

หนังสือในชุดรวมผลงานวิจัยของสำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
พ.ศ. 2550-2552 เล่มที่ 3

ระบบสุขภาพภาคประชาชน
กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง :
สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

โดย สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพช.) และองค์กรภาคี
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง: สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

เอกสารวิชาการรวบรวมเรียบเรียงโดย

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ISBN 978-974-11-1395-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 ตุลาคม 2553 จำนวน 1,500 เล่ม

คณะผู้วิจัย	รศ.ดร.มัลลิกา มัติโก	ดร.เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์
	จตุพร ผลเกิด	เยาวเรศ วิสูตรโยธิน
	สุชีพ เณรนนท์	ผศ.พญ.วัชริน สินธวานนท์

การจัดการและประสานงาน พกษา นุกนุกญ

จัดพิมพ์และเผยแพร่

สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.)

ที่อยู่ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล

จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 02-441-9040-3 ต่อ 15-18 โทรสาร 02-441-0163

พิมพ์ที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒน์ไพศาล

โทร. 02-432-6173-5

คำนำ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) ร่วมกับเครือข่ายนักวิจัยในสถาบันการศึกษาและองค์การภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำโครงการทบทวนสถานการณ์จากงานวิจัยและพัฒนากรอบการวิจัย ที่ดำเนินการไปแล