

สถานการณ์ชีวิตและ พฤติกรรม الرعايةตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน

Life Situation and Self Care of Diabetic Patients

■ เพ็ญจันทร์ ประดับบุษ

ลือชัย ศรีเงินยวง

ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยมหิดล

Penchan Pradubmook

Leuchai Sringern-quang

Center for Health Policy Studies

Mahidol university

“การรักษาโรค” ถ้าหมกมุ่นแต่เพียงการใช้วิทยาการทางชีวการแพทย์ล้วน ก็ห่างจาก “การรักษาคน” เพราะยังมีมิติทางจิตวิญญาณ มิติทางความเป็นมนุษย์ และมิติทางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องอีกมาก งานวิจัยทางสังคมศาสตร์การแพทย์ขึ้นนี้เตือนให้หมกมุ่นอย่างองค์รวมมากขึ้น

บทนำ

โรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ โรคเบาหวานเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนชัดเจน แม้ปัจจุบันจะมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพเพียงใด แต่อัตราความชุกของโรคเบาหวานก็ไม่มีที่ท่าจะลดลง ภาวะแทรกซ้อนของโรคส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถเกิดความทุพพลภาพและการสูญเสียทางเศรษฐกิจก็ทวีความรุนแรงขึ้น พฤติกรรมการเกิดโรคมีความสลับซับซ้อนมีทั้งปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตวิทยา ที่สำคัญคือการดำเนินของโรคนั้นยาวนาน และเกี่ยวพันโดยตรงกับลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมและสถานการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นจริงของผู้ป่วยแต่ละคน ภาพที่สร้างความหนักใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์มาโดยตลอดคือ แม้การให้สุขศึกษาจะทำขึ้นอย่างไม่ขาดระยะหลากหลายวิธีทาง แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัว การควบคุมการบริโภคอาหาร ตลอดจนการออกกำลังกายไม่ดึ้นัก ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลขึ้น ๆ ลง ๆ แม้จะมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็ตาม

ความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต การเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์จากการเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยที่ยาวนานนั้น มีความซับซ้อนและมีความหมายมากกว่าความผิดปกติของร่างกายธรรมดา ปัญหาสำคัญของการจัดระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการแก้ปัญหา หรือรองรับกับ

ปัญหาโรคเรื้อรัง คือบุคลากรทางการแพทย์ขาดความเข้าใจในวิถีชีวิตเกี่ยวกับโรคในทัศนะของผู้ป่วยและญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองปัญหาความเจ็บป่วยให้เชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่พวกเขากำลังเผชิญอยู่

วัตถุประสงค์

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การรับรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในแง่ของการดำเนินชีวิต การปรับตัวในท่ามกลางความเจ็บป่วย และกระบวนการปรับตัวดังกล่าวนั้น ก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร ที่สำคัญคือกระทบกับการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์อย่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษา ทำใน 5 พื้นที่ คือ (1) โรงพยาบาลชุมพวง จ.นครราชสีมา (2) โรงพยาบาลแจ้ห่ม จ.ลำปาง (3) โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช จ.พระนครศรีอยุธยา (4) โรงพยาบาลสุโขทัย จ.สุโขทัย และ (5) โรงพยาบาลศิริราช 3 โรงพยาบาลแรกเป็นโรงพยาบาลชุมชน 4 เป็นโรงพยาบาลทั่วไป และสุดท้ายเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระยะเวลาของการเก็บข้อมูลปี 2534 - 2535 วิธีการศึกษาใช้หลายวิธีประกอบกัน ได้แก่ การสนทนากลุ่ม (focus group interview) จำนวน 41 รายใน 5 กลุ่ม การสัมภาษณ์แบบลึก 22 ราย การเยี่ยมบ้าน 48 ราย และการสัมภาษณ์แบบลึกกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

ผลการศึกษา

พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่รู้จักโรคนี้มาก่อน แต่เริ่มที่จะรู้จักโรคนี้เมื่อตนเองมีอาการผิดปกติในระยะแรก เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับการเป็นโรคเบาหวานซึ่งส่วนใหญ่รับรู้ว่า

“เป็นโรคใหม่”

“สมัยก่อนไม่เคยได้ยิน”

“เป็นโรคที่ต้องพึ่งหมอ”

ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ต่อความเป็นไปของโรคต่างๆ นานา ตามความรับรู้เดิม

“พวกไม่เชื่อหมอ...ตายทุกคน”

“รู้สึก เสียใจ กลัวจะเป็นหนักเพราะแม่เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน”

“กลัวจะเป็นคนพิการถูกตัดขา”

“เสียใจ ร้องไห้ คนอื่นเขาไม่เป็น มีแต่ตัวเองเป็นคนเดียว”

บางรายถึงกับปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยครั้งนั้น และแสวงหาการยืนยันจากแหล่งอื่น ๆ เท่าที่พบเป็นเรื่อง ของการเข้ายาสมุนไพร การไปคลินิก การซื้อยาตามรายขายยา การไปโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลเอกชน กระทั่งปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาส่วนใหญ่เป็นมานาน ผ่านการทดลองเรียนรู้ และสั่งสมประสบการณ์ การเกิดอาการแทรกซ้อน และภาวะอาการรุนแรง ตลอดจนประสิทธิภาพการรักษาแต่ละอย่าง จนในที่สุดผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับกับสภาพการเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังและให้ความหมายต่อประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“คลินิก โรงพยาบาลทางกรุงเทพเอาไว้รักษาเมื่อมีอาการรุนแรง”

