็บไว้ให้ลูกไปโรงรับจำนำ นั่งคิดแล้วน้ำตาขังไหล มีอยู่ครั้งหนึ่งพี่รู้สึกว่าปัญหามันรุนแรงมากๆ ทั้งสิ้นเนื้อประดาตัว สามปีที่ทำงานอยู่ต่างประเทศก็หลังหัก บ้านก็จะถูกยึด ลูกพิการ ไม่มีคนรับผิดชอบ มองไปทางไหนก็มีแต่ด้าน พี่เคยเดินไปที่สะพานพระปิ่นเกล้าฯ คิดว่าวันนี้คือวันที่จะจบสิ้นทุกอย่าง มันหนักเกินจะแบกไหวอีกแล้ว พี่คิดว่า ถ้าวันนั้นพี่ตาย ก็คงจะมีคนเข้ามารับผิดชอบต่อชีวิตลูกพี่มากกว่าทุกวันนี้ แต่โชคคือนะที่วันนั้นตอนพี่กำลังเดินอยู่บนสะพาน ฝนก็ตกหนักลงมาอย่างไม่ลืมหูลืมตา ทำให้กระซอกความคิดพี่กลับไปมีสติอีกครั้ง” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

“พี่ไม่เคยรู้มาก่อนเลยว่า เด็กสมองพิการแต่กำเนิดเป็นยังไง เลยถามหมอว่าพี่ต้องทำอย่างไรบ้าง หมอก็บอกพี่ว่าลูกพี่จะมีพัฒนาการได้น้อยมาก คือ ถ้าปกติจะได้แค่นอนเฉยๆ ส่วนรายไหนที่อาการดีหน่อยก็สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ต้องเป็นภาระกับครอบครัวมากนัก พอหมอบอกอย่างนี้ พี่ก็เสียใจมาก เพราะไม่คิดว่าลูกพี่จะต้องมาตกอยู่ในสภาพแบบนี้” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

“ครั้งแรกที่รู้ว่าตัวเองตาบอดและมีโรคแทรกซ้อน พี่แทบอยากจะเป็นบ้า เพราะอาการที่เกิดขึ้นกับพี่เกิดจากหมอเป็นคนทำทั้งสิ้น” (ท3)

(สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)

“ช่วงแรกๆที่รู้ว่าตัวเองเดินไม่ได้ พี่ก็ซึมเศร้าท้อใจและหดหู่ เพราะไม่รู้จะทำอย่างไรกับชีวิตของตน อยู่บ้านก็ต้องคอยเป็นภาระของพ่อแม่” (ท4) (สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

“รู้สึกกังวลมาก กลัวว่าตัวเองจะไม่ตาย และที่สำคัญพี่ก็ไม่รู้แม้กระทั่งหมอที่ผ่าตัดให้พี่รู้สึกสับสนมาก” (ท5)

(สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

“พ่อพี่เขาเคยบอกนะ ว่าทำไมมันไม่ตายไปซะให้รู้แล้วรู้รอดแม่พี่ฟังแล้วก็โกรธพ่อพี่มากนะ แต่พี่มารู้ทีหลังจากเพื่อนพ่อว่า เขาเคยเห็นพ่อพี่นั่งน้ำตาไหลอยู่ที่รถ เพื่อนพ่อพี่ก็ถามว่าลูกเป็นอะไร พ่อพี่ก็บอกว่าเห็นผู้หญิงวัยรุ่นแล้วคิดถึงลูก เห็นลูกเดินไม่ได้ก็สงสารลูกไม่รู้จะทำยังไง” (ท5)

(สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

“ลูกคนนี้เป็นลูกคนแรกของพี่ สิ่งที่เกิดขึ้นกับเขาเป็นสิ่งที่ย่าเตือนถึงการตัดสินใจผิดพลาดของพี่ทั้งสองคนที่ไม่ยอมฝากพิเศษกับ โรงพยาบาลเอกชน แต่กลับมาใช้สิทธิ์ 30 บาท เพียงเพื่อต้องการประหยัดเงินและตั้งใจเก็บเงินก้อนนี้ไว้ให้ลูก พี่เสียใจมาก โดยเฉพาะที่ผู้หญิงวันแรกที่เห็นร่างแน่นิ่งของลูกในตู้อบ สายอะไรต่อมิอะไรไม่รู้เต็มไปหมด แถมหมอยังบอกอีกว่าเด็กอาการหนักมากอยู่ได้แค่ 3 อาทิตย์หรืออย่างมากที่สุด 1 เดือน พี่ทำอะไรไม่ถูกจริงๆ มันอึดไปหมด” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2550)

“พี่เสียใจและหมดกำลังใจมาก เพราะเขามาตายก่อนวัยอันควร ทั้งๆที่พี่ก็พยายามยื้อชีวิตเขาไว้สุดความสามารถ” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

“ลูกๆ ทั้ง 3 คนของพี่ต้องขาดแม่ พี่ทำหน้าที่ได้แต่มันไม่สามารถชดเชยในสิ่งที่ลูกๆ ต้องการได้” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

“สิ่งที่เกิดขึ้นสร้างความสะเทือนใจให้กับลูกของผมมากนะ และยิ่งผมมาติดคุกด้วยแล้ว ส่งผลต่อลูกโดยตรง เพราะลูกมักจะโดนเพื่อนๆ ในหมู่บ้านล้อเป็นประจำว่ามีแม่พิการแล้วพ่อยังติดคุก ทำให้ลูกผมไม่อยากไปโรงเรียน การเรียนก็ตกต่ำ จนผมต้องย้ายโรงเรียนให้ลูกไปเรียนที่อื่น บุคลิกลูกผมก็เปลี่ยนไปนะ จากเด็กที่พูดคุยนุกสนานร่าเริงต้องกลายมาเป็นคนเงิบขี้นม ไม่พูดไม่จา มีอะไรก็เก็บไว้ในใจเพียงคนเดียว ไม่มีเพื่อน” (ท8)

(สัมภาษณ์วันที่ 12 สิงหาคม 2550)

“คิดดูนะยายพี่ถือเป็นต้นแบบของครอบครัวให้กับทุกคนในบ้านและเป็นผู้หญิงที่เสียสละ พี่เป็นตัวเป็นตนมาได้ทุกวันนี้ก็เพราะยายพี่วันนี้ไม่มียายเป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรให้กับครอบครัว คนในครอบครัวก็เหมือนไม่มีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ” (ท9)

(สัมภาษณ์วันที่ 5 เมษายน 2550)

“พี่ไม่อยากดูเขามาก ดูแล้วก็ร้องไห้ เห็นมันใช้มือเดียวเช็ดน้ำตา บางทีเช็ดไม่ทันแทบจะยกเท้าขึ้นมาเช็ด เห็นแล้วก็สงสาร” (ท10)

(สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

3) ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นความสูญเสียโอกาสทางสังคมของคนไข้ที่ได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

“พี่ต้องเสียโอกาสในชีวิตหลายอย่าง เพราะต้องต่อสู้เรื่องคดีความ สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้ชื่อพี่เป็นแบล็คลิสต์ของวงการแพทย์ เช่น เมื่อปลายปี 2545 พี่ป่วยเป็นเนื้องอกในมดลูก พี่ไปหาหมอที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง หมอตรวจแล้วเห็นชื่อพี่ เขาบอกกับพี่ว่าจะไปที่อื่นก็ได้นะ พี่บอกว่าพี่จะผ่าตัด พี่ผ่าตัดเสร็จ พักฟื้นในโรงพยาบาล 5 วัน ชื่อใหม่ไม่มีหมอมาดูแลพี่แม้แต่คนเดียว ลูกๆ พี่ต้องคอยเช็ดตัวป้อนน้ำป้อนข้าวให้ ครบ 5 วันหมอนัดตรวจหลังผ่าตัด ก็เบี่ยงนัดพี่ทุกครั้ง ใ้เรารู้แล้วแหละว่าเขา หรืออย่างลูกพี่ เป็นโรคผิวหนัง ไปหาหมอด่วนแรกไปตรวจได้ยามาทาครั้งที่ 2 ตรวจเสร็จหมอสั่งยา และบอกให้เจ้าหน้าที่ถ่ายสำเนาเวชระเบียน แล้วบอกกับพี่ว่าจะไปรักษาที่อื่นก็ได้นะ พี่ถึงเพราะพี่ไม่เคยบอกว่าพี่จะไปรักษาที่อื่น เนี่ยแค่การไปหาหมอนะ ยังไม่นับรวมถึงการใช้ชีวิตประจำวันของพี่ ก็อย่างเรื่องบ้านพี่ บ้านพี่มันเก่ามากแล้ว พี่ก็ติดต่อช่างให้ช่างมาตีราคาบ้าน นัดเวลาให้ช่างมาดูบ้าน เขาเข้ามาเห็นรายชื่อโจทก์ที่พี่ยื่นฟ้องเป็นหมอนั่งนั่นเลยที่พี่แปะ เขามีน้องเป็นหมอ แล้วเขาก็หายหน้าไปเลย” (ท1) (สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

“ตัวลูกพี่นะ ก็ถูกเพื่อนล้อตั้งแต่สมัยเด็กว่าเป็น ‘ไอ้เป้ ไอ้เตี้ยง ไอ้หัวอุกาบาตวิงชน ถูกเพื่อนแกล้งตีบให้ล้ม เพราะเพื่อนรู้ว่าลูกพี่วิ่งตามไม่ทัน อยากเตะฟุตบอล เล่นบาสเก็ตบอล เหมือนเพื่อนแต่ก็ทำไม่ได้ ทำได้ก็เพียงว่ายน้ำ บันจอร์ยาน พี่ยังไม่บวมที่ลูกพี่เสียโอกาสของความก้าวหน้าในชีวิต เพราะลูกพี่ตอนนี้อยู่ชั้น ม.ปลาย สูงตั้ง 175 หน้าตาดี เรียนหนังสือก็ดี แต่ดูสิลูกพี่พิการแบบนี้ จะทำกิจกรรมบางอย่างก็ไม่ได้ อย่างมีอยู่ช่วงหนึ่งที่ทีมงานเข้าค่ายลูกเสือโลก ลูกพี่ก็ไปไม่ได้ ส่วนอนาคตลูกพี่ก็ทำงานบางอย่างไม่ได้นะ เช่น เป็นทหาร ตำรวจ” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

“การใช้ชีวิตของพี่เปลี่ยนไปนะ ตั้งแต่ลูกพี่พิการ เพราะพี่ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลเขา จะไปไหนก็ไปไม่ได้ เพราะต้องคอยดูแลทั้งวันทั้งคืนกับเพื่อนบ้านก็แทบจะไม่ได้คุยกัน” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

“หลังจากที่พี่เดินไม่ได้ พี่ก็ต้องลาออกจากงาน” (ท5)

(สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

“พี่สองคนต้องยอมทำงาน แล้วย้ายเขามาकिनนอนที่โรงพยาบาลที่เลย เพื่อที่พี่สองคนจะได้ดูแลลูกได้อย่างเต็มที่ ช่วยกันเติมเต็มความรู้สึกซึ่งกันและกัน และทำทุกอย่างเพื่อให้ลูกหาย” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

“ภรรยาพี่เสียไป ลูกพี่เสียโอกาสหลายด้าน โดยเฉพาะในเรื่องของการศึกษา ภรรยาพี่ทำงานเป็นเลขานุการของอธิการบดีของมหาวิทยาลัยเอกชน สิทธิประโยชน์ที่ลูกพี่จะได้รับคือ การได้เรียนฟรีในระดับมหาวิทยาลัยส่วนในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลก็จะได้รับรักษาฟรี สิทธิประโยชน์เหล่านี้หมดไปพร้อมๆ กับการตายของภรรยาพี่” (ท7)

