

สถาบันแพทย์ไทย - อดีต - ปัจจุบัน และอนาคต

ศ.เกียรติคุณ พันเอกแพทย์หญิง ถนอมศรี ศรีชัยกุล*

ผู้เขียนจบแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2497 นับจนถึงปัจจุบันนี้เป็นเวลา 52 ปี ปัจจุบันยังทำหน้าที่แพทย์อยู่ ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการแพทย์ไทยซึ่งเกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องหลายประการ ได้เฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา ได้เห็นวิกฤตการณ์เกิดขึ้นซึ่งจะมีผลร้ายต่อการคงอยู่ของสถาบันแพทย์ไทยในฐานะแพทย์ไทยคนหนึ่งซึ่งรักและหวงแหนในสถาบันนี้ทำให้เกิดความทุกข์ใจ ดังนั้นจึงเป็นจุดบันดาลใจให้เขียนบทความนี้ขึ้น **ซึ่งนี้ด้วยจุดประสงค์เพื่อกระตุ้นเตือนให้มีการวิเคราะห์สถานภาพของแพทย์ไทยในปัจจุบันในสภาพที่เป็นจริง อันจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง เพื่อผดุงไว้ซึ่งสถาบันแพทย์ไทยอันเป็นเสาหลักอันหนึ่งของชาติ และเป็นที่ยกย่องของแพทย์ไทยทุกคน**

สถาบันแพทย์ไทยเริ่มต้นมาอย่างไร เป็นประวัติที่แพทย์ไทยทุกคนควรทราบ จุดเริ่มต้นของการแพทย์ไทยนั้นเริ่มที่โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งได้ก่อตั้งตั้งแต่ปี พ.ศ. 2431 ต่อมาในฐานะเป็นโรงเรียนราชแพทยาลัยในปี พ.ศ. 2443 แต่ในระยะเกือบ 30 ปีที่ตั้งมาก็ได้มีการพัฒนาเท่าที่ควร จนในปี พ.ศ. 2460 สมเด็จพระเจ้าฟ้าชายมหิตลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ (รูปที่ 1) ได้เสด็จเยี่ยมโรงพยาบาลศิริราช ได้ทรงเห็นถึงความเสื่อมโทรม ขาดแคลน ไม่สามารถเป็นที่พึ่งของผู้ป่วยได้ นับว่าเป็นที่นาเวทนา จึงได้ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์กิจการแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช ณ จุดนี้ นับว่าศิริราชได้เริ่มมีชีวิตใหม่ และการแพทย์ไทยแผนปัจจุบันได้เริ่มต้นขึ้นอย่างรวดเร็วมาขึ้นชมในวาระนั้น เพื่อให้การแก้ไขปรับปรุงดำเนินไปตามหลักวิชาการแพทย์ พระองค์ท่านจึงได้เสด็จกลับไปศึกษาต่อวิชาสาธารณสุขจนจบได้ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดในปี พ.ศ. 2463 เมื่อเสด็จกลับประเทศไทยเพื่อทรงดูแลกิจการแล้วได้เสด็จกลับไปศึกษาวิชาแพทย์ต่อจนจบ หลังจากเสด็จกลับมาแล้วก็ได้ทรงปฏิบัติหน้าที่แพทย์อย่างเต็มที่ โดยเริ่มที่โรงพยาบาลศิริราช แต่ทรงไม่สะดวกเพราะความเป็น "เจ้าฟ้า" ทำให้ไม่ได้ปฏิบัติงานเต็มที่ จึงได้ทรงย้ายไปปฏิบัติหน้าที่แพทย์ที่โรงพยาบาลแมคคอมมิค จังหวัดเชียงใหม่ ต่อมาทรงพระประชวรจึงได้เสด็จกลับวังสระปทุม ประชวรอยู่ 4 เดือนก็สิ้นพระชนม์ เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2472

*ที่ปรึกษาอาวุโสผู้เชี่ยวชาญทางโลหิตวิทยา โรงพยาบาลวิชัยยุทธ



รูปที่ 1 สมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล กรมหลวงสงขลานครินทร์
สมเด็จพระราชบิดา พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย

ในขณะที่ทรงรับเป็นองค์อุปถัมภ์โรงพยาบาลศิริราชนั้น เป็นเวลายาวนานถึง 12 ปี พระองค์ทรงมีโรคประจำตัว ทรงทราบว่าจะมีพระชนม์ต่อไปได้ไม่นานแต่มิได้ทรงย่อท้อ ในเวลา 12 ปีนั้น ได้ทรงทุ่มเทพระวรกาย พระหฤทัย พระราชทรัพย์มหาศาลเพื่อทำนุบำรุงโรงพยาบาลศิริราชเต็มที่ ทรงพระราชทานทุนทรัพย์ให้แพทย์ศึกษาต่อต่างประเทศเพื่อกลับมาเป็นอาจารย์ ทรงพระราชทานทุนวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทรงจัดหาที่ดินเพื่อขยายโรงพยาบาลออกไป และได้ทรงเริ่มเจรจากับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) อยู่หลายปี รวมหลายครั้งจนได้รับผลสำเร็จในปี พ.ศ. 2466 ทางมูลนิธิเริ่มความช่วยเหลือเต็มที่โดยได้ส่งอาจารย์ชั้นศาสตราจารย์เข้ามาเพื่อก่อตั้งภาควิชาหลัก แกะไขเปลี่ยนแปลงหลักสูตรวิชาให้ทันสมัย ให้อุปกรณ์ ตลอดจนก่อสร้างอาคารสำหรับรับผู้ป่วยและการเรียนการสอน จนประเทศไทยสามารถผลิตแพทย์ระดับปริญญาตรีเท่าเทียมกับต่างประเทศ ความช่วยเหลือได้ขยายไปถึงการปรับปรุงโรงเรียนพยาบาลและผดุงครรภ์ ระยะเวลาที่มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้ให้ความช่วยเหลือประเทศไทยนั้นนานถึง 12 ปี (ครั้งที่หนึ่ง พ.ศ. 2466-2472 ต่อมาต่อสัญญาอีก 6 ปี จนถึง พ.ศ. 2477) ความช่วยเหลือดังกล่าวนี้จะเกิดขึ้นมิได้ถ้าปราศจากพระบารมี พระวิริยะอุสาหะ พระอัจฉริยภาพ และพระปรีชาสามารถของสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลตลอดยุคเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ แม้เมื่อพระองค์ทรงสิ้นพระชนม์ไปแล้วทางมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ก็ยังให้ความช่วยเหลือต่อมาถึง 6 ปี ในที่สุดมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลก็ได้ถือกำเนิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2485 เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทย ซึ่งได้ผลิตแพทย์ไทยออกมาใช้ประเทศชาติอย่างนาคาภูมิใจ

ความเจริญก้าวหน้าของการแพทย์ไทยและมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จะถือกำเนิดขึ้นมิได้เลย ถ้าปราศจากการเริ่มต้นจากสมเด็จพระบรมราชชนก ทั้งนี้ด้วยพระเมตตาคุณ และพระกรุณาธิคุณที่ได้ทรงเสียดสละ ห่วงใย ทุ่มเทพระวรกาย พระราชทรัพย์ พระเมตตาคุณ และพระกรุณาธิคุณ ทรงสั่งสอนวิชาการและการเป็นแพทย์ที่ดีให้กับนักศึกษาแพทย์ไทย จวบจนสิ้นพระชนม์ชีพ ทำให้แพทย์ไทยทุกคนระลึกถึงพระเมตตาคุณเป็นล้นพ้น ทรงได้รับการสถาปนายอองเชิดชูถวายพระนามว่าทรงเป็น “พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย” ในปี พ.ศ. 2477 สมัยพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวอานันทมหิดล ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงเรียนแพทย์ขยายไปทั่วประเทศ ซึ่งแพทย์ทุกคนล้วนแล้วแต่เป็นผลิตผลสืบสานจากอาจารย์แพทย์ไทยที่จบจากศิริราช ดังนั้นแพทย์ไทยทุกคนจึงมีสิ่งที่พึงภาคภูมิใจร่วมกันคือ ทุกคนเป็น “ลูก” ของสมเด็จพระราชบิดา พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย แพทย์ไทยทุกคนจึงมีหน้าที่ในการบำเพ็ญตนเป็นแพทย์ที่ดี ตามรอยพระยุคลบาท มีหน้าที่ให้ความรัก ห่วงแทน ในสถาบันแพทย์ไทย ซึ่งเป็นมรดกล้ำค่าสืบทอดจากที่สมเด็จพระ

