

Covid-19 โรคเปลี่ยนคน คนเปลี่ยนโลก'63 Series

ผู้คนในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์: COVID-19 และเสียงที่เล่าออกมาไม่ได้

สุเมธ รักษ์จันทร์¹

บทคัดย่อ

งานศึกษาวิจัยเรื่อง “ผู้คนในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์: COVID-19 และเสียงที่เล่าออกมาไม่ได้” ทำให้ผู้เขียนจำต้องกลับไปหาคำถามของ Spivak ที่ว่า “Can The Subaltern Speak?” subaltern มีผู้แปลไว้ด้วยคำว่า “ผู้ไร้เสียง” ในงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้เลือกกลุ่มผู้ไร้เสียงคือสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ ในบริบทของเมืองไทยสาขาวิชาชีพทางการแพทย์มักถูกยกให้เป็นบุคคลสำคัญหรืออยู่ในลำดับที่เหนือกว่า แต่แท้จริงแล้ว ในตำแหน่งแห่งที่ (location) ที่เหนือกว่านี้ กลับไม่สามารถส่งเสียงให้ดังไปกว่ากลุ่มบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลชั้นล่าง พวกเขาต่างตกอยู่ในตำแหน่งแห่งที่เดียวกันคือกลุ่ม “ผู้ไร้เสียง” และเรื่องเล่าของเขาถูกละเลยด้วยมาตรการต่างๆ ของรัฐที่พยายามลดทอนความจริงหลายหมื่นหลายพันชุดให้เหลือเพียงตัวเลขชุดเดียวคือ “จำนวนผู้ติดเชื้อ” เสียงและเรื่องราวความจริงต่างๆ จึงไม่สามารถเล่าออกมาได้ รัฐพึงจำเป็นที่จะต้องรับฟังเสียงเหล่านี้และนำมาสู่การปฏิบัติต่อเสียงเหล่านี้อย่างชัดเจนด้วยการเปิดพื้นที่ให้ผู้ไร้เสียงเหล่านี้สามารถเล่าเรื่องความจริงที่เขาพบออกมาได้

คำสำคัญ สาขาวิชาชีพทางการแพทย์, COVID1-19, ผู้ไร้เสียง

¹นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสตรี เพศสถานะ และเพศวิถีศึกษา วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทเกริ่นนำ: แสดงจุดยืน

COVID-19 (coronavirus disease starting in 2019: COVID-19) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่เริ่มปรากฏในโลกมาไม่นานนี้ สาเหตุมาจากเชื้อไวรัสที่อยู่ในกลุ่ม corona มนุษย์รู้จักไวรัสกลุ่มนี้เป็นระยะเวลาอันยาวนานพอสมควรแล้ว โดยไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสที่จัดอยู่ในวงศ์ใหญ่ที่สุดในบรรดาไวรัสที่พบในทั้งสัตว์และคน ไวรัสโคโรนายังเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วยต่างๆ ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดาจนถึงโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS-CoV) (WHO 2019)² โรคอุบัติใหม่ทั้งหลายเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้คน ทำให้ผู้คนเสียชีวิตจำนวนมาก โดยเฉพาะ MERS-CoV และ SARS-CoV ที่มีลักษณะความรุนแรงและอัตราการตายของผู้ติดเชื้อสูง ในขณะที่เดียวกันการระบาดของโรค COVID-19 มีการระบาดที่ยาวนานและมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากหลายหมื่นคน ทั้งในไทยและประเทศต่าง ๆ

ผู้เขียนไม่ได้ทำงานในสายงานที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาชีพเลยแม้แต่น้อย แต่ด้วยตัวผู้เขียนเองที่สุขภาพไม่สู้จะแข็งแรง จึงมีโอกาสได้พบเห็นกับกลุ่มบุคคลในสาขาวิชาชีพไม่ต่ำกว่าเดือนละ 2 ครั้ง ทำให้ผู้เขียนเองมองว่าผู้คนเหล่านี้ ทำงานหนักทั้งในภาคของโรงพยาบาลของรัฐหรือในภาคเอกชนอย่างร้านขายยา เหล่าผู้คนที่ทำงานหนัก เพื่อดูแลสุขภาพของคนให้ปลอดภัยจาก corona virus ถึงจะเป็นชนชั้นหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งที่สังคมไทยยกย่อง ในฐานะ “หมอ” แต่สิ่งที่เราไม่เคยได้ยินและเห็นเลยในตลอดช่วงวิกฤตการระบาดของ COVID-19 คือ เสียงของผู้ที่ปฏิบัติหรือทำงานในโรงพยาบาลจริงๆ ที่ต้องเสี่ยงกับ corona virus ตลอดเวลา หรือคนที่พยายามทำทุกทางเพื่อให้ผู้อื่นได้รับความปลอดภัยจาก corona virus เสียงของพวกเขาไม่ได้ถูกพูดผ่านสิ่งใดเลย มีเพียงเสียงของโฆษก ที่ออกมาแถลงสถานการณ์ประจำวันเท่านั้น ผู้เขียนจึงสนใจว่าทำไมเสียงของผู้คนที่ปฏิบัติงานอย่างหนักกลับไม่ถูกนำเสนอให้ได้สาธารณะชนได้ยิน คำถามนี้เองที่สะกิดให้ผู้เขียนคิดถึงชื่อบทความของ คายตรี จักรวรรตี สปีวาก (Gayatri Chakravorty Spivak) นักทฤษฎีแนวหลังอาณานิคมผู้มีชื่อเสียงระดับโลก ที่ว่า “Can the Subaltern Speaks” ทำให้ผู้เขียนต้องการถามเช่นเดียวกัน แต่ไม่ใช่กลุ่มคนที่เป็น subaltern ในสังคม แต่เป็นกลุ่มบุคคลอีกกลุ่มในสังคมที่สังคมไทยให้การยอมรับ คือ “สาขาวิชาชีพทางการแพทย์” ว่าเสียงของบุคคลกลุ่มนี้ที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้คน เขาจะสามารถส่งเสียงให้สังคมได้ยินหรือไม่ หรือแท้จริงแล้วเสียงของเขาถูก

² <https://www.who.int/thailand/health-topics/coronavirus>

ส่งออกมาแต่ไม่มีผู้ใดสนใจเสียงเหล่านี้มาโดยตลอด คำถามของผู้เขียนจึงเกิดขึ้นมาเป็นหัวข้อของบทความในครั้งนี่

ภาคแยก: การวิจัยในแนวสตรีนิยมให้ความสำคัญกับตำแหน่งแห่งที่ (location) และปฏิเสธ “การพูดแทน” (speak for) คนอื่น

ผู้เขียนเลือกที่จะใช้แว่นของสตรีนิยมเข้ามาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยจะสังเกตได้จากชื่องานศึกษาวิจัยของผู้เขียนที่เน้นเสียงของผู้คนในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ และผู้เขียนเองก็ไม่ได้ตั้งใจที่จะทำหน้าที่เป็นปากเป็นเสียงแทน ผู้เขียนเลือกที่จะใช้บทความวิจัยของผู้เขียนเสมือนเป็นลำโพงช่วยขยายเสียงของเหล่าสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ให้ดังมากยิ่งขึ้นเท่านั้นเอง

นักสตรีนิยมหลายๆ ท่านปฏิเสธแนวคิด “การพูดแทนคนอื่น” เพราะตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมาของการสร้างความรู้ นั้น ผู้หญิงถูกพูดแทนโดยอ้างประสบการณ์ที่เหนือกว่าของผู้ชายมาโดยตลอด ผ่านการอ้างอิงความเป็นสากลและนำเสนอผ่านความเป็นนามธรรมของความรู้ที่ไม่ปรากฏตำแหน่งแห่งที่และตัวตนของผู้สร้างความรู้ ดังนั้น ตำแหน่งแห่งที่ (location) ในการสร้างความรู้จึงเป็นประเด็นหลักเริ่มแรกในการวิจัยแนวสตรีนิยมที่ปฏิเสธการที่จะพูดแทนคนอื่นที่ละเลยประสบการณ์ความรู้สึกนึกคิดของผู้หญิง ดังนั้น ตำแหน่งแห่งที่จึงเป็นสิ่งที่นักวิชาการ ในแนวสตรีนิยมอ้างเพื่อเป็นจุดยืนในการสร้างความรู้ และสิ่งที่สำคัญเริ่มแรกที่จะก่อให้เกิดการวิพากษ์เปิดเผยการอ้างอภิสิทธิ์ที่เหนือกว่าของความรู้ที่มาจากมุมมองและประสบการณ์ของผู้ชาย หรือจากประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีอภิสิทธิ์ในสังคมอื่นๆ ที่อ้างความเป็นผู้เชี่ยวชาญเพื่อพูดแทนผู้หญิงคนอื่นๆ ในสังคม ซึ่งในที่นี้บ่อยครั้งเป็นผู้หญิงผิวขาว ชนชั้นกลาง ชาวตะวันตก

ประเด็นที่กล่าวถึงนี้ถูกนำเสนอในบทความที่มีชื่อเสียงของ Adreinne Rich ชื่อ “Note toward a Politics of Location” (1986) (อ้างในทวีลักษณ์ พลราชม, 2550) ที่เป็นการประกาศให้เห็นถึงความสำคัญของตำแหน่งแห่งที่ (location) ที่มีนัยยะสำคัญที่มีต่อการพูดในฐานะผู้หญิง (speak as a woman) เพื่อยืนยันการดำรงอยู่ของตัวตนของเราที่เป็นผู้หญิงและนำไปสู่การปฏิเสธ “การพูดแทน” คนอื่นในกระบวนการทางการเมืองและการสร้างความรู้ของผู้หญิง โดนตำแหน่งแห่งที่ที่ Rich อ้างถึงนี้เป็นการเริ่มต้นจากร่างกาย (body) ของเรา ความเป็นหญิงที่ถูกประกอบสร้างของเรา สิว และชนชั้นทางสังคม ที่นำไปสู่การแบ่งแยก กดทับ อย่างไม่มีที่สิ้นสุด นำไปสู่การเมืองเรื่องตำแหน่งแห่งที่ ที่เริ่มต้นขึ้นบนพื้นที่ร่างกายของผู้หญิง ดังนั้น ในความเห็นของ Rich ร่างกายจึงเป็นพื้นที่เริ่มแรกนำไปสู่การแบ่งแยกและกดทับ แต่ในขณะเดียวกันก็สามารถนำไปสู่การต่อต้านและขัดขืนได้ด้วยเช่นกัน นั่นคือการใช้ร่างกายเป็น

