

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและตัวตนของผู้ป่วยที่ผ่าน
การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ILLNESS EXPERIENCE AND SELF IN PATIENTS UNDERGOING CORONARY ARTERY
BYPASS GRAFTING SURGERY

กิ่งแก้ว ขวัญข้าว *

Kingkeaw Kwankhao

(Received : December 3, 2018, Accepted : January 2, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการสร้างตัวตนและการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน พื้นที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2556 ข้อมูลหลักได้จากการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่องของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7 ราย ร่วมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีการตรวจสอบสามเส้า ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย สัมภาษณ์เชิงลึก ศัลยแพทย์ทรวงอกและพยาบาลอาวุโส ประจำแผนกตรวจโรคผู้ป่วยศัลยกรรม และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินนโยบายสุขภาพใช้งบประมาณจำนวนมากในการรักษาประชาชน การพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงที่เป็นไปตามระบบทุนนิยม ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดกับศัลยแพทย์ เป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องลงนามยินยอมให้ศัลยแพทย์ผ่าตัดตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีดังนี้ 1) ผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย 2) ผู้ที่มีเคราะห์กรรมตัวตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีดังนี้ 1) ผู้ที่เป็นอมมนุษย์ 2) ผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่วันจบสิ้น และ 3) ผู้ที่มีร่างกายไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การพัฒนาคุณภาพการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยพิจารณาเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจึงไม่เพียงพอ การให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านศาสนา และการให้ความสำคัญกับคำบอกเล่าของผู้ป่วย

* อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการผ่าตัดจะช่วยเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ให้ฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น

คำสำคัญ : ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ตัวตน

Abstract

This research is a qualitative research which was aimed to investigate the illness experiences and identity and illness management of individual patients with coronary artery bypass surgery under varied circumstances. The study site was a regional hospital in the eastern region of Thailand. The participants of the study were seven patients with coronary artery bypass from January 2012 to June 2013. Primary data were obtained from a narrative interview of 7 patients with coronary artery bypass. The data were collected from different sources through in-depth interviews with cardiovascular surgeons and senior nurses of medical cardiology department in the studied hospital, and medical chart record reviews. To establish the validity of data obtained from different sources were triangulated. The findings that health policy implementation uses a large budget to treat the population. The cardiac excellent center development focuses on the use of advanced medical and currently operated on capitalist principles. In terms of relationship between surgical patients and surgeons, it is a relationship that patients and relatives had to sign consent form for the coronary artery bypass to the surgeon. The patient's identity before surgery is as follows: he patient's identity before surgery is as follows: 1) the person who encountered the death; 2) the person who has the fate. The patient's postoperative status was as follows. 1) non - human, 2) being endless depended on medical technology; and 3) being inconsistent with medical technology.

The recommendations from this research were: the development of quality of coronary artery bypass surgery is not sufficient; the importance of the cultural dimension in relation to the religious beliefs appeared in the narratives of all patients interviewed; and the importance of telling the patient about the change of the body after surgery will help to heal the health of the patients experiencing surgery moving onto the rehabilitation more rapidly.

Keywords : Illness experience, Coronary artery bypass surgery, Identity

บทนำ

เรื่องเล่าจากประสบการณ์เป็นเรื่องราวที่เป็นนามธรรม สะท้อนให้เห็นมิติทางจิตวิญญาณ และอุดมคติของชีวิตมนุษย์ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับทุกสรรพสิ่งที่อยู่รอบตัว (นภาพรณ์ หะวานนท์, 2554) เรื่องเล่าแสดงให้เห็นความเจ็บป่วยที่เต็มไปด้วยความรู้สึกอันซับซ้อน ตั้งแต่อาการของการเจ็บหน้าอกที่เชื่อมโยงไปถึงการอยู่ในโลกที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด (Good, Brodwin, Good & Kleinman, 1992) เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ในชีวิตทั้งที่สะสมมาในอดีตและปัจจุบัน ทำให้เกิดความเครียด และความกดดันที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิต ได้แก่ เหตุการณ์การตายของบุคคลอันเป็นที่รักซึ่งจากไปก่อนวัยอันควร นอกจากนี้เรื่องเล่าจากประสบการณ์ความเจ็บป่วยยังสะท้อนความคิด อารมณ์หรือความรู้สึก และการปฏิบัติตัวต่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ภายใต้การดมยาสลบที่ผู้ป่วยต้องหมดสติไป เปรียบเสมือนการอยู่ระหว่างพรมแดนของชีวิตและความตาย (Lock, 2000) ผู้ป่วยอาจไม่สามารถก้าวผ่านพรมแดนนี้และไม่ฟื้นสติกลับมา หากอธิบายตามความเชื่อทางโหราศาสตร์ในสังคมไทยเกี่ยวกับการเข้ารับการผ่าตัดเพราะชะตาขาด (ไสยเวทย์ เทวภูมิ, 2545) และคนทั่วไปก็มองว่า การผ่าตัดเหมือนการถูกเชือดหรือชำแหละบนเขียง (Portor, 2006) จากความคิดความเชื่อเหล่านี้ส่งผลในทางปฏิบัติให้ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงการผ่าตัดให้มากที่สุด

องค์ความรู้ทางชีวการแพทย์อธิบายโรคหลอดเลือดหัวใจ ว่าเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชย์, และพันธุ์พิชญ์ สาครพันธุ์, 2536) จะมีอาการที่เรียกว่า angina pectoris โดยมีลักษณะของการเจ็บหน้าอกและอาการร่วม เช่น ผู้ป่วยอาจบรรยายว่า รู้สึกเจ็บแน่นในอก ปวดหนักๆเหมือนมีอะไรมาบีบรัด หายใจลำบาก หรือรู้สึกแน่นท้อง นอกจากเกิดอาการเจ็บหน้าอกแล้วยังอาจรู้สึกเจ็บที่คอ ไหล่ แขน หลัง หรือขากรรไกรร่วมด้วย การเจ็บหน้าอกอาจมีการเจ็บร้าวไปตามแขนซ้ายด้านในคอหรือรักแร้ก็ได้ อาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญบอกว่า การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นหนทางเดียวเท่านั้นที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยต้องเลือกระหว่างชีวิตกับความตายซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นเท่ากัน แพทย์เท่านั้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดต่อไปในสถานการณ์ของการผ่าตัด ชีวิตของผู้ป่วยจึงอยู่ในกำมือแพทย์ แพทย์เป็นเสมือนเทพเจ้าที่จะกำหนดชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดหัวใจ ชุดประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นสิ่งที่น่าสนใจศึกษา เพราะผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทุกคนต้องข้ามผ่านท่ามกลางการผ่าตัดหัวใจที่มีอันตรายสูง

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอยู่ภายใต้การดมยาสลบ ซึ่งฤทธิ์ของยาสลบมีผลต่อความทรงจำในระยะยาวของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ซับซ้อนทั้งการทำให้หัวใจหยุดเต้นและกลับมาเต้นใหม่อีกครั้ง (นพรัตน์ ธนะชัยพันธ์, 2543) ก่อนการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมที่

ทำหน้าที่ฟอกเลือดแทนหัวใจมนุษย์ ต้องทำให้หัวใจมนุษย์ที่กำลังผ่าตัดหยุดเต้น ชีวิตผู้ป่วยจะเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งไม่ใช่ลักษณะชีวิตมนุษย์แบบเดิมอีกต่อไป การนำพาสิ่งประดิษฐ์เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย เกิดขึ้นท่ามกลางการแทรกแซงของเวชปฏิบัติในสถานพยาบาลทางการแพทย์ระดับตติยภูมิที่มีกิจกรรมยืดความตายและการรักษาแบบฉุกเฉิน (Krakauer, 2007)