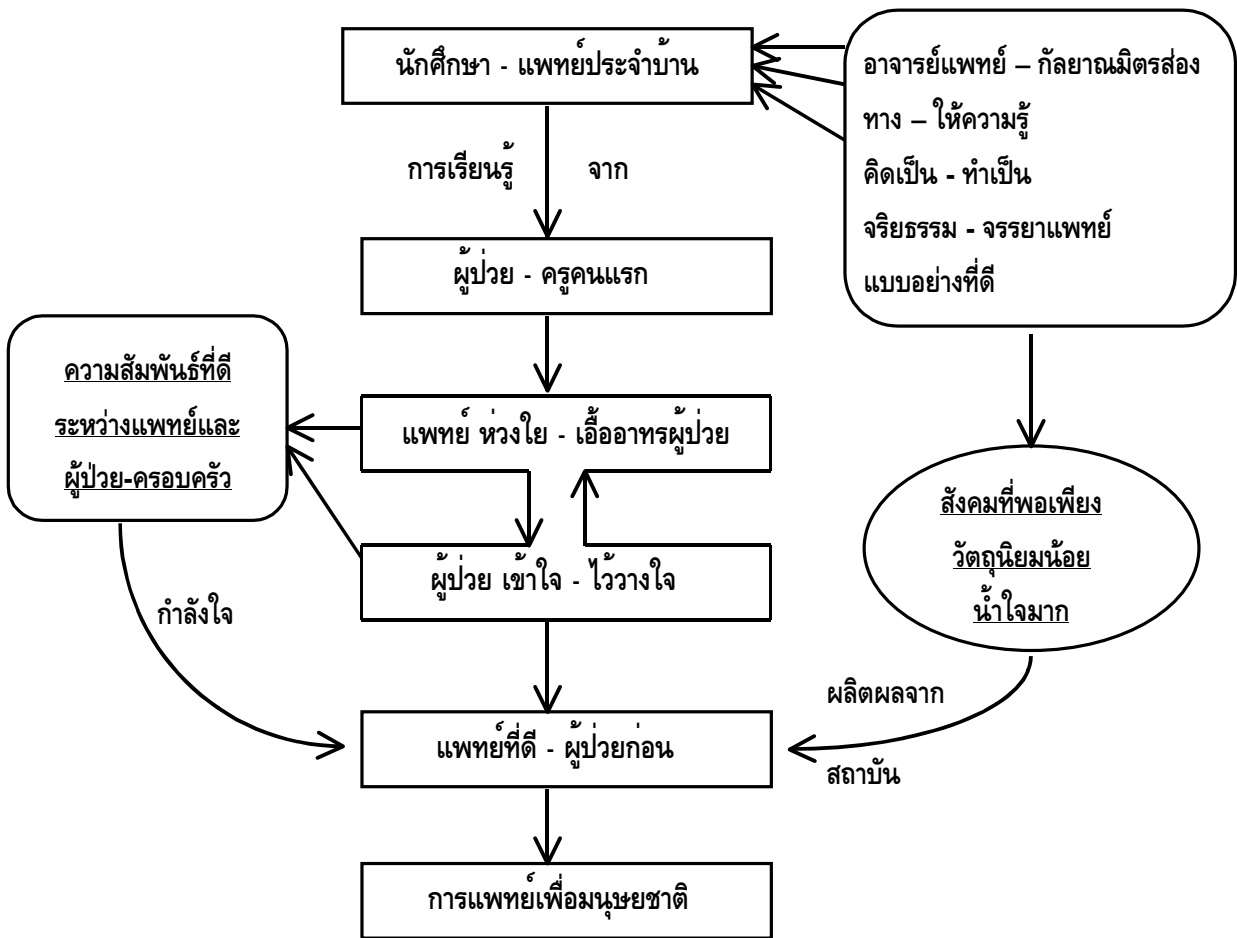
ราชบิดาได้ทรงริเริ่ม “สร้าง” ไว้ มีหน้าที่ในการรักษา จรโลงสถาบันแพทย์ไทยให้เจริญรุ่งเรือง เป็นประโยชน์กับประเทศไทย ตามพระเจตจำนงค์ของพระองค์ท่านสืบไป

สถาบันแพทย์ไทยในอดีต

ในอดีตแพทย์ได้รับการยกย่องนับถือว่าเป็น “ผู้ให้” ผู้ช่วยมอบชีวิตไว้ให้แพทย์ดูแลด้วยความไว้วางใจ แพทย์ปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างดีที่สุดโดยสำนึกถึงชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ด้วยการช่วยเหลือดูแลจนเต็มความสามารถ สิ่งเหล่านี้เป็นสายใยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกและสำนึกในบุญคุณของแพทย์ เกิดความเข้าใจและไว้วางใจเชื่อมั่นในเจตนาดีของแพทย์ ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้เกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยนี้เป็นรากฐานอันสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการรักษาพยาบาล ขจัดปัญหาความไม่เข้าใจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การฟ้องร้องดังที่เกิดขึ้นเนืองๆ ในปัจจุบัน

ปัจจัยสำคัญในการผลิตแพทย์ที่ดี (รูปที่ 2)

1. ประสิทธิภาพของการเป็นแพทย์ คือ “ผู้ให้” แพทย์ได้รับการสั่งสอนตั้งแต่เริ่มต้นเรียนวิชาแพทย์ว่า “ผู้ป่วยมาก่อน ผู้ป่วยเป็นครูคนแรกของเรา” ถ้าไม่มีผู้ป่วยเราจะไม่มีโอกาสเรียนรู้จากของจริง และจะจบเป็นแพทย์ไม่ได้ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีบุญคุณต่อแพทย์ เพราะ



รูปที่ 2 การเรียนการสอนแพทย์และสังคมไทยในอดีต

ให้ออกาสนักศึกษา, แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ได้สัมผัสกับปัญหาที่พบจากคนจริง ๆ ผู้ป่วยเสียสละเวลา ความสะดวกสบายในขณะ ที่ต้องการพักผ่อน แต่แพทย์ต้องทำการตรวจซักประวัติเพื่อให้ได้การวินิจฉัย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการแพทย์ให้ความเอาใจใส่ต่อ ตน และพยายามช่วยเหลือตน นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์อันดีและความผูกพันที่แพทย์และผู้ป่วยมีต่อกัน

2. การเรียนการสอน ในสมัยที่ผู้เขียนเป็นแพทย์ประจำบ้านนั้นมีโอกาสเรียนรู้อะไรมากกว่าส่วนใหญ่ที่ได้จากการฟัง grand round และสัมมนาซึ่งจัดไว้สำหรับนักศึกษาแพทย์ หัวใจสำคัญของการเรียนคือการเรียนจากผู้ป่วย เริ่มจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่ง laboratory investigations เพื่อที่จำเป็น การวินิจฉัยโรคได้จากการวิเคราะห์นำเอาสิ่งที่ตรวจพบ หรือปัญหาของผู้ป่วยมาประสาน กับความรู้ทางทฤษฎี นับว่าเป็น active learning ซึ่งให้ทั้งความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อมั่นในตนเอง การวินิจฉัยในสมัยนั้นจึงเป็น clinical diagnosis แพทย์ประจำบ้านจะรับผิดชอบในการวางแผนการรักษา โดยมีอาจารย์ช่วยแนะแนวและดูแลใกล้ชิด ในสมัยนั้น ไม่มีกรออยู่เวร ดังนั้นผู้ป่วยหนึ่งคนจะมีแพทย์ประจำบ้านดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งแตกต่างจากในปัจจุบัน

3. บทบาทของอาจารย์แพทย์ แม้ว่าแพทย์ประจำบ้านจะรับผิดชอบผู้ป่วยของตนเองเต็มเวลา แต่เนื่องจากประสบการณ์น้อย จึงจำเป็นต้องมีแพทย์ประจำบ้านอาวุโสหรืออาจารย์คอยดูแลใกล้ชิด เพื่อทำให้เกิดความผิดพลาดจนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ดังนั้นอาจารย์ แพทย์จึงเป็นผู้ชี้แนะแนวทางช่วยเหลือแก้ไขอยู่ตลอดเวลา

