

บทที่ 4

โรคพิษสุราเรื้อรัง “ชายขอบ” ของคลินิกรุ่งอรุณ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า ในประเทศไทยมีการแพร่กระจายตัวของสุราที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในยุคทุนนิยมเสรี นโยบายการควบคุมยังคงอ่อนแอ และมุ่งเน้นไปที่การควบคุมนักดื่มมากกว่าผู้ผลิตรายใหญ่และเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของรัฐที่เอื้อให้เกิดนโยบายหลากหลายที่เกื้อหนุนกันเอง อีกทั้งสุรายังได้รับการรับรองให้เป็นสิ่งถูกกฎหมาย ด้วยเงื่อนไขดังกล่าวมีส่วนที่ทำให้ปัญหาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังไม่ได้รับความสนใจมากนักในคลินิกรุ่งอรุณ และในสายตาของผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านกฎหมายและการแพทย์ที่เลือกให้ความสำคัญกับสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมายว่าเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขเร่งด่วนมากกว่า แม้ว่าปัญหาสุราจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทยก็ตาม โรคพิษสุราเรื้อรังจึงเป็นเหมือน “ชายขอบ” การรักษาในคลินิกรุ่งอรุณ

เพื่อให้ทัศนะข้างต้นชัดเจนขึ้น ในเบื้องต้นของบทนี้ผู้เขียนจะได้กล่าวถึงเรื่องราวของคลินิกรุ่งอรุณ ซึ่งเกิดขึ้นจากการระบาดของยาเสพติดในพื้นที่ จนทำให้โรงพยาบาลต้องเปิดคลินิกเฉพาะทางเพื่อรองรับปัญหาดังกล่าว ประกอบกับคลินิกก็จำเป็นต้องรองรับผู้ป่วยที่มากยิ่งขึ้นจากสถานการณ์ปัญหาเสพติดในเขตจังหวัดที่คลินิกตั้งอยู่ซึ่งจัดว่าเป็นพื้นที่สีแดง (พื้นที่เฝ้าระวัง) เมื่อครั้งที่มีการปราบปรามยาเสพติดของรัฐ การรักษาผู้ป่วยยาเสพติดผิดกฎหมายจึงได้มีการใช้การรักษาและมาตรการที่จริงจังมากกว่าการรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ที่เป็นเพียงผลพลอยได้จากการเปิดคลินิกเพื่อรักษาผู้ป่วยยาเสพติดผิดกฎหมาย ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่า โรคพิษสุราเรื้อรังได้รับการรักษาเฉพาะความผิดปกติทางร่างกายด้วยยาเท่านั้น แม้ว่าโรงพยาบาลจะจัดเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ก็ตาม แต่ก็ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างจริงจัง การเยี่ยมผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังในชุมชนจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังอยู่ในสถานะที่ทำให้ผู้อื่นหรือคนในครอบครัวต้องประสบปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยเท่านั้น

ในส่วนต่อไปผู้เขียนจะได้กล่าวถึงปัญหาสุรากับสุขภาพ และธรรมชาติของโรคพิษสุราเรื้อรังที่ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องเข้ารับการรักษาที่คลินิกรุ่งอรุณ ขั้นตอนการรักษาผู้ป่วย รวมไปถึงชี้ให้เห็นสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับการดื่มสุรามากจนเกินขนาดของผู้ป่วย จนทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศไปอย่างมหาศาล จนเทียบไม่ได้กับภาษีที่รัฐได้รับจากการดื่มสุราของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เรื่องของคลินิกรุ่งอรุณ

คลินิกรุ่งอรุณเป็นคลินิกยาเสพติดตั้งอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 895 เตียง ในจังหวัดทางภาคตะวันตกที่มีพื้นที่การผลิตแบบกึ่งอุตสาหกรรมกึ่งการเกษตร¹ ห่างจากกรุงเทพฯ 101 กิโลเมตร

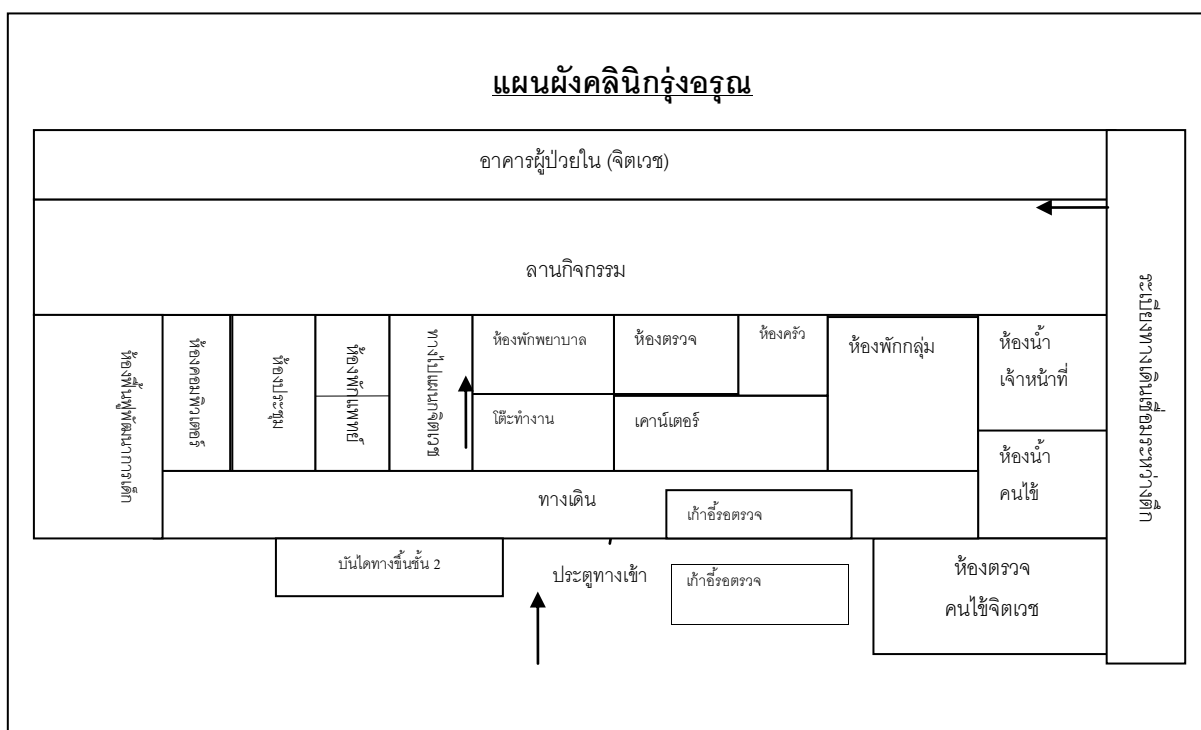
คลินิกรุ่งอรุณเป็นผลผลิตหนึ่งของกลไกการควบคุมทางสังคมของปัญหาการติ่มสุรา ดังที่ได้กล่าวถึงวงศาวินิจฉัยของการทำให้สุรากลายเป็นประเด็นปัญหาทางการแพทย์หรือการทำให้การติ่มสุรากลายมาเป็นโรค (medicalization) โดยสมาคมการแพทย์สหรัฐตั้งแต่ ค.ศ.1956 (พ.ศ. 2499)

จนกระทั่ง พ.ศ. 2504 กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศไทยประกาศให้มีการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังในคลินิกเฉพาะทางเช่นเดียวกับในต่างประเทศ แต่ในเวลานั้นรัฐไทยให้ความสำคัญกับการปราบปรามฝิ่นซึ่งเป็นปัญหาร้ายแรงสำหรับรัฐในขณะนั้นมากกว่า ทำให้การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังยังคงไม่แพร่หลายและกระจุกตัวอยู่ในส่วนกลางเท่านั้น อีกทั้งโรงพยาบาลที่ตั้งของคลินิกรุ่งอรุณก็ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพการบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันให้ประชาชนในท้องถิ่นเชื่อถือ และเร่งขยายการบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ให้เข้าถึงประชาชนในท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้นโดยการเพิ่มขนาดเป็น 184 เตียงจากเดิมมีเพียง 50 เตียงเท่านั้น (รายงานประจำปี 2549) การเปิดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังจึงดูห่างไกลจากความเป็นจริงมาก

แม้ว่าจะมีการรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลก็ตาม โรงพยาบาลก็รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกับผู้ป่วยโรคทางกายปกติทำให้เกิดความวุ่นวายอย่างมาก จนมาถึง พ.ศ. 2532 โรงพยาบาลจึงได้ก่อตั้ง *คลินิกยาเสพติด* ขึ้น ภายใต้ความรับผิดชอบของกลุ่มงานจิตเวช ในระยะแรกคลินิกยาเสพติดเป็นเพียงห้องเล็กๆ เพียง 1 ห้องตั้งอยู่บริเวณด้านหน้าของโรงพยาบาล มีจิตแพทย์ 1 คนและพยาบาลวิชาชีพดูแลเพียง 1 คนเท่านั้น เพราะคนไข้ในช่วงแรกไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นคนใช้ติดเฮโรอีน

¹ ประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2548 ทั้งสิ้น 823,494 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาข้าวในเขตที่ราบลุ่มแม่น้ำแม่กลอง เพาะปลูกพืชไร่ เช่น อ้อย มันสำปะหลัง สับปะรด ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ และมีการทำสวนผลไม้หลายชนิด เช่น มะม่วง มะพร้าว องุ่น และชมพู มีการปศุสัตว์ที่สำคัญ เช่น ไก่ สุกร เป็ด โคเนื้อ และโคนม นอกจากนี้ยังมีการเพาะเลี้ยงสัตว์น้ำจืดในบางท้องที่ อุตสาหกรรมสำคัญคือ เครื่องเคลือบดินเผา สิ่งทอตัวถังรถยนต์โดยสารและรถบรรทุก (ศรีสกุล พิทักษ์นารัตน์ 2551:53-54)

ต่อมา พ.ศ. 2540 มีการแพร่ระบาดของยาบ้าในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นมากขึ้น (นิรนาท แสนสา 2543:2) ทำให้โรงพยาบาลต้องขยายคลินิกยาเสพติดให้สามารถรองรับคนไข้ได้ จึงย้ายที่คลินิกมาอยู่ที่หน้าตึกจิตเวช ดังแผนผังต่อไปนี้



การขยายพื้นที่คลินิกยาเสพติดมาอยู่ที่แผนกจิตเวชทำให้การส่งตัวผู้ป่วยภายหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยไปยังตึกในง่ายขึ้น คนไข้สามารถเดินออกจากประตูด้านหลังของคลินิกได้พยาบาลคนหนึ่งเล่าว่า การนำผู้ป่วยยาเสพติดไปไว้รวมกับผู้ป่วยโรคจิตประเภทอื่นๆ ในตึกจิตเวชที่ล้อมรอบด้วยลูกกรงเหล็กแน่นหนาและให้ชุดคนไข้ของแผนกจิตเวชมีสีม่วงอ่อน ต่างไปจากชุดของคนไข้โรคทางกายที่มีสีเขียวอ่อน นั่นก็เพื่อตัดปัญหาการปะปนกับผู้ป่วยโรคทางกายในแผนกอื่นนั่นเอง นอกจากการขยายคลินิกใหม่แล้ว ในระหว่างนี้ก็มีการรับแพทย์และพยาบาลเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับสถานการณ์ปัญหาเสพติดที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ต่อมา ในช่วง พ.ศ. 2546 มีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มาตรวจและพบว่าชื่อคลินิกยาเสพติดเป็นชื่อที่ดีตราคนไข้ ทางโรงพยาบาลจึงได้เปลี่ยนชื่อคลินิกเป็น **คลินิกรุ่งอรุณ** ผู้เขียนยังคงสังเกตเห็นว่า แม้จะมีการเปลี่ยนชื่อคลินิกเพื่อไม่ให้คนไข้รู้สึกอับอายที่จะต้องเข้ามารักษา แต่บุคลากรในหน่วยงานด้วยกันเองยังคงมีการเรียกคลินิกยาเสพติดอยู่ เช่น

คำเรียกกันเองในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ การใช้ตัวย่อติดตามเครื่องใช้ต่างๆ ของคลินิกว่า ย.ส. ซึ่งก็ย่อมาจากกองงานยาเสพติด

ในปีเดียวกันนี้รัฐบาลได้มีนโยบายประกาศสงครามกับยาเสพติด ซึ่งทำให้คุณไม่เพียงพอที่จะขังผู้ติดยาเสพติดได้ รัฐจึงมีนโยบายให้โรงพยาบาลร่วมมือกับกรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรม รับบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดผิดกฎหมาย¹ ซึ่งถูกจับกุมจากเจ้าหน้าที่ตำรวจและถูกคุมขังไว้ในคุกเป็นเวลา 45 วัน ในระยะเวลานี้ทางการแพทย์ถือว่าผู้ป่วยพ้นจากอาการถอนยาแล้ว เมื่อคนไข้มารายงานตัวกับแพทย์ ก็จะมีกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มหรือที่เรียกกันว่า Psychosocial Therapy หรือการบำบัดแบบจิตสังคม ทำให้หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์มีเพิ่มขึ้นขณะที่บุคลากรยังเท่าเดิม

แต่ทว่าปัญหายาเสพติดถูกกฎหมายอย่างสุราและบุหรี่กลับไม่ได้ใช้การรักษาจิตสังคมบำบัดเช่นเดียวกับยาเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ มีเพียงการรักษาทางยา เพื่อระงับอาการทางกายเพียงอย่างเดียวเหมือนคนไข้ที่ป่วยด้วยอาการทางกายทั่วไป แม้ว่าปัญหาสุราจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นจากผลพวงของการปราบปรามยาบ้าอย่างหนักก็ตาม