(สัมภาษณ์วันที่ 22 กรกฎาคม 2550)

“ตอนที่เมียผมรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ผมต้องคอยดูแลภรรยา ถึงแม้ว่าผมจะทำงานอยู่ในโรงพยาบาล แต่ผมก็ต้องขาดงานบ่อยเพื่อดูแลเขา เพราะเขาอยู่ในสภาพที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนมาคอยดูแลเรื่องอาหารการกิน การขับถ่ายของเขา ผมเลยถูกเจ้านายหักเงินเดือนบ่อยก็ครั้งละ 100 บาทบ้าง 200 บาทบ้าง แล้วแต่หยุดมากหยุดน้อย และเรื่องที่เกิดขึ้นที่ผมฟ้อง

หมอม ผมก็ตั้งใจไม่ให้เป็นข่าว แต่ก็เป็นคนได้ ทำให้ผมถูกแก๊งถูกกล่าวหาว่าขโมยทรัพย์สินของทางราชการ ทำให้ต้องติดคุก 3 วัน” (ท8)

(สัมภาษณ์วันที่ 12 สิงหาคม 2550)

“ไม่รู้ว่า โตขึ้นมีแฟนเดียว ลูกพี่จะไปทำงานที่ไหนได้บ้าง เขาก็ต้องเลือกรับคนปกติมากกว่าคนพิการอยู่แล้ว” (ท10)

(สัมภาษณ์วันที่ 29 เมษายน 2550)

นอกจากความเสี่ยงที่เกิดกับคนไข้ในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม แล้วผู้วิจัยยังพบประเด็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับคนไข้ในด้านอื่นๆ อีก 2 ประเด็น

4) **ความเสี่ยงทางด้านเศรษฐกิจ** เป็นความเสี่ยงที่เป็นผลที่ตามมาของความเสี่ยงด้านร่างกายของคนไข้ ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

“หลังรู้ว่าลูกพิการ พี่ก็พยายามไปหาหมอมตามทีต่างๆ เพื่อหาทางรักษาลูกให้หายให้ได้ ชีวิตครอบครัวเริ่มระส่ำระสาย เพราะชีวิตมีแต่เข้าออกโรงพยาบาล ทรัพย์สินเงินทองหมดไปกับการวิ่งเต้นรักษา ลูก กิจการร้านโกตักยำแย่งเพราะเปิดมั่งปิดมั่งจนต้องตัดสินใจปิดกิจการปี 38 สามีต้องออกจากงานเพราะหยุดงานบ่อย เพราะเขาพาลูกตระเวนไปรักษาที่ต่างๆ จนหมดเงินหมดทองไปเยอะ พอมาช่วงหลังๆ คลอดลูกสาวอีกคนหนึ่ง ครอบครัวเลยแย่งลงไปกันใหญ่ สามีพี่จึงตัดสินใจไปตายเอาดาบหน้า ไปทำงานที่ต่างประเทศ แต่พอไปถึงหางานไม่ได้ เพราะช่วง 11 กันยายน คนอเมริกาตกงานเยอะ สุดท้ายได้งานเป็นคนขับรถตุ๊ก เขาส่งเงินให้พี่ใช้เดือนละ 40-50 เหรียญ เงินที่ได้ใช้เป็นค่ากิน ส่วนค่าเทอมลูก ค่าผ่อนบ้าน ค่าน้ำค่าไฟไม่มีจ่าย” (ท1)

(สัมภาษณ์วันที่ 30 กันยายน 2550)

“ตั้งแต่พี่ออกจากบ้านมาดูแลลูกสามีพี่ก็ทำงานคนเดียว แต่ก่อนทำงาน 2 คนรายได้ตกเดือนละ 50,000 บาท แต่ตอนนี้สามีทำงานคนเดียว ได้เดือนละ 30,000 บาท ค่ายาและค่าของใช้อุปโภคบริโภคของน้องเขาก็ตกเดือนละ 50,000 กว่าบาท เงินที่เก็บไว้ก็เอาออกมาใช้จนหมด หนักเข้ารายจ่ายติดลบก็เอาบ้านไปเช่าธนาคาร เพื่อเอาเงินมาหมุนในครอบครัว และถ้ายังบัตรเครดิตนะพี่มีหลายใบ หมุนจ่ายไปมาสลับกันทุกเดือน” (ท2)

(สัมภาษณ์วันที่ 18 เมษายน 2550)

“ชีวิตพี่เปลี่ยนจากหน้ามือเป็นหลังมือตั้งแต่พี่เป็นแบบนี้ พี่ทำงานไม่ได้ สามีทิ้งตั้งแต่พี่รักษาตัวอยู่โรงพยาบาล พี่ทำมาหากินไม่ได้ อาศัยพักรักษาตัวอยู่บ้านพี่น้อง เพราะไม่มีเงินสักบาท” (ท3)

(สัมภาษณ์วันที่ 31 กรกฎาคม 2550)

“หลังออกจากโรงพยาบาลพี่ก็ไม่ได้ไปทำงาน เงินช่วยจากประกันสังคมก็ไม่ต้องกลับมาพึ่งพ่อแม่” (ท4)

(สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

“พี่สองคนไม่ได้ออกไปทำงานบ่อยหรอก จะออกไปบ้างก็เพื่อหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการกินอยู่ของพี่ วันหนึ่งๆ เราก็ประหยัดกินประหยัดใช้” (ท6)

(สัมภาษณ์วันที่ 28 เมษายน 2550)

5) ความเสี่ยงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังคำสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

“หลังจากที่พี่แถมลูกและเดินไม่ได้ สามีพี่ก็ไม่สนใจใยดี ทั้งๆ ที่เราสองคนกำลังจะสร้างครอบครัวด้วยกันแท้ๆ” (ท4)

(สัมภาษณ์วันที่ 24 พฤษภาคม 2550)

“ตอนแรกเขาก็ดูแลพี่ดีอยู่หรอก ทำทุกอย่าง อุ้มพี่อาบน้ำ ป้อนข้าว พาไปโรงพยาบาล แต่พอมาระยะหลังๆ เขาคงเห็นว่าพี่ยังงี้ก็คงไม่หาย คงจะพิการอย่างนี้ตลอดไปแน่นอน เขาก็เริ่มมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปกลับบ้านดึก พูดจาไม่ดีกับพี่ ไม่ดูแลเอาใจใส่พี่เหมือนเดิม จนวันหนึ่งมันหมดความอดทน เราเลยตัดสินใจแยกทางกัน” (ท5)

(สัมภาษณ์วันที่ 16 มิถุนายน 2550)

สรุปจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้คนไข้มีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ 5 ด้านด้วยกันด้านแรกคือ ความเสี่ยงทางร่างกาย ซึ่งเป็นความสูญเสียที่เกิดกับอวัยวะภายในและอวัยวะภายนอกร่างกาย ความสูญเสียที่เกิดขึ้นอาจเกิดขึ้นในรูปของการเกิดบาดแผลบนอวัยวะต่างๆ หรือการเสื่อมของอวัยวะและท้ายสุดคือการที่

อวัยวะดังกล่าวใช้งานไม่ได้ ส่วนด้านที่สองคือ ความเสี่ยงด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกของคนไข้ เมื่อรู้ว่าตนเองรู้ว่าตนเองต้องพิการอวัยวะต่างๆ หรือสูญเสียอวัยวะนั้นไปนอกจากนี้ยังรวมไปถึงบุคคลที่อยู่ในครอบครัวที่ได้รับรู้ว่าคนที่ตนเองรักต้องมาสูญเสียอวัยวะ หรือพิการด้วยความผิดพลาดทางการแพทย์ ด้านที่สามคือ ความเสี่ยงในด้านสังคม เป็นความสูญเสียโอกาสในชีวิต เช่น การเรียน การทำงาน อีกทั้งความสูญเสียโอกาสที่เกิดขึ้น ยังรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวที่ต้องสูญเสียโอกาสทางสังคมดังกล่าว เพราะต้องดูแลผู้ป่วย ส่วนความเสี่ยงอีก 2 ด้านคือความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ ความเสี่ยงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความเสี่ยงแฝงที่ตามมากับความเสียหายทางด้านร่างกาย เพราะไม่ว่าคนไข้จะอยู่ในฐานะสมาชิกในครอบครัว หรือผู้นำครอบครัว ความเสียหายด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระบบการเงินในครอบครัวเปลี่ยนแปลง เพราะต้องใช้เงินในการรักษาตัว และถ้าคนไข้เป็นกำลังหลักของครอบครัว ก็จะทำให้ระบบการเงินของครอบครัวต้องแย่ลงไปกว่าเดิม ส่วนความเสี่ยงด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวเกิดจากผู้เสียหายไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทและสถานภาพนั้นได้อีกต่อไป สาเหตุเพราะมาจากความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้สถานภาพในครอบครัวคลอนแคลน ความสัมพันธ์ในครอบครัวขาดลงได้ง่าย

สรุปจากการวิจัยครั้งนี้กล่าวโดยสรุปได้ว่า ชีวิตคนไข้ในสังคมไทยตกอยู่ในความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่ผูกกับความไวใจและเชื่อมั่นในระบบบริการและผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์ส่งผลให้ชีวิตคนไข้ตกอยู่ในท่ามกลางความเสี่ยงที่จะได้รับความสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ตัวคนไข้และครอบครัวต้องเผชิญอยู่ตามลำพัง โดยปราศจากการเหลียวแลและรับผิดชอบจากบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้องในสังคมไทย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 6

บทสรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในบทที่ 6 นี้เป็นการกล่าวถึงบทสรุป ข้อจำกัดของงานวิจัย และข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป โดยมีลำดับการนำเสนอหัวข้อดังนี้

- 6.1 บทสรุป
- 6.2 อภิปรายผลการวิจัย
- 6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
- 6.4 ปัญหาที่พบในการวิจัย
- 6.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

6.1 บทสรุป

งานศึกษาครั้งนี้ เป็นการเปิดมุมมองใหม่ในการมองปฏิบัติการและองค์ความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ ที่ได้สถาปนาขึ้นเป็นประธานแต่เพียงผู้เดียวที่มีอำนาจสูงสุดในการอธิบายและจัดการกับความเจ็บไข้ได้ป่วยของมนุษย์ พร้อมกับในทางกลับกันการเข้ายึดกุมอำนาจนั้นได้ ผลักให้มนุษย์ต้องกลายเป็นผู้ถูกกระทำ ภายใต้ผู้ครอบครองอำนาจ จนกลายเป็นผู้สูญเสียทั้งในด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ ปรัชญาการณดังกล่าวจะทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจระบบบริการทางการแพทย์ที่มีความรุนแรงต่อมิติตามความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น โดยงานการศึกษานี้ผู้ศึกษามีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อวิเคราะห์หมโนทัศน์ความเป็นสมัยใหม่(Modernity) ของ Anthony Giddens 2) เพื่ออธิบายถึงกระบวนการการครอบงำทางการแพทย์ (Medicalization) ในสังคมไทย3) เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของคนไทยอันเกิดจากการให้ความเชื่อมั่นและศรัทธา ในผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) หนึ่งของสังคมไทย4) นำข้อค้นพบที่ได้ไปกำหนดแนวทางในการสร้างกลไกทางสังคม เพื่อความเป็นธรรมและปลอดภัยในสังคม ดังต่อไปนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.1.1 การแพทย์ไทยในสังคมทันสมัย