อาจารย์แพทย์นั้นเปรียบเสมือนกัลยาณมิตรผู้ยิ่งใหญ่ เป็นผู้แนะนำให้แสงสว่างแก่ศิษย์ เป็นผู้ให้วิชาความรู้ ทั้งในทางทฤษฎี และภาคปฏิบัติ โดยมุ่งหวังให้ศิษย์เจริญก้าวหน้าเป็นแพทย์ที่ดี สามารถพัฒนาตนเองได้ทั้งในการเรียนรู้วิชาการใหม่ ๆ และการใช้ความคิดริเริ่มก้าวหน้าในทางวิชาการเพื่อผู้ป่วยและสังคม โดยเหตุที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับศิษย์อย่างมาก ศิษย์จะดูดซับความรู้ ความ คิด และการกระทำต่าง ๆ ของอาจารย์ไว้ อาจารย์จึงเปรียบเสมือน “แม่พิมพ์” สำหรับศิษย์ ดังนั้นจึงมีคำกล่าวที่ว่า ศิษย์ของแต่ละสถาบัน จะเป็นกระจกเงาที่สะท้อนบุคลิกภาพของอาจารย์ในสถาบันที่เขาได้รับการอบรมมา

4. จริยธรรมและจรรยาแพทย์ เป็นเรื่องเกี่ยวกับความประพฤติของแพทย์ให้สง่างามในทุกสถานที่และเวลา นักศึกษาได้เรียน รู้อริยธรรมและจรรยาแพทย์ตั้งแต่ยังก้าวเข้ามาในสถาบัน โดยการฟัง lecture จากอาจารย์อาวุโสซึ่งมีประสบการณ์ โดยการดูตัวอย่าง จากอาจารย์ที่ใกล้ชิด มีโอกาสสัมผัสกับพระบรมราชโอรสของ สมเด็จพระบรมราชชนก เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดชมหิตลธิเบศรอดุลยเดช วิจารณ์กรม พระบิดาแห่งการแพทย์ไทย ผู้บุกเบิกให้กำเนิดโรงเรียนแพทย์แห่งแรกในประเทศไทยอยู่เนื่องๆ โดยถ่ายทอดจากอาจารย์ผู้สอน จริยธรรมและจรรยาแพทย์ มีไว้ให้พึงปฏิบัติกับบุคคลสองกลุ่ม คือ

จริยธรรมและจรรยาแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ

1. ให้การวินิจฉัยและการรักษาผู้ป่วยโดยใช้หลักวิชาถูกต้อง
2. นึกถึงประโยชน์ของผู้ป่วยก่อนประโยชน์ของตนเองเสมอ
3. ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย เมื่อได้รับการรักษาแล้วไม่ตีขึ้นควรพยายามปรึกษาผู้ที่รู้ดีกว่า
4. ช่วยรักษาอาการที่ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานโดยรีบด่วน
5. ความพอเพียง แพทย์พึงคิดค่าเหนื่อยหรือค่าตอบแทนวิชาชีพในอัตราที่เหมาะสม ไม่บังคับวิชาชีพเอาเปรียบผู้ป่วย สิ่ง เหล่านี้แพทย์จะทำได้ต้องมีศีลธรรมกำกับใจตนเองโดยไม่อยากได้ในวัตถุเงินคิดค่าตอบแทนเกินควร ดังพระโอรสของสมเด็จพระบรม ราชชนกที่กล่าวไว้ว่า “แพทย์ที่ดีจะไม่รวย แต่ไม่อดตาย”

6. ช่วยเหลือเอื้อเฟื้อ ให้กำลังใจ ให้การศึกษาแก่ผู้ป่วยในโรคที่เขาเป็นอยู่ ยกย่องให้เกียรติในฐานะเพื่อนมนุษย์
7. ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยแก่ผู้ป่วยและญาติโดยถูกต้อง เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ การวางแผนทางชีวิตของผู้ป่วย
8. ให้ข้อมูลหลักฐานรวบรวมให้แก่แพทย์อื่นๆ ซึ่งอาจต้องดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ
9. รักษาความลับของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

10. การเรียนรู้อะไร แพทย์ต้องพยายามเรียนรู้ต่อเนื่อง เพื่อให้ตนเองรอบรู้ในวิชาแพทย์โดยเฉพาะในสาขาวิชาที่ตนเองปฏิบัติ อยู่ ทั้งนี้เพื่อนำความรู้มาใช้รักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถ้ามีปัญหาในการรักษา - การวินิจฉัยผู้ป่วย ต้องปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย

จรรยาแพทย์กับเพื่อนแพทย์และเพื่อนร่วมงาน

1. ไม่กล่าวติเตียน ทั้บถม วิจารณ์การกระทำของเพื่อนแพทย์ต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นในเรื่องการรักษาพยาบาล เพราะทำให้เกิดความแตกแยก
2. ให้เกียรติ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ มีความจริงใจ และยกย่อง - ช่วยเหลือเพื่อนร่วมอาชีพ
3. แพทย์ไม่คิดค่ารักษาพยาบาลจากเพื่อนร่วมอาชีพและครอบครัว เช่น ภรรยา บุตรและธิดาของแพทย์ ทั้งหมดนี้นำไปสู่ความรัก สามัคคี และความเป็นปึกแผ่นของสถาบันแพทย์ไทย

สถาบันแพทย์ไทยในปัจจุบัน

การแพทย์ไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงมาตลอดตามสภาพของสังคม แต่เห็นได้ชัดเจนในระยะ 4-5 ปีมานี้ แพทย์มีความยกย่อง เชื่อถือเช่นในอดีต ทั้งๆ ที่แพทย์ส่วนใหญ่ยังพยายามปฏิบัติหน้าที่ของตนเองเพื่อผู้ป่วยอย่างดีที่สุด ปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปนั้นประกอบด้วย

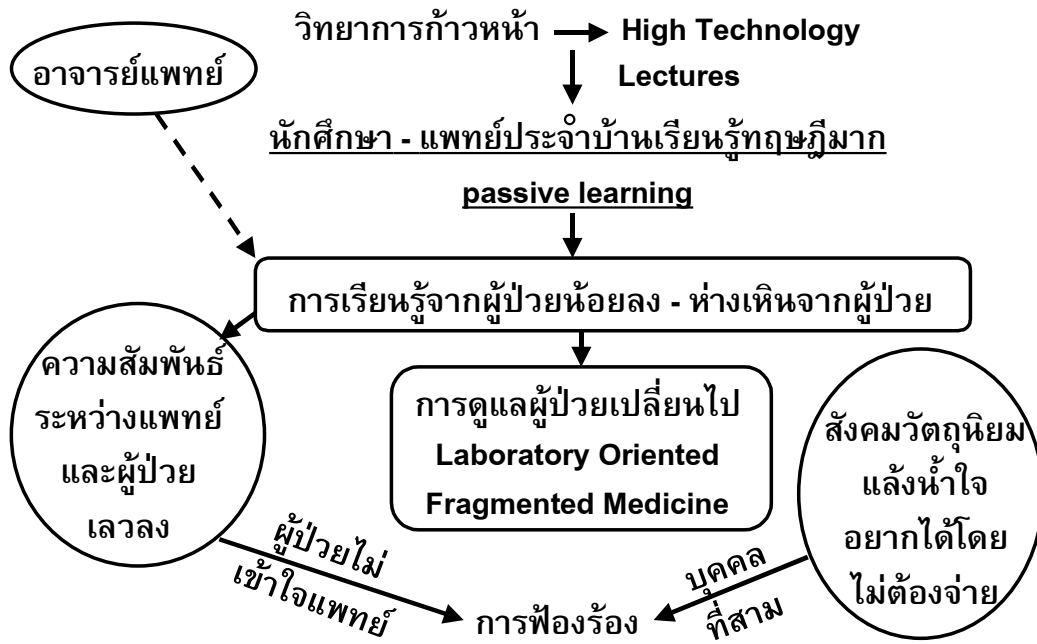
1. คุณลักษณะของแพทย์ - อาจารย์แพทย์
 - 1.1 คุณลักษณะของแพทย์เปลี่ยนไป และความสัมพันธ์ของแพทย์และผู้ป่วยเลวลง
 - 1.2 อาจารย์แพทย์เปลี่ยนแปลงไป
2. บริการที่แพทย์ให้กับสังคมไม่เพียงพอ - demand มากกว่า supply เพราะประชากรล้นเหลือ และยากจนช่วยตนเองไม่ได้ แพทย์จำนวนจำกัด งบประมาณที่ได้รับจากรัฐน้อยและการเบิกจ่ายซับซ้อนจนขาดคุณภาพ
3. สภาพสังคม สิ่งแวดล้อมซึ่งมากไปตวยวัตถุนิยม และแลงน้ำใจ ทำให้เกิดผลร้ายซึ่งกระทบต่อแพทย์และผู้ป่วย

