

ปาฐกถา เปรม ขุนี ศรีงษ์ 4

เรื่อง

“ คำขี้งถึงกั้ลยกรรม ”



โดย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5

ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2550



ปาฐกถา เปรม บุรี ครั้งที่ 4

เรื่อง

“ คำขึงถึงศีลขกรรม ”

โดย

รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

ณ ห้องประชุมอรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ ชั้น 5

ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2550

คำนำ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี นับเป็นปูชนียบุคคลอีกท่านหนึ่งของภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ท่านเป็นหนึ่งในผู้ร่วมก่อตั้งคณะและเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ท่านแรก ท่านได้วางรากฐานการจัดการเรียนการสอนของภาควิชาจนเป็นปึกแผ่นมาถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ท่านยังเป็นศัลยแพทย์ที่มีความสามารถสูงเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ด้วยเหตุนี้ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้จัดปาฐกถาเปรม บุรี ขึ้นเป็นประจำทุกปีเพื่อเป็นเกียรติและเป็นการระลึกถึงพระคุณของท่านที่มีต่อพวกเราอย่างหาที่เปรียบมิได้

ในวันจันทร์ที่ 12 พฤศจิกายน 2550 ภาควิชาศัลยศาสตร์จะจัดปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 4 เรื่อง "คำนี้ถึงศัลยกรรม" องค์ปาฐกในปีนี้คือ รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์ อดีตหัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป สาย B ท่านแรก อาจารย์เป็นอีกท่านหนึ่งที่ร่วมก่อตั้งภาควิชาศัลยศาสตร์ และเป็นครูแพทย์ที่ได้รับความเคารพจากลูกศิษย์ลูกหาเป็นอย่างมาก ภาควิชาศัลยศาสตร์หวังว่าท่านทั้งหลายคงจะได้รับสาระและประโยชน์จากปาฐกถาครั้งนี้โดยทั่วกัน

ศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฎา รัตนโอฬาร

หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์

12 พฤศจิกายน 2550

ชีวประวัติของนายเปรม บุรี (2461 - ปัจจุบัน)

- โดย: นายเปรม บุรี
- เกิดวันที่** 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461
- บุตรของ** นายชื่น บุรี และนางทิพย์ บุรี อ.เมือง จ.เชียงใหม่
- การศึกษา** โรงเรียนปรีนทรอยลวิทยาลัย อ.เมือง จ.เชียงใหม่
จบ ม.8 ปี พ.ศ. 2478 (ม.8 รุ่นสุดท้าย)
- ศึกษาต่างประเทศ** ประเทศอังกฤษ พ.ศ.2480
- Plymouth Technical College 9 เดือน เพื่อเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัยลอนดอน วิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital
 - Guy's Hospital Medical School พ.ศ.2481
 - สงครามโลกครั้งที่สอง พ.ศ.2482-2488 ไทยประกาศสงครามกับอังกฤษ และอเมริกาในเวลาต่อมา การศึกษาแพทย์ต้องชะงักลงเพราะเป็น Enemy Aliens
- เสรีไทยฝ่ายอังกฤษ** สมัครเข้าเป็นเสรีไทยฝ่ายอังกฤษ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2485 เข้ามาปฏิบัติทางทหารในประเทศไทย พ.ศ.2487จนสงครามสงบลงปี พ.ศ.2488 กลับไปศึกษาวิชาแพทย์ที่ Guy's Hospital Medical School ต่อ รับเหรียญ M.C. จากรัฐบาลอังกฤษ
- การศึกษาต่อ**
- จบแพทยศาสตร์ M.B., B.S. (London)
 - พ.ศ.2492 MRCS (Eng.), LRCP (London)
 - แพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านที่ Pembory Hospital (เครือข่ายของ Guy's Hospital Medical School) 3 ปี พ.ศ. 2492-2495
- ปฏิบัติงานต่อทางแพทย์เพื่อหาประสบการณ์ โดยได้รับทุน ก.พ.**
- Harwich and Dovercourt Hospital 1 ปี
 - Scunthorse Hospital 1 ปี

รับราชการ

- กลับประเทศไทยปี 2497
- ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.ศิริราช พ.ศ.2497-2512
- ศึกษาต่อทางด้าน Cardiovascular Surgery โดยได้รับทุนของ China Medical Board New York ที่ Variety Heart Hospital University of Minnesota 1 ปี (พ.ศ.2502-2503)
- ศึกษางานต่อตามสถาบันแพทย์ในอเมริกาอีกหลายแห่งก่อนเดินทางกลับประเทศไทย
- ปฏิบัติงานตามโครงการแพทย์เคลื่อนที่ของศิริราช ที่จังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2509-2514
- โอนย้ายมาทำการก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี พ.ศ.2512 จนกระทั่งปลดเกษียณปี พ.ศ.2520

* ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนตั้งแต่เริ่มคณะแพทยศาสตร์ร.พ.รามธิบดี โดยความช่วยเหลือจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข) ก่อตั้งศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน หลังจากที่ได้รับทุนร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ไปดูงานต่างประเทศ 9 แห่ง - อินเดีย เคนยา อูกานดา ไนจีเรีย นิวยอร์ก เล็กซิงตัน จาไมก้า โคลัมเบีย ฟิลิปปีนส์ - ใน 8 ประเทศ เป็นเวลา 9 สัปดาห์

งานหลังปลดเกษียณ (พ.ศ. 2520)

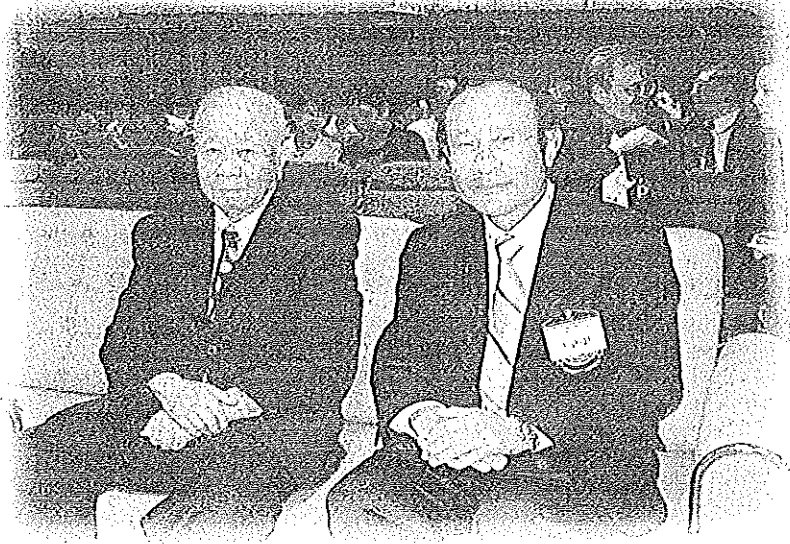
- อาจารย์พิเศษ ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน 5 ปี (2520-2525)
- ร่วมคณะก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ - อาจารย์ที่ปรึกษา 4-5 ปี

ตำแหน่งในเวลารับราชการ

- ศาสตราจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.ศิริราช 2512
- ศาสตราจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ ร.พ.รามธิบดี 2512-2520
- ศาสตราจารย์เกียรติคุณหลังจากเกษียณอายุ จากมหาวิทยาลัยมหิดล

เครื่องราชอิสริยาภรณ์

- พ.ศ. 2517 ประถมาภรณ์มงกุฎไทย
- พ.ศ. 2514 ประถมาภรณ์ช้างเผือก



* ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี *
และศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษฏา รัตนโอฬาร หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์



* ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์เปรม บุรี *
และผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 3



* ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา *



* ผู้เข้าร่วมฟังปาฐกถา *



ชีวประวัติองค์ปาฐก

รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

เกิด 6 กันยายน 2475

การศึกษา

มัธยมศึกษา กรุงเทพมหานครคริสเตียนวิทยาลัย

อุดมศึกษา แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์และศิริราช
 พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล 2499

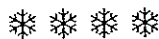
แพทยศาสตร์ศึกษาและเกียรติบัตรหลังปริญญา

2501-2507 Surgical Training - General Surgery, Albert Einstein
 College of Medicine, New York, U.S.A.