เรื่องเล่าความเจ็บป่วยถูกสร้างโดยอำนาจของสถาบันและโครงสร้างทางสังคม (Lapum, Angus, Peter & Watt-Watson, 2010) รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มากกระทำต่อปัจเจกบุคคล (Biehl, Good & Kleinman, 2007) แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสำรวจผลลัพธ์ทางสุขภาพได้แก่ อัตราตาย อัตราป่วย และการวิเคราะห์ความคุ้มทุนทางเศรษฐศาสตร์ (Rujirawat, Ratttanachotphanit, Samkeaw, Cheawchanwattana, Johns Pratheepawanit, Limwattananon & Sakolchai, 2008) แต่เรื่องเล่าความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจกลับถูกละเลย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวตามแนวความคิดการบำบัดผ่านเรื่องเล่าที่มองว่า แต่ละบุคคลคือผู้เชี่ยวชาญในชีวิตของตนเอง มีศักยภาพที่จะลดอิทธิพลของปัญหาที่มีต่อตนเอง เป็นการมองปัญหาต่างๆอย่างรู้เท่าทัน และพยายามรับมือกับปัญหาด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ พลัง และมีความเคารพในตนเอง เป็นการเรียกคืนตัวตนที่ถูกกลดทอนให้กลับคืนมา การเข้าถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้คนด้วยวิธีวิทยาแบบเรื่องเล่า เป็นการเปิดพื้นที่ของความรู้ที่มาจากเสียงของผู้ที่เคยถูกทำให้เป็นเสียงเงียบ (นภภรณ์ หะวานนท์, 2554) แสดงถึงความเป็นเจ้าขององค์ความรู้และอำนาจซึ่งไม่อำนาจของเงินตราและอิทธิพล แต่เป็นอำนาจของอุดมการณ์และจินตนาการ (Biehl, Good & Kleinman, 2007)

งานวิจัยนี้ใช้แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ จัดรูปแบบการวิเคราะห์ 4 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับปัจเจกบุคคลวิเคราะห์ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 2) ระดับจุลภาควิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ 3) ระดับกลางวิเคราะห์สถาบันทางสังคม ได้แก่ โรงพยาบาลอันเป็นสถานพยาบาลที่ทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และ 4) ระดับมหภาควิเคราะห์ประเด็นสุขภาพในระบบทุนนิยมโลก ซึ่งระบบทุนนิยมโลกส่งผลต่อความรู้ด้านชีวการแพทย์ มุ่งเน้นเรื่องการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น (Bear, Singer & Susser, 1997) นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ยังใช้แนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์ค ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องยนต์กลไกกับมนุษย์ภายใต้บริบททางวัฒนธรรม (Krakauer, 2007) ซึ่งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์หลายประเภท

การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นสภาวะวิกฤตของชีวิต ซึ่งร่างกายมนุษย์ถูกขำแหละบริเวณหน้าอกอันเป็นที่ตั้งของหัวใจซึ่งเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดในร่างกาย หมายถึงความตาย กำลังมาเยือน การทุกข์ทรมาน การเป็นห่วงว่าใครจะดูแลลูกและคนในครอบครัวต่อไป (Johnson, 1991)

ตัวตนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวข้องกับสิ่งประดิษฐ์เช่น เส้นลวด ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องปอดหัวใจเทียม มีลักษณะเป็นประสบการณ์ร่วมที่เป็นปฏิบัติการ การต่อรองหรือต่อต้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเป็นองค์ประธานที่ถูกระงับของผู้ป่วย เรื่องเล่าของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นจินตนาการทางการแพทย์ที่เคลือบแคลงสงสัยต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ถึงความจำเป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือความมหัศจรรย์ในการใช้เทคโนโลยี รวมทั้งโอกาสที่ไม่แน่นอนที่จะประสบความสำเร็จในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และความคลุมเครือต่อเหตุการณ์ที่ต้องประสบในอนาคต เช่น ความตาย ความพิการ การเสียโฉม (Good, 2007) เป็นต้น นอกจากนี้ประสบการณ์ของปัจเจกบุคคลยังสะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางการเมือง เศรษฐกิจ และสถาบันทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ให้คุณค่ากับชีวิต ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง มีความสัมพันธ์กับสรรพสิ่ง และมีพฤติกรรมที่แสดงออกในสิ่งที่นึกคิด เป็นการมองร่างกายที่เต็มไปด้วยความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นความจริงแบบนามธรรม (Biehl, Good & Kleinman, 2007)

ผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเต็มไปด้วยความคิดเรื่องการสูญเสียเลือดเนื้อ ความตายหรือความเศร้าโศก ผู้ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดจินตนาการถึงโรงศพหรือการมีชีวิตอยู่ของมนุษย์ที่ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยใช้กลไกอิเล็กทรอนิกส์มาควบคุม ที่มีทั้งด้านลบและความมหัศจรรย์ของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ สะท้อนให้เห็นตัวตนของผู้ป่วยที่มีทั้งความกระตือรือร้นในการใช้เทคโนโลยี ความผิดหวังและการไม่ยอมรับเมื่อพบความล้มเหลวในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Good, 2007) การอ้างความจริงของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยด้วยวิธีการทางชีวิตวิถีที่ถูกยอมรับตามกฎหมาย (Clarke, Shim, Mamo, Fosket & Fishman, 2003) ซึ่งการรักษาด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์รูปแบบใหม่ๆ ยังเต็มไปด้วยความสงสัยต่อการรักษา และเทคโนโลยีทางการแพทย์บางอย่างก็อยู่ในขั้นของการทดลองทางคลินิก และหลังการใช้เทคโนโลยี ผู้ป่วยก็ยังไม่มีความสุขที่ดีขึ้น (Good, 2007) การศึกษาเรื่องราวของมนุษย์และโรคของมนุษย์ที่แท้จริงนั้นควรสังเกตการณ์มนุษย์ในสถานการณ์จริงไม่ใช่เพียงข้อมูลทางชีวิตวิถี

การศึกษาเรื่องเล่าของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นการปลดปล่อยผู้คนให้เป็นอิสระจากการถูกเอาเปรียบจากสภาพทางสังคมและระบบบริการสุขภาพ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจากระบบบริการสุขภาพแบบเดิมที่เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มาสู่ระบบบริการสุขภาพแบบใหม่ที่คุ้มครองผู้รับบริการ รวมทั้งเป็นการเปิดพื้นที่ของการคุ้มครองผู้บริโภคสินค้าที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพใหม่ที่สร้างประโยชน์ให้กับคนทุกกลุ่มในสังคม จากความสำคัญของปัญหา แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ และแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์กท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรมในยุคปัจจุบัน การครอบงำทางการแพทย์ทำให้ผู้คนต้องแก้ปัญหา

สุขภาพด้วยการพิจารณาว่าเป็นโรคและแก้ไขด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว การตั้งคำถามในเชิงวิพากษ์ต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์อาจนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดสุขภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ที่ดำรงอยู่ภายใต้นโยบายสุขภาพ การพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับศัลยแพทย์ รวมทั้งการสร้างตัวตนและการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละคนที่แตกต่างกัน

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยจะศึกษาจากการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่องของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 7 ราย ร่วมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม ความน่าเชื่อถือของข้อมูลมีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสัมภาษณ์เชิงลึกศัลยแพทย์ทรวงอกและพยาบาลอาวุโสประจำแผนกตรวจโรคผู้ป่วยศัลยกรรม และการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเจาะจงตามแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ที่วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการแพทย์แผนปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และมารับยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2555 ถึงเดือนมิถุนายน 2556

การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การใช้วิธีวิทยาแบบเล่าเรื่องของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจใช้แนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ พิจารณาถึงข้อดีและข้อเสียของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่กระทำต่อร่างกายมนุษย์ จึงคัดเลือกผู้ป่วยที่มีผลการผ่าตัดสมบูรณ์สามารถแก้ไขภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันได้สำเร็จ ผู้ป่วยที่มีผลการผ่าตัดไม่สำเร็จ ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหลังการผ่าตัด และผู้ป่วยที่ผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยเทคนิคบอลลูนก่อนการผ่าตัด รวมทั้งเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังประจำตัวด้วย ซึ่งมีทั้งการผ่าตัดแบบฉุกเฉินและนัดหมาย ซึ่งโรงพยาบาลที่ศึกษาไม่สามารถผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจแบบฉุกเฉินได้เนื่องจากไม่มีความพร้อมของเครื่องมือและบุคลากร ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาลที่ศึกษาหรือสถานพยาบาลอื่น และมารับยารักษาโรคหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลที่ศึกษา ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่แตกต่างกันทั้งการจ่ายค่ารักษาเอง ใช้สวัสดิการข้าราชการ และเป็นผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับคู่สมรส แยกกันอยู่กับคู่สมรส เป็นหม้าย และเป็น

ผู้ป่วยที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น นักบวช หลังการผ่าตัดไม่ประกอบอาชีพและประกอบอาชีพ

2. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปและไม่เกิน 10 ปี เพราะผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดในระยะเวลา น้อยกว่า 6 เดือนอยู่ในระยะพักฟื้นร่างกาย และผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดเกิน 10 ปีขึ้นไปอาจลืมเหตุการณ์หรือความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

3. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งกรณีนัดหมายมาผ่าตัด และกรณีผ่าตัดฉุกเฉิน ทั้งกรณีผ่าตัดจากโรงพยาบาลที่ศึกษาและจากสถานพยาบาลอื่นทั้งรัฐและเอกชน เนื่องจากโรงพยาบาลที่ศึกษาไม่มีศักยภาพในการผ่าตัดหัวใจแบบฉุกเฉิน เพราะบริบทของผู้ป่วยในการผ่าตัดหัวใจแบบฉุกเฉินและนัดหมายมาผ่าตัดมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้โรงพยาบาลเพิ่งเปิดศูนย์โรคหัวใจและมีศักยภาพในการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหน้าอกเมื่อ พ.ศ.2551

4. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจทั้งในกรณีที่ผ่าตัดแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดได้สมบูรณ์ กรณีที่ผ่าตัดแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดไม่สมบูรณ์ และกรณีติดเชื้อที่แผลหลังการผ่าตัด

5. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและเคยผ่านการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยเทคนิคบอลลูนก่อนผ่าตัด

6. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ และก่อนการผ่าตัดปฏิเสธการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยเทคนิคบอลลูน จนมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงจนต้องผ่าตัดในภายหลัง

7. ผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและมีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคเกาต์ ฯลฯ

งานวิจัยนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีรูปแบบการดำเนินชีวิต พื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยเลือกผู้ป่วยที่พักอาศัยในเขตอำเภอเมืองและอำเภออื่นในจังหวัดที่โรงพยาบาลที่ศึกษาตั้งอยู่ มีความเหมือนและความต่างในการเปรียบเทียบระหว่างราย ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 7 ราย ดังนี้

รายที่ 1 พระภิกษุ อายุ 69 ปี กรณีผ่าตัดแบบนัดหมาย ก่อนหน้าผ่าตัดเคยทำการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยเทคนิคบอลลูน และมีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และโรคตับ ผ่านการผ่าตัดมา 5 ปี สถานภาพสมรสโสด จ่ายเงินค่าผ่าตัดเอง รวมทั้งจ่ายเงินค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดเอง เพราะใช้ยานอกบัญชียาหลัก ปัจจุบันยังคงเผยแพร่ศาสนา อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

รายที่ 2 เพศหญิง อายุ 54 ปี กรณีผ่าตัดแบบฉุกละเอิน และมีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวานและกระดูกเสื่อม ผ่านการผ่าตัดมา 2 ปี สถานภาพสมรสแยกกันอยู่กับสามี ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด รวมทั้งค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันเลิกประกอบอาชีพเกษตรกร อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

รายที่ 3 เพศชาย อายุ 45 ปี กรณีผ่าตัดแบบฉุกละเอินโดยมีอาการหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย มีการติดเชื้อที่แผลหลังการผ่าตัด ผ่านการผ่าตัดมา 6 เดือน มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จ่ายเงินค่าผ่าตัดเอง ส่วนค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดเป็นผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันยังคงทำงาน รับเหมาจัดโต๊ะจีนอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง

รายที่ 4 เพศชาย อายุ 57 ปี กรณีผ่าตัดแบบนัดหมาย ผลการผ่าตัดแก้ไขการอุดตันของหลอดเลือดไม่สมบูรณ์ ก่อนการผ่าตัดปฏิเสธการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยเทคนิคบอลลูนจนอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจรุนแรงจนเข้ารับการผ่าตัด ผ่านการผ่าตัดมา 1 ปี มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ค่าผ่าตัดและค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดใช้สวัสดิการข้าราชการ ปัจจุบันยังคงทำงานเป็นตัวแทนรับซื้อกุ้งส่งต่างประเทศ มีที่พักอาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

รายที่ 5 เพศชาย อายุ 65 ปี กรณีผ่าตัดแบบฉุกละเอิน มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ เบาหวาน ผ่านการผ่าตัดมา 1 ปี สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส จ่ายเงินค่าผ่าตัดเอง รวมทั้งจ่ายเงินค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดเอง เพราะใช้ยานอกบัญชียาหลัก ปัจจุบันเลิกประกอบอาชีพ เพราะปลดเกษียณจากการทำงานในบริษัทข้ามชาติ อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง

รายที่ 6 เพศชาย อายุ 50 ปี กรณีนัดหมายมาผ่าตัด มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคถุงลมโป่งพอง ผ่านการผ่าตัดมา 4 ปี สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดและค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดใช้สวัสดิการข้าราชการ ปัจจุบันเลิกประกอบอาชีพโดยลาออกจากการรับราชการทหาร อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง

รายที่ 7 เพศชาย อายุ 59 ปี กรณีนัดหมายมาผ่าตัด มีโรคทางระบบอื่นร่วมด้วย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและเบาหวาน ผ่านการผ่าตัดมา 9 ปี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย จ่ายเงินค่าผ่าตัดเอง รวมทั้งจ่ายเงินค่ายาที่ใช้รักษาหลังการผ่าตัดเอง เพราะใช้ยานอกบัญชียาหลัก ปัจจุบันเลิกประกอบอาชีพเพราะเข้าโครงการเกษียณก่อนกำหนดจากการรับราชการครู พักอาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมือง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวผู้วิจัย แนวทางที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่อง เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และบันทึกข้อมูล ดังนี้

1. นักวิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ชาย โปธิสิตา, 2550) โดยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ด้วยการทบทวนความรู้ด้านเนื้อหาและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์และประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทำให้ผู้วิจัยมีความรู้ในเชิงเนื้อหาในการเก็บข้อมูลให้ได้ครบถ้วนและรวดเร็ว

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบเล่าเรื่อง ผู้วิจัยสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ที่จะใช้ในการเล่าเรื่อง บนพื้นฐานความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ และประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจท่ามกลางเทคโนโลยีทางการแพทย์ รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมของผู้ป่วยที่ผ่าตัดและบุคลากรทางการแพทย์

3. แนวทางการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ด้วยการเฝ้าสังเกตและบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่องทั้งโรงพยาบาลและที่พักของผู้ป่วย เน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย การทำงาน การพักผ่อน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อทางวัฒนธรรมต่างๆ

4. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ทั้งนี้ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเป็นทันตแพทย์ในโครงการติดตามผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหน้าอก ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ศัลยแพทย์ทรวงอกจะส่งผู้ป่วยมารับการรักษาทางทันตกรรมให้เรียบร้อย จึงจะให้ผู้ป่วยเข้าสู่ขั้นตอนการผ่าตัด รวมทั้งผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจต้องได้รับการตรวจทันตสุขภาพ เพื่อเฝ้าระวังโรคฟันผุและปริทันต์ที่นำไปสู่การถอนฟัน เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือดเพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือด ซึ่งการทำศัลยกรรมต่างๆ ต้องให้ผู้ป่วยต้องงดยาละลายลิ่มเลือดเป็นระยะเวลา 3-7 วันโดยอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ที่รักษา

5. การสัมภาษณ์เชิงลึกศัลยแพทย์ทรวงอก อายุรแพทย์หัวใจ และพยาบาลที่ทำงานในศูนย์โรคหัวใจด้วยแนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ระเบียบ และแนวทางปฏิบัติในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ใช้ในโรงพยาบาลศูนย์

ผลการวิจัย

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสะท้อนให้เห็นนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ การพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับศัลยแพทย์ และตัวตนของผู้ป่วย ซึ่งจะนำเสนอผลการวิจัยดังนี้

1. นโยบายด้านสุขภาพของประเทศ

การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในโครงการบริหารจัดการโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะโรคหัวใจ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงมากขึ้น แต่ปัญหาการจัดสรรงบประมาณให้แก่สถานพยาบาลภาครัฐ โดยการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวต่ำกว่าต้นทุนที่แท้จริง ทำให้งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่เพียงพอ สถานพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐจำนวนมากอยู่ในสภาพมีหนี้สิน และขาดสภาพคล่องทางการเงิน ซึ่งเป็นภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐต่อไปในอนาคต (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2554) ซึ่งพยาบาลในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยศัลยกรรมเล่าว่า “รายได้ของโรงพยาบาลลดลง จ่ายแบบรายหัว จะรักษายังไงก็แล้วแต่ รัฐให้เงินแค่นี้ประมาณ 800-900 บาทต่อคนต่อปี การจ่ายแบบรายหัวมันดีสำหรับผู้จ่าย เพราะไม่ต้องยุ่งยากอะไรมาก แล้วก็ประชาชนสัมพันธ์ว่า ไปเถอะไปใช้บริการ โรคอะไรก็ได้ ใช้ได้หมดเลย ดังนั้นคนไข้แต่ละคนมาโรงพยาบาลด้วยความคาดหวังสูงส่ง แต่โยนภาระทางการเงินทั้งหมดให้กับโรงพยาบาล”

ส่วนศัลยแพทย์ทรวงอกเล่าถึงทัศนคติที่มีต่อนโยบายของประเทศต่อการทำงานว่า “ปัญหาบุคลากรลาออกเยอะ เป็นระบบราชการ ทำให้แต่ละแผนกขาดคน แพทย์ไม่ครบ ปริมาณไม่พอ จะทำให้มีคุณภาพเป็นไปไม่ได้อยู่แล้ว แผนกหนึ่งมีหมอสามหรือสี่คนจะให้บริการแบบมีหมอ 10 คนเป็นไปไม่ได้ ทุกคนต้องไปทำงานที่ไม่ถนัด เพราะไม่มีคนทำ แต่จำเป็นต้องทำ ยิ่งนโยบายมามีอะไรเยอะแยะที่เราต้องทำซึ่งไม่ใช่หน้าที่ของเรา เช่น การออกตรวจตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ไปนั่งแจกยา ทำให้งานประจำไม่มีคนทำ แต่ต้องทำ ถึงแม้เป็นแพทย์เฉพาะทาง ต้องออก GP มากขึ้น หมอน้อยลง specialist อย่างเราก็น้อยลง จะไปทำให้ดีก็คงเป็นไปไม่ได้ งานใน ward ก็รัดตัว คนไม่พอ งบก็ไม่มีจะจ้างคนให้มากขึ้น ค่าตอบแทนต่ำถ้าเทียบกับเอกชน เอกชนให้ค่าตอบแทนสูงกว่าคนก็ไปอยู่เอกชน ค่าตอบแทนต่างกันถึง 10 เท่า”

2. การพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ

อายุรแพทย์โรคหัวใจเล่าว่า “โรงพยาบาลนี้ทำการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจให้แก่ผู้ป่วยรายแรกในปี 2547 โดยใช้เทคนิค on pump คือใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมและทำให้หัวใจหยุดเต้น ต่อมาในปี 2549 ศัลยแพทย์ทรวงอกเริ่มการผ่าตัดแบบ off pump ซึ่งตอนที่โรงพยาบาลยังไม่เปิดเป็นศูนย์โรคหัวใจ หมอจบเฉพาะทางมาใหม่ๆ พอมีคนไข้ที่ต้องฉีดสีสวนหลอดเลือดหัวใจ หมอก็นั่งรถ refer ไปกับคนไข้ หมอก็ก็นั่งไปสวนหลอดเลือดหัวใจที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐในกรุงเทพฯ พอฉีดสีสวนหัวใจเสร็จก็พาคนไข้กลับบ้าน เวลาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐนัดผ่าตัดหัวใจก็ส่งคนไข้ไปใหม่อีก หมอก็ก็นั่งไปทำ จนในที่สุดโรงพยาบาลก็ได้จัดตั้งศูนย์โรคหัวใจ พอมีเครื่องมือ ก็โทรพยาบาลขึ้นมาช่วยผ่าตัด จัดทีมศัลยแพทย์ขึ้นมาผ่าตัดหัวใจ ขนาดหมอโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐยังบอกคนไข้ที่ผ่าตัดหัวใจแบบฉุกเฉินว่ากลับไปกินยาที่โรงพยาบาลเก่านะ ยาคือว่าโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐอีก เมื่อปีที่แล้วโรงพยาบาลก็ได้รางวัลเครือข่ายบริการเป็นเลิศของศูนย์โรคหัวใจ”

นอกจากนั้น ศัลยแพทย์ทรวงอกเล่าว่า “ปี 2550 ศัลยแพทย์ทรวงอกก็สามารถผ่าตัดหัวใจในผู้ป่วยที่มีการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายต่ำกว่าปกติ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมาก่อน การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ถือเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และในปี 2551 โรงพยาบาลก็ได้รับการจัดตั้งเป็นศูนย์โรคหัวใจ มีศักยภาพในการใส่สายสวนหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหน้าอกทั้งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจและการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ในอนาคตมีแผนงานที่จะพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้ผ่าตัดหัวใจแบบฉุกลิ้นใต้ด้วย”