คุณลักษณะของแพทย์ - อาจารย์แพทย์

1. เรื่องที่สำคัญที่สุดคือ คุณลักษณะของแพทย์เปลี่ยนไป และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่เลวลง ปัจจัยเริ่มต้นที่สำคัญคือ ปรัชญาการเรียนการสอนซึ่งในปัจจุบันมีได้เน้นที่ผู้ป่วยเป็นหลัก ในอดีตนักศึกษาเรียนรูจากผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ห่วงใยใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลา โดยมีอาจารย์แพทย์เป็นผู้ให้ความรู้ แนะนำแนวทางในการดูแลรักษาพร้อมกัน ปัจจุบันแนวการสอนได้เปลี่ยนไป นักศึกษาหรือแพทย์ประจำบ้านใช้เวลากับผู้ป่วยน้อยลง ความสำคัญของการเรียนการสอนเปลี่ยนมาทางการเรียนรู้ทางทฤษฎีมากขึ้น ใช้เวลาในห้องเรียน ฟังการบรรยาย และกิจกรรมอื่นๆ มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจุบันความรู้ทางการแพทย์ของแต่ละสาขาได้ก้าวหน้าไปอย่างมากมาย ซึ่งมีประโยชน์เพราะช่วยการรักษาดีขึ้นจนผู้ป่วยรอดชีวิตจากโรคที่เคยรักษาไม่ได้ เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น การใช้ high technology เป็นสิ่งจำเป็นในการวินิจฉัยและการรักษา สิ่งเหล่านี้ทำให้อาจารย์ต้องพยายาม "ป้อน" ความรู้วิชาการอันก้าวหน้าให้ศิษย์ได้เรียนรู้ แต่เป็นที่น่าเสียดายว่าสิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้ทางทฤษฎีนั้น มิได้มีความสัมพันธ์กับปัญหาของผู้ป่วย การให้การวินิจฉัยโดยการวิเคราะห์จากปัญหาผู้ป่วยเป็นหลักและใช้ lab เป็นเครื่องช่วยซึ่งเคยทำในอดีตนั้นได้ลดน้อยลงไป clinical diagnosis เป็นสิ่งที่หายากในปัจจุบัน นักศึกษาและแพทย์ประจำบ้านขาดความสามารถในการวินิจฉัยจากปัญหาพื้นฐาน และไม่สามารถนำเอา investigations ซึ่งทำมากมายเข้ามาประสานกับปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งตนเองก็หย่อนความสามารถในการวิเคราะห์ เพราะ "คิดไม่เป็น" เนื่องจากมิได้รับการแนะนำจากอาจารย์เพียงพอ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลเสียตามมาคือ เราไม่มีโอกาสได้ clinician ที่ดี แพทย์เห็นห่างจากผู้ป่วย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหายไป ผู้ป่วยไม่เข้าใจและขาดความเชื่อถือในแพทย์

ปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างศิษย์กับอาจารย์แพทย์น้อยลง เพราะขาดเวลาในการปฏิบัติงานร่วมกัน งานที่สำคัญที่สุดคือการรักษาผู้ป่วยให้รอดชีวิต เป็นงานที่ทำหายและผูกพันอาจารย์-ศิษย์ให้อยู่ร่วมกัน ทำให้มีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งที่เป็นประโยชน์จากอาจารย์ มิใช่เฉพาะทางด้านวิชาการ แต่รวมทั้งสิ่งอื่นๆ เช่น จริยธรรม การปฏิบัติตนเป็นแพทย์ที่ดี ศิษย์ขาดอาจารย์ซึ่งเป็นแบบอย่างให้แสงสว่างในการเป็นแพทย์ (รูปที่ 3)



รูปที่ 3 การเรียนการสอน การดูแลผู้ป่วยของแพทย์ในปัจจุบัน

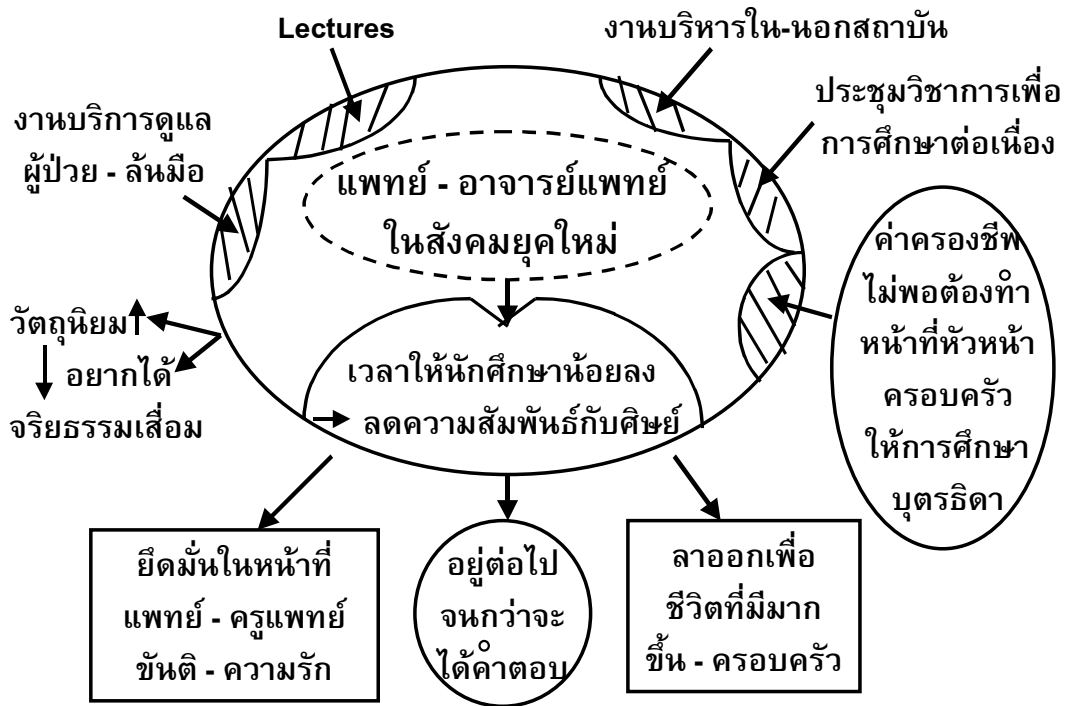
2. เกิดอะไรขึ้นกับอาจารย์แพทย์ซึ่งเป็นกัลยาณมิตรของศิษย์? อาจารย์แพทย์มีเวลาให้ศิษย์น้อยลงโดยเฉพาะการเรียนการสอน การรับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วย อาจารย์แพทย์หลายคนมีทัศนคติว่า ผู้ป่วยนั้นเป็นของ resident อาจารย์เป็นเพียง consultant แต่โดยความเป็นจริงแล้วอาจารย์มีส่วนในการรับผิดชอบในชีวิตของผู้ป่วยไม่น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน เพราะแพทย์ประจำบ้านนั้นยังมีประสบการณ์น้อย เมื่อขาดการแนะนำทางและการกระตุ้นจากอาจารย์ให้รู้จักขบคิดปัญหา ทำให้ “คิดไม่เป็น” มองปัญหาไม่เป็น บางครั้งความซ้ำเพราะขาดประสบการณ์และการดูแลใกล้ชิดจากอาจารย์ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสไปอย่างน่าเสียดาย

ในปัจจุบันอาจารย์แพทย์มีภาระกิจอื่น ๆ มากขึ้น เช่นงานบริหารทั้งภายในและอาจจะภายนอกโรงพยาบาล อาจารย์เป็นกรรมการสมาคมต่าง ๆ และรับภารกิจนอกสถาบันหลายอย่าง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมและต้องพยายามทำให้ดีที่สุด ปัจจุบันมีการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ หรือในประเทศมากมาย อาจารย์จำเป็นต้องเข้าประชุมเพื่อ update ตนเอง หรือเสนอผลงานในที่ประชุมซึ่งเป็นเรื่องเสี่ยงแก่ตนเองและสถาบัน เวลาที่เหลืออยู่น้อยมากไม่สามารถจะรวมดูแลผู้ป่วยกับนักศึกษาและแพทย์ประจำบ้านได้เต็มที่ นอกจากนั้นอาจารย์มีปัญหาในเรื่องค่าครองชีพ เพราะเป็นหัวหน้าครอบครัวเลี้ยงดูให้การศึกษาแก่บุตร ธิดา ทำให้ต้องทำงานหนัก ดูแลผู้ป่วยเอกชนด้วย แม้จะเป็นเวลาอันอกราชการ แต่ก็ทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย fatigue ตามมา ความใกล้ชิดของอาจารย์กับศิษย์น้อยลงเพราะขาดเวลา มีผลตามมาอย่างสำคัญทั้งในด้านการช่วยดูแลผู้ป่วย แนะนำทางที่ตึงและขาดความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์กับศิษย์ ศิษย์จึงขาดอาจารย์ซึ่งควรจะเป็นแบบอย่างของกัลยาณมิตรในระยะแรกที่เขาได้เริ่มเรียนรู้วิชาแพทย์ (รูปที่ 4)