- 2508
- Diplomate, American Board of Surgery
 - วุฒิบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
 - หนังสืออนุมัติบัตรศัลยศาสตร์ทั่วไป ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
 - Fellow American Board of Surgery (F.A.C.S.)
 - Fellow International College of Surgeons (F.I.C.S.)

ประวัติการทำงาน

- รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- ผู้แทนกลุ่มศัลยศาสตร์ทั่วไป และประธานบอร์ดเพื่อสอบวุฒิบัตร และหนังสืออนุมัติบัตรของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
- Governor, American College of Surgeons, Thailand
- President, Thailand Chapter, American College of Surgeons
- Surgeon in Chief โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
- อาจารย์พิเศษ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทย่อ

ปาฐกถาเปรม บุรี ครั้งที่ 4

เรื่อง “เล่าขานถึงคลังยากระษัตริย์”

รองศาสตราจารย์นายแพทย์จินดา สุวรรณรักษ์

บทนำ

ผู้พูดจะประมวลประสบการณ์ส่วนตัวเป็นเวลา 50 ปี ที่ได้คลุกคลีอยู่ในวงการศัลยศาสตร์ ในประเทศไทย ซึ่งได้จากการสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ฝึกหัดและการทำงานในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยและประสบการณ์ในการบริหารและการให้บริการทางศัลยศาสตร์แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลเอกชน โดยมีเนื้อความย่อ ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในด้านหัตถการของศัลยศาสตร์

แนวคิดของการรักษาทางศัลยศาสตร์ในปัจจุบันนี้ มักจะกล่าวกันว่าควรจะเป็นการรักษาที่ bloodless, painless, minimally invasive และ shortest hospital stay จะเห็นได้จากวิธีการรักษาทางศัลยศาสตร์ ซึ่งเป็นที่นิยมในอดีตได้ค่อยๆ ล้มเลิกไป และแทนที่โดยหัตถการใหม่ๆ เพื่อให้ตรงตามแนวคิดที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

2. การเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม

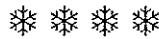
ปัจจุบันจะเห็นว่าอายุของประชากรที่มารับบริการทางศัลยศาสตร์นั้นมากขึ้น ดังนั้นในอนาคตศัลยศาสตร์ต้องให้บริการกับผู้สูงอายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในสภาวะแวดล้อม การคมนาคมที่รวดเร็ว สามารถยกย้ายผู้คนครั้งละมากๆ อย่างรวดเร็ว ภาวะโลกร้อน เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคใหม่ๆ ซึ่งไม่เคยมีมาในอดีตเช่น อีโบลา เอดส์ ล้วนแต่จะเป็นสิ่งท้าทายศัลยแพทย์ในอนาคตทั้งสิ้น

3. ภาพรวมของศัลยศาสตร์ในอนาคต

- 3.1 ความเปลี่ยนแปลงของลักษณะของผู้ป่วยที่จะมารับบริการ
- 3.2 ศัลยแพทย์ในอนาคตมีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้หญิงมากขึ้นเรื่อยๆ
- 3.3 ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จะมาด้วยค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล
- 3.4 รูปแบบของการใช้ชีวิต (life style) ของศัลยแพทย์ในอนาคต ควรจะเป็นอย่างไร ฯลฯ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จะด้
รับความท้าทายที่กล่าวมานี้ได้อย่างไร



(Fiduciary) ในตัวแพทย์ว่าเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและเชี่ยวชาญในการตรวจรักษาโรค และด้วยความเชื่อมั่นในจรรยาบรรณของแพทย์ที่เปี่ยมด้วยความหวังดีและเมตตา ในผู้ป่วยที่ตนให้การดูแลรักษา ดังจะเห็นได้จากที่ได้ยินผู้ป่วยหรือญาติกล่าวกับแพทย์ว่า “แล้วแต่คุณหมอก็ก็นั่น” หรือในภาษาอังกฤษที่ว่า “It's up to you, Doc.” ทำให้ดูเหมือนว่าแพทย์เป็นผู้ทรงอำนาจทางการแพทย์ (Expert power) เหนือผู้ป่วย 2 แพทย์จึงได้ยินการกล่าวกันทั่วไปว่าแพทย์ “สั่ง” ให้ผู้ป่วยปฏิบัติเช่นนั้นเช่นนี้ ไม่ใช่เป็นเพียงการมอบหมายให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม โดยผู้ป่วยและญาติไม่สอบถามหรือติดใจอะไรกับแพทย์เพราะได้มอบความไว้วางใจให้หมดแล้ว

ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยดังกล่าวนี้ได้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป เมื่อสถานการณ์ของโลกและวิทยาการความรู้ในด้านต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปในช่วงเวลาไม่ถึงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ทำให้การแพทย์สมัยปัจจุบันได้มีวิวัฒนาการและก้าวรุดหน้าไปอย่างรวดเร็วทั้งด้านองค์ความรู้และเทคโนโลยีต่าง ๆ ซึ่งเมื่อมองกันอย่างผิวเผิน ๆ ก็น่าจะคิดว่าเมื่อการแพทย์เจริญขึ้น เพิ่มขีดความสามารถให้แก่แพทย์ ทำให้ตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องมากขึ้น การรักษาย่อมได้ผลดีเป็นลำดับ แพทย์ก็ยิ่งน่าจะได้รับการยกย่องและเชื่อถือมากขึ้น แต่การณ์กลับปรากฏว่าการยกย่องและเชื่อถือไว้วางใจผู้เป็นแพทย์กลับตกต่ำลงอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่พัฒนาแล้ว ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของ ศัลยแพทย์ Paul A. Ebert จากสหรัฐอเมริกา ซึ่งเคยดำรงตำแหน่ง Executive Director of the American College of Surgeons ได้เคยเขียนไว้ใน Bulletin of American College of Surgeons เมื่อ 10 กว่าปีมาแล้วว่า “It is somewhat ironic that at this point in time, the image of the physician in the eyes of the patient is lower than it was 40 years ago.” ทั้งๆ ที่ผลการรักษาและผลการดูแลผู้ป่วยในภาพรวมดีขึ้นอย่างมากมาย แต่ภาพลักษณ์ของแพทย์กลับตกต่ำลง อันเป็นสิ่งที่สวนทางกันและคงจะต้องพยายามหาทางอธิบายให้ได้ว่าเพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น

การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์ดังได้กล่าวแล้วนั้นทำให้เกิดผลกระทบในวงกว้างของการแพทย์อย่างกว้างขวาง ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์ สมศักดิ์ โสฬ์โสภา

แทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก และมีอัตราเสียชีวิตสูง ในขณะที่เดียวกันพบว่ากลุ่มแพทย์ที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องจะเป็นไปตามสัดส่วนของความเสียหายและอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย³ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังสูง จึงทำให้ศัลยแพทย์ตกอยู่ในกลุ่มแพทย์ที่เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องเรียนมากกว่ากลุ่มหนึ่ง¹