“ซื้อยากินเองเวลาไม่มีเงินไปหาหมอ”

“สมุนไพรเป็นยารักษา ยาตัดเบาหวาน แต่ยาหมอเป็นยาคุม”

เหล่านี้ล้วนเป็นการให้ความหมายจากฝ่ายประชาชนทั้งสิ้น นอกจากนั้นก็ยังพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ให้ลำดับความสำคัญกับการรักษาในระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นด้านหลัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าไม่มาหาหมอ กลัวน้ำตาลขึ้นเยอะ กลัวชอกช้ำ”

“หมอบอกก็ต้องมา ถ้ายังไม่หมดก็ต้องมา”

“พวกไม่เชื่อหมอตายทุกคน”

ด้วยเหตุผลของประสิทธิภาพการรักษา โดยการประเมินอาการของตนเองเป็นระยะ ๆ เช่น

“หยุดฉีดยาไม่ได้จะรู้สึกน้ำตาลขึ้น”

“เคยทดลองงดยากลางคืน กินยาสมุนไพร
อย่างเดียว มาวัดน้ำตาลสูงปรืดเลย”

“หลังจากกินยาโรงพยาบาลน้ำตาลก็ค่อยๆ
ลดลง”

“เคยเห็นคนกินยาหม้อแล้วตาย จึงเลิกกิน
กลัว ทั้งยาที่จะกินหมด”

ขณะที่ศึกษามี 1 ราย กำลังอยู่ในขั้นทดลอง
ประเมินประสิทธิภาพของยาสมุนไพร จึงหยุดการ
กินยาตามแพทย์กำหนด และอีก 1
รายกินยาฟ้าทะลายโจรควบกับยา
หม้อ โดยให้เหตุผลว่าเป็นยาเสริม
ฤทธิ์ ถึงกระนั้นก็ตามผู้ป่วยเบาหวาน
ก็มิได้หยุดยั้งที่จะแสวงหาทางเลือก
อื่นๆ ด้วย โดยกล่าวว่า

“ใครว่าอะไรดีเอาหมด”

“เมื่อวานแม่ค้ายาเร่งเข้ามา
แนะนำบอกว่าหายก็เอามาทดลอง”

“มีข่าวออกมาเรื่องว่าที่นั่นที่นี้ ทำอย่างนั้นทำ
อย่างนี้ ก็ลองไปดู”

สำหรับสภาพจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในภาวะ
อาการที่ไม่รุนแรงจึงไม่วิตกกังวล แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วย
เบาหวานก็ตระหนักถึงความไม่แน่นอนของชีวิตความ
ทุกข์กังวลกับโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จนท้ายสุดเป็น
การ “ปลงตก” ต่ออาการเริ่มป่วย ดังคำกล่าวที่
สะท้อนความรู้สึกที่ว่า

“ถึงวาระก็คงจะต้องเป็นไปไม่รู้จะเกิดเมื่อไหร่”

“ไม่มีภาระอะไร จะตายก็ตายไม่กลัว”

“โรคเยอะต้องมาเป็นภาระคนอื่น อยากตาย
เร็วๆ”

“ท้อ โมหะตัวเอง ไม่หายสักที หมดเงินไม่รู้
จะทำไร เปลืองยาหมอ”

ขณะเดียวกัน สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ
ล้วนมีความวิตกกังวลด้วยเช่นกัน ซึ่งพบได้จากการ
เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา ดูแลเอาใจใส่สมาชิก
ครอบครัว ส่วนใหญ่เปลี่ยนรูปแบบการกินอาหารเพื่อ
ให้สอดคล้องกับผู้ป่วย เช่น ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมัน

หมู ไม่ใช้ผงชูรส เป็นต้น บางรายบอกว่า

“ที่บ้านเด็กเยอะ ปกติมักจะทำขนมกิน แต่
เมื่อแม่ป่วยก็ไม่ทำเลย กลัวแม่เห็น แล้วอดไม่ได้ จะ
ทำให้แกมีความอยาก สงสารแก”

ผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาเกือบทั้งหมดมีความเชื่อ
ว่าโรคนี้ต้องอาศัยการรักษาในระบบการแพทย์แผน
ปัจจุบันเป็นหลัก ดังคำกล่าวที่ว่า

“คนที่ไม่ปฏิบัติตามหมอสั่งพวกนั้นแหละตาย”

“โรคนี้ต้องฟังหมออยู่ตลอด”

“หมอสั่งเราก็ต้องทำ หมอ
นัดก็ต้องไป ถ้าไม่ไปหาหมอกลับ
น้ำตาลขึ้น”

การให้ความหมายต่อยาที่ใช้
ก็นับว่ามีความสำคัญที่กำหนดการ
ปฏิบัติและการตัดสินใจเลือกใช้หรือ
ประสิทธิผลการรักษา จากการศึกษา
พบว่า ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่จะเข้าใจว่า

ไม่มีทางรักษาโรคเบาหวานให้หาย
ขาด แต่ก็ต้องทำการรักษาเพราะมีเช่นนั้นแล้วจะมี
โรคแทรกซ้อนเกิดขึ้น ซึ่งมีความรุนแรงยิ่งกว่าโรค
เบาหวาน แต่ยาแผนปัจจุบันที่หมอจ่ายให้แต่ละครั้ง
จะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในร่างกายได้ การ
ปรับเปลี่ยนยาของแพทย์ การให้ยาในปริมาณที่แตก
ต่างของผู้ป่วยแต่ละคน นั้นหมายถึง การมีปัญห
าระดับน้ำตาลที่แตกต่างกันและที่สำคัญผู้ป่วยก็ได้ปรับ
ยาตามปัญหาความรุนแรงของอาการตนด้วยดังข้อมูล
ที่ปรากฏข้างต้น ในทางตรงกันข้ามพบว่า ในรายที่มี
ประสบการณ์ใช้ยาสมุนไพร ก็จะมีเชื่อถือว่า