กล่าวคือ สถานการณ์การปราบปรามยาเสพติดของรัฐทำให้ยาบ้ามีราคาแพงและหายากขึ้น ผู้ที่เสพยาบ้าจำนวนหนึ่งหันมาดื่มสุราแทน ทำให้ตัวเลขของผู้ป่วยสุราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว โดย พ.ศ. 2546 คลินิกรับผู้ป่วยสุรารายใหม่เพียง 29 คน ต่อมา พ.ศ. 2547 คนไข้สุราเพิ่มขึ้นเป็น 60 คน และพ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นอีก 116 คน และสูงขึ้นถึง 133 คนในปีถัดไป (รายงานงานคลินิกยาเสพติด ประจำปี 2545-2550)

¹ หมายถึง ยาเสพติดที่เข้าข่ายตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 7 ยาเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ 1) ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

2) ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคคาอีน (Cocaine) โคเดอีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medicinal Opium)

3) ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตาม มาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคเดอีน (Codeine Cough Syrup)

4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติก แอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซติลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)

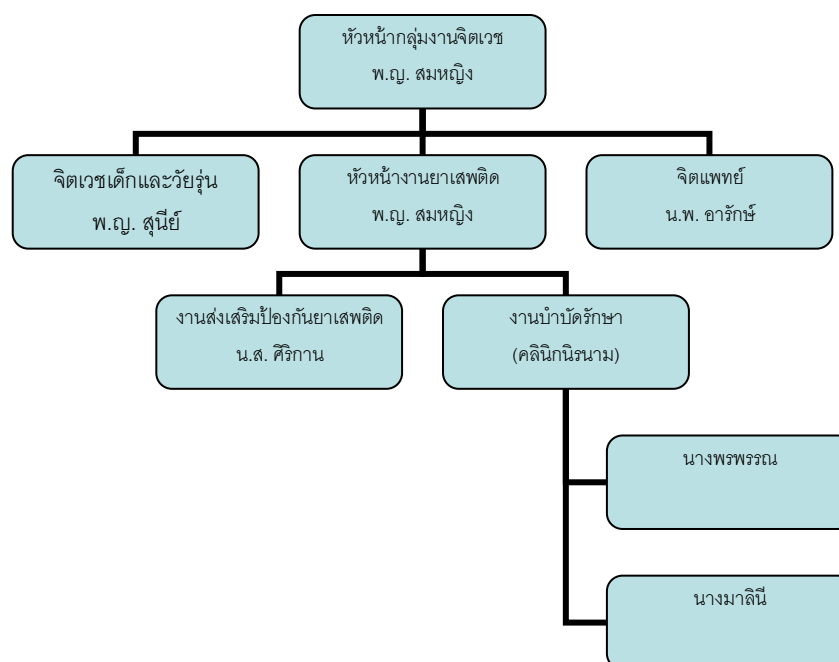
5) ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม

มานิช ผมติดมั่วช่วงนั้น ตอนนั้นผมเลิกแล้ว กินแต่เหล้า... เม็ดละ 200-300 ไม่ไหว ผมกินเหล้าได้ 3-4 วันเลย ซื้อม้าเม็ดหนึ่ง ก็ โอ้โฮ! ตาย แถวบ้านก็ไม่ค่อยมี กินด้วย จนแะอยู่เนี่ย เมื่อก่อนเม็ดละ 100 เม็ดละ 60...เพราะตั้งคัมน์หาง่าย เอาอะไรไปขายก็ซื้อดูได้แล้ว เมื่อก่อนผมดูดูดิบหายเลย (มานิช สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

เป็นที่น่าสังเกตอย่างยิ่งว่า การแก้ปัญหายาเสพติดผิดกฎหมายของรัฐทำให้ราคาของยาบ้าสูงขึ้น เป็นเหตุให้ผู้ป่วยบางคนเลือกที่จะดื่มสุราซึ่งถูกกฎหมาย หาซื้อง่าย และมีราคาถูก แทนการเสพยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่ในขณะเดียวกัน การรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังกลับไม่ให้ความสำคัญกับกระบวนการรักษาเช่นเดียวกับยาเสพติดผิดกฎหมาย แม้ตัวเลขจากคลินิกรุ่งอรุณเองยืนยันว่า ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องก็ตาม แต่เรากลับพบว่า การรักษา ยังคงเน้นไปที่ตัวบทกฎหมายที่รัฐตั้งไว้ เช่นการกำหนดว่า ผู้ป่วยยาบ้าต้องเข้ารับการบำบัดอย่างเร่งด่วนหลังการจับกุม ทางโรงพยาบาลก็ขาดมาตรการดังกล่าวด้วยโปรแกรมการบำบัดจิตสังคม และระมัดระวังอย่างยิ่งที่จะไม่ให้ผู้เขียนเข้าเกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยยาเสพติดผิดกฎหมาย พยาบาลคนหนึ่งบอกว่า “ที่อนุญาตให้สัมภาษณ์คนไข้สุราได้ เพราะพี่เห็นว่าสังคมมองว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องปกติ และการสัมภาษณ์ก็ไม่ต้องระมัดระวังเรื่องการตีตราคนไข้มากกว่าคนไข้ยาเสพติดร้ายแรง” ขณะเดียวกันในส่วนของการส่งเสริมป้องกันก็ยังคงให้ความสำคัญกับการรณรงค์ให้เด็ก เยาวชน และบุคคลทั่วไปตระหนักถึงปัญหาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย มากกว่ายาเสพติดถูกกฎหมายอย่างสุราและบุหรี่ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดเกี่ยวกับคลินิกรุ่งอรุณ บุคลากร และกระบวนการรักษาต่อไป

คลินิกรุ่งอรุณทำอะไร

แผนผังองค์กรของคลินิกรุ่งอรุณ



คลินิกรุ่งอรุณแห่งนี้อยู่ในส่วนหนึ่งของกลุ่มงานจิตเวช การทำงานของคลินิกแบ่งออกเป็น 2 ส่วน (จากผังองค์กรข้างต้น) ได้แก่ ส่วนแรกเป็นงานส่งเสริมป้องกันยาเสพติด หรือเป็นงานเชิงรุก มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 1 คนคือพยาบาลศิริกานมีหน้าที่ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับยาเสพติดให้โทษในหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมคุมประพฤติ ทันตสถาน สถานพินิจ สวัสดิการแรงงาน ค่ายทหาร หน่วยงานเอกชนอื่นๆ ที่ประสานงานเข้ามาขอความช่วยเหลือ เช่น สถานประกอบการโรงงานสับปะรด โรงงานทอผ้า โรงงานกะทิ โรงงานกระดาษ ฯลฯ และสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่บริเวณรอบๆ โรงพยาบาล เช่น จัดโครงการ To Be Number One ที่มีการจัดตั้งแกนนำนักเรียนเข้าช่วยเหลือเพื่อน (Friend Corner) ซึ่งกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปในแต่ละปี นอกจากนี้ยังมีการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยซึ่งขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยมีปัญหาเรื้อรัง เพราะความเจ็บป่วยไปกระทบกับผู้อื่น เช่น กรณีที่คนไข้สุราเป็นหัวหน้าครอบครัว และต้องดูแลผู้อื่น พยาบาลศิริกานจะเข้าไปให้ความช่วยเหลือ และโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเข้ามารักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล (ซึ่งผู้เขียนจะได้กล่าวถึงในรายละเอียดต่อไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานเยี่ยม

บ้านในตอนท้ายของบทนี้) การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกบ่อยครั้งจึงทำให้พยาบาลศิริกานจึงไม่ได้อยู่ที่หน้าคลินิกบ่อยนัก

อีกส่วนหนึ่งเป็นงานบำบัดรักษา มีจิตแพทย์ผู้รับผิดชอบ 2 คน คือ พ.ญ.สมหญิง และ น.พ. อารักษ์ คลินิกแห่งนี้รับบำบัดรักษาเฉพาะผู้ป่วยนอกเท่านั้น ส่วนผู้ป่วยในที่มีอาการทางจิตอันเนื่องมาจากยาเสพติดจะถูกแยกไปรักษาอยู่ที่ตึกจิตเวช จำนวนของแพทย์อันน้อยนิดแต่ต้องทำงานหนักสามารถพบเห็นได้อยู่บ่อยครั้งในเขตพื้นที่ต่างจังหวัด ที่นี้ก็เช่นกันจิตแพทย์หนึ่งคนต้องทำหน้าที่จำนวนมากนอกเหนือจากการตรวจรักษา ซึ่งในที่นี้ผู้เขียนได้หยิบยกบันทึกหน้าที่ของจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยในส่วนของยาเสพติด

ตารางการตรวจรักษาของจิตแพทย์

	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์
หมออารักษ์	ตรวจคนไข้ยา เสพติด		ตรวจแผนกจิต เวช	ตรวจแผนกจิต เวช	
หมอสมหญิง		ตรวจแผนกจิต เวช			ตรวจคนไข้ยา เสพติด
ทั้งสองคน สลับกัน			คลินิกนอกเวลา		

จากตารางในข้างต้น จะเห็นว่าช่วงเวลาที่ว่างเว้นจากการตรวจรักษา แพทย์จะต้องปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ อีกจำนวนมาก เช่น นายแพทย์อารักษ์เป็นแพทย์ธรรมดาไม่ได้เป็นหัวหน้างานยาเสพติดแต่ผู้เขียนพบว่า เขามีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านอื่นๆ อยู่ไม่น้อย ทั้งงานด้านการบริหาร งานด้านบริการ ได้แก่ งานบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ตรวจวินิจฉัย ส่งการต่างแผนก ตรวจวินิจฉัย ส่งการโรคทั่วไปหรือฉุกเฉิน งานปฏิบัติการด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์อื่นๆ งานบริการเกี่ยวกับการประเมินสภาพทางจิต และการออกเอกสารรับรอง ในส่วนที่สามเป็นงานด้านวิชาการ ซึ่งเป็นงานพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานจิตเวช ได้แก่ จัดทำแนวทางการรักษาผู้ป่วย พัฒนาคุณภาพการให้บริการ ตรวจสอบ และรับรองการจัดทำระเบียบปฏิบัติงาน งานด้านการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์และพยาบาล งานถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด งานวิจัย ตลอดจนงานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย เช่น ปฏิบัติงานตำแหน่งหัวหน้าศูนย์คอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล รองประธานคณะกรรมการผู้บริหารเทคโนโลยีสารสนเทศ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนของโรงพยาบาล เป็นต้น

เช่นเดียวกับ พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 คนคือ พยาบาลพรพรรณและพยาบาลมาลินี ประจำอยู่ในคลินิกรุ่งอรุณแห่งนี้ ผู้เขียนสังเกตว่าวันที่มีแพทย์เข้าตรวจรักษาคนไข้ยาเสพติดวันหนึ่งจะมีคนไข้ที่เข้ามาตรวจในช่วงเช้าพร้อมกันกว่า 30 คน และในเวลาบ่ายอีกไม่น้อยกว่า 10 คน และในช่วงที่โรงเรียนใกล้เปิดเทอมจะมีนักเรียนนักศึกษาเข้ามาขอใบรับรองการตรวจหาสารเสพติดจากแพทย์ด้วยทำให้คลินิกจะมีคนไข้มากกว่าปกติ และทำให้การทำงานของเจ้าหน้าที่มากขึ้นเป็นเงาตามตัว

ตารางงานและหน้าที่ของพยาบาลพรพรรณ

วัน	8.00 -12.00น.	13.00-16.30 น.
จันทร์	OPD ยาเสพติด Case Consult จาก Ward	ลงทะเบียน , ลงข้อมูลรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ในอินเตอร์เน็ตของกระทรวง
		OPD บ่ายจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ/ Case Consult จาก Ward
อังคาร	Case Consult Alcoholจาก Ward กลุ่มบำบัด, ตรวจ Amphetamine	Counseling ผู้ป่วยยาบ้าคุมประพฤติ
		OPD บ่ายจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ / งานวิชาการ-เอกสาร
พุธ	Case Consult Alcoholจาก Ward กลุ่มบำบัด, ตรวจ Amphetamine	Counseling ผู้ป่วยยาบ้าคุมประพฤติ
		OPD บ่ายจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ / งานวิชาการ-เอกสาร
พฤหัสบดี	Case Consult Alcoholจาก Ward กลุ่มบำบัด, ตรวจ Amphetamine	Counseling ผู้ป่วยยาบ้าคุมประพฤติ
		OPD บ่ายจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ / งานวิชาการ-เอกสาร
ศุกร์	OPD ยาเสพติด Case Consult จาก Ward	ลงทะเบียน , ลงข้อมูลระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ในอินเตอร์เน็ตของกระทรวง
		OPD บ่ายจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ / งานวิชาการ-เอกสาร

นอกจากงานประจำที่ทำอยู่ทุกวันแล้วยังมีงานบริการด้านอื่น ได้แก่

1. ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ และออกใบรับรองผล ทุกวัน เวลาราชการ
2. ประเมิน Withdraw, BI และให้คำปรึกษาครอบครัว ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ จาก ward ต่างๆ ในโรงพยาบาลทุกวันเวลาราชการ
3. คลินิกเมธาโดนและการให้คำปรึกษาผู้ป่วยบุหรืทุกวัน

และงานประจำอื่นๆ ได้แก่

1. สถิติรายงานสาธารณสุขจังหวัด กรมสุขภาพจิต ธรรมนูญฯ บันทึกข้อมูลรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) และแบบฟอร์มต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ต ทำหนังสือราชการแบบประเมินคุณภาพ
2. งาน HA งานพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมทบทวน เขียนคู่มือปฏิบัติต่างๆ ของงานยาเสพติด
3. งานวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ 5ส. อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมของคลินิก

ตารางงานและหน้าที่ของพยาบาลมาลินี

วัน	8.00 -12.00น.	13.00-16.30 น.
จันทร์	OPD ยาเสพติด รับ Consult /ส่งต่อ, งานธุรการ, พัสดุ	ลงทะเบียน คืบบัตร/ เบิกยา/ รับ-ส่งหนังสือ
		OPD ผู้ป่วยจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ
อังคาร	ตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ และออกไปรับรอง รับ Consult /ส่งต่อ, งานธุรการ, พัสดุ	รับคนไข้- นัด ตรวจปัสสาวะคนไข้คุมประพฤติที่เข้ากลุ่ม
		OPD ผู้ป่วยจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ
พุธ	ตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ และออกไปรับรอง รับ Consult /ส่งต่อ, งานธุรการ, พัสดุ	รับคนไข้- นัด ตรวจปัสสาวะคนไข้คุมประพฤติที่เข้ากลุ่ม
		OPD ผู้ป่วยจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ
พฤหัสบดี	ตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ และออกไปรับรอง รับ Consult /ส่งต่อ, งานธุรการ, พัสดุ	รับคนไข้- นัด ตรวจปัสสาวะคนไข้คุมประพฤติที่เข้ากลุ่ม
		OPD ผู้ป่วยจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ
ศุกร์	OPD ยาเสพติด รับ Consult /ส่งต่อ, งานธุรการ, พัสดุ	ลงทะเบียน คืบบัตร/ เบิกยา/ รับ-ส่งหนังสือ
		OPD ผู้ป่วยจิตเวช-จิตเวชฉุกเฉิน / ส่งต่อ

งานบริการด้านอื่นๆ มีดังนี้

1. ตรวจสอบสารเสพติดในปัสสาวะ และออกไปรับรอง ทุกวัน เวลาราชการ
2. จ่ายยาเมธาโดน ทุกวันเช้า ทำรายงานการเบิกจ่าย

งานประจำอื่นๆ

1. งานธุรการ เอกสารของคลินิกยาเสพติด
2. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องยา ห้องlab
3. งานเบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม ส่งซ่อม ของคลินิกยาเสพติด ควบคุมแม่บ้าน

4. ควบคุมการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์นอกบัญชี
5. หน้าที่ประชาสัมพันธ์ของกลุ่มงานปฐมภูมิและแม่บ้าน

เนื่องด้วยภาระหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ งานธุรการอื่นๆ เอกสาร งานวิชาการ และงานที่ต้องเข้าไปประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เป็นสิ่งที่พยาบาลวิชาชีพทั้งสองจะต้องรับผิดชอบ หากมีใครคนใดคนหนึ่งต้องออกไปสัมมนาหรือประชุมกับภายนอกในวันเดียวกันกับที่มีการตรวจรักษาคนไข้ก็จะเกิดความวุ่นวายอยู่ไม่น้อย แต่สำหรับในทัศนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งสองแล้วการปฏิบัติงานเยอะ ในปริมาณคนน้อยก็ทำให้สบายใจกว่า เพราะไม่ต้องประสานงานกับคนจำนวนมาก ซึ่งอาจจะทำให้การปฏิบัติงานยุ่งยากขึ้น

เราจะเห็นว่าภาระหน้าที่ต่างๆ ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมีจำนวนมากและแยกย่อยออกเป็นส่วนๆ เพื่อรองรับการบริการของผู้ป่วยซึ่งมีปริมาณมาก ให้ง่ายยิ่งขึ้นก็ตาม แต่ระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนี้ก็ไม่ได้เอื้อให้เกิดกระบวนการในการทำความรู้จักคนไข้มากขึ้นนัก การรักษาก็มีข้อจำกัดที่จะรักษาผู้ป่วยได้เฉพาะอาการทางร่างกายเท่านั้น ทำให้แพทย์ไม่สามารถพูดคุยเรื่องราวและสาเหตุทางสังคมอื่นๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดื่มสุราได้ จึงไม่น่าแปลกนักที่แพทย์แต่ละคนจะใช้เวลาทำความรู้จักคนไข้ได้น้อยมากเช่นกัน

จิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกรุ่งอรุณ

จากเรื่องราวการทำงานของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในคลินิกรุ่งอรุณ จะเห็นว่าการจำแนกแยกย่อยหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ออกมาตามความชำนาญ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่าย และทำให้การบริการรวดเร็วยิ่งขึ้น เพื่อรองรับปริมาณคนไข้ที่มีจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ¹ เงื่อนไขดังกล่าวทำให้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปในลักษณะที่มีระยะห่างมากกว่าการเข้าไปมีส่วนร่วมในชีวิตของคนไข้

¹ ขณะนี้ประเทศไทยยังอยู่ในภาวะขาดแคลนแพทย์ และทันตแพทย์ โดยภาพรวมของแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพในประเทศไทย พ.ศ. 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 30,681 คน ยังขาดอีก 11,984 คน ส่วนทันตแพทย์มี 9,337 คน หากเทียบกับจำนวนทันตแพทย์ที่ควรมีในประเทศไทยคือ 1 ต่อ 3,959 จึงควรมีแพทย์ 17,999 คน ซึ่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยยังขาดแพทย์อีก 8,662 คน เมื่อแยกเป็นรายภาค ยกเว้น

เริ่มจากหัวหน้ากองงานยาเสพติด หมอสมหญิงเป็นจิตแพทย์ที่อาวุโสที่สุดในคลินิก เธอเป็นคนกรุงเทพฯ และเดินทางไปกลับทุกวัน นอกจากการตรวจรักษาในโรงพยาบาลแล้ว เธอยังมีคลินิกของตนเองอยู่ไม่ไกลจากโรงพยาบาลมากนัก ตลอดระยะเวลาการตรวจรักษาผู้เขียนแทบจะไม่ได้พูดคุยกับเธอเลย เช่นเดียวกับคนไข้ที่ได้พูดคุยกับเธอน้อยเช่นกัน ด้วยความชำนาญและประสบการณ์ที่อยู่มาตั้งแต่เริ่มก่อตั้งคลินิกทำให้เธอตรวจรักษาไวกว่าแพทย์คนอื่นๆ พยาบาลคนหนึ่งว่า “ถ้าวันไหนเป็นเวรหมอสมหญิงนะ คนไข้หมดเร็วมาก เพราะหมอเขาใช้เวลาแป๊บเดียวแหละ หมออารักษ์นะตรวจนานกว่าจะคุยเสร็จ”

หมออารักษ์ จิตแพทย์ชายคนเดียวในคลินิกรุ่งอรุณ เขาเป็นคนจังหวัดสงขลา หลังจากเรียนจบก็มาใช้ทุนการศึกษา ก็ทำงานที่นี่มาตลอด เขาแต่งงานกับพยาบาลพรพรรณ ตั้งแต่ที่ย้ายเข้ามาทำงาน ทั้งคู่มีลูกผู้ชายด้วยกัน 2 คน

ในช่วงแรกที่ผู้เขียนถามถึงเรื่องราวของคนไข้โดยทั่วไป เช่น คนไข้ส่วนใหญ่ทำอาชีพอะไรหรือคนไข้ส่วนใหญ่อยู่ที่ไหน คนไข้คนไหนที่หมอประทับใจบ้าง คำตอบที่ได้คือ ไม่รู้ ไม่มี และจำไม่ได้ การตอบเช่นนี้ทำให้เราคิดไปได้ว่า แม้หมออารักษ์จะใช้เวลามากกว่าหมอสมหญิงก็ตามแต่ก็ไม่ได้ทำให้รู้จักคนไข้มากขึ้นไปกว่าร่างกายของคนไข้เลย การตรวจนานเป็นไปเพื่อการซักถามอาการที่แม่นยำเพื่อให้ผลในการรักษาที่ถูกต้องเท่านั้น

แต่อย่างไรก็ดีนอกจากการรักษาแล้ว บุคลิกของหมออารักษ์เป็นกันเองทำให้คนไข้หลายคนเลือกที่จะมาวันที่หมออารักษ์เข้าเวร ความสัมพันธ์ระหว่างหมออารักษ์กับคนไข้ก็เป็นความสัมพันธ์ที่ดีเช่นกันสังเกตได้จากในช่วงเทศกาลปีใหม่มียคนไข้ นำของขวัญมาให้หมออารักษ์เป็นจำนวนมาก เช่น มะขามจากจังหวัดกาญจนบุรี เครื่องหอมต่างๆ กระเช้าที่ระลึก เป็นต้น

แต่ก็มีคนไข้สุราคนหนึ่งนำไวน์มาเป็นของขวัญหมออารักษ์ ทำให้ผู้เขียนได้เห็นการต่อรองกันระหว่างความหมายของสุราระหว่างแพทย์กับคนไข้ กล่าวคือ ในขณะที่แพทย์เห็นว่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ แต่สำหรับคนไข้แล้ว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ราคาแพงอย่างไวน์ที่คนไข้เองก็ชอบดื่ม และยังมีฐานะเป็นของที่ระลึกชั้นดี ความต่างของการให้

กรุงเทพฯ พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรทุกภาคมีความขาดแคลนทั้งหมด ขาดแคลนมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 5,308 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 22,020 คน รองลงมาคือ ภาคเหนือแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 3,279 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 14,852 คน ส่วนภาคใต้มีแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 3,345 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 15,918 คน และภาคกลางมีแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 2,683 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 13,131 คน ส่วน กรุงเทพฯ มีแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 850 คน ทันตแพทย์ 1 คนต่อคนไข้ 4,869 คน (<http://www.thaipost.net/news/030410/20272>)

ความหมายของสุราของทั้งสองฝ่ายชวนให้ผู้เขียนลึ้นว่าแพทย์จะทำอย่างไรกับของที่ระลึกชิ้นนี้ ในท้ายที่สุดผู้เขียนพบว่าพยาบาลพรพรรณ ผู้เป็นภรรยาंनाใจคิดว่าคงกล่าวมาผูกโบว์ใหม่แล้วให้คนอื่นแทน เธอบอกว่า “เสียตายของ เพราะหมอมั่ดีม่” การกระทำเช่นนี้เองเป็นการตอกย้ำถึงการยอมรับความหมายของสุราในแง่ของของฝากและของที่ระลึกที่ดำรงอยู่อย่างม่อาจปฏิเสธ ปฏิบัติการเชิงศีลธรรมของโลกท้องถิ่นที่แพทย์เองก็ต้งดำรงอยู่ร่วมสังคมเดียวกันกับคนไข้ได้ ซึ่งก็ขัดแย้งกับองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่เขาได้ฝึกฝนมา

บุคลากรทางการแพทย์คนต่อมาคือ พยาบาลพรพรรณหญิงวัย 40 ปีเศษ เธอเข้ามาทำงานที่คลินิกรุ่งอรุณตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เธออารมณ์ดี บุคลิกดี ยิ้มแย้มแจ่มใสตลอดเวลาทำให้ดูอ่อนเยาว์กว่าอายุของเธอมาก จนคนไข้ย้าบางคนหนึ่งหยอกล้อกับเธอในระหว่างรอแพทย์ว่า “พีกินยาอะไรมาถึงได้อารมณ์ดีขนาดนี้ ม่มีอะไรหอก ผมจะได้ไปกินบ้าง” พยาบาลพรพรรณเป็นผู้คอยดูแลผู้เขียนและให้ข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก เธอจบปริญญาโท ที่สถาบันแห่งหนึ่ง วิทยานิพนธ์ของเธอเกี่ยวข้องกับเรื่องของการดูแลผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเช่นกัน และกำลังจะจบการศึกษาปริญญาโทเกี่ยวกับพยาบาลอีกใบหนึ่งในไม่ช้า

ด้วยประสบการณ์กว่า 10 ปี พยาบาลพรพรรณมีความชำนาญอย่างยิ่งในการตรวจอาการเบื้องต้น เธอสามารถจับผิดหรือจับโกหกคนไข้ได้ตามอาการที่เธอสังเกตทางร่างกายและการกระทำ เช่น คนไข้คนหนึ่งมาตรวจร่างกายประจำปี เธอซักประวัติตามปกติ

พยาบาล : ยังดื่มสุราอยู่หรือเปล่า	คนไข้ : ม่ดื่มแล้วครับ
พยาบาล : มีอาการอะไรอีกไหม	คนไข้ : ม่มีแล้วสบายดี
พยาบาล : นอนหลับไหม	คนไข้ : นอนหลับดี
พยาบาล : มีอัสันไหม	คนไข้ : ม่อัสันครับ

พยาบาลพรพรรณม่เชื่อที่คนไข้บอกเธอจึงให้คนไข้กางมือออก ปรากฏว่า มือของคนไข้ยังสั่นอยู่ แต่ปากของเขากียืนยันว่ายังงั้ๆ มือของเขาก็ม่สั่น เช่นเดียวกับเด็กหนุ่มคนหนึ่งเป็นคนไข้ย้าเขาแม่กับแม่ บ่อยครั้งผู้เขียนเห็นเขาหงุดหงิดเดินไปเดินมาและบางครั้งก็เดินหายไปเฉยๆ ทำให้แม่ของเขาต้องเดินตามหาอยู่เสมอ วันนีเขากียมาตรวจรักษาเช่นเดิม พยาบาลพรพรรณถามว่า “เป็นยังงั้ ยังหงุดหงิดอยู่หรือเปล่า” เขาบอกว่า “ม่ครับ ผมอารมณ์ดี” แต่พอปล่อยให้คนไข้รอหน้าห้องตรวจได้สั้พักอาการหงุดหงิดของคนไข้ก็ฟ้งเช่นกัน เขาอุทานขึ้นมว่า “จะคุยอะไรกันนักหนา” พยาบาลพรพรรณจึงทักว่า “ไหนดว่าอารมณ์ดีงั้ ใจเย็นๆ” พยาบาล