ประการที่สาม ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย พบว่าภาคธุรกิจเริ่มมีอิทธิพลต่อนโยบายและการรักษาพยาบาลมากขึ้น เวชภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์มีราคาสูง อีกทั้งต้องมีการฝึกและเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ให้ถูกต้องถูกทาง ทำให้ค่ารักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพแพงสูงขึ้นไป ในขณะเดียวกันผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคร้ายต่าง ๆ มากขึ้น ย่อมเรียกร้องต้องการและคาดหวังจากการรักษาสูง มีการสอบถามแพทย์ล่วงหน้าถึงผลการรักษาว่าจะต้องได้ผลดังที่กล่าวไว้ ดังที่ได้ตกลงกันไว้ ดังที่สัญญาไว้ เป็นผลให้การแพทย์ที่เคยเป็นบริการสาธารณะ บริการเชิงจริยธรรมและมนุษยธรรม กลายเป็นการแพทย์เชิงธุรกิจพาณิชย์ที่เปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจากเดิมไปเป็นความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจมากขึ้นทุกขณะ ซึ่งเป็นผลกระทบกันทั่วโลก ดังเช่นที่ นายแพทย์ Thomas R. Russell, Executive Director of American College of Surgeons ได้กล่าวไว้ว่า "Unfortunately, the practice of surgery today is as much a business as it is a science and an art. In many ways, it is sad to see the principles of market economics overtake the profession's long-held emphasis on the precepts of quality, self-regulation, education, training, and patient care."⁵ ซึ่งผลที่ตามมานอกจากจะเป็นการกัดกร่อนความเป็นวิชาชีพที่เคยได้รับความไว้วางใจและเชื่อถือมายาวนานอย่างน่าเสียดายยิ่งแล้ว ยังทำให้เกิดเป็นความขัดแย้งระหว่างกันของแพทย์และผู้ป่วย ที่อาจไม่สามารถรวมขอมยอมกันได้ง่าย ๆ เพราะเป็นความสัมพันธ์ผ่านเงินตราที่ไม่มีใครอยากเสียเปรียบ² ทำให้เราต้องคิดหนักว่าอะไรกำลังเกิดขึ้นกับวงการแพทย์ในปัจจุบัน

ประการที่สี่ การที่สังคมโลกได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมแห่งความรู้และ

การเรียนรู้จากวิวัฒนาการด้านสารสนเทศและการสื่อสารอย่างมากมายและต่อเนื่องในยุคแห่งโลกาภิวัตน์ ทำให้ประชาชนในสังคมเข้าถึงข้อมูลและความรู้ทางสุขภาพได้มากขึ้นจนบางครั้งมีความรู้ใหม่ล้ำหน้าแพทย์เองด้วยซ้ำไป ดังนั้นแพทย์จึงต้องติดตามความรู้ทางวิชาการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ตนเองทรงคุณวุฒิและความรู้ใหม่ๆ ให้ทันต่อโลกอยู่ตลอดเวลา เพื่อที่จะได้สามารถตอบสนองต่อผู้ป่วยที่ตั้งความคาดหวังและต้องการสูงในบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เน้นการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น และมีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคช่วยกำกับดูแลเรื่องสิทธิของผู้ป่วย แพทย์จึงต้องให้เวลากับการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นและใกล้ชิดขึ้น และมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา แต่ก็ทำได้ยากเนื่องจากมีภาระงานหนักเพราะสังคมยังขาดแคลนแพทย์อย่างมาก โดยเฉพาะศัลยแพทย์เฉพาะทางบางสาขา เช่น ประสาทศัลยแพทย์ เป็นต้น ที่เคยมีตัวอย่างว่าประสาทศัลยแพทย์เพียงคนเดียว ต้องรับผิดชอบผู้ป่วยในสาขาของตนในพื้นที่หลายจังหวัด เป็นผลให้ต้องทำผ่าตัดฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยต่อเนื่องรายต่อรายจนแทบจะหลับคาห้องผ่าตัด ไม่อาจมีเวลาไปติดตามดูแลผู้ป่วยทุกรายหลังการผ่าตัดได้อย่างใกล้ชิดตามที่ควรแก่กรณี ซึ่งจะยังผลต่อไปให้บางครั้งขาดความรอบคอบและเกิดความผิดพลาดขึ้นอย่างช่วยไม่ได้ และเกิดวิกฤตปัญหาผู้ป่วยร้องเรียนและฟ้องร้องแพทย์มากขึ้น

ประการที่ห้า วิวัฒนาการด้านเทคโนโลยีใหม่เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่มีมากขึ้น ทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยและสั่งการรักษาผู้ป่วยได้แม้จะไม่ได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง ดังข้อคิดเห็นของ Past President of the American College of Surgeons แพทย์หญิง Kathryn D. Anderson ที่กล่าวไว้ใน Presidential Address ในการประชุม Clinical Congress of American College of Surgeons ที่ San Francisco เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2548 ความว่า "Part of the current crisis is that there is less and less hand-on care. We can make sophisticated diagnoses and difficult decisions without touching our patients, let alone caring for them as individuals" ข้อความประโยคที่กล่าวไว้เช่นนี้มาจากความ

เข้าใจและความรู้สึกที่ลึกซึ้งของศัลยแพทย์ที่สะท้อนให้เห็นว่าเรากำลังห่างเหินจากการสัมผัสดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตามที่ควรจะเป็น จนเสมือนไม่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริง เป็นข้อคิดที่คงจะตรงกับที่มีการกล่าวกันโดยทั่วไปว่าเพราะแพทย์มุ่งเอาแต่ “High Tech” มากกว่าที่จะคำนึงด้าน “High Touch” ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกและเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ได้ว่า แพทย์ละเลยต่อผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง ขาดความเอาใจใส่ในอาการและคำร้องขอของผู้ป่วย อันอาจเป็นจุดเริ่มต้นของความไม่พึงพอใจที่จะขยายวงกว้างออกไปเรื่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อมีความไม่สมหวังในผลการรักษาที่มีการผ่าตัดร่วมด้วย ไปโทษว่าศัลยแพทย์ไม่สนใจให้การดูแลรักษาภายหลังการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายที่เกินเลยการแก้ไขเยียวยา เป็นผลให้ผู้ป่วยต้องพิการทพพลภาพหรือถึงแก่ชีวิต และกลายเป็นเหตุที่นำไปสู่การร้องเรียนและฟ้องร้องในที่สุด ศัลยแพทย์จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจถูกร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติในหลาย ๆ สถานการณ์

ปัจจัยมูลเหตุแห่งการร้องเรียนแพทย์

เหตุผลสำคัญที่นำมาร้องเรียนนั้นเป็นเพราะความไม่พึงพอใจในบริการ และความเสียหายจากผลแห่งการรักษาหรือการผ่าตัด ซึ่งมีความรุนแรงตั้งแต่เพียงเป็นเรื่องของการเจ็บปวดทรมาน ความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไปจนถึงขั้นเสียชีวิต หากพิจารณากันอย่างง่าย ๆ ว่าทำไมผู้ป่วยและญาติจึงต้องการฟ้องร้องแพทย์ คำตอบก็คงหนีไม่พ้นว่าเป็นเพราะความไม่พอใจในผลการรักษาและความเอาใจใส่ของแพทย์ เมื่อคนเราเจ็บไข้ได้ป่วย จะตกอยู่ในความกังวลและหวาดกลัว ซึ่งเป็นธรรมดาที่จะปรารถนาให้ได้รับการดูแลที่มีความเอื้ออาทรและความกรุณา ความเชี่ยวชาญและความสามารถในการรักษาของแพทย์แต่เพียงอย่างเดียว ไม่อาจจะให้ความพึงพอใจ และ บรรเทาความกังวลของผู้ป่วยลงได้ ยังจะต้องเสริมด้วยความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย และผูกพัน

นายแพทย์ Michael F. Quinn (An Internet Forum -<http://www.mism.com>) ได้กล่าวไว้ในตอนต้นของบทความเรื่อง The Paradox of Rational Patient and

the Ethical Physician ว่า "Medical decision making is a gamble in which the patient is at risk and the physician is accountable." อันหมายถึงว่าการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นเป็นเสมือนการพนันเสี่ยงโชคที่ ผู้ป่วยเป็นผู้รับความเสี่ยง และ แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ ดังที่เคยมีแพทย์กล่าวแนะนำกับผู้ป่วยว่าควรจะเสี่ยงทำการรักษาหรือผ่าตัดในแนวทางเช่นนั้นเช่นนี้ เราต้องตระหนักให้ดีกว่าโดยแท้จริงแล้วแพทย์ไม่ได้เป็นผู้เสี่ยง แต่ผู้ป่วยต่างหากเป็นผู้เสี่ยง ซึ่งในหลายกรณีเป็นการเสี่ยงด้วยชีวิตหรือความพิการสูญเสียที่อาจจะได้รับ ดังนั้นเมื่อผลของการดูแลรักษาเกิดผ่นผวน (Adverse outcome) โดยไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ผู้ป่วยจึงเป็นผู้ผิดหวัง และเป็นผู้ได้รับความเสียหาย ส่วนแพทย์ผู้ให้การรักษาจึงเป็นผู้ที่คาดผิด และเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งเมื่อพิจารณาให้ดีจะเห็นว่านี่คือพื้นฐานที่แท้จริงของการร้องเรียนและการฟ้องแพทย์นั่นเอง

สำหรับการรักษาผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรมนั้นมีประเด็นที่แตกต่างจากแพทย์ในสาขาอื่นๆ นอกเหนือ จากการที่ต้องมีการดูแลที่ดีก่อนและหลังการผ่าตัดแล้ว การตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดมีส่วนเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจนำไปสู่การร้องเรียนหรือฟ้องแพทย์ได้หลายประการ นับตั้งแต่ความไม่แน่นอนในด้านการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหรือไม่ต้องผ่าตัด รวมถึงประสบการณ์และทักษะของตัวศัลยแพทย์ด้วย คำกล่าวของปรมาจารย์ทางศัลยศาสตร์ผู้หนึ่งที่ว่าศัลยแพทย์ที่เก่งรู้อาจจะทำผ่าตัดได้อย่างไร แต่ศัลยแพทย์ที่ยิ่งใหญ่รู้ว่าเมื่อใดจะไม่ผ่าตัด "Good Surgeons know how to operate; Great Surgeons know when not to operate" นับเป็นคำสอนเตือนใจที่เหล่าศัลยแพทย์พึงตระหนักไว้เสมอ จึงต้องมีทั้งความรอบคอบและรอบรู้ เพราะการผล็ผลามทำผ่าตัดในภาวะที่ไม่ควรผ่าตัดนอกจากจะไม่ได้ผลทางการรักษาแล้วยังอาจจะทำให้ต้องตกเป็นผู้ถูกร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้

ในทางศัลยกรรม ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นมูลเหตุให้การผ่าตัดรักษาไม่ได้ผลดีตามความคาดหวังโดยทั่วไป แต่กลับผ่นผวนมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ทูพพลภาพ หรือถึงแก่ชีวิตนั้นมีได้หลายประการ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งเหตุอันสุดวิสัยหรือเหตุจากความ

บกพร่องของศัลยแพทย์และทีมงานเองก็ได้ ความสำคัญจึงขึ้นอยู่กับการแยกแยะให้ได้ว่า อะไรหรืออย่างไรเป็นสิ่งสุดวิสัย ไม่อาจกล่าวโทษได้ และ อะไรหรืออย่างไรเป็นความบกพร่องที่ชัดเจน ซึ่งต้องมีผู้รับผิดชอบ

ตัวอย่างความบกพร่องของศัลยแพทย์เองนั้นมิได้หลากหลายประการที่ต่างเหตุต่างผลกัน กล่าวคือ:-

- **รู้เท่าไม่ถึงการณ์** เช่น การเร่งรีบนำวิธีการหรือเทคโนโลยีที่ยังไม่น่าจะปลอดภัยไปใช้ ที่เรียกกันว่าเป็น immature technology เราเห็นว่าเป็นของใหม่ น่าจะเป็นสิ่งที่ดี เป็นสิ่งก้าวหน้าทันสมัย อยากจะได้ใช้วิธีการหรือเทคโนโลยีนั้นก่อนผู้อื่น จึงรีบนำไปใช้กับผู้ป่วยโดยหารู้ไม่ว่าเป็นสิ่งที่ยังมีปัญหาที่จะเป็นผลเสียซึ่งจะปรากฏในเวลาต่อมา แต่ผู้ป่วยก็ได้รับความเสียหายไปแล้ว อาจจะถูกมองว่าเป็นความบกพร่องของแพทย์ก็จริง แต่เกิดขึ้นจากความรู้เท่าไม่ถึงการณ์โดยไม่ได้เจตนา;
- **การขาดทักษะและประสบการณ์** เช่น การไม่ปรึกษาหารือผู้อื่นเมื่อตนไม่แน่ใจในความ สามารถของตนเอง หรือการทำผ่าตัดด้วยวิธีการที่ตนไม่มีความรู้ความชำนาญหรือยังไม่ได้ศึกษามาให้ดี เป็นเหตุให้เกิดความผิดพลาดและอันตราย ก็มักจะถูกร้องเรียน จึงต้องศึกษาบททวนก่อนเสมอว่าตนเองมีทักษะและประสบการณ์เพียงพอแล้วหรือที่จะไปทำในสิ่งนั้น เราคงบอกไม่ได้ว่าความผิดพลาดอันเกิดจากการขาดทักษะและประสบการณ์เป็นเรื่องที่ช่วยไม่ได้ และไม่ต้องรับผิดชอบเพราะเราไม่ได้เจตนาให้เป็นเช่นนั้น;
- **ความผิดพลาดทางเทคนิค** เป็นสิ่งที่ชัดเจนโดยเฉพาะกับศัลยแพทย์ เช่น การตัดต่ออวัยวะที่ผิดพลาดทางเทคนิคและวิธีการ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและผลเสีย ในประเด็นเช่นนี้ไม่ต้องรอให้มีคนบอก ตัวศัลยแพทย์ที่ทำย่อมรู้เองเมื่อผิดพลาด ลักษณะเช่นนี้แก้ไขได้ด้วยการเพิ่มทักษะ ประสบการณ์ และความรอบคอบละเอียดถี่ถ้วน;

- ความประมาทเลินเล่อ เป็นความบกพร่องที่รุนแรงที่สุด เช่น การไม่ตรวจผู้ป่วยให้ละเอียด ตรวจผู้ป่วยอย่างลวก ๆ แล้วบอกว่าจะต้องรักษาผู้ป่วยด้วยการผ่าตัด นำผู้ป่วยไปทำผ่าตัดโดยไม่นำพาต่อการตรวจสอบข้อมูลและผลการตรวจวินิจฉัยให้ถี่ถ้วน ซึ่งมักจะอ้างว่าไม่มีเวลาแต่แท้จริงเป็นเพราะความประมาท ทำให้เกิดการผ่าตัดผิดข้าง ผ่าตัดผิดอวัยวะ หรือสั่งการรักษาผิดพลาด ผิดคน หลงลืมทิ้งสิ่งแปลกปลอมไว้ในตัวผู้ป่วย เป็นต้น ความบกพร่องในเชิงประมาทเลินเล่อเช่นนี้เป็นความผิดที่ร้ายแรง และยากที่ผู้คนในสังคมจะอภัยให้ได้หรือถือว่าเป็นเหตุสุดวิสัย แพทย์จึงต้องรับผิดชอบในความผิดพลาดจากการประมาทเลินเล่ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และแก้ไขได้ด้วยการเตือนสติตนเองอยู่เสมอ;
- การไม่ติดตามการรักษา โดยเฉพาะในศัลยแพทย์ที่ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยแล้วไม่ได้ติดตามดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ทำให้วินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนได้ช้า เป็นเหตุให้กว่าจะได้ทำการแก้ไขก็เป็นการสายเกินไปเสียแล้ว เป็นต้น ยกเว้นในภาวะการณ์ที่ไม่มีเวลาไปติดตามการรักษาด้วยตนเองก็ต้องมอบหมายให้มีแพทย์อื่นช่วยติดตามการรักษาแทน การละเลยไม่ติดตามการรักษาในผู้ป่วยเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การร้องเรียนแพทย์ได้เพราะผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าคุณทอดทิ้ง บ่อยครั้งที่เราจะพบว่าผู้ป่วยเองกลับยินดีที่จะรอฟบศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดเป็นผู้ตัดใหม่ที่แผลผ่าตัดด้วยตนเองมากกว่าที่จะยอมให้แพทย์อื่นหรือพยาบาลตัดใหม่แทนให้ เพราะผู้ป่วยต้องการให้ศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดได้เห็นผลของการผ่าตัดว่าได้ผลดีตรงตามที่ต้องการหรือไม่อย่างไร;
- ความบกพร่องในการสื่อสารและชี้แจง มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ทราบเลยว่าการผ่าตัดที่เขาได้รับนั้นเป็นการผ่าตัดอะไร และใครเป็นศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดให้เขา แพทย์ไม่ได้ให้คำแนะนำชี้แจงที่เหมาะสมว่าผ่าตัดอะไรและอย่างไร จะหวังผลอะไรได้ อะไรไม่ได้ บอกแต่เพียงว่าให้รับการผ่าตัดรักษาเท่านั้นเพราะศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดนั้นไม่ได้สร้าง

ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ อาจจะเป็นเพราะแพทย์ไม่มีเวลาหรือเป็นความเคยชินที่ว่าเมื่อแพทย์และทีมงานทราบดีว่าจะผ่าตัดอะไรและอย่างไรก็พอแล้ว ผู้ป่วยและญาติไม่จำเป็นต้องทราบอะไรเลยก็ได้ ซึ่งเป็นความคิดที่ผิดอย่างยิ่ง ทำให้มีการเข้าใจผิดกันได้ง่าย ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีอะไรผิดพลาดแม้แต่เพียงเล็กน้อย คำที่แจงในภายหลังไม่ว่าจะต้องด้วยเหตุผลมากน้อยอย่างไร ผู้ป่วยและญาติจะสงสัยว่าเป็นการแก้ตัวของแพทย์มากกว่าจะยอมรับคำที่แจงว่าเป็นความจริง และในบางครั้งผู้ป่วยจะโทษว่าเป็นเพราะแพทย์ไม่ที่แจงจึงทำให้เขาตัดสินใจผิดพลาดที่ยอมรับการผ่าตัดรักษาจนเป็นเหตุให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ มิฉะนั้น อาจจะไม่ยอมรับการผ่าตัดรักษาก็ได้

- ทำในสิ่งที่ไม่ได้แจงผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เช่น การทำผ่าตัดเพิ่มเติมในสิ่งที่ไม่ได้แจงไว้ก่อน และไม่ได้ชี้แจงให้ทราบในภายหลังทันทีถึงเหตุผลที่ได้กระทำไป เมื่อผู้ป่วยหรือญาติได้ทราบเองในภายหลัง ทำให้ผู้ป่วยมองไปว่าเป็นแพทย์ทำผิดที่ละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยและญาติ
- แพทย์ไม่รักษาจรรยาบรรณ เช่น การที่แพทย์ใช้อารมณ์ ก้าวร้าว และล่วงเกินละเมิดผู้ป่วยในทางที่ผิดจริยธรรมหรือกฎหมาย ขอร้องเรียนแพทย์ว่าไม่รักษาจรรยาบรรณนี้เป็นข้อกล่าวหาที่กว้าง มักเป็นข้อที่ผู้ป่วยและญาติร้องเรียนจากความรู้สึกไม่พึงพอใจในพฤติกรรมทัศนคติ และอารมณ์ของแพทย์มากกว่าจะเป็นผลจากความไม่พึงพอใจในผลการรักษาหรือผ่าตัด

ส่วนมูลเหตุอื่น ๆ ที่มีการร้องเรียนและกล่าวหา มักเป็นปัญหาที่มีข้อถกเถียงมากมายจนหาข้อยุติได้ยาก เพราะเป็นเรื่องของอารมณ์ ความไม่เข้าใจสถานการณ์ที่สับสน และการเทียบเคียง ซึ่งอาจมีส่วนที่เป็นได้ทั้งที่ศัลยแพทย์เองบกพร่องหรือเป็นสิ่งเหนือความรับผิดชอบของศัลยแพทย์ เช่น :-

1. ความล่าช้าของการให้บริการ ส่วนมากเกิดเพราะขาดแคลนบุคลากรของสถานพยาบาล หรือ มีผู้รับบริการเกินกว่าที่จะให้บริการได้ทันที

รู้สึกไม่พอใจเพราะแพทย์ขาดความใส่ใจในการดูแลรักษา และมองไปว่าเป็นความบกพร่องที่แพทย์ ไม่ได้ช่วย มากกว่า

5. ค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองสูงเกินคาด ความสิ้นเปลืองเงินทองเพื่อการรักษา อาจเป็นเหตุให้ร้องเรียนได้ หากเกิดมีภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากโดยผู้ป่วยหรือญาติไม่ได้รับการชี้แจงหรือคาดคิดไว้ล่วงหน้า

เกิดข้อผิดพลาดหรือผิดพลาด...ทำอย่างไรไม่ให้ถูกร้องเรียน

ไม่ว่าจะเป็นเพราะผิดพลาด บกพร่อง หรือ ผิดคาด ศัลยแพทย์จำเป็นต้องเร่งรีบศึกษาให้ทราบถึงข้อเท็จจริงในสิ่งที่เกิดขึ้นโดยละเอียด ศึกษาให้ทราบแน่ชัดว่าเกิดอะไรขึ้น และสิ่งนั้นเกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งมีความสำคัญกว่าที่จะพยายามทราบให้ได้ว่าเกิดจากใคร เพราะไม่ว่าเหตุการณ์หรือความบกพร่องผิดพลาดนั้นใครเป็นผู้กระทำ ความรับผิดชอบเบื้องต้นทั้งหมดยังคงตกอยู่กับศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัดหรือดูแลรักษาผู้ป่วยรายนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และหากว่าข้อบกพร่องหรือผิดพลาดนั้นยังไม่ได้รับการแก้ไข จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องรีบระงับโดยทันที โดยที่ไม่ต้องพยายามกระทำการใด ๆ ที่เป็นการแสดงถึงเจตนาที่จะปกปิดหรือกลบเกลื่อนเหตุการณ์หรือสิ่งผิดพลาดนั้นแต่อย่างใด

Lori A. Roscoe and Thomas J. Krizek⁶. ได้กล่าวเกี่ยวกับการแจ้งและชี้แจงข้อผิดพลาดต่อผู้ป่วยไว้ในบทความเรื่อง Reporting medical errors โดยกล่าวไว้เป็นเชิงเตือนว่า "Patient safety and the reduction of errors in medical care are important issues. The results of this survey indicate that these issues are important to surgeons, and that the majority of surgeons feel a responsibility to report adverse events to patients and to their institutions, as well as to assume personal responsibility for the safety of their patients." ความเห็นดังกล่าวในข้อความข้างต้นนี้ เป็นเครื่องยืนยันว่าการที่แพทย์โดยเฉพาะศัลยแพทย์มีหน้าที่ต้องชี้แจงและรายงานข้อเท็จจริงในความบกพร่องหรือผิดพลาดที่เกิดขึ้นต่อสถาบันโรงพยาบาลและแก่ผู้ป่วยและญาติโดยไม่ปกปิดและไม่ชักช้า

เป็นการกระทำที่เหมาะสมถูกต้องต่อหน้าที่ความรับผิดชอบและเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะการปกปิดจะสร้างความเสียหายต่อไปได้อย่างมาก โดยที่ความผิดพลาดเช่นนั้นจะไม่ได้รับการทบทวนแก้ไขและป้องกัน

ศัลยแพทย์ต้องแจ้งและชี้แจงข้อเท็จจริงและเหตุผลคำอธิบายถึงเหตุการณ์หรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยและญาติทราบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นโดยเร็ว การรับชี้แจงและอธิบายต่างๆอย่างโปร่งใสตรงไปตรงมา นับว่าเป็นหลักการที่ดีในการบริหารความเสี่ยงที่แสดงว่าศัลยแพทย์มีความจริงใจและความรับผิดชอบต่อเป็นโอกาสที่จะได้แก้ไขวิกฤตสัมพันธที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งเป็นการดีกว่าที่จะปล่อยผ่านไปให้ผู้ป่วยหรือญาติไปได้รับทราบจากแหล่งอื่น เพราะจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยและญาติขาดความไว้วางใจในตัวศัลยแพทย์โดยสิ้นเชิง และยากที่จะยอมรับฟังคำอธิบายชี้แจงจากศัลยแพทย์ว่าเป็นการอธิบายตามข้อเท็จจริง แต่กลับจะเห็นเป็นการแก้ตัวหรือปิดความรับผิดชอบของศัลยแพทย์หรือทีมงานเสียมากกว่า การคลางแคลงใจและขาดความไว้วางใจในตัวศัลยแพทย์นับวันจะเพิ่มขึ้น และจะพยายามมองหาจุดบกพร่องหรือเสียหายจากการรักษาพยาบาลยิ่งขึ้นเพื่อจะนำไปสู่การที่จะคิดร้องเรียนหรือฟ้องร้องในที่สุด