ตำแหน่งแห่งที่ของการพูด พูดมาจากฐานปรารถนาความเป็นจริงของชีวิตผู้หญิง เพื่อยืนยันการดำรงตัว อยู่ของตัวตนผู้หญิง ดังนั้นการเริ่มต้นจากตำแหน่งแห่งที่ที่เป็นของเรา ความเป็นหญิง ความเป็น เชื้อชาติ ชนชั้น จะทำให้เกิดพลังอำนาจและก่อให้เกิดรูปธรรมชัดเจนที่จะวิพากษ์การอ้างความรู้ที่ เป็นนามธรรมที่อ้างสิทธิเหนือความรู้อื่น โดยการวางตำแหน่งแห่งที่การพูดของเราที่บุกเบิกเริ่มต้น จากพื้นที่ของร่างกายเพื่อสร้างอำนาจความชอบธรรมของการพูดในฐานะผู้หญิง ที่นำไปสู่การ ปฏิเสธภาพเหมารวมที่ถูกสร้างขึ้นเกี่ยวกับผู้หญิงที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่มาจาก “การพูด แทน” ของคนอื่น (ทวีลักษณ์ พลราชม, 2550)

ผู้เขียนเองจะได้นำแนวคิดดังกล่าวนี้มาเป็นต้นทางในการนำเสนอบทความวิจัยของผู้เขียน เอง โดยการลดทอนการพูด การวิเคราะห์ของผู้เขียนเองลงให้น้อยที่สุด แล้วปล่อยให้เสียงของผู้คน ในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ได้เล่าเรื่องของเขาในฐานะเจ้าของเรื่อง เจ้าของความจริง เจ้าของ ความรู้สึก และเจ้าของเสียงของเขาเหล่านั้น

วิธีวิทยาของการเขียนความรู้

ในการนำเสนอเสียงของผู้คนในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ครั้งนี้ ผู้เขียนเลือกใช้ กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth-interview) โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) จากผู้ที่ทำงานในกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง กับวิชาชีพทางการแพทย์ ประกอบด้วย นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 (กำลังจะขึ้นปีที่ 6) เภสัชกร และ พยาบาล

เมื่อ COVID-19 เกิดจาก corona virus และผู้คนต่างก็รู้จักมานานแล้ว

ขณะที่ประเทศไทยได้ผ่านพ้นช่วงวิกฤตการระบาดของโรค COVID-19 มาอย่าง ยากลำบาก³ แต่ก็ยังต้องเฝ้าดูต่อไป ผู้คนต่างปรับตัวให้เข้ากับสภาพรูปแบบใหม่หรือที่เรียกว่า “new normal”⁴ ซึ่งเป็นมาตรการทางสังคมที่ขอให้ (เชิงบังคับ) ให้ทุกคนปฏิบัติ เพื่อป้องกันการ ติดต่อของโรค COVID-19 ผู้คนต่างรู้ว่าโรค COVID-19 นี้ มี corona virus เป็นตัวก่อโรคและ ต่างรู้วิธีป้องกันเจ้าเชื้อ corona virus เช่น การใส่หน้ากากอนามัย (จนเกิดการกักตุน ขาดตลาด

³ ผู้เขียนเมื่อวันที่ 18 มิถุนายน 2563

⁴ ผู้เขียนคิดว่าไม่อาจจะเป็นเพียงแค่ความปกติในรูปแบบใหม่อย่าง “new normal” แต่ผู้เขียนเห็นว่าเมื่อผู้คนต่างก็ ปรับตัวให้เข้ากับการใช้ชีวิตแบบใหม่ๆ รูปแบบใหม่นี้เองที่จะทำให้เกิด “วัฒนธรรมใหม่” (new cultural) เพื่อ ปรับตัวให้เข้ากับความเสี่ยงที่จะติดเชื้อ Corona virus จนป่วยเป็น COVID-19

และโง่งราคา ฯลฯ) การล้างมือด้วยสบู่ การใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือสำหรับฆ่าเชื้อ corona virus เราพึ่งตื่นตัวในการที่รู้จักป้องกัน corona virus แต่จริงๆ แล้ว เราอยู่กลับ corona virus กันมานานแล้ว นักศึกษาแพทย์หนุ่มชั้นปีที่ 5 กล่าวถึงว่า

“corona virus เป็นเชื้อที่มีมานานพอสมควรแล้ว โดย corona virus ก่อให้เกิดอาการกับระบบทางเดินหายใจส่วนบน อันนี้เป็นพื้นฐานของ corona virus ซึ่งคนเราเรียกรวมๆ กันว่า “ไข้หวัด” ก็คือ มีไอ มีจาม มีน้ำมูก มีคัดจมูก ตัว corona virus เนี่ย มันเป็นไวรัส ซึ่งไวรัสมีจะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นส่วนทางพันธุกรรมแล้วเกิดเป็นสายพันธุ์ใหม่ ซึ่ง corona virus ก็เกิดการกลายพันธุ์ก็จะมี SARS กับ MERS ที่ผ่านมาก็คนรู้จักกันเยอะๆ”

เช่นเดียวกันกับ เกษัชกรหนุ่มประจำรายขายยาเขากล่าวว่า

“...คนเรารู้จักไวรัสกลุ่มโคโรนามานานแล้ว เช่น ไข้หวัดธรรมดาที่เป็นไวรัสกลุ่มโคโรนา ไข้หวัดใหญ่ก็เป็นไวรัสกลุ่มโคโรนา โดยตัวโครงสร้าง ตัวลักษณะของไวรัสมันก็จะมี ความคล้ายๆ กัน เป็นตระกูลโคโรนา โรค MERS โรค SARS ก็เกิดจาก Corona virus ไวรัส เช่นเดียวกัน corona virus มันจะมีโครงเป็นห้วมงกุฎแล้วก็มีขาๆ จะเป็น type ของมัน เหมือนภาพกราฟฟิกที่เขาทำออกมา ปัจจุบันที่เราค้นพบว่า corona virus ก่อให้เกิดโรค ในคนก็โรคเมอร์ ซาร์ ไข้หวัดใหญ่ก็อยู่ในกลุ่มที่ใกล้ๆ กัน”

ทั้งสองคนต่างเล่าเป็นเสียงเดียวกัน แสดงให้เห็นสิ่งหนึ่งร่วมกันคือ “ตระหนักได้ แต่อย่าตระหนัก” เนื่องจาก corona virus อยู่กับมนุษย์เราทั้งก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ที่รุนแรงอย่างเช่น โรค MERS โรค SARS หรือ COVID-19 ที่แพร่ระบาดอยู่ในปัจจุบัน หรือกลุ่มที่ก่อให้เกิดโรคในระดับที่รุนแรงน้อย เช่น ไข้หวัดใหญ่ หรือแม้กระทั่งไข้หวัดธรรมดา หรือในกลุ่มที่ยังไม่ก่อโรคในมนุษย์ที่ตอนนี้อยู่ในพาหะซึ่งเป็นสิ่งมีชีวิตต่างๆ เช่น ค้างคาว ฮีเห็น หรือสัตว์อื่นๆ

การตระหนักในที่นี้จึงต้องตระหนักว่า corona virus อยู่ร่วมกับมนุษย์มาอย่างยาวนาน ทั้งก่อนที่มนุษย์จะรู้จักมัน จนมนุษย์รู้จักและตั้งชื่อมันในนาม corona virus ที่แปลว่าจากภาษาละตินได้ว่า มงกุฎหรือรัศมี จนมนุษย์เริ่มรู้จักและควบคุมมันได้ ทั้งในกรณีของกลุ่มที่ก่อให้เกิดโรครุนแรง เช่น MERS และ SARS รวมทั้ง COVID - 19 และกลุ่มที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค

น้อย สิ่งที่สามารถทำได้คือการตระหนักว่ามึนมืออยู่แล้ว การตระหนกยอมสถานการณ์เลวร้ายลง ทั้ง กักตุนอาหารที่เกิดขึ้นให้เราพบเห็นในช่วงระหว่างการระบาดของโรค COVID-19 ที่อยู่ในจุดสูงสุด การตระหนกไม่ได้ทำให้สถานการณ์ของโรคดีขึ้น การตระหนกรู้และหาวิธีป้องกันคือแนวทางที่เป็น มิตรกับชีวิตมากที่สุด

เมื่อเราทำความรู้จัก corona virus ไปแล้ว สิ่งหนึ่งที่เรารู้ได้จากการทำความรู้จัก corona virus ไปแล้วคือ มนุษย์อยู่กับ corona virus มานานแล้ว แต่มนุษย์ก็ยังไม่ได้รู้จัก corona virus ทุกชนิดที่มีในโลกนี้ corona virus สายพันธุ์ใหม่ๆ ส่วนใหญ่ นั้นก่อโรคในมนุษย์ มนุษย์ยังต้องต้อนรับและรับมือกับ corona virus ไปอีกเรื่อยๆ แต่ข้อถกเถียงหรือประเด็นหลัก ของบทความนี้ไม่ได้อยู่ที่การทำความรู้จักกับ corona virus แต่บทความนี้ต้องการเผยให้เห็น สถานะ ที่อยู่ เสี่ยง ของผู้คนในสาขาวิชาการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานเพื่อต่อต้านและควบคุมกับ corona virus และนั่นก็เป็นประเด็นต่อไปที่เราจะต้องไปทำความรู้จักกับผู้คนและเสียงของผู้คน เหล่านั้นใน หัวข้อ “เมื่อชีวิตเลือก(ไม่)ได้”