พยาบาลในแผนกตรวจโรคผู้ป่วยศัลยกรรมเล่าว่า “ปัจจุบันโรงพยาบาลมีอายุรแพทย์หัวใจ 1 คน และศัลยแพทย์ทรวงอก 2 คน การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลใช้ทั้งเทคนิค on pump และ off pump จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจจากโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวน 134 คน เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องห้อง ICU ที่รองรับผู้ป่วยหนักได้เพียงแค่ 3 เตียง และต้องใช้ร่วมกับการผ่าตัดชนิดอื่น ซึ่งมีมากในโรงพยาบาลศูนย์ต่างจังหวัดที่โรงพยาบาลผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหน้าอกได้สัปดาห์ละ 2 คน เพราะห้อง ICU รองรับผู้ป่วยได้ 3 คน พอผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจออกจากห้องผ่าตัดก็ต้องอยู่ห้อง ICU 1 วัน จึงจะย้ายไปอยู่ห้องรวมหรือห้องพิเศษได้ แล้วโรงพยาบาลก็ไม่ได้มีแค่ผ่าตัดหัวใจอย่างเดียว ผ่าตัดอย่างอื่นด้วย คนไข้อุบัติเหตุฉุกลิ้นใต้ด้วย คนไข้กรอควิผ่าตัดหัวใจประมาณ 30-45 วัน ช่วงปีแรก ๆ ที่โรงพยาบาลเริ่มผ่าตัดหัวใจก็มีคนไข้มาเลื่อนการผ่าตัดบ้าง แต่ในปีหลังๆ คนไข้ที่มาเลื่อนการผ่าตัดก็ลดลง สาเหตุของการเลื่อนผ่าตัดหัวใจในช่วงแรกที่โรงพยาบาลเริ่มผ่าตัดหัวใจ เพราะผู้ป่วยและญาติไม่มั่นใจในความปลอดภัยของการผ่าตัดหัวใจ เมื่อเปิดศูนย์โรคหัวใจแล้ว โรงพยาบาลจึงลงทุนมากในเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาและวินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อให้คนเชื่อมั่นในการรักษา”

การพัฒนาของศูนย์โรคหัวใจตั้งแต่การเริ่มก่อตั้งด้วยการผลักดันของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล ซึ่งข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัดหัวใจแบบนัดหมายเพราะต้องกำหนดเฉพาะวันที่มีเตียงห้อง ICU วาง วัสดุอุปกรณ์ว่าง ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดหัวใจจากโรงพยาบาลน้อยกว่าที่ควรจะทำได้ รวมทั้งข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรอื่น ๆ เช่น ทีมดูแลหลังผ่าตัด พยาบาล และผู้ช่วยห้องผ่าตัด ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยแบบฉุกลิ้นใต้

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดกับศัลยแพทย์

การผ่าตัดหัวใจเป็นบริการทางสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างจากบริการอื่น ๆ เป็นบริการที่มีรายละเอียดเชิงเทคนิคทางการแพทย์สูง ซึ่งเป็นบริการที่ผู้ป่วย มักจะไม่ค่อยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกบริการ การตัดสินใจถูกมอบหรือถูกกระทำแทนโดยบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยขาดข้อมูลสำคัญในการตัดสินใจผ่าตัด

ศัลยแพทย์ทรวงอกเล่าว่า “บนเตียงผ่าตัดมีความเสี่ยงเกิดขึ้นเสมอ ทุกกระบวนการเกิดความผิดพลาดได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่วางยาสลบ การผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด การผ่าเบาะอก ไปจนกระทั่ง

เย็บแผล การทำงานจริงไม่เหมือนในอุดมคติ ศัลยแพทย์เป็นหนึ่งในสาขาเฉพาะทางที่ถูกฟ้องร้องเป็นอันดับต้น ๆ ใกล้เคียงกับอายุรแพทย์และสูตินรีแพทย์ ศัลยแพทย์นอกจากจะต้องรับมือกับความเสียหายจากการติดเชื้อและเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในการผ่าตัดแล้ว ศัลยแพทย์ยังต้องแบกรับความเสี่ยงจากการถูกฟ้องจากคนไข้หรือญาติคนไข้ หมอก็ระวังอย่างเต็มที่ บางครั้งหมอก็ไม่รู้จริง ๆ ว่าเกิดจากอะไร ก็ทำตามขั้นตอนทุกอย่าง แต่บางทีญาติคนไข้ก็ไม่เข้าใจ เพราะตอนเข้ามาโรงพยาบาล คนไข้เดินมา แต่ทำไมออกไปตาย จริง ๆ ความผิดพลาดไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้นหรอก หมอทำเต็มที่อยู่แล้ว เพราะชีวิตคน ๆ หนึ่งคือร้อยเปอร์เซ็นต์ของครอบครัว”

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 2 เล่าถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดกับศัลยแพทย์ว่า “ตอนที่ไปไปถึงโรงพยาบาล ป้าเกือบหมดสติแล้วนะ หมอมารูมล้อมเตียงป้าเต็มไปหมด ถามว่าป้าจะยินยอมให้หมอผ่าตัดไหม ป้าบอกว่ายอม หมอก็ให้ป้าเซ็นชื่อเกือบ 20 ชื่อ หมอบอกป้าว่า ป้าจะดีใจไม่ได้นะว่าผ่าตัดแล้ว ป้าจะหาย ป้าอาจจะตายก็ได้ ป้าเป็นมากแล้ว หมอไม่ถนอมน้ำใจป้าเลย หมอบอกต้องให้สามีเซ็นยินยอมด้วย ป้าเลยบอกถ้าให้สามีเซ็น ป้าตาย บ้านอยู่กลางทุ่ง ป้าตัดสินใจคนเดียวได้ ตอนที่เซ็นชื่อ ป้าก็นอนเซ็น ไม่รู้ถูกหรือผิด หมอยังถามป้าว่าลูกมาโรงพยาบาลด้วยไหม พอป้าบอกว่าลูกมาด้วย หมอบอกให้ลูกมาเซ็นชื่อยินยอมด้วย หมอก็ยังย้ำกับป้าว่า ถ้าผ่าตัดหัวใจแล้วป้าเป็นอะไรไป จะโทษหมอไม่ได้ เพราะอาการป้า 50-50 แล้ว หมอพูดจนแต่เรื่องตาย ป้าเลยบอกว่ป้าเข้าใจแล้ว ถ้าป้าตายก็จะไม่ฟ้องหมอ”

4. ตัวตนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เป็นไปตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดและนำไปสู่การสร้างตัวตนรวมทั้งวิธีการจัดการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนขณะผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยได้รับยาสลบทำให้จำเหตุการณ์และความรู้สึกในขณะนั้นไม่ได้

4.1 ตัวตนของผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจรู้สึกซ้อค นี้ถึงความตาย กลัวรักษาไม่หาย กลัวทรมาน กลัวพิการ กลัวถูกซ้ำเติม หรือต้องพึ่งพาบุคคลรอบข้าง ความวิตกกังวลเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจและการสร้างตัวตนของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นบุคคลที่คาบเกี่ยวระหว่างความเป็นและความตาย ซึ่งตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีดังนี้

1) ผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความอ่อนแอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ยิ่งเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ได้ฟังคำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเข้ารับการผ่าตัด ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 2 เล่าว่า “พอหมอบอกว่าต้องผ่าตัดหัวใจ ใจแทบจะขาด อยากจะทรุดลงกับพื้นตรงหน้าหมอเลย ถามหมอว่าถ้าผ่าตัดแล้วจะหายไหม หมอบอกว่ารรับรองไม่ได้ว่าจะหายหรือไม่หาย ป้าเข้าขีดอันตรายแล้วนะ” ส่วนผู้ป่วยรายที่ 3 เล่าว่า “หัวใจผมหยุดเต้น