มีคำถามว่า หากแพทย์ต้องเปิดเผยข้อผิดพลาดอย่างโปร่งใสต่อผู้ป่วยและญาติแล้วจะมีเป็นการกระตุ้นให้นำไปสู่การร้องเรียนและฟ้องร้องกันมากขึ้นหรือไม่? นับว่าเป็นคำถามที่น่าคิดน่าพะวง อย่างไรก็ตาม ศัลยแพทย์จะต้องสุจริตและรู้จักจ้งหวะและวิธชี้แจงต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องทั้งกาลและเทศะ และมีความจริงใจ ไม่ใช่เป็นการมุงแก้ตัวหรือปิดความรับผิดชอบ สาระในการชี้แจงและอธิบายต่อผู้ป่วยและญาติควรจะมีลักษณะที่เป็นไปเพื่อ แจ้งข้อเท็จจริง อธิบายความเป็นมาพร้อมทั้งเหตุผลประกอบ การแก้ไขสถานการณ์ที่ได้ทำไปแล้ว การตรวจสอบปัญหาที่บกพร่องผิดพลาดและแนวทางป้องกันเพื่อมิให้เกิดข้อผิดพลาดเช่นนั้นอีก ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติสอบถามได้เต็มที่ตามที่ต้องการ และพร้อมที่จะชี้แจงเพิ่มเติมทุกเมื่อหากมีคำอธิบายและข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในภายหลัง

ความคิดที่ว่า หากชี้แจงข้อบกพร่องหรือผิดพลาดแก่ผู้ป่วยแล้วจะเป็นเสมือนการสารภาพผิดเพื่อให้เกิดการเรียกร้องต่าง ๆ โดยใช้เหตุอันนั้น จะถูกมองว่าเป็นความคิดที่มุ่งจะปกป้องตนเองจากความผิดพลาดโดยไม่คำนึงถึงความเสียหายอื่น ๆ รวมถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น แต่หากได้ให้ความสุขุมจริงใจและรู้จักวิธีชี้แจงอธิบายได้อย่างเหมาะสม ท่วงทีถ้อยคำและสาระในคำชี้แจงย่อมแตกต่างจากการสารภาพผิด และโดยข้อเท็จจริงแล้ว ผู้ป่วยเองมีสิทธิ์ที่จะได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาในเฉพาะส่วนตนตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 9 อยู่แล้ว

เมื่อวันเสาร์ที่ 11 พฤศจิกายน 2549 ที่ผ่านมา ผมได้มีโอกาสอ่านบทความเรื่อง “ผมขอโทษครับ” ของ ดร. สมบัติ ตาปัญญา อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ลงตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ “มติชนรายวัน”7 ซึ่งเป็นบทความที่ในส่วนต้นดูเหมือนจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเมืองที่ขงพนฯ สุขุมฤกษ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ได้กล่าวขอโทษต่อประชาชนใน 3 จังหวัดภาคใต้ แต่เมื่อได้อ่านต่อไปกลับพบว่าประเด็นหลักของบทความชิ้นนี้ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลความผิดพลาดทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาที่ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้จากมหาวิทยาลัยโตรอนโต ประเทศแคนาดา ผมจะขอลำนำข้อความบางตอนจากบทความนี้มาแสดงไว้ในที่นี้ ดังนี้ :-

“...เหตุที่แพทย์หรือสถานพยาบาล ไม่ยอมรับกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยว่าตนเองผิดพลาดไปแล้วนั้น ส่วนหนึ่งอาจจะมาจากการไม่ยอมยกเสียหน้า เพราะอาชีพแพทย์ พยาบาล ถือว่าเป็นผู้มีความรู้สูง ต้องรับผิดชอบกับชีวิตคนจะทำอะไรผิดพลาดไม่ได้...แต่ส่วนใหญ่มาจากความกลัวว่าหากยอมรับออกไปแล้ว ผู้ป่วยหรือญาติอาจเอาคำพูดของตนเองมาอ้างเมื่อมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหาย ซึ่งก็ค่อนข้างแน่ใจได้ว่าทางแพทย์หรือโรงพยาบาลจะต้องแพ้คดี (เพราะได้ยอมรับผิดไปแล้ว)

“แต่ในขณะเดียวกัน เหตุการณ์ที่เรามักพบกันบ่อย ๆ ก็คือการที่แพทย์ไม่ยอมรับผิดและขอโทษนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยและญาติจำนวนมาก

เกิดความโกรธแค้น และนำไปสู่การฟ้องร้อง หรือ “เอาเรื่องให้ถึงที่สุด” เลยกลายเป็นสถานการณ์ที่ทำให้ยุ่งยากใจ แต่ทางโรงพยาบาลอาจมีนโยบายห้ามขอโทษผู้ป่วยเพราะอาจส่งผลเสียหายมาถึงโรงพยาบาลในที่สุด

“เมื่อมีการสำรวจในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกแห่งหนึ่งในรัฐเคนตักกี ในช่วงทศวรรษ 1980 ซึ่งก่อนหน้านั้นมีคดีแพทย์ถูกฟ้องสูงมาก หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลจึงมีนโยบายให้หมอมขอโทษผู้ป่วย โดยกำหนดให้ขอโทษอย่างเปิดเผย และทันทีหลังเหตุการณ์ ปรากฏว่าภายในสิบปี คดีฟ้องร้องลดลงอย่างมากจนทำให้โรงพยาบาลแห่งนี้ได้รับรางวัลด้านการเป็นผู้นำเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย John M. Eisenberg Patient Safety Award ในปี ค.ศ. 2002

“ปัจจุบัน 9 รัฐในอเมริกาจึงได้มีกฎหมายเปิดช่องให้แพทย์สามารถขอโทษผู้ป่วยได้แล้ว โดยผู้ป่วยและญาติไม่สามารถนำเอาคำขอโทษนั้นมาอ้างในการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ ขณะนี้โรงเรียนแพทย์บางแห่ง เช่น ทีมมหาวิทยาลัยจอร์เจีย ฮอปกินส์ ถึงกับเปิดหลักสูตรสอนแพทย์ในเรื่องศิลปะแห่งการขอโทษผู้ป่วยแล้ว

“คุณหมออัลเบิร์ต วู จากคณะแพทย์แห่งมหาวิทยาลัย จอร์เจีย ฮอปกินส์ ซึ่งได้ศึกษาวิจัยเรื่องนี้มาประมาณ 15 ปี และเคยพบปะพูดคุยกับผู้เขียน 2-3 ครั้ง เมื่อมาเยี่ยมชมงานวิจัยที่ผู้เขียนทำกับทีมที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ บอกว่าการขอโทษผู้ป่วยไม่ได้ยากอะไรเลย เพียงแค่จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยหรือญาติได้นั่งในห้องที่สบาย เป็นส่วนตัว ไม่มีโต๊ะขวางกั้นระหว่างหมอกับผู้ป่วยแล้วเล่าให้ฟังถึงความผิดพลาดที่เกิดขึ้นให้ผู้ป่วยเข้าใจและขอโทษอย่างจริงใจเท่านั้นเอง

“ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจถึงเจตนาดีของแพทย์และพร้อมที่จะให้อภัยอยู่แล้ว เพียงแค่หมอสื่อสารให้เขารู้ว่าเสียใจและอยากขอโทษเท่านั้น เขาก็จะพอใจ ความโกรธแค้นต่าง ๆ ที่อาจจะมึก็จะลดลงมากหรือหายไปได้”