เมื่อชีวิตเลือก(ไม่)ได้

เมื่อเราได้รู้จักเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไปแล้ว สิ่งหนึ่งที่เกี่ยวข้องกันกับโรคคือผู้ที่ดูแล/ รักษาโรค กับผู้ป่วยโรคนี้ ในกรณีของผู้ป่วยโรค COVID-19 ผู้เขียนไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มของผู้ให้ ข้อมูลหลัก (key informant) ของงานวิจัยชิ้นนี้ จึงจะมีแต่เสียงจากผู้ดูแล/รักษาผู้ป่วยให้หาย จากโรค COVID-19 เท่านั้น

ผู้ดูแล/รักษาผู้ป่วยนั้น อาจเรียก รวมๆ กันได้ว่า สาขาวิชาการแพทย์ มีทั้งผู้ที่ประกอบ อาชีพเป็น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยพยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ ฯลฯ อาชีพที่ต้องดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง โยงใย กันในการดูแลคนไข้ 1 คน โดยเฉพาะคนไข้ที่ป่วยด้วยโรคระบาดใหม่ เช่น โรค COVID-19 ที่ จะต้องอาศัยความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของแต่ละอาชีพเข้าประสานกันเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรอด ชีวิตจากโรคติดเชื้อที่น่ากลัว

นางพยาบาล จาก “สถาปัตยกรรม”สู่ “พยาบาลศาสตร์”

หนึ่งในผู้ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัยนี้ คือ พยาบาลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงที่มีการ ระบาดของโรค COVID-19 พยาบาลท่านนี้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 10 ปี ส่วนใหญ่ อยู่ในแผนกศัลยกรรม ประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในการรับมือกับการดูแลผู้ป่วย

ที่ถูกล้มคมอยู่ทุกวันทำให้สามารถประเมินอาการต่าง ๆ และรับมือกับทั้งหมอและคนไข้ได้ แต่จริงๆ แล้ว ก่อนที่จะเลือกเส้นทางอาชีพพยาบาล เธอเคยมีตัวเลือกอาชีพอื่นมาก่อนเช่นกัน ดังที่

“ตั้งแต่แรกไม่คิดจะเป็นพยาบาล เพราะสมัยก่อนนั้นมีการสอบเอนทรานซ์ มีการให้เลือกลอง จำนวน 4 คณะ อันดับ 1-3 พี่เลือกลองคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์หมดเลย เหลือคณะที่ 4 พี่ไม่ลอง แต่แม่พี่บอกให้พี่เลือกพยาบาลให้ ก็แล้วแต่แม่ เพราะตอนนั้นไม่ได้คาดหวังว่าจะได้ สถาปัตยกรรมศาสตร์ไม่ติด แต่ติดพยาบาล ตั้งแต่เรียนพยาบาลมาก็พอเรียนไปได้ ไม่ได้เรียนเก่ง แต่ก็ไม่ได้สอบตก ก็อยู่ในระดับกลางๆ” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

เมื่อชีวิตไม่สามารถที่จะเลือกได้ด้วยตนเอง แต่กลับกลายเป็นสิ่งที่ผู้เป็นแม่เลือกให้ เธอก็เลือกที่จะทำตามฝันและเส้นทางที่แม่ขอให้เธอทำ เธอมีทางเลือกมากมายที่จะไม่ทำตามสิ่งที่แม่เธอต้องการ เช่น การเรียนคณะอื่นๆ ในมหาวิทยาลัยเปิด หรือเลือกที่จะสอบใหม่และยื่นคะแนนใหม่อีกครั้งในปีถัดไป แต่สิ่งที่เธอเลือกคือการเรียนพยาบาลซึ่งไม่ได้เป็นการเลือกตัดสินใจด้วยตนเองตั้งแต่แรก

“ปฏิบัติการเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อยู่ ICU ศัลย์ 10 ปี ICU Med 1 ปี วอร์ดสามัญชาย 1 ปีครึ่ง อายุรกรรมชายอีกหนึ่งปีครึ่ง รวม 14 ปี” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

การเข้าเรียนพยาบาลทั้งที่เธอเองก็ไม่ได้มีความต้องการที่จะเรียนในสาขานี้ตั้งแต่แรกอยู่แล้ว หากเป็นการทำตามความประสงค์ของแม่ จนเธอสามารถเรียนจบและทำงานในวิชาชีพพยาบาลเวลากว่า 10 ปีนั้นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่ามนุษย์ธรรมดาคนหนึ่งสามารถทำงานภายใต้เงื่อนไขและโครงสร้างของสังคม (structure) แม้ตัวเธอเอง (agency) จะไม่ใช่ของค้ำพยที่มีชีวิตชีวา (active agency) แต่ก็ไม่ใช่ของค้ำพยที่เฉื่อยชา (docile body) ที่จะทำตามโครงสร้างนั้นเสมอไป จะเห็นได้จากการย้ายแผนกต่างๆ ของเธอ ที่ไม่ได้ถูกกำหนดด้วยสถานภาพของวิชาชีพพยาบาลอย่างเดียว หากเกิดจากความต้องการของเธอด้วย และที่สำคัญ การเป็นพยาบาลดูแลผู้ป่วย COVID-19 ซึ่งเป็นแผนกใหม่ เธอก็เลือกที่จะเข้ามาในพื้นที่อันตรายเช่นนี้ เหตุใดเธอก็เลือกที่จะเข้าไปในพื้นที่ที่เสี่ยงที่อาจคุกคามต่อความสุขและการใช้ชีวิตของเธอก็เป็นได้

นักศึกษาแพทย์ปี 5 กับทางแพร่งของ “วิศวกรรมศาสตร์” และ “แพทยศาสตร์”

หนึ่งในผู้ให้ข้อมูลหลักของงานวิจัยชิ้นนี้ คือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 1 คน แม้ นักศึกษาแพทย์จะยังไม่ได้รับให้เข้าไปตรวจดูอาการของผู้ป่วยโรค COVID-19 แต่สิ่งหนึ่งที่เขา ได้รับคือประสบการณ์จากการเห็น การมอง การเรียนการสอนจากอาจารย์แพทย์ ที่จะให้ความรู้ เรื่องการควบคุมและรักษาโรคติดต่อ (Infection)

หากย้อนกลับไปเมื่อ 5 ก่อนที่เขาจะได้เป็นนักศึกษาแพทย์ เป็นธรรมดาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่จะต้องตัดสินใจเลือกทางเดินชีวิตของตัวเองต่อไป เช่นเดียวกับกับบัพผิวยาบาลข้างต้น นักศึกษาแพทย์คนนี้ก็มีความสนใจในใจเช่นกันว่าเขาจะดำเนินชีวิตต่อไปของเขาอย่างไร

“จริงๆ แล้วอยากเรียนวิศวกรรมครับ ตอน ม. 6 เนี่ย ตัดสินใจยากมาก เรียนแพทย์กับ วิศวะ ในความต้องการส่วนตัว กับตอบโจทย์ของคนรอบข้าง แล้วก็การสร้างสรรคคุณค่าให้กับสังคม ถ้าจะทำได้เต็มที่ ก็เลยตัดสินใจเรียนแพทย์ไป ผมจบชั้น ม. 6 จากโรงเรียนสตรีศรีน่าน ครับ ก็จะมีคนที่เรียนต่อแพทย์ตั้งแต่ 9-15 คน” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

การเลือกเรียนแพทยศาสตร์แทนการเรียนวิศวกรรมศาสตร์ของนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 คนนี้ เขาเลือกการตอบโจทย์ของอาชีพที่สามารถตอบโจทย์ให้กับสังคมมากน้อยเท่าใด และยังมี การเลือกการตอบสนองประโยชน์ต่อครอบครัวด้วย

อย่างน้อยในกรณีนี้ก็ชี้ให้เห็นว่า เขาสามารถเลือกได้ในระดับหนึ่ง คือระหว่าง วิศวกรรมศาสตร์กับแพทยศาสตร์ ซึ่งอาจจะเป็นสิ่งที่ทำลายต่อแนวคิดเรื่องร่างกายที่เฉื่อยชา (docile body) ได้ แต่ในระดับของอภิปรัชญา ผู้เขียนก็ไม่สามารถตอบได้เช่นกันว่าแท้จริงแล้ว มนุษย์สามารถมีเจตจำนงเสรี (free will) ที่จะเลือกได้มากน้อยแค่ไหน แต่ในเบื้องต้นสิ่งนี้เองที่ แสดงให้เห็นว่าอย่างน้อยมนุษย์ก็ยังสามารถเลือกเส้นทางของตัวเองได้

เกสรกับเส้นทางกลาง ๆ

เกสรที่อยู่ในรุ่นราวคราวเดียวกันกับผู้วิจัยเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในครั้งนี้ เกสรคนนี้ได้ ทำงานจ่ายยาอยู่ในโรงพยาบาล แต่เปิดร้านขายยา และทำหน้าที่ช่วยเหลือความต้องการของลูกค้า เช่น ความต้องการหน้ากากอนามัย ที่จำเป็นจะต้องบริหารจัดการให้ได้อย่างทั่วถึง และลดการ

กักตุนของแต่ละคน การจัดการสินค้าต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค COVID-19 แต่อย่างไรก็ตาม กว่าจะมาเป็นเภสัชกรได้ผ่านการเลือกแล้วเช่นกัน

“โดยส่วนตัวผมรู้สึกชอบทางการแพทย์อยู่แล้ว ตอนวัยรุ่นก็มองหางานกลางๆ ที่ไม่ได้หนักมากแล้วยังพอมีเวลาให้ตัวเองได้ ซึ่งถ้าเอารายการอาชีพทั้งหมดทางการแพทย์มาเรียงกัน เภสัชศาสตร์ก็ตอบโจทย์ที่สุด โดยเภสัชศาสตร์ จะต้องเรียน 6 ปี” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

การเลือกเส้นทางที่อยู่ระหว่างกลางในที่นี้หมายถึงความเป็นส่วนตัว ผนวกกับเวลาในอนาคตเมื่อต้องทำงานจริง เภสัชกรเป็นอาชีพที่เภสัชกรหนุ่มคนนี้เลือกเนื่องจากสามารถมีเวลาให้ตัวเองทำงานได้ และยังมีเวลาพักผ่อน การเลือกที่จะเปิดร้านยาแทนการเป็นเภสัชกรในโรงพยาบาลนั้นย่อมมีความหมายว่าเภสัชกรได้เลือกด้วยเหตุผลหลายอย่างคือ