จากกรอบการมองข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาองค์ความรู้ของการแพทย์สมัยใหม่ หรือที่เรียกว่า การแพทย์ชีวภาพไทยมีการเติบโตอย่างก้าวกระโดดพร้อมๆ กับการพัฒนาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์และพัฒนารูปแบบ ในการให้บริการที่มีความเป็นวิทยาศาสตร์และกฎเกณฑ์ที่ผู้คนในสังคมยอมรับ ผู้ศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยยอมรับเชื่อถือในระบบการแพทย์สมัยใหม่เนื่องด้วยปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ

1) การที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย

การที่การแพทย์สมัยใหม่มีการพัฒนาเทคโนโลยีทันสมัย ทำให้สามารถลดไขหายจากอาการป่วยและอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นได้และยังมีการพัฒนาเทคโนโลยีที่ทันสมัยมากขึ้นเท่าไร ก็เท่ากับเป็นการสร้างความอบอุ่นใจมากขึ้นให้กับผู้ป่วยว่า การแพทย์สมัยใหม่จะช่วยรักษาพวกเขาให้หายจากความเจ็บป่วยได้มากขึ้นเท่านั้น

2) การที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่มีรูปแบบการจัดการที่เป็นแบบธุรกิจ

การเกิดขึ้นของวัฒนธรรมธุรกิจในระบบการแพทย์ ทำให้เกิดการแข่งขันกันภายในระบบการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดขึ้นของโรงพยาบาลเอกชนที่เกิดขึ้นมาเพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยที่ต้องการการบริการในระดับต่างๆ กัน ทำให้ผู้ป่วยหลายคนเชื่อว่า หากพวกเขาเสียเงินในการรักษาชีวิตของตนเองและคนที่รักในระดับที่สูงแล้ว นั้นย่อมคาดหวังได้ว่าการรักษาโรคที่พวกเขาจะได้รับต้องทำให้ตนเองหรือคนที่รักหายจากความเจ็บป่วย

3) การเป็นสัญลักษณ์ทางการแพทย์

การพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นแกนกลางที่สำคัญ มีลักษณะขององค์ความรู้ในการรักษาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ ที่เป็นระบบไม่ว่าจะเป็นการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ระยะเวลาของอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นลักษณะอาการของโรคที่เกิดขึ้น ความรุนแรงของโรค และวิธีการรักษาโรคที่เหมาะสม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ความรู้ที่ตายตัวไม่ไหลลื่น ขึ้นอยู่กับตรรกะของความเป็นวิทยาศาสตร์และผู้เชี่ยวชาญ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้กลายเป็นสัญลักษณ์ที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยว่า ไม่ว่าจะพวกเขาจะอยู่ในระดับสังคมไหน

ทุกคนก็จะได้รับการรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยวิธีการรักษาและขั้นตอนที่เป็นแบบเดียวกันหมด ทำให้ผู้ป่วยยอมรับและปฏิบัติตาม

จากการพัฒนาความทันสมัยในระบบการบริการทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในเทคโนโลยี รูปแบบการให้บริการ และความเป็นแพทย์ว่าสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับระบบบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและดีที่สุด ในขณะที่ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ อติศักดิ์ จิ่งพัฒนาวดี (2549) ได้ศึกษา ระบบการแพทย์ชีวภาพในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า องค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์อย่างยิ่ง และเป็นกฎเกณฑ์และสัญลักษณ์ที่ผู้คนในสังคมยอมรับและปฏิบัติร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็ความเสี่ยงสัญญาณ “ลูกเงิน” ในฐานะของการเป็นสัญลักษณ์ที่สถาบันการแพทย์ชีวภาพใช้เป็นเครื่องมือในการสถาปนา ความเหนือกว่าของตนโดยการบังคับทุกคนให้ตกอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ของมัน โดยแสดงตนในฐานะสิ่งที่เชื่อมโยงอยู่กับวิทยาศาสตร์อย่างแนบแน่นนั้น ได้กลั้กลายเป็นสิ่งที่มีอำนาจในตนเอง ในแง่นี้หากเปรียบเทียบ “พื้นที่” ภายในโรงพยาบาลเป็นสัญลักษณ์ชนิดหนึ่ง (ที่ไม่ต่างจากความเป็นสัญลักษณ์ของเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน”) ที่บรรจุด้วยกฎเกณฑ์เฉพาะที่ใช้สถาปนาความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เหลื่อมล้ำ โดยการกำกับการกระทำและความสัมพันธ์ที่ผู้ที่อยู่ภายในพื้นที่นี้พึงจะมีต่อกัน การที่ไม่ว่าใครก็ตามที่ก้าวเข้ามาสู่เขตแดนของความเป็นโรงพยาบาลและระบบผู้เชี่ยวชาญ ก็จะมีการยอมรับและสยบต่อกฎเกณฑ์เฉพาะของพื้นที่โดยปริยาย ก็เนื่องด้วยเหตุผลเช่นเดียวกับการยอมรับกฎเกณฑ์ของเสียงสัญญาณ “ลูกเงิน” คือการทำให้ถูกเชื่อว่ามีตรรกะแบบวิทยาศาสตร์ มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย หนุนหลังกฎเกณฑ์เหล่านั้นอยู่อย่างหนาแน่น

6.1.2 การแพทย์สมัยใหม่กับการครอบงำทางการแพทย์

ในสภาวะการณ์ของผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บไข้ได้ป่วยความต้องการที่ผู้ป่วยต้องการคือการพ้นจากความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้เองที่ทำให้ผู้ป่วยต้องหันมาพึ่งผู้มีหน้าที่หลักนั่นคือ แพทย์สมัยใหม่ ผู้ศึกษาพบว่าปฏิบัติการการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาคนไข้ แพทย์จะใช้วิธีการแปลงความเจ็บป่วยของคนไข้ให้เข้าสู่รูปแบบ ที่มีความเฉพาะที่ถูกกำหนดโดยระบบภาษา (Linguistic System) และมุมมองทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เรียนรู้และรับรู้มา ในระหว่างการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ และรวมถึงปฏิบัติการของการบอกเล่าและจัดการกับชีวิตและความเจ็บป่วยที่เป็นผลมาจากกระบวนการแปลงนั้น ซึ่งปฏิบัติการทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายในระบบภาษาที่วางอยู่บนพื้นฐานความรู้แบบการแพทย์สมัยใหม่นั้น จะทำการลดส่วน ตัดทอนมิติ

อื่นๆ ที่ซับซ้อนของชีวิตและความเจ็บป่วยทั่วไป ให้เหลือไว้เพียงมิติทางชีววิทยาที่สามารถตรวจวัดได้เท่านั้น ผู้ศึกษาพบว่ากระบวนการครอบงำทางการแพทย์ดังกล่าวปรากฏออกมาใน 2 รูปแบบ

1) รูปแบบของการสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหมอกับคนไข้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเนื่องจากความต้องการการพึ่งพิงของคนไข้ที่ต้องการได้รับการได้จากแพทย์ ทำให้คนไข้ต้องยอมจำนนตกอยู่ใต้สภาวะของการถูกกระทำด้วยความไม่รู้ในลักษณะของอาการที่เกิดขึ้นนอกจากนี้ ความไม่รู้ที่เกิดยังส่งผลถึงค่านิยมส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นกับคนไข้คือ การยอมจำนนตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ ผู้ศึกษาพบว่าทัศนคติของคนไข้ ถึงแม้ว่าตนเองจะมีความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยในระดับหนึ่ง แต่ทำที่สุดแล้วคนไข้เหล่านี้ก็ยังให้น้ำหนักกับความน่าเชื่อถือของคำวินิจฉัยของแพทย์อยู่ดี ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของจอร์จ วรธร (2547) พบว่าทัศนคติของหญิงชายคลิตีลิ่งที่มีต่อการรักษาของแพทย์กระทรวงสาธารณสุขนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นไปในแง่ลบ ไม่อยากร่วมมือและมีอคติต่อแพทย์กลุ่มนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยปัจจัยเช่น ความไม่เข้าใจในระบบ การรักษาทางการแพทย์ ความไม่เข้าใจภาษาทางการแพทย์ วัฒนธรรมทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงชายคลิตีลิ่งมองว่าแพทย์ไม่มีความจริงใจในการรักษา ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญกับผู้เจ็บป่วยชาวคลิตีลิ่งนั้นหลายครั้ง เป็นไปในลักษณะของผู้ถูกกระทำและยากที่จะต่อต้านชัดเจน เพราะคนพวกนี้ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือต่อรองในเรื่องที่ตนควรจะได้รู้

2) การสร้างความเชื่อมั่นในระบบผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ เป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย โดยวิธีการผลิตซ้ำองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ว่าเป็นองค์ความรู้ที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยได้

ดังนั้น จากการศึกษา สรุปได้ความรู้ความจริงทางการแพทย์มีมากมายหลายระดับและหลายมิติ คนไข้ถูกทำให้เชื่อโดยชุดขององค์ความรู้ชุดใดชุดหนึ่งจากการถ่ายทอดการเรียนรู้ ผ่านตามช่องทางสื่อต่างๆ กระบวนการดังกล่าว ใช้อำนาจครอบงำผ่านการสร้างความน่าเชื่อถือด้วยความเป็นวิทยาศาสตร์ การแพทย์ในสังคมไทยจึงถูกครอบงำจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งคนไข้เป็นผู้ถูกกระทำอีกต่อหนึ่ง และจากงานศึกษาของโกมาตร (2545) เขาเสนอว่า กระบวนทัศน์สุขภาพในสังคมไทยที่ผ่านมาถูกครอบงำด้วยการแพทย์แบบชีวภาพ ที่ลดทอนชีวิตเหลือเพียงมิติทางชีววิทยา และด้วยเงื่อนไขของวิทยาศาสตร์การแพทย์แบบชีวภาพดังกล่าว จึงเป็นชุดคำอธิบายหรือวาทกรรมหนึ่งซึ่งเป็นตัวขัดขวางการทำความเข้าใจและรับฟังผู้ป่วย อีกทั้งยังมีการใช้เกณฑ์มาตรฐานการชี้วัดความเจ็บป่วย โดยไม่ได้คำนึงถึงความรู้สึกความทุกข์ทรมาน ที่อยู่เบื้อง

หลักเกณฑ์แห่งองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และโดยเฉพาะอย่างยิ่งวาทกรรมการแพทย์สมัยใหม่ที่มีลักษณะผูกขาดคำอธิบายองค์ความรู้เรื่องสุขภาพอย่างเห็นได้ชัด แพทย์ก็คือผู้วินิจฉัยโรค เป็นผู้นิยามความเจ็บป่วย

เหล่านี้เป็นเพียงบางส่วน ของวาทกรรมทางการแพทย์ในการสร้างความชอบธรรมและเอื้อประโยชน์กับกลุ่มผู้มีอำนาจและผู้เชี่ยวชาญ และสิ่งที่ผู้ศึกษาพบ พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการคือ การวินิจฉัยโรคที่เป็นความจริง ถูกต้องและตรงไปตรงมา รวมทั้งยารักษาโรคที่ตรงกับความเจ็บปวดของโรค และสิ่งสำคัญที่สุดคือการดูแลเอาใจใส่ติดตามอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เพราะผู้ป่วยเหล่านี้เข้ารับบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าจะรักษาอาการนี้ให้หายได้