ถ้าเรายังอยากเห็นแพทย์ที่ดี มีความรู้ ความสามารถ รับผิดชอบในชีวิตของผู้ป่วย เอื้ออาทรต่อผู้ป่วยในฐานะเพื่อนมนุษย์ และยังเป็น “ครู” ผู้มีพระคุณให้แพทย์ได้เรียนรู้ เราคงต้องกลับมาพิจารณาหลักสูตรการเรียนการสอนในปัจจุบันว่าเหมาะสมหรือไม่เพียงไร? แพทย์ที่ดีต้องมีเวลาให้กับผู้ป่วยทั้งด้านการตรวจ รักษา การวิเคราะห์ใช้ความคิดช่วยขบปัญหาที่ซับซ้อนฉันทัด อาจารย์แพทย์ที่ดีก็ต้องมีเวลาให้ศิษย์แพทย์ที่เรารับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอฉันทัน

ปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ และจะจบลงอย่างไร ผู้เขียนไม่สามารถจะบอกได้เพราะตนเองห่างไกลจากโรงเรียนแพทย์ในปัจจุบัน คงมีสถานภาพเป็นอาจารย์แพทย์โบราณซึ่งอาจไม่ทันสมัย อย่างไรก็ตาม อาจารย์แพทย์น่าจะลองถามตนเองว่า

1. จำเป็นไหมที่เราต้องจัดการบรรยายอย่างละเอียดให้นักศึกษาแพทย์ resident รู้ทุกอย่างที่ทันสมัย? จะให้เขามีโอกาสได้เรียน



รูปที่ 4 ชีวิตแพทย์ - อาจารย์แพทย์ในสังคมปัจจุบัน

รู้ คนคว่า เมื่อเรามีคนไข้ และนำมาใช้กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมจะดีกว่าหรือไม่ (ประหยัดเวลา lecture, active learning, apply ความรู้ทางทฤษฎีกับปัญหาผู้ป่วยและรู้จักคิดมากขึ้น)

2. งานที่ต้องรับไว้วันนี้คืออะไรที่อาจารย์แพทย์สามารถลดลงได้บ้างหรือไม่? เพื่อให้เวลากับศิษย์ของเราเพิ่มขึ้นในการแนะแนวทางคิด ติดตามผู้ป่วยหนัก ให้เห็นของจริงจากชีวิต-สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตั้งแต่ระยะต้นๆ และเป็นการเพิ่มพูนความสัมพันธ์ระหว่างศิษย์กับอาจารย์ซึ่งไม่ทราบว่ายังมีอยู่มากน้อยเพียงไรในปัจจุบัน?

3. ผู้บริหาร ซึ่งมีความต้องการเห็นความเป็นเลิศทางวิชาการของสถาบัน โดยมีงานวิจัยระดับ international การเรียนการสอนที่ดีเยี่ยม การบริการที่ดีเยี่ยม อาจต้องถามตนเองว่า ถ้าเราอยากให้นักศึกษของเราเป็นแพทย์ที่แท้จริงแล้ว จุดเริ่มต้นในการเรียน การสอน ยังอยู่ที่การเรียนรู้อาจจากผู้ป่วยอย่างจริงจัง โดยมีอาจารย์แพทย์เป็นแบบอย่าง-กัลยาณมิตรของศิษย์ ซึ่งมีเวลาเพียงพอแก่ศิษย์ และความเป็น Unity ในทางวิชาการของสถาบันโดยสอนให้ศิษย์รักษาผู้ป่วยทั้งตัว มีวิชาอะไรเป็นระบบ (fractionated medicine) ซึ่งส่วนใหญ่กระทำกันอยู่ในปัจจุบันหรือไม่? และทางสถาบันจะสามารถให้ความช่วยเหลือในเรื่องค่าครองชีพของอาจารย์แพทย์ให้ดีขึ้นกว่าในปัจจุบันได้หรือไม่?

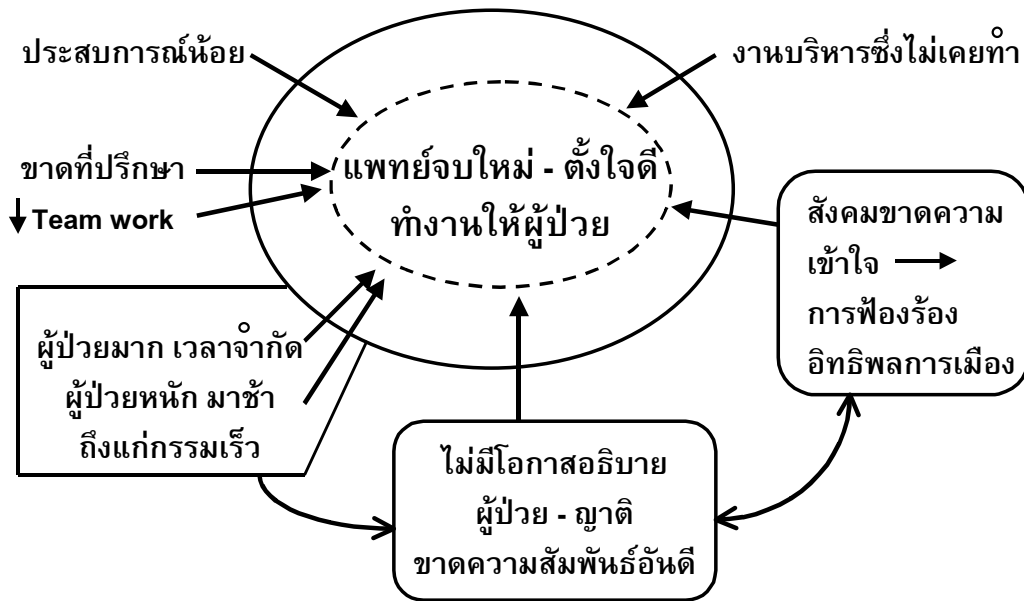
ความขาดแคลนในการให้บริการแพทย์ต่อประชากร โดยเฉพาะประชากรที่ยากจนและต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ปัจจุบันประชากรมากขึ้นแต่แพทย์มีจำนวนไม่เพียงพอ แม้ว่าจะพยายามผลิตแพทย์มากขึ้นจากสถาบันแพทย์อีกหลายแห่งก็ยังไม่พอนอกจากนี้ยังมีความ "ไม่พร้อม" ในการก่อตั้งสถาบัน โดยเฉพาะการขาดแคลนอาจารย์แพทย์มาก แม้ในโรงเรียนแพทย์ที่เจริญเติบโตแล้ว อาจารย์แพทย์ก็มีจำนวนไม่พอ เพราะได้ลาออกไปเป็นจำนวนมาก เมื่อเป็นเช่นนี้การเรียนการสอนจึงมิได้ถึงระดับที่จะผลิตแพทย์ได้ดีตามต้องการ จำนวนแพทย์ต่อประชากรนั้นอยู่ในอัตราที่น้อยมากโดยเฉพาะในต่างจังหวัด, สำหรับในต่างจังหวัดนั้นมีปัญหามากเพราะจากข้อเท็จจริงแพทย์คนหนึ่งต้องปฏิบัติหน้าที่หลายอย่าง ทั้งทางอายุรกรรม (บางครั้งคัดลอกกรรมและสูติกรรม ถ้าจำเป็น) และแพทย์ส่วนใหญ่เป็นแพทย์จบใหม่ แม้จะได้รับการฝึกฝนแต่มีความชำนาญ-ประสบการณ์จำกัด ทำให้ไม่สามารถให้บริการที่ดีได้ ยิ่งกว่านั้นแพทย์คนหนึ่งเมื่อออกตรวจผู้ป่วยภายนอกอาจตรวจผู้ป่วยถึง 100 คน ในเวลาจำกัด แม้เมื่ออยู่เวรก็เช่นเดียวกัน ความขาดแคลนดังกล่าว