“ผมไม่ชอบการทำงานในโรงพยาบาลครับ รู้สึกว่ามันไม่ได้ใช้ศักยภาพของตัวเองที่แท้จริง ด้วยระบบของคนที่อยู่มาก่อน อายุ ตำแหน่ง มันดึงเรา และมันเป็นข้อจำกัดที่ทำให้เราไม่สามารถทำในสิ่งที่เราต้องการทำในสิ่งที่เราต้องการจริง ๆ ได้ ผมไม่สามารถใช้ความคิด ทักษะ หรือวิธีการใหม่ ๆ ที่ผมจะเข้าไปจัดการได้ เป็นระบบการทำงานภายในมากกว่าแค่การที่เราสั่งยาไม่ได้ เพราะระบบการสั่งยาเราสามารถคุยกันได้อยู่แล้ว เพราะเราคุยกันด้วย evidence ใช้ guide line ในการทำงานอยู่แล้ว ไม่มีปัญหาเรื่องการจ่ายยา แต่ว่าปัญหาคือ ระบบ ระเบียบ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งก็ไม่แตกต่างกัน” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทั้งสาม ทั้งพยาบาล นักศึกษาแพทย์ และเภสัชกร สิ่งหนึ่งที่ทำให้มองเห็นคือเหล่าผู้คนในสาขาอาชีพทางการแพทย์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนหนึ่งสามารถเลือกเส้นทางเดินของชีวิตตนเองได้ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่สาขาอาชีพทางการแพทย์ และอีกหนึ่งคนที่ไม่สามารถเลือกเส้นทางอาชีพของตนเองได้ในสมัยเรียน แต่สิ่งหนึ่งที่พวกเขามีส่วนร่วมคือสิทธิ์ของการได้เลือกในช่วงต่างๆ ของชีวิต ทั้งก่อนที่จะเข้าสู่สาขาอาชีพทางการแพทย์และหลังจากเข้าเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มสาขาอาชีพทางการแพทย์ สิทธิ์ของการได้เลือกนี้ทำให้พวกเขากลายเป็นผู้กระทำการที่มีชีวิตชีวา (active agency) เลือกและลงเสียงความต้องการของตนเองได้

ความสามารถในการส่งเสียงความต้องการของตนเองของผู้ในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์จะไม่มีใครสนใจใยดีนัก แม้กระทั่งนักมานุษยวิทยาเอง เนื่องจากกลุ่มคนในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์มักถูกให้เกียรติในสังคมได้อย่างสูงในฐานะผู้มีพระคุณที่ช่วยชีวิตให้รอดพ้น หรือเป็นผู้มีพระคุณที่ช่วยให้หายจากอาการเจ็บป่วย อีกทั้งรายได้ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพนี้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ จึงไม่ค่อยมีใครสนใจที่จะศึกษาเสียงหรือความรู้สึกของพวกเขาอย่างจริงจัง แต่ต่างไปจากกลุ่มคนด้อยโอกาสหรือกลุ่มคนชนชั้นล่างที่นักสังคมศาสตร์ไทยมักจะนำมาเป็นวัตถุของการศึกษาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 คนกลุ่มแรกที่ต้องเข้าไปดูแล รับมือ จัดการ และควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรคที่กว้างขวาง คือ บุคคลในสาขาวิชาชีพทางการแพทย์ แล้วพวกเขา รู้สึกอย่างไรเมื่อถูกให้เป็นทัพหน้าในการต่อสู้กับการระบาดของโรคระบาดครั้งนี้

พยาบาลที่คอยดูแล(หัวใจ)ของผู้ป่วย

หนึ่งอาชีพสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ป่วยโดยโรค COVID-19 คือ พยาบาล พยาบาลจะต้องรับมือกับทั้งแพทย์และผู้ป่วย รับมือกับแพทย์ด้วยการรายงานผลต่างๆ ในระหว่างวันให้แพทย์ทราบถึงอาการของผู้ป่วย รับมือผู้ป่วยด้วยการสังเกตอาการของผู้ป่วย ดูแล ช่วยเหลือทั้งทางกายและทางจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจมากขึ้นหลังจากที่เขาเข้ารับการรักษาโรค COVID-19 ดังเช่นที่พยาบาลเล่าให้ฟังว่า

“โรงพยาบาลฯ จะมีห้องผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด 12 ห้อง รับได้ครั้งละ 12 คน ดูแลทั้งหมดเลย มีพยาบาลช่วยกันดูแลทั้งหมดในแต่ละเวร เวรเช้าจะมีพยาบาล 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน โดยพยาบาล 2 คน จะแบ่งเป็นพยาบาลประจำตึกโควิด 1 คน พยาบาลติดเชื้ออีก 1 คน แต่ถ้าเป็นเวรบ่ายและเวรดึกจะมีพยาบาลประจำตึก 1 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน คนไข้ทุกรายที่ติดเชื้อ COVID-19 จะมีคุณหมอดูแล โดยจะเป็นหมออายุรกรรม 3 คน ก็จะแบ่งกันดูแล โดยมีตารางเวรว่าเดือนนี้ใครดูแล โดยจะมีคนไข้ของเขาอยู่แล้ว ในแต่ละวัน หมออายุรกรรมจะมีเวรดูแลคนไข้รวม เวลามีปัญหาอะไร รายงานหมอคนนี้ได้(หมอตรวจประจำวัน) แต่ว่าเขาก็จะมีหมอเจ้าของไข้อีก 1 คน หมอที่ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 คนที่ 1 อายุประมาณ ไม่เกิน 35 หนึ่งคน ไม่เกิน 30 หนึ่งคน อายุไม่เกิน 44 ถึง 45 ปี 1 คน โดยหมอทั้งหมดจะเป็นผู้หญิงหมดเลย เป็นหมออายุรกรรมที่ประจำอยู่โรงพยาบาลนี้ เพราะเป็นหมอ

อายุกรรมเนาะ แต่ถ้าเป็นหมออายุกรรมผู้ชายจะเป็นพาร์ทใหม่ แล้วก็จะมีหมอผู้ชายคนนึงไปเรียนต่อที่สถาบัน 2 ปี ยังไม่กลับมา”

“การดูแลเนี่ย อย่างของพี่จะเป็นคนไข้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้การสื่อสารกันก็จะสื่อสารกันผ่านไลน์หรืออินเทอร์เน็ต ทุกครั้งที่คนไข้มา เราจะแนะนำคนไข้ ข้อจำกัดของการอยู่โรงพยาบาลคือ ห้ามออกนอกตึก ห้ามออกนอกห้อง จะมีกล้องวงจรปิดติดตามอยู่ตลอด มีปัญหาอะไรให้ติดต่อทางไลน์ ต้องการอะไรติดต่อพยาบาลทางไลน์ได้เลย หรือกดอินเทอร์เน็ตที่ห้อง แล้วก็การอยู่ก็แล้วแต่สภาพของเขาว่าตรวจเจอเชื้อหรือเปล่า โดยคุณหมอแต่ละท่านจะพิจารณาเป็นรายๆ ไป แต่ละโรงพยาบาลจะไม่เหมือนกันนะ แต่ของโรงพยาบาลประสาททุกๆ 7 วัน จะต้องทำ swap ต้องตรวจแบบป้ายจมูกอะ เพราะตอนแรกทำเป็นแบบ 3 วัน 5 วัน 7 วัน แล้วปรากฏว่าเชื่อมั่นยังมีอยู่ ก็เลยเปลี่ยนเป็นทุก 7 วัน พอทุก 7 วันเราป้ายเขาแล้ว แล้วไม่พบเชื้อเราให้เขากลับบ้านแต่กลับบ้านเขาต้องไปกักตัวต่ออีก 14 วัน แต่พอวันที่ 8 เมษายนตามคำสั่งของกรมควบคุมโรค เขาบอกให้กักตัวให้ครบ 1 เดือนตั้งแต่ที่คนไข้เป็นเราก็เลยจะมีวันนัดให้เขาว่าครบกักตัวหนึ่งเดือนวันไหน แล้วหมอก็จะนัดตรวจอีก 2 อาทิตย์ มันก็จะมีแบบฟอร์มให้

สรุปก็คือถ้าเป็น ทุก 7 วันจะมีการตรวจหาเชื้อซ้ำ ถ้าไม่เจอกลับบ้าน ก็จะต้องกักตัวให้ครบ 1 เดือน แล้ว อีก 2 สัปดาห์ นัดมาตรวจโรงพยาบาล โดยการกักตัวก็จะ เป็นไปตามมาตรการ new normal คือ การใส่หน้ากาก การล้างมือ เราก็จะแนะนำเขา เพราะเขามีเชื้ออยู่ในร่างกาย แต่มันหายแล้ว ซึ่งอันนี้การตามเยี่ยมเคสทางจังหวัดโดยศูนย์ติดตามเชื้อจังหวัดเขาจะติดตามเยี่ยมเคสอีกทีนึงเขาจะมีเครือข่ายพวกพี่จะต้องส่งข้อมูลคนไข้ที่เป็นโควิดเนี่ย สรุปข้อมูลให้ทางจังหวัดรู้ ข้อมูลมันจะเยอะหน่อยนึง เพราะว่ามันเป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นใหม่ของโลกเลย” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

จริงอยู่ที่คือหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดเวรและเวลาต่างๆ ในการดูแล โดยเฉพาะการดูแลร่างกายของผู้ป่วยให้สามารถกลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติไม่เจ็บไม่ป่วยอีกต่อไป แต่อีกหน้าที่หนึ่งของพยาบาลก็คือการดูแลความคิด ความรู้สึก ของคน ดังเช่น