พรพรรณอธิบายกับผู้เขียนว่าบางครั้งคนไข้โกหก เธอจำเป็นต้องค้นหาความจริงของคนไข้จากญาติ “บางทีคนไข้ก็โกหก ถามว่าเล็กหรือยังก็บอกว่าเล็ก บางทีญาติก็ต้องมาฟ้องว่ายัง” การค้นหาความจริงที่เกิดจากความเจ็บป่วยของคนไข้ เป็นความจริงคนละชุดกับที่ผู้ป่วยยึดถือ ในขณะที่คนไข้อาจคิดว่าตนเองสามารถรับมือกับความเจ็บป่วยเองได้ก็ตาม แต่การป้องกันไม่ให้เกิดการรักษาชีวิตและป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดขึ้นในกระบวนการรักษาก็เป็นสิ่งที่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องระวังตนเองเช่นกัน

ในขณะที่พยาบาลมาลินีอายุ ประมาณ 40 กว่าปี สามีของเธอรับราชการครูอยู่ที่ต่างอำเภอ มีลูกผู้หญิง 2 คน คนหนึ่งกำลังเรียนมหาวิทยาลัยส่วนอีกคนหนึ่งกำลังเรียนมัธยม 6 ด้วยเงินเดือนอันน้อยนิดทำให้พยาบาลมาลินีหารายได้จากทุกทางที่เธอพอจะทำได้ เช่น ทำคุกกี้ในช่วงปีใหม่ คั้นน้ำส้มสดๆ จากบ้านมาขายให้เพื่อนพยาบาลด้วยกัน รับผิดชอบารว่างในงานสัมมนาต่างๆ สำหรับเป็นค่าเล่าเรียนให้กับลูก พยาบาลมาลินีไม่ค่อยได้พูดคุยกับผู้เขียนในเรื่องราวของผู้ป่วยเท่าใดนัก เธอมักพูดคุยกับผู้เขียนในเรื่องทั่วๆ ไปมากกว่า เช่น ร้านอาหารอร่อยๆ เรื่องการทำอาหาร เรื่องดารา รายการทีวี และเรื่องราวจิปาตะต่างๆ ที่ผู้เขียนและเธอสนใจร่วมกัน เธอมักจะยกหน้าที่ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ให้พยาบาลพรพรรณเป็นผู้ตอบคำถาม พยาบาลมาลินีอยู่ที่คลินิกมาตั้งแต่ที่คลินิกเริ่มก่อตั้ง เธอมีมนุษยสัมพันธ์ดีกับคนไข้ทุกคน คนไข้หลายคนรู้จักเธอดี แม้ว่าเธอจะจำคนไข้บางคนไม่ได้บ้างก็ตาม พยาบาลมาลินีเล่าว่า “มีอยู่วันหนึ่งพี่เข้าไปรอเพื่อนที่ตลาดพระ ตลาดนี้น่ากลัวเพราะมีแต่ผู้ชายทั้งนั้น มีดๆ ด้วย พี่ก็เดินคุ่มๆ เข้าไป ไม่รู้ อีไหนอีไหน ปรากฏว่ามีผู้ชายหน้าโหดคนหนึ่งเดินเข้ามาทัก พี่ก็ตกใจ เขาบอกว่า พี่ มีปัญหาอะไร บอกผมได้เลยนะพี่ ที่นี้ผมคุม พี่จำได้ว่าเป็นคนไข้ยาเสพติดนี่แหละ (หัวเราะ)”

พยาบาลศิริกาน หญิงโสด อายุประมาณ 30 ปีเศษ เธอใช้เวลาส่วนใหญ่ในชีวิตไปกับการทำงาน การเรียน และครอบครัว เธอจบปริญญาตรีทางด้านพยาบาลศาสตร์และนิติศาสตร์ในระดับปริญญาโท และกำลังต่อปริญญาโทอีกใบหนึ่งในด้านการศึกษา พยาบาลศิริกานสนใจเรื่องของการเรียนเป็นพิเศษ เธอจึงสนใจซักถามเกี่ยวกับงานศึกษาของผู้เขียนเป็นหลัก เช่น ในช่วงแรกผู้เขียนใช้เวลาเก็บข้อมูลเบื้องต้นเพื่อหาคำถามวิทยานิพนธ์จากการสังเกตสิ่งต่างๆ ในภาคสนาม พยาบาลศิริกานพยายามช่วยผู้เขียนคิดอยู่ตลอดเวลา เธอสอนผู้เขียนว่าการซักถามเรื่องราวต่างๆ โดยที่ยังไม่มีโจทย์วิจัยที่ชัดเจนอาจทำให้ผู้เขียนเสียเวลามาก แม้ผู้เขียนจะพยายามอธิบายลักษณะการทำงานของผู้เขียนไปแล้วก็ตาม ซึ่งนี่เป็นปัญหาของการเข้าไปศึกษาในพื้นที่ข้ามสาขาวิชาระหว่างนักมานุษยวิทยากับบุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจรูปแบบของการแสวงหา

คำตอบเพียงคำตอบใดคำตอบหนึ่งแบบตรงตัว ปลายปิด ให้ผลชีวิตที่ชัดเจนแน่นอนในแบบวิทยาศาสตร์

พยาบาลศิริกานมักจะได้รับเชิญไปบรรยายให้ความรู้อยู่เสมอทำให้เธอมีบุคลิกของการสอน สิ่งที่เธอพยายามชี้แนะผู้เขียนก็เป็นไปในทำนองเดียวกับที่เธอปฏิบัติกับคนไข้ในพื้นที่ที่เธอรับผิดชอบ ขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพยาบาลศิริกานมักจะทำหน้าที่ส่งสอนความรู้ทางการแพทย์ให้กับชาวบ้านด้วย เช่น เธอบังเอิญไปพบหลานของคนไข้รายหนึ่งเลี้ยงลูกสาววัย 2 ขวบด้วยนมถั่วเหลือง เพราะราคาถูกกว่านมผงสำหรับเด็กที่มีขายอยู่ตามท้องตลาด เธอให้พยาบาลที่ไปด้วยกันส่งนมกระป๋องของโรงพยาบาลมาให้แม่เด็ก เป็นต้น การเข้าไปหาสิ่งผิดปกติต่างๆ ในชุมชนเช่นนี้ในแง่หนึ่งเป็นเรื่องดีที่ทำให้คนไข้สามารถปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้องและรักษาได้ทันเวลาที่ แต่การแก้ปัญหาแบบนี้ก็ยังคงเป็นการแก้ปัญหาแบบแยกส่วนอยู่เช่นเดิม ซึ่งก็เป็นวิธีคิดที่ระบบการแพทย์ยังคงยึดถือเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาที่จำเป็นต้องอาศัยความแน่นอนในการแก้ปัญหานั้นเอง

งานเยี่ยมบ้าน

ข้อจำกัดของการรักษาคนไข้แบบแยกส่วนนี้ไม่ได้มีแต่นักสังคมศาสตร์เท่านั้นที่มองเห็นปัญหานี้ งานเชิงรุกในการเข้าไปดูแลสุขภาพของชาวบ้านในชุมชนของทีมบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มหนึ่งของโรงพยาบาลที่ชื่อว่า ทีมงานจิตเวชศาสตร์ครอบครัว หรือเรียกสั้นๆ กันเองในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ว่า ทีมเยี่ยมบ้าน ผู้เขียนพบว่า คลินิกรุ่งอรุณก็มีการออกเยี่ยมบ้านด้วย แต่เฉพาะในโอกาสที่ทางทีมงานเยี่ยมบ้านประสานขอความช่วยเหลือเท่านั้น

โดยแนวคิดเรื่องการเยี่ยมบ้านเริ่มต้นขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2542 แพทย์หญิงสุกัญญา (นามสมมุติ) จบหลักสูตรแพทย์จากศิริราชพยาบาล ตลอดระยะเวลาที่เป็นแพทย์รักษาคนไข้หลังจากเรียนจบได้ 3 ปี แพทย์หญิงสุกัญญารู้สึกว่า ตนเองยังรักษาคนไข้ได้ไม่ดีพอ เพราะเธอรู้ดีว่าเธอรักษาได้แต่โรค และประสบปัญหาว่า คนไข้ไม่เข้าใจหมอและหมอไม่เข้าใจคนไข้ ครั้งหนึ่งเธอได้มีโอกาสเข้าร่วมงานประชุมทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ณ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ได้พบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการทำงานกับชุมชนและมีโอกาสได้ไปดูงานโรงพยาบาลที่ทำงานกับชุมชน เธอให้ความสนใจมากแต่ก็คิดว่างานชุมชนยังมีเรื่องที่ไม่เข้าใจอยู่มาก จึงเกิดแรงบันดาลใจที่จะศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่ประเทศแคนาดา ด้วยทุนพัฒนาอาจารย์โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท

อาจารย์แพทย์หญิงสุกัญญาเชื่อว่าปัจจัยหนึ่งในการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวก็คือ การเป็นบุคคลากรที่สร้างแพทย์ให้มีจิตสำนึกของความเป็น “คน” ตั้งแต่พวกเขายังเป็นนักศึกษาแพทย์ อีกสิ่งหนึ่งที่จะเป็นตัวเสริมได้ก็คือ การแสดงตัวอย่างให้นักศึกษาแพทย์ได้ตระหนักถึงการเยียวยาผู้ป่วยแบบองค์รวมและมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เห็นผู้ป่วยเป็น “คน” ที่ประกอบด้วยหลายมิติมากกว่าเฉพาะร่างกาย อันเป็นหัวใจสำคัญของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวนั่นเอง

การเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่ได้เน้นรักษาโรคแต่ยึดถือเรื่องการสร้างสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญ ด้วยทัศนะเช่นนี้ พ.ญ. สุกัญญาจึงใช้เวลาพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้นในกระบวนการตรวจรักษานาน 10-15 นาที ทำให้เข้าใจคนไข้มากยิ่งขึ้นและได้ผลักดันให้เกิดทีมงานจิตเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการสุขภาพในชุมชน โดยการจัดบริการให้ความรู้ ออกหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน และให้เวลากับคนไข้มากยิ่งขึ้นด้วยการพูดคุย สร้างความสัมพันธ์ ออกเยี่ยมบ้าน ทำความรู้จักกับสมาชิกในครอบครัว (สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข 2552:34-38)

เราจะเห็นได้ว่าแพทย์หญิงดังกล่าวและโรงพยาบาลนี้พยายามอย่างยิ่งยวดในการสลายช่องว่างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และคนไข้ในแบบเดิมที่แพทย์จะเป็นผู้สั่งให้ผู้ป่วยดูแลร่างกายของตนให้ถูกต้องตามหลักการทางการแพทย์ แต่ไม่อาจจะเยียวยาความทุกข์ที่เกิดขึ้นในระดับครอบครัวและชุมชนลงได้ ทำให้การดูแลผู้ป่วยของแพทย์เข้าไปสู่มิติชีวิตของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้นตามความตั้งใจของโครงการนี้ อย่างไรก็ดีแม้ว่าหน่วยที่พยายามออกเยี่ยมบ้านในชุมชนจะสามารถช่วยเหลือชาวบ้านในชุมชนเพื่อให้เกิดความช่วยเหลือที่เชื่อมโยงมาสู่มิติชีวิตของชาวบ้านได้ก็ตาม

แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าไปสู่กระบวนการรักษาในโรงพยาบาลคนป่วยก็จำเป็นจะต้องเข้าไปสู่การแยกส่วนตามระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเช่นเดิม ในท้ายที่สุดการแก้ไขปัญหาจึงจำกัดการแก้ปัญหาแบบองค์รวมอยู่แต่ในหน่วยงานที่แพทย์หญิงสุกัญญาและทีมงานรับผิดชอบเท่านั้น

เมื่อพ.ศ. 2546 โรงพยาบาลได้เข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยโอกาสในชุมชนแออัดใกล้วัดแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ที่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี คนในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพกรรมกรรับจ้าง ไม่มีที่ดินพักอาศัยเป็นของตนเอง ครั้งหนึ่ง ผู้เขียนได้มีโอกาสติดตามพยาบาลศิริกานเข้าไปปฏิบัติหน้าที่กับทีมงานจิตเวชศาสตร์ในชุมชนดังกล่าว พบว่า มีคนไข้หญิงชราวัย 60 ปีเศษคนหนึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวานและเดินไม่ได้ คนไข้อยู่ในภาวะเสี่ยงเพราะระดับน้ำตาลในเลือดขึ้นสูงกว่า