ผมได้ทราบจากประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิทยา วัฒโนภาส ว่า ที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้เคยมีการจัดทำเหตุการณ์จำลองที่บันทึกไว้ในแผ่นข้อมูลเพื่อใช้สอนแสดงแก่แพทย์และนักศึกษาแพทย์ในเรื่องทำนองนี้มาหลายปีแล้ว นับว่าเป็นสิ่งที่ดี แต่ไม่ทราบว่า

ในประสบการณ์ของตัวเองเท่าที่จำได้ เคยกระทำการชี้แจงและแสดงความเสียใจขอโทษดังเช่นนี้อยู่ 2 ครั้ง ซึ่งทั้งสองกรณีดังกล่าวญาติผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองรับทราบข้อชี้แจงในทันทีด้วยดี และมีได้มีการร้องเรียนแต่อย่างใด

การกล่าวแสดงความเสียใจและขอโทษผู้ป่วยและญาติทางวาจาเช่นนี้อาจจะเป็นที่หนักใจของศัลยแพทย์ที่ยังอาวุโสหน่อยและมีประสบการณ์น้อย มีผู้ป่วยรู้จักและไว้วางใจไม่มากนัก เพราะหากชี้แจงไม่ถูกต้อง อาจจะทำให้ญาติและผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าเป็นการแก้ตัวของแพทย์ และนำข้อความที่ชี้แจงไปเป็นข้อมูลหรือข้อกล่าวหาแพทย์ในทางนิตินัยได้ ในสหรัฐอเมริกาอย่างน้อยใน 9 รัฐตามที่ปรากฏตามบทความข้างต้นนั้น ศาลจะไม่รับฟังคำฟ้องที่ใช้คำชี้แจงและขอโทษของแพทย์มาเป็นข้อกล่าวหา เพราะศาลถือว่าคำชี้แจงและขอโทษของแพทย์เป็นไปตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของแพทย์ที่มีต่อผู้ป่วยและญาติ มิใช่เป็นสิ่งที่ได้พิสูจน์ว่าเป็นความละเลยหรือประมาทของแพทย์อันจะต้องสืบสวนกันตามกระบวนการยุติธรรมด้วยหลักฐานข้อเท็จจริง แต่โดยเหตุที่ประเทศไทยเรายังไม่มีกฎหมายที่ห้ามนำคำแสดงความเสียใจขอโทษและชี้แจงของแพทย์ไปใช้อ้างในการฟ้องร้องศาล แพทย์จึงยังต้องระมัดระวังใช้ทักษะที่สุภาพและแสดงให้ผู้ป่วยและญาติเห็นประจักษ์อย่างชัดแจ้งว่าเป็นการชี้แจงเรื่องราวที่เป็นไปอย่างจริงใจ ไปรังไรปราศจากแง่มุมซ่อนเร้นใด ๆ ทั้งสิ้น เป็นการแสดงความกล้าหาญที่จะมุ่งแก้ไขในสิ่งผิดในฐานะที่เป็นแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยความรับผิดชอบ และลงท้ายด้วยน้ำใจโดยแสดงความเสียใจและขอโทษในสิ่งที่ได้ไม่ตรงความคาดหวังหรือผิดพลาดคลาดเคลื่อนไป ซึ่งน่าจะทำให้ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจและพร้อมให้อภัยหรืออย่างน้อยก็จะลดความรู้สึกและความรุนแรงที่อยากจะร้องเรียนและฟ้องร้องให้น้อยลงได้ไม่มากนักน้อย หวังว่าในอนาคตจะได้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกฎหมายที่จะช่วยสนับสนุนการกระทำที่สุภาพเหมาะสม จริงใจ มีน้ำใจและต้องด้วยจริยธรรมเช่นนี้ในประเทศไทย เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกที่ดีต่อกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและญาติ มีการขอโทษ มีการให้อภัยต่อกัน ในสิ่งที่สุดวิสัยหรือพลาดพลั้งไปโดยไม่เจตนา ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีงามและเป็นจริยธรรมจรรยาบรรณที่เหมาะสม

มากกว่าที่จะมุ่งนำคำชี้แจงและขอโทษของแพทย์ไปเป็นหลักฐานอ้างอิงเพื่อการฟ้องร้องกล่าวหาแพทย์ทางกฎหมาย

เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียน... ทำอะไรได้บ้าง?

เมื่อศัลยแพทย์ถูกร้องเรียนแล้วก็มีหลายสิ่งที่จะต้องทำ และมีหลายสิ่งที่ไม่ควรทำ ย่อมเป็นธรรมดาที่ในจิตใจของศัลยแพทย์ที่ถูกร้องเรียนจะเกิดความบีบคั้น ท้อแท้ สับสน และ อารมณ์ขุ่นมัว หรือในบางกรณีกลับเกิดเป็น โมโห เคียดแค้น ซึ่งโดยที่ถูกต้องแล้วควรจะมองเสียใหม่ว่าเป็นการเรียกร้องเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยมากกว่าจะเป็นเจตนาของผู้ป่วยที่จะมุ่งร้ายต่อศัลยแพทย์ที่ทำผ่าตัดรักษาตน เป็นการเรียกร้องความเห็นอกเห็นใจและขอการเยียวยาจากความเสียหายหรือสูญเสียที่ผู้ป่วยหรือญาติได้รับ

ดังนั้น เมื่อมีการร้องเรียนเกิดขึ้น ศัลยแพทย์จึงควรตั้งอยู่ในความมีสติ ระวังอารมณ์ และไม่ประมาท ควรพยายามใช้ช่วงขณะเวลาดังกล่าวนี้นี้ให้เป็นโอกาสที่จะได้พบปะชี้แจงปัญหาและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติทั้งหลายให้เป็นที่เข้าใจด้วยเหตุผลที่ดีและถูกต้อง ทั้งทางด้านมาตรฐานการดูแลรักษาและจริยธรรม เพื่อจะได้แก้ไขวิกฤตความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ไม่ให้ต้องขยายผลและดำเนินต่อไปสู่การเป็นคดีแห่งการฟ้องร้องทางศาล ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่เสียทั้งอารมณ์ เงินทองและเวลาของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนเป็นอย่างยิ่ง

ผมอยากที่จะกล่าวว่า เมื่อถูกร้องเรียนแล้วทำอะไรได้บ้างนั้นยังไม่สำคัญเท่ากับมีอะไรบ้างที่ไม่ควรทำ ที่สำคัญยิ่งคือต้องไม่ตอบโต้รุนแรง ทำทนาย หรือคิดอาฆาตมาดร้ายต่อผู้ป่วยและญาติไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ ทั้งสิ้น โดยต้องยึดหลักการมีสติปัญญาควบคุมอารมณ์ (Emotional intelligence) กล่าวคือ :-

1. ตระหนักในตน (Self-Awareness) ดังที่ได้กล่าวแล้วว่าผู้ที่ถูกร้องเรียนนั้นจะอยู่ในสภาวะที่ถูกบีบคั้นและมีปฏิกิริยา จึงต้องตระหนักให้รู้ว่าตัวเองกำลังตกอยู่ในสภาพอย่างไร โกรธ อาฆาต หรือเข้าใจและเห็นใจ (Emotional self-awareness) ไม่ย่อท้อ แต่ให้มีความมั่นใจ (Self confidence)

รับนี้อีกต่อไปโดยไม่ต้องการอะไรมากไปกว่านี้ ตัวเราควรสำรวจมองดูว่าใคร ๆ ในองค์กรวิชาชีพของเราคิดอย่างไรในการที่เราถูกร้องเรียน (Organizational awareness) โดยไม่ควรมีปฏิกิริยาซึ่งโกรธเมื่อมีเพื่อนร่วมวิชาชีพขบถขบถถามไถ่เรื่องของเราด้วยความอยากรู้อยากเห็นซึ่งเราควรเข้าไปอธิบายชี้แจงให้แจ่มแจ้ง ไม่ปกปิด และพยายามปรึกษาหารือในทุก ๆ ด้านที่เป็นไปได้ แทนที่จะตอบโต้ว่าเป็นเรื่องเฉพาะตน คนอื่นไม่ต้องมายุ่งหรือซ้ำเติม หรือมองไปว่าจะไม่มีคนช่วยอะไรเราได้