“อย่างที่บอกคือ ของพี่จะเป็นไม้นเคส อาการหนักสุด เขาจะมีไข้ เขาจะไม่หาย มีจมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นจะไม่รับรส แล้วก็จะมีน้ำมูก พอ X-ray ปอด ปอดเขาจะไม่ดีเลย แต่พอได้ยาต้านไวรัส มันจะมี 5 วันกับ 10 วัน รักษาไป พอช่วง 5 วันถึง 10 วัน คนไข้จะได้รับยาต้าน คนไข้ส่วนมากจะเป็นวัยรุ่น และของพี่คือให้ใช้อินเตอร์เน็ตได้ ใช้มือถือได้ ใช้แท็บเล็ต โน้ตบุ๊ก น้องเขาก็จะมีสื่อหรือเข้าถึงข้อมูลหรือเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เขาจะเสฟสื่อจากอินเทอร์เน็ตแล้วเขาก็จะเครียด พอเครียดแล้วก็นอนไม่หลับ กลางคืนไม่หลับ ตีสอง ตีสามก็ไม่หลับ ความจริงเขาต้องพักผ่อนเยอะๆ แต่เขาไม่เขาเครียด เขาคิดมาก ส่วนมากอาการไม่รุนแรง พอได้ยาต้านไป 10 วันก็จะดีขึ้น แต่ก็จะมีผลข้างเคียงเช่น บางเคสก็มีอาการท้องเสีย บางเคสก็มีจมูกไม่ได้กลิ่น บางเคสก็จะเบื่ออาหาร แต่คุณหมอก็จะให้ยารักษาตามอาการไป แต่สภาพจิตใจเขาจะถามซ้ำ ๆ แล้วพี่รู้สึกยังไงเวลาที่คนไข้ถามซ้ำ ๆ ว่าเขาดีขึ้นหรือยัง ดีขึ้นหรือยัง ผมดีขึ้นไหม X-ray ปอดดีขึ้นไหม ยาผมจะหมดแล้ว เขาจะถามเยอะ ก็จะมีทั้งความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางใจ 1 คือ คนไข้ถูกจำกัดอยู่ที่นี้ที่เดียว ห้ามออกห้อง ห้ามไปไหน จะกิน จะอะไร พวกพี่จัดการให้หมดใจ อาหารก็จะมีให้ทุกมื้อ 3 มื้อ ต้องการอะไรได้หมด บางทีอาหารของโรงพยาบาลไม่อร่อย สามารถสั่ง grab สั่ง food panda มาได้นะ เอามาไว้ที่หน้าตึกแล้วพวกพี่ก็เอาไปให้น้องเขา แต่ว่าสภาพจิตใจเวลาข่าวออกมา รายงานต่าง ๆ พอเขาได้ข้อมูล เขาก็จะเริ่มคิดเยอะ แล้วคนไข้พวกนี้เขาจะมีกลุ่มเพื่อนที่ติดเชื้อมันด้วยกัน เขาก็จะเปรียบเทียบตัวเอง (คนไข้) กับเพื่อนที่อยู่โรงพยาบาลสันกำแพง คนนี้เป็น คนนี้เป็นไหม เป็นเหมือนกันไหม รักษาเหมือนกันไหม อยู่ยังไง เพราะว่าเขามีมือถือเขาก็จะสื่อกัน ก็จะเอามาเปรียบเทียบกัน แล้วก็เอามาถามพยาบาลว่าเป็นแบบนี้ผิดปกติไหม เป็นยังนี้หายไหม เป็นอย่างนี้อีกนานไหม คือสภาพจิตใจของเขาก็จะเครียดและวิตกกังวลไปเนาะ บางคนก็จะ depress นะ มีสองสามเคสนะที่พอคนในบ้านคนในครอบครัว หมู่บ้านเขารู้ว่าเขาป่วยเป็นโควิดเขาก็จะแอนตี้ ไม่ให้เข้าหมู่บ้าน สมมติว่าผลตรวจแล้วไม่มีเชื้อ พวกพี่จะให้กลับบ้าน ปรากฏว่าคนที่บ้านรู้ว่าคนนี้ (คนไข้ที่หายป่วยแล้ว) จะกลับบ้าน

เขาไม่ให้เข้าหมู่บ้านเลยนะ พวกพี่ต้องประสานให้ สศจ. ส่งตัวแทนไปคุย กับ อบต. กับผู้ใหญ่บ้านของหมู่บ้านนั้น แล้วตอนที่คนไข้กลับบ้านให้ถือใบรับรองแพทย์กับใบผลตรวจยืนยันว่าไม่มีเชื้อเอาไปให้อีกที เนื่องจากว่าชาวบ้านขาดความรู้ เขาก็กลัวหายแล้ว หายจริงหรือเปล่า ประมาณ 3 เคส ที่ชาวบ้านแอนตี้ จะมีแม่สะเรียงคนหนึ่ง พระยาคนหนึ่ง เชียงรายคนหนึ่ง ที่คนในหมู่บ้านแอนตี้ แต่คนในครอบครัวเขาเข้าใจนะ

“...มี ๆ แต่ไม่เชิงว่าซีมีเศร้าแบบหนัก ๆ อะ แต่คนหมอ แต่พวกพี่สังเกตจากการคุยในไลน์ เช่น ปกติ คุยกับน้อง ก น้องเขาจะโต้ตอบอย่างนั้นอย่างนี้ พี่สร้างสัมพันธภาพแป๊บหนึ่ง น้องเขาก็จะบอกเราแล้ว “พี่ผมเครียด” “ผมนอนไม่หลับ” พี่ก็จะไปบอกคุณหมอ คุณหมอก็จะให้ยานอนหลับ ยาแก้เครียด หรือบางเคส เช่น เคส ค เขาทำงานมีหน้ามีตาในสังคมเนาะ เขาก็เครียด พี่ก็จะถามว่า “เครียดไหม” “พักได้ไหม” “หลับได้ไหม” ถ้าเขาบอกว่า “เครียดครับ” เราก็จะถามว่า “เอายาไหม” ถ้าบอก “เอาครับ” เราก็จะบอกหมอ หมอ ก็จะสั่งยาให้ หรือบางทีก็บอกหมอว่า “หมอคนไข้ดูเครียด ๆ นะ” หมอ ก็จะไลน์คุยกับคนไข้ เป็นยังไงเครียดอะไร ถ้าให้การซัพพอร์ต ให้กำลังใจกันแล้ว เขาดีขึ้นก็จบ แต่ถ้าเขายังบอก ผมนอนไม่หลับ ผมยังเครียดอยู่ หมอ ก็จะให้ยา ให้ยาลดเครียด” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

การที่จะต้องดูแลทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยจำเป็นที่จะต้องเป็นผู้ที่มีความช่างสังเกต ไม่จำเป็นต้องทำตามขั้นตอน บางครั้งอาจมีการลัดขั้นตอน หรือทำในสิ่งที่ข้อปฏิบัติทั่วไปไม่ได้ห้ามไว้แต่ก็ไม่ได้ระบุไว้ว่าสามารถทำได้ อาชีวพยาบาลที่ต้องติดต่อสื่อสารกับแพทย์เพื่อรักษาร่างกายของผู้ป่วยให้หายจากโรค อาชีวพยาบาลที่ต้องติดตามดูแลเอาใจใส่จิตใจของผู้ป่วยที่ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถหายและมีกำลังใจในการต่อสู้กับโรคร้ายได้ หากไม่ใช้พยาบาลแล้ว ใครจะทำแทน

นักศึกษาแพทย์ผู้เป็นความหวังครั้งใหม่

ถึงแม้การศึกษาครั้งนี้จะไม่ได้สัมภาษณ์หมอที่ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรค COVID-19 แต่นั่นก็ทำให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสสัมภาษณ์ “นักศึกษาแพทย์” แทน ซึ่งจะ เป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้คนในอนาคตในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าหากพวกเขาเรียนจบครบตามหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต เขาเป็นความหวังใหม่ พละกำลังใหม่ในช่วยเหลือชีวิตของคนไข้

ได้มากมาย แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น การที่จะต้องมาเจอกับโรคระบาด COVID-19 ที่ระบาดใหม่ ก็ทำให้พวกเขาเรียนรู้ รับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดในอนาคตต่อไป แต่บางครั้งการตั้งรับนี้ก็เร็วไปจนไม่ทันตั้งตัว

“ตอนตัดสินใจเรียนแพทย์เตรียมใจไว้ครับ แต่ถามว่ามันเร็วไปไหม มันเร็วไปครับ เนื่องจากว่าโรคระบาดใหม่จะเกิดระบาดขึ้นในช่วงหลาย ๆ ทศวรรษด้วยกัน แล้วมันมาแจ๊คพอร์ทแตก ตอนที่เราเป็นนักศึกษาแพทย์ พอดี ก็เลยคิดว่ามันเร็วไป”
(สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

แต่อย่างไรก็ตาม คำว่าเร็วเกินไปสำหรับนักศึกษาแพทย์ท่านนี้ก็เชื่อว่าจะทำให้เขาหวาดกลัวต่อโรค แต่สิ่งที่เขาทำได้เลย คือ การพยายามหาข้อมูล ศักยภาพชาติของโรค ลักษณะอาการของโรค เพื่อสามารถที่จะให้ความรู้ ให้การสื่อสารไปยังบุคคลต่างๆ ทั้งใกล้ตัว เช่น ครอบครัวของน้องหมองเอง หรือคนไกลตัวอย่างผู้วิจัยที่เข้าไปสัมภาษณ์น้องหมอก็ได้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีป้องกันกลับมาและบอกต่อไปยังผู้อื่น

“การรับมืออันดับแรกก็คือ ศักยภาพชาติของตัวโรคมันก่อนครับว่ามันเป็นยังไง อาการแสดงหลัก ๆ ของมันเป็นอะไรบ้าง แล้วความรุนแรงของมันต้องสร้างความตระหนักในช่วงอายุไหนเป็นพิเศษหรือเปล่า เพราะว่าตัวของโรคแต่ละโรคจะมีความเสี่ยงที่ทำให้โรครุนแรงเป็นพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นโรคร่วม กลุ่มอายุ หรือแม้กระทั่งปัจจัยอื่น ๆ ครับ ที่จะทำให้โรคแต่ละโรครุนแรงขึ้น COVID-19 ก็เช่นกันครับ ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่โรค COVID-19 infection หรือว่าการติดเชื้อจาก COVID-19 เนี่ย มันรุนแรงขึ้นกว่าปกติ ซึ่งตอนนี้ก็พบว่าโรคร่วมที่จะทำให้โรค COVID-19 รุนแรงขึ้นก็คือ โรคเบาหวาน แล้วก็โรคไตวายเรื้อรัง และช่วงกลุ่มอายุก็จะเป็นช่วงกลุ่มอายุ 60-65 ปีขึ้นไป จนถึงผู้สูงอายุที่จะมีโอกาสติดเชื้อแล้วเสียชีวิตสูง เพราะฉะนั้นในฐานะของนักศึกษาแพทย์อันดับแรกก็คือ ศักยภาพชาติของโรค เพื่อที่จะสามารถดูบริบทของมันได้ อีกอย่างคนในครอบครัวเรา เราก็สามารถที่จะให้คำปรึกษาได้ เนื่องจากว่าเราอาจจะไม่มีโอกาสไปพูดให้ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ฟัง ประชาชนคนอื่น ๆ ฟัง ก็เลยถือโอกาสที่เราได้เรียนทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็เลยอยากจะให้ข้อมูลตรงนี้ไปให้กลุ่มคนที่ใกล้ตัวเราที่สุดก่อนก็คือครอบครัวครับ (การพยายามส่งต่อข้อมูล