ชั่วคราวไป 2 วัน พยาบาลเขย่าตัวอย่างแรง 2 วัน ผมรู้สึกตัวว่า อ้าวมาปลุกผมทำไม ผมลืมตาขึ้นมา เห็นหมอและพยาบาลล้อมเตียงผมเต็มไปหมด คำก็บอกว่าไม่เป็นอะไร นอนต่อไปเถอะ เป็นอย่างนี้ อยู่ 2 ครั้ง” นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 5 ยังเล่าว่า “ระหว่างที่ผมนั่งในห้องตรวจกับหมอ ผมบอกหมอว่า ผมแน่นหน้าอก ตอนนั้นที่หน้าผมเหงื่อออกมาก ทั้งที่ในห้องตรวจโรคก็เปิดแอร์ หมอเรียกพยาบาลให้ มาวัดความดัน พอวัดความดันเสร็จ หมอบอกทำไมความดันสูงขนาดนี้ ผมก็หมดสติไป ตอนหลังหมอบอกว่าผมหยุดหายใจและหมอช่วยชีวิตไว้ทัน”

2) ผู้ที่มีเคราะห์กรรม คำอธิบายเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตที่มีทั้งการเจ็บป่วยและต้องถูกผ่าตัดถูกกำหนดเคราะห์กรรม ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 7 เล่าว่า “มันถึงคราวเคราะห์จริง ๆ ที่ผมเจ็บป่วยถึงกับผ่าตัดหัวใจ” และผู้ป่วยรายที่ 5 เล่าว่า “ก่อนจะผ่าตัด มีหมอดูดวงให้ผมว่าดวงจะไม่ตายแต่ต้องเสียเงินก้อนใหญ่เพื่อพาดเคราะห์ ภายในวันเดียว ผมถูกส่งไปโรงพยาบาลถึง 3 โรงพยาบาล หมอก็กส่งต่อไปเรื่อย ๆ จนผ่าตัดหัวใจรอดตาย”

ส่วนผู้ป่วยรายที่ 4 เล่าถึงเคราะห์กรรมและบทเรียนชีวิตจากสายน้ำว่า “ก่อนผ่าตัดหัวใจประมาณปี 2548 หมอที่โรงพยาบาลนี้แนะนำให้ผมไปทำบอลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐในกรุงเทพฯ โดยหมอจะตามไปทำบอลูนให้ แต่ผมให้เหตุผลว่าผมยังไม่พร้อมขอรักษาด้วยการกินยา ที่ผมไม่ตัดสินใจทำบอลูนเพราะในตัวอำเภอเมืองที่ผมตั้งบริษัทรับซื้อกุ้งส่งต่างประเทศ มีน้ำป่าไหลท่วม ลูกสาวตกใจที่น้ำท่วมบริษัท รีบเอาเรือออกไปกับคนงาน 3 คน จะพายเรือไปดูบริษัท น้ำเชี่ยวมาก ลูกสาวถูกน้ำซัดจมน้ำตาย คนโบราณว่าน้ำท่วมเพื่อมากินคน พอ น้ำกินคนคือมีคนตาย แล้วน้ำจะลด หลังจากลูกสาวผมเสียชีวิต น้ำก็ลด” เมื่อผู้วิจัยดูในเวชระเบียนของผู้ป่วย อายุรแพทย์หัวใจของโรงพยาบาลลงบันทึกว่า “ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาขยายหลอดเลือดด้วยเทคนิคบอลูน”

4.2 ตัวตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการรักษาที่ช่วยทุเลาอาการหรือลดความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยมีโอกาสกลับมาเป็นโรคซ้ำ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยยังคงต้องกินยา ซึ่งเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทหนึ่งอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยในลักษณะเรื้อรัง และต้องเกี่ยวข้องกับสถาบันทางการแพทย์ในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นมนุษย์ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม ที่ส่งผลการสร้างตัวตนและการจัดการกับความเจ็บป่วยดังนี้

1) ผู้ที่เป็นอมุข ผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความรู้สึกต่อร่างกายที่ผ่านการผ่าตัด ว่ามีส่วนผสมระหว่างเครื่องยนต์กลไกและความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยรายที่ 1 เล่าว่า “หลังจากผ่าตัดประมาณ 6 เดือน หายปวดหัวใจเป็นปลิดทิ้ง ไม่เหนื่อย จากเดิมที่เดินขึ้นชั้นสองไม่ได้ แต่หลังจากผ่าหัวใจ เดินขึ้นตึก 4 ชั้นได้ไม่ถึง 10 นาที แล้วขึ้นไปใหม่ 3 ครั้งติดกัน ก็ไม่เป็นไร แต่จะว่าเหนื่อย ก็เหนื่อยตามวัย” ผู้ป่วยรู้สึกว่าการผ่าตัดหัวใจและรู้สึกร่างกายเป็นสุขสงบขึ้น

ร่างกายหลังการผ่าตัดเพิ่มศักยภาพให้กับชีวิตมนุษย์ ทำให้เดินขึ้นบันไดหลายชั้นได้ โดยไม่ต้องรู้สึกว่าการเหนื่อยจนหัวใจจะหยุดเต้น การสอดประสานกันระหว่างเทคโนโลยีทางการแพทย์กับร่างกายมนุษย์ ทำให้มนุษย์ที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีหัวใจที่แข็งแรง ทนทานต่อการใช้งาน

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 6 ยังเล่าว่า “ตอนที่ผ่าตัด ผมถูกแหวนหน้าอกเป็นหน้าอกหมูอยู่ตั้ง 8 ชั่วโมง แต่พอหายแล้วผมก็กลับมาทำงานได้เหมือนเดิม” ขั้นตอนการผ่าตัดหัวใจทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่ศัลยแพทย์ต้องใช้มีดผ่าตัดกรีดผ่านกระดูกบริเวณกลางหน้าอกและแบะหน้าอกทั้ง 2 ข้าง ออกจากกัน เพื่อให้เห็นหัวใจที่อยู่ภายใต้กล้ามเนื้อหน้าอกนั้น ส่งผลต่อตัวตนของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีความคาบเกี่ยวระหว่างความเป็นมนุษย์กับความเป็นสัตว์หรืออมมนุษย์ โดยผู้ป่วยระลึกถึงการแบะหน้าอกหมูบนเตียงขายหมูในตลาดสด

2) ผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่มีวันจบสิ้น ร่างกายมนุษย์ที่ผ่านการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จากการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ยังคงต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์จำนวนมากขึ้นไป ผู้ป่วยรายที่ 1 เล่าว่า “หลังจากผ่าตัดหัวใจมาจนทุกวันนี้ ก็ไม่ใช่อาการจะดีขึ้น ถ้าไม่กินยาสักสองเวลาจะมีอาการจุกเสียด ต้องกินยาสมำเสมอ บางทีอยู่ดีๆก็จุกหน้าอก หมอจะให้หมอนยาไต้ลีน” หลังจากผ่าตัดมาแล้วก็ยังมีอาการจุกหน้าอก ร่างกายมนุษย์หลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจยังคงต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 7 ยังเล่าว่า “ตอนนี้นั้นวันหนึ่งก็กินยา 21 เม็ด พุดง่าย ๆ กินยาอิมแทนซาว ก็เป็นตั้งหลายโรค โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เกาต์ เบาหวาน เวลาไปไหนสะพายกระเป๋าใส่ยาไปด้วย คนอื่นก็คิดว่ารวย พกเงินไปเยอะ ไม่ใช่เลยมีแต่ยาทั้งนั้น ถ้าโจรมาวิ่งราวกระเป๋าไปก็คงตาย เพราะไม่มียากิน” การไม่กินยาเป็นการลดการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ร่างกายกลับสู่ความทุกข์ทรมานเช่นเดียวกับก่อนการผ่าตัดหรืออาจตายได้