4.บริหารปฏิสัมพันธ์ (Relationship Management) พยายามแก้ไขวิกฤต สัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ โดยพยายามที่จะพบปะชี้แจงแก้ไข (Conflict management) ให้ความร่วมมือกับทุกคนทุกฝ่าย (Cooperation and team building) ไม่แยกตัว ไม่เก็บตัว หากเราบริหารตรงนี้ได้ดี เราก็จะมีเพื่อน ผู้ป่วยและญาติก็ยินดีรับฟังคำอธิบายชี้แจงของเราด้วยดี แต่หากเราบริหารตรงนี้ได้ไม่ดีแทนที่จะรีบติดต่อชี้แจงกลับหลักเลียงไม่ต้องการพบ ผู้ป่วยและญาติขอเข้าพบกลับปฏิเสธว่าไม่ว่างไม่ยอมให้เข้าพบต่อไปผู้ป่วยและญาติก็จะไม่แยแสไม่ฟังเรา ซึ่งเป็นการบริหารปฏิสัมพันธ์ที่ผิด อย่าไปกลัวว่าเขาจะมุ่งเข้ามากล่าวหาปรักปรำ แต่จะเป็นโอกาสที่เราจะได้ชี้แจงอธิบายเรื่องราวให้ชัดเจน การปฏิเสธการเข้าพบของผู้ป่วยและญาติไม่เป็นการสยบการร้องเรียน แต่กลับจะทำให้เรื่องลุกลามรุนแรงยิ่งขึ้น และมักจะต้องไปถึงขั้นขึ้นโรงขึ้นศาลในที่สุด

การใช้สติปัญญาเพื่อแก้ไขวิกฤตสัมพันธ์ดังที่กล่าวแล้ว จะทำให้สามารถฟันฝ่าวิกฤตไปได้และอาจจะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์รุกรนเลยไปสู่การฟ้องร้องอย่างเต็มรูปแบบ เป็นการเผชิญกับการถูกร้องเรียนโดยไม่ถูกบีบบังคับทางอารมณ์และจิตใจ เกิดความเข้าใจในแง่มุมของทั้งผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ และไม่คิดร้ายไม่รังเกียจเด็ดขันธ์ต่อกัน ถูกผิดอย่างไรก็ว่ากันไปตามความเป็นจริงด้วยหลักวิชาการและเหตุผล ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจต่อกัน ตกลงประนีประนอมกันได้ด้วยความสมานฉันท์อย่างสมเหตุสมผล

ท่านหนึ่งต้องคดีที่ญาติผู้ป่วยฟ้องร้องเป็นเวลานานหลายปีและสิ้นสุดลงเมื่อศาลพิพากษายกฟ้อง แต่ก็ทำให้อาจารย์ศิลาแพทย์ผู้นั้นต้องวางมือจากการประกอบวิชาชีพและการทำผ่าตัดไปในระหว่างนั้น พร้อมทั้งสูญเสียเงินทองเพื่อต่อสู้คดีเป็นจำนวนมาก และแม้ว่าทุกสิ่งทุกอย่างได้กลับสู่สภาวะเดิมแต่ในจิตใจของท่านนั้นคงจะยังไม่เหมือนเดิมและไม่แน่ว่าจะมีวันเป็นเหมือนเดิมอีก ผู้ฟ้องคดีก็ไม่ได้อะไร ผู้ชนะคดีก็บอบช้ำ เป็นความบอบช้ำกันทุกฝ่าย

ท้ายที่สุดนี้ ผมขอตั้งความหวังแต่ยังไม่แน่ใจว่าจะเกิดได้จริงตามนั้น ก็คือว่าในอนาคตการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและศัลยกรรมของพวกเรา หากแพทย์เราประกอบวิชาชีพและเวชปฏิบัติโดยตั้งอยู่ในความไม่ประมาท มีองค์ความรู้ ความสามารถและทักษะ ไม่ทำในสิ่งที่เราไม่รู้เรื่อง ไม่ถนัดหรือไม่สามารถโดยไม่จำเป็น ผดุงรักษาวินัยบรรณแห่งวิชาชีพ ใช้ความสามารถทางด้านสื่อสารปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยและญาติอยู่เสมอ ก่อนจะทำการดูแลรักษาพยาบาลต้องหมั่นชี้แจงต่อผู้ป่วยให้เข้าใจชัดเจน เสริมสร้างผูกพันความสัมพันธ์แห่งการเกื้อกูลและเมตตาต่อผู้ป่วย ดังที่เราเคยได้ยินกันแล้วว่า "Doctor-Patient relationship is the most important factor to get you IN or OUT of the court." ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นเสมือนเกราะป้องกันให้พ้นจากการร้องเรียนที่มีผลบั่นทอนทางจิตใจ ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ผิดพลาดอะไรไปก็ชี้แจงแสดงความเสียใจและขอโทษต่อกัน การร้องเรียนกันก็จะน้อยลง น้อยลงทุกที่จนแทบไม่มีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องกัน เกือบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยจะได้หมุนกลับไปสู่สภาพที่แทบจะไม่มีการร้องเรียนแพทย์กันเลยในประเทศไทยตั้งแต่ก่อน ณ วันนี้ผมก็ปรารถนาที่ในอนาคตจะได้เห็นพวกศิลาแพทย์ของเราได้เข้าใจและประกอบวิชาชีพอย่างเปี่ยมด้วยคุณภาพและจริยธรรม ไม่ต้องเสียเวลากับการไปต่อสู้กันในคดีการร้องเรียนหรือฟ้องร้องทางศาลที่ทำให้ต้นทุนทางสังคมของเราทุกคนเพิ่มขึ้นโดยใช่เหตุ ซึ่งแพทย์ทุกคนจะได้มีเวลาทำหน้าที่อย่างเต็มภาคภูมิด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพ...

บรรณานุกรม

1. ทองดี ชัยพานิช และ พรเทพ เปรมโยธิน. โรคที่เป็นปัญหาทำให้แพทย์ถูกฟ้องบ่อย ๆ : ข้อมูลปัญหาด้านศัลยศาสตร์. จุลสารราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย 2549; 31 (3):20-24.
2. ประชาธิป กะทา. วิกฤตแพทย์ วิกฤตสาธารณสุข วิกฤตระบบสุขภาพไทย. วารสารหมออนามัย 2549; 15 (6) : 7-21.
3. อเนก ยมจินดา. คดีการฟ้องร้องแพทย์และโรงพยาบาล. Quality Care 2542; 2 (11)
4. Jennifer Razor. The ripple effects of the medical liability crisis. Bull Am Coll Surg, 2003; 88 (6):8-13.
5. Thomas R. Russell. From my perspective. Bull Am Coll Surg, 2003; 88 (11):3-4.
6. Lori A. Roscoe and Thomas J. Krizek. Reporting medical errors : Variables in the system shape attitudes toward reporting adverse events. Bull Am Coll Surg, 2002; 87 (9):12-17.
7. สมบัติ ตาปัญญา. ผมขอโทษครับ. หนังสือพิมพ์มติชนรายวัน ฉบับประจำวันเสาร์ที่ 11 พฤศจิกายน 2549 หน้า 9.
8. ประเวศ วะสี. สุนทรียะสนทนา "วิกฤตความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์" เสวนาวิชาการ ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 13 มกราคม 2549.
9. วิสูตร ฟองศิริไพบูลย์. อายุความกับการดำเนินคดีจริยธรรม. แพทยสภาสาร 2548; 34: 239-253.
10. สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์. จดหมายข่าวแพทยสภา 2549; 13 (9) : 2.
11. พิณีจ กุลละวณิชย์. การปฏิรูปการดำเนินคดีอาญาของตำรวจต่อแพทย์. จดหมายข่าวแพทยสภา 2549; 13 (9) : 5-6.
12. อำนวย กุศลนันท์. การจัดตั้งศาลคดีทางการแพทย์. จดหมายข่าวแพทยสภา 2549; 13 (9) : 11.
13. ศุภสิทธิ์ พรรณนาอุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ - สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543. กรุงเทพฯ - สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543.