ทางการแพทย์ คือความพยายามที่จะลดการติดเชื้อ) แล้วก็กลุ่มประชากรถัดไปเราก็พยายามติดตามเพื่อที่ว่าเราจะช่วย support ตรงไหนได้บ้าง เราก็จะได้ไปประชาสัมพันธ์”

“..ต้องบอกว่าผมเจอสถานการณ์นี้ตั้งแต่ตอนเรียนปี 4 ขึ้นปี 5 ก็ได้ไปฝึกงานที่ต่างโรงพยาบาลในช่วงที่มันวิกฤต หน้ากากอนามัยขาดแคลน ไม่ขาดแคลนต้องเปลี่ยนบ้าง คือตัวผมใช้ช่วงวิกฤตเนี่ยผ่านไปหลายโรงพยาบาล จะได้เห็นความแตกต่างของโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลก็จะมีนโยบายรับมือกับการขาดหน้ากากอนามัยที่ต่างกันตามสถานการณ์ของโรงพยาบาลตอนนั้นด้วยนะครับ ส่วนใหญ่ก็จะมีการจำกัดโควตาการใช้หน้ากากอนามัยในการออกตรวจผู้ป่วยนอกหรือ OPD เช่น หนึ่งวันต่อหนึ่งชั้น แล้วก็มีการจำกัดในการขอหน้ากากอนามัยในการเข้าห้องผ่าตัดด้วย แล้วก็ยังมีบางช่วงที่มันวิกฤตหรือขาดแคลนจริงๆ ก็จะเป็นที่จะต้องเปลี่ยนมาใช้หน้ากากผ้าสำหรับคนที่ไม่ได้พบปะผู้ป่วยโดยตรงหรือไม่ได้พบคนใช้จำนวนมากๆ แต่หน้ากากของแพทย์ผู้ตรวจก็ยังคงต้องเป็นหน้ากากอนามัยเหมือนเดิมเนื่องจากการป้องกันและประสิทธิภาพต่างกันครับ แต่ถ้าช่วงที่ขาดแคลนแบบสุดก็จะมีแค่บางคนที่ได้หน้ากากอนามัย ส่วนใหญ่ก็จะใช้หน้ากากผ้าไปเลย แต่การป้องกันของหน้ากากผ้าก็ป้องกันอะไรมาไม่ได้ เนื่องจากเชื้อบางชนิดที่นอกจาก COVID-19 ก็เช่น วัณโรค ที่แพร่ผ่านเชื้อทางอากาศ 100% ไวรัสพวกนี้สามารถทะลุผ่านตัวกรองของหน้ากากผ้าได้ หน้ากากผ้ามันก็ได้เฉพาะเศษเสมหะ หรือไอละอองน้ำที่เราพูดไป ไม่สามารถกันเชื้อที่แพร่ผ่านทางอากาศได้ เพราะฉะนั้นคือ เชื้อที่ผ่านทางอากาศอันดับสองคือป้องกันละอองน้ำลายหรือเสมหะของของแพทย์ผู้ผ่าตัดตกลงไปในตัวคนไข้ ซึ่งประสิทธิภาพการป้องกันมันไม่ได้เท่ากับหน้ากากอนามัย ต้องบอกว่าช่วงนั้นจำเป็นจริง ๆ ขาดแคลนจริง ที่จำเป็นจะต้องใช้หน้ากากผ้า และนำกลับมา reuse อีก หลังจากช่วงที่ผ่านช่วงวิกฤตนั้นก็เริ่มมีการเอาหน้ากากอนามัยมาบริจาค การ support จากรัฐบาล การจำกัดโควตา การแจกจ่าย ตอนนี่ทำให้ supply กับ demand ของหน้ากากอนามัยมันเท่ากัน มันก็เลยไม่เกิดวิกฤตแล้วครับ สำหรับสถานการณ์ตอนนี้ก็เริ่มเข้าสู่ภาวะปกติแล้วครับ แพทย์ผู้ออกตรวจผู้ป่วยนอก หรือแพทย์ผู้ผ่าตัดก็จะใช้หน้ากากอนามัยแล้วครับ ส่วนเรื่องการจำกัดโควตา ก็จะไม่เข้มงวดเท่าที่ผ่านมามาครับ สำหรับหน้ากาก N95 ที่จำเป็นต้องใช้ในการออกตรวจก็

จะมีการจัดเตรียมไว้พร้อมอยู่แล้ว ก็คือเราจะรู้อยู่แล้วผู้ป่วยคนนี้เป็นวัณโรคหรือผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะเป็นวัณโรค เราก็จะจัดเตรียมไว้ให้อยู่แล้ว ก็จะจัดเตรียมเป็นโควตาไว้สำหรับคนกลุ่มนี้โดยเฉพาะ แต่ก็จะมีเงื่อนไขในการนำหน้ากาก N95 ออกไปใช้ก็จะต้องมีเงื่อนไข ในการนำออกไปใช้ด้วยเช่นกัน” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

การที่ต้องเจอสถานการณ์การระบาดของโรคระบาดใหม่ขณะที่ยังเป็นนักศึกษาแพทย์นี้เอง ที่ทำให้นักศึกษาแพทย์ท่านนี้ได้เห็นการรับมือกับวิกฤตต่าง ๆ เช่น ในช่วงที่หน้ากากอนามัยขาดแคลน การรับมือและการจัดการของแต่ละโรงพยาบาลก็จะแตกต่างกัน ซึ่งอันนี้เองจะเป็นประสบการณ์รับมือให้กับโรคระบาดครั้งต่อไป

เกสัชกร : พอดีที่พยายามกระจายหน้ากากอนามัยอย่างทั่วถึง

สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยพบและเจอกับตนเองคือการจัดการกระจายหน้ากากอนามัยของเกสัชกรท่านนี้ ด้วยอุปสงค์ต่อหน้ากากอนามัยที่มีจำนวนมาก ทำให้หน้ากากอนามัยราคาหน้ากากอนามัยทะยานไปถึงกล่องละ 1,000 บาท/กล่อง ซึ่งในแต่ละกล่องมีหน้ากากอนามัย 50 ชิ้น หากจะฉวยโอกาสขึ้นราคาหน้ากากอนามัยที่เขาอยู่และขายให้กับคนที่สามารถให้ราคาที่สูงที่สุดก็ยอมได้ แต่สิ่งที่ผู้เขียนพบเจอคือ เกสัชกรคนนี้ยังขายหน้ากากอนามัยแบบที่ไม่เอากำไรมากนัก และยังจำกัดจำนวน ขายให้เพียงคนละไม่เกิน 2 กล่อง นี่คือนี่ที่ผู้เขียนประสบพบเจอด้วยสายตาของตนเอง ในช่วงที่หน้ากากอนามัยขาดตลาดเกสัชกรคนนี้ก็พยายามหาหน้ากากมาเพื่อให้ทุกคนได้มีใช้

“มันไม่พอครับ มันก็ซื้อในราคาที่เขาสั่งกันครับ ราคาที่เขาซื้อก็เป็นไปตามอุปสงค์ 700-800 บาท เพราะผมไม่ได้เก็บไว้ให้ตัวเองตั้งแต่ตอนแรกแล้ว ในช่วงที่เงินเริ่มระบาด คนเงินเริ่มเข้ามาซื้อหน้ากากอนามัย เพราะก็เล็งเห็นแล้วว่าบ้านเขาจำนวนเป็นต้องใช้นะ บ้านเราไม่น่าจะเป็นหนักขนาดนั้นหรอก ผมก็ขายไปเรื่อยๆ เท่าที่ผมมีเท่าที่ผมหาได้ หรือแม้กระทั่งในช่วงที่มีคนไทยคนแรกติด ก็มีคนไทยมาหาซื้อ ผมก็ขายในราคาปกติที่ผมขาย พอขายไปเรื่อยๆ ของมันก็เริ่มหมด บริษัทต่างๆ ก็เริ่มแจ้งว่าของไม่มีนะ ของมันไม่พอนะ ช่วงนั้นนะ เราต้องซื้อตามราคาตลาดแล้ว อย่างที่ใส่นี้ก็ใช้ กล่องละ 600 บาท ช่วงนี้จะเป็นหน้ากากผ้ามากกว่า surgical mask หรือหน้ากากอนามัยยังงี้ก็หาไม่ได้ จริงๆ ผมรู้จักกับเจ้าของโรงงานผลิตหน้ากากอนามัยด้วยนะครับ คือไม่มีจริงๆ คือเขาไม่สามารถเอาสินค้าออกมาให้เราได้ด้วย

เหตุผลหลายๆ อย่าง การจัดสรรมันอยู่ที่รัฐ อย่างเจลแอลกอฮอล์ก็ซื้อมาจากบริษัท โดยตรง ตอนนี้อยู่ที่บริบทสำหรับรัฐก็คือว่าควบคุมได้ ไม่ร้ายแรงไปกว่าประเทศอื่น ๆ ถ้าระบบสาธารณสุขกับการควบคุมการระบาดผมถือว่าโอเค ถ้ายังมีตัวเปรียบเทียบ กับประเทศอื่นๆ ก็ยังถือว่าทำได้ดี ก็ถือว่ากระทรวงสาธารณสุขทำได้ดี ส่วน มาตรการอื่น ของรัฐ เช่น เคอร์ฟิวส์ มันก็ช่วยได้ครับ มันลดจำนวนคนในกลุ่มคนหมู่มาก มันก็ช่วยลดในการแพร่กระจายได้ อย่างเช่น พื้นที่เสี่ยง อย่างเช่น ร้านอาหาร คลับ บาร์ อย่างนี้ สถานบันเทิงอะไรอย่างนี้ อย่างเช่นการปิดห้าง ปิดร้านทำผม ก็ ควรจะปิด เพราะมันใกล้กัน เพราะโรคมันติดต่อกันง่าย ส่วนการ unlock ก็ควรจะ ค่อยๆ ทำไปค่อยๆ คลายล็อคตามสถานการณ์ของโรคอะ แต่ที่นี้คือถ้ามันล็อคไปอีก ผมคิดว่ามันจะมีปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ถ้าทางสาธารณสุข ทางแพทย์ ผม เห็นด้วยกับการ lock down แต่ถ้าทางเศรษฐกิจ ผมว่ามันไม่ได้ คนจะตาย ช่วงที่ มันระบาดหนักๆ มาตรการช่วยเหลือรัฐก็ไม่ได้มาถึงร้านขายยา การช่วยเหลือให้ สามารถกระจายสินค้าสู่ประชาชนก็ไม่ได้ช่วย ผมไม่ได้รับการช่วยเหลือจากรัฐเลย” (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันพื้นฐานเช่นหน้ากากอนามัย การที่ประชาชนไม่ได้รับการเยียวยา หรือการพยายาม screening คนที่เข้ามาในประเทศ มาตรการ ต่างๆ ของทางสาธารณสุขจะเห็นว่ามีเตรียมความพร้อมอยู่แล้ว แต่สิ่งที่ขาดหายไปคือที่มี คุณภาพที่พร้อมที่เข้ามาจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นมาดังกล่าว รัฐที่ไม่ได้ให้ความรู้แก่ประชาชนว่า จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรนอกจากการสวมหน้ากากอนามัย งดการออกจากบ้านพักและที่อยู่อาศัย และ lock down ประเทศด้วย พ.ร.ก. ฉุกเฉินฯ รัฐที่ไม่ได้ให้ความรู้หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว จะต้องจัดการอย่างไรเนื่องจากเป็นขยะติดเชื้อ รัฐที่ไม่มีแนวทางนโยบายจัดการขยะที่เกิดขึ้นจาก การ lock down ประเทศ แล้วประชาชนสั่งอาหารผ่านบริการต่างๆ ที่ภาชนะบรรจุที่ ประกอบด้วยโฟมและพลาสติก รัฐยังไม่มีแม้แต่คำตอบใดๆ ให้กับประชาชน

เมื่อเสียงของพวกเขาคือจะไม่ถูกละเลย และจะไม่ถูกพูดแทน

ประมวลตั้งแต่แรกๆ ที่ผู้วิจัยได้เสนอมา ตั้งการเกริ่นนำ วิธีวิทยาแบบสตรีนิยมนำมาใช้ จนถึงเรื่องราวต่าง ๆ นั้นจะสังเกตว่าผู้เขียนพยายามที่จะไม่/และลดการแทรกตัวของผู้วิจัยในการ นำเสนอประเด็นในแต่ละประเด็น ปลอ่ยให้ผู้ข้อมูลเล่าในฐานะที่เป็นเสียงของเขาเอง ให้เหมือน

ผู้อ่านได้นั่งคุยกับผู้ให้ข้อมูลเอง เมื่อมาถึงตรงนี้ผู้วิจัยอยากให้เสียงของผู้ให้ข้อมูลได้ดังขึ้นอีกครั้ง ด้วยข้อเรียกร้อง หรือนโยบายที่เขาต้องการเพื่อที่จะสามารถรับมือกับโรคระบาดได้อย่างดีที่สุดในที่สุด คือ

“มาตรการ คืออยากให้ทุกคนมีความรู้เรื่องโรคก่อน ให้ความรู้เรื่องโรคเยอะๆ เพราะบางคนเขาไม่รู้ แต่เขาก็กลัวไปหมดใจ อย่างใส่ face shield มันป้องกันตัวเองนะ มันไม่ได้ป้องกันคนอื่นนะ มันป้องกันตัวเองไม่ไปทำให้คนอื่นติดเชื้อ คือเหมือนตัวเราสกปรกอะ เราใส่ mask หรือ face shield ตัวเราสกปรก เราไปหาคนอื่น คนอื่นจะติดจากเรานะ ต้องให้ความรู้ก่อนว่าการป้องกันการเป็นโรคนี้มันคืออะไร เพราะประชาชนไม่เข้าใจ กลัวไปหมด กลัวจนแบบตื่นกันไปเรื่อยอะ มันก็จะเกิดอะไรแปลกๆ อย่างเช่นในต่างประเทศที่เขาใส่ชุด PPE ไปนั่นไปนี่กันอะ คือต้องเข้าใจก่อนนะว่าเราดูแลตัวอย่างนี้เพราะตัวเราเป็นตัวนำเชืวนะ การทิ้งหน้ากาก mask ไม่เป็น ทิ้งไปเรื่อย เราก็เอาเชื้อที่อยู่ในตัวเราไปให้เขา ไม่จำเป็นต้องเป็นโควิดหรือเป็นไข้หวัดก็เช่นกัน

สอง คือเน้นย้ำเรื่องการใส่ mask กับการล้างมือ แต่โชคดีที่เชียงใหม่มีปัญหาเรื่องฝุ่น PM2.5 พอดี เชียงใหม่เลยรอด เพราะทุกคนกลัวกันอยู่แล้ว (กลัวฝุ่นเลยใส่ mask เลยได้อานิสงค์ตรงนี้ไป) ทุกคนมันก็รักชีวิตอะเนาะ มันก็เลยเป็นโชคดีของเชียงใหม่ที่ไม่มีผู้ติดเชื้อเยอะเหมือนที่กรุงเทพฯ

สาม คือระบบคัดกรองคนไข้ เพราะว่า เพราะเป็นเชิงรุก เพราะสมัยก่อนที่พี่ทำงานนี้ สศจ. เขาไปตามซึกประวัติ ไปกวาดมา แล้วก็มานัดเจอกันที่โรงพยาบาลประสาhti 20 คนเพื่อมาป้ายจุ่ม แต่เดี๋ยวนี ระบบมันต้องเปลี่ยนไปตามยุคสมัยแล้ว ถ้าเอาคนหลาย ๆ คนมารวมกัน คนที่เป็นกับคนที่ไม่เป็นมารวมกัน ก็มีโอกาสดูดใจ น่าจะปรับใหม่เป็นแบบ drive through เอารถไปถึงที่แล้วป้ายเลย มันจะ safe แต่ก็จะสิ้นเปลืองหน่อยนึง แต่มันก็น่าจะเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า เชียงใหม่อัปเดตแล้วนะ ไม่นัดมาตรวจที่โรงพยาบาล แต่จะขับรถไปหา ไปตรวจเลย เพราะเขาก็มองว่าการณ์ไกลเหมือนที่กรุงเทพฯ ทำ แต่ที่กรุงเทพฯ เป็นของเอกชนร่วมกันทำ แต่ของเชียงใหม่เป็นในนามของจังหวัด แล้วก็ปรับระบบติดตามเยี่ยมคนไข้ COVID-19

เพราะเดี๋ยวนี้มันเป็นยุค 4G 5G เนี่ยะ มันต้องเป็น ไลน์ เป็นอินเทอร์เน็ต”
พญาบาล (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

“ตามธรรมชาติของตัวโรคเลย **อันดับแรก**มันต้องมีการจำกัดระยะห่าง เรื่อง social distancing เนี่ยผมมองว่าสำคัญ ถ้าได้ออกนโยบายได้ ตัว social distancing เป็นสิ่งที่คิดว่ายังไงก็จะออกแน่นอน รวมไปถึงมาตรการ lock down ด้วยกันนะครับ **ข้อสอง**จะเป็นเรื่องของ การ support เข้าใจการดำเนินงานของแต่ละประเทศจะแตกต่างกัน ด้วยตัวของระบบทุนนิยม หรือสังคมนิยมเองนี้ก็ต่างแล้วครับ ทำให้ในการออกนโยบายต่าง ๆ ของในแต่ละประเทศไม่เหมือนกัน ซึ่งที่ผมดูเนี่ย ในประเทศที่มีความเป็นประชาธิปไตยสูง มีความเป็นทุนนิยมสูง เขาสามารถทำให้โรงงานอุตสาหกรรมเปลี่ยนแปลงรูปแบบการผลิต product ในช่วงวิกฤตหรือช่วงสงคราม ซึ่งถ้าหากเราสามารถทำได้ในประเทศไทย หันมาช่วยกันผลิตหน้ากากอนามัย ตรงนี้ก็จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลน และลดปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อได้มากยิ่งขึ้น ก็เลยคิดว่านโยบายนี้เป็นนโยบายที่สองที่อยากจะออก

อันสุดท้ายคืออยากให้มีการรับฟังเสียงของประชาชนที่ออกมาในตอนนี้นี้ เนื่องจากว่าในเรื่องของการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญ จะได้ว่าปัญหาอะไรที่เราเจออยู่ตอนนี้ปัญหาอะไรสำคัญที่สุด ต้องแก้ปัญหานั้น เนื่องจากว่าในตอนนี้นี้ แต่ละคนให้ความสำคัญต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น หน้ากากอนามัยหาซื้อได้ที่ไหน การ lock down เครื่องไปหรือเปล่า ปัญหาต่างๆ เหล่านี้แหละที่เราจะได้เอาไปแก้ปัญหว่าอันไหนเป็นปัญหาที่สมควรแก้ก่อน หรือการดำเนินงานของเราผิดพลาดไปตรงไหน ถ้ามีตรงนั้นมา ก็จะลดปัญหาความเครียดที่เขาแสดงออกมาในโลกออนไลน์ได้มาก ที่เขาแสดงออกมาในทุกวันนี้เพราะเขาไม่มีช่องทางร้องเรียนที่ออกมาอย่างเป็นรูปธรรม หรือมีช่องทางในระบายนความเครียด หรือช่องทางที่เป็นรูปธรรม เขาก็เลยทำการประท้วง ออกข่าว หรือทำการร้องเรียน จนเกิดเป็นดราม่าหรือสิ่งต่างๆ ตามมา ก็เลยคิดว่า การสร้างช่องทางอย่างเป็นทางการ แล้วเอาแก้ปัญหานั้น

“...เรื่องการสื่อสารเป็นสิ่งสำคัญมากในช่วงวิกฤต ก็เลยมองว่า ในเรื่องของนโยบาย หรืออะไรก็แล้วแต่ จากที่บุคลากรทางการแพทย์พบมาเอง หรือเป็นการสื่อสารจากทางรัฐบาลเองเข้ามาหาบุคลากรทางการแพทย์เนี่ย มันมีหลายประเด็นที่เป็นทั้งผลลบและผลบวก ซึ่งมันเป็นจุดเปราะบางก็ว่าได้ แต่มันก็ฟันจุดเปราะบางที่สุดมาแล้วนะครับผม จะสังเกตว่ามันมีปัญหาหลายอย่าง เช่น เราจะสังเกตว่า บางการสื่อสารก็ทำให้เราเสียความรู้สึก หรือว่าเสียกำลังใจในช่วงที่ผ่านมาบ้าง ที่ผ่านมามันมีทั้งดีและไม่ดี แต่ในอนาคตต่อไปข้างหน้า อยากจะฝากบอก ในเรื่องของการสื่อสาร ไม่ว่าจะ เป็นรูปแบบอะไรก็แล้วแต่ อยากจะให้ฟังปัญหาจากทั้งบุคลากรทางการแพทย์ก่อนที่จะตัดสินใจอะไรก็แล้วแต่ ไม่ว่าจะ เป็นนโยบาย หรือข่าวอะไรก็แล้วแต่ อยากให้รับฟังเสียงว่าตัวของบุคลากรทางการแพทย์กำลังพบเจอปัญหาอะไรอยู่ แล้วสิ่งที่เขาคิด เขากำลังจะทำมันตอบโจทย์สิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องการจริงๆ หรือเปล่า หรือมันเป็นการซ้ำเติมบุคลากรทางการแพทย์ เพราะตอนนี้ต้องบอกว่าบุคลากรทางการแพทย์ดำเนินงานหนักจริง ๆ อะไรก็แล้ว support แล้วเกิดประโยชน์ อะไรก็แล้วแต่ที่มันบั่นทอนก็ไม่อยากให้มันเกิดขึ้นอีก ก็เลยอยากให้มีการรับฟังเสียงของบุคลากรทางการแพทย์ด้วย” นักศึกษาแพทย์ (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

“ผมว่าสิ่งแรกที่จะต้องทำคือการจัดหาอุปกรณ์สำหรับการป้องกัน จัดหาหน้ากาก เจลล้างมือ แล้วก็ให้ความรู้ จริง ๆ ตอนนี้เขาก็ทำอยู่ ให้ อสม. กระจายไปตามบ้าน แล้วก็ให้ความรู้ แล้วก็ให้เช็ด แล้วก็แจกอุปกรณ์ป้องกัน แต่ถามว่ามันพอไหม ตอนนี้มันก็ยังไม่พอนะ คือเราก็ใช้ตรงจุดนี้แล้วเพิ่มเข้าไปให้มันพอ จัดหาให้พอ ให้ความรู้ที่ดี แล้วก็ใช้ อสม. ในการสอดส่อง ส่วนมาตรการที่ 2 ก็เรื่อง lock down แต่ก็ต้องดูเรื่องการทำมาหากินของคนด้วย ผมว่าถ้า lock down แล้วคนอยู่บ้าน การแพร่กระจายของโรคก็จะน้อยลง ถ้าเขาไม่ออกบ้านได้ เขาก็ไม่ออก แต่ที่เขาต้องออกคือเขาต้องหาเงินไง ผมว่ามาตรการที่ใช้อยู่ของสาธารณสุขที่ใช้อยู่มันค่อนข้างดี มันดีมาก ๆ แต่ว่าโดยรายละเอียดบางรายละเอียด โดยการปฏิบัติบางอย่างมันไม่ใช่ถามว่า lock down ผมตอบเลยว่ามันดีไหม ผมตอบเลยว่ามันดี ดีมาก ดี แต่เยียวยาหรือช่วยเหลือคนพอไหม ผมว่าไม่พอส่วนมาตรการที่ 3 ก็ปิดประเทศ เพราะเรารู้อยู่แล้วว่าการแพร่กระจายมาจากต่างประเทศ ซึ่งตอนนี้เราก็ปิดอยู่ แต่ตอนนี้เราก็ติดต่อ ค่อยๆ ติดต่อให้คนไทยที่อยู่ในที่ต่างๆ ประเทศกลับเข้ามาได้ แล้วคน

ต่างชาติที่อยู่ในไทยสามารถกลับออกไปได้ มันมีวิธี มันมีมาตรการอยู่ มัน screening ได้ มันตรวจได้ มันก็ทำอยู่นะ ผมก็งงว่าทำไมมันไม่สมบูรณ์ แต่มันช่วยได้เยอะเลย อย่างเช่นที่ มันมีดราม่ากักตัวที่พืทยา จริงๆ คือเขาเข้ามา เขาก็จะ screening แล้วไปกักตัวแยกอยู่ที่ที่หนึ่งที่แยกตัวออกจากผู้คน ชุมชน แล้วก็รอระยะฟักตัว 14 วัน ว่ามันเป็นหรือไม่เป็นแล้วก็กลับบ้าน จริงๆ มันเป็นวิธีการที่ดี สาธารณสุขค่อนข้างทำดี” เกสัชกร (สัมภาษณ์ มิถุนายน 2563)

ข้อเรียกร้องต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากประสบการณ์จริง ความจริง ที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบพบเจอ และปฏิบัติอยู่กับความจริงนั้น หากโรคต่างๆ มี guideline สำหรับการรักษาแล้ว นี่เป็นเพียง 9 ข้อเรียกร้องที่เกิดขึ้นจากผู้ที่อยู่ในสถานการณ์จริงเพียงสามคน 9 ข้อเรียกร้องที่ส่งไปไม่ถึงคนที่ได้รับหน้าที่ให้พูดแทนเหล่าสหวิชาชีพทั้งหมด ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นโฆษกศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.)

ในเมื่อการพูดแทนเป็นเพียงการแจ้งข่าวสารโดยรวมให้กับประชาชนรับทราบ แต่ไม่อาจแสดงให้เห็นความจริงหลายพันหลายหมื่นชุดที่อยู่กับความจริงอีกชุดหนึ่ง ความจริงที่มีผู้ป่วย COVID-19 จริง ความจริงที่ต้องตรวจร่างกายจริง ความจริงที่ต้องผลัดเวรเพื่อดูแลรักษาทั้งกายและใจคนไข้ ความจริงที่หน้ากากอนามัยขาดแคลนแต่รัฐกลับไม่สนใจใยดีที่จะช่วยเหลือให้ประชาชนมีอาวุธพื้นฐานในการป้องกันโรค ความจริงเหล่านี้ ไม่เคยถูกพูดถึง เหตุใดความจริงที่เกิดจากความจริงในการปฏิบัติจึงไม่มีความสำคัญเท่ากับความจริงที่อยู่บนยอดหอคอยที่คอยรับรายงานแล้วสรุปรวบรวมยอดลดทอนความจริงเป็นเพียงตัวเลขสรุปให้ประชาชนฟังในแต่ละวัน

บทสรุปของเสียงที่ไม่อาจเล่าให้ผู้อื่นฟังได้

การจะเขียนข้อสรุปสำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ ผู้เขียนจำต้องกลับไปหาคำถามของ Spoivak (1988) ที่ว่า “Can The Subaltern Speak?” subaltern มีผู้แปลไว้ด้วยคำว่า “ผู้ไร้เสียง” (สันติ เล็กสกุล, 2014) ในงานศึกษาวิจัยชิ้นนี้เลือกกลุ่มผู้ไร้เสียงคือสหวิชาชีพทางการแพทย์ ในบริบทของเมืองไทยสหวิชาชีพทางการแพทย์มักถูกยกให้เป็นบุคคลสำคัญหรืออยู่ในลำดับที่เหนือกว่า แต่แท้จริงแล้ว ในตำแหน่งแห่งที่ (location) ที่เหนือกว่านี้ กลับไม่สามารถส่งเสียงให้ดังไปได้กว่ากลุ่มบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลชั้นล่าง พวกเขาต่างตกอยู่ในตำแหน่งแห่งที่เดียวกันคือกลุ่ม “ผู้ไร้เสียง” และเรื่องเล่าของเขาถูกละเลยด้วยมาตรการต่าง ๆ ของรัฐที่พยายามลดทอนความจริงหลายหมื่นหลายพันชุดที่เหลือเพียงตัวเลขชุดเดียวคือ “จำนวนผู้ติดเชื้อ” เสียงและเรื่องราวความจริงฯ

ต่างๆ จึงไม่สามารถเล่าออกมาได้ รัฐพึงจำเป็นที่จะต้องรับฟังเสียงเหล่านี้และนำมาสู่การปฏิบัติต่อเสียงเหล่านี้อย่างชัดเจนด้วยการเปิดพื้นที่ให้เสียงเหล่านี้สามารถเล่าเรื่องความจริงที่เขาพบออกมาได้

บรรณานุกรม

- ทวีลักษณ์ พลราชม (2550) “งานเขียนของผู้หญิงโลกที่สามกับการตั้งคำถามญาณวิทยา” วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สันติ เล็กสกุล (2014). “ผู้ไร้เสียง” ในทัศนะของ กยาทรี จักรวรรตี สปิวัค (Gayatri Chakravorty Spivak). MFU Connexion: Journal of Humanities and Social Sciences, 3(2), 1-19. Retrieved from <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/MFUconnexion/article/view/241402>
- Spivak, Gayatri, Chakravorty. (1988) “Can The Subaltern Speak?”, in C. Nelson & L. Grossberg (eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, Basingstoke: McMillan Education