เป็นผลต่อสุขภาพของแพทย์ทั้งกายและทางจิตใจ งานของแพทย์ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นงานที่ต้องรับผิดชอบกับชีวิตมนุษย์ แพทย์จำเป็นต้องมีความรู้ ประสบการณ์ มีเวลาเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา การอธิบายแนะนำผู้ป่วยให้เข้าใจ ในโรคที่เป็นอยู่ แต่แพทย์มักได้มีโอกาสดังกล่าว จึงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานเพื่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งเป็นอุปสรรคกับการทำงานของแพทย์คือ เรื่องงบประมาณซึ่งไม่เพียงพอ และมีระเบียบการเบิกจ่ายซับซ้อน การขึ้นอัตราประกันสุขภาพ (30 บาท) ทำให้ผู้ป่วยนิยมมาโรงพยาบาล ทำให้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น แพทย์ไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยได้ ดังนั้นแพทย์จึงอยู่ในสภาพเปรียบประดุจแมลงมุม ซึ่งอยู่ท่ามกลางปัญหาสารพัดอย่างซึ่งตนเองแก้ไขไม่ได้ เพราะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากสภาพสังคม ระบบ-ระเบียบทางราชการซึ่งขาดการศึกษาค้นคว้าที่จริงจัง แพทย์ขาดความเข้าใจจากผู้ป่วยเพราะเขามีได้รับการตามต้องการ จากผู้บริหารของรัฐ ซึ่ง “ด้อย” ในประสบการณ์ และขาดความเข้าใจในปัญหาของแพทย์ที่ต้องรับเคราะห์กรรมอยู่แต่ผู้เดียว (รูปที่ 5)

เรื่องนี้เป็นเรื่องใหญ่และซับซ้อนมาก การแก้ไขจำเป็นต้องอาศัยผู้ร่วมมือหลายฝ่าย ตั้งแต่การเริ่มตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่เพื่อเพิ่มจำนวนแพทย์ว่าพร้อมหรือไม่? จำนวนแพทย์และการงานที่แพทย์ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยควรแก้ไขให้เหมาะสม เพื่อให้แพทย์มีเวลาดูแลรักษา ใช้ความคิดติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยได้ แพทย์ต้องมีเวลาพักผ่อนเหมือนคนทั่ว ๆ ไป เพื่อจะได้มีพลังในการใช้ความคิด การทำงานบริการผู้ป่วย และมีเวลาแสวงหาความรู้ที่ก้าวหน้าไปเพื่อนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย เรื่องนี้เป็นหน้าที่ของผู้บริหารซึ่งวางนโยบาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นแพทย์อาวุโสที่ค่อนข้างขมขื่นให้รับผิดชอบระดับกระทรวง ผู้เขียนไม่แน่ใจว่ามีผู้ใดเอาใจใส่ในปัญหาอย่างจริงจังหรือไม่ และไม่แน่ใจว่าผู้บริหารที่เกี่ยวข้องมีความสำนึกและความรับผิดชอบเพียงไรที่จะศึกษาปัญหา แก้ปัญหา เพื่อช่วยให้เราสงวนแพทย์ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ ให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนเองอย่างภาคภูมิใจ และสามารถให้การบริการแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นเพื่อนมนุษย์และเพื่อนร่วมชาติต่อไปได้ด้วยความสุขพอควร

ถ้าปัญหานี้ได้รับการแก้ไข ในทางตรงข้าม จากแรงกดดันของสังคม เช่น การฟ้องร้อง การโฆษณาในความผิดพลาดของแพทย์โดยสื่อ ซึ่งยังไม่ทราบข้อเท็จจริง ความ “พลอย” ของผู้บริหารซึ่งจะประนามแพทย์โดยไร้เหตุผล ซึ่งปรากฏอยู่เนืองๆ ในขณะนี้ ผลสุดท้ายที่เราคนไทยทุกคนจะต้องเผชิญหน้าคือ การขาดแคลนแพทย์ที่ดีตั้งใจทำงานเพื่อเพื่อนมนุษย์ การขาดแคลนบุคลากรชั้นมัธยมที่ไม่อยากจะเรียนแพทย์ต่อไป เพราะมองไม่เห็นอนาคต เมื่อถึงเวลานั้น สถาบันแพทย์ไทยจะถึงจุดจบอย่างน่าเสียดาย ผู้ที่รับเคราะห์กรรมคือประชาชน ผู้เสียหายคือ “ชาติไทย”



รูปที่ 5 ชีวิตแพทย์จบใหม่ - นอกสถาบัน

สิ่งแวดล้อมของสังคมในปัจจุบัน สังคมไทยในขณะนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปจากสังคมที่พอเพียงเป็นสังคมของการบริโภควัตถุนิยม ทำให้มีผลกระทบตามมามากมาย โดยเฉพาะกับแพทย์และผู้ป่วย

ผลกระทบต่อแพทย์ แพทย์ซึ่งเป็นหน่วยหนึ่งในสังคมย่อมได้รับผลกระทบ ในฐานะของมนุษย์ปฏิกษณคนหนึ่งแพทย์ย่อมอยากให้ตนเอง ครอบครัว บุตร ธิดา ที่ต้องเลี้ยงดูได้รับความสุข การศึกษา และความก้าวหน้าในชีวิตทัดเทียมกับบุคคลอื่นๆ แต่จากข้อเท็จจริงเงินเดือนที่ “ครูแพทย์” หรือ “แพทย์ได้รับนั้น” ไม่เพียงพอในการเลี้ยงดู ให้การศึกษาแก่บุตร ธิดาอย่างเหมาะสม ผู้เขียนเป็นคนไม่มีครอบครัว มีบ้านอยู่ (ปลูกบนที่ดินที่บิดามารดาทำไว้ให้) ยังได้รับความเดือนร้อนเพราะเงินเดือนไม่พอใช้ เนื่องจากตนเองไม่ชอบดูแลผู้ป่วยเอกชน (พ.ศ. 2510-2522) มีความเห็นใจแพทย์รุ่นน้อง รุ่นหลาน ที่ต้องทำงานนอกเวลาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อหารายได้เพิ่มเติมในการเลี้ยงดูครอบครัว ยิ่งถ้ามีความต้องการทางวัตถุมากก็ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานส่วนตัวมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นนี้เป็นอุปสรรคในการทำงานของ “ครูแพทย์” อย่างยิ่ง เพราะงานของ “ครูแพทย์” นั้นมีได้จำกัดเฉพาะเวลาราชการ ทำให้เวลาที่ให้กับศิษย์และผู้ป่วยในโรงเรียนแพทย์น้อยลง ในปัจจุบันผู้ป่วยมีจำนวนมากขึ้นกว่าในอดีตเกือบ 10 เท่า และมีงานเอกสารมากมายเพิ่มขึ้นกว่าสมัยที่ผู้เขียนปฏิบัติงานอยู่ อาจารย์แพทย์หลายคนมักจะเผชิญอุปสรรคดังกล่าว ก็ยังคงความเป็น “ครูแพทย์” ไว้อย่างดีเลิศ และมุ่งมั่นวิจัยที่น่าชื่นชมมาก อย่างไรก็ตาม ความคิด ความพอเพียง และจุดมุ่งหมายของบุคคลนั้นย่อมแตกต่างกันไป ผลที่เกิดขึ้นคือ

1. อาจารย์แพทย์จำนวนมากยังทำงานต่อไปในโรงเรียนแพทย์ หรือโรงพยาบาลของรัฐ เพราะยังรักงานที่ทำอยู่ ยังรักลูกศิษย์รักจะดูแลผู้ป่วย แต่ต้องเหนื่อยยากแสนสาหัส
2. อาจารย์แพทย์จำนวนไม่น้อยยังทำงานต่อไป แต่ด้วยพลังที่ถดถอยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ “ครูแพทย์” ได้อย่างเหมาะสม
3. อาจารย์จำนวนไม่น้อย ลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งสามารถมีรายได้มากกว่าเกือบ 10-50 เท่า มีโอกาสดูแลผู้ป่วยได้ตามต้องการ มีเวลาพักผ่อนกับครอบครัวได้ดีขึ้น และไม่ต้องทำงานหลายอย่างซึ่งตนเองไม่ชอบ

การลาออกของครูแพทย์ ตามสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2547 ครูแพทย์ในสถาบันแพทย์ 3 แห่ง คือ ศิริราช ราชวิทยาลัย และธรรมศาสตร์ ลาออกไป 211 คน (63 คน พ.ศ. 2545, 56 คน พ.ศ. 2546 และ 82 คน พ.ศ. 2547) เฉลี่ยประมาณปีละ 5% (วารสาร สำนกเทศ ม.วิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต พ.ศ. 2548) การสูญเสียครูแพทย์แต่ละปีไปนั้นมึผลกระทบต่อการเรียนการสอน การผลิตแพทย์ที่ดีอย่างประมาณมิได้