“ยาสมุนไพรมันรักษา แต่ยาหลวงเป็นเพียง
คุมไม่ให้น้ำตาลสูง”

“กรณีที่กินยาสมุนไพรไม่หายเพราะสมุนไพร
มันจะถูกกับบางคน บางคนก็ไม่ถูก”

“ยาสมุนไพร รสขม จะตัดหวานได้”

การกินยาอย่างต่อเนื่องและการคุมอาหาร เป็น
สองปัจจัยหลักที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีผลต่อการ
รักษา แต่การปฏิบัติตามการรับรู้ดังกล่าวมักเป็นอีก
เรื่องหนึ่ง ผู้ป่วยจำนวนกว่าครึ่งยังมีการใช้สมุนไพร

ใครว่าอะไรดีเอาหมด มี
ข่าวว่าที่นั่นที่นี้ทำอย่าง
นั้นอย่างนี้ ก็ลองไปดู

คู่ไปกับยาปัจจุบัน บางรายใช้สมุนไพรโดยมีข้อห้ามว่าไม่ให้ควบกับยาปัจจุบัน บางรายต้องการพิสูจน์ผลยาสมุนไพร ทั้งสองลักษณะนี้พบว่าเป็นเหตุสำคัญให้เกิดการหยุดยาปัจจุบัน ส่วนการยอมรับยาปัจจุบันหรือยาโรงพยาบาลนั้น สาเหตุหนึ่งมาจากการยอมรับในประสิทธิภาพของการระงับอาการที่กำลังเกิดขึ้น หนึ่งหนึ่งยาปัจจุบันได้จัดอาการที่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยกังวลมากกว่าออกไป สิ่งนี้ยังต่อเนื่องไปถึงการยอมรับตามคำแนะนำจากแพทย์ในด้านอื่น ๆ อีกด้วย

สำหรับพฤติกรรมการกินยาปัจจุบัน มีหลายรายที่ตอบว่าไม่ลืมนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ซึ่งไม่อาจตรวจสอบได้อย่างแท้จริง ส่วนมากจะตอบว่าลืบบ้างบางครั้ง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยทำหากลืมนกินยา พบว่าส่วนมากจะเลยตามเลย ไม่กินควบหรือเพิ่มในมือต่อไป มีเฉพาะพวกใช้ยาฉีดซึ่งพบว่าพวกนี้มีประสบการณ์การปรับยาเองทั้งการลดและการเพิ่มตามอาการที่รู้สึก ต่างกับพวกที่กินยาซึ่งพบว่าแม้แต่ลดหากรู้สึกว่ามีอาการภาวะน้ำตาลต่ำแต่ไม่พบว่ามีอาการเพิ่มยา

สถานการณ์ชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน

ความเจ็บป่วยในทรศนะของผู้ป่วยนั้น มีความหมายเกินกว่าความผิดปกติทางชีวภาพของร่างกาย ความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสถานการณ์ชีวิต แปรผันตามการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยและปัจจัยแวดล้อมของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน การเป็นโรคเบาหวานจึงมีความหลากหลายภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและการเข้าถึงแหล่งความรู้และบริการ รวมตลอดจนสภาพปัญหาความเจ็บป่วยที่บุคคลนั้น ๆ ดำรงอยู่ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์มีมาตรฐานในการตัดสินใจปัญหา โดยยืนอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการรักษาที่มุ่งสนใจเพียงอาการผิดปกติที่ตรวจพบและการอธิบายถึงกลไกการเกิดโรค เช่นการตรวจวัดระดับน้ำตาลใน

เลือด แบบแผนการควบคุมระดับน้ำตาล ตั้งแต่การกินยาตามสั่ง การคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นมาตรฐานความสัมฤทธิ์ในการรักษาโรค

ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสำคัญที่ตัวโรคหรือความเจ็บป่วย แต่ให้ความสนใจต่อผลกระทบหรือผลที่ตามมาภายหลังจากการป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่า เพราะชีวิตของบุคคลมีหลายด้านท่ามกลางบริบทของครอบครัว ที่ทำงาน และชุมชน การป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกิดขึ้น

การรักษาเป็นภารกิจ
อย่างหนึ่งที่จะต้อง
จัดการเช่นเดียวกับ
ภารกิจอื่น ๆ หลายครั้งต้อง
เลือกที่จะจัดการสิ่งหนึ่ง โดย
ละสิ่งหนึ่งไว้ก่อน

กับชีวิตและติดกับตัวไป ซึ่งผู้ป่วยรวมทั้งญาติพี่น้อง ครอบครัวจะต้องคำนึงถึง การรักษาเป็นภารกิจอย่างหนึ่งที่จะต้องจัดการ เช่นเดียวกับภาระอื่น ๆ หลายครั้งที่บุคคลและครอบครัวต้องเลือกที่จะจัดการ สิ่งหนึ่งโดยละสิ่งหนึ่งไว้ก่อน ด้วยไม่สามารถที่จะจัดการกับหลาย ๆ ปัญหาให้ได้ผลสมบูรณ์ได้ในขณะเดียวกัน ปรากฏการณ์เช่นนี้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานหลาย ๆ ราย

และในหลายรายเหล่านั้นคือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรักษาโรค ไม่ว่าจะเป็นการคุมระดับน้ำตาลหรือการไปรับการรักษาตามที่แพทย์นัด

การเผชิญปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ท่ามกลางการเผชิญกับปัญหาด้านอื่นของชีวิต ซึ่งแต่ละคนมีองค์ประกอบของชีวิตและการรับรู้ในอาการความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ความเจ็บป่วยจะมากกระทบต่อชีวิตมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการ ทั้งปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นและปัญหาที่ผู้ป่วยคาดเดาว่าตนต้องเผชิญในอนาคต กรณีผู้ป่วยที่สามารถจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วยและไม่รู้สึกวิตกกังวลต่ออาการความเจ็บป่วย อีกด้านหนึ่งอาจเป็นปัญหาในสายตาของแพทย์เช่น การขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีปัญหาระดับน้ำตาล เช่น

กรณีของนางวรรณฯ หญิงหม้าย ฐานะร่ำรวย

อยู่ในตัวตลาด เธอมีปัญหาควบคุมระดับน้ำตาล "สามปีเป็นเบาหวานมาก่อน รับรู้ว่าเป็นโรคนี้ไม่หายขาด ที่รักษาเพียงคุมอาการที่รุนแรง คือโรคแทรก สำหรับตนรู้ว่าไม่เป็นอะไร ธรรมดาโรคนี้มันขึ้น ๆ ลง ๆ ต้องรักษากับหมอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะอยู่ใกล้โรงพยาบาลจังหวัด แต่โรงพยาบาลจังหวัดคนเยอะ แคร่รับยาอย่างเดียวต้องเสียเวลารอทั้งวัน... ยาทบไม่กินหรอกยุ่งยากกินยาก เวลารุนแรงจึงไปคลินิกหรือเข้ากรุงเทพ อาหารไม่เคร่งครัดตามที่หมอบอกหรอก เพราะโรคเรามาหลาย ๆ ถ้าเป็นมากจึงเคร่ง"

กรณีนายระเบียบ อยู่ห่างจากโรงพยาบาลเพียง 1 กม. แต่ไม่มาตามแพทย์นัด.... "เคยเป็นโรคปอด ตอนนี้เป็นไตวาย ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ คิดว่าโรคเบาหวานยีนพัน โรคพวกนี้แทรกรักษาตัวเองไปทั่วเคยไปโรงพยาบาลตรวจออก โรงพยาบาลศูนย์ที่สระบุรี โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอใกล้บ้านเนี่ย เคยไปตอนแรก ๆ แต่ตอนนี้ไม่ได้ไปแล้ว เวลาเป็นน้อย ๆ ก็ไปซื้อยา daonil ที่ร้านขายยา สะดวก รวดเร็วกว่า เวลาเป็นหนักก็ไปโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เลยที่นี้วิจัยไม่ถูก ขนาดไปนอนป่วยตั้งนานเมื่อต้นปี ก็ยังบอกว่าไม่พบเบาหวาน แต่ที่แท็บเล็ตก็ขึ้นอยู่แล้ว แต่เราไม่ได้กินข้าวน้ำตาลจึงปกติ หมอที่นี้ยังไม่เก่งไม่รู้ซักถาม ผมรู้ว่าผมเป็นอะไร ไทวแคไหน หมอเรียนแบบหนึ่ง ผมเรียนแบบหนึ่ง บางครั้งเป็นของง่ายของหมอ แต่เป็นของยากสำหรับคนไข้ รู้ว่าเขาแยก็ควรจะสงสาร กลับดูคนไข้แบบนี้ไม่ถูก สำหรับผมไม่รู้สักวิตกกังวลอะไร ถ้าอาการไม่ดีก็เพิ่มยา หรือไป test สักที ผมเป็นคนไม่วิตก มีเสียมิได้ ผ่านชีวิตมามาก เล่นการพนันมาตลอดชีวิต ถึงคราวหมดก็หมด ผมอยู่ในจำพวกจับเสือมือเปล่า ตอนนี้งามมีแรงก็จะออกไปเล่นการพนัน 3 วัน 3 คืน ไม่กินไม่นอนเลยกินแต่เครื่องดื่มกระตุ้นประสาท หรือน้ำชาวด ไม่มีความรู้สึกว่าเราป่วยเลย"

ท หมอเรียนแบบหนึ่ง
ผมเรียนแบบหนึ่ง
บางครั้งเป็นเรื่องง่าย
ของหมอ แต่เป็นเรื่องยาก
สำหรับคนไข้

ตรวจภาวะของแพทย์ในการอธิบายโรคเบาหวาน ความรุนแรง และกระบวนการรักษา ใช้ค่าของระดับน้ำตาลในเลือดเป็นมาตรฐาน ผู้ใดที่ตรวจพบว่ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ และมีอาการแทรกซ้อนที่บ่งชี้ชัดเจน ก็จะได้รับ การตรวจวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานและให้มารับยา หรือรับการรักษากำหนด ถ้าน้ำตาลในเลือดยังคงสูงอยู่ แพทย์ก็ต้องจัดแบบแผนการรักษาตามวิธีการของแพทย์ โดยมีได้คำนึงถึงปัจจัยที่มาจากระบบวิถีชีวิตของผู้ป่วยเลย

และในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามกำหนดได้ แพทย์ก็จะลงความเห็นว่าคุณป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ (non-compliance)

กรณีของนางลำยอง อายุ 34 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมา 4 ปี เคยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ล่าสุดนางลำยองปฏิเสธการมารักษาที่

โรงพยาบาล ด้วยเหตุผลว่า แพทย์วินิจฉัยว่านางลำยองมีน้ำตาลสูง ควบคุมไม่ได้ ต้องใช้การฉีดยา แต่นางปฏิเสธ ในที่สุดนางลำยอง จึงไม่ยอมรับการมารักษาที่โรงพยาบาลแฉ่หม โดยนางลำยองให้เหตุผลว่า "หมอมจะให้เจ้าฉีด เจ้าฉีดบได้ เจ้าฉีดวันนั้น เจ้าเกือบบรอด จะเป็นลม ใจสั่นต้องแวะซื้อลูกอมมาตลอด หมอก็บ่เชื่อ เจ้าก็หมดปัญญา จะให้เจ้าฉีดตัก ๆ...เบิ้ลว่าเจ้าแก้ปัญหามาได้ หนักใจกลัวเนี่ย เจ้าว่า เจ้าฉีดบได้ ก็หาว่าน้ำตาลเอาบ่อย แต่สองร้อยปลายไม่เคยขึ้นเลย จะให้มาฉีดที่บ้านก็ไม่มีเงินซื้อเครื่องฉีด เจ้าก็บ่มี เจ้าคนทุกข์ 5 บาท 10 บาท จะให้ลูกไปโรงเรียนยังมี เจ้าหนักใจ...ถ้าเจ้าฉีดยาแล้วไปปะการ กลัวเป็นลม เขาก็บ่จ้างหาว่าเจ้าชี้โรค...โรคนี้เป็นแล้วหยุดหัดทรมาณใจ หมอกิด่าเจ้า"

จากกรณีตัวอย่าง ผู้ป่วยที่มีปัญหาขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลที่นำมาเสนอข้างต้น แม้ว่าไม่ใช่ตัวแทนของผู้ป่วยที่มีปัญหาในทำนองนี้ทั้งหมด แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการ

รักษาของผู้ป่วย มีเหตุเกี่ยวกับปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับสถานบริการอย่างมาก ความไม่ลงตัวในการจัดความสัมพันธ์ โดยเฉพาะความเข้าใจที่แพทย์มีให้กับผู้ป่วยเป็นแรงผลักดันสำคัญ

ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล นอกจากเป็นประเด็นเรื่องการรับรู้และความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของผู้ป่วยแล้ว ยังขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต และอาชีพของผู้ป่วยด้วย

นางแดงอ่อน อายุ 42 ปี อาชีพรับจ้างเป็นแม่บ้านธนาคารแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ “เรื่องยา เรื่องอาหารไม่สามารถเคร่งครัดได้ตามที่หมอสั่งเราทำงานทั้งในบ้านนอกบ้าน ตื่นแต่เช้าต้องไปถึงที่ทำงาน 7 โมง ไปถึงต้องดูแลความสะอาด เดี่ยวคนโน้นจะเอาโน้นเอานี่ เราก็ต้องบริการ บางครั้งเลยเวลาอาหารเข้ากลางคืนหมอมไม่ให้ทานมากเพราะไม่ได้ออกกำลัง แต่ของเราทำไม่ได้เพราะเลิก 2 ทุ่ม กลับถึงบ้าน 3 ทุ่ม มันหิว กินเร็วกว่านั้นก็ไม่ได้ เพราะเป็นเวลางาน เขาจะว่าได้ เวลาที่มีน้ำพริก ผักของชอบก็เพลิน ถ้ารู้สึกกินมาก ก็คิดว่าวันนี้กินมากไปแล้ว งวดนี้ น้ำตาลขึ้นแน่ เรากิน เรารู้ จะมีอาการบ่งบอก เวลาใกล้ถึงวันนัดถ้ารู้ตัวว่าน้ำตาลจะสูง ก็จะอดอาหารตอนเย็น ไม่กินอะไรทั้งตัว กลัวน้ำตาลขึ้น ทน ๆ ไปไม่ยอมให้หมอว่า กลับมาค่อยว่ากันใหม่ ต้องเตรียมตัวมาหาหมอบ่อยทุกเดือน นอกจากรักษาที่นี้แล้ว เคยใช้ยาสมุนไพร ที่เขาแนะนำให้อายาที่ร้านเจ้าคุณเปื้อ บางทีก็ซื้อยามอดี เอาตัวอย่างไปให้ดู”

จากการนำเสนอเป็นกรณีศึกษาข้างต้น ทำให้ภาพที่ชัดเจนว่าโรคเบาหวานบนพื้นฐานชีวิตของผู้ป่วย มีความสลับซับซ้อน ความหมายของความเจ็บป่วยนั้น จะส่งผลกระทบต่อตนเองมากน้อยเพียงใด สัมพันธ์กับสถานการณ์ชีวิต หรือวิถีชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการตีความการให้ความหมายซึ่งส่งมาจากประสบการณ์ของผู้ป่วย ขณะที่ในสายตาของบุคคลากรทางการแพทย์ มองว่าคนเหล่านี้ เป็นคนที่มีปัญหาในการรักษา หรืออยู่ในข่ายต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะอาจเกิดอาการแทรกซ้อนได้ แพทย์แผนปัจจุบันใช้

เกณฑ์ชี้วัดปัญหาความเจ็บป่วยจากระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสำคัญ โดยการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ผ่านการให้สุศึกษา เช่น การกำหนดให้ผู้ป่วยเบาหวานลดอาหารจำพวกน้ำตาลหรือคาร์โบไฮเดรต โดยไม่ได้คำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วย ปัญหาที่มักเกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบว่าจะนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในวิถีการดำเนินชีวิตของตนได้อย่างไร ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะหาอาหารชนิดใดที่เป็นอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต อาหารชนิดใดที่กินได้ หรือห้ามกิน หรือแม้กระทั่งว่า มีความรู้ความสามารถในการแยกแยะอาหาร ที่สัมพันธ์กับระดับน้ำตาล แต่ก็ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินหรือควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพราะแบบแผนการกินเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต การพึงใจในรสชาติอาหาร หรือการไม่มีโอกาสเลือกอาหารได้มากนัก เป็นต้น

ในขณะที่แพทย์มุ่งลดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญ แต่ความคาดหวังของผู้ป่วยเพียงต้องการให้ตนเองสามารถทำงานได้ตามปกติ หรือช่วยบรรเทาอาการต่างๆที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่ผู้ป่วยได้รับจากแพทย์ส่งผลให้สถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยยุ่งยาก รุนแรงมากขึ้นเพียงใด ปัญหาความเจ็บป่วยก็จะมากระทบต่อสภาพการดำเนินชีวิตมากขึ้นเพียงนั้น

กรณี นางกิมเฮง อายุ 57 ปี เป็นเบาหวานมา 10 ปี “ปัจจุบันอยู่บ้าน ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน ฐานะเศรษฐกิจปานกลาง ใช้ยาฉีด โดยลูกสาวเป็นผู้ฉีดให้ รู้จักโรคเบาหวานมาก่อน ญาติพี่น้องเป็นเบาหวานกันหลายคน อาม้า อากัง อาอี ก็เป็น ทั้งตายและถูกตัดขา ไม่เคยไปรักษาที่ไหนเลย มีประสบการณ์การใช้ยาสมุนไพร ยาจีน มาก่อน แต่ไม่ได้ผล ปัจจุบันใช้แต่ยาของโรงพยาบาล มาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องแต่คุมน้ำตาลไม่ดี...ปฏิบัติตามหมอสั่งตลอดมาเลยนะ แต่ทำไมถึงน้ำตาลสูงก็ไม่รู้ ไม่อยากฉีดยาหมอเขาให้ฉีดก็ต้องฉีด ฉีดแล้วน้ำตาลก็ขึ้นสูง อยากเปลี่ยนไปใช้ยา กิน หมอกก็ไม่ยอม..ควบคุมอาหารมาก กินมื้อละขาม ไม่กินหวาน เวลาหิวมาก ๆ ก็อยากเติม

เหมือนกัน แต่เวลานี้ถึงหมอกก็ไม่อยากเลย กลัวถูกดู มะระต้มกระดูกหมู กินไปนานๆ ก็เบื่อ อาหารพวกมันๆ จำพวกขามูไม่ได้กินมาหลายปี หมอกห้ามเลยไม่กล้า อยากกินอยู่เหมือนกัน แต่ไม่กล้า”

“เป็นมานาน..อยากรีบ ๆ ตายดีกว่า อยู่ไปก็ลำบาก ชีวิตเราก็ลำบาก...ตั้งแต่เป็นเบาหวานมา...ฐานะตัวเองก็แย่งลง อยู่ในกรุงเทพมีภาระค่าใช้จ่ายหลายด้าน รายได้ที่มีอยู่ก็ยังไม่พอใช้ ต้องเสียทั้งค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าอาหารการกิน ทั้งครอบครัว และอื่น ๆ อีกอีกปีละ รายรับที่นำมาใช้จ่ายก็มีเพียงเงินซึ่งลูกสาวคนหนึ่งให้เดือนละ 1,000 บาท สำหรับค่าใช้จ่ายทั้งหมด ลูกชาย ลูกสะใภ้ไม่เคยให้เลย การที่มีภาระในเรื่องค่ารักษาพยาบาลของตัวเองก็ยิ่งเป็นปัญหาหนัก เมื่อมาเปลี่ยนเป็นฉีดยา ค่ายาที่แพงขึ้นมาหาหมอกแต่ละครั้งก็ต้องขอจากลูก สามปีไม่เคยให้ไม่เหมือนเมื่อก่อนที่ตัวเองค้าขาย หาเงินได้เอง เงินของตัวเองสามารถทำอะไรก็ได้หมด พอมาตอนนี้บางที่ทั้งบ้านไม่มีเงิน ก็ต้องไปหาหยิบยืมจากคนอื่น เข้าโรงจำนำบ้าง ขายไปบ้าง เพื่อเอามารักษาตัว”

“เรื่องคุมอาหาร โดนบังคับอยู่ทั้งจากหมอกและครอบครัว ลูกชายคอยห้ามและควบคุมแม่ไม่ให้กินอาหารที่ตนเองคิดว่าจะทำให้เบาหวานขึ้น บางครั้งกินข้าว 1 ขามไม่อิ่ม รู้สึกหิว อยากกินเพิ่มอีก ลูกชายก็ห้ามไม่ให้กิน ผลไม้บางอย่างก็จะไม่ให้กินเลย เช่น มะม่วงจิ้มพริกเกลือ ก็ห้ามไม่ให้กิน เพราะกลัวแม่น้ำตาลจะขึ้น ชื่อน้ำฝรั่งมาให้ดื่มแทนผลไม้ ดื่มน้ำไปครั้งเดียว ก็ดื่มไม่ได้ เหม็น มันไม่หวาน”

ท่ามกลางความเจ็บป่วย ผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับสถานการณ์ชีวิตด้านอื่นๆ ทั้งปัญหาเศรษฐกิจ และครอบครัว หากสถานการณ์ชีวิตของบุคคลมีข้อจำกัด บุคคลจำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาต่าง ๆ ที่เขาเผชิญ หลายกรณีพบว่า ความเจ็บป่วยจึงเป็นเรื่องที่รอได้ เพราะสิ่งสำคัญยิ่งกว่า คือ ปากท้อง และความอยู่รอดของสมาชิกในครอบครัว

กรณีของป้าจ๋าปี อายุ 57 ปี ป่วยเป็นเบาหวานมา 7 ปี มีปัญหาเรื่องการคุมน้ำตาลและการ

ไม่ไปตามนัด “2 ปีนี้น้ำหนักก็พลี้งลงไม่ได้ผลผลิตเลย มีเงินก็ซื้อข้าวกิน ส่วนที่เก็บเกี่ยวได้บ้างต้องเก็บเอาไว้เป็นพันธุ์ในปีต่อไป...พอป่วยอยู่แต่ก็ไม่ยอมไปตรวจ แถบบอกว่าได้แต่กว่านาอยากให้อาการป่วยมันลวงป็นนี้ไปก่อน รอถึงปีหน้าให้ล้มตาอำปากได้ก่อน จะเป็นอะไรก็ขอให้ไป...เป็นโรคเบาหวานมา 7 ปีแล้ว ตอนนี้รู้สึกท้อแล้ว หมอดเงินไปเยอะ ก็ไม่เห็นว่ามันจะหาย...เงินรักษาที่เอามาจากการขายข้าวแต่ละครั้งเมื่อจะไปหาหมอกก็ต้องเตรียมขายข้าวที่มีอยู่ไม่มาก ครั้งละประมาณ 300 - 500 บาท ทุกวันนี้ไม่มีข้าว ก็ต้องขอเงินจากลูก มีมั่งไม่มีมั่ง หลายครั้งที่ไม่มีเงินก็ไม่ได้ไปหาหมอกตามนัดต้องละไม่ไป นึกถึงครอบครัว โดยเฉพาะหลานๆ อีกอย่างเคยโดนห้องยาชุดตอนนั้นมีเงินไม่พอ เขาก็คิดว่ารู้ว่าจะมาหาหมอกทำไมไม่เตรียมมาให้พอ ก็อยากจะทำเขาไปว่าอยากเอามาอยู่หรืออกแต่มันไม่มี บางครั้งพอมีเงินอยู่บ้างก็ไปซื้อยากินเอง พอปะทั่งไว้ก่อน...บางครั้งรู้ว่าอาทิตย์หน้าถึงวันนัดแล้วแต่ไม่มีเงินก็จะลดยาที่กินอยู่ประจำจาก 2 เม็ดเหลือ 1 เม็ดเพื่อยืดเวลายามหมอกจะได้อยู่หลายวัน หมอบอกว่าให้ระมัดระวังเรื่องความสะอาดที่เท้าแต่เรามันอาชีพทำไรทำนาจะไม่ให้เป็นแผล หรือไม่ให้โดนน้ำก็เป็นไปไม่ได้ เราหลีกเลี่ยงไม่ได้”

ปัญหาความเจ็บป่วยรุนแรงและกระทบต่อชีวิตด้านอื่นๆของผู้ป่วยและครอบครัว หากความเจ็บป่วยนั้นไม่สามารถพึ่งตนเองได้ต้องพึ่งพิงวิธีการรักษาทางการแพทย์เป็นหลัก ที่สำคัญหากผู้ป่วยมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ความทุกข์ยิ่งทับถมเป็นทวีคูณจากปัญหาความเจ็บป่วย

unสรุป

เบาหวานมิใช่เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์ที่ผู้รักษาห่วงใย แต่เบาหวานเป็นความทุกข์ เป็นความวิตกกังวล เป็นภาระที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ของผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ด้วยธรรมชาติของโรคที่ไม่หายขาด อาการที่ปรากฏของโรคมีผลกระทบต่อการทำมาหากิน ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากวิตก โรคเบาหวานเป็นเพียงตัวอย่าง

หนึ่งของโรคเรื้อรังที่นับวันจะเป็นปัญหาสำคัญของการจัดบริการสาธารณสุข แนวทางที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องนั้น ต้องเข้าใจว่าความเจ็บป่วยที่ยาวนานโดยเฉพาะโรคเบาหวานนั้น นอกจากส่งผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังส่งผลต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยที่สัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมด้วย รวมทั้งการปรับบทบาท หรือวิถีชีวิตประจำวันเพื่อจัดการกับปัญหาความเจ็บป่วย

ในสภาพการณ์เช่นนี้บุคลากรทางการแพทย์ จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับความเจ็บป่วยที่อยู่บนรากฐานความคิดที่ใกล้เคียงกับผู้ป่วย (emic view) และเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นกรอบคำอธิบายความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของการให้ความหมาย (patient explanatory model) (Klieman 1980 : 83-118) ประสบการณ์และสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ถูกกระทำตลอดเวลา โดยไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หรือมีอำนาจในการต่อรองวิธีการรักษา ด้านหนึ่ง ผู้ป่วยที่เชื่อฟังแพทย์ ก็อาจจะต้องปรับสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตทั้งหมด เพื่อตอบสนองต่อแบบแผนการรักษาของแพทย์ จนเกิดความทุกข์ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวอีกด้วย อีกด้านหนึ่ง ผู้ป่วยที่เชื่อมั่นตนเองมากกว่า ก็จะได้แสดงออกในรูปของ non-compliance คือปฏิเสธวิธีการรักษา และหาทางเลือกในการรักษาของตนเอง

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน ต้องมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถที่จะประคับประคองความเจ็บป่วยดังกล่าวและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยนั้นอย่างมีความหวัง ถึงแม้จะไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็ตาม แต่อย่างน้อยก็ขอให้ความเจ็บป่วยนั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่ทุกข์ทรมานถ้าจะต้องอยู่กับมันตลอดไป (Anselm 1990 : 5-6) ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ชีวิตดังกล่าวนี้ Feldman กล่าวว่าเป็น

กระบวนการปรับตัวที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้น เป็นสถานการณ์ที่เขาจะต้องอยู่ร่วมกับอาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ไปอีกยาวนาน และผู้ป่วยต้องยอมรับสภาวะของตนเองที่ต้องถูกจำกัดลง หรือเปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยดังกล่าวอย่างมีความหวังที่จะดำเนินชีวิตอีกต่อไป (Margaret 1988 : 637-657) โดยนัยนี้การปรับตัวของผู้ป่วยจึงมิใช่เพียงการปรับตัวทางกายภาพเท่านั้นแต่หมายรวมถึง

ความสามารถในการปรับสภาพจิตใจ โดยเฉพาะความสามารถในการปรับตัวทางสังคมอีกด้วย การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานนั้น ไม่ควรเน้นบทบาทด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว ยุทธวิธีต้องปรับให้ยืดหยุ่นและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และสิ่งที่เป็นระบบวิถีคิดของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกับสถานการณ์ชีวิตอื่น ๆ ภายใต้อิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันของผู้ป่วยอีกด้วย

ปัญหาของการมีพฤติกรรม

การดูแลรักษาตนเอง ที่ไม่เหมาะสมเห็นได้ชัดว่าส่วนน้อยเกิดจากการไม่รู้ หรือรู้ผิด ตรงกันข้ามมันเป็นผลของความพยายามที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยโดยการอยู่ร่วมกับมันในขณะที่จะต้องจัดการกับปัญหาและความต้องการอื่น ๆ ร่วมไปด้วย บทบาทของสถานบริการหรือแพทย์จึงควรทำหน้าที่ช่วยเหลือการปรับตัวดังกล่าว มากกว่าจะพยายามดึงหรือบังคับให้ผู้ป่วยมีชีวิตเพียงเพื่อการรักษาโรคแต่เพียงด้านเดียว

ความคิดความเข้าใจของแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีความสำคัญมากต่อการทำหน้าที่ช่วยเหลือในกระบวนการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยโดยมีความทุกข์น้อยที่สุด ทักษะที่ยืดหยุ่น รับฟัง พยายามเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย มีความรู้ในเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรมของท้องถิ่น ฯลฯ จะเอื้อให้การทำหน้าที่ผู้ช่วยเหลือในกระบวนการปรับตัวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้ครอบคลุมทั้งการทำ

การให้สุขศึกษาต้องเปลี่ยนเป็นการสนทนา การให้ผู้ป่วยเข้าร่วมหรือทำหน้าที่แทน จะเพิ่มประสิทธิภาพ ทำให้กระบวนการดูแลตนเองเป็นไปได้มากขึ้น

เข้าใจในแบบแผนการกิน การทำมาหากินและชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้กระบวนการให้สุศึกษาสอดคล้องมากขึ้น

การให้สุศึกษาจะต้องเปลี่ยนเป็นกระบวนการสนทนาแลกเปลี่ยน (dialogue) เป็นกระบวนการสองทาง มีการรับฟังและให้โอกาสผู้ป่วยได้พูด สิ่งเหล่านี้จะทำให้การทำบทบาทผู้ช่วยเหลือในการปรับตัวของผู้ป่วยมีประสิทธิภาพขึ้น ที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ในกระบวนการดังกล่าว การให้ผู้ป่วยด้วยกันเอง (โดยเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์) เข้าร่วมด้วยหรือทำหน้าที่แทนจะยิ่งทำให้กระบวนการสุศึกษาแบบใหม่นี้มีประสิทธิภาพและสามารถช่วยในกระบวนการดูแลรักษาตนเองเป็นไปได้อย่างมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่ต้องอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรักษา ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความคิด ความเชื่อ และสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วย การจัดการบริการโดยอาศัยฐานของ clinical setting ไม่อาจแก้ปัญหาได้ทั้งหมด แต่ต้อง

สร้าง social care ให้เกิดขึ้นในระดับชุมชน และครอบครัวด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Uta Gerhardt "Qualitative Research in Chronic Illness : The Issue and the Story" Social Science & Medicine Vol. 30 No. 11 1990 pp. 1149 - 1159
2. Arthur Klienman Patient and Healers in the Context of Culture. Berkely, California : University of California Press, 1980 pp. 83-118
3. Anselm " Qualitative Research in Chronic Illness" Social Science & Medicine. Vol.30. No.11 1990 pp.5-6
4. Margaret Diamond "Social Adaptation of the chronically ill" In : Handbook of Health, Health Care and the Health Professions. Edited by David Mechanic. New York : a Division of Macmillan Publishing Co., Inc., 1988 p.637-657.



ก ราบใดที่แพทย์แผนปัจจุบันยังยืนอยู่บนวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ โดยปราศจากการตระหนักถึงสิ่งที่เป็นวิถีชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่แวดล้อม แพทย์ย่อมไม่เข้าใจว่าผู้ป่วยคิดอย่างไรต่อความเจ็บป่วยที่เขาเผชิญอยู่ ทำให้ช่องว่างระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยห่างกันทุกที

(Uta Gerhardt 1990 : 1149)