

ความเป็นศัลยแพทย์ (Surgeons)

GOOD SURGICAL PRACTICE FOR RESIDENTS – 2558

พลโท ศ.คลินิก นพ.ณรงค์ รอดวรรณะ, FACS, FICS, FRCST.
ภาควิชาศัลยศาสตร์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า (วพม.)
ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2550-52)

คำนำ (Introduction)

- I. ประวัติและพัฒนนาการของศัลยศาสตร์และศัลยแพทย์ (Development of Surgery)
- II. ความเป็นศัลยแพทย์และศัลยปฏิบัติที่ดี (Good Surgical Practice)
- III. ความเป็นศัลยแพทย์กับสมาคมวิชาชีพ (Professional Body for Surgeons)
- IV. ความเป็นศัลยแพทย์มีมืออาชีพ (Surgeon : A Noble Profession – Professionalism)

I. ประวัติและพัฒนนาการของศัลยศาสตร์และศัลยแพทย์ (Development of Surgery)

“Those who cannot remember the past are condemned to repeat it.”

Santayana.

▪ Surgery (From The Greek = “Cheirurgia”)

Cheir = Hand

Ergon = Work

“The branch of medicine that deals with the physical manipulation of a bodily structure to diagnose, prevent or cure of an ailment”

ต่อมาเรียกวิชาศัลยศาสตร์ว่า “Chirurgie” และเรียกศัลยแพทย์ว่า “Chirurgien” ซึ่งต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือ

ประการแรก	เป็นผู้ใฝ่ศึกษา	(Be learned)
ประการที่สอง	เป็นผู้มีความชำนาญ	(Expert)
ประการที่สาม	เป็นผู้ชาญฉลาด	(Be ingenious)
ประการที่สี่	เป็นผู้มีมารยาทและจริยธรรมสูง	(Well mannered)

▪ Development of Surgery

ความเป็นมาของศัลยศาสตร์นานเท่ากับความเป็นมาของมนุษยชาติ

- = **Ancient Surgery**
 - The Egyptians (3,100 BCE)
 - The Ancient Greeks (Hippocrates 500 BCE)
 - The Roman Empire (เริ่ม Anatomy – Physiology)
- = **Surgery in the middle ages** (5th – 15th Century) ศัลยศาสตร์ตกต่ำมาก เพราะประการแรกแยกไปจากวิชาแพทย์เลย ไม่ได้เรียนในวิทยาลัยแต่เรียนกับศัลยแพทย์เก่าๆ โดยฝากตัวเป็นลูกศิษย์ (Preceptorship) ประการที่สองทิ้งหรือไม่ศึกษาวิชากายวิภาคศาสตร์ ศัลยแพทย์ทำหน้าที่เป็นช่างตัดผม – ถอนฟัน – ตัดแขนขา – และเข้าเฝือกเท่านั้น (**Barber Surgeons**) เกิด “Chirurgia Magna” (Great Surgery – 1363) เป็น Standard Textbook ขึ้นใช้ ในยุคนี้ผู้หญิงจะเป็นศัลยแพทย์ไม่ได้
- = **Surgery in the 10th century** ศัลยแพทย์ชาวฝรั่งเศส “**Ambroise Paré**” (1510-1590) ได้รับการยกย่องเป็น Father of Modern Military Surgery
- = **Surgery in the 19th century** เป็นยุคของ **Modern Surgery (Scientific Surgery)** เริ่มยุคของการค้นพบและใช้ Anesthesia (1840), Antiseptics (1847), X-rays (1895) **Dr. John Hunter** (1728-1793) ได้รับการยกย่องให้เป็น Father of Modern Scientific Surgery
- = **Surgery in the 20th century** เป็นยุคของ **Modern Technologies** เริ่มตั้งแต่ Electrosurgery, Openheart Surgery (1953), Endoscopy and Transplantation (1950s), Laser Surgery, Minimally Invasive Surgery, Computer Assisted Surgery, Robotic Surgery (1985), Keyhole Surgery, Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) และ Endovascular Technique Surgery เป็นต้น
- = **Surgery in the 21st century** ของใหม่ คือ **Face Transplantation, Leg Transplantation, Womb Transplantation** เป็นต้น Face Transplantation ใช้เวลา 20 ชั่วโมง “3 Team Transplant Surgery” รวม 30 คนที่ Brigham and Women’s Hospital in Boston, MA.

Training of Surgeons :

เพื่อให้ได้ Proper Qualifications ทำได้ 3 ระบบที่เริ่มใช้มาจากอดีตจนถึงปัจจุบัน คือ

1. **Simple Apprenticeship** คือ การไปสมัครตัวเป็นลูกศิษย์ ไปรับใช้ – ช่วยงาน – และเรียนรู้จากอาจารย์นานจนไปทำเองได้
2. **Transfer of knowledge from father to son** เป็นการเรียนรู้จากบิดาหรือญาติผู้ใหญ่ในครอบครัวเดียวกัน เป็นการสืบทอดมรดกทางวิชาชีพแพทย์
3. **Conventional Training** คือ การฝึกอบรมแบบแพทย์ฝึกหัด – แพทย์ประจำบ้าน ในสถาบันที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสถาบันทางการศึกษาของแพทย์ “**Father of the Modern Residency System in Surgery**” ทางยุโรป คือ Bernard von Langenbeck (1810-1887 ประเทศเยอรมัน) และทางสหรัฐ คือ William Halsted (1852-1922)

II. ความเป็นศัลยแพทย์และศัลยปฏิบัติที่ดี (Surgeons and Good Surgical Practice)

▪ คำนำ

ประเทศไทยมีประชากรประมาณ 67 ล้านคน มากเป็นอันดับที่ 19 ของโลกจาก 214 ประเทศ มีขนาดของเศรษฐกิจใหญ่เป็นอันดับที่ 33 ของโลก และมีรายได้ประชาชาติต่อหัวของประชากรเป็นอันดับที่ 88 ของโลก เรามีแพทย์ต่อประชากร 3:10,000 หรือประมาณ 1:3,000 เศษ (WHO-2011) ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมี 1:500-1,000 เมื่อสิ้นปีงบประมาณปี 2555 มีการประมาณการว่าประเทศไทยขาดบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ คือ ขาดพยาบาล 50,000 คน – ขาดแพทย์ 20,000 คน – และขาดทันตแพทย์ 5,000 คน ขณะนี้เราผลิตพยาบาลได้เพียงปีละ 8,000 คน แพทย์ปีละ 2,500 คนจากโรงเรียนแพทย์ 20 แห่ง ในส่วนจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยศาสตร์สาขาต่างๆ 10 สาขาจนถึงปี 2555 มีรวม 4,102 คน (และสาขาออร์โธปิดิกส์อีกประมาณ 1,500 คน) เรายังขาดแคลนแพทย์โดยรวมเป็นจำนวนมากเพราะฉะนั้นทุกสาขาของศัลยศาสตร์ก็ขาดแคลนไปด้วย โดยสาขาที่จำเป็นและขาดแคลนมาก คือ สาขาศัลยศาสตร์ทั่วไปที่ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

1. เป้าประสงค์ในการผลิตนักศึกษาแพทย์ เพื่อให้ได้แพทย์ที่ดีในอนาคต (**Professional Objectives for Medical Students** – Consortium of Medical School) มี 4 ประการ คือเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพแพทย์สูง (**Clinical Competency**) ประการที่ 2 เป็นผู้ที่ทำให้การสนับสนุนการแพทย์และการสาธารณสุข (**Health Science Supporters**) ประการที่ 3 เป็นผู้ที่ไม่รู้ใฝ่ศึกษาตลอดชีวิตของความเป็นแพทย์ (**Life-Long Educator**) และประการที่ 4 ต้องเป็นผู้บริหารที่ดีคือบริหารงานวิชาชีพแพทย์ – บริหารชีวิตส่วนตัว – บริหารชีวิตครอบครัว – และบริหารชีวิตสังคม ฯลฯ (**Good Administrator**) ซึ่งเป็นการบริหารเวลาให้สมดุลและเหมาะสม

2. เป้าประสงค์ในการผลิตแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้ได้ศัลยแพทย์ที่สมบูรณ์ในอนาคต (**Professional Objectives for Residency Training**) คือ เป็นผู้ให้บริการการรักษาโดยการผ่าตัดอย่างดี (**Clinical Surgical Service**) เป็นผู้ให้การสอน – การศึกษาต่อผู้ร่วมงานและรุ่นน้องได้ (**Teaching**) เป็นผู้ที่แก้ปัญหาโดยการทำการวิจัยและเพื่อการพัฒนา (**Research and Development**) และเป็นผู้ทำงานที่ได้รับมอบหมายอื่นจากหน่วยงาน จากโรงพยาบาล หรือจากสังคมที่เกี่ยวข้อง (**Miscellaneous**) แพทย์ประจำบ้านทางศัลยศาสตร์เมื่อจบได้เป็น “ศัลยแพทย์” นี้คือหน้าที่หลักของท่าน **Service – Teaching – Research – and Miscellaneous**

3. ความเป็นแพทย์ที่ดีในทัศนะของเพื่อนร่วมวิชาชีพและของสาธารณชน (**Virtue Standards Expected of The Good Physicians By Both The Profession and Public - ACS**) โดยประการ

แรกต้องมีความซื่อสัตย์ ไม่คดโกง เห็นแก่ได้ เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน (**Integrity**) ประการที่สองต้องเป็นผู้มีความเมตตากรุณา – สงสาร – ช่วยเหลือให้พ้นทุกข์จากการเจ็บป่วยและเห็นใจ – เอาใจเขามาใส่ใจเรา (**Compassion, Sympathy, Empathy**) ประการที่สามต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพแพทย์อย่างสูง (**Clinical Competency**) ประการที่สี่เป็นผู้ที่มีความละเอียดละออ – ทั่วถึง – และคิดแบบองค์รวม (**Thoroughness and Holistic Approach**) อย่างรักษาเพียงโรคหรือไข้ของเขา ต้องรักษาคนไข้ทั้งคนตลอดจนญาติของเขาด้วย

4. “การรักษาผู้ป่วยพิจารณาในแง่ของจริยธรรม” (Crucial Component in Ethical Aspects of Clinical Practice – ACS.) ซึ่งเราต้องยึดมั่นโดยคำนึงถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (**Medical Indications**) เป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ต้องคำนึงถึงความปรารถนา – ความต้องการของผู้ป่วย (**Patient Preferences**) เป็นข้อพิจารณาด้วย นอกจากนี้ยังมีปัญหาภายนอกอื่น ๆ ร่วมด้วย อาทิเช่น ค่าใช้จ่ายในการตรวจในการรักษาที่แพงขึ้นของการแพทย์สมัยใหม่ ใครเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (**Payers**) ต้องรู้และใช้บริการให้ถูกว่าเป็นระบบราชการ – ระบบประกันสังคม – ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) – หรือระบบของบริษัทประกันสุขภาพ ปัญหาอื่น เช่น ความเชื่อทางศาสนา – ความเชื่อทางสังคม – ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต้องนำมาพิจารณาด้วยเสมอ

5. Good Surgical Practice (จาก The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Outcome Project : An Introduction, 2005) <http://www.acgme.org/ouleory/poice> พอจะสรุปเป็นมาตรฐานหลักได้ 3 ประการ ได้แก่

- A. **Standard of Competency** คือ มาตรฐานของความสามารถหรือความชำนาญในการทำเวชปฏิบัติทางศัลยกรรม
- B. **Standard of Conduct** คือ มาตรฐานของความประพฤติ – ของจริยธรรม – การวางตัวต่อผู้ป่วยและต่อสังคม
- C. **Standard of Care** คือ มาตรฐานของการดูแลรักษาที่ดี – ในภาวะปกติ – หรือในภาวะฉุกเฉิน – หรือในการดูแลผู้ป่วยเด็ก – หรือในผู้ป่วยปลุกถ่ายอวัยวะ

พอจะสรุปได้ว่าศัลยปฏิบัติที่ดีสำหรับการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านประกอบไปด้วย

1. การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างดี (Patient Care)
2. ศึกษาให้มีความรู้ทางการแพทย์อย่างดี (Medical Knowledge)
3. สร้างตนให้มีความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)
4. ทำเวชปฏิบัติทางศัลยศาสตร์อย่างรู้และมีระบบ (System-Based Practice)
5. เรียนรู้และพัฒนาในสิ่งที่ต้องนำไปใช้ทำเวชปฏิบัติ (Practice-Based Learning and Improvement)
6. ศึกษาให้มีทักษะในเรื่องมนุษยสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสาร (Interpersonal and Skills)

หมายเหตุ - ดูเอกสารแนบท้ายสรุปการบรรยายในลำดับต่อไป

- ประกาศราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องคำแนะนำว่าด้วยศัลยปฏิบัติที่ดี พ.ศ.2552

6. ความเป็นศัลยแพทย์มืออาชีพ (**Path to Surgical Professionalism**) มีคำจำกัดความหรือ Definition คือ

- A. Career – Occupation – Vocation – Job – Work แปลว่า **อาชีพ** – การงาน – การดำเนินอาชีพ – การหาเลี้ยงชีพ
- B. Profession หมายถึง **วิชาชีพ**ในสาขาวิชาต่าง ๆ
Professional หมายถึง **คนที่ประกอบวิชาชีพ**ในสาขาวิชาต่าง ๆ หรือ **คนมืออาชีพ**
Professionalism หมายถึง **ความเป็นมืออาชีพ**ในสาขาวิชาต่าง ๆ
- C. Professional Bodies หมายถึง **สมาคมวิชาชีพต่าง ๆ** เช่น สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอก, ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ เป็นต้น
- D. **Professionalism** ต้องมีองค์ประกอบครบถ้วน 6 ประการ คือ
- ประการแรก เป็นความรู้ในสาขาวิชาพิเศษ (Specialized Knowledge or Applied Subject or Science)
- ประการที่สอง มีการศึกษาหรือฝึกอบรมเป็นระยะเวลานาน (Prolonged Academic Training)
- ประการที่สาม มีการสอบในสาขาวิชานั้นๆเพื่อให้มีวิทยฐานะ (Formal Qualification)
- ประการที่สี่ มีสมาคมวิชาชีพในสาขานั้นๆควบคุม (Regulated by Professional Bodies)
- ประการที่ห้า มีการสอบเพื่อให้ได้ไปประกอบวิชาชีพโดยรัฐและมีกฎหมายรองรับ (Regulated by Examining and Licensing Authority)
- ประการที่หก มีกฎเกณฑ์ควบคุมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพนั้นๆ (Regulated by Ethical Code of Practice)

7. จากที่เคยเป็นแพทย์ประจำบ้านมาก่อน และมาเป็นผู้ให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ (From The Trainee to The Trainer) สิ่งที่ได้พบ – ไม่ได้ – แต่แก้ไขและพัฒนาได้ ในระบบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของเรา คือ **“ความเปลี่ยนแปลงที่อยากเห็น”**

1. ความตรงต่อเวลา (**Punctuality**) ในทุกวโรกาส ทั้งผู้เรียน/ผู้เข้าประชุมและผู้สอน
2. การเตรียมตัวที่ดี – การเตรียมการณที่ดี (**Well Organized**) ในการเข้าประชุมและเข้าห้องผ่าตัด
3. ความสม่ำเสมอ – เสมอต้นเสมอปลาย (**Persistence**) ตลอดการฝึกอบรมอันยาวนาน
4. ความร่วมมือที่ดี (**Well Collaborated**) จากเพื่อนต่างสาขาวิชา
5. ความขยัน – อดทน – มุ่งมั่น (**Diligent, Patient, Determined**) ที่จะเป็นศัลยแพทย์ที่ดี
6. เป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ (**Academic, Social etc.**) ทุกสมาคมที่เกี่ยวข้อง
7. เป็นอาชีพที่มีเกียรติสูงยิ่ง (**Noble Professional**) วางตน – ใช้อำนาจ – มีจิตใจสูง อย่างเหมาะสม

=====

2. ความเป็นตลยแพทย์กับสมาคมวิชาชีพ (Professional Body for Surgeons) นั้นการเป็นสมาชิกของสมาคมฯเป็นองค์ประกอบประการหนึ่งของความเป็นตลยแพทย์มืออาชีพ โดยทั่วไปวัตถุประสงค์ของสมาคมวิชาชีพทางตลยศาสตร์จะประกอบไปด้วยการส่งเสริมและแลกเปลี่ยนความรู้ทางด้านตลยศาสตร์ให้ก้าวหน้าและทันสมัยอยู่เสมอ – สนับสนุนการวิจัยวิชาตลยศาสตร์ – ส่งเสริมความสามัคคีระหว่างสมาชิก – ให้การฝึกอบรมวิชาทางตลยศาสตร์แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ – เผยแพร่ความรู้ด้านตลยศาสตร์แก่ประชาชน – ช่วยเหลือประชาชนในด้านการป้องกันและรักษาโรคทางตลยศาสตร์ – ร่วมมือและประสานงานกับสถาบันทางวิชาการและองค์กรการกุศลอื่น ๆ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของสมาคมฯ – และไม่ดำเนินการใดๆที่เกี่ยวกับการเมือง เป็นต้น

3. คุณสมบัติของสมาชิกของสมาคมฯจะต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติหรือ Board Certified ในสาขาวิชาของสมาคมฯ แสดงถึงความเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการรับรองระดับชาติหรือระดับนานาชาติ ทั้งจะต้องเป็นผู้ที่มีความประพฤติเรียบร้อย – เป็นคนดี – มีคุณธรรม มีจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพหรือทำเวชปฏิบัติ – เป็นผู้ทรงเกียรติ ได้รับการยอมรับของผู้ร่วมวิชาชีพและสาธารณชนเป็นระยะเวลานานระดับหนึ่ง เมื่อได้รับสมาชิกภาพแล้ว แพทย์ท่านนั้นก็จะได้รับ **“สิทธิของสมาชิกของสมาคมฯ”** ต่างๆ ตั้งแต่มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ทางวิชาการประจำปีของสมาคมฯทั้งในฐานะผู้เข้าฟังและหรือผู้บรรยายเสนอผลงานทางวิชาการหรืองานวิจัย – มีสิทธิรับสวัสดิการต่างๆที่สมาคมฯจัดให้มี เช่น ทูตศึกษาต่อหรือทุนศึกษาดูงานต่างประเทศ ทุนวิจัย – มีสิทธิเข้าใช้สถานที่ของสมาคมฯเพื่อกิจกรรมต่างๆ – มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานของสมาคมฯต่อกรรมการบริหาร คือ มีส่วนร่วมในกิจกรรม – มีสิทธิในการเลือกตั้ง หรือได้รับเลือก หรือแต่งตั้งเป็นกรรมการบริหาร และมีสิทธิออกเสียงลงมติต่างๆในที่ประชุมได้คนละ 1 คะแนนเสียงโดยเท่าเทียมกัน – **นอกจากนี้ยังได้รับเกียรติให้ใช้อักษรย่อของความเป็นสมาชิกของสมาคมฯต่อท้ายชื่อและต่อท้ายคำย่อปริญญาที่ได้รับ เช่น FRCST (Fellow of Royal College of Surgeons of Thailand), FACS (Fellow of American College of Surgeons), FICS (Fellow of International College of Surgeons) เป็นต้น** ซึ่งแสดงถึงความยอมรับของความเป็นผู้เชี่ยวชาญ – ผู้มีจริยธรรมแห่งวิชาชีพ – ผู้ได้เกียรติยกย่องจากระดับชาติและหรือระดับนานาชาติ

4. เมื่อได้รับสิทธิของความเป็นสมาชิกของสมาคมฯแล้ว “ท่านต้องมีหน้าที่” ในการปฏิบัติและตอบแทนต่อสมาคมด้วย นับตั้งแต่ต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับของสมาคมฯโดยเคร่งครัด – **มีหน้าที่**ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินกิจการต่างๆของสมาคมฯ – **มีหน้าที่**ร่วมกิจกรรมที่สมาคมฯได้จัดขึ้นทั้งด้านการประชุมทางวิชาการและทางสังคม – **มีหน้าที่**ช่วยเผยแพร่ชื่อเสียงของสมาคมฯให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย – **มีหน้าที่**ประพฤติตนให้สมกับเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคมฯ เป็นต้น ในต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว การที่จะรับตลยแพทย์คนหนึ่งให้เข้ามาทำงานในโรงพยาบาลหรือเป็นอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ แพทย์ท่านนั้นนอกจากจะได้ปริญญาบัตรแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว ยังดูว่าท่านได้วุฒิบัตรหรือ Board Certified แล้ว ยังดูว่าท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพใดที่เกี่ยวข้องบ้าง เช่น ถ้าจะรับตลยแพทย์ทั่วไปท่านต้องเป็นสมาชิกของสมาคมตลยแพทย์ทั่วไป – เป็นสมาชิกของสมาคมโรคทางเดินอาหาร

– เป็นสมาชิกของสมาคมแพทย์อุบัติเหตุ – เป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยแห่งประเทศไทย – หรือระดับนานาชาติก็จะเป็น FICS หรือ FACS เป็นต้น ถ้าจะรับศัลยแพทย์ทรวงอกเข้าทำงาน – ท่านต้องเป็นสมาชิกของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอก – ท่านต้องเป็นสมาชิกของแพทย์โรคหัวใจ – ท่านต้องเป็นสมาชิกของสมาคมอูรเวช – และเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดเป็นเครื่องรับรองและประกันคุณภาพของศัลยแพทย์ท่านนั้น ขณะนี้เรามีศัลยแพทย์สาขาต่างๆ 4,000 คนเศษ และมีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์อีก 1,500 คนเศษ แต่มีสมาชิกของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยเพียง 3,000 คนเศษเท่านั้น แสดงว่าศัลยแพทย์ที่ไม่ได้เข้าเป็นสมาชิก ไม่ใช่ศัลยแพทย์มืออาชีพที่สมบูรณ์ และจะไม่ได้การยอมรับในความเป็นศัลยแพทย์ตามกฎหมาย

“อย่าถามว่าเป็นสมาชิกของสมาคมหรือของราชวิทยาลัยแล้วได้อะไร? โปรดถามตัวเองว่าเป็นสมาชิกของสมาคมหรือของราชวิทยาลัยแล้วท่านให้อะไร?” เกิดมาเป็นมนุษย์และมีอวัยวะครบ 32 ประการถือว่าดีที่สุดแล้ว ยังมีโอกาสได้ศึกษาเล่าเรียนและฝึกอบรมได้เป็นศัลยแพทย์ยิ่งดีขึ้นไปอีก ดีกว่ามนุษย์ทั่วไปอีกจำนวนมาก มีขีดความสามารถมากกว่าเลี้ยงตัวเองได้ มีความสามารถมากกว่าเลี้ยงครอบครัว จนสามารถเลี้ยงและเผื่อแผ่ต่อสังคมได้ ท่านจึงควรเป็นผู้ให้มากกว่าเป็นผู้รับ

IV. ความเป็นศัลยแพทย์มืออาชีพ

SURGEON: A NOBLE PROFESSION – PROFESSIONALISM

1. คำนำ

โดยทั่วไปเมื่อพูดถึง “มืออาชีพ” (Profession) ซึ่งเอาจริง ทำจริง มักนึกถึงคำตรงข้ามคือ “มือสมัครเล่น” (Amateur) ซึ่งไม่เอาจริงเอาจริง ทำเล่นๆ และใช้กันมากในเรื่องของการกีฬา เช่น สมาคมกีฬากอล์ฟอาชีพ (Professional Golf Association – PGA), สมาคมมวยอาชีพ (World Boxing Association – WBA), สมาคมเทนนิสอาชีพ (Professional Tennis Association – PTA) เป็นต้น ในวิชาชีพและอาชีพการงานก็มีความแตกต่างกัน ผู้ประกอบอาชีพการงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพและครอบครัว คือ ผู้ใช้แรงงาน หรือกรรมกร หรือคนงาน หรือพ่อค้าแม่ค้า ฯลฯ แต่ผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาวิชาต่างๆ (Professional, A professional is a person) ต้องมีความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) นั้นต่างกัน โดยต้องมีคุณสมบัติหลายประการและต้องครบถ้วน มีผู้ประกอบวิชาชีพหลายสาขาที่ได้รับการยกย่องมากเป็นพิเศษ (ในอดีต) ซึ่งวิชาชีพแพทย์เป็นสาขาหนึ่งที่ได้รับการยกย่องนับถือมาก ในปัจจุบันความนิยมลดลง ซึ่งมีเหตุปัจจัย คือ การเปลี่ยนแปลง (Change) ของโลก – ของสังคม – ของคน – ของผู้ป่วย – ของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ จะทำอย่างไรกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เพื่อให้วิชาชีพสาขาการแพทย์ของเรากลับมาเป็นที่นิยมยกย่องสรรเสริญ ส่งผลดีต่อสุขภาพของสังคมและต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

2. วิชาชีพที่ได้รับการยกย่องและนับถือจากสังคมระดับสากลที่กล่าวไว้ในอดีต (The Four Noble Professions) คือ วิชาชีพแพทย์ (Health Profession or Medicine) วิชาชีพกฎหมาย (Justice or Laws) วิชาชีพครู (Truth or Education) และวิชาชีพนักสอนศาสนาหรือพระ (Virtue or Religion or Divinity) สำหรับสังคมไทยบุคคลที่มีคุณธรรมสูงเป็นที่เคารพนับถือ คือ พระ – ครู – และแพทย์ แต่ในปัจจุบันนี้มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น (Change or Quiet Revolution) โลกเปลี่ยนไป สังคมเปลี่ยนไป คนเปลี่ยนไป ผู้ป่วยเปลี่ยนไป แพทย์เปลี่ยนไป ดังนั้น ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและของแพทย์ซึ่งสำคัญมากได้เปลี่ยนไปด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าความนิยมของวิชาชีพแพทย์ลดต่ำลง มีนักศึกษาที่เรียนดีเลือกเรียนแพทย์น้อยลง จะส่งผลให้ในอนาคตคุณภาพของการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลโดยรวมลดลง ทั้งๆที่ความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์เกิดขึ้นตลอดเวลา

3. “อาชีพ หรือ การดำเนินอาชีพ หรือ งาน หรือ การงาน” มีคำที่ใช้กันในภาษาอังกฤษหลายคำ คือ “Career – Occupation – Vocation – Job – Work” ซึ่งเป็นการทำงานอะไรก็ได้ไปตลอดชีวิตเพื่อเลี้ยงตัวและหรือครอบครัว แต่ “ความเป็นมืออาชีพ” (Profession –Professionalism) นั้นต่างออกไปเพราะต้องมีองค์ประกอบครบถ้วน คือ ประการแรกเป็นความรู้ในสาขาวิชาพิเศษ (Specialized Knowledge or Applied Subject or Science) ประการที่สองมีการศึกษาหรือฝึกอบรมเป็นระยะเวลานาน (Prolonged Academic Training) ประการที่สามมีการสอบในวิชานั้นๆเพื่อให้มีวิทยฐานะ (Formal Qualification) ประการที่สี่มีสมาคมวิชาชีพในสาขานั้นๆควบคุม (Regulated By Professional Bodies) ประการที่ห้ามีการสอบเพื่อให้ไปประกอบวิชาชีพโดยรัฐและมีกฎหมายรองรับ (Regulated By Examining And Licensing Authority) ประการที่หกมีกฎเกณฑ์ควบคุมจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพนั้นๆ (Regulated By Ethical Code Of Practice) ต้องมีองค์ประกอบครบถ้วนจึงเรียกว่า “ความเป็นมืออาชีพ” ปัจจุบันนี้พบว่าแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญแล้ว ไม่ชอบที่จะสมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพนั้นๆหรือเป็นก็ไม่ใช่สมาชิกที่ดี มักถามว่าเป็นแล้วได้อะไร? – สมาคมให้อะไร? ไม่เข้าไปมีส่วนร่วม (Participation) ในกิจกรรมหรือการประชุมทั้งด้านวิชาการและด้านสังคมเพื่อความเป็นปึกแผ่นความสามัคคี ไม่เข้าไปช่วยกิจกรรมโดยเฉพาะการศึกษาต่อเนื่อง (Contribution) เช่น การเสนอผลงานทางวิชาการ การบรรยายการเรียนการสอน ไม่เข้าไปร่วมรับผิดชอบบริหารจัดการกิจกรรม (Responsibility) ให้สาขาวิชานั้นๆยั่งยืนเจริญรุ่งเรือง เป็นเพียงผู้ประกอบอาชีพแพทย์ (Career) รับจ้างเป็นแพทย์รักษาคนป่วยเพื่อหารายได้เลี้ยงตัวเองหรือครอบครัวเท่านั้น ไม่เข้าสมาคม ไม่ทันสมัย ตกโลก และมีพฤติกรรมเพี้ยนๆในการทำเวชปฏิบัติซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะ ไม่ใช่แพทย์ผู้มีความเป็นมืออาชีพ (Profession) อุทิศชีวิตเพื่อวิชาชีพ เพื่อสมาคมวิชาชีพของตน – เพื่อความเจริญของวิชาชีพและของสังคมในที่สุด

4. โลกเปลี่ยนไป – สังคมเปลี่ยนไป – คนเปลี่ยนไป – คนไข้และแพทย์เปลี่ยนไป ทำให้เกิดสิ่งใหม่ๆ ที่ทั้งดีและไม่ดีขึ้น ทิศทางของโลกยุคใหม่ที่เกิดขึ้น (New Trend in Global Perspective) คือ ความตื่นตัวในภาวะโลกร้อนที่ส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติแปลกๆมากมาย – การพัฒนาการ

เกี่ยวกับความสุขของมนุษย์เปลี่ยนไปไม่ใช่จากความมั่งคั่งจากการมีการศึกษาสูงเท่านั้น การอยู่กับธรรมชาติ คุณค่าทางจิตใจ คุณค่าทางวัฒนธรรม – เศรษฐกิจพอเพียงเดินสายกลางและมีภูมิคุ้มกัน – ทุนทางสังคมและความมั่นคงทางการเมืองต่างเป็นบรรณานุกรมของการพัฒนาไปสู่ความสุขของมนุษย์ – การเปลี่ยนจากศตวรรษของอุตสาหกรรมที่ทิ้งกากและของเสียทำลายธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมไปสู่ศตวรรษของข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต ไอแพด ไอโฟน และหุ่นยนต์ซึ่งมีทั้งส่วนดีและไม่ดี นอกจากนี้ ผลประโยชน์ทับซ้อนของบริษัทยาและเวชภัณฑ์กับแพทย์หรือสมาคมทางการแพทย์มีมากขึ้น (Conflict of Interest) ซึ่งมีผลต่อเวชปฏิบัติและจริยธรรม – การเปลี่ยนของสังคมที่เห็นสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมนำไปสู่การต่อสู้เพื่อสิทธิของตนและสังคมโดยกลุ่ม NGO (Non-Government Organization) และสู่ความเป็นโลกของสตรี สตรีขึ้นมามีบทบาทและความเป็นผู้นำในสังคมเทียบเท่าและหรือมากกว่าบุรุษ โดยเฉพาะในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำหรับทันตแพทย์ เกสัชกร พยาบาล เทคนิคการแพทย์ กายภาพบำบัด ฯลฯ มีสตรีมากกว่าบุรุษนานแล้ว (ยกเว้นแพทย์) แต่ปัจจุบันนี้ไม่ยกเว้นแล้ว เพราะนักศึกษาทุกๆ สาขาวิชาในมหาวิทยาลัยรวมถึงแพทย์ขณะนี้ทั่วโลกเป็นสตรีมากกว่าร้อยละ 50 รวมถึงศัลยแพทย์ที่เคยมีแต่บุรุษเท่านั้น – เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทุกสาขาทางการแพทย์และการกระจายที่ไม่ทั่วถึงส่งผลต่อเวชปฏิบัติให้มีความผิดพลาดเกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล มีการฟ้องร้องมากมาย – การเปลี่ยนแปลงของแพทย์ในยุคปัจจุบันได้เกิดขึ้นอย่างชัดเจน สมัยในอดีตความเป็นแพทย์มืออาชีพจะอุทิศชีวิตเพื่อวิชาชีพตลอด 24 ชั่วโมง ทำงานในคลินิกหรือโรงพยาบาลจะยินดีถูกตามดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาแม้ยามค่ำคืน แพทย์ปัจจุบันจะทำงานเป็นเวลาที่กำหนดเท่านั้น หรือทำเวชปฏิบัติเป็นกลุ่ม 3-4 คน หมุนเวียนกันทำงาน (**Change from Private Practice to Group Practice or Hospital Based Practice**) ทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและแพทย์ขาดไป ทำงานไม่เกินอาทิตย์ละ 60-80 ชั่วโมง ทำงานเฉพาะเวลาที่ต้องการ (Part Time) และในสาขาที่ตนเลือกซึ่งงานเบาเท่านั้น (Experts หรือ Sub-Specialists) เพราะได้รับค่าตอบแทนพอเพียงอยู่แล้ว ทั้งนี้ด้วยเหตุผลของการสร้างความสมดุลของชีวิตความเป็นแพทย์และชีวิตครอบครัว

5. ความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและญาติในยุคปัจจุบันเกิดขึ้นหลายประการ จากการที่เคยรับฟังและให้ความไว้วางใจแพทย์ เกิดความไม่ไว้วางใจ จะขอข้อมูลและตัดสินใจเองหรือหา **Second Opinion** ผู้ป่วยเคยเชื่อในสัจธรรมเกิด – แก่ – เจ็บ – ตาย / ถ้าไม่ถึงที่ตายคงไม่ตาย แต่ปัจจุบันความทันสมัยของการแพทย์และเครื่องมือช่วยชีวิตต่างๆ ถึงมือแพทย์แล้วต้องไม่ตาย – ความคาดหวังสูง – ถ้าตายต้องมีผู้รับผิดชอบเป็นความผิดของแพทย์ สมัยก่อนแพทย์ไม่คิดเงิน (ยาขอ หมอวาน) – ขอบคุณแพทย์และมีบุญคุณต่อกัน สมัยนี้ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงิน (มีสวัสดิการจากราชการ – จากประกันสังคม – จาก สปสช. – ฯลฯ) ได้ฟรีและไม่มีบุญคุณต่อกัน สมัยก่อนไม่มีการขอจ่ายเงินชดเชยเบื้องต้น (เป็นหลักปฏิบัติประการหนึ่งของ สปสช.) เมื่อเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นธรรมชาติของโรคและการรักษาโรค ปัจจุบันได้รับเงินชดเชยเลยคิดว่าแพทย์ผิดและฟ้องแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่าสังคมโดยรวมของคนไทยก็มีปัญหา คนไทยมีนิสัยขี้สงสัยสารมึเมตตากฎหมายแต่ขาดมุกตาอุเบกขา สนับสนุนคนด้อยโอกาสโดยไม่ดูเหตุผลและข้อเท็จจริง คนไทยให้ความเห็นใจผู้ป่วยผู้เดือดร้อนสำคัญกว่าความถูกต้อง คนไทยสนใจข่าวร้ายมากกว่าข่าวดี หนังสือพิมพ์ลงข่าวร้ายฟรีจะลงข่าวดีต้องจ่ายเงิน คนไทยสนใจความล้ม

เหลวมมากกว่าความสำเร็จ ไม่ยกย่องคนดีคนประสบความสำเร็จเท่าที่ควร คนไทยส่วนใหญ่เชื่อง่ายไม่คิดถึงเหตุผลและยังเชื่อไสยศาสตร์มาก คนไทยชอบสนใจเรื่องของคนอื่นโดยเฉพาะข่าวในด้านลบ คนไทยชอบการพนันชอบเสี่ยงโชคเพื่อได้เงิน การฟ้องร้องเหมือนเล่นเกมการพนันไม่ได้ก็เสียหรือเจ้าเท่าทุน และการฟ้องร้องลงทุนน้อย ทั้งหลายทั้งปวงมีผลต่อวิชาชีพแพทย์ของเราทั้งสิ้น ทำให้ความนิยมในวิชาชีพแพทย์ลดลง

“การรักษาผู้ป่วยพิจารณาในแง่ของจริยธรรม” (Crucial Component in Ethical Aspects of Clinical Practice – ACS) : A) ต้องคำนึงถึงข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Surgical Indications) สำคัญที่สุดของศัลยแพทย์ และศัลยแพทย์ต้องมีข้อมูลต่างๆของการเจ็บป่วย – ของประวัติทั้งปัจจุบันและอดีต – ของการตรวจร่างกายที่ละเอียด – ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ – ประมวลข้อมูลต่างๆก่อนที่จะพิจารณาลงมือผ่าตัด – จะเลือกวิธีผ่าตัดใดทางเลือกที่ 1-2-3 – แต่ละทางมีโรคแทรกซ้อนอะไรบ้าง (Complication – Morbidity) และถ้าเกิดขึ้นจะแก้ไขอย่างไร – แต่ละทางเลือกมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากน้อยแค่ไหน (Mortality Rate) ศัลยแพทย์จึงต้องคิดให้รอบคอบ – ตัดสินใจให้ดีๆก่อนลงมือผ่าตัด

“Surgeons make more decisions than incisions”

B) ต้องคำนึงถึงความปรารถนาของผู้ป่วย (Patient Preferences)

C) ต้องคำนึงถึงปัญหาภายนอกต่าง ๆ (External Factors) อาทิเช่น

- ค่าใช้จ่ายที่แพง (High Cost of Medical Care)

- ผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาล (Payors) ซึ่งประกอบไปด้วยระบบราชการ และรัฐวิสาหกิจ – ระบบประกันสังคม – ระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช. – 30 บาทรักษาทุกโรค) – ระบบบริษัทประกันสุขภาพหรือการจ่ายเอง – ต้องรู้และใช้ให้ถูกมิฉะนั้นจะเกิดปัญหาได้

- พิจารณาถึงหลักจิตวิทยา – จิตใจ – ศาสนา – วัฒนธรรมของสังคม ฯลฯ

ท้ายที่สุดศัลยแพทย์ต้องทราบ “ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์” (Hierarchy of Needs By Maslow) ซึ่งทุกคนมีความต้องการความปกติสุขของร่างกาย (Physiologic Needs) กินได้ – ถ่ายได้ – สืบพันธุ์ได้ – นอนหลับได้ – สุขภาพแข็งแรง ทุกคนมีความต้องการทางด้านความมั่นคงความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน (Security Needs) ทุกคนมีความต้องการด้านสังคม – มีสังคม เข้าสังคมได้ – เป็นที่ยอมรับของสังคม (Social Needs) ทุกคนมีความต้องการมีฐานะเด่น – มีชื่อเสียง – มีลาภยศสรรเสริญสุข (Esteems Needs) และทุกคนมีความต้องการสำเร็จตามที่คิดฝันไว้ (Self-Actualization) ทั้งหมดเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิตที่มนุษย์ทุกคนต้องการ โดยเฉพาะแพทย์เราต้องทราบว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยและญาติด้วย ท่านเป็นแพทย์แล้วมา 2-3 ปี – ท่านกำลังเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านทางศัลยศาสตร์ 4-6 ปี – ท่านก็จะเป็น “ศัลยแพทย์” อีก 30-50 ปีตลอดชีวิตของท่าน