สิทธิของมนุษย์ในฐานะแพทย์ที่ทำงานรับใช้ประชาชนต่ำกว่าระดับพื้นฐานเพียงไร? ผู้บริหารโดยเฉพาะระดับกระทรวงจนถึงรัฐบาล อยากให้แพทย์ทำงานบริการประชาชน เพราะจะได้มีผลงานให้ประชาชนได้เห็น แต่รัฐบาลไม่มีเวลาหรือไม่สนใจปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะคิดว่าแพทย์นั้นมีทางออกคือการทำคลินิกส่วนตัว หากได้คิดไม่ว่า แพทย์หรือครูแพทย์ที่ดิ้นรนต้องทำงานหนักเหนื่อยแสนสาหัส แพทย์ไม่สามารถจะเรียกร้อง “สิทธิ” ในฐานะมนุษย์ซึ่งมีความจำกัดในการทำงานโดยต้องมีเวลาเพียงพอ มีสมองที่ดี, แพทย์จำเป็นต้องทำงานรับใช้ผู้ป่วยทั้ง ๆ ที่ตนเองเหน็ดเหนื่อย จะหยุดให้บริการแม้แต่ขอเวลากินข้าวก็ไม่ได้ เพราะติดคำว่า “จรรยาแพทย์” การทำงานของแพทย์นั้นมีความรับผิดชอบสูงเพราะเกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นเพื่อมิให้เกิดความผิดพลาดหรือเกิดน้อยที่สุด แพทย์ต้องมีเวลาเพียงพอในการดูแลและพูดคุยกับผู้ป่วย มีสมองที่ดีในการตัดสินใจ แต่โดยความเป็นจริงแพทย์มิได้มีโอกาสดังกล่าวเพราะมีความจำกัดในเรื่องเวลา ซึ่งย่อมทำให้เกิดปัญหาหรือความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากขึ้น ในขณะนี้มีแพทย์อาวุโสจากมหาวิทยาลัยอายุรแพทย์และแพทยสภา พยายามชี้แจงข้อมูล ปัญหา เพื่อให้รัฐช่วยดูแลแก้ไข เพราะการแพทย์ที่ดีจะเกิดขึ้นไม่ได้ ถ้าปราศจากแพทย์ที่มีคุณภาพ และแพทย์จะมีคุณภาพที่ดีได้จำเป็นต้องมีเวลา มีปัจจัยในการดำรงชีวิต และมีระบบการทำงานที่สามารถให้บริการที่ดีต่อผู้ป่วยได้ มีความรักและภาคภูมิใจในงานที่ทำเพื่อช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์

การฟ้องร้องแพทย์ในปัจจุบัน ในระยะเวลาประมาณ 4-5 ปีนี้ มีการฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น คดีที่แพทย์ถูกฟ้องเริ่มจากโรงพยาบาลเอกชนและขณะนั้นเกิดในโรงพยาบาลของรัฐในปี 2526 มี 200-300 ครั้ง ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 500 ครั้งต่อปี แพทย์ถูกฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายเป็นเงินจำนวนล้าน บางรายถึง 100 ล้าน หรือ 1,000 ล้าน (สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ จ.พ.ส.ท. ปี 2548, vol 89, No 3) ซึ่งในชีวิตของแพทย์ทั่วไปทำงานไปถึง 10 ซาติ หรือ 100 ซาติ ก็ไม่มีโอกาสจะมีให้ ชาวแพทย์ถูกฟ้อง แพทย์ทำการรักษาผิดพลาด จะปรากฏบนหน้าแรกของหนังสือพิมพ์ แพทย์ตกเป็นจำเลยสังคมโดยมิได้มีโอกาสชี้แจง

ในระยะเวลาที่ผ่านมา 4 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลเอกชน ถูกตัดสินจำคุก 4 ปี, และในปี พ.ศ. 2549 แพทย์ 2 คน ในโรงพยาบาลเอกชน ถูกตัดสินจำคุกคนละ 4 ปี และพยาบาล 1 คน ถูกตัดสินจำคุก 1 ปี คดีทั้งหมดนี้เป็นคดีอาญา เปรียบเสมือน แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์เป็นอาชญากร

สาเหตุของการฟ้องร้อง มีปัจจัยต้นเหตุอยู่หลายประการกล่าวคือ

1. แพทย์ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่เข้าใจแพทย์คิดว่าแพทย์ละเลย ไม่ดูแลเอาใจใส่ให้การวินิจฉัยและการรักษา ไม่ถูกต้อง ความเข้าใจเหล่านี้จะไม่เกิดขึ้น ถ้าแพทย์มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการชี้แจงปัญหาให้คำอธิบายอย่างง่าย ๆ ให้ผู้ป่วยเข้าใจ โดยทั่วไปแพทย์ที่ตั้งใจดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความความปรารถนาดียังมีอยู่มากมายในประเทศไทย แต่เหตุที่เกิดขึ้นบางครั้งเป็นเหตุสุดวิสัย ถ้าแพทย์ได้มีโอกาสอธิบาย และผู้ป่วยรับฟังด้วยใจเป็นกลาง ยอมรับว่าในการรักษาพยาบาลย่อมมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ในระยะเกินเยียวยา แต่บางครั้งแพทย์ไม่มีโอกาสอธิบาย (เพราะผู้ป่วยหนัก แพทย์ต้องรีบช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อน) สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยไม่ทราบและถ้าทราบคงจะเห็นใจรับฟังมากขึ้น

2. แพทย์ขาดจริยธรรม สมัยปัจจุบันเป็นสมัยของวัตถุนิยม และศีลธรรมเสื่อมทราม มีการหาเงินโดยไม่สุจริต ขาดความสำนึกในมโนธรรม แพทย์ส่วนใหญ่ยังยึดมั่นกับพระบรมราชโองการของสมเด็จพระบรมราชาชนก “แพทย์ที่ดีจะไม่รวย แต่ไม่อดตาย” อย่างไรก็ตามแพทย์เป็นกลุ่มชนหมู่มาก อาจมีแพทย์ส่วนน้อยที่มีวัตถุนิยมมาก ขาดจริยธรรมจรรยาแพทย์ ทำให้ขาดความสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดผลร้ายแก่ผู้ป่วย และทำให้แพทย์ส่วนใหญ่เสียชื่อเสียง

3. ผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยบางกลุ่มมักจะไม่เข้าใจการทำงานของแพทย์ คิดแต่เพียงว่าเมื่อมารักษาแล้วต้องวินิจฉัยให้ได้ รักษาให้หาย และมักจะใช้เงินเป็นปัจจัยวัดความสำเร็จในการรักษาของแพทย์ ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดอย่างมาก เพราะการรักษาโรคเป็นศิลปะอย่างหนึ่งซึ่งต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ในบางรายแพทย์อาจวินิจฉัยไม่ได้ถ้าอาการแสดงต่างๆ ซับซ้อนไม่ตรงไปตรงมา การรักษาอาจจะไม่สำเร็จตามที่คาดหวังเพราะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้แพทย์เองก็ไม่อยากให้เกิดขึ้น เพราะสิ่งที่แพทย์และ team การรักษาพยาบาลต้องการเห็นคือผู้ป่วยหายและมีชีวิตอยู่ต่อไปอย่างปกติ แต่บางครั้งแพทย์ก็ทำไม่ได้แม้ว่าจะใช้ความพยายามจนเต็มที่ เรื่องนี้เป็นเรื่องที่ผู้ป่วยและญาติควรเข้าใจยอมรับผลที่เกิดขึ้นว่าไม่มีใครหลีกเลี่ยง “กรรม” ที่กำหนดมากับบุคคลได้ คนไทยซึ่งนับถือศาสนาพุทธควรจะเข้าใจได้ แต่น่าเสียดายที่มีได้รับการปลูกฝังให้เข้าใจในศาสนาของตนเอง

4. สังคมวัตถุนิยม ความโลภเป็นกิเลสสำคัญและมีมากในสังคมปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้ป่วยบางคนอยากได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินเลย ยิ่งกว่าถ้าได้เงินจากการฟ้องร้องก็ยิ่งพอใจ เพราะมักมีบุคคลที่สาม เช่น ทนายความซึ่งจะแนะนำให้ฟ้องแพทย์โดยอาสาว่าความไม่ฟรี และผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ถ้าชนะความก็จะขอส่วนแบ่ง การกระทำอย่างนี้ผิดศีลธรรม เพราะเป็นการละโมภอยากได้ทรัพย์สินของผู้อื่นโดยไม่ชอบธรรม แต่คนที่ทำจะไม่คิด เพราะมีความโลภมาบังตา

ในบางครั้งแพทย์ถูกประณามโดยไร้เหตุผลจากผู้มีอำนาจเพื่อหาเสียงกับประชาชนซึ่งก็ผิดศีลเช่นเดียวกัน เพราะเป็นการพูดเท็จเพื่อประโยชน์ของตนเอง สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นมีผลร้ายทำให้ชื่อเสียงของสถาบันแพทย์ไทยเสื่อมลง