มาตรฐาน พยาบาลศิริกานอธิบายว่า “ชาวบ้าน ก็อย่างนี้แหละ พอเห็นว่าตัวเองยังไม่ถึงกับลูกไม่ได้หรือซอกหมดสติ ก็คิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไร แต่น้ำตาลขึ้นมาสองร้อยกว่าแล้ว หมอเขารู้เอาเลือดไปเจาะดู น้ำตาลขนาดนี้ซอกได้เลยนะ อันตราย ต้องไปนอนโรงพยาบาล อยู่ใกล้ๆ หมอจะได้ควบคุมน้ำตาลได้” แต่ทว่าผู้ดูแลของหญิงชราคนนี้คือ ระพินลูกสาววัย 42 ปี ที่กำลังติดสุรา ทำให้ทีมแพทย์ต้องเข้าประสานกับพยาบาลศิริกาน เพื่อเกลี้ยกล่อมให้ผู้ดูแลเข้ารับการรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังที่คลินิกรุ่งอรุณ แม้ว่าระพินจะเข้ามารักษาโรคพิษสุราหลายต่อหลายครั้งแต่ก็ไม่สามารถเลิกดื่มสุราได้ตามที่ทีมงานเยี่ยมบ้านต้องการ เป็นเพราะการเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังไม่ได้เป็นไปเพื่อต้องการจะเข้าใจปัญหาชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง แต่เพราะว่าโรคพิษสุราเรื้อรังของระพินได้สร้างปัญหากับการดูแลแม่ของเธอ การติดสุราของระพินจึงไม่รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร จากการที่ผู้เขียนเข้าไปพูดคุยกับเธอ ผู้เขียนพบปัญหาความไม่เข้าใจจากเรื่องเล่าความเจ็บป่วยของเธอ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เรื่องของระพิน

ระพิน หญิงผู้มีร่างกายผ่ายผอม หน้าหุ้มกระดูก ผิวหนังแห้งกร้านเพราะกรำงานหนัก เล่าถึงชีวิตของเธอว่า พ่อแม่มีลูกสาวทั้งหมด 3 คน เธอเป็นคนสุดท้อง ตอนที่เธอยังเด็กพ่อกับแม่เป็นแรงงานรับจ้างชนไม่ร่วกขึ้นลงเรือเร่ตามลำน้ำแม่กลอง พวกเขาต้องใช้ชีวิตบนเรืออย่างยากลำบาก การซบถ่ายไม่สะดวกนัก หลายครั้งระพินเกือบเอาชีวิตไม่รอดจากการพลัดตกจากเรือ ขณะที่เธอซบถ่ายลงน้ำ ต่อมาเมื่อระพินเริ่มเข้าโรงเรียน พ่อก็ขึ้นมาตั้งรกรากอยู่ที่ชุมชนใกล้วัดแห่งนี้ บ้านหลังใหม่ปลูกขึ้นมา 2 ชั้นเพื่อรองรับสมาชิกครอบครัวทั้ง 5 คนในพื้นที่แออัดคับแคบ และปลูกสร้างอย่างง่าย ๆ ด้วยสังกะสีผุและไม้เก่า ภายในบ้านมีเพียงแคร่ที่วางเรียงกันมีหมอนมุ้งเท่าที่จำเป็น และที่ทำครัวซึ่งอยู่ห่างกันไม่ถึง 3 ก้าว มีเตาที่ก่อมาจากอิฐบล็อก 3 ก้อน เว้นช่องว่างสำหรับใส่ฟืนตรงกลางเป็นครัว

ระพินเรียนระพินได้ทุนการศึกษาเพื่อเด็กยากจน แต่ก็ไม่อาจเรียนให้จบมัธยม 3 อย่างที่ตั้งใจไว้ เพราะฐานะทางบ้านไม่ดีนัก “ครูเขาให้ทุนแต่ก็เรียนไม่ได้ หนูต้องช่วยพ่อแม่ทำงาน เห็นเพื่อนเขาเดินไปโรงเรียนก็แอบน้อยใจไม่ได้ว่าทำไมไม่ได้เรียนเหมือนคนอื่นเขา ต้องมาเป็นจับกังแบกหินแบกทรายขึ้นลงเรือกับพ่อ” ระพินในวัย 14 ปีเริ่มดื่มสุราหลังเลิกงานกับเพื่อน เพื่อผ่อนคลายความเครียดและความกดดันจากการทำงานหนัก

น้ำในกระติกที่ให้เรากินก็ไม่มีใส่อะไรไปบ้าง กินเข้าไปก็ทำงานได้ทั้งวันทั้งคืน แต่พออดนอนมากๆ มันไม่มีแรงจะยกอะไรเลย ปวดเมื่อยไปหมดทั้งตัว พอลดวันจะตื่นมาทำงานก็ไม่อยากลุก เลยมาเริ่มกินเหล้าก็ตอนนั้นแหละ เข้าตื่นมาก็ต้องกินก่อนไปทำงานได้มีแรง นึกเข้าพอลไม่ได้กินมันก็ไม่ไหวอีก เลยต้องกินทุกวัน เย็นออกไปกินเหล้ากับเพื่อนบ้าง หนูมีแต่เพื่อนผู้ชาย ไม่ค่อยไปกับพวกผู้หญิงหรอกจุกจิก (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

พ่อของระพินทำงานหนักและดื่มสุรานักเช่นเดียวกับเธอ บ่อยครั้งพ่อกลับจากที่ทำงานด้วยอาการเมามายและตีแม่จนพกข้าวอยู่เสมอ ส่วนพี่สาวทั้งสองหลังจากที่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ก็ออกไปทำงานนอกบ้าน มีครอบครัว และไม่ได้กลับมาที่บ้านอีกเลย ระพินจึงเป็นลูกสาวคนเดียวที่ต้องทำงานหนักและช่วยเหลืองานในบ้านทุกอย่าง เมื่ออายุได้ 28 ปี ระพินพบว่าตนเองป่วยเป็นเนื้องอกในมดลูก

หนูปวดท้องมากเลย นอนตัวอ งานการก็ไม่ได้ไป พ่อเลยให้แม่พาไปหาหมอ หมอบอกว่าหนูเป็นเนื้องอกในมดลูกต้องตัดปีกมดลูกออกข้างหนึ่ง นอนชมไปหลายเดือน งานการไม่ได้ทำ แต่แม่เขาก็ดูแลหนู พ่อก็ออกไปทำคนเดียว (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

เมื่อรักษาตัวจนหาย ระพินไปเป็นพนักงานขายเครื่องสำอางที่ร้านค้าในตลาดแห่งหนึ่ง แม้ว่าเงินจะดี แต่ก็ทำได้เพียง 2 ปีเศษเท่านั้น พ่อก็มาเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนแม่ร่างกายทรุดลงด้วยโรคเบาหวาน เริ่มเดินไม่ไหว จนต้องหยุดงานไปในที่สุด ระพินจึงกลายเป็นหัวหน้าครอบครัวรับภาระค่าใช้จ่ายในบ้านทั้งหมด เธอตัดสินใจลาออกร้านเครื่องสำอางมารับจ้างล้างรถ ที่ร้านซึ่งห่างจากบ้านเพียง 1 กิโลเมตรเพื่อดูแลแม่ได้ง่ายขึ้น

ล้างรถได้คันละ 20 บาทวันฝนตกมีคันเดียวก็แย่เลย วันไหนโชคดีข้างร้านลงไม้หนูไปช่วยก็ได้อีก 20 บาท หรือถ้าช่วงที่ก่อสร้าง ก็เพื่อนแถวบ้าน เขาเป็นจับกังอยู่ ไปนั่งกินเหล้าด้วยกันนั่นแหละ เขาส่งสาร ว่ามาเลี้ยงแม่ มึงงาน เขาคนขาดก็มาเรียกไปทำจับกังหนูได้ 150 บาท ได้เยอะกว่าล้างรถแต่เสียอย่างเดียวที่มันไม่ได้มีทุกวัน (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

ที่ร้านล้างรถระพินต้องทนรับแรงกดดันจากงานหนัก การต่อว่าจากเจ้านาย และเพื่อนร่วมงานอยู่เสมอ

หนูเครียด ร้อนก็ร้อน ตัวเปียกทั้งวัน มาทำงานใหม่ ๆ มือหนูแพ้น้ำ เน่าหมดเลย ก็ต้องทน เอายาหม่องมาทาแทบไปหมด ไม่รู้จะทำไง ... เจ้ที่ทำงานเขาก็ตำหนุสารพัด ว่าล้างช้าบ้าง เร็วก็บ่น ไม่เกลี้ยงก็บ่น ... มันบอกไม่ถูก หนูไม่ค่อยอยากพูดอะไรกับใคร ทำงานอย่างเดียว ... พวกนั้นเขาชอบนินทา บางทีก็หลอกถามเรื่องของหนู ไม่พอใจเขาก็ว่าหนู อีตึง อีเหิง ยิ่งคนอื่นที่เขารู้ว่าหนูติดเหล้าเขาก็รู้สึกละอายใจเวลาที่เขาเจอหนู เครียดมาก ๆ หนูก็ขี้จักรยานไปที่วัดไปไหว้พระ นั่งทำใจ หายใจลึก ๆ สักพักหนึ่ง แล้วก็ค่อยกลับ ไม่อย่างนั้นเราก็คงอยู่ไม่ได้ (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

สิ่งที่สร้างความสุขให้กับระพินได้บ้างในแต่ละวันก็คือ เหล้าขาว “บางที 7 บาทหนูก็เอาไปซื้อเหล้า กินไปแล้วมันโล่งเลย พอให้หายเหนื่อยก็กินข้าวอร่อย” การดื่มจึงเป็นวิธีการผ่อนคลายความทุกข์และความกดดันที่ระพินต้องเผชิญ ทั้งมีภาระที่ต้องรับผิดชอบอยู่เพียงลำพังบ่อยครั้งที่ระพินคิดมากเรื่องที่แม่เดินไม่ได้ แม้โรงพยาบาลจะตั้งอยู่ไม่ไกลก็ตามแต่ระพินก็ไม่มีเงินมากพอที่จะจ้างรถไปโรงพยาบาล แม่ต้องนอนทุกข์ทรมานอยู่ในบ้านเพียงลำพัง เพราะระพินต้องไปทำงาน บางครั้งแม่ถ่านหนักและเบารดกางเกงอยู่บนแคร่ที่ใช้เป็นทั้งสถานที่กินและนอน รอให้ระพินมาทำความสะอาดในตอนเย็น สองแม่ลูกต้องอยู่อย่างอดมื้อกินมื้อ

หนูกับแม่ไม่ยุ่งยากเรื่องกิน ถ้าวันไหนค่าน้ำค่าไฟมาเก็บ ข้าวสารหมด หนูไม่มีเงิน บางทีก็ขอยืมเพื่อนบ้าน มาซื้อสักโลหนึ่งก่อน เอามาหุงคลุกน้ำปลากับพริกป่น บางวันหนูขยันเก็บตำลึงริมรั้วมาทำแกงให้แม่กินก็รอดไปมื้อหนึ่ง วันที่มีเงินหนูซื้อแกงถุงสิบบาทถุงหนึ่งสองคนก็กินได้เข้านอน (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

จนกระทั่งทีมแพทย์ออกเยี่ยมชุมชนได้ช่วยเหลือเรื่องสุขภาพอนามัยให้ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่และนำแม่ไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาล ส่วนระพินถูกส่งไปที่คลินิกนิรนามเพื่อรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง แต่ระพินจำเป็นต้องทำงานและไม่อาจหยุดพักได้ “หมอเขาให้ยามา หนูรู้ว่ายาพวกนี้กินแล้วต้องพักผ่อน กินที่โรงงทุกที แต่พี่ว่าหนูพักแล้วหนูจะเอาอะไรกิน หนูเลยกินเหล้าแทนยา

มีอมันก็หายสิ้นได้เหมือนกัน ก็ได้แต่กินให้น้อยลงแต่คงหยุดไม่ได้” การรักษาจึงล้มเหลวหลายครั้ง ก่อนเข้าไปที่ตึกจิตเวช ะพินร้องไห้นัยน์ตาแดงก่ำ และพูดด้วยเสียงส่ออื่นว่า

หนูเครียดพี เมื่อคืนหนูร้องให้ทั้งคืนเลย ปวดหัวมากเลยตอนนี้ หนูคิดถึงแม่ หนูไม่เคยแยกกันเลย มีกันอยู่แค่ 2 คน เป็นห่วงแม่ไม่รู้ว่าแม่จะอยู่ยังไง หมอเขาอยากให้นานอนโรงพยาบาล หนูบอกหมอหลายทีว่านอนไม่ได้ หนูหยุดหลายวันไม่ได้หรอก แย่แน่ๆ หมอเขาเอาแม่มานอนโรงพยาบาลใครจะดูแล แม่ เขาให้มานอนทั้งคู่เลยวันนี้ นอนคนละตึกใครจะเฝ้าแม่ ใครจะปรนนิบัติแม่ ที่ผ่านมา ถึงหนูเมา หนูก็ทำให้แม่ทุกอย่าง เช็ดตัว หาข้าวให้แม่ ฉีดยา เปลี่ยนแพนเพิส ถ้าหนูไม่อยู่ใครจะทำได้ ไม่มีหรอก พี่สาวก็ไม่เอาเลย หนูเชื่อมั่นหนูก็ว่ามันว่า ลูกเองจะต้องทำกับเองอย่างนี้ ไม่สนใจเองหรอก (ระพิน สัมภาษณ์ เดือนมกราคม 2552)

เราจะเห็นว่า การตีตราของระพินเกิดขึ้นจากการทำงานหนักซ้ำแล้วซ้ำเล่า เธอทำงานอย่างไม่มีวันหยุด ท่ามกลางความกดดันในที่ทำงานและความรับผิดชอบต่อแม่ที่ล้มป่วย เมื่อเธอต้องมาเป็นผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังเสียเอง การรักษากลับไม่ได้ผล เพราะยาส่วนใหญ่เป็นยากดประสาททำให้ระพินง่วงไม่สามารถทำให้ชีวิตการทำงานแต่ละวันไปต่อได้ ในขณะที่การดื่มช่วยให้อาการถอนที่ทำให้ระพินมือสั่น ใจสั่นหายไป และกลับมาทำงานได้ตามปกติ นอกจากนี้การที่ต้องดูแลแม่ซึ่งป่วยด้วยโรคเบาหวานจนเดินไม่ได้ก็กลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งไม่ใช่เรื่องง่ายนัก เพราะไม่มีใครสามารถดูแลแม่แทนระพินได้ และไม่มีใครรับประกันได้ว่าหากเธอไม่ได้ไปทำงาน เธอจะมีเงินเพียงพอสำหรับใช้จ่ายเป็นอาหารในมือต่อไป หลังจากกลับโรงพยาบาล กล่าวได้ว่าข้อจำกัดที่เกิดจากความไม่เข้ากันของวิถีชีวิตและการรักษาในทางการแพทย์คือปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงการรักษาของระพิน และทำให้เธอยังคงต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคพิษสุราเรื้อรังอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