6.1.3 ความเสี่ยงเกี่ยวกับการแพทย์สมัยใหม่

ในระบบการแพทย์สมัยใหม่ นอกจากผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่ผู้เชี่ยวชาญสร้างขึ้น เพื่อใช้ในการสร้างความชอบธรรมในการวินิจฉัยและการรักษาโรคให้ผู้ป่วย แล้วผู้ศึกษายังพบว่า หลังจากผู้ป่วยผ่านชุดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ในการรักษาโรคมมาแล้ว ผู้ป่วยจะเข้าถึงวิธีการรักษาพยาบาลโดยผ่านการวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญว่า จะต้องรักษาโรคด้วยวิธีใด สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการเผชิญต่อมาคือ ความผิดพลาดที่แฝงมากับการครอบงำทางการแพทย์ ซึ่งความผิดพลาดดังกล่าวเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ

6.1.3.1 ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรทางการแพทย์ ความผิดพลาดที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ถึงเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่คนไข้ทุกคนต้องเผชิญ ผู้ศึกษาพบว่า ความผิดพลาดที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีผลทำให้ชีวิตคนไข้ตกอยู่ในความเสี่ยงมีด้วยกัน 4 ด้าน

1.1) ความเสี่ยงที่เกิดจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาด เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากแพทย์ตรวจสอบดูอาการของผู้ป่วยแล้ววินิจฉัยโรคผิด หรือขาดความเอาใจใส่กับอาการบางอย่างที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย

1.2) ความเสี่ยงที่เกิดจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาด เป็นสถานะที่แพทย์จะต้องเลือกวิธีการรักษาโรคให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

1.3) ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการไม่ได้ตรวจเฉพาะ เป็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเพราะอาการของโรคต้องบางชนิดต้องการการตรวจอาการเป็นพิเศษ แต่แพทย์ละเลยที่จะส่งผู้ป่วยที่มีอาการขั้นต้นเข้ารับการตรวจเฉพาะ

1.4) ความเสี่ยงที่เกิดจากการให้ยาผิดพลาด ผู้ศึกษาพบว่าความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในด้านนี้เกิดจากปัจจัย 2 ประการ ประการแรกคือ การให้ยาผิดพลาด เพราะรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ประการที่สอง การให้ยาผิดพลาดเพราะขาดความระมัดระวังและเอาใจใส่ในสิ่งที่ผู้ป่วยบอก

2) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ เป็นความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากโครงสร้างของระบบบริการทางการแพทย์ เช่น เรื่องของการบริหารงานระบบการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ ซึ่งความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากระบบบริการทางการแพทย์ดังกล่าวมีด้วยกัน 2 ด้าน

2.1) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในเรื่องของการสื่อสาร ส่งงาน และส่งมอบงาน เป็นความผิดพลาด อันเนื่องมาจากการไม่ชัดเจนในการพูดและการส่งมอบงานจากบุคคลหนึ่งหรือองค์กรหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งหรือองค์กรหนึ่ง

2.2) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาด ในเรื่องของการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เกิดจากการไม่ได้เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมในการรักษา ไม่มีการตรวจเช็คอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน

ดังนั้น จากการศึกษารูปได้ว่า ความเสี่ยงที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในทางการแพทย์คือ ความเสี่ยงที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์และความเสี่ยง ที่เกิดจากโครงสร้างของระบบบริการทางการแพทย์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญา ตันทวีวงศ์ (2542) ที่ศึกษาความทุกข์ที่เกิดจากระบบบริการทางการแพทย์พบสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรก เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วยโดยเฉพาะการมองข้ามบทบาทของญาติที่รู้จักผู้ป่วยดีที่สุด เพราะระบบการแพทย์ในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับความเป็นผู้เชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จนขาดความสนใจและละเลยข้อมูลการสังเกตอาการของครอบครัวหรือเครือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด หรือแม้กระทั่งตัวผู้ป่วยเองที่เข้าใจถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนเองดีที่สุด แพทย์จะผูกขาดบทบาทการตัดสินใจในการรักษา ซึ่งการไม่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของญาติในการรับฟังหรือบอกเล่าข้อมูล อาจส่งผลโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้ ประการที่สอง เป็นเรื่องโครงสร้างของระบบสาธารณสุขพบว่า ความ

เจ็บป่วยของคนไข้บางรายหากไม่มีการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลเสียต่อชีวิตผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะการทำงานของแพทย์ที่มีการทำงานแบบเข้าเวร พบว่าหลายครั้งที่ระบบความสัมพันธ์ของระบบการจัดเวรของโรงพยาบาลที่ให้แพทย์ดูแลคนไข้แทนกันได้แม้จะมีแพทย์เจ้าของไข้ แต่ไม่มีแพทย์คนใดต้องรับผิดชอบคนไข้รายใดเป็นพิเศษ ทำให้ความต่อเนื่องและความทัน่วงที่ในการรักษาพยาบาลไม่เกิดขึ้น เพราะบางครั้งอาการที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที่ก็ส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้

จากแนวความคิดดังกล่าว นอกจากจะต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในทางการแพทย์แล้ว สิ่งที่เกิดขึ้นตามมาอีกคือ ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบจากความผิดพลาดดังกล่าวในด้านต่างๆ เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ดังจะกล่าวถึงต่อไป

6.1.3.2 ความเสี่ยงกับคนไข้ที่ใช้บริการทางการแพทย์

เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากผลของการผิดพลาดของผู้เชี่ยวชาญและระบบบริการทางการแพทย์ โดยผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ จากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น โดยผู้ศึกษาพบว่าผลกระทบดังกล่าวที่เกิดขึ้นมีด้วยกัน 5 ด้าน

1) ด้านร่างกายเป็นความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับอวัยวะทั้งภายในและอวัยวะภายนอกร่างกาย ลักษณะของความสูญเสียที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงมีดังนี้

- การสูญเสียอวัยวะชิ้นใดชิ้นหนึ่งไป โดยที่อวัยวะชิ้นนั้นยังคงอยู่แต่ใช้การไม่ได้ เช่น เส้นประสาทแขนขาดทำให้ใช้การไม่ได้

- การสูญเสียอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งไปพร้อมๆ กัน เช่น ผลจากการแพ้ยาก็อาจทำให้อวัยวะภายในเสียหายตั้งแต่ปาก คอ ลำไส้ กระเพาะ ปอด ท่อน้ำลาย ท่อน้ำตา อวัยวะภายนอกรอยไหม้ที่เกิดจากการแพ้ยา ตาบอด เล็บมือเล็บเท้าเน่า หรือเกิดจากการเป็นอัมพาตครึ่งตัว ทำให้ช่วงล่างเดินไม่ได้

- การสูญเสียความเป็นมนุษย์ปกติ อันเกิดจากความเสียหายที่ได้รับจากสมอง เช่น การขาดออกซิเจน

2) ด้านจิตใจ เป็นความรู้สึกของผู้ป่วยที่ต้องรับรู้ถึงความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงครอบครัวที่ต้องมารู้ว่าบุคคลที่รักต้องมาเป็นคนพิการ ดังนี้

- ความรู้สึกสับสนของผู้ป่วย เมื่อรู้ว่าตนเองต้องกลายเป็นคนพิการ ทำให้ผู้ป่วยหลายคนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับความคิดที่เกิดขึ้นได้ เช่น ความคิดที่เกิดจากการเป็นอัมพาตที่ทำให้คนปกติที่กำลังอยู่ในวัยทำงานต้องกลับมาพึ่งในรถเข็นกลายเป็นภาระของพ่อแม่ที่สูงอายุ

- ความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวังของบุคคลที่อยู่ในใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกอันเนื่องมาจากสมองพิการ ซึ่งส่วนมากจะพบในวัยเด็กแรกคลอด ซึ่งสร้างความสูญเสียอันยิ่งใหญ่ให้กับบุคคลในครอบครัว เพราะนอกจากจะไม่ได้ต้อนรับสมาชิกใหม่ที่มีพัฒนาการปกติแล้ว ยังต้องคอยเลี้ยงดูร่างกายที่ไร้การรับรู้ใดๆ ทั้งสิ้นอีก

3) ด้านสังคม ซึ่งเป็นผลจากความพิการที่เกิดขึ้นทางร่างกายของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียโอกาสในชีวิตหลายด้าน ความสูญเสียที่เกิดขึ้นยังรวมถึงความเสียโอกาสของบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- ความพิการที่เกิดขึ้นถ้าเกิดขึ้นในเด็กก็จะมีผลกระทบในหลายด้าน เช่น การเรียน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสในการทำงานของชีวิตมีน้อยลง ถ้าเกิดขึ้นในวัยทำงาน ทำให้ได้รับผลกระทบจากการทำงาน ส่วนมากความพิการที่เกิดขึ้นส่งผลให้ต้องลาออกจากงาน

- ความสูญเสียโอกาสของบุคคลในครอบครัว พบว่าความพิการที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในเด็กเล็ก สมาชิกในครอบครัวต้องออกจากงานประจำมาดูแลโดยเฉพาะความพิการทางสมอง เพราะผู้พิการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

นอกจากนี้ จากการศึกษาผู้ศึกษาพบประเด็นเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบที่ตามมาจากความสูญเสียทางร่างกาย 2 ประเด็นดังนี้

4) ความเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ เป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นภายในครอบครัว ดังนี้

- ความพิการที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่เกิดจากสมองพิการและอัมพาต ค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียนอกจากค่ารักษาพยาบาลและค่ายาที่ต้องเสียประจำแล้ว ค่าใช้จ่ายในเรื่องของอุปกรณ์ที่ใช้ในการขับถ่าย รถเข็น ถังออกซิเจน เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวและต้องแบกรับที่ค่อนข้างสูง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับกำลังหลักของคนในครอบครัว ส่งผลกระทบไปยังสมาชิกในครอบครัวตามมาเรื่อยๆ

5) ความเสี่ยงทางด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นความเสี่ยงที่แฝงมากับความพิการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทและสถานภาพเดิมได้อีกต่อไป ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวดังนี้

- ความพิการที่เกิดขึ้น ถ้าเกิดในฝ่ายหญิงที่ทำหน้าที่ภรรยาในครอบครัวฝ่ายหญิงจะได้รับการปฏิเสธหรือเลิกกันไปทันทีหลังจากที่ฝ่ายหญิงพิการแล้ว ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ชายเมื่อฝ่ายหญิงพิการก็มักจะคิดว่าความพิการที่เกิดขึ้น สร้างภาระให้กับตัวเองเสียเป็นส่วนใหญ่ และคิดว่าฝ่ายหญิงคงจะไม่สามารถช่วยกันสร้างฐานะทางเศรษฐกิจได้อีก ผู้ศึกษาพบว่าความพิการที่เกิดขึ้นจากฝ่ายหญิงทั้ง 3 ตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คน ถูกฝ่ายชายขอย่าในทันทีหรือไม่ก็หายหน้าหายตาไปอีกเลย โดยไม่มีความรับผิดชอบปล่อยให้ฝ่ายหญิงต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยและเลี้ยงดูบุตรอยู่ตามลำพัง

จากข้อสรุปในผลการศึกษาข้างต้นและสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ความทันสมัยและระบบผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผลมาจากการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์ ทำให้เกิดความเสียด้านสุขภาพในสังคมไทย สามารถตอบสมมติฐานได้ว่า ความเสี่ยงที่แฝงมากับการพัฒนาองค์ความรู้การแพทย์สมัยใหม่ที่มีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิธีการรักษา ส่งผลกระทบต่อตัวคนไข้โดยตรง ทั้งจากความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในระบบผู้เชี่ยวชาญ ที่คนไข้ไม่สามารถมองเห็นได้ เพราะถูกสร้างความเชื่อมั่นโดยการผลิตซ้ำทางการรักษาให้คนไข้มั่นใจในการรักษา ด้วยวิธีการทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่มีความรู้แบบวิทยาศาสตร์เป็นแกนกลางว่า สิ่งที่คุณใช้ทุกคนได้รับเป็นวิธีที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุด จากวาทกรรมดังกล่าวทำให้ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ มีอำนาจอย่างมากในการทำให้ความเจ็บป่วย ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมของมนุษย์กลายเป็น “โรค” (Disease) ที่ต้องถูกจัดการด้วยชุดความรู้ทางการแพทย์ แบบประจักษ์นิยมและเหตุผลนิยมแบบวิทยาศาสตร์ พร้อมด้วยการเกิดขึ้นของภาษาทางการแพทย์ ที่กินรวบครองพื้นที่การอธิบายความจริงชุดต่างๆ ในเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้บุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีเสมือนหนึ่งเกาะกุมกันภัย เพื่อเป็นเส้นแบ่งไม่ให้คนธรรมดาสามัญเข้ามามีอำนาจต่อรองหรือทางเลือกอื่นในพื้นที่ของการรักษา ตรงนี้เองที่ทำให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีสถานภาพสูงขึ้น เกิดความเหลื่อมล้ำอำนาจกันทั้งผู้รักษาและผู้ถูกรักษา ส่งผลให้คนไข้ได้รับผลกระทบที่แฝงมากับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์สมัยใหม่ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย จิตใจ สังคม และทรัพย์สิน สมมติฐานที่ตั้งไว้จึงมีความเป็นจริง

6.2 อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้พบองค์ความรู้ที่มีผลกระทบต่อสังคมไทยในปัจจุบันนั้นคือ องค์ความรู้ที่มากับความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) ที่มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์เป็นแกนกลางและมีการพัฒนาเทคโนโลยีเป็นตัวสนับสนุน องค์ความรู้ทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะผลพวงที่เกิดขึ้นจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมและการขยายตัวแบบเศรษฐกิจทุนนิยม พร้อมๆ กับการขยายตัวของลัทธิล่าอาณานิคม ทำให้วิทยาศาสตร์ได้รุกคืบเข้าไปสู่วิถีชีวิตของผู้คน พร้อมๆ กับการผูกฟ่วงไปกับค่านิยมของความทันสมัยที่ได้ แสดงให้โลกเห็นถึงพลานุภาพที่เข้มแข็งของวิทยาศาสตร์โดยเฉพาะในด้านการแพทย์ และสาธารณสุขวิทยาศาสตร์ ก็ประสบความสำเร็จในการเข้าไปทดแทนการแพทย์ดั้งเดิมและเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์โลก ที่ระบบการแพทย์ของประเทศมีลักษณะที่ถอดมาจากแบบอันเดียวกันคือ การแพทย์ที่มาจากวิทยาศาสตร์

เมื่อการแพทย์สมัยเก่าได้ถูกกลืนกลายเป็นการแพทย์ในยุควิทยาศาสตร์แล้วก็คงไม่มีความจำเป็นอันใดที่คนในสังคมจะต้องมาตั้งคำถามกับความก้าวหน้านี้ เพราะการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ที่ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของคนในยุคนี้สูงกว่ายุคก่อน ทำให้ผู้คนไม่ต้องล้มตายเป็นจำนวนคราวละมากๆ ด้วยโรคระบาดที่รักษาไม่หายอย่างสมัยก่อนที่อย่างมาก เราทำได้เพียงสวดมนต์ขับไล่หรือไม่ก็อพยพย้ายเมืองกันเท่านั้น ทำให้เราสามารถผ่าตัดช่วยเหลือชีวิตผู้คนด้วยโรคที่ในสมัยก่อนถือว่าหมดทางเยียวยาแล้ว หรือไม่ว่าจะเป็นการคิดค้นยารักษาโรค เอ็ดส์ ยารักษาโรคมะเร็ง เทคนิคการผ่าตัดหัวใจที่ทันสมัยที่สุดหรือแม้กระทั่งการทำโคลนนิ่งอวัยวะเพื่อเป็นอะไหล่ของมนุษย์ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่เป็นไปเพื่อให้มนุษย์มีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาว ซึ่งไม่เคยประสบความสำเร็จอย่างนี้มาก่อนในประวัติศาสตร์ของมนุษยชาติ เหล่านี้ล้วนแต่เป็นสิ่งที่ดีๆ ของวิทยาศาสตร์ สาระตรงนี้ทำให้ผู้ศึกษาเห็นว่าผลสำเร็จจากการพัฒนาทางการแพทย์ ดังกล่าวส่งผลให้คนไข้เชื่อมั่นและไว้วางใจในระดับสัญลักษณ์ของความเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และถือเป็นการเปิดพื้นที่สำคัญให้ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้สามารถครอบคลุมอำนาจในเรื่องการรักษา เยียวหาความเจ็บป่วยของคนในสังคมได้

ส่วนแนวคิดวาทกรรมทางการแพทย์ของ Foucault สามารถนำมาประยุกต์ใช้ เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้เป็นอย่างดี ดังที่ Foucault เสนอว่า ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ถูกจัดให้อยู่ในลำดับความรู้ที่ให้ประโยชน์กับชนชั้นนำในสังคม จากตรงนี้ผู้ศึกษาพบว่า การที่องค์ความรู้ทางการแพทย์ชีวภาพเติบโตอย่างก้าวกระโดด พร้อมๆ กับการพัฒนาเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เพียงแต่จะเป็นสิ่งที่ช่วยในการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ยังมีบทบาท

แฝงเร้นในการทำหน้าที่เป็นกำแพง ที่แยกแพทย์ออกมาจากคนไข้เรื่อยๆ และนอกจากการกันแพทย์ออกมาจากคนไข้แล้วในอีกระดับหนึ่งตัวคนไข้เองก็ยังถูกกันออกมาจากเครือข่ายและสิ่งแวดล้อมให้กลายเป็นมนุษย์ที่ปราศจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เพื่อที่แพทย์จะได้ใช้ “เทคนิคของการจัดการ” ในการรักษาความเจ็บป่วยมากกว่าที่จะใช้ “ศิลปะในการดูแล” (Kothari and Mehta 1996 : 194) และกรณีที่แพทย์ชีวภาพสามารถก้าวเข้ามาเป็นระบบการแพทย์กระแสหลักที่มีอำนาจสูงสุดในสังคมได้นั้น เหตุหนึ่งก็ด้วยเพราะใช้การกล่าวอ้างถึงลักษณะของความรู้และปฏิบัติการในการเยียวยาความเจ็บป่วยที่เป็น “ความจริงแท้” “เป็นสากล” และ “ปราศจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมใดๆ”

จากการศึกษาพบว่ากรอบจำกัดด้วยความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ส่งผลทำให้การต่อรองเชิงอำนาจของคนไข้กับหมอลดลง เพราะความเชื่อมั่นทั้งในตัวบุคลากรและระบบการบริการทางการแพทย์ คนไข้ส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะไต่ถามความเป็นจริงจากหมอ เพราะคนไข้เหล่านี้เชื่อว่าเมื่อชีวิตพวกเขาอยู่ในมือหมอแล้ว ทุกอย่างจะปลอดภัยเพราะบุคคลเหล่านี้คือผู้ที่จะมาเยียวยารักษาพวกเขาให้พ้นจากความทุกข์ทรมานในความเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าระบบสุขภาพไทยในฐานะเป็นระบบนักวิชาชีพด้านการรักษาโรค และยังมี การจัดเรียงลำดับความถูกต้องในการรักษาโรค หรือกล่าวได้ว่าเป็นการจัดเรียงความสามารถและความถูกต้องในการรักษา โดยใช้ลักษณะความเป็นผู้เชี่ยวชาญกำหนด ดังนั้น การรักษาตัวเอง (Self medication) เป็นการรักษาที่ถือว่าขาดความรู้ที่ถูกต้องของผู้มีวิชาชีพด้านการรักษา จึงอยู่ลำดับต่ำสุด ส่วนการรักษาของผู้มีวิชาชีพด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ ที่ผ่านการเรียนในโรงเรียนการแพทย์และการสาธารณสุขหลายปี ผ่านการฝึกฝนการปฏิบัติงานจึงถือว่ามีความถูกต้องในการรักษาโรคให้กับผู้ป่วย ดังนั้นกลุ่มวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข จึงถูกจัดลำดับให้อยู่ในกลุ่มที่มีความสามารถสูงและมีความถูกต้องในการรักษาที่สมบูรณ์ (สันทัด, 2546: 11-16)

ในกลุ่มผู้มีวิชาชีพเอง ยังมีการแยกย่อยความสูงต่ำในการรักษาตามความพร้อมของเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งภายใต้ระบบสุขภาพไทยที่เป็นระบบของความเป็นวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขคนไข้จะถูกจำกัดทางเลือกในการแสวงหาการรักษาพยาบาล และต้องตกอยู่ในฐานะพึ่งพาบบการแพทย์แบบวิชาชีพ คนไข้จึงมีอำนาจต่อรองกับระบบการแพทย์สมัยใหม่น้อยกว่าที่ควรจะเป็นมาก

ในส่วนของวาทกรรมความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ที่ว่าด้วยกระบวนการค้นคว้าสุขภาพในสังคมไทยที่ผ่านมาถูกครอบงำ ด้วยการแพทย์แบบชีวภาพที่ลดทอนชีวิตลดลงเหลือเพียงมิติทาง

ชีววิทยา ขาดมิติทางจิตวิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์ รวมทั้งขาดความเชื่อมโยงไปสู่ มิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อม การแพทย์สมัยใหม่จึงศึกษาการทำความเข้าใจชีวิตได้อย่างเป็นองค์รวม (จีระวรรณ บรรเทาทุกข์, 2547 : 231) จนถึงกับมีผู้กล่าวว่า “การค้นพบที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของวงการแพทย์ในศตวรรษที่ 20 คือ การเพิกเฉยต่อความมนุษย์” (Lewis Thomas อ้างถึงใน Kothari and Mehta 1996 : 196) ในแนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาอธิบายถึงผลกระทบที่ผู้ป่วยได้รับจากการให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจผู้เชี่ยวชาญที่ปรากฏขึ้น ทั้งความบอบช้ำทางร่างกาย จิตใจ และความสูญเสียโอกาสทางสังคมต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดทางการแพทย์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความเสี่ยงที่ผู้ป่วยทุกคนจะต้องเผชิญ และผู้ศึกษาได้พบว่าความเสี่ยงที่ผู้ป่วยในสังคมจะต้องเผชิญปรากฏอยู่ในกระบวนการรักษาทางการแพทย์ ดังนี้ 1) ความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของระบบการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ 2 ระบบตามแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของ Anthony Giddens คือ เราควรมอง “โครงสร้าง” (Structure) และ “ผู้กระทำ” (Agency) ในรูปของทวิภาวะ นั่นคือ การที่จะมองว่าโน้ตทัศน์ทั้งสองนี้แยกออกจากกันหรือขัดแย้งกัน เราควรที่จะต้องหันกลับมาคิดในมโนทัศน์เพียงอันเดียวที่มีสองลักษณะอยู่ภายในโดยเราสามารถใช้งานมองแบบนี้มาวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมใหม่

ผู้ศึกษาพบว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากระบบการแพทย์ใหม่ มี 2 ลักษณะ

1.1) ลักษณะแรก เป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดของบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ซึ่งเกิดจากการวินิจฉัยโรคผิดพลาด การตัดสินใจผิดพลาด ความผิดพลาดเพราะไม่ได้ตรวจเฉพาะ และสุดท้ายคือการใช้ยาผิดพลาด ความผิดพลาดดังกล่าวเกิดขึ้นจาก ความเสี่ยงดังกล่าวเกิดขึ้นจากตัวบุคลากรทางการแพทย์โดยตรง สาเหตุมาจากความไม่พร้อมของผู้เชี่ยวชาญ ความประมาท ละเลยและไม่เอาใจใส่กับข้อมูลของคนไข้ในการตรวจรักษา และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองข้ามบทบาทของบุคคลใกล้ชิดผู้ป่วยและตัวผู้ป่วย ที่สามารถให้ข้อมูลของอาการที่เกิดขึ้นของโรคได้ดีที่สุด

1.2) ลักษณะที่สองเป็นความเสี่ยงที่เกิดจากความผิดพลาดในตัวระบบที่ให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเกิดจากความผิดพลาดในเรื่องของการสื่อสาร ส่งงาน ส่งมอบงาน และความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเกิดจากการละเลย ขาดความเอาใจใส่ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน้าที่นั้นๆ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเราสามารถวิเคราะห์ได้ทั้งตัวผู้กระทำที่ทำให้เกิดความเสียหายและตัวโครงสร้างที่เอื้อและคอยสนับสนุนให้เกิดความผิดพลาดกับคนไข้ขึ้น ส่วนความผิดพลาดที่เกิดขึ้นของระบบบริการทางการแพทย์ย่อมส่งผลกระทบต่อโดยตรงกับตัวคนไข้ที่รับบริการ

จากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความเสี่ยง (Risk) ของ Anthony Giddens ว่าความเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นความเสี่ยงที่มาจาก สังคมอุตสาหกรรมหรือมาจากความทันสมัยของเทคโนโลยีมีมากขึ้น โดยอาศัยน้ำมือมนุษย์เป็นเครื่องมือในการใช้งานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเสี่ยงในชีวิตคนไข้ เป็นผลมาจากการผิดพลาดของระบบบริการทางการแพทย์ที่มีเทคโนโลยีทันสมัยโดยผ่านการกระทำจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความผิดพลาดในระบบบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้ชีวิตมีความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินด้านต่างๆ ดังนี้

1) ความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบด้านร่างกาย ในรูปของความพิการอวัยวะต่างๆทั้งภายในภายนอกร่างกาย ความพิการในส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายเช่น การเป็นอัมพาตหรือสมองพิการ

2) ความเสี่ยงที่ได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกสูญเสีย สับสน และปรับตัวไม่ได้ทั้งคนไข้และญาติคนไข้

3) ความเสี่ยงที่จะสูญเสียโอกาสทางด้านสังคมที่เป็นผลมาจากความพิการอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสในการเข้าเรียน เข้าทำงาน ของผู้ป่วย รวมทั้งบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยด้วย

4) ความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเกิดขึ้นเพราะค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการรักษาตัวสำหรับผู้ป่วยที่มีการเรื้อรังต้องได้รับการรักษาอยู่เสมอ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นถ้าเกิดขึ้นกับบุคคลที่เป็นกำลังหลักในการหาเงินของครอบครัว ก็จะทำให้ครอบครัวนั้นประสบปัญหาทางการเงินในทันที

5) ความเสี่ยงที่จะได้รับผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวเกิดจากที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ได้ส่งผลทำให้ระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวสั่นคลอน ดังคำกลอนของผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหาย

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“เรา...สูญเสีย!”

“เสียชีวิต, เสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
เสียอวัยวะ, ทุกข์ทรมานทั้งกาย-ใจ
เสียความมั่นคง, ความเจริญก้าวหน้าในชีวิต
เสียรายได้ ไม่มีจะกิน, ไม่มีจะกินไม่มีค่ารักษาพยาบาล
เสียความรัก ความอบอุ่น ในครอบครัว
เสียหน้าที่การ, เสียความสุขในชีวิต
ชีวิตมีดมน สภาพจิตใจเสื่อมโทรม
ญาติ...คือคนใช้หมายเลข 2
ครอบครัวแตกแยก, ชีวิตพลิกผันดิ่งลงเหว
เด็กขาดที่พึ่ง ไม่ได้เรียนหนังสือ – หมดอนาคต”

(เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์, 2550)

งานชิ้นนี้ เป็นความพยายามที่จะเสนอมุมมองที่จะทำความเข้าใจในปฏิบัติการการรักษา เยียวยาคนไข้ภายใต้องค์ความรู้การแพทย์สมัยใหม่และพยายามเปิดมุมมองใหม่ในการมอง ปฏิบัติการการรักษาและองค์ความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ในฐานะที่เป็นผลผลิตทางวัฒนธรรม ที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขเฉพาะบางชนิดในสังคม จนนำไปสู่ความเข้าใจใหม่ที่แท้จริงแล้วทั้ง ปฏิบัติการขององค์ความรู้ชนิดนี้ไม่ได้เป็นความจริงสูงสุดหนึ่งเดียวหากแต่เป็นสิ่งที่สามารถ ถกเถียงกันได้และด้วยการถกเถียงนี้เอง จะสามารถนำไปสู่การพิจารณาจุดอ่อนของกระบวนการ แพทย์นี้อย่างลึกซึ้งและถือเป็นการเปิดพื้นที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ยอมรับและได้รับฟังเสียง ของผู้ป่วยมากขึ้น

6.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

อันที่จริงในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขไทย ไม่ใช่เพิ่งมาให้ความสำคัญกับการ สร้างระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ใส่ใจมิติความเป็นมนุษย์ของคนไข้ อีกทั้ง วิพากษ์วิจารณ์ระบบสุขภาพไทยที่ยึดถือการแพทย์เป็นศูนย์กลางมาโดยตลอด เพียงแต่ไม่ได้เน้น เฉพาะเจาะจงว่าเพื่อการแก้วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอ หากเน้นที่การให้บุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุขมีความลุ่มลึกในการเยียวยาความเจ็บไข้ได้ป่วย ที่สำคัญ ระบบสุขภาพไทยโดยรวมก็ ไม่ได้เคลื่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤตเฉกเช่นปัจจุบัน ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากทิศทางการพัฒนาประเทศ จน

สังคมอนุญาตให้การแพทย์กลายเป็นธุรกิจค้ากำไรไปโดยปริยายธุรกิจการแพทย์จึงขยายตัวเติบโตอย่างรวดเร็วตามนโยบายเพิ่มตัวเลขด้านเศรษฐกิจของประเทศ ด้านหนึ่งเป็นคุณแก่คนไทย เพราะทำให้บริการการแพทย์มีมาตรฐานสูงขึ้น แต่การแพทย์เชิงการค้าเช่นนี้ ทำให้มิติความเป็นมนุษย์ลดลง คนไข้กลายเป็น “ผู้ซื้อบริการ” หมอกลายเป็น “ผู้ขายบริการ” (อำพล, 2549) ค่าบริการก็แพงมากตามไปด้วย และค่าบริการที่แพงมากนี้ ทำให้ประชาชนผู้รับบริการคาดหวังผลลัพธ์การรักษาที่ดีที่สุด กลายเป็น “เวชศาสตร์เงินน้า” ที่ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้เป็นความสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ ส่งผลให้ชีวิตกลายเป็นเรื่องซื้อขายด้วยเงินทอง ที่ผู้ขายมีอำนาจผูกขาดในการเลือกขายบริการ สิทธิกับการจัดการชีวิตให้กับผู้ซื้อบริการ บนพื้นฐานของบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์

แม้วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอ จะเกิดขึ้นในแวดวงการสาธารณสุขไทยก็จริง แต่เนื่องจากระบบสุขภาพดำรงอยู่ภายใต้บริบทอันหลากหลายและพลวัต ตามการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมือง ทางออกจากวิกฤตจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ไม่จำกัดอยู่เฉพาะแวดวงการสาธารณสุขไทยทางออกจากวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมออย่างยั่งยืน ซึ่งก็คือวิกฤตระบบสุขภาพไทยโดยรวมนั้น อาจทำได้ดังนี้

1. ส่งเสริมจิตวิญญาณทางการแพทย์และสาธารณสุข

ในขณะที่ทิศทางการพัฒนาของสังคมไทย มุ่งเน้นความเจริญทางด้านวัตถุการแสวงหาความร่ำรวยและลาภยศถุกทำให้กลายเป็นเป้าหมายของชีวิต ระบบการแพทย์ในปัจจุบันก็มีพัฒนาการในลักษณะที่เน้นค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงิน ยังมีโรงพยาบาลเอกชนซึ่งสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และจัดสรรค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่ไปทำงานเป็นสัดส่วนที่มากกว่าภาครัฐเป็นสิบเป็นร้อยเท่าก็ยิ่งเกิดการเปรียบเทียบรายได้ระหว่างแพทย์มากขึ้นคนทำงานเสียสละเพื่อส่วนรวมหรือทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีค่าตอบแทนแต่พอควรกลายเป็นคนโง่ แต่การทำงานเพื่อเงินโดยขาดความภาคภูมิใจในวิชาชีพ และขาดการเห็นคุณค่าของชีวิตก็ไม่อาจนำมาซึ่งความสุขอันประเสริฐในชีวิตหรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้หากถือว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นสภาวะแห่งความสุขอันประณีต ที่เกิดจากการเข้าถึงซึ่งความดี ความงาม และความจริงของชีวิต (โดยไม่จำเป็นต้องเป็นเรื่องศาสนาเสมอไป) บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ขาดอุดมคติของชีวิต ก็ไม่แตกต่างจากพ่อค้าที่แสวงหากำไรจากความเจ็บป่วยของผู้คน หากเราจะถือว่างานเป็นมากกว่าการดิ้นรนหาเลี้ยงชีพเพราะการทำงานยังเป็นโอกาสในการขัดเกลาตนเอง เป็นโอกาสของการเข้าถึงความดี ความจริง และความงามของชีวิต โดยเฉพาะงาน

ทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้นมีสิ่งตอบแทนที่ไม่อาจเทียบเท่ากับค่าตอบแทนทางการเงินได้ ไม่ว่าจะเป็นความสุขและความภาคภูมิใจในการทำ ความดี ความสุขจากการทำงานที่ตอบสนองต่ออุดมคติของชีวิตนี้เองที่จะเป็นจุดเริ่มของการเรียนรู้ เพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณและความเข้าใจต่อชีวิตคนไข้

การบ่มเพาะฟื้นฟูอุดมคติของชีวิตและความหมายของการทำงาน ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่เพียงแต่จะทำให้การทำงานให้บริการแก่ผู้ป่วยและญาติมีความละเอียดอ่อนยิ่งขึ้น แต่ยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน มีความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่ใช่ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบเครื่องยนต์กลไก อย่างไรก็ตาม แม้ระบบการศึกษาในปัจจุบันยังไม่สามารถหาคำตอบ ให้กับปัญหาการเรียนการสอนที่จะสามารถปลูกฝังคุณธรรมและอุดมคติของชีวิตได้ แต่วิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอก็คือเป็นโอกาสอันดีที่ระบบสุขภาพไทยโดยรวมจะหันมาทบทวนและใส่ใจกับเรื่องนี้อย่างจริงจัง เพราะระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์นั้นตั้งอยู่บนฐานรากที่สำคัญคือ การมีคุณธรรมอุดมคติของชีวิต และการตระหนักถึงคุณค่าของการทำงานที่เป็นมากกว่าที่มาของรายได้

2. ส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพภาคประชาชน

นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาท ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพขนาดใหญ่ โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิหรือ Primary care ได้กลายเป็นด่านหน้าของยุทธศาสตร์การสร้างระบบบริการสุขภาพใหม่ครั้งนี้ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไม่ได้อยู่ที่การแข่งขันสร้างระบบการแพทย์เฉพาะทางหรือลงทุนซื้อเทคโนโลยีระดับสูง แต่อยู่ที่การสร้างจุดแข็งที่เป็นเอกลักษณ์ของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้ปรากฏชัดเจนเป็นที่ยอมรับ นั่นคือการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เข้าใจในมิติทางสังคมวัฒนธรรมของความเจ็บป่วย มีความละเอียดอ่อนและใส่ใจในความเป็นมนุษย์

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบสุขภาพ ที่สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างหมอกับคนไข้ให้เกิดขึ้นง่าย เพราะเป็นระบบสุขภาพที่ชาวบ้านเข้าใจง่าย เป็นที่พึ่งด้านสุขภาพแห่งแรกของประชาชน และเป็นกันเองเสมือนคนในครอบครัวเดียวกัน เพราะไม่ต้องมีขั้นตอนมากมายเวลาไปรับบริการ บริการปฐมภูมียังเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างชาวบ้านกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ ไม่ใช่บทบาทของการเป็นแค่ Gate keeper ที่คอยคัดคนเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพระดับสูงขึ้น แต่

เป็นตัวเชื่อมสำคัญ (mediator) ระหว่างระบบบริการสุขภาพระดับสูงกับวิถีชีวิตและความต้องการ หรือความคาดหวังจากระบบบริการสุขภาพของชาวบ้าน ในแง่นี้ บริการ Primary care จึงมีฐานะ เป็นระบบกันชน (buffers) หรือตัวกันกระแทกที่ช่วยลดการกระทบกระทั่งระหว่างชาวบ้านกับ บริการในโรงพยาบาลใหญ่โดยตรง ตรงจุดนี้ ทำให้ชาวบ้านเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายและช่วยลด ภาระต้นทุนในระดับบริการสุขภาพ

3. ทิศทางการพัฒนาประเทศและการแพทย์เชิงธุรกิจ

ระบบสุขภาพที่ดีมาจากการพัฒนาประเทศที่ดี เพราะระบบสุขภาพเป็นผลลัพธ์จากบริบท ทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม การพัฒนาประเทศที่เอาเงินเป็นตัวตั้ง ส่งเสริมบริโภคนิยม ดึง คนจากท้องถิ่นให้มาเป็นแรงงานรับจ้างราคาถูกในภาคอุตสาหกรรมในเมือง และส่งกลับไปท้องถิ่น อื่นที่เมื่อป่วยหนักหรือหมดแรงงานการผลิต การพัฒนาประเทศด้วยทิศทางนี้ไม่เพียงทำให้ประเทศ บอบช้ำ หากผู้คนในสังคมยังป่วยไข้มากขึ้น นอกจากนั้น นโยบายที่มุ่งหวังให้ประเทศเป็น ศูนย์กลางการรักษาในแถบภูมิภาคเพื่อนำเงินเข้าประเทศ แม้จะช่วยพัฒนาตามมาตราฐาน เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงแต่ดูเหมือนจะสวนทางกับจิตวิญญาณทางการแพทย์และ สาธารณสุขที่ไปด้วยกันไม่ได้เลยกับการพัฒนาที่เอาเงินนำ การพัฒนาประเทศด้วยทิศทาง ดังกล่าวเท่ากับส่งเสริมการแพทย์เชิงธุรกิจให้ขยายเติบโต การแพทย์ที่เคยเป็นบริการสาธารณะ บริการเชิงจริยธรรม มนุษยธรรม กลายเป็นการแพทย์เชิงพาณิชย์ ที่หมอบกับคนไข้ปฏิสัมพันธ์กัน ด้วยความสัมพันธ์แบบพ่อค้ากับลูกค้า ผลที่ตามมาคือความขัดแย้งระหว่างกันที่ไม่สามารถ รอมชอมยอมกันได้ เพราะเป็นความสัมพันธ์ผ่านเงินตราที่ไม่มีใครอยากเสียเปรียบ ภาครัฐต้องคิดวางระบบควบคุมกำกับที่เหมาะสม และไม่สร้างนโยบายที่ไปกระตุ้นระบบ การแพทย์เชิงธุรกิจให้ขยายตัวจนยากจะควบคุมสังคมไทยเอง หากถือเอาวิกฤตคนไข้ฟ้องร้อง หมอเป็นจุดเริ่มต้นในการคิดทบทวนเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาประเทศ ซึ่งส่งผลต่อทิศทางการ พัฒนาระบบสุขภาพโดยรวม วิกฤตการณ์ครั้งนี้ก็จะถือเป็นโอกาสอันดี ที่จะช่วยให้สังคมรอดพ้น จากวิกฤตสุขภาพด้านอื่นๆ อีกด้วย

4. ระบบชดเชยความเสียหายและการประกันความเสี่ยง

กลไกช่วยเหลือผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันครอบคลุมเฉพาะผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้มีสิทธิในโครงการ 30 บาท เท่านั้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์สำหรับข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว รวมทั้งผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมด้วย ประเด็นที่ท้าทายสังคมต่อไปก็คือ ทำอย่างไรให้ผู้เสียหายจากบริการทางการแพทย์ที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง จะได้รับการช่วยเหลือดูแลเมื่อได้รับความเสียหายการตั้งกองทุนในลักษณะนี้สำหรับข้าราชการพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ผู้มีสิทธิประกันสังคม รวมทั้งระบบการชดเชยของผู้รับบริการในภาคเอกชน (โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน) ด้วยที่สำคัญ ระบบชดเชยความเสียหายที่สร้างขึ้น ไม่ใช่เพื่อการปกป้องคนทำผิด แต่เป็นเพียงระบบชดเชยความเสียหายขั้นแรก พร้อมกับเปิดโอกาสให้มีการไต่สวนทางศาล หากผู้เสียหายต้องการ

การประกันความเสี่ยงในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ก็มีความสำคัญเนื่องจากแพทย์ในปัจจุบันทำงานอยู่บนความเสี่ยงต่อผู้ถูกฟ้องร้องมาก และไม่มีหลักประกันใดๆ เลยที่สร้างความมั่นใจให้กับคนทำงาน การไม่มีหลักประกันความเสี่ยงให้กับคนทำงาน ผลเสียหายย่อมตกอยู่กับผู้รับบริการ เพราะจะได้รับการการตรวจที่ครอบคลุมและไม่จำเป็นเพื่อเป็นการป้องกันตนเองของผู้รักษา กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีนามัก็ทำงานอยู่บนความเสี่ยงไม่แพ้แพทย์ เพราะขอบเขตหน้าที่ที่ระบุในกฎระเบียบราชการกับหน้าที่การปฏิบัติงานจริงไม่สอดคล้องกัน เจ้าหน้าที่ระดับสถานีนามัก็ต้องทำการตรวจรักษาให้กับผู้ป่วยทั้งที่ในขอบเขตหน้าที่ตามกฎระเบียบไม่สามารถทำได้ หากเกิดความผิดพลาดในขั้นตอนการรักษาย่อมยากที่จะปฏิเสธความรับผิดชอบ อีกทั้งอาจถูกมองว่าเป็นการให้บริการที่เกินขอบเขตหน้าที่ ทำให้มีความผิดตามระเบียบราชการอีกด้วย ยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาล ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันที่สถานีนามั ซึ่งมีใบประกอบวิชาชีพรองรับเป็นหลักประกันความเสี่ยง เมื่อให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงยังทำงานอยู่บนความเสี่ยง 2 ส่วน คือ เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องและผิดระเบียบราชการ และเสี่ยงต่อการถูกดูแลคลื่อนว่าเป็น “หมอเถื่อน”

ทางออกจากวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอซึ่งก็คือปัญหาของระบบสุขภาพไทยโดยรวมหลายข้อที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ทันที โดยไม่จำเป็นต้องรอการกำหนดให้เป็นระเบียบราชการหรือข้อกฎหมาย เช่น ใช้การทำงานเป็นโอกาสในการขัดเกลาตนเอง เป็นโอกาสของการเข้าถึงความดี ความจริง ความงาม อุดมคติของชีวิต และเป็นจุดเริ่มของ

การเรียนรู้เพื่อเข้าถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณ และความเข้าใจต่อชีวิตคนไข้ ที่สำคัญ การไม่มองว่าวิกฤตการณ์คนไข้ฟ้องร้องหมอเป็นปัญหาของแต่ละวิชาชีพ เพราะรากฐานแท้จริงเกิดจากการพัฒนาระบบสุขภาพไทยโดยรวมที่กำลังเข้าสู่วิกฤตวิกฤตคนไข้ฟ้องร้องหมอจึงเป็นทั้ง วิกฤตแพทย์ วิกฤตสาธารณสุข และวิกฤตระบบสุขภาพไทย ซึ่งทุกสาขาวิชาชีพในระบบสุขภาพไทยต้องร่วมกันรับผิดชอบ ร่วมกันแสวงหาทางออกด้วยใจที่ปราศจากอคติทางวิชาชีพ และใช้วิกฤตครั้งนี้เป็นโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ให้เกิดขึ้นจริง

6.4 ปัญหาที่พบในการวิจัย

1) ผู้ให้สัมภาษณ์ (Key informants) บางส่วนเมื่อได้รับการติดต่อจากผู้ศึกษามักจะบ่นาย เบี่ยงไม่ให้ความร่วมมือ อันเนื่องมาจากความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่อยู่ในชั้นศาล ผู้เสียหาย จึงไม่ค่อยไว้วางใจตัวผู้สัมภาษณ์ว่า ต้องการข้อมูลไปทำอะไร และเพื่อใคร

2) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับความเสียหาย ผู้ศึกษาไม่สามารถจำกัดพื้นที่ในการวิจัยได้ บางครั้งตัวอย่างที่น่าสนใจอยู่ไกลและใช้เวลาเดินทางค่อนข้างนาน ทำให้ผู้ศึกษาต้องจำกัดพื้นที่ในการศึกษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ศึกษาเอง

3) การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาต้องใช้เวลาในการทำความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไว้วางใจและบอกเล่าเรื่องราวในครอบครัวให้ผู้ศึกษาฟัง

6.5 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากการศึกษา เรื่องภาวะสังคมเสี่ยงภัย : แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทยทำให้มี ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไปดังนี้

1) จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้ศึกษาได้พบข้อสังเกตบางประการคือ การศึกษาเรื่องสังคมเสี่ยง : แพทย์กับชีวิตคนไข้ในสังคมไทย ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยเพียงฝ่ายเดียว จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาในหัวข้อเดียวกัน โดยมีการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลทั้งทางฝ่ายแพทย์และคนไข้ เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบเพื่อให้เห็นถึงความแตกต่างและความคล้ายคลึงกันของข้อมูลที่ทั้งสองฝ่ายมี อันจะทำให้เกิดประโยชน์ในการมองภาพรวมได้ชัดเจนและหลายแง่มุมมากยิ่งขึ้น

2) ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบ ความเสี่ยงที่คนไข้ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนเพื่อเพิ่มความหลากหลายของข้อมูลและผลการวิจัย เช่น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหมอและคนไข้กับฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว. เอกสารประกอบการเรียนวิชาสัมมนาทัศนศึกษาทางสังคมวิทยา ปี 2549.
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์(บก.). พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร, 2549.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. คนมองคนความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพ บทสำรวจแนวคิด
ทางมานุษยวิทยาการแพทย์. เอกสารประกอบการประชุมประจำปีทางมานุษยวิทยา
เรื่องคนมองคน นานาชีวิตในกระแสความเปลี่ยนแปลง ระหว่างวันที่ 27-29 มีนาคม
2546 ณ ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน): 3.
- แคทเธอริน เบลซีย์. หลังโครงสร้างนิยมฉบับย่อ. แปลโดยอภิญา เฟื่องฟูสกุล. กรุงเทพฯ: ศูนย์
มานุษยวิทยาสิรินธร, 2549.
- งามพิศ สัตย์สรวง. การวิจัยเชิงคุณภาพทางมานุษยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- จรัส สุวรรณเวลา. ความเสี่ยงในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัทไฮลิติก พับลิชชิง, 2545.
- จันทน์ เจริญศรี. โพสต์โมเดิร์นและสังคมวิทยา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา, 2544.
- จามรี เชียงทอง. สังคมวิทยาการพัฒนา. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2549.
- จิระวรรณ บรรเทาทุกข์. การรับมือกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ
ในมิติหญิง – ชาย: ศึกษากรณีหมู่บ้านกระเหรี่ยงคลิตี้ล่าง จังหวัดกาญจนบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา ภาควิชาสังคม
วิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. ผ้าท้องเจอเด็ก : อាកารของอำนาจและความไร้อำนาจในสังคม. เนชั่นสุด
สัปดาห์ ปีที่ 10 เล่มที่ 518 (6-12 พ.ค. 2547): 25.
- ชาติชาย มุกสง. ความเสียหายทางการแพทย์สามารถเยียวยาได้อย่างไร. สยามรัฐสัปดาห์วิจารณ์
(9-15 กันยายน 2548): 68-69.
- เชษฐา พวงหัตถ์. โครงสร้าง-ผู้กระทำกร. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ,
2548.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฟาร์. วาทกรรมการพัฒนา: อำนาจ ความรู้ ความจริง เอกลักษณะ และความ
เป็นอื่น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิภาษา, 2543.

- ดารีกา เอนกนิธิ. การเปรียบเทียบความทันสมัยของวัยรุ่นที่มีบุคลิกภาพเก็บตัว – แสดงตัวในระดับที่ต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547.
- เดชรัตน์ สุขกำเนิด. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ เพื่อการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ:แนวคิด แนวทาง และแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545.
- เทพินทร์ พัชรานุกฤษ. สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2548.
- ธีรยุทธ บุญมี. โลกModern and Post Modern. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สายธาร, 2546.
- นิภา เมื่อรัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และความเครียด และการปฏิบัติศาสนกิจของคริสต์ศาสนิกชนคาทอลิก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- ประจิดร มหาหิง. การผสมผสานระหว่างหลักจริยธรรม การแพทย์ และวัฒนธรรม การประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ เนื่องในวโรกาสที่ทรงเจริญพระชนมายุครบ 6 รอบนักษัตร ปีที่1 (10พฤศจิกายน-1ธันวาคม): 47-69.
- ประชาธิป กระทา. สุขภาพโรคการเจ็บป่วย: มุมมองทางมานุษยวิทยาการแพทย์. หมออนามัย 15,4 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2549): 58-61.
- ประชาธิป กระทา. สมุฏฐานทางสังคมกับโรคยานุวัตร. หมออนามัย 15,5 (มีนาคม-เมษายน 2549): 74-77.
- ประเวศ วะสี. มิติสุขภาพ : กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), 2545.
- ประเวศ วะสี. ทฤษฎีทางการแพทย์. วารสาร ร.พ.ชุมชน 6,1 (ก.ค.-ส.ค. 2547): 18-24.
- ปริยานันท์ ล้อเสริมวัฒนา. นางปีศาจร้ายในสายตาหมอ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ปริยานันท์, 2549.
- พรหมมินทร์ หอมหวน. การร้องเรียนแพทย์กรณีทุเรชปฏิบัติ: ศึกษาจากการร้องเรียนในหนังสือพิมพ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2542.
- พระเทพเวที(ประยุทธ์ ปยุตโต). พุทธศาสนาในฐานะเป็นรากฐานของวิทยาศาสตร์.

- กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2535.
- มาลี สิทธิเกรียงไกร. การแพทย์ ระบาดวิทยากับการปิดบังพื้นที่ทางสังคมของสามัญชน. บทความเสนอในการประชุมวิชาการสังคมศาสตร์บูรณาการ : วิชาการวิถีของความรู้และปฏิบัติการทางสังคม, วันที่ 24-25 มกราคม 2547 ณ ศูนย์วิชาการนานาชาติ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2546: 15-16.
- ระวี ภาวิไล. การเคลื่อนย้ายองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จากโลกตะวันตกสู่ประเทศไทย. บทบาทของต่างประเทศในการสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย เอกสารการประชุมวิชาการ วันที่ 5-6 สิงหาคม 2537 ณ โรงแรมรอยัล ออคิด เชอราตัน, 15-36.
- รัชนี นิลจันทร์. การศึกษาผลกระทบจากการพัฒนาประเทศของกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตกรณีลำไยระเบิด. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2546.
- ลลิตา ธีระสิระ. บันทึก(ลับ)นักศึกษา. กรุงเทพฯ: รวมพรรณ, 2532.
- ลิวอิส เอ. โคเซอร์. นักปราชญ์ระดับโลก. แปลโดย กาญจนพรพรช (อังกาบ) กอศรีพรและคนอื่นๆ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2547.
- ลือชัย ศรีเงินวงและคณะ. ทางเลือกในการดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชน ในสังคมไทย: ความแพร่หลาย การใช้และเหตุผล. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. คดีแพทย์. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
- วิชัย ไชควินวัฒน์. จริยธรรมสากล. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2543.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
- ศิรนาถ ขนอม. การรับรู้บทบาทด้านเพศและพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทยปัจจุบัน: ศึกษากรณีสตรีที่ป่วยด้วยโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- ศุภชัย เจริญวงศ์. ถอดรหัสการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาการเมือง, 2544.
- สมหญิง สายธนูและคณะ. การจัดการความรับผิดชอบจากการรักษาทางการแพทย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 12,6 (พฤศจิกายน-ธันวาคม): 876-888.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุนทรียะสนทนา วิถุศตวรรษสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549.
- สิริพรรณ นกสวน และ เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา (บก.). คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย.

- กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
- สุภรานต์ ไรจนไพรวงศ์. ทำไมผู้ป่วยฟ้องร้องแพทย์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2542.
- สุภรานต์ ไรจนไพรวงศ์. ทุกข์จากโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2542.
- สุเทพ สุนทรภัสส์. ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย: พื้นฐานแนวความคิดทฤษฎีทางสังคมและวัฒนธรรม. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ไกลบอลวิชั่น, 2540.
- สุภาวดี มิตรสมหวัง. เอกสารประกอบการเรียนวิชาสัมมนาทฤษฎีทางสังคมวิทยา 2548.
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548. (เอกสารไม่ตีพิมพ์)
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. ทฤษฎีสังคมวิทยา: เนื้อหาและแนวการใช้เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์, 2529.
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. แบบจำลองคำอธิบายโรคระหว่างหมอกับคนไข้. หมออนามัย 16,1 (กรกฎาคม-สิงหาคม 2549): 61-64.
- อมรา พงศาพิชญ์. ความหลากหลายทางวัฒนธรรม : กระบวนทัศน์และบทบาทในประชาสังคม.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2549.
- อรสม สุทธิสาคร. สงสัยตายเพราะหมอ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สารคดี, 2549.
- อรศรี งามวิทยาพงศ์. กระบวนกรเรียนรู้ในสังคมไทยและการเปลี่ยนแปลง : จากชุมชนถึงยุคพัฒนาความทันสมัย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยการจัดการทางสังคม ภายใต้สถาบันพัฒนาองค์การชุมชน, 2549.
- อิสระพงศ์ แจ้งเข้ว่า. มุมมองการแพทย์ในยุค 2000. E-commerce 2,26 (ก.พ. 2544): 48-49.
- อดิศักดิ์ จีงพัฒน์วดี. ถกเถียงความจริงของการแพทย์สมัยใหม่. วารสาร ร.พ.ชุมชน 6,1 (ก.ค.-ส.ค. 2547): 32-36.
- อภิญา ตันทวีวงศ์. เจ็บเกินโรค. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี, 2542.
- อภิญา เฟื่องฟูสกุล. อัตลักษณ์/Identity: การทบทวนทฤษฎีและกรอบความคิด. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2546.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. โรงพยาบาลที่ไม่น่าไว้วางใจ. กรุงเทพฯ: โยลิสติก พับลิชชิ่ง, 2541.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
- อิวาน อิลิช. แพทย์-เทพเจ้ากาลิ. แปลโดยสันต์ หัตถิรัตน์. กรุงเทพฯ: บริษัทเคิลด์ับไทย, 2532.

ภาษาอังกฤษ

- Barnes, B. Understanding Agency. London: SAGE, 2000.
- Beck, U., Giddens, A., and Lash, S. Reflexive Modernization. Cambridge: Polity Press, 1994.
- Cassell, P. The Giddens Reader. California: Macmillan Press, 1993.
- Giddens, A. Durkheim. London: Fontana Modern Masters, 1978.
- Giddens, A. Modernity and Self-Identity. Self and Society in the late Modern Age. Cambridge: Polity Press, 1991.
- Giddens, A. New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of interpretative Sociologies. London: Hutchinson, 1976.
- Giddens, A. Politics, Sociology and Social Theory : Encounters with Classical and Contemporary Social Thought. Cambridge: Polity Press, 1995.
- Giddens, A. The Consequences of Modernity. Cambridge: Polity Press, 1990.
- Giddens, A. Where Now for New Labour. Cambridge: Polity Press, 2002.
- Good, Byron j. Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- Gutting, Gary. Michel Foucault's Archaeology of Scientific Reason. New York: The Press Syndicate of the University of Cambridge, 1989.
- Helman, C.G. Culture, Health and Illness. New York: Oxford University Press Inc, 2002.
- Kleinman, A. Social Origins of Distress and Disease. New Haven: Yale University Press, 1986.
- Kumar, K. The Rise of Modern Society. Oxford: Basil Blackwell, 1988.
- Kathleen J. Tierney. Toward a Critical Sociology of Risk. Sociological Forum. Vol. 14 No.2, (1991): 215-236.
- Kothari, Manu and Mehta, Lopa. Violence in Modern Medicine In Nandy. In Ashis(ed.), Science, Hegemony and Violence: A Requiem for Modernity, 167-210. New Delhi: oxford University Press, 1996.
- Lupton, D. Risk. New York: Routledge, 1999.
- Mestrovic, S. Anthony Giddens: The Last Modernist. New York: Routledge, 1998.
- Ritzer, G.(ed). The Blackwell Companion to Major Contemporary Social Theory.

Cambridge: Blackwell, 2003.

Schrper-Hughes, N. Death without weeping : The violence of everyday life in Brazil.

Berkeley: University of California Press, 1992.

Shiva, Vandana. Reductionist Science as Epistemological Violence. In Nandy. In

Ashis(ed.), Science,Hegemony and Violince: A Requiem for Modernity. 232-256.

New Delhi: Oxford University Press, 1996.

Smith, J. Medical Error (Online). Adapted from Leatherman et al., Available from:

[http:// www.iom.edu/](http://www.iom.edu/) (2007,January 11)

Reason, J.T. Managing the Risks of Organizational Accidents. Hants: Ashgate

Publishing Limited, 1997.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกัญญาณัฐ เอ็งบ้านแพ้ว เกิดเมื่อ วันศุกร์ที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2524
ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ในปี พ.ศ. 2547
หลังจากนั้นได้เข้ารับการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาสังคมวิทยา คณะรัฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในปี พ.ศ. 2548



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย