

อาสาสมัครกู้ชีพ:  
กระบวนการสร้างตัวเลข อัตวิสัยจริยธรรม และสัมปชัญญะทางสังคม

สุนมมาลย์ ลิงหะ \*

นักวิชาการ มุลินธิสาธารณสุขแห่งชาติ

---

วันที่รับบทความ 18 ตุลาคม 2562

วันที่แก้ไขบทความ 9 ธันวาคม 2562

วันที่ตอบรับบทความ 11 ธันวาคม 2562

---

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเข้าใจการทำงานของระบบราชการที่ใช้ “สถิติ” เป็นเครื่องมือ จำแนกแยกแยะการบริหารลูกเงิน การปฏิรูปศีลธรรมและพรมแดนการเมือง ผู้วิจัยเลือกถนนชานเมือง กรุงเทพมหานครเป็นสนามเพื่อสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครกู้ชีพ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการลูกเงิน ผู้ประสบเหตุบนท้องถนน เอ็นจีโอ และหน่วยงานราชการ เป็นระยะเวลา 12 เดือน การจัดการเหตุฉุกเฉิน อ้างอิงความรู้ระบาดวิทยาที่อาศัยตัวเลข และสถิติในการประเมินการช่วยเหลือลูกเงิน จากสมมุติฐานที่มองผู้ประสบภัยเป็นเพียงหน่วยประมวลข้อมูล ซึ่งเป็นการมองผู้คนอย่างแยกขาด และนำเสนอผู้คนราวกับว่าต่างคนต่างแยกไปวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์อยู่ตัวคนเดียว ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบจากภาคสนามพบว่าการตัดสินใจกระทำการอาสาสมัครกู้ชีพ 14 คน แสดงออกถึงการผสมผสานความรู้ระหว่างความรู้ค่าตัวคนเชิงปริมาณ และ ประสบการณ์ดูแลเชิงผัสสะของอาสาสมัคร ที่ทำทลายกระบวนการสร้างมาตรฐานรับมือเหตุฉุกเฉินแบบสั่งการและควบคุม เพื่อบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติ ข้อเสนอของบทความวิเคราะห์การขัดแย้งของอาสาสมัครกู้ชีพสะท้อนจริยธรรมของสามัญชน และ สัมปชัญญะทางสังคมในชีวิตประจำวัน

**คำสำคัญ:** อัตวิสัยจริยธรรม ระบาดวิทยาฉุกเฉิน ขาดพันธุวรรณนารถพยาบาล สัมปชัญญะของสังคม ภาววิทยา

**Rescue Volunteers:  
Making Sense with Numbers: Ethico-Psychological Subjects and  
Social Sensorium**

**Sumonmarn Singha \***

**Scholar, National Health Foundation**

---

*Received 18 October 2019*

*Received in revised 9 Decemberr 2019*

*Accepted 11 December 2019*

---

**Abstract**

This article aims to understand the methodology of "statistical" representation of bureaucratic classifications which are constructed and negotiated, a reform and political boundaries of emergency service. This study draws on ethnographic method in Bangkok suburb street where I conducted participatory observation with the rescue volunteers, emergency operational victims of road accidents, NGOs and bureaucrats. Findings show the knowledge of emergence epidemiology, whereby the evaluation of critical assistance relies on numbers and statistics, is totally compartmentalized, treated victims as a separated unit of information, apart from social interaction. The finding from face-to-face interview with 14 rescue volunteers reflect mix methodology between quantification operational authorities in terms of emergence epidemiology and emergency care experience of the volunteer communities, challenging the standard way "command and control" mode that cope with emergency and disaster management. The article concludes that rescue volunteers' resistance reflects ordinary ethics and social sensorium in everyday life.

**Keywords:** Ethico-psychological, Epidemiology, Ambulance ethnography, Social sensorium, Ontology

## บทนำ

“เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ผู้ช่วยเปลวีนำเตียงออกมารับผู้ป่วย จากรถพยาบาล ร่างกายเย็นซีดของชายวัยกลางคนถูกเปลี่ยนถ่ายสู่เตียง ห้องฉุกเฉินด้วยอุ้งมือชายหญิงสี่คน สองคนเป็นพนักงานเตียง และอีกสองคนเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์จับเตียง พวกเขาใช้แผ่นรองนอน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสู่เตียงห้องฉุกเฉิน ฉันทวางร่างท้วมลงบนจนถึงริมเตียง ด้วยมือชุ่มเหงื่อเหนื่อขอบเตียง เหนืออุ้งมือของพยาบาล แล้วฉันเริ่มอธิบายสถานการณ์อ่อนแรงของชายผู้นั้น และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น กะปลกกะเปลี่ยแต่มีสติ ถามตอบรู้เรื่อง มีประวัติความดัน พวกเรา ถูกกระตุ้นให้ดูเครื่องวัดชีพจรเส้นวิ่งไม่สม่ำเสมอ จบลงด้วยการประเมิน อาการผู้ป่วยสมองขาดเลือดชั่วคราว ล้อหมุนเตียงผู้ป่วยเคลื่อนไปสู่ห้องฉุกเฉิน พื้นที่หมอบและพยาบาลอธิบายอาการเพื่อรักษา ฉันเขียนบันทึก ปฏิบัติงานอาสาสมัครในโต๊ะภายในแผนกฉุกเฉิน เเงยหน้ามองเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเดินขวักไขว่ไปมา จากนั้นเริ่มพูดคุยกับพี่อาสาสมัครกู้ชีพที่คุ้นเคย ฉันเดินไปรอบแผนกที่มีจุดรับบริการ one stop service และเริ่มให้ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อและเลขที่บัตรประชาชนในแบบบันทึกปฏิบัติการกู้ชีพ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินสามารถย้อนดูสิทธิการรักษา และประวัติการรักษาของผู้ป่วย”

ฉันใช้รถพยาบาลฉุกเฉินเป็นสนามอยู่หลายเดือน ในฐานะอาสาสมัครมือใหม่ของมูลนิธิ ป่อเต็กตึ๊ง อาสาสมัครกู้ชีพต้องพัฒนาตัวเองเสมอ เพื่อทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง อาสาสมัครกู้ชีพมีหน้าที่รายงานข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย เช่น สภาพแวดล้อมเกิดเหตุ ญาติและครอบครัว ข้อมูลถูกขยายรายละเอียดเพื่อสร้างความแม่นยำแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในแผนกฉุกเฉิน ในช่วงเวลาจำกัดเท่าที่เป็นไปได้ เรื่องราวสภาพแวดล้อมของผู้ประสบเหตุมักยึดเยื้อ ก่อนที่อาสาสมัครกู้ชีพจะกลับไปรถพยาบาล เริ่มลงมือความสะอาดเตียง ปูผ้าคลุมเตียงสีขาวใหม่ และเตรียมชุดอุปกรณ์สำรองไว้สองชุดเสมอ

### การกลายเป็นอาสาสมัครกู้ชีพภายใต้ความปลอดภัยสาธารณะ (Public Space)

เหตุการณ์ฉุกเฉินช่วงหลังสหัสวรรษมีแนวโน้มที่แตกต่างจากเดิม ในสังคมอุตสาหกรรม แบ่งเวลาออกเป็นสองส่วน คือ "เวลางาน" และ "เวลาว่าง" ซึ่งเวลาว่างเป็นประติสัมพันธ์ของสังคมทุนนิยม ที่มุ่งเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ส่งผลต่อการขยายการจ้างงาน และระบบการแบ่งงานผลิตสินค้าภายใต้การแข่งขันตามกระแสเศรษฐกิจศาสตร์โลกาภิวัตน์ ซิลเวีย แอน ฮิวเล็ท และ

แคโรลีน บรูค ลูซี่ (Hewlett & Luce, 2006) นักสตรีนิยมที่สนใจศึกษางานปริมัน้ำ (edge work) ภายใต้วัฒนธรรมองค์กรสมัยใหม่ อาจไม่คำนึงถึงความมั่นคงปลอดภัยและคุณภาพชีวิตแรงงาน ภายใต้กฎหมายแรงงาน ระบบสายพานการผลิต ส่งผลให้คนงานมีพฤติกรรมเสี่ยงในพื้นที่ทำงาน และตกอยู่ในโครงสร้างงานที่เอื้อให้เกิดภาวะบาดเจ็บ ยกตัวอย่างอุบัติเหตุในโรงงาน คนงานตกอยู่ในสภาพเปลา่เปลือยไร้การคุ้มครองจากรัฐและกฎหมายเท่ากับ “ตายทั้งเป็น” ความตายในที่สาธารณะถูกย้ายโอนมาสู่ความเป็นปกติที่ผู้คนเผชิญชีวิตประจำวัน งานสุดโต่งเช่นนี้ได้กลายเป็นภาวะปกติใหม่ (New Normal)

อาสาสมัครกู้ชีพทำงาน “หน้างาน” (frontline people) มีประสบการณ์ทางอารมณ์เข้มข้นสัมพันธ์กับระบบทุนนิยมและวัฒนธรรมองค์กร ฉะนั้น ตัวตนที่มี “สถานะทางสังคม” และ “เวลา” มีสภาพก้ำกึ่งระหว่างเวลา “งาน” และ “เวลาว่าง” เป็นรูปแบบชีวิตของกลุ่มวัฒนธรรมย่อย เรื่องราวกู้ชีพกู้ภัยฉุกเฉินเผชิญภาวะคุกคามชีวิต งานกู้ชีพกู้ภัยต้องรับมือกับความเสี่ยงชีวิตประจำวัน ไฟไหม้ อุบัติเหตุการจราจร บาดเจ็บ การตายและการจัดการอารมณ์ เมื่อเสี่ยงไซเรนดังขึ้น คนในสังคม หรือ ผู้รู้เห็น ต่างคาดหวังต่อบทบาทกู้ชีพกู้ภัยจะปิดเป่าภาวะสุดโต่งกลับสู่ภาวะปกติ (Valentine, 2012) ขณะเดียวกันอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยอาจกลายเป็นเหยื่อจากงานสุดโต่ง (secondary victims) เพราะสะสมความเครียดเรื้อรังส่งผลเสียต่อสุขภาพ หลายครั้ง เราจึงมักพบเรื่องเล่าตกโปกฮาถูกเก็บกดภายใต้วัฒนธรรมทำงาน “รวดเร็ว แม่นยำ มีสติ” เพราะอาสาสมัครกู้ชีพต้องอดทนอดกลั้นระหว่างดูแลใส่ใจคนที่ประสบอันตรายในระยะสุดท้ายของชีวิตและการบาดเจ็บที่ผิดธรรมชาติ

อาสาสมัครกู้ชีพในมิติแรงงานอารมณ์ และความเป็นชาย (Masculinity) กรณีประเทศออสเตรเลียมีอาสาสมัครรถพยาบาลก่อนปี ค.ศ.1980 อาสาสมัครกู้ชีพรุ่นบุกเบิก ส่วนใหญ่เป็นชายฉกรรจ์ที่จากกองพลทหารเล็กๆ ชนชั้นกลางระดับล่าง และ ชนชั้นแรงงานในภูมิภาคใต้ (Howie Willis, 1985) หรือ พ่อค้าหลากเชื้อชาติจากเครือข่ายแลกเปลี่ยนสินค้าต่างอาสาให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและรักษาความปลอดภัย ขณะเดียวกันที่ในสหรัฐอเมริกาช่วงหลังปี 1960 เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีการแบ่งแยกแรงงานภายในรถพยาบาล ตามเพศสภาพอย่างชัดเจน บุรุษพยาบาลชายเผชิญหน้ากับผู้ป่วยบนท้องถนน และผู้หญิงทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยรักษา เพราะบุรุษพยาบาลไม่ไว้วางใจการแสดงอารมณ์ และ การปฏิบัติงานผิดพลาดของผู้หญิง เจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉินถูกกำกับภาพลักษณ์ผู้ชายแข็งแรง เป็นกลางปราศจากอคติต่อผู้ป่วย ดังอุปมาอุปไมยความเป็นชายและ ภาพลักษณ์วีรบุรุษ (Sheehan 1995; Gammon, 1995)

กลางศตวรรษที่ 19 การบริการพยาบาลเคลื่อนที่ไม่จำกัดเฉพาะเหตุฉุกเฉินเท่านั้น โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้วต่างผลักดันนโยบายสาธารณะครอบคลุมการบริบาลใส่ใจผู้ป่วยที่บ้าน และบริการเทคโนโลยีการแพทย์แก่ทุกรุ่นวัย ส่งผลให้ทฤษฎีการบริบาลดูแล (care)

ถูกถอดรื้อและถกเถียง กลุ่มมานุษยวิทยาบริบาล (Hannah, 2010) นิยาม “การบริบาลฉุกเฉิน” (Care in Crisis) พอสังเขป หมายถึง การดูแลในภาวะวิกฤตชีวิตที่สร้างความหมายแก่ผู้ให้และผู้รับ และโอกาสของชาติพันธุ์วรรณนาจะเป็นวิธีการเอื้อต่อการพัฒนาข้อถกเถียงจริยธรรมของสามัญชน (ordinary ethnic) ลึกซึ้งยิ่งขึ้น ไม่เพียงพิจารณาถึงเหตุผลการตัดสินใจในชีวิตประจำวัน แต่ยังหมายถึง การเคลื่อนตัวของศีลธรรมเชิงอัตวิสัย (moral subject) ที่ไม่เป็นสารัตถะตายตัว และยืนยันตัวตนผ่านการดูแลใส่ใจผู้ป่วยผลิตซ้ำ และยืนยันตัวตนใหม่ ๆ ของผู้ให้การบริบาล

นักมานุษยวิทยาวิพากษ์มุ่งค้นหาบริบาลที่ดี (Good care) ที่อ้างอิงทฤษฎีการพยาบาลมีฐานคิดเพื่อแก้ปัญหาสุขอนามัย ส่งผลให้รัฐเน้นจำแนกการบริบาลแก่ผู้มีความเปราะบางทางชีววิทยา เด็ก ผู้หญิง คนชรา ผู้พิการและผู้ป่วยด้วยความเห็นอกเห็นใจ (sympathy) แอนนามารี มอล นักมานุษยวิทยาบริบาล เสนอว่าความรู้วิชาชีพที่ให้การบริบาลไม่อาจจำกัดเพียงความเปราะบางทางชีววิทยาเท่านั้น แต่ประเด็นที่สำคัญคือ ภาวะด้อยอำนาจของผู้รับบริบาล (Mol, 2008) ดังนั้นการศึกษาปฏิบัติการบริบาลไม่ควรเริ่มต้นจากนิยามความหมายภายใต้วิธีการแบ่งแยกแบบคู่ตรงข้ามที่ตายตัว แต่ควรพินิจพิเคราะห์การบริบาลภายใต้ปฏิบัติการที่ลื่นไหล (slippery) และลักษณะของมันที่คลุมเครือยากแก่การเข้าใจ (enigmatic character) หรือนิยามได้อย่างเบ็ดเสร็จตายตัว การศึกษาปฏิบัติการบริบาลที่แสดงออกมาภายใต้บริบทความสัมพันธ์ทางสังคมที่เฉพาะเจาะจง ระหว่างแม่กับลูก แม่ยายและลูกสะใภ้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย หรือเกิดขึ้นในพื้นที่ สถานที่ที่เฉพาะเจาะจง เช่น ในครอบครัว โรงพยาบาล บ้านสงเคราะห์เด็ก ค่ายผู้อพยพลี้ภัย เป็นต้น

การศึกษาความหลากหลายของบริบาลเชิงประจักษ์ (empirical turn) เป็นกระแสคลื่นนักมานุษยวิทยาการแพทย์ร่วมสมัยฝั่งยุโรป ที่ต้องการข้ามพ้นข้อวิพากษ์ปัญหาสุขอนามัยตามมาตรฐานผู้เชี่ยวชาญ (Professionalism) ไม่ได้จำกัดอยู่แค่การจู่โจมของเชื้อโรค แต่เชื่อมโยงสุขอนามัยกับความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม ช่วงชั้นสังคม และความเป็นพลเมือง (Thévenot, 2001; Pols, 2006a) ดังนั้น เราไม่ควรละเลยทำความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ของสามัญชน สนใจศึกษาสามัญชนว่าตัดสินใจ เรียนรู้และปฏิบัติการบริบาลภายใต้ความสับสนคลุมเครือที่เฉพาะเจาะจง โดยใส่ใจ “พยาธิสภาพทางสังคม” หรือ โรคทางสังคมที่สัมพันธ์กับอำนาจ เพื่อขยายทัศนมิติการศึกษาปฏิบัติการบริบาลสุขภาพ และวิถีชีวิตร่วมสมัย ตลอดจนผสมผสานการศึกษาระหว่างวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และมานุษยวิทยาบริบาล นักสังคมศาสตร์ไม่ควรด่วนตัดสินวิทยาศาสตร์ แต่ควรทำความเข้าใจการเรียนรู้ ปฏิบัติการ ติความประทับตราเชื้อก่อโรคอย่างเป็นวัตถุวิสัย ภัยทางสุขภาพและความทุกข์ทน ซึ่งสะท้อนบูรณาภาพของศาสตร์ (Latour, 1987) แนวทางการศึกษาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและสังคม (science and technology studies :STS) พัฒนาผ่านกระบวนการทางสังคมและกลายเป็นแหล่งอ้างอิงที่รัฐบาลกำกับศีลธรรมของประชากร

## โจทยวิจัย

บทความชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจเหตุผลแห่งการกระทำ (rational actions) ของอาสาสมัคร หรือ มนุษย์ใช้ประเมินสถานการณ์ (หรือใช้มาแสดงเหตุผล) อาทิ ความสัมพันธ์ทางสังคม ค่านิยม ความเชื่อ ความสัมพันธ์ทางอำนาจ และความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนตัวตน และความหมายที่แตกต่างระหว่างจริยธรรมของสถาบัน มูลนิธิ และท้องถิ่น และการดูแลเอาใจใส่จำเป็นต้องเริ่มต้นจากความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (sympathies) เพียงอย่างเดียวหรือไม่ อาจเริ่มต้นจากความหวาดกลัว ซ้ำลดตาขาว และสับสนแตกต่างจากทฤษฎีการพยาบาลวิชาชีพ (Professionalism) หรือไม่ และการบริหารสัมพันธ์กับความรู้และปฏิบัติการของรัฐที่หยิบยื่นให้หรือไม่

## ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้แนวทางศึกษาชาติพันธุ์วรรณนาโรงพยาบาล (Livingston, J. 2012) มาศึกษาโรงพยาบาลเคลื่อนที่ จูลี ลีฟวิงสตัน เป็น ผู้ช่วยศาสตราจารย์และสอนประวัติศาสตร์ แต่ใช้วิธีการแบบชาติพันธุ์วรรณนา (ethnography) เป็นวิธีการเก็บข้อมูลและศึกษาผู้ป่วยมะเร็งที่ประเทศบอตสวานา ผลงานชิ้นนี้มีข้อถกเถียงหลักที่แตกต่างจากยุคก่อนหน้า พัฒนาการของชาติพันธุ์วรรณนาโรงพยาบาลก่อรูปในกลาง ค.ศ.1980 โรงพยาบาล หรือการแพทย์สมัยใหม่ (biomedicine) ไม่ได้ตกอยู่ภายใต้แบบจำลองการแพทย์ที่ถูกส่งต่อมาจากตะวันตก หากโรงพยาบาล หรือระบบการแพทย์สมัยใหม่ยอมสร้างตัวตนขึ้นมา ทั้งในเชิงอุดมการณ์และความเป็นสถาบัน ภายใต้แง่มุมความแตกต่างของเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมของประเทศนั้น โดยผู้ศึกษาเข้าอบรมกู้ชีพเบื้องต้นที่โรงพยาบาลชิรพยาบาล และเข้าร่วมทีมอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยปอดเด็กตึง เพื่อ “ออรอบ” ในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานครเป็นระยะเวลา 12 เดือน ส่งผลให้ผู้วิจัยสามารถ “วอและวิ่ง” อย่างไม่ลืมหูลืมใจจนเกินไป รวมทั้งการจุ่มตัวเองลงไปในสนามที่มีชีวิตอย่างมีเนื้อหนังมังสา เสียง กลิ่น รสชาติที่ไม่ใช่เพียงเพ่งมอง (Gazing) ผ่านทฤษฎีเท่านั้น

กรณีของอาสาสมัครกู้ชีพ ภายใต้มูลนิธিপอดเด็กตึง สะท้อนภาพพัฒนาการงานสงเคราะห์ “ช่วยเหลือคนเจ็บ เก็บคนตาย” พลิกสู่การบริการรถพยาบาลฉุกเฉินที่ได้รับการฝึกฝนให้ทำงานช่วยเหลือมุ่งค้นหา คำนวณ และคาดคะเนด้วยวิธีการทางสถิติผ่านแบบฟอร์ม ระบบนำทางผ่านคลื่นวิทยุที่ควบคุมด้วยดาวเทียม (Global Positioning System: GPS) หรือ จีพีเอสของรถพยาบาลกู้ชีพ ทำให้สามารถรับรู้สถานที่ เส้นทางและลักษณะฝูงชนที่คาดการณ์ว่าจะรุมล้อมเหตุการณ์ เครื่องมือ ภาพและการสื่อสารทางไกลในรถพยาบาล และ “แผนที่ชี้เป้า” ซึ่งเป็นระบบการจัดการข้อมูลพื้นที่เป็นฐานข้อมูลเปิด (Open Database) เพื่อให้เจ้าหน้าที่เข้าไปปรับปรุงได้ (สพฉ, 2556) เป้าหมายของการใช้แผนที่ชี้เป้าเพื่อให้เจ้าหน้าที่ติดตาม สอดส่องจ้องมองประชากร

และจำแนกบริการทางสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม แผนที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นกระบวนการสร้างส่วนร่วมระหว่างเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครคนที่ถูกอบรมขึ้นมาใหม่ ให้มีสายตาเพื่ออ่านอะไร ไม่อ่านอะไร ไข่มองประชากรผ่านจอคอมพิวเตอร์ วัฒนธรรมการดูแลใจตัวเองปรากฏในแผนที่ ทำให้ประชากรถูกมองเห็นได้ และ ประชากรกลุ่มที่มองไม่เห็นผ่านการอ่านแผนที่

เดเบอร์ธา ลูปตัน วิจารณ์แนวทางกระบวนการทำให้เป็นตัวเลขด้วยสถิติว่า ลดทอนมนุษย์เป็นเพียง “หน่วยประมวลข้อมูล” (information-processing unit) ซึ่งเป็นการมองผู้คน อย่างแยกขาด และนำเสนอผู้คนราวกับว่าต่างคนต่างแยกไปวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์อยู่ตัวคนเดียว ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมใดๆ สนใจเพียงปัจเจก (Lupton, 1999) สิ่งนี้ที่แนวทางนี้ให้ความสนใจเป็นพิเศษ “พฤติกรรมของปัจเจก” และมักเน้นหนักไปที่พฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง โดยไม่ยึดโยงเข้ากับพฤติกรรมอื่นหรือบริบทแวดล้อม และที่สำคัญ แนวทางนี้มักนำไปสู่ การจำแนกกลุ่มคนแบบ “ขาว-ดำ” ในเรื่องความเสี่ยง คือ พวกแก่งเท้าหาเสี้ยน (Sensational seeker) หรือพวกที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยไม่คำนึงถึงบริบทเกี่ยวข้อง (ประชาธิปไตย กะทาและสิทธิโชค ชาวไร่เงิน, 2561)

อย่างไรก็ตาม จากการสังเกตการณ์อย่างมีส่วนร่วมพบว่า การผสมผสานความรู้ระหว่างการประเมินสถานการณ์ของอาสาสมัครในมิติสังคมวัฒนธรรม และ การประเมินสถานการณ์ของผู้เชี่ยวชาญวิจัยเชิงปริมาณ ไม่ได้เป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกัน แต่สามารถทำงานร่วมมือกัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการ “ผสมผสานระเบียบวิธีการศึกษา” (Mixed-methodology) ของทั้งสองสาขาเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นปัญหาสุขภาพ เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ชุดต่างๆ ในสังคม ดังนั้นมานุษยวิทยาาระบาดวิทยาจึงเป็นระเบียบวิธีการศึกษาที่มีเป้าหมายเพื่อสลายมายาคติดังกล่าว และทำให้เกิดกระบวนการที่ศรัทธาในการศึกษาประเด็นปัญหาสุขภาพ

### พลวัตของการบริบาลฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีเป้าหมายทางศีลธรรม (moral purpose) เพื่อบริการฉุกเฉินแก่ประชาชน มีพันธกิจพัฒนาอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยเพื่อรับมือสถานการณ์อุบัติเหตุ สร้างมาตรฐานการแพทย์และความปลอดภัย และแบ่งแยกมาตรฐานที่ไม่ดี และมาตรฐานที่ดี ที่สะท้อนวัฒนธรรมการทำงานองค์กรเพื่อลดความเป็นศูนย์กลาง และกระจายงานบริการรถพยาบาลออกไปยังท้องถิ่น เริ่มต้นด้วยความพยายามผนึกรวมอาสาสมัครกู้ชีพซึ่งเป็นลักษณะงานที่ไม่ถูกจ้าง (unemployment) เชื่อมโยงกับความรู้และมาตรฐานการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน

บทบาทของ สพฉ. ต้องถกแถลงสาธารณะผ่านสื่อองค์กรและสื่อกระแสหลัก ประเด็นความปลอดภัยทางกายภาพ (biosecurity) โดยเนื้อหาสาระประกอบด้วยกรอบการทำงานรับมือภัยพิบัติแต่ละเหตุการณ์ ทีมงานและบทบาทหน้าที่ ขั้นตอนความปลอดภัย เทคนิคการช่วยชีวิต

การหลีกเลี่ยงให้โรงพยาบาลฉุกเฉิน (สพฉ, 2556) โดยเน้นย้ำหลักการ และอ้างอิงข้อปฏิบัติการ มนุษยธรรมทางการแพทย์สากล ทั้งนี้สะท้อนวัฒนธรรมผู้เชี่ยวชาญ และจริยธรรมองค์กร สพฉ. ยังมีบทบาทกำกับควบคุมพฤติกรรมทางสังคมของเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ผ่านพื้นที่ถนน เวลาและปฏิสัมพันธ์ผ่านเครื่องมือดังกล่าว ทั้งนี้การควบคุมทางปฏิสัมพันธ์ยังส่งผลให้สามารถควบคุม “อารมณ์” เชื่อมโยงกับผู้ป่วย เพราะสามารถกำกับปฏิบัติการกู้ชีพ โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีอำนาจ สั่งการ เช่น โรงพยาบาลและศูนย์การแพทย์ ซึ่งมีอำนาจบังคับส่งเสริมทักษะ ภาวะเป็ียบ และการตรวจสอบปฏิบัติการกู้ชีพของอาสาสมัคร

สรุปพอสังเขป การลงหลักปักฐานของการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการปรับประสานระหว่าง “ความเชี่ยวชาญ” วิชาชีพ และ “ประสบการณ์” อาสาสมัครมูลนิธิกู้ชีพกู้ภัย (สพฉ, 2557) ขยับ ขยายนิยามและกฎเกณฑ์ที่จำกัดคับแคบเสียใหม่ จากแรงกระตุ้นของอาสาสมัคร จากอิทธิพลพุทธ เถรวาท (Chantharasorn, 1963) มาสู่ความสำคัญของการปกป้องสร้างความปลอดภัยแก่ สาธารณชน โดยเน้นความรวดเร็วของการเข้าถึงผู้ป่วย และนำส่งแผนฉุกเฉินอยู่ถูกต้อง และ อาศัยบุคลากรระดับอาสาสมัครกู้ชีพให้บริการเป็นหลัก

### ภาพตัวแทนที่ก้ำกึ่งระหว่างอาสาสมัครกู้ชีพภาคประชาชน และ อาสาสมัครผู้ วินิจฉัยอาการเบื้องต้น

“โรงพยาบาลมาถึงจุดเกิดเหตุซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่คาดว่าคนขับหลักใน อาสาสมัครกันพื้นที่แล้ววิ่งเข้าไปหาผู้บาดเจ็บ ร่างกายที่นอนหงายกับพื้นถนน หัวแตกและขาข้างขวาที่ผิดรูปเลือดอาบ หนุ่มมองไปยังยังร่างกายผู้บาดเจ็บไล่สายตาไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกายราวกับอวัยวะ เป็นอิสระจากกัน ความเจ็บปวดของเขา นอตสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าจากสองตาของเขา หนุ่มถอยออกมาปล่อยให้หนูแทรกตัวเข้ามาวัดความดันและชีพจรเพื่อประเมินอาการ หน้าเหยเกแสดงว่าเขาคงเจ็บปวดมากขึ้นจากการไต่ถามของอาสา”

ห้องฉุกเฉินจะตรวจวัดประเมินด้วยเครื่องมือผ่าน “เอ็มอาร์ไอ” หรือ สแกนองค์ประกอบร่างกายออกมาเป็นฟิล์มเอกซเรย์ เมื่อผู้ป่วยถูกส่งเข้าห้องปรึกษา ความเจ็บปวดถูกมองเห็นได้ภายใต้ภาพฟิล์มเอกซเรย์ อาสาสมัครปฏิบัติการที่จุดเกิดเหตุจนส่งตัวผู้ป่วยผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินเป็นกระบวนการเดียวกัน งานประเมินในห้องปรึกษาอ้างอิงความรู้การจำแนกประเภทอาการบาดเจ็บและความเจ็บปวดที่พิกอยู่ในร่างกายในขาข้างที่แตกหักซึ่งเป็นเพียงผิวหน้าของอาการที่ปรากฏ และผู้ป่วยบ่นโอดโอยกังวลกับขาของเขา แต่สิ่งที่ไม่ปรากฏแก่สายตาของอาสาสมัครกู้ชีพคือหลอด



เลือด และเส้นเลือดฝอยที่แตกในสมองของผู้ป่วย แต่จะแสดงตัวให้เห็นภายใต้เครื่องมือสแกนศีรษะเท่านั้น

นอต เป็นครูประจำโรงเรียนช่างกลมีประสบการณ์อาสาสมัครกู้ชีพมากกว่า 8 ปี เขาประสบกับผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตกสองสามคนในปีนี้ การบาดเจ็บที่จุดเกิดเหตุอาจเป็นอาการเพียงผิวดินที่แสดงออกมา กระบวนการประเมินอาการเบื้องต้นเพื่อค้นหาสาเหตุแตกต่างจากงานคลินิกในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นงานที่อยู่ในขั้นลึกของการรับรู้หลากหลาย (Multiple domain) ไม่ใช่สิ่งที่รับรู้เพียงหนึ่งเดียว (single domain) อย่างอิสระ สำหรับสิ่งที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่าเป็นระนาบของความจริงอีกชุด ความรู้ที่ต้องใช้เครื่องมือ และอ้างอิงการประเมินอาการบาดเจ็บการแพทย์สมัยใหม่ ที่ต้องอาศัยการประมวลวิเคราะห์ และรักษาตามอาการรักษาชีวิตผู้ป่วย

โดยทั่วไปเทคนิควิธีการทางระบาดวิทยาเพื่อสำรวจ และการวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ทางสถิติบนฐานประชากร ความชุกและเหตุปัจจัยจะแสดงลักษณะ “อัตราส่วน” จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน หรือ ของโรคในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูล และวัตถุประสงค์ของการวัด ตัวอย่าง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดใช้ในการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล (กฤษณ์ธรรม กลสิกรังสรรค์, 2553) สัมพันธ์กับพัฒนาการบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน และส่งต่อการดูแลผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดมาโรงพยาบาล โรคสมองขาดเลือดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 3 ในประเทศไทย (จิรพล เหล็กเพชรและคณะ, 2552) ผู้ป่วยที่มาถึงห้องฉุกเฉินก่อนเวลา 3 ชั่วโมง ที่พบร้อยละ 23.7 ที่มีอาการดี อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยนี้ระบุว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมาถึงโรงพยาบาลเองหรือมาที่ญาติผู้ป่วย ไม่มีผู้ป่วยที่มารักษาโดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเลย ซึ่งควรมีการขุดค้นถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยรับรู้อาการและเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง

อลัน ปีเตอร์สัน และตีบอราห์ ลูปตัน อธิบายว่าความน่าเชื่อถือและความชอบธรรมของความรู้ทางระบาดวิทยา ตั้งอยู่บนหลักการของการรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องระยะยาว และการวิเคราะห์ทางสถิติของข้อมูลที่ได้ว่าเป็นวิทยาศาสตร์ (Peterson & Lupton, 1996) โดยเทคนิควิธีการ “การทำให้เป็นตัวเลข” (quantification) เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ทางระบาดวิทยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถิติและสมการรูปแบบต่างๆ ทางคณิตศาสตร์ที่กลายเป็นเครื่องมือวาทศิลป์การทำให้เป็นตัวเลข (quantification rhetoric) เทคนิควิธีการของการทำให้เป็นตัวเลขไม่เพียงเป็นเครื่องมือสำคัญในการนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา หากยังใช้เพื่อนำเสนอข่าว เอกสารประกอบการบรรยายด้านสุขภาพและการแพทย์วาทศิลป์ เป็นตัวเลขดังกล่าวนี้ บ่อยครั้งใช้เพื่อนำเสนอข้อมูลปัจจัยเสี่ยงสุขภาพและโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพร้ายแรงที่เข้าใจยากให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น

ผ่านประสบการณ์ทางสายตา (visual experience) ในรูปแบบสถิติและตัวเลข (ประชาติป กะทา และสิทธิโชค ชาวไร่เงิน, 2561)

ดังนั้นการประกอบสร้างความรู้ระบาวทยาถูกเงินและเทคนิคมิใช่เรื่องตื่นเขิน ในกระบวนการเทคนิคต่างๆ แต่ใกล้ชิดกับการปฏิบัติการอย่างเข้มข้น (Pol, 2002 **ประเด็นแรก** การคาดคะเนเชิงปริมาณลดทอนความซับซ้อนการปฏิบัติการที่คร่อมทับ (overlap) และผู้ประสบเหตุ ที่ตอบโต้การแทรกแซงสุขภาพจากอาสาสมัครและแพทย์ การประเมินอาการไม่ได้เป็นเอกสิทธิ์ของอาสาสมัครเพียงลำพัง แต่เป็นการทำงานของเครือข่ายปฏิบัติการ ทั้งคน อุปกรณ์ข้าวของ กระบวนการประทับตราของโรคร้าย (enacted) เป็นการปฏิบัติการสร้างความจริงของโรคร้ายจากผู้ปฏิบัติการที่หลากหลาย (Praxiography) และทำงานร่วมกัน (Coordinator) ของแพทย์สมัยใหม่ ด้วย **ประเด็นที่สอง** การปฏิบัติการช่วยให้เรามองเห็นเครือข่ายโยงใยต่างๆ ในฐานะผู้กระทำการ (actor network) รวมทั้งเครือข่ายผู้คนข้าวของอุปกรณ์ในชีวิตประจำวันที่ร่วมกันแสดง (Performativity) อย่างสลับซับซ้อน จนเรียกว่าการดูแลบริบาลที่ดี โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี การช่วยชีวิตและเทคโนโลยีเป็นส่วนขยายของเรา ดังนั้น กระบวนการเชิงเทคนิคต่างๆ ไม่อาจแยกจากประสบการณ์ผู้ใช้งานซึ่งเป็นทักษะชีวิตทางสังคม

อาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยจะสื่อสารข้อความเหตุการณ์เสี่ยง ผ่านการตีความซึ่งไม่แยกขาดจาก มิติสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ผูกรวมกับความเชื่อและปทัสถานสังคม ตัวอย่างการนำเสนอ เรื่องอุบัติเหตุมาแล้ว ขับ การทำแท้งของแม่ใจยักษ์ (Phaholyothin N, 2017) รายงานผู้บาดเจ็บ และในช่วงรณรงค์ป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตในช่วงเทศกาลสงกรานต์ อาสาสมัครส่งข้อความ สื่อสารสู่สาธารณะ ด้วยการใช้ประสบการณ์ในอดีตมากระตุ้น การผูกโยงสัญลักษณ์ “ภัยอันตราย” และ ภาพไหลเวียนในเครือข่ายปฏิบัติการ และโซเชียลมีเดีย ประชาชนส่วนมากย่อมตำหนิผู้ก่อเหตุ โดย ละเลยการพิจารณาเหตุปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการตัดสินใจที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพของปัจเจก บุคคล และลดทอนความหลากหลายมิติของมนุษย์ไปหมดเหลือเพียงเศษเสี้ยวบางมิตินั้น

การนิยาม ปฏิบัติการบริบาลที่ดี และ บริบาลไม่ดีไม่เพียงมองหา “สิ่งที่ดี” แต่ควร ยกระดับการพิจารณาการบริบาลในแง่จริยธรรมที่ยุติธรรม (Good, Good & Grayman, 2015) ซึ่งเป็นข้อถกเถียงเชิงหลักการและปฏิบัติการ ทั้งนี้จริยธรรมท้องถิ่นมีปทัสถานสังคมเฉพาะตัว เช่น รู้สึกถึงความเป็นธรรม ความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจและมีคุณค่ายิ่งใหญ่ อารมณ์ความรู้สึก เหล่านี้แม้ไม่ใช่สำนักตกผลึก หากแต่เป็นการสร้างสมสำนึกท้องถิ่นและพัฒนาขึ้นมาอย่างค่อยเป็น ค่อยไป การปฏิบัติการบรรทัดฐานท้องถิ่นไม่แยกจากปทัสถานทางสังคมอื่นๆ บรรทัดฐานวิชาชีพ เทคนิค เศรษฐกิจและทรัพยากร ดังนั้น การมองหาสิ่ง “ดี” เป็นวิถีการรับรู้ระบบระเบียบความจริง ที่แตกต่างกัน และการปะทะประสานของบรรทัดฐานสังคมในบางครั้งบางคราว การบริบาลคือ

กระบวนการต่อรองระหว่างคู่ตรงกันข้ามในฐานะผู้ให้การบริบาลที่มีลักษณะเฉพาะตัว คุณสมบัติของการบริบาลคือ ปฏิบัติการที่ลงมือทำ (doing) แล้วดำเนินต่อไป

### ภาพตัวแทนการเคลื่อนที่ด้วยมาตรฐานการแพทย์และความปลอดภัย

สพฉ. ต้องการสร้างความแตกต่าง (differentiate) จากสถาบันการแพทย์อื่นๆ และแสดงความเชี่ยวชาญทางวิชาชีพแตกต่างจาก “อาสาสมัครจิตอาสา” ภายใต้มูลนิธิอาสาสมัครกู้ชีพภาคประชาชน หากย้อนเปรียบเทียบพัฒนาการที่ผ่านการขยายตัวของงานฉุกเฉิน ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการ จำนวนยานพาหนะ คุณภาพและมาตรฐานการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวนบุคลากร การฝึกฝนทักษะแก่อาสาสมัครระดับท้องถิ่น (สพฉ, 2556) ครอบคลุมการบริการรถพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อและกลุ่มโรคเรื้อรัง

อาสาสมัครกู้ชีพที่ตัดสินใจด้วยตัวเอง กรณีสุพจน์ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินสามารถใช้อุปกรณ์ขั้นสูงแต่ต้องได้รับการสั่งการจากทีมแพทย์ สุพจน์ตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยไม่รอคำสั่งแพทย์ เพราะทราบว่าคุณภาพของตนและระบบงานโรงพยาบาลรองรับได้

“ผมเป็นคนไม่ชอบกลิ่นเลือด ทั้งกลิ่นหลักกลิ่นเลือดผสมกันไม่ไหวเลย”

ประสบการณ์ที่ผมประทับใจมากคือ ช่วยคนจมน้ำให้รอดชีวิตจนทุกวันนี้ เขาเป็นผู้ใหญ่อายุประมาณสามสิบปีเกิดรถแหงโค้งจมนอยู่หนองน้ำโค้งบ้านคู ชาวบ้านเรียกโค้งป่าช้า เพื่อนเขาเอาขึ้นมาทำอะไรไม่เป็น ผมมองเห็นเขา แวบแรก ชีพจรก็พอมิ หน้าซีดเผือดมาก พอยกร่างเขาขึ้นรถก็ไม่หายใจ ผมรีบใส่ทิว (ท่อช่วยหายใจ) แล้วปั๊มหัวใจอยู่บนเตียงพยาบาลในรถเลย เตียงอยู่บนรถไม่ได้มาตรฐานไม่เหมือนเตียงโรงพยาบาล เพราะมันยุบไม่สมดุล ผมปั๊มหัวใจอยู่ยี่สิบนาที กรณีคนจมน้ำตามหลักทีมชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น โรงพยาบาลต้องมีหมอไปช่วยตามระเบียบวิชาชีพ แต่ด้วยศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนของเราทำได้ ผมใช้อุปกรณ์การแพทย์ได้ อย่างผู้ป่วยเบาหวานกำลังจะตายรอไม่ได้ผมต้องเปิดเส้นให้กลูโคส ผมคอยหมอสั่งการไม่ได้ เพราะระบบการสื่อสารช้า ถ้าผมรู้ว่าคนไข้อาการไม่ดีแล้ว ผมต้องรีบแก้ไขตามหลักที่เรียนมาก่อนเลยแล้วค่อยรายงาน แต่ทำงานบนรถพยาบาลฉุกเฉินอันตรายมาก เพราะคนไข้ตื่นแล้วเข้มาปักเรา ตอนนี้ผมเพิ่งกินยาต้านไวรัสครบสองเดือนป้องกันไว้ก่อน

ผมคุ้นเคยที่จะใช้แผนที่ชี้เป้าผ่านจอยคอมพิวเตอร์ซึ่งต้องอาศัยอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชนมาปรับใหม่ทุก 15 วันพร้อมแบบบันทึก

การปฏิบัติงานอาสาสมัคร ทำให้ได้การเรียนรู้ชีวิตผู้คนระหว่างโรงพยาบาลและท้องถิ่น นอกจากนี้ทีมเวชกิจทำงานเชิงรุกต้องนำเอาการสื่อสารที่ใช้ เช่น เสียง (Media) ข้อความ (Text) วิดีโอจอมอนิเตอร์ (Video) ภาพนิ่ง (Still Images) เป็น ช่องทางที่จะสื่อความเข้าใจกับสหวิชาชีพภายนอกเมื่อปฏิบัติการรับผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุ สอบถามข้อมูลอุบัติเหตุจากผู้บาดเจ็บและผู้เห็นเหตุการณ์ จากนั้นจะนำส่งภาพและข้อมูลการบาดเจ็บไปทำงานการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาล เพื่อเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ประสานทีมสอบสวนอุบัติเหตุ และมักถูกนำมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันความเสี่ยง และปรับปรุงการให้บริการของทีมฉุกเฉิน

สุพัฒน์เป็นตัวอย่างของคนธรรมดาสามัญได้รับการป้อนเพาะ แล้วเติบโตเป็นทีมงานเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินได้รับการขัดเกลา ซึมซับ สั่งสมประสบการณ์จากวัฒนธรรมโรงพยาบาล ที่พัฒนาระบบการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มจากศูนย์จนเป็นหนึ่งในที่นี่ หมายถึง จัดทำงานเดียวกันจนเป็นส่วนหนึ่งของความภาคภูมิใจของทีมงานเวชกิจ สามารถพัฒนาศักยภาพปรับตัวรับมือกับการจัดการเหตุฉุกเฉิน และภัยพิบัติระดับพื้นที่ได้

ระลอกคลื่นของการส่งผ่านความรู้ทางระบาดวิทยาเข้าสู่เครือข่ายอาสาสมัครผ่านการอบรม คู่มือมาตรฐานการทำงาน ที่ผลิตออกมาแบบออนไลน์และรูปแบบหนังสือ (สพฉ., 2559) ได้พัฒนามาจากการ "หยิบยืม" ประสบการณ์ความรู้นำเข้า "ประสบการณ์ช่วยเหลือทางมนุษยธรรม" จากเหตุการณ์ต่างๆ บทเรียนกาชาดสากลบ้าง งานป้องกันควบคุมโรคขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในขณะเดียวกัน สพฉ. ไม่ได้ละเลยประสบการณ์จากอาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยจากมูลนิธิต่างๆ รับมืออยู่กับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติมา 30-40 ปีมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติและคู่มือการทำงาน พร้อม ๆ กับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีช่วย การบริหารจัดการระบบงานของทีมอาสาสมัครและพัฒนาชุดอุปกรณ์เพื่อแสดงมาตรฐานการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบเท่ามาตรฐานสากลในประเทศสหรัฐอเมริกา ผลสืบเนื่องดังกล่าวส่งเสริมบทบาทของอาสาสมัครกู้ชีพ ไม่ใช่แค่ช่วยคนเจ็บเก็บคนตายเท่านั้น แต่เป็นกำลังสำคัญในการทำงานเชิงป้องกันอุบัติเหตุและความเสี่ยง

กล่าวได้ว่า สพฉ. เน้นการหยิบยืม ปรับปรุงประสบการณ์สนามของภายในและต่างประเทศ คู่มือปฏิบัติงานของ สพฉ. แสดงให้เห็นการขยายตัวแนวคิดของโลกาภิวัตน์ทางสุขภาพสู่สังคมไทย ซึ่งการตีพิมพ์ยังจำกัดตัวภายในแวดวงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ อย่างไรก็ตาม วัฒนธรรมการบริหารไม่เพียงเป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์ที่กำเนิดขึ้นโรงพยาบาลหรือในคลินิก ความรู้ระบาดวิทยาสถิตินั้น แต่การปฏิบัติการของอาสาสมัครกู้ชีพแสดงความรู้การบริหารยังคงดำรงอยู่ใน

วัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างมีพลวัต อาสาสมัครกู้ชีพที่มีประสบการณ์บริหารความเจ็บปวดบุคคลในสังคม ต่างผันตัวมารับมือความเสี่ยงเข้มข้นแตกต่างกัน อันเป็นผลจากการบริหารความเสี่ยงเชิงสถาบัน

สพฉ. นำเสนอการบริการผู้ป่วยด้วยสติความน่าจะเป็น ในทางระบาดวิทยาถูกเรียกว่า การผลิต “ความจริงที่ถูกกระตุ้น” ผ่านภาพถ่าย ตัวเลข และตารางกราฟ กล่าวคือ ข้อมูลข่าวสารสื่อสารถึงความเป็นไปได้ที่จะเป็นจริงผ่านการประมวลเชิงสถิติ ตัวเลขค่าเฉลี่ยสร้างจากมาตรวัดเชิงสาธารณะ (Public Disapproval) ในการรับรู้เหตุการณ์ กล่าวคือ ข้อมูลเชิงสถิติล้วนผ่านการเลือกสรร “จัดแถว” ข้อมูล ภาพถ่ายเหตุการณ์ภัยพิบัติ บทความ หนังสือ สัมมนา ข่าวสัมมนา งานอบรม งานสพตโฆษณา หนังสือ เว็บไซต์ ที่รวบรวมและผลิตโดยองค์กรและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง และค่อยเป็นค่อยไปกลายเป็นกระบวนการสถาปนา “ความทุกข์” จนเป็นความจริงของสังคม ทั้งนี้การประกอบสร้างความทุกข์ดังกล่าว พบว่าความรู้ทางสถิติไม่ได้มีความเป็นกลาง กล่าวคือ หากอยู่ภายใต้กระบวนการประกอบสร้างความรู้ตั้งแต่การสร้งนิยาม ปัญหาและนิยาม ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะศึกษา จนถึงการเลือกวิธีการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สิ่งเหล่านี้ ล้วนมีอิทธิพลต่อการออกแบบระเบียบวิธีการศึกษา กระบวนการได้มาซึ่งข้อมูล ความคาดหวัง แนวคิด ทฤษฎีที่เน้นระบาดวิทยาแต่ละคนคัดสรรเลือกใช้ การรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จึงเป็นกระบวนการผลิตสร้างความรู้ และความจริงจากข้อมูลไปพร้อมกันด้วย

### ภาพตัวแทนการเคลื่อนที่ของการบริหารที่ดี และ บริบาลไม่ดี

ฉันสนทนากับอาสาสมัครในประเด็นวิทยุแจ้งเหตุเรียกไปปฏิบัติการเหตุ “ไม่” ฉุกเฉิน อาสาสมัครผู้หญิง “นุ” อธิบายว่า หลายครั้งพวกเขาจะส่งต่องานไม่ฉุกเฉินไปยังอาสาสมัครทีมอื่น เพราะทีมเราควรจะถูกใช้เฉพาะกรณีฉุกเฉิน ซึ่งอาจต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินในโรงพยาบาลด้วย หากอาสาสมัครรับงานที่ไม่ฉุกเฉินบ่อยจะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย เพราะยังมีแหล่งอื่นที่สามารถตอบสนองบริการไม่ฉุกเฉินได้ และประเด็นที่สำคัญคือ แหล่งบริการทรัพยากรที่ตอบสนองภาวะไม่ฉุกเฉินของภาครัฐก็ยิ่งขาดแคลนในบางแห่ง

การปฏิบัติการดี กลายเป็นความใฝ่ฝันเยือกเยียน เพราะอาสาสมัครที่ผ่านการกู้ชีพอย่างยากลำบาก ผลสืบเนื่องให้ เขา และ เธอ รู้สึกถึงการได้ตัวตนใหม่ๆ และใคร่ครวญความหมายของงานอาสาสมัคร ยกตัวอย่าง การปฏิบัติการร่วมกับเจ้าหน้าที่ฉุกเฉินในการใช้เครื่องมือที่ท้าทาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับเด็ก การตายที่น่ากลัว การฆ่าตัวตาย อาสาสมัครจะพิจารณาว่าเป็นงานที่ไม่ดีสักสำหรับพวกเขา เพราะพวกเขาต้องเผชิญกับภาวะอารมณ์กดดันระหว่างการปะทะกับเหตุการณ์ ฉะนั้นการจัดจำแนกงานไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนบุคคลของอาสาสมัคร งานที่ไม่ดีของ

อาสาศัมครหมายถึงปฏิบัติการที่มีผลกระทบทางอารมณ์ และเป็นวิธีการที่อาสาศัมครนิยม เหตุการณ์

ในระยะเวลา 10 ปี เหตุการณ์ที่อาสาศัมครจดจำถึงอันตรายครั้งใหญ่ จากบันทึก เหตุการณ์การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ พ.ศ. 2553 เริ่มการประชุมวันที่ 12 มีนาคม ถึง 24 พฤษภาคม (สพฉ., 2560) มียอดผู้ได้รับผลกระทบรวม 1,973 ราย แบ่งเป็นบาดเจ็บ 1,883 รายและเสียชีวิตกว่า 90 ราย ในจำนวนนี้มีเจ้าหน้าที่กู้ชีพที่เสียชีวิตและบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน 5 ราย การเผชิญความเสี่ยงของอาสาศัมครกู้ชีพกู้ภัย และพนักงานเวชกิจฉุกเฉินในช่วงเกิดเหตุการณ์การเมืองที่มีความขัดแย้งระหว่างเข้าช่วยชีวิตประชาชน การกิจกู้ชีพเข้าไปช่วยเหลือให้ได้ผลมากที่สุด และความเป็นกลาง ภายใต้การให้อำนาจทางกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ และการประกาศใช้ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักตามแผนการบูรณาการการแพทย์และสาธารณสุขระดับชาติ

ระหว่างเหตุการณ์ความไม่สงบ นอกจากหน่วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นทีมเจ้าหน้าที่ยังมีอาสาศัมครมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง 5 จุดและมูลนิธิร่วมกตัญญู 5 จุด (อุบล ยี่เอ็ง, 2553) ในการปะทะที่ต่างจังหวัด ปัญหาการประสานรถพยาบาลเพื่อมารับผู้บาดเจ็บไม่สามารถทำได้ เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานจากภาครัฐ ทหารและตำรวจ ไม่ใช่คนในพื้นที่ ไม่รู้จักโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้บาดเจ็บสาหัสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ ปัญหาภาพรวมของการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินคือ ขาดการประสานงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานอื่นๆ รวมทั้งไฟฟ้า และน้ำประปา ไม่รู้ว่าหน่วยใดจะเข้ามาดูแลสถานการณ์การทำงานที่ไม่สอดคล้องกับแผนรองรับการประชุมทางการเมือง (อนันต์ ตันมุขยกุล, 2553) กรณีการเกิดแผนนเรนทร ในช่วงความรุนแรงและวงกว้างสูงสุดทำให้มีการระดมสรรพกำลังจากต่างจังหวัดส่งหมอไปช่วยเหลือ ในสถานการณ์ที่สัมพันธ์กับการผลกระทบของการประท้วง ที่จะเผชิญหน้ากับความขัดแย้งสูญเสีย ในฐานะที่เป็นองค์การการแพทย์ฉุกเฉินที่ทำงานในภาวะฉุกเฉินย่อมรู้สึกถึงความผิดพลาด ในการเข้าไปช่วยเหลือตามระบบการจัดการแผนรองรับการประชุมของศูนย์เฮอร์คิวลีนพื้นที่กรุงเทพมหานคร

**เหตุการณ์ในความทรงจำ** นูเป็นอาสาศัมครกู้ชีพตั้งต้นที่ดูแลคนบาดเจ็บจากเหตุการณ์ 10 เมษายน ที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย เพราะเฮลิคอปเตอร์ทิ้งแก๊สน้ำตาลลงมายังฝูงชนที่ชุมนุมอยู่ เหล่าอาสาศัมครและพยาบาลอาสาต่างช่วยกันดูแลคนเจ็บ ตั้งแต่เริ่มต้นความรุนแรงจนเสียงปืนแตกแล้วสถานการณ์เริ่มคลี่คลาย ข้อความต่อจากนี้คือสิ่งที่เธอบอกเล่าสถานการณ์ด้วยตัวเอง เป็นวันที่เธอลืมไม่ได้ไปตลอดชีวิต

พวกเรานั่งกันอยู่ที่เต็นตรงแถวแยกอังรีตุนังคี่บีที่เอส วิหุ  
ของเราได้รับแจ้งว่ามีผู้ได้รับบาดเจ็บที่ลานหน้าสวนลุมพินี อาสาสมัครก็  
รีบลุยเข้าไปยังสวนลุม แต่ตอนนั้นยังไม่มีใครปะทะอะไรกัน แล้วก็มีคนจุด  
บั้งไฟขึ้นท้องฟ้า สักพักก็ได้ยินเสียงเหมือนปืนดังมาก ทุกคนตรงนั้นก็  
หมอบลงกับพื้น บ้างคนก็นั่งคุกเข่า ส่วนนูหลบอยู่ใต้ฐานพระรูปรัชกาลที่  
6 แล้วก็วิ่งมาหลบอีกเต็นท์หนึ่ง ชั่วพริบตาเดียว นูก็เห็นหญิงสาว  
อาสาสมัครคนหนึ่งอยู่ด้านขวามือของนูเพียงสองเมตรซึ่งอยู่ในระยะที่ใกล้  
กันมาก เธอถูกยิงที่ลำตัวทรุดลงจมกองเลือดบนพื้นถนน

นูอายุ 30 ปีเมื่อสามเดือนที่แล้ว เธอเป็นเจ้าหน้าที่การเงินในบริษัทสินทรัพย์แห่งหนึ่งแถว  
เพลินจิต และสมาชิกกู้ชีพเป็นเพื่อนเที่ยวที่สนิทใจกว่าเพื่อนที่ทำงาน นูเป็นเสมือนศูนย์กลาง  
การเคลื่อนไหวด้านการปฐมพยาบาลของทีมงาน ทำให้เธอนั่งอยู่กับกระเป๋าปฐมพยาบาล  
ตลอดเวลา ความสามารถของเธอน่าจะเชื่อมโยงกับประสบการณ์กู้ชีพบนเส้นทางๆ ระหว่างความ  
เป็นความตาย นูเพิ่งมองรายละเอียดด้วยนัยน์ตาที่ผ่านการฝึกฝน เธอเล่าประสบการณ์รับมือกับ  
ภาวะฉุกเฉินช่วงเหตุการณ์ชุมนุมว่า มีภาษาที่ไม่เคยได้ยินมาก่อน “ขอคืนพื้นที่ กระชับพื้นที่  
ผู้ก่อการร้าย แผนดาวฤกษ์ ยุทธศาสตร์ต่อตา ฟันต่อฟัน ยุทธศาสตร์ตามไปดู” เป็นต้น

### **ข้อค้นพบ ตัวตนเชิงปริมาณ และ ระบาดวิทยาฉุกเฉิน : กรณีทีมบางบางมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง**

ทีมอาสาสมัครบางบางมีตัวละครหลากหลายชีวิต หมุนเวียนเข้ามาก่อรูปประสบการณ์  
เชิงผัสสะ และเลือกตัดสินใจกระทำการต่อเหตุการณ์กู้ชีพ ชีวิตที่โหดแค้นของตัวละครเหล่านี้เป็น  
“พยานรู้เห็น” ความทุกข์ทางสังคมโดยปราศจากการฝึกฝนมาก่อน เช่น พนักงานบริษัท แรงงาน  
ครู ผู้รับเหมาก่อสร้าง อาชีพอิสระ มอเตอร์ไซค์รับจ้าง จุดเปลี่ยนสำคัญของตัวตนอาสาสมัครกู้ชีพ  
ในปัจจุบันคือ การรับเอาวินัย (discipline) และกฎเกณฑ์ของสถาบันเข้ามากำกับร่างกายของ  
อาสาสมัครใน 3 ด้านคือ พื้นที่ถนน (roadies space) เวลา (time) และปฏิสัมพันธ์ (interaction)  
เพื่อแสดงออกภาพลักษณ์ “รวดเร็ว มีเหตุมีผลและมากด้วยประสบการณ์” แตกต่างจาก  
ภาพลักษณ์เดิม “ยืดเยื้อและขับเคลื่อนด้วยแรงกระตุ้นของอารมณ์” ขณะเดียวกันอาสาสมัครกู้ชีพ  
ที่มีเจตนามุ่งมั่น การครองตน ใหม่ๆ ได้ตามจังหวะของชีวิตเรียกว่า “การฝึกฝนตนเอง” (training  
of the self) ผ่านการสร้างกิจวัตร (re-routinization) ในฐานะสมาชิกขององค์กรหรือสถาบัน  
นอกจากการกำกับวินัยสามารถควบคุมเรือนกายของอาสาสมัครกู้ชีพแล้ว พลังของระบบระเบียบ  
ส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึก และ การตัดสินใจของอาสาสมัครในชีวิตประจำวัน

นู อธิบายจุดเด่นของทีมบางบาง ที่เน้นสร้างความหลากหลายของกลุ่มย่อยภายในทีม  
ซึ่งกลุ่มย่อยจะแบ่งบทบาทรับภาระงานที่แตกต่างกัน รวมไปถึงการอบรมทักษะอาสาสมัคร

การจัดการพื้นที่ทำงาน และการจัดการวิทยุสื่อสารเพื่อประสานงาน โดยเฉพาะการอบรมทีม อาสาสมัครเป็นความรับผิดชอบของทีม ที่จะประสานกับมูลนิธิและ สภพ. เพื่อรับการอบรมตลอด ปี กลุ่ม นุ ริน เป็นแม่บ้านที่ดูแลสถานีย่อย และอุปกรณ์ภายในโรงพยาบาลเพื่อความเป็นระเบียบ โย นอด หนูมมีหน้าที่ดูแลโรงพยาบาลและซัปรถพยาบาล ส่วนการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เป็นหน้าที่ของทีม พี่สมนึกและพี่เป็รียว อาสาสมัครอาวุโสจะคอยตรวจสอบมาตรฐานของรถพยาบาล และการสื่อสาร เพื่อให้มั่นใจว่ารถพยาบาลมีความพร้อมและได้มาตรฐานตามกฎระเบียบ รายการ ตรวจสอบการทำงานประกอบด้วย จำนวนระยะทางซัปซ์และเติมน้ำมันแต่ละวัน แสงและเสียงของ โซเรน อุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นและน้ำยาฆ่าเชื้อ

### บริหารด้วยผัสสะ และ คาดค่านวม

การดูแลผู้ประสบเหตุฉุกเฉินเป็นช่วงเวลาที่อาสาสมัครใช้เวลาสัมผัส รู้สึก คลำชีพจร ประคบ ต้ออาการกดดันของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย สิ่งนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัคร กู้ชีพ และ ผู้ประสบเหตุ อาสาสมัครมีหน้าที่ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่เวชกิจในการกู้ชีพขั้นสูงในการตรวจวัด รุกราน ฉีดของเหลวเข้าไปร่างกาย สอดท่ออากาศเข้าไปในลำคอ การทำงานอยู่กับร่างกายและอวัยวะมนุษย์ ซึ่งอาจมีความแตกต่างในพื้นที่และรูปลักษณ์โดยคำนึงถึงสุขอนามัยและหลักวิชาการ เวลาช่วงขณะนั้นอาสาสมัครอาจรู้สึกผิดที่ใช้หลากหลายวิธีการกู้ชีพ และบำบัดความเจ็บปวดของบุคคลในเงื่อนไขต่างๆ เช่น การฉีดยาเข้าเส้น หรือ ป้อนหัวใจที่เป็นสาเหตุให้กระดูกแตกหัก โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บสูงอายุ และเด็ก

ประสบการณ์เชิงผัสสะที่สัมผัสวัตถุชุดอุปกรณ์ฉุกเฉิน นอกจากสิ่งของมีคุณภาพและต้นทุนแล้ว การประกอบวัตถุเหล่านี้แสดงลำดับโครงสร้างและขั้นตอนการทำงาน ชุดอุปกรณ์ย่อมสามารถการจัดวางใหม่ผ่านการจดจำ สำหรับองค์กรที่เผชิญหน้ากับวิกฤตจะจัดวางภารกิจของอาสาสมัคร และจัดสรรชุดอุปกรณ์ในรถพยาบาลเพื่อให้ทั้ง “คน” และ “สิ่งของ” หมุนเวียนกลับมาใช้ทำงานได้ ร่างกายต้องสัมผัสใช้อุปกรณ์กู้ชีพฉุกเฉินในตลาด และเวชภัณฑ์ของบริษัทฯสร้างประสบการณ์แตกต่างกัน ยกตัวอย่างกรณีเตียงในรถพยาบาล

“เตียงในรถพยาบาล บ่งบอกได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินอาจตาย เมื่อไหร่และอย่างไร รถพยาบาลเป็นการขนส่งผู้ป่วยสู่โรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ป่วยหมุนเวียนมาใช้ชั่วคราว เมื่ออาสาสมัครกู้ชีพส่งต่อผู้ป่วยสู่เตียงฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งเต็มตลอดอย่างไม่ที่สิ้นสุด บ่อยครั้งที่เตียงที่พิเศษหรือ เตียงเบาบางขนย้ายได้เร็ว ทั้งหมดสะท้อนตรรกะของการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย เตียงของผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องน้ำหนักเบาเพื่อขนย้ายรวดเร็ว ผู้ป่วยเรื้อรังที่เคลื่อนไหวยากลำบากและวิงเวียนศีรษะต่างต้องการเตียง



นอนเพื่อให้ได้รับการดูแลเยียวยา ผู้ป่วยมะเร็งและการรักษาด้วยคีโมสร้างผลข้างเคียงที่เรียกร้องความเอาใจใส่อย่างไม่คาดคิด เมื่อผู้ป่วยถูกนำขึ้นรถพยาบาล แล้วอาสาสมัครต้องจัดหาความสะดวกสบายเท่าที่ทำได้”

หนุ่มเน้นถึงการใช้อุปกรณ์ในรถพยาบาล โดยเฉพาะเตียงในรถพยาบาลสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยร่างกายที่บาดเจ็บ ต้องการการดูแลแตกต่างจากผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะฉุกเฉินได้สร้างงานที่ไม่สามารถรอได้ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถใช้ชีวิตปกติอย่างน้อยในสัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บ การพิจารณาประสบการณ์เชิงวัตถุของอาสาสมัครทำให้ผู้ศึกษาปรับบทบาทและวิธีการในงานภาคสนาม ผู้ศึกษาพยายามถ่ายทอดประสบการณ์ทางเทคนิคเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจการทดลอง ประดิษฐ์ประดิษฐ์ งานบริหารแก่ผู้ป่วยของอาสาสมัคร ในมุมมองประสบการณ์เชิงผัสสะที่แฝงอยู่ในการดูแลเอาใจใส่ ที่แสดงตัวออกมาผ่านการมองเห็น สัมผัสร่างกายและความทุกข์

### การเปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน (Shift work) สูตร10/14

วัฒนธรรมการทำงานของอาสาสมัครกู้ชีพสัมพันธ์กับ “เวลา” ซึ่งเวลาเกี่ยวข้องกับกฎเกณฑ์ของ สพท. และ กติกาภายในทีมอาสาสมัคร การทำงานของอาสาสมัครจะใช้เวลาในแต่ละวันและแต่ละปี ทั้งนี้ทีมอาสาสมัครบางบางอธิบายการเปลี่ยนชั่วโมงการทำงาน (Shift work) เวลาที่เป็นวงจรชีวิตระหว่างวันของอาสาสมัครกู้ชีพ โดยหน้าที่หลักคือการตอบสนองเหตุฉุกเฉิน การจัดการเวลาเข้าเวรอาสาสมัคร เรียกสั้นๆ ว่าสูตร 10/14 หมายถึง ทำงานประจำของตนเอง 10 ชั่วโมงในเวลากลางวัน แล้วเปลี่ยนเข้าเวรอาสาสมัครกลางคืน 2 ครั้ง ช่วงหัวค่ำ และ หลังเที่ยงคืน รวมเวลาเข้าเวรอาสาสมัครเวลา 14 ชั่วโมง โดยมากอาสาสมัครจะผล่อออกจากงานกู้ชีพกลางคืน 4-6 ชั่วโมงซึ่งทุกคนเรียกว่า “ช่วงพักเบรก” เพื่อป้องกันสถานการณ์ง่วงนอน และอาสาสมัครเริ่มล่า ต้องการนอนพักผ่อนและรับประทานอาหาร หลังจากนั้นอาสาสมัครจะกลับเข้างานประจำช่วงกลางวัน และวนกลับมาเป็นอาสาสมัครช่วงกลางคืนถัดไป อาสาสมัครยึดโยงการเปลี่ยนงานตามสูตร 10/14 ชั่วโมง

กระบวนการทำงานของอาสาสมัครรถพยาบาลสามารถแบ่งช่วงเวลาได้ดังต่อไปนี้ (1) **รอและเล่น** หมายถึง รอวิทยุแจ้งเหตุ และปฏิบัติสัมพันธ์กับสมาชิกกู้ชีพภายในทีม (2) **วอและวิ่ง** อาสาสมัครกู้ชีพรับวิทยุแจ้งเหตุล่อหมุน ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจรับเคสฉุกเฉินของทีมงาน เวลาของพวกเขาเป็นกฎเกณฑ์ที่เริ่มต้นจากการแจ้งเหตุจากศูนย์บัญชาการสื่อสาร จากแง่มุมของเวลานี้พวกเขาจึงมีช่วงเวลารีบเร่ง (3) **ติดตามและพบ** ทีมอาสาสมัครตามหาจุดเกิดเหตุ และ (4) **มาถึงแล้วเข้ามา** เมื่อรถพยาบาลพบผู้ประสบเหตุแล้วให้การช่วยเหลือ โดยการปฏิบัติการเหล่านี้อยู่ในรับรองของศูนย์บัญชาการสื่อสาร

เวลาของการ “มาถึง” ภายใต้กฎเกณฑ์การแพทย์ฉุกเฉิน การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินร้ายแรง จะจำกัดให้รถพยาบาลใช้เวลาขนส่งลำเลียงผู้ป่วยเพียง 8 นาที เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิต เป็นไปได้สูง ขณะเดียวกันแล้ว ช่วงเวลา “มาถึง” เป็นช่วงที่อาสาสมัครกู้ชีพใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย ซึ่งอาสาสมัครจะใช้เวลาดูแลพูดคุยอย่างเพียงพอจะส่งผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย ผู้ต้องการบริบาลขณะที่ อยู่ใน (5) “ชั่วโมงทอง” เป็นช่วงเวลากการยื้อชีวิตเพื่อให้มีโอกาสรอดชีวิตและปรับปรุง สภาพแวดล้อม บางเหตุการณ์ยังต้องใช้เวลา (6) สามประสาน การทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ ดับเพลิง เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินการแพทย์และตำรวจขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอุบัติเหตุ

การรับมือกับเหตุฉุกเฉิน และอุบัติเหตุหลายครั้งใช้เวลายืดเยื้อ ยกตัวอย่าง จราจรติดขัด ขณะขนส่งผู้ป่วยที่บาดเจ็บไปโรงพยาบาล เวลาที่อาสาสมัครกู้ชีพทุกคนกลัวที่สุดคือ “เวลาล่าช้า” เป็นสิ่งที่งานกู้ชีพต้องหลีกเลี่ยง เพราะชีวิตขึ้นอยู่กับความเป็นความตาย พวกเขาจึงถูกกำกับด้วย มาตรฐานหลักวิชาการและสุขอนามัย

ความหมายของเวลาในแง่มุมอาสาสมัครสะท้อนความแตกต่างระหว่างอาสาสมัครกู้ชีพ และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน เวลารถพยาบาล “มาถึง” เป็นภาระหนักของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลที่ตระหนักถึงโอกาสการพัฒนาอาชีพ และมุมมองที่เป็นบวกต่อชีวิต ขณะเดียวกันที่อาสาสมัครกู้ชีพจะตระหนักถึง 6 ช่วงเวลาเข้มแข็งที่ไม่มีค่าจ้างหรือค่าตอบแทน นอกจากอาสาสมัครกู้ชีพใช้เวลาแต่ละวันอย่างมีพลวัต แต่ละช่วงเวลามีความหมายถึงการจัดการ ร่างกาย ฝึกสอน และการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย กล่าวโดยสรุปอาสาสมัครมียุทธวิธีการจัดการของ อารมณ์อันเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแรงงาน เมื่อร่างกายรับมือกับความกดดัน อาสาสมัครจะ พุดคุยเรื่องตลก การขอคำปรึกษา และการเดินออกจากการออกรอบ ดังนั้น อารมณ์ความรู้สึกไม่ได้ เป็นเพียงนามธรรมที่ถูกสร้างขึ้นในชีวิตประจำวันเท่านั้น แต่จากวันหนึ่งที่เคยเคลื่อนไปอีกวันหนึ่งผ่าน การแตกหัก เปลี่ยนผ่านและยืนหยัดอันจำเป็นต่อการดำรงชีวิต

### ปฏิสัมพันธ์ของการบริหาร

ความสัมพันธ์ระหว่างอาสาสมัครกู้ชีพและผู้ประสบเหตุ อาสาสมัครกู้ชีพมีความคิดความ เชื่อ หรือ การแสดงออกต่อผู้ประสบเหตุ ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกัน ซึ่งอาจ เปลี่ยนแปลงในระหว่างเหตุการณ์ จากการสังเกตการณ์ อาสาสมัคร สิ่งแรกของการเปลี่ยนแปลงคือ ภาษา จากข้อสังเกตคำเรียกขานผู้ประสบเหตุของอาสาสมัครจากเรื่องเล่าของ นุ และนอตคำเรียกขานผู้ประสบเหตุฉุกเฉิน “แพนพันธุ์แท้” หมายถึง บุคคลเกิดอุบัติเหตุบนถนน จากการเมาแล้วขับ “พวกพี” หมายถึง คนติดยาเสพติด ยาบ้า ยาไอซ์ ดิทดเกม และเรียกขาน “ลูกค้าประจำ” หมายถึง เด็กแว่นเด็กสก๊อย และ “ใต้ทางด่วน” หมายถึง คนไร้บ้าน และ “คนน่า รังเกียจ” หมายถึง คนรวยที่เมาแล้วทะเลาะวิวาท คนรวยที่เป็นคู่กรณีคนที่มีความหมายทางสังคม

แล้วไม่ยอมรับผิดชอบ และ “พวกเกรตปี” หมายถึงคนที่ไม่ฟังปรารภนาอวตรวยและไม่ฉลาด และพวก “ตลาดล่าง” หมายถึง คนเกรง แกว่งท่าหาเลี้ยง บางครั้งหมายถึงตัวอาสาสมัครกู้ชีพเอง เหล่านี้เป็นคำเรียกผู้ประสบเหตุ หรือ ผู้ป่วยที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมที่แตกต่างกัน นอริบายถึงการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ว่าอาสาสมัครกู้ชีพจำเป็นจะต้องวางเท้าของเรากับความเท่าเทียม “ฉันไม่คิดว่าผู้ป่วยจะอยู่สูงกว่าฉัน หรือ ฉันไม่คิดว่าอยู่สูงกว่าคนเหล่านี้ เราเป็นคนเหมือนกัน”

ในทางตรงกันข้าม หม่อมจะเปลี่ยนมุมมองต่อผู้ป่วย เมื่อเขาได้รับความวางใจจากผู้ป่วย เหตุ ประเด็นที่หม่อมมีความกดดันเพราะไม่สามารถประนีประนอมการดูแลช่วยเหลือ แก่ผู้ป่วยที่ต่อต้านอาสาสมัครกู้ชีพ หม่อมมองเช่นนี้ไม่ได้มาจากความสงสาร (pity) หรือ รู้สึกรู้สึกับ ความเจ็บปวดของผู้อื่น (Sympathy) เพียงอย่างเดียว แต่ยกระดับสู่การพยายามทำให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ (Compassion) ซึ่งมาจากการตัดสินใจให้ความเป็นธรรมแก่บุคคลภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉิน เหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นมีความท้าทายทางเศรษฐกิจสังคมในพื้นที่ อาสาสมัครกู้ชีพจะเต็มอกเต็มใจดูแลช่วยเหลือมากกว่ายึดมั่นกฎเกณฑ์ที่กำกับภารกิจของเขา ส่งผลให้เวลาล่าช้าออกไปอย่างไรก็ตาม หากอาสาสมัครกู้ชีพมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ประสบเหตุ เมื่อพิจารณาจากคำเรียกขานที่ใช้ในพื้นที่ความท้าทายทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนหนึ่งมาจากทัศนคติของอาสาสมัครต่อความยากลำบากในการกู้ชีพบนท้องถนน

ภาษาในปฏิบัติการบริหารสละทอนถึงคลังภาษาในแต่ละสังคมวัฒนธรรม การเขียนการบริหารไม่จำกัดตัวเพียงวจนภาษา ภาษาเขียนและภาษาพูดเท่านั้น การเขียนการบริหารด้วย วจนภาษา ยกตัวอย่าง การวางมือลงบนไหล่เพื่อปลอบประโลม การตีฆาร้อนระหว่างการพูดคุย สนทนา เสียงรบกวนของเครื่องจักร อาจจะมีฟังแล้วรู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งเสียงคอมพิวเตอร์ที่สม่ำเสมอ สุนัขเลี้ยงแกะที่ดูแลฝูงแกะให้ชวนา ชวนาผิวปากเรียกวัวหรือน้ำเสียงพูดทำให้หัวเอียง หูฟังและเดินมาหาแม้ว่าไม่เข้าใจภาษามนุษย์ การที่หม่อมรับฟังคนไข้และพูดคุยไปมา แทนที่จะนั่งเฉยแล้วใช้เครื่องมือแพทย์ และ เขียนใบสั่งยา กล่าวรวบรัด การบริหารด้วยวจน ภาษาอาจ ผิดพลาดหากละเลยกิริยาท่าทางไป การคำนึงถึงวจนภาษา และผัสสะอาการทำให้ผู้ให้การบริหาร สามารถตอบสนองบริหารอย่างเฉพาะเจาะจงกับคนและเหตุการณ์

### การเมืองของการจำแนกแยะแยะการบริหาร

การพัฒนาบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีมีความสำคัญ ไม่จำกัดเพียงมาตรฐานของกลุ่มวิชาชีพ หรืออาสาสมัคร แต่ผู้ป่วยหรือ ผู้รับบริการจะเป็นคนตัดสินใจว่าอะไรดีสำหรับเขา ซึ่งควรให้น้ำหนัก ระหว่างสองฝากฝั่ง โดยเฉพาะกับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขที่มีโลกทัศน์การแพทย์สมัยใหม่ และวัฒนธรรมการทำงานที่เคร่งเครียดเร่งเร้าทำให้ต้องตัดสินใจให้การบริหารผู้ป่วย และหากผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ผู้ปฏิบัติงานจะทำอย่างไร การไม่รับรู้การแทรกแซงทางสุขภาพที่ซับซ้อน

เช่นนี้ ผู้ศึกษาต้องการคลี่คลายให้เห็นว่า ใครเป็นคนกำกับกระบวนการตัดสินใจเหล่านี้ ในตำแหน่ง  
แห่งที่ของความสัมพันธ์ในการตัดสินใจสิ่งที่เรียกว่าดี ไม่ดี แก่ผู้ป่วย ซึ่งมีสองลักษณะคือ หนึ่งการ  
ตัดสินใจตามขั้นตอนปกติทางการแพทย์ และการตัดสินใจละทิ้งสิทธิในการเลือก สามารถเข้าใจ  
ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจสังคม 3 ลักษณะที่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจการดูแลใส่ใจ

**ตลาดทางสุขภาพ** การบริการถูกเงินกลายเป็น “สินค้าความปลอดภัย” พร้อมบริการส่ง  
ต่อข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยเช่นภาคเอกชนกำลังดำเนินการ digital health แตกต่างจากการบริการ  
ฉุกเฉินรพพยาบาลจากภาครัฐ ที่คิดเป็นปริมาณรายหัว (Volume) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการ  
เอกชนที่มีราคาแพงกว่า ส่งผลทำให้การบริการสุขภาพจากภาครัฐต้องได้รับความคุ้มครองอย่างหนัก กลุ่ม  
วิชาชีพจึงเรียกร้องให้ผู้กระทำผ่านการรับรองมาตรฐาน และตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์  
บริการ แม้ว่างบประมาณรายหัวเป็นศูนย์กลางการทำงาน แต่พื้นฐานของตลาดสุขภาพการแพทย์  
คิดเป็นรายปัจเจกบุคคลที่ต้องตัดสินใจเลือกการดูแลใส่ใจ หรือ ละทิ้งการถูกแทรกแซงสุขภาพ  
ความคิดที่แปรเปลี่ยนจาก “ผู้ป่วย” มาสู่ “ลูกค้า” สามารถที่จะหาสินค้าที่เหมาะสม  
เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับสถานการณ์ของเขาหรือเธอ

**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อสร้างสำนึกพลเมือง** การแทรกแซงทางสุขภาพ  
(Health Intervention) หมายถึง การใช้พลังของกลไกและอิทธิพลของโครงสร้างที่ไม่ใช่มุ่งทำลาย  
คนอื่น แต่เป็นความมุ่งหวังการสร้างความร่วมมือทางศีลธรรม ความปรารถนาความสัมพันธ์ที่เท่า  
เทียมวางอยู่บนประสบการณ์ร่วมกับผู้อื่น แต่การแทรกแซงช่วยเหลือฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยไม่  
กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงหรืออาการดีขึ้น ไม่สามารถจัดว่าเป็นสินค้าเหมือนสินค้าในตลาด หากเป็น  
แนวทางนโยบายออกแบบระบบการแทรกแซงทางสุขภาพตามประเภทของผู้รับบริการ โดยมี  
เทคโนโลยีและชุดอุปกรณ์เข้ามาเกี่ยวข้อง การแทรกแซงทางสุขภาพระหว่างเกิดเหตุฉุกเฉิน มองได้  
สองแง่มุม **หนึ่ง** ในระดับปัจเจกบุคคล ความเป็นอัตวิสัยย้าเตือนถึงอติปไตยของตนเอง รับรู้ถึง  
อำนาจในการเลือกของตนเอง **สอง** ในระดับรัฐ การแสดงถึงการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการ  
เลือกกำหนดใจตนเองสอดคล้องกับจำแนกประชากรของรัฐ ผู้ปฏิบัติการแทรกแซงจะซึมซับ  
ประสบการณ์ และการปรับตัวไปสู่สร้างความสัมพันธ์เพื่อทดสอบอติปไตย และข้อถกเถียงถึงชีวิต  
มนุษย์สมัยใหม่ย่อมถูกแทรกแซงเสมอไม่มีใครหลีกเลี่ยง

**การสนับสนุนทางเทคโนโลยี** ภายใต้ระบบราชการที่ไม่ได้เป็นเนื้อเดียวกัน ยังมี  
วัฒนธรรมการทำงานแตกต่างกัน อุปกรณ์ช่วยชีวิตเป็นมากกว่าเครื่องมือ แต่แฝงฝังด้วยอุดมการณ์  
และจริยธรรมของการแพทย์ซิวโลก การบริหารจัดการทรัพยากรและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำกัดเป็น  
เหตุผลเบื้องหลังการแทรกแซงเชิงมนุษยธรรม ชุดอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานถือเป็นยุทธศาสตร์องค์กร  
เชื่อมโยงกับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม เป้าหมายการใช้เครื่องมือในรอบ 10 ปีของ  
สพฉ.ถือว่าได้ขยายความคิดและกระจายสู่การช่วยเหลือผู้คน ในขณะที่ผู้ประสบเหตุเผชิญกับความ

กตตันสิ้นหวังต้องการมีชีวิตอยู่ต่อไปอนาคต ระบบอุปกรณ์ได้พิสูจน์การเข้าถึงประชากรได้อย่าง  
น่ายินดี

### บทส่งท้าย: สัมปชัญญะทางสังคมในภาวะฉุกเฉิน

ในระดับปรัชญาความรู้การทำความเข้าใจ “ตัวเลข” ถือเป็นภาคปฏิบัติของการภววิทยา (Ontology) เป็นการทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ถูกวิจัยกับผู้วิจัย หรือความสัมพันธ์ระหว่างความจริงกับผู้วิจัย และระเบียบวิธีวิจัยนำมาใช้ในการศึกษา (Methodology) ในการศึกษากระบวนการตัดสินใจในการแทรกแซงสุขภาพช่วยเหลือผู้ประสบเหตุเป็นการผลิตความจริงที่หลากหลาย (manufacture of realities) มิเพียงแสดงพหุลักษณะวัตถุเท่านั้น แต่แสดงออกว่าการตัดสินใจอย่างเป็นอัตวิสัย และ ด้อยอำนาจภายใต้ระบบระเบียบสังคม การบริหารฉุกเฉินที่ดีสะท้อนการผสมผสานระหว่างการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ภาษา เวลา พิถีพิถัน และการใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ดีที่สุดในเวลานั้นขึ้นอยู่กับการออกแบบ (design) การแทรกแซงทางสุขภาพอย่างเฉพาะตัว

อาสาสมัครกู้ชีพภาคประชาชนในสมการการแพทย์สมัยใหม่ มักถูกมองว่ามีรอบรู้ทางสุขภาพต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทั้งนี้ ทัศนคติต่อสถาบันการแพทย์เปรียบเสมือนองค์กรทันสมัย พื้นที่พบปะของพลเมืองโลก การตัดสินใจที่มีเหตุมีผล อยู่บนฐานความรู้การแพทย์สมัยใหม่และกฎหมาย จากบทความนี้แสดงภาพหน่วยบริการทางอาสาสมัครกู้ชีพทำงานเชื่อมต่อปฏิบัติการสังคม กลับช่วยเติมเต็มช่องว่างสาธารณสุข และ ทลายข้อจำกัดระเบียบนโยบาย และ เปิดเผยการจัดการบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมของภาครัฐ

จุดรวมของเรื่องเล่าอาสาสมัครเป็นการตอบสนองความทุกข์ และต่อต้านอำนาจที่ยึดอยู่ในระบบความหมายและภาษาที่ตายตัวของสังคม ความคิดศีลธรรมอยู่เบื้องหลังความรู้ ภาษาและสถิติทางคณิตศาสตร์ที่ได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง จนกลายมาเป็นเทคนิควิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา หยิบยื่นภาษาใหม่และความหมายใหม่ให้กับการศึกษาในประเด็นสุขภาพและปัญหาโรคภัยไข้เจ็บของประชากร ความรู้และเทคนิควิธีการทางสถิติไม่เพียงเป็นหัวใจหลักของวิธีการศึกษาทางระบาดวิทยา เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแ่งมุมต่างๆ กับการเกิดโรค หากยังเป็นเครื่องมือของรัฐเพื่อการปฏิรูปสังคมและศีลธรรมของประชากร

**เกี่ยวกับผู้เขียน** บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ชื่อ อาสาสมัครกู้ชีพ : ชาติพันธุ์วรรณนา รถพยาบาล ผัสสะและประสบการณ์เชิงศีลธรรม หลักสูตรปริญาญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วัฒนธรรมศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2561

## เอกสารอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กฤษณ์ธรรม กสิกรรังสรรค์. (2553). ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ของรพพยาบาลกู้ชีพ และ อาสาสมัครกู้ภัย: ข้อคิดเห็นจากมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง. สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2562, จาก <http://breakingnews.nationchannel.com/read.php?lang=th&newsid=432733>
- จิรพล เหล็กเพชร, ประสิทธิ์ วุฒิสุทธิเมธาวี และ ประเสริฐ วตินานุกร. (2552). ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสมองขาดเลือดใช้ในการเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สงขลา. *นครินทร์เวชสาร*, 27(3), 203-212.
- ประชาธิป กะทา และ สิทธิโชค ชาวไร่เงิน. (2561). *ระบาคติวิทยาวัฒนธรรม*. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉินไทย: รายงานสถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). แบบฟอร์มสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานพนักงานกู้ชีพ สืบค้นเมื่อ กันยายน 2562, จาก [http://www.rangsit.org/rescue\\_help/rescue\\_08.php](http://www.rangsit.org/rescue_help/rescue_08.php)
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2557). *สถิติการเข้ารับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2559). คู่มือ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดการในภาวะสาธารณสุขภัย/ภัยพิบัติ (Public Health Emergency Incident Command System: PHEICS) พ.ศ. 2559. สืบค้นจาก [https://www.niems.go.th/th/Upload/File/255906101538474568\\_d2Qw9e18HslgFn47.pdf](https://www.niems.go.th/th/Upload/File/255906101538474568_d2Qw9e18HslgFn47.pdf)
- สพฉ. (2560). บันทึกเหตุการณ์การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ พ.ศ. 2553
- อุบล ยี่เอ็ง. (2553). การเผชิญภัยพิบัติถอดบทเรียน: กรณีความไม่สงบทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร (12 มีนาคม - 22 พฤษภาคม 2553). วารสารพยาบาลทหารบก, 11(ฉบับพิเศษ). สืบค้นจาก <https://tcithaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/5595>

ศ.นพ.อนันต์ ตัณมุขยกุล. (2553). Man-made Disaster ก้บการแพทย์ บทเรียนจากการขัดแย้ง  
ทางการเมือง เมษายน-พฤษภาคม 2553. วารสารอุบัติเหตุ, 29(2), 79-88. สืบค้นจาก  
<http://www.niems.go.th/th/Upload/File/20110601012336.pdf>

#### ภาษาอังกฤษ

Brown, H. (2010). "If we sympathetic with them, they'll relax": Fear/Respect and  
medical care in a Kenyan hospital . *Medische Anthropologie*, 22(1), 125-142.

Chantharasorn, K. (1963). *Itthiphon khong chao chin pon thalay lae botbat khong  
kon chinsamai-patchuban*. [Influence of Oversea Chinese and The Role of  
contempoly Chinese]. Bangkok: Odean Store.

Douglas, D. (1969). *Occupational and therapeutic contingencies of ambulance  
services in metropolitan areas*. PhD dissertation thesis, University of  
California.

Gammon, G. (1995). Open forum: Fighting the superman syndrome. *Emergency*,  
27(2), 70.

Good, M.D., Good, B.J. & Grayman, J. (2015). *Humanitarianism and 'mobile  
sovereignty' in strong state settings: Reflections on medical humanitarian  
in Aceh, Indonesia*. In Abramowitz, S. & Panter, B. C. (Eds.), *Medical  
Humanitarianism: Ethnographies of Practice*. University of Pennsylvania  
Press, Philadelphia, PA

Hewlett, S. A. & Luce, C. B. (2006). Extreme jobs: The dangerous allure of the 70  
hour workweek. *Harvard Business Review*. 84(12), 49-59.

Howie-Willis, I. (1985). *South Australians and St John Ambulance 1885 - 1985*,  
Griffin Press, Adelaide, South Australia.

Latour, B. (1987). *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers  
Through Society*. USA: Harvard University Press.

Livingston, J. (2012). *Improvising Medicine: An African Oncology Ward in an  
Emerging Cancer Epidemic*. Duke university press. Durham & London

Lupton, D. (1999). *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*.  
Routledge, London and New York.

Peterson, A. & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age  
of risk*. London: SAGE Publications.

- Phaholyothin, N. (2017). Moving beyond charity to philanthropy? The case of charitable giving in Thailand. *Austrian Journal of South-East Asian Studies*, 10(2), 185-203.
- Pol, A. (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham, Duke University Press.
- Pols, J. (2006a). Washing the citizen: washing, cleanliness and citizenship in mental health care. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 30(1), 77-104.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.
- Sheehan, J (1995). Honorable mention: pictures of my past. *Journal of Emergency Medical Services*, 20(5), 85.
- Thévenot, L. (2001). Pragmatic Regimes Governing the Engagement with the World. Schatzki, T. R., Knorr-Cetina, K. & Savigny, E. V. (Eds.) *The Practice Turn in Contemporary Theory*. Routledge. pp.56-73.
- Valentine, D., Olson, V. A. & Battaglia, D. (2012). Extreme: Limits and Horizons in the Once and Future Cosmos. *Anthropological Quarterly*, 85(4), 1007-1026.