จากเรื่องราวของคลินิกรุ่งอรุณ บุคคลากรทางการแพทย์ และผู้ป่วยของคลินิก เราพบว่า การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรังในคลินิกรุ่งอรุณมีการรักษาด้วยยาและสนใจเฉพาะความผิดปกติทางกายเท่านั้น และไม่ได้รับการให้ความสำคัญเทียบเท่ากับยาเสพติดติดภพหมายอื่นๆ แม้ว่าสถานการณ์ของการติดสุราจะเพิ่มสูงขึ้นก็ตาม กระทั่งการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในครอบครัวและชุมชนด้วย ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังจึงเป็นเหมือน “ชายขอบ” ของคลินิกรุ่งอรุณนั่นเอง

เพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้นต่อไปผู้เขียนจะกล่าวถึง การรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังของคลินิกรุ่งอรุณที่ปฏิบัติต่อคนไข้เหมือนกับผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป หรือสนใจเฉพาะอาการความผิดปกติทางกายของคนไข้เท่านั้น ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตอยู่ในโลกของท้องถิ่นเฉพาะและแตกต่างกันเป็นอย่างมากกลายมาเป็น “ร่าง” ที่ผิดปกติ ในทางชีววิทยา ต้องได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งผู้เขียนจะได้กล่าวถึงสุราในฐานะปัญหาสุขภาพในวาทกรรมทางการแพทย์และการแก้ไขปัญหสุขภาพของคลินิกรุ่งอรุณในลำดับต่อไป

โรคจากสุรา

แม้มีการยอมรับกันว่าสุรามีคุณประโยชน์มากมายในบริบททางสังคมวัฒนธรรม ก็ตาม ขณะเดียวกันเราไม่อาจปฏิเสธได้ว่า การดื่มสุรามากเกินขนาดหรือในระยะเวลายาวนานทำให้เกิด “โทษ” ต่อร่างกายของนักดื่มด้วย เมื่อดื่มสุราเข้าสู่ร่างกาย แอลกอฮอล์ในสุราซึ่งละลายได้ดีในน้ำจะถูกดูดซึมตามกระแสเลือดและกระจายไปยังทุกส่วนของร่างกาย ทำให้เกิดพิษต่อระบบสำคัญของร่างกาย¹ และเกิดโรคเฉียบพลันและเรื้อรังอีกหลายร้อยโรค² เช่น โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง³ โรคจิต ซึมเศร้า สมองเสื่อม (ทวีพร วิสุทธิมรรค 2548:91) ด้วยโรคต่างๆ ที่กล่าวมาผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการทางกายที่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง

สมปอง ผมก็นั่งกินกับเพื่อนทุกเย็นหลังเลิกงานตามปกตินี้ละครับ แต่เย็นนั้นอยู่ดีๆ เหมือนอยากจะอ้วก แล้วปวดท้องมากขึ้นเรื่อยๆ จนสัปดาห์ถัดออกมาเป็น

¹ 5 ระบบได้แก่ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบเมตาบอลิกและต่อมไร้ท่อ และระบบด้านจุลชีพ โดยให้ผลแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

² ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่สุราไปทำลาย ใน ค.ศ. 1977 องค์การอนามัยโลก (WHO) เรียกโรคเรื้อรังที่เกิดจากสุรา รวมๆ ว่า Alcohol dependence syndrome ซึ่งหมายรวมถึงโรคพิษสุราเรื้อรังด้วย (สาร พุทธิชัยยงค์ 2548:11)

³ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในปี 2549 พบว่า สาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทยคือโรคมะเร็งโดยมีอัตราการตายเท่ากับ 83 ต่อแสนประชากร และมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 คือมะเร็งตับ โดยมีผู้ป่วยมะเร็งตับเกิดขึ้นใหม่ปีละ 15,000 ราย โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การ ดื่ ม สุ ร า (http://www.cas.or.th/index.php?content=news&news_type=1&ncate_id=5&news_id=1762&PHPSESSID=bab82f7ecec2740dc2b4dd9c71800b29)

เลือด สีมันเข้มๆ เหนียวๆ เปื้อนเลือดไปหมด ทั้งปวดทั้งตกใจ เพื่อนที่นั่งอยู่
ด้วยพากันแตกตื่น พาผมส่งโรงพยาบาลแทบไม่ทัน แม่เขาก็ร้องไห้ใหญ่ เล่น
เอาผมนี้ในใจว่าต้องตายแน่ๆ คงโดนเหล้ากัดจนกระเพาะทะลุไม่เหลือแล้ว
(สมปอง สัมภาษณ์เดือนกุมภาพันธ์ 2552)

ฉัตรชัย ผมมาโรงพยาบาลเมื่อต้นปี 51 อยู่ดีๆ ก็หมดเรี่ยวหมดแรง ลูกเดินไม่ไหว
กระตุก ผวา แล้วมันก็หลับไปเฉยๆ แพนก็พาไปหาหมอ ไปนอนให้น้ำเกลืออยู่
โรงพยาบาลแล้วก็กลับบ้าน ไม่นาน เลือดก็ไหลออกทางจมูกไม่หยุด กำลัง
ทำงานอยู่ดีๆ เห็นเลือดตกใจแทบจะเป็นลม ผมเคยเป็นเลือดกำเดาเนะ แต่
มันออกมากผิดปกติ แพนเขาก็พามาโรงพยาบาลอีก หมอเขาวามันคล้าย
เลือดจาง ไม่มีน้ำเหลือง ไม่มีตัวห้ามเลือดให้เลือดมันแห้งกลับไปดื่มอีกก็กลัว
จะไกล (ฉัตรชัย สัมภาษณ์เดือนมีนาคม 2552)

สันติ ช่วงนั้นผมดื่มทุกวันคนเดียววันละแบน แรกไม่เป็นอะไร ร่างกายยังแข็งแรงดี
อยู่ พอแก่ตัวแล้ว แยกเลย เมื่อสองปีก่อน ผมกินเสร็จก็เข้านอน ตกกลางคืนก็
ถ่ายไม่หยุด คิดว่าคงไปกินอะไรผิดสำแดง แต่ไม่ใช่ สักพักปวดท้องมากเลย
อาเจียนออกมาเป็นเลือด แพนพามาหาหมอ เขาบอกว่าผมเป็นกระเพาะ
อาหารกับลำไส้อักเสบ ผมหยุดไปพักหนึ่ง พอมันหายอักเสบก็กลับไปกินใหม่
คราวนี้หนักกว่าเดิม ปากเริ่มชาเหมือนเราเป็นตะคริว เกร็ง ชักกระตุกไปหมด
ทั้งตัว น้ำลายฟูมปาก ตอนนั้นมันไม่รู้สติแล้ว เมียเขาก็พามาโรงพยาบาล ผม
มาเข้าเกินไป เส้นเลือดในสมองแตก ถ้าตีบเฉยๆ มารักษาทันก็คงไม่เป็นไร แต่
เป็นหนักแล้ว เดินไม่ได้อยู่หลายเดือน หมอเขาบอกว่าที่เส้นเลือดแตกเพราะ
เหล้านี้ละ ให้เราหยุด ออกจากโรงพยาบาลมาก็นอนอย่างเดียว คิดอยู่ตลอด
ว่า ถ้าจะต้องมาพิการตลอดชีวิต ผมเลือกตายดีกว่า ไม่ต้องมาลำบากลูกเมีย
อีก หมดอาลัยตายอยากไปเลย ได้แต่นอนน้ำตาไหล ให้เขาปรนนิบัติเรา ดูแล
ทุกอย่างตั้งแต่เช็ดตัว เอาที่เราขับถ่ายไปเท ให้ข้าวให้น้ำ ไม่ได้เป็นอันทำอะไร
มันเสียไปหมดทั้งเราทั้งเขา ผมนอนอยู่หลายเดือนกันหายไปเลย เพราะแผล
กดทับ ผมหมั่นมากายภาพอยู่หลายเดือน จากอัมพาตครึ่งซีกก็มาเป็นอัม

พฤษภอเดินได้ แต่มีมันลือก หยิบจับอะไรไม่ได้ จะให้กลับไปกินเหมือนเดิมคงไม่เอา (สันติ สัมภาษณ์เดือนมกราคม 2552)

นอกจาก ความทุกข์ทรมานทางกายเพราะการดื่มสุราในเบื้องต้นแล้ว ยังมีโรคพิษสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และชีวิตในทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเรื้อรัง โดยจะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

โรคพิษสุราเรื้อรังคืออะไร?

โรคพิษสุราเรื้อรังเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราเป็นประจำในระยะเวลายาวนาน เมื่อผู้ป่วยดื่มไประยะเวลาหนึ่งจะเข้าสู่ภาวะเสพติด ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการอยากดื่มหรือหยุดดื่มได้ จึงใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการดื่ม จนกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานหรือการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ¹

รุ่งโรจน์ ตอนเข้ากรุงเทพฯ ใหม่ๆ ก็กินกับเพื่อนที่ร้านรองเท้าทุกเสาร์อาทิตย์ ตอนนั้นยังไม่ติดครับ หลังๆ งานมันมีปัญหา งานน้อย เพราะงานทำรองเท้ามันไม่แน่นอน เป็นงานเหมา ถ้าไม่มีก็ไม่ได้ พอตีช่วงนั้นมันไม่มีงานเลย เครียดด้วยไม่ได้ทำงานก็ดื่มคนเดียวอย่างนี้ครับ ก็วันหนึ่งก็เป็นขวด จิบไปเรื่อยๆ ตั้งแต่เช้า จนมาช่วงหลังชักเริ่มไม่ไหวแล้ว ร่างกายไม่ดี ก็เริ่มทำงานไม่ค่อยได้ จะรู้สึกอ่อนเพลีย ช่วงนั้นเหมือนเป็นความดันจะนั่งทำงานนานๆ ไม่ค่อยได้ มันจะคอยวูบอยู่เรื่อย ต้องนอนชมอยู่ในห้องจะลุกก็ยังไม่ไหว เป็นอย่างนี้แทนที่จะได้งาน ทำงานไม่ได้อีก (รุ่งโรจน์ สัมภาษณ์ เดือนธันวาคม 2551)

เจตนา พอตอนหลังนี้มารับซื้อของเก่า มันไม่รู้ว่ากินเพื่อสุขภาพหรือว่าทำลายสุขภาพ คนทำงานแบบนี้มันต้องเดิน วิ่ง แบก หาม ขับรถ เจ็บไหล่บ้าง เจ็บหลังบ้าง กินเข้าไปทำงานจะแข็งแรงขึ้น 2 เท่าตัว พอร่างกายเลือดสูบฉีด แต่

¹ สรุปจากเกณฑ์การวินิจฉัย โรคพิษสุราเรื้อรังที่เรียกว่า Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder , DSM ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) คิดค้นเมื่อ ค.ศ. 1952 ซึ่งปัจจุบันเป็นฉบับที่ 4 แก้ไขเมื่อ ค.ศ. 1994 (ปราชญ์ สุคนธ์ และ มาโนช หล่อตระกูล 2539:80-81)

ถ้าเกิดนอนหลับ ตื่นเข้ามากระบมไปทั้งตัวเลย กลายเป็นเจ็บหนักกว่าเดิม เอี้ยวตัวไม่ได้เลย เกาหลังมันเจ็บหัวไหล่... ผมชอบเหล้าขาวมันแรงไม่ทำให้เมาค้าง ตื่นมาเข้าปอดโปร่งสมอง ไม่ต้องนั่งกินนาน ลืมตาตอนเช้านี้มีมือน จะสั้น ใจสั้น ไม่อยู่กับร่องกับรอยก็ถอนก่อน พอถอนเสร็จก็ไปทำงานที่นั่นก็พัก เป็นมือถือจิบไปเรื่อยใส่ขวดกระติ่งแดงพกไป ตกตอนเย็นเลิกงานแล้วอีกขวดหนึ่ง ไม่หมดก็เหลือไว้กินประมาณวันละขวดกว่า ลืมตรกว่าไม่ได้ ออกสังคม ถ้าออกสังคมก็เป็นเหล้าสี่หรือไม่กี่เปียร์ เพราะกินของพวกนั้นมันกินช้ากว่า เหล้าขาว 10 นาทีก็เมาชนิดที่เดินไม่ได้ เดินเซไป เมา เดินไป เกะกะกำแพง ไป เมาไปไม่รอด (เจตนา สัมภาษณ์เดือนธันวาคม 2551)

เมื่อผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังดื่มสุรามากเกินไปอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารบางอย่างในสมองก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์อ่อนไหว และการตัดสินใจเสีย เป็นต้น และความผิดปกติทางกาย เช่น เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด นัยน์ตากระตุก ความจำเสื่อม เสี่ยงต่อการล้มจากการอาเจียน และขาดอากาศหายใจจนอาจถึงแก่ชีวิตได้ เป็นต้น (สมภพ เรื่องตระกูล 2545:222-224)

หากผู้ป่วยหยุดดื่มสุราระกั้นหลังจากเคยดื่มมาอย่างต่อเนื่อง ภายใน 4-12 ชั่วโมง จะเกิดภาวะขาดสุรา ทำให้เกิดอาการสั่น เหงื่อออกมาก วิดกกังวล ซึ่พจรเต้นเร็ว กระวนกระวาย วอกแวกไม่มีสมาธิ คลื่นไส้ นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ชักเกร็งกระตุก หากอาการหนักอาจพบอาการอื่นร่วมด้วย เช่น ไตวาย ปอดบวม เลือดออกในกระเพาะอาหาร ฯลฯ (สมภพ เรื่องตระกูล 2545:222-224) ภาวะขาดสุรามีความรุนแรงมากน้อยต่างกันไปตามปริมาณ ความถี่ ระยะ และ ชนิดของสุราที่ดื่ม (สลิษา 2548:40) บ่อยครั้งผู้ป่วยเกิดภาวะขาดสุราเพราะหยุดดื่มสุราเองที่บ้าน ก่อให้เกิดทุกข์ทรมานทางกายอย่างมาก ก่อนถูกนำตัวส่งโรงพยาบาล

ราชัน พอลคิดว่า บ้านก็ต้องปลูก ลูกเมียยังไม่มีหลักฐานอะไรให้เขาได้เลยสักอย่าง ตัดสินใจหักดิบเอง ผมปิดประตูเอาโซ่ล่ามประตูขังตัวเองอยู่ในห้อง ปิดไฟมืดหมด ไม่อยากเห็นสภาพตัวเอง แรกๆ ยังพอกินข้าวได้ ไม่ทันข้ามคืน เหมือนมีวิญญาณคนรู้จักมาบอกให้เราตาย เขาบอกว่าให้เราตายวันนี้พรุ่งนี้จะมียมทูตมารับ ผมเอาหัวโขกกำแพงตามที่เขบอก เหมือนคนบ้า เลือดมันออก ไม่หยุดจนท่วมตัวก็ยังไม่หยุดโขก ตอนนั้นมันชาไม่รู้สึกละอะไร มันอยากตาย

จริงๆ พยายามอดทน คิดแค่ว่าต้องผ่านมันไปให้ได้ สักพักใจมันสั่นมือเท้าไม่มีแรงจะทำอะไร ง่วงนอนก็ง่วง แต่ก็ข่มตาไว้ไม่ยอมให้หลับ ผมกระเสือกตัวลุกขึ้นมา ไม่ไหวก็ต้องทน เพราะถ้าหลับก็หลอนขึ้นมาอีก ร้อนเหงื่อแตก ถอดเสื้อผ้าที่มีอยู่ออกหมด ก็ไม่หาย อาบน้ำก็แล้วยังร้อนอยู่แบบๆ บางทีอยู่ดีๆ ก็หนาวเหมือนจับไข้ วันต่อมาผมกินอะไรไม่ได้ อ้วกออกมา มันปนกับน้ำย่อยเปรี้ยวบาดคอ แสบทั้งคอทั้งท้อง ในห้องมีแต่กล้วยกับน้ำเปล่ารองท้อง ไม่ได้ให้มันอิ่มหรืออะไรนะ แต่พอให้มันลื่นคอตอนอ้วกเท่านั้น ผมอยู่ในห้องนั้นได้ 7 วัน ทางเมียเขากลัวว่าสมองจะเป็นอะไรหรือเปล่า ข้าวปลาก็ไม่ได้กิน ไปทำงานเลยก็กลัวจะหลุด เพราะสภาพผมไม่เหมือนคนแล้ว เดินยังไม่ไหวเลย ผอมแห้งหมดเรี่ยวหมดแรง เลยส่งตัวมารักษาที่คลินิก (ราชัน สัมภาษณ์ เดือนมีนาคม 2552)

กিজา ไปช่วยงานร้อยวันย่ายเจ็ดวันเจ็ดคืน วันสุดท้ายผมเริ่มนึก ไม่ไหวกินไปเยอะ กะว่าจะหักเอง ผมหลบไปนอนในห้อง อยู่ๆ มันหิว เหมือนใจจะขาดขึ้นมาปวดในกระดูจนบอกไม่ถูก เราเป็นผู้ชายก็ต้องเก็บเอาไว้ ไม่อยากร้องไห้อาย ให้แม่ห่วง กลั้นใจทนเจ็บไปอย่างนั้น กะว่าจะฝืนเองไม่ต้องไปโรงพยาบาล ไปๆ กินอะไรไม่ได้ คอยจะอ้วกออกหมด ใช้หลานไปซื้อน้ำแดงมาให้กิน เพราะทุกทีกินแล้วหาย แต่นี่มันไม่หาย ผมอ้วกออกเป็นน้ำแดง แม่ผมก็ตกใจนึกว่าอ้วกเป็นเลือด เตรียมจะส่งโรงพยาบาลเลย ผมบอกว่าไม่ใช่ ผมกินน้ำแดง ผมบอกไม่ให้แม่ห่วงยังทนไหวอยู่ พอวันที่สามผมกะว่าจะถอนแล้ว ไม่อยากทนแล้ว ทรมาณ เช็ดเลย แต่ยังไม่วันทันจะถอนก็ซอกหมดสติฟูบลงไปเฉยๆ ใครๆ เขาก็ว่าผมตายแล้ว ทางบ้านเขาเอามาส่งโรงพยาบาล พอฟื้นขึ้นมา หมอบอกผมสลบไปหลายวัน มันเหนื่อยคล้ายกับเวลาที่เรากินน้ำแล้วขึ้นมาจากน้ำใหม่ๆ อย่างนั้น เหมือนเราไปต่อสู้กับใคร พอตื่นมาเลยหมดแรง ผมผอมแห้ง หมอบอกว่าครั้งที่สามผมจะแย่กว่านี้อีก (กিজา สัมภาษณ์ เดือนพฤษภาคม 2552)

ฐิติกร ลองหยุดดูหลายครั้งครับ เปื่อกับสภาพแบบนี้เต็มทนแล้ว วันนั้นผมตื่นมาก็ได้ยินเสียงคนโน้นคนนี้มาพูด แต่ตอนนั้นไม่ได้มาโรงพยาบาลนะ เราก็ไม่คิด

ว่ามันจะเป็นอาการอะไรหรือ คิดว่าเป็นภูตผีมากกว่ามาพูดให้เราสติแตก เครียดมาก ที่บ้านก็นึกว่าเราบ้า ผมควบคุมตัวเองไม่ได้เลย เสี่ยงมันก็แว่วมาตลอด บางทีเหมือนมีคนมาพูดตะโกนใส่เรา 10 กว่าคน มาแกล้งให้เราแยะ หลอกหลอนให้เราทำร้ายตัวเอง ถ้าเราไม่ทำผีพวกนั้นจะทำเอง ไม่รู้มันเป็นเพราะอะไร ผมเครียดจนคิดว่าตัวเองคงอยู่ต่อไปไม่ได้แล้ว ผมตัดสินใจเดินออกไปนอกถนนใหญ่ โดดให้รถกระบะชน 2 ครั้งเลย ให้ตายไปเสียพันๆ ร้าคาญตัวเอง ครั้งแรกแค่คว่ำแตก ครั้งที่สองนี้เจ็บ 20 กว่าเข็ม แขนหัก 2 ท่อน พี่สาวเค้าเห็นทำไม่ได้ มาส่งจิตเวชนี้ หมอเขาก็บอกว่าเพราะหักดิบเหล่านี้แหละ (จิตกร สัมภาษณ์เดือนพฤษภาคม 2552)

การรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง

เมื่อผู้ป่วยถูกส่งมารักษาที่โรงพยาบาล แพทย์จะให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราเสียก่อน โดยจำเป็นต้องพักที่โรงพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังอาการขาดสุราซึ่งจะเกิดในช่วงแรก 1-4 สัปดาห์หลังจากการหยุดดื่มสุราทันที และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงความอยากดื่ม จากสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น สถานที่ที่เคยดื่ม กลุ่มบุคคลที่เคยร่วมดื่ม วาระโอกาสต่างๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และสิ่งกระตุ้นจากภายในจิตใจของผู้ป่วย เช่น อารมณ์วิตกกังวล ผิดหวัง เบื่อหน่าย โกรธ เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยในระยะนี้อาจกลับไปดื่มได้อีก แผนกจิตเวชจึงมีพื้นที่พิเศษเพื่อรองรับการเฝ้าระวังอาการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยตามที่พยาบาลคนหนึ่งกล่าวว่า

ทรงเหล็กทำไว้เพื่อจำกัดบริเวณให้ผู้ป่วยจิตเวชอยู่เป็นสัดส่วน ผู้ป่วยยาเสพติดก็เหมือนกัน แม้ว่าจะไม่มีอาการทางจิตในตอนแรก แต่เกิดอาการทางจิตในระหว่างที่มีอาการขาดสุรา หรืออาการเมาสุราเกินขนาด ผู้ป่วยก็อาจจะออกไปข้างนอกเป็นอันตรายได้เหมือนกัน หรือเกิดมีอาการรุนแรงเราก็จำเป็นต้องมัดมือมัดเท้าไม่ให้ผู้ป่วยไปทำร้ายตนเอง อย่างผู้ป่วยบางคน ดึงสายน้ำเกลือออก คิดฆ่าตัวตาย หรืออาจไปทำอันตรายคนอื่น เราจึงต้องกันไว้ดีกว่าแก้ (พยาบาลวิชาชีพ สัมภาษณ์เดือนมิถุนายน 2551)

ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าถึงชีวิตในช่วงเวลาที่อยู่ในตึกจิตเวชในระยะเฝ้าระวังอาการว่า

ญาติ ที่บ้านพี่ชายเหล้า ยังไงก็ทำใจลำบาก ข้าก็เดินไม่ค่อยไหวแล้ว กลัวลูกจะไม่มีใครเลี้ยง เลยตัดสินใจบอกแม่ว่า จะนอนโรงพยาบาล ที่นี้มีกรงข้างเหมือนคุกเลย ตกใจก็ตรงที่คนบ้าเยอะแยะ เราก็คิดเหมือนกันว่า เราดีๆ นี่แหละจะบ้าเหมือนคนอื่นได้ยังไง ในนั้นมีคนที่เป็นคนไข้ยาเสพติดสองสามคน นอกนั้นบ้าหมด...

...เข้ามา ก็ล้างหน้า แปรงฟัน กินข้าว สายๆ ก็ ทำกิจกรรมสันตนาการ เดินกันที่ลาน เราอยู่ตรงนั้นก็ต้องปรับตัวให้ได้ ผ่านไปวันแรก ก็ยังรู้ตัวดีอยู่ หมอบอกว่าถ้าเริ่มได้ยินอะไรแปลกๆ ให้บอกเขา ยังไม่ทันข้ามคืน หูตามันลายไปหมด ปวดหัว หงุดหงิด แล้วเริ่มมาได้ยินเสียงเหมือนเขาเล่นดนตรีไทยกันอยู่ชั้นบน ถามคนข้างๆ ไม่มีใครได้ยินหรอก สักพักเห็นพระมาสวดอะไรกันให้แซดเลย พี่มานึกขึ้นได้ รีบไปบอกพยาบาล ว่าได้ยินแล้ว เขาก็มัดมือมัดเท้าไว้ ตอนนั้นก็เริ่มหลอนเห็นคนมาทำร้ายแล้ว พี่ร้องตะโกนดังมาก กวนหมอพยาบาล จนสลบไป ตื่นมามันเหนื่อย เพราะก่อนหน้านี้เรอดิ้นจนสุดแรง พยาบาลมาให้น้ำเกลือ กินยาตามหมอสั่ง พอพ้นช่วงนี้ไปได้ก็ปกติ อยู่ได้อาทิตย์หนึ่งหมอก็ให้กลับบ้านได้ (ญาติ สัมภาษณ์ เดือนธันวาคม 2551)

ในระยะ 4-5 สัปดาห์ สมองกำลังฟื้นตัว มีอาการ คิดไม่ออก ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย กังวล นอนไม่หลับ เมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มได้จนถึง 6 สัปดาห์ถึง 4 เดือน จะมีอาการปรวนแปรด้านอารมณ์และความคิด จากการฟื้นตัวของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ไม่มีแรง ไม่มีสมาธิ ขาดความกระตือรือร้น หากผู้ป่วยไม่ดื่มอีกอาจเลิกดื่มสุราได้ถาวร

อาการในระหว่าง 4 เดือนแรกหลังการหยุดดื่มสุรา แพทย์จะรักษาด้วยยาตามอาการ ความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ในระยะนี้อาจเสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำ หรือที่เรียกว่าระยะฝ่าอุปสรรค ด้วยสภาวะทางจิตใจที่เกิดจากการหยุดดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วย ครอบครัวย และเพื่อนต้องช่วยกันหลีกเลี่ยงปัญหาหรือความเครียดอื่นๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพซ้ำได้อีก ในระยะนี้แพทย์อาจใช้วิธีการจูงใจผู้ป่วย ด้วยการห้ามไม่ให้ดื่มอีกด้วยวิธีการต่างๆ เช่น

สุรินทร์ หมอเขาก็ไม่ได้ว่าอะไร เขาให้เข้าหาพระทำใจให้ร่มๆ อย่าไปคิดถึงเรื่องเหล้าอีก ลูกเมียจะได้สบาย (สุรินทร์ สัมภาษณ์ เดือนมีนาคม 2552)

ฐิติกร หมอเขาก็ให้ยาแล้วก็บอกว่าให้เลิก มันไม่ดีต่อสุขภาพ (ฐิติกร สัมภาษณ์เดือน พฤษภาคม 2552)

กিজา หมอเขาห้ามเด็ดขาดเลย เขาว่าถ้าเกิดว่า เข้าโรงพยาบาลครั้งที่สามผมตาย จะเป็นหนักกว่านี้ เราก็เซ็ดแล้ว (กিজา สัมภาษณ์เดือนพฤษภาคม 2552)

สุดท้าย หลังจากหยุดดื่มมาได้ 120 วัน หรือ 4 เดือน สมอจะกลับมาเป็นปกติ หากผู้ป่วยผ่านระยะนี้มาได้ก็สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ แต่สิ่งสำคัญในระยะนี้ก็คือ ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการกลับไปดื่มสุราในสภาพแวดล้อมเดิมในระยะยาว (วิโรจน์ วีรชัย 2548:137-145) ระยะ 4 เดือนแรกนี้ ผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้แน่ใจว่าคนไข้อยู่ครบขั้นตอนการบำบัดและไม่กลับไปดื่มสุราอีก พยาบาลคนหนึ่งเล่าว่า

หลังคนไข้ออกจากโรงพยาบาล หมอจะนัดคนไข้สัปดาห์ละครั้งมาดูอาการที่อาจจะยังหลงเหลืออยู่เช่น อาการหิวแหว่ ภาพหลอน นอนไม่หลับ มือสั่น จนกระทั่งแน่ใจว่าคนไข้ไม่กลับไปดื่มอีก ก็จะมีนัด 2 สัปดาห์ครั้ง ต่อไปอีกเดือนละครั้ง และ 2 เดือนครั้ง พอพ้นระยะ 4 เดือนแรก คนไข้หยุดดื่มสุราได้แล้ว แพทย์ก็จะจัดยาบำรุงสมองให้กลับมาเป็นปกติ ในกรณีที่ดื่มมานาน และจะนัดมาพบปีละครั้ง เพื่อตรวจอาการข้างเคียงอื่นๆ (พยาบาลวิชาชีพ สัมภาษณ์เดือนมิถุนายน 2551)

ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อการกลับไปดื่มสุราอีก ดังที่ผู้ป่วยเล่าว่า

สำราญ อดีตแฟนลูกเป็นพยาบาล เขาพาไปอยู่ด้วยก็ได้ใกล้ชิดลูก เพราะขึ้นอยู่ที่บ้านเดิมทำงานอยู่คนเดียวตรงนั้น พี่เขยเพื่อนบ้านก็ต้องมาชวนกินอีกแน่ เขากลัวว่าร่างกายเราจะแย่ เพราะทุกวันนี้ขนาดว่าไม่ได้ทำอะไรเย็นๆ ก็ออกไปซื้อจากร้าน อาการกำเริบก็มี นอนไม่หลับอยู่บ่อยๆ กระสับกระส่าย มือยังสั่นอยู่เลย ลูกเคยคิดจะบวชให้พระพี่นางยังทำไม่ได้เลย โรคนี้มันไม่ได้

หายขาดนะ มันคล้ายๆ กับคนเป็นความดันนะ ขาดยาไม่ได้ คอยจะชัก คิดจะบวชยังไม่มีความสิทธิ์เพราะเป็นพระแบบที่ลุงจะบวชเขาฉันมือเดียว ขาดยา ก็ไปกันใหญ่เลย ลุงนั่งสมาธิอยู่ยังไม่ทันข้ามวันก็ถูกห้ามส่งโรงพยาบาลแล้ว หลวงพ่อเขาก็บอกว่าตั้งใจดีก็พอ ไม่ได้บวชก็ไม่มีไร (สำราญ สัมภาษณ์ เดือนกรกฎาคม 2552)

พัศกร แม่เขาก็กบิเวณผมครับ ไม่ให้ออกจากบ้าน งานก็ไม่ได้ทำตอนนี้อยู่ เขากลัวว่าเราจะกลับไปกินอีกมันอยากมากเลยครับ ต้องทนเอา ถ้าคิดจะออกจากบ้าน แม่เขาจะว่าแรงๆ ผมก็เข้าใจนะว่าแม่อยากให้ผมหาย แต่ผมก็เครียดหนัก เข้าไปอีก เพราะว่าเราไม่ได้ทำอะไรเลยวันๆ กินกับนอน ได้ออกไปข้างนอกบ้าน ทำกิจกรรมอย่างอื่นบ้างก็คงดี (พัศกร สัมภาษณ์ เดือนกรกฎาคม 2552)

วีรวุฒิ ผมมารักษาแล้วรู้สึกตัวเองดีขึ้นนะ เดี่ยวนี้อ่อนตัววันดี เมื่อก่อนไม่ได้กินข้าวเช้า แต่พอมียาหมอม ยามันบังคับให้เราต้องกินข้าวเข้าไปด้วย พอตกเย็นมากก็รีบกลับบ้านกินข้าวแล้วกินยา ถ้ามีสังสรรค์ผมก็กินน้ำชาทดแทนครับ กินยาอยู่กินเหล้าไม่ได้ครับ มันจะตีกับยาเลยหยุดได้เอง (วีรวุฒิ สัมภาษณ์ เดือนพฤษภาคม 2552)

การเลิกดื่มสุราเพื่อให้หายจากโรคพิษสุราเรื้อรังนี้ต้องอาศัยระยะเวลาในการฟื้นฟูของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายที่เกิดจากการดื่มสุรามาเป็นระยะเวลายาวนาน ผู้ป่วยครอบครัว และชุมชนจำเป็นต้องร่วมมือกันหลีกเลี่ยงสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราได้อีก เป้าหมายสำคัญก็เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย ให้สามารถกลับไปปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และที่มีต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวมได้อีกครั้ง

นอกจากนี้ การเลิกดื่มสุราไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเท่านั้น หากแต่เป็นกลไกการควบคุมทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยลดปัญหาอื่นๆ ที่ตามมาหลังการดื่มสุราด้วย เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาอุบัติเหตุ¹ ปัญหาความรุนแรงในบางลักษณะ

¹ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พ.ศ. 2549 อุบัติเหตุจากการดื่มสุราเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของคนไทย โดยมีอัตราตายเท่ากับ 59.8 ต่อประชากรแสนคน โดยร้อยละ 44.9 ของ

วาริ เวลากินเหล้า หนูชอบทำร้ายตัวเอง ใช้มีดกรีด (ที่แขนของวาริมีรอยบาดแผล ทั้งที่เป็นรอยแดงและรอยหนองทั้งข้างซ้ายและขวานับไม่ถ้วน จนถึงต้นแขน) มันรู้ตัวแต่มันก็อยากทำสะใจดี บางทีกินกับเพื่อนมันก็นั่นกัน ว่าหนูจะกล้า กรีดข้อมือหรือเปล่า เราบอกว่า “กล้า” มันบอก “มึงทำให้กูดูก่อน” ถ้าหนูกรีด พวกนั้นจะเสียเหล้าคนละขวด ใช้คัตเตอร์กรีด ช่วงที่ทำไม่เจ็บ สะใจ แล้วก็ ปล่อยไว้อย่างนั้น ไม่มาทำแผลทำอะไรหรอก มันก็หายเอง (วาริ สัมภาษณ์ เดือนกรกฎาคม 2552)

ประยูร ...ช่วงเลิกกับแฟน ผมดื่มหนักมากครับ ทานเหล้าทุกอย่างเลย อะไรก็ได้ ขอให้มึนแอลกอฮอล์ พ่อแม่ก็ไม่ว่าอะไร เขารู้ว่า เครียดไม่มีทางออกหรือว่า อะไรประมาณนั้น เขาพยายามเตือนสติว่ามันไม่ดี อีกอย่าง เวลามีปัญหาผม ชอบอยู่คนเดียวคือว่า ถ้ามีใครเข้ามาคุยแล้วมันหงุดหงิดรำคาญ ผมจะใช้ สมอจินตนาการอะไรไปเรื่อยเปื่อย แต่เลยกลายเป็นฟุ้งซ่าน สติแตก ทำร้าย ตัวเอง เหมือนเล่นเกมอะไรสักอย่าง พอเราแพ้ก็ต้องถูกทำโทษ ให้เราไปทำ แบบที่เขาสั่ง แต่จริงๆ แล้วมันก็เป็นจิตของเราคิดไปเองว่าเป็นอย่างนั้น ทำ ร้ายตัวเองเอาหัวไปโขกเส้าบ้าน พี่สาวมาเห็นตอนที่เจ็บแล้วเลือดเต็มแล้ว เขาตกใจก็เลยพามาที่นี่ (คลินิกรุ่งอรุณ) เหมือนหลุดไปกับโลกส่วนตัว คุยกับ คนโน้นคนนี้ไปเรื่อยไม่ได้นอนครบทั้งคืน พยายามจะหนีเขา มาหลอนมา อะไรเราที่โรงพยาบาลก็มัดไม่ให้เราหนี ที่บ้านเราก็อ้างว่าเราจะฆ่า หนูแว่ว แล้วก็หลอนเห็นภาพ ตอนหลับตาเหมือนเขาจะมีพวกวิญญาณมาเอาชีวิต เรา ไม่ได้นอนเปิดไฟสว่างทั้งชั้นบนชั้นล่าง มันเกิดจากที่ผมหยุดที่เขาเรียกว่า อะไรละหักดิบกะทันหันไม่ได้กินเลย ก็เลยหลอน (ประยูร สัมภาษณ์ เดือน มิถุนายน 2552)

และปัญหาความเสี่ยงต่างๆ จากความเมามายสุรามากจนเกินขนาด ก่อให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาความไม่พร้อมมีบุตร เป็นต้น

ชาติชาย ผมบอกคุณตรงๆ นะ ไม่แน่ใจว่าผมจะเป็นเอดส์หรือเปล่า ผมกลัวใจเครียดมาก บอกใครก็ได้ ผมมีสาวไฮโซเก็บเงินกู้มาติด เขาเลี้ยงเบี้ยรมผมทุกวัน วันละล้าง เขามีความต้องการทางเพศสูงมาก ทุกคืนมันจะจบลงที่เตียง นี่แหละที่ผมกลัว ผมกับเขาต่างคนต่างเมาไม่ได้ป้องกัน คุณเข้าใจใหม่ว่า เวลาเรามีอะไรกันคนเรามักจะพูดว่าเรารักเขา ผมก็ต้องแสดงความเชื่อใจเขาไป ทั้งๆ ที่รู้ว่าเราเชื่อเขาไม่ได้ (ชาติชาย สัมภาษณ์เดือนมีนาคม 2552)

ปัญหาเหล่านี้คร่าชีวิตผู้คนไปเป็นจำนวนมาก และนำความสูญเสียทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาประเทศอย่างไม่อาจประเมินค่าได้ น่าสังเกตว่าถึงที่สุดแล้ว กลไกการควบคุมทางสังคมอย่างสถาบันทางการแพทย์แม้ว่าจะมีความพยายามอย่างถึงที่สุด การแก้ปัญหามหาโรคซึ่งมีสาเหตุสำคัญมาจากเรื่องราวเชิงเศรษฐศาสตร์การเมืองที่เอื้อให้เกิดการดำรงอยู่ของสุราจำนวนมากในชุมชน สถานะของสุราก็เปลี่ยนแปลงไปกลายเป็นสินค้าที่หาซื้อได้ง่ายในชีวิตประจำวัน ในขณะที่เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่คับแคบ สนใจที่จะแก้ปัญหายาเสพติดผิดกฎหมายมากกว่า และไม่เอาจริงเอาจังกับการรักษาผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง ให้กลายเป็นเพียงโรคทางกายที่ปัจเจก

¹มีการวิจัยศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พบว่า ต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควร พ.ศ. 2549 มีผู้เสียชีวิตจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทั้งสิ้น 39,459 คน จำแนกเป็นเพศชาย 33,493 คน และเพศหญิง 5,966 คน เสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรเป็นมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ในเพศชายได้แก่ โรคเอดส์ประมาณ 36,277 ล้านบาท (เสียชีวิต 10,204 คน) อุบัติเหตุจราจรทางบกประมาณ 26,989 ล้านบาท (เสียชีวิต 8,460 คน) และโรคตับแข็งประมาณ 13,044 ล้านบาท (เสียชีวิต 5,147 คน) ในขณะที่สาเหตุที่ก่อให้เกิดต้นทุนการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนถึงวัยอันควรเป็นมูลค่าสูงสุด 3 อันดับแรก ในเพศหญิงได้แก่ โรคเอดส์ประมาณ 3,580 ล้านบาท (เสียชีวิต 1,877 คน) อุบัติเหตุจราจรทางบกประมาณ 2,796 ล้านบาท (เสียชีวิต 1,848 คน) และโรคมะเร็งตับประมาณ 706 ล้านบาท (เสียชีวิต 868 คน) ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่ามูลค่าการสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรนี้เกิดขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 30-44 ปี (เสียชีวิต 13,622 คนก่อให้เกิดความสูญเสียประมาณ 49,827 ล้านบาท) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-29 ปี (เสียชีวิต 7,275 คนก่อให้เกิดความสูญเสียประมาณ 25,912 ล้านบาท) (<http://dspace.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/2298>)

ต้องเป็นผู้ดูแลตนเองเท่านั้น และบอกปัญหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องให้แก่ผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด ทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างคนไข้ แพทย์ และครอบครัวของผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะที่ต่างคนต่างอยู่ ไม่ได้รับความร่วมมือต่อกัน

เพื่อให้แผนภาพของการทำความเข้าใจโลกของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ในบทต่อไปผู้เขียนจะเข้าไปสำรวจความหมายของสุราในระบบวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังซึ่งเป็นการทำความเข้าใจสถานะของสุราภายใต้ระบบความหมายชุดอื่นๆ ซึ่งผู้ป่วยยึดถือในชีวิตประจำวันไปพร้อมๆ กับระบบความหมายในทางการแพทย์ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานด้วย