คนที่เป็นแพทย์ที่ดีนั้นต้องมีความรักคนไข้ รักงาน เสียสละ และคิดถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง แต่ในสภาพสังคมปัจจุบัน แพทย์ถูกประณาม-บีบบังคับจากการฟ้องร้อง จากกฎหมายซึ่งขาดความเห็นใจแพทย์มากขึ้น ในสายตาของผู้ป่วยซึ่งมักจะเป็นเศรษฐีใหม่ บริการที่ได้รับจากแพทย์จะถูกตราค่าเป็นเงิน แพทย์เป็นเพียงผู้รับใช้ให้บริการเท่านั้น สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจและเศร้าใจท้อถอย เมื่อเป็นเช่นนี้ต่อไปจะไม่มีใครเรียนแพทย์ เพราะเกรงต่อชีวิตที่เหนื่อยยากแต่ไม่ได้รับความเข้าใจ มีโอกาสถูกทำร้ายทางกฎหมายและจิตใจ นอกจากนี้ยังมีโอกาสได้รับโรคติดต่อซึ่งรักษายากและแพร่หลายเป็นปัจจัยพ่วงตามมาได้ โดยความเป็นจริงทุกคนมีสิทธิที่จะอยู่ประกอบสัมมาอาชีพได้โดยไม่ต้องเบียดเบียนตนเอง ดังนั้นจำนวนผู้ที่ต้องการเป็นแพทย์จึงลดน้อยลง นั่นเป็นภาพในอนาคต คือการฟุบลงของสถาบันแพทย์ เพราะขาดแคลนแพทย์ที่ดีรักษาผู้ป่วย ขาดครูแพทย์ซึ่งมีจิตวิญญาณของครูอบรมดูแลลูกศิษย์ให้เป็นแพทย์ที่ดี จุดจบดังกล่าวนี้คือความสูญเสียชีวิตอันใหญ่หลวง ผู้ที่รับเคราะห์กรรมคือประชาชนและผู้สูญเสียคือชาติไทย

แนวทางแก้ไข

เราคนไทยทุกคนคงไม่อยากจะเห็นการสูญเสียดังกล่าว ในสมัยโบราณสถาบันหลักที่ได้รับความเชื่อถือยกย่องจากประชาชนคือ พระ ครู ผู้พิพากษา และแพทย์ ตอนนี้อะไรยังเหลืออะไรอยู่บ้าง? เป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องช่วยกันแก้ไข ทางแก้ไขมีอะไรบ้าง

1. การผลิตแพทย์ให้มีคุณภาพและมีคุณธรรม เป็นแพทย์ที่ตั้งใจรักษาเพื่อนมนุษย์ โดยคิดถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ซึ่งเป็นหน้าที่โรงเรียนแพทย์ ควรพิจารณาในเรื่องการเรียนการสอนให้แพทย์มีความผูกพันกับผู้ป่วย โดยมีอาจารย์แพทย์ช่วยดูแลแนะแนวทางให้จนจบเป็นแพทย์ที่ดีได้

ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสังคมตัวแพทย์ต้องมั่นคงต่อจริยธรรม-จรรยาแพทย์ มีความพอเพียงในการดำเนินชีวิต ไม่เห็นวัตถุ-เงินตรา เป็นเรื่องสำคัญจนเอาเปรียบละเลยผู้ป่วย โดยมีจิตสำนึกว่า แพทย์ไม่พึ่งหาเงินบนความทุกข์ยากของเพื่อนมนุษย์

2. ผู้บริหารประเทศควรให้ความช่วยเหลือแพทย์ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งในด้านปัจจัยการดำรงชีวิต สร้างระบบการทำงานที่แพทย์จะทำงานได้ด้วยคุณภาพ และไม่เบียดเบียนตนเองมากนัก

3. สังคมควรยอมรับว่าแพทย์เป็นมนุษย์ธรรมดา ซึ่งอาจมีความผิดพลาดทั้ง ๆ ที่ตั้งใจทำอย่างดีที่สุดเพื่อผู้ป่วย แพทย์ที่ดีมีเมตตาจิตต่อผู้ป่วยนั้นยังมีมากมาย ควรให้ความเข้าใจ เห็นใจ อย่าคิดหาเงินกับแพทย์ด้วยการฟ้องร้อง เพราะท่านกำลังผิดศีล และกำลังทำลายอนาคตของสถาบันแพทย์ ซึ่งขณะนี้มีความเสื่อมอยู่แล้ว สื่อควรจะทำให้ความเห็นใจและเข้าใจแพทย์ ไม่ควรลงข่าวประโคมแพทย์ในทางเสียหายโดยไม่ทราบข้อมูลที่แท้จริง

4. ขอให้แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ และคนไทยทุกคน อยู่รวมกันด้วยความเมตตาจิต ความปรารถนาดีต่อกัน มีความเที่ยงธรรม-เสมอภาค และกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง มีความสามัคคี กระทำประโยชน์ต่อส่วนรวม เพื่อความเจริญผาสุกของประเทศไทย ตามแนวทางพระบรมราชาชาทของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่ทรงให้ไว้ในวาระครองราชย์ครบ 60 ปี ถ้าทุกคนทำเช่นนั้นสถาบันแพทย์ไทยก็จะอยู่รอด

5. พระบรมราชาชาทของสมเด็จพระราชชนก สมเด็จพระมหิตลาธิเบศรอดุลยเดชวิกรม พระราชาบิดาแห่งการแพทย์ไทย เป็นสิ่งที่แพทย์ทุกคนควรระลึกถึงเสมอเพื่อเป็น “พลัง” ให้ตนเองสามารถทำหน้าที่แพทย์ได้อย่างดีที่สุด

“แพทย์ที่ดีจะไม่รวย	แต่ไม่อดตาย”
“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตัว	เป็นที่สอง
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์	เป็นกิจที่หนึ่ง
ลาก ทรัพย์ และเกียรติยศ	จะตกแก่ท่านเอง
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพ	ไว้ให้บริสุทธิ์”

“คุณลักษณะสำหรับการเป็นแพทย์นั้น คือ ความเชื่อถือไว้ใจ

แพทย์ต้องมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง คือ มีความมั่นใจ
แพทย์ต้องมีความไว้วางใจระหว่างแพทย์กันเอง คือ ความเป็นปึกแผ่น
แพทย์ต้องได้รับความไว้วางใจจากผู้ป่วย คือ ความไว้วางใจจากคณะชน

คุณสมบัติสามประการนี้เป็นอาวุธ เกราะ และเครื่องประดับ
อันงามของแพทย์”

เอกสารอ้างอิง

1. นายแพทย์ดวงพิศิษฐ์ โทณะวนิก “ทูลกระหม่อมของชาวศิริราช” ในตามรอยพระยุคลบาท สูด แสงวิเชียร บรรณาธิการ ในวาระฉลอง 72 ปี ศิริราช 16 กรกฎาคม 2522
2. พระราชเลขาของสมเด็จพระบรมราชชนก ถึงสภานายกและสมาชิกสโมสรแพทย์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2471 จาก “สมเด็จพระบรมราชชนก พระบิดาแห่งวงการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย จัดพิมพ์โดย คณะศิษย์และอาจารย์แห่งคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดี เนื่องในงานนิทรรศการ “สมเด็จพระราชบิดา” จัดโดยอาจารย์และศิษย์โรงพยาบาลรามาธิบดี 23 กันยายน 2520
3. ชุมนุมพระนิพนธ์และบทความเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระราชบิดา เจ้าฟ้ามหิดลอดุลยเดช กรมหลวงสงขลานครินทร์ พระบิดาแห่งการแพทย์แผนปัจจุบันของไทย รวบรวมพิมพ์โดย คณะแพทยศาสตร์และศิริราชพยาบาล วันมหิดล 24 กันยายน 2508
4. วรากรณ์ สามโกเศศ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต “โรงเรียนแพทย์กับความเสียหายของชาติ” มติชนรายวัน 8 กันยายน พ.ศ. 2548
5. สุจิตต์ เผ่าสวัสดิ์ และพวก ข้าทะเลจุดอ่อนของแพทย์เมื่อไปศาล. จพสท. พ.ศ. 2548 Vol. 89 No.3, หน้า 403.
6. เกษม ตันติผลาชีวะ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา “แพทย์กับผู้ป่วยความลับพื้นที่เปลี่ยนไป” มติชนรายวัน 13 กันยายน 2548 หน้า 7