3) ผู้ที่มีร่างกายไม่สอดประสานกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่สามารถสอดประสานกับร่างกายผู้ป่วยบางรายในบางขั้นตอนของการรักษา ซึ่งผู้ป่วยรายที่ 6 เล่าว่า “หลังผ่าตัดประมาณ 1 อาทิตย์ ขณะที่ผมพยายามเดินตามที่หมอแนะนำ แต่พยาบาลกลับวิ่งมาหาผมและบอกว่ารีบกลับขึ้นไปบนเตียงเร็ว แล้วพยาบาลก็ใส่เครื่องช่วยหายใจใหม่ บอกว่าหัวใจผมเต้นผิดปกติมาก ผมก็งงว่ามีอะไรผิดปกติ ปกติออกจากห้องผ่าตัดสัก 7-8 วันก็กลับบ้านได้ หลังจากหัวใจเต้นผิดปกติ ผมก็อยู่โรงพยาบาลต่อจน 2 อาทิตย์กว่าหมอจะอนุญาตให้กลับบ้านได้” เมื่อทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยรายที่ 6 ศัลยแพทย์บันทึกประวัติว่า “หัวใจห้องล่างซ้ายทำงานน้อยกว่าปกติ มีภาวะอาการหัวใจล้มเหลวร่วมด้วย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันชนิดรุนแรง”

นอกจากนี้ผู้ป่วยรายที่ 3 เล่าว่า “เห็นรอยแผลที่ผ่าตัดเป็นหนอง พอดีเป็นช่วงที่หมอนัดไปดูอาการ หมอบอกว่าติดเชื้อ พยาบาลจึงนัดให้หมอผ่าตัด แผลเป็นหนอง เพราะไหมที่เย็บไม่เข้ากับเนื้อของคน” ส่วนผู้ป่วยรายที่ 6 เล่าว่า “ตอนที่ผ่าตัดหัวใจ ผมแพ้ยาจนขาทั้งสองข้างไหม้หมด ก่อนหน้า

นี้ผมก็ไม่เคยแพ้ยาชนิดไหน” การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่ได้ช่วยให้ร่างกายมนุษย์ดีขึ้น เพราะเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสารสังเคราะห์มิใช่เกิดจากธรรมชาติและส่งผลให้ร่างกายไม่ยอมรับสิ่งแปลกปลอม

เมื่อทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยรายที่ 4 ศัลยแพทย์ทรวงอกลงบันทึกว่า “uncompleted CABG surgery with OPCAB , mild AV sclerosis & mild MR” หมายถึงการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจไม่สมบูรณ์ การผ่าตัดใช้เทคนิค on pump คือทำให้หัวใจหยุดเต้นและใส่เครื่องปอดหัวใจเทียม นอกจากอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ ยังมีลิ้นหัวใจ AV หนาตัวร่วมด้วยเล็กน้อย และมีอาการ myocardial infarction หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายบางส่วน ซึ่งสอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายที่ 4 ว่า “มีเส้นเลือดหัวใจเส้นหนึ่งตีบและผ่าตัดไม่ได้มีขนาดเล็กมาก ถ้าตัดแล้วต่อใหม่ เส้นเลือดจะแตก อันตรายถึงชีวิต ทุกวันนี้ก็ทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ งานที่หนักต้องใช้ความคิดเยอะก็ไม่ได้ทำแล้ว”

อภิปรายผลและสรุป

ข้อค้นพบหลักจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจสะท้อนให้เห็นนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ การพัฒนาศูนย์โรคหัวใจ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับศัลยแพทย์ และตัวตนของผู้ป่วย ซึ่งนโยบายด้านสุขภาพของประเทศเน้นการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยการรักษาและผ่าตัดบริเวณที่เป็นโรคให้หายจากโรค สอดคล้องกับแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ที่ว่า บริษัทค้าเวชภัณฑ์ข้ามชาติสร้างแนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดโรคด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ และปิดบังความล้มเหลวของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ บางครั้งเทคโนโลยีก็มีข้อผิดพลาดในการรายงานผล และความไม่น่าเชื่อถือของเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็เป็นสิ่งที่มีอยู่ (Fisher & Monahan, 2011) การรักษาหรือการผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของประเทศสูงขึ้น และทำให้ผู้คนในสังคมละเลยต้นเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีสาเหตุมาจากโครงสร้างทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการเกิดโรค ได้แก่ การลดความตึงเครียดในการทำงาน การออกกำลังกาย งดการสูบบุหรี่ รวมทั้งการลดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีน ยังมีได้ถูกนำมาจัดทำนโยบายสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ส่วนการพัฒนาศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาล โรงพยาบาลต้องลงทุนมากในเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการรักษาและวินิจฉัยโรคหัวใจ เพื่อให้คนเชื่อมั่นในการรักษา เป็นไปตามแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ที่ว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์กลายเป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้บริหารโรงพยาบาลต้องมาใช้ในการปฏิบัติงานตามปกติ การจัดการในโรงพยาบาลด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ควบคุมด้วยฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ โดยการสัมผัสตัวผู้ป่วยน้อยที่สุดและส่งผู้ป่วยเข้า

สู่ขั้นตอนการรักษาต่างๆอย่างรวดเร็ว เพื่อยกระดับศักยภาพการทำงานของโรงพยาบาล ซึ่งระบบบริการทางการแพทย์ปรับตัวเข้าสู่ความเป็นอุตสาหกรรมทางการแพทย์ (Fisher & Monahan, 2011)

ขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่ผ่าตัดกับศัลยแพทย์ เป็นความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยและญาติต้องลงนามยินยอมให้ศัลยแพทย์ผ่าตัด เพราะบนเตียงผ่าตัดมีความเสี่ยงเกิดขึ้นเสมอ ทุกกระบวนการเกิดความผิดพลาดได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่วางยาสลบ การผ่าตัดเตรียมเส้นเลือด การผ่าแบายอก ไปจนถึงกระทั่งเย็บแผล การเสียชีวิตระหว่างการผ่าตัดเป็นเหตุสุดวิสัย ไม่ใช่ความผิดของศัลยแพทย์ เพราะศัลยแพทย์ไม่มีเจตนาให้ผู้ป่วยที่ตนเองผ่าตัดต้องตาย เป็นไปตามแนวคิดมานุษยวิทยาการแพทย์เชิงวิพากษ์ที่กล่าวถึง การลงนามในใบยินยอมรับการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรักษาลดลง ผู้ป่วยหลายคนไม่ได้รับการเสนอทางเลือกในการรักษาที่แท้จริง และรู้สึกจำใจที่จะยอมรับการรักษา ผู้ป่วยมีโอกาสน้อยในการตัดสินใจหรือแสดงความต้องการของตนเองออกมา (Doyal, 1994)

ตัวตนของผู้ป่วยที่ผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจก่อนเข้ารับการผ่าตัดมีดังนี้ 1) ผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย 2) ผู้ที่มีเคราะห์กรรม ส่วนตัวตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีดังนี้ 1) ผู้ที่เป็นอมมุขย์ 2) ผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่มีวันจบสิ้น และ 3) ผู้ที่มีร่างกายไม่สอดคล้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์

ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเป็นผู้ที่ต้องเผชิญหน้ากับความตาย เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทุกรายแสดงความไม่มั่นใจต่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ เสมือนตัวเองกำลังเผชิญหน้ากับความตาย มีความสอดคล้องกับแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์กที่อธิบายการมีชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่างมนุษย์และเทคโนโลยีท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีการดมยาสลบ ทำให้ผู้ป่วยหมดสติไป เปรียบเสมือนการอยู่ระหว่างพรมแดนของชีวิตและความตาย (Lock, 2000)

ตัวตนของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดเป็นผู้ที่มีเคราะห์กรรม เนื่องจากก่อนผ่าตัดมีความคิด อารมณ์ และความรู้สึกที่เต็มไปด้วยความกลัว ความแปลกแยก ความเสี่ยง และความไม่แน่นอน การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจถูกอธิบายด้วยองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยไม่อาจเข้าใจได้ จึงมองว่าการผ่าตัดเป็นสิ่งลึกลับที่ไม่อาจคาดเดาผลลัพธ์ การอ้างถึงดวงชะตาและเคราะห์กรรมที่ผู้ป่วยให้เหตุผลว่าเป็นตัวกำหนดสำคัญต่อการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเชื่อทางศาสนาพุทธผสมโหราศาสตร์ ปราภฏการณ์ของการมีชีวิต ความตาย โรคภัย และความทรมาณเป็นสิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถควบคุมได้ การให้เหตุผลของผู้ป่วยเป็นตรรกะที่ตรงข้ามกับตรรกะทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยตามแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์กของ Haraway ที่กล่าวถึงการมีชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่างเทคโนโลยีและมนุษย์ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม (Das, 2000)

ตัวตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเป็นตัวตนของผู้ที่เป็นมนุษย์ เนื่องจากขั้นตอนของการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจแบบเปิดหน้าอกที่ใช้สารเคมีในการทำให้หัวใจหยุดเต้นและกลับมาเต้นใหม่อีกครั้ง อธิบายได้ด้วยการเกิดดับทางพุทธศาสนา การทำให้หัวใจหยุดเต้นเปรียบเสมือนความตาย และการทำให้หัวใจกลับมาเต้นใหม่อีกครั้งเปรียบเสมือนการเกิดใหม่ ซึ่งอธิบายด้วยแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์กว่าจังหวะของเทคโนโลยีจะทำลายจังหวะชีวิตของมนุษย์ ทำให้ชีวิตของมนุษย์เกี่ยวพันกับเทคโนโลยีที่เป็นเครื่องจักรกล ซึ่งไม่ใช่ลักษณะชีวิตของมนุษย์แบบเดิมอีกต่อไป (Haraway, 2008)

ตัวตนของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างไม่มีวันจบสิ้น เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจที่มีชีวิตโดยปราศจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ในเพียงบางเวลาเท่านั้น เช่น การไม่รับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็น อธิบายด้วยแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์กล่าวถึง เทคโนโลยีที่แทรกแซงร่างกายมนุษย์และเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายมนุษย์ในการดำรงชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ความตายและความเจ็บป่วยไม่เป็นข้อจำกัดทางร่างกายของมนุษย์อีกต่อไป (Haraway, 2008)

ตัวตนของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเป็นผู้ที่มีร่างกายไม่สอดคล้องประสานกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยที่ผ่านการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจบางรายพิจารณาว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มากกระทำต่อร่างกายไม่เหมาะสมกับตัวเอง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดมานุษยวิทยาไซเบอร์ที่กล่าวถึงการมีชีวิตอยู่ร่วมกันระหว่างมนุษย์และเทคโนโลยีท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรม โดยที่มนุษย์มีความหวาดระแวงหรือหลงใหลในเทคโนโลยีที่มาแทรกแซงหรือกระทำต่อร่างกาย (Haraway, 2008)

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาคุณภาพการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยพิจารณาเฉพาะความปลอดภัยของผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจึงไม่เพียงพอ การให้ความสำคัญกับมิติทางวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านศาสนา รวมทั้งการให้ความสำคัญกับคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลังการผ่าตัดจะช่วยเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวมให้แก่ผู้ป่วย และผู้ป่วยหลังการผ่าตัดจะฟื้นฟูสุขภาพหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาย โปธิสิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์
พินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นพรัตน์ ณะชัยขันธุ์. (2543). ความก้าวหน้าในการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน ชีระ ศิริสันธนะ,
วรวิทย์ เล่าห์เรณู, และอรรณวุฒิ ดีสมโชค (บรรณาธิการ), *ฟื้นฟูวิชาการอายุรศาสตร์เชียงใหม่*.
(น. 213-228). เชียงใหม่: ณะบรรณการพิมพ์.
- นภาพรณ์ หะวานนท์. (2554). วิธีการศึกษาเรื่องเล่า: จุดเปลี่ยนของการวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์. ใน
กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ), *การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “จินตนาการใหม่ทางสังคม
วิทยา”* (น. 202-227). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ
คณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ สาขาสังคมวิทยา.
- สมชาติ โลจายะ, บุญชอบ พงษ์พานิชย์, และพันธุ์พิชญ์ สาครพันธุ์. (2536). *ตำราโรคหัวใจและหลอดเลือด*
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2554). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปี 2555-2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- ไสยเวทย์ เทวภูมิ. (2545). *ไสยศาสตร์และความเชื่อโบราณ*. กรุงเทพฯ: ไพลินบุ๊คเน็ต.
- Bear, H. A., Singer, M., & Susser, I. (1997). *Medical anthropology and the world system:
A critical perspective*. CT: Bergin & Garvey.
- Biehl, J., Good, B., & Kleinman A. (2007). *Subjectivity*. London: California Press.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization:
Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. Biomedicine.
American Sociological Review, 68(2), 161-194.
- Das, V. (2000). The practice of organ transplants: Networks, documents, translations.
In Lock, M., Young, A., & Cambrosio, A. (Eds.), *Living and working with the new
medical technologies* (pp.263-287). Cambridge: Cambridge University Press.
- Doyal, L. (1994). Changing medicine? Gender and the politics of health care. In Gabe, J.,
Kelleher D., & Williams G. (Eds.), *Changing Medicine* (pp.140-159.) London:
Routledge.
- Fisher, J. A., & Monahan T. (2011). The “biosecuritization” of healthcare delivery: Examples
of post-9/11 technological imperatives. *Social Science & Medicine*. 72(4), 545-
552.

- Good, M. D. (2007). The Medical Imaginary and the Biotechnical Embrace: Subjective Experiences of Clinical Scientists and Patients. In Biehl, J., Good, B., & Kleinman, A. (Eds.), *Subjectivity* (pp.362-380). London: California Press.
- Good, M. D., Brodwin, P. E., Good, B. J., & Kleinman, A. (1992). *Pain as human experience: An anthropological perspective*. London: California Press.
- Haraway, D. (2008). A Manifesto for Cyborgs: Science, Technology, and Socialist Feminism in the 1980s. In Alcoff, L. M., & Mendieta, E. (Eds.), *Identities* (pp.369-391). Victoria: Blackwell Publishing.
- Johnson, J. L. (1991). Learning to live again: The process of adjustment following a heart attack. In Morse, J. M. & Johnson, J. L. (Eds.), *The Illness Experience: Dimensions of Suffering* (pp.13-88). California: SAGE.
- Krakauer, E. L. (2007). "To be freed from the infirmity of (the) age": Subjectivity, life-sustaining treatment, and palliative medicine. In Biehl, J., Good, B., & Kleinman, A. (Eds.). *Subjectivity* (pp. 381-396). London: California Press.
- Lapum, J., Angus J. E., Peter, E., & Watt-Watson J. (2010). Patients' narrative accounts of open-heart surgery and recovery: Authorial voice of technology. *Social Science & Medicine*, 70(5), 754-762.
- Lock, M. (2000). On dying twice: culture, technology and the determination of death. In Lock, M., Young, A., & Cambrosio, A. (Eds.), *Living and working with the new medical technologies* (pp.233-262). Cambridge: Cambridge University Press.
- Portor, R. (2006). *The Cambridge history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rujirawat, P., Rattanachotphanit, T., Samkeaw, T., Cheawchanwattana, A., Johns Pratheepawanit, N., Limwattananon, C., & Sakolchai, S. (2008). Economic evaluation of disease management program: A case study of open heart surgery. *IJPS*, 4(1), 64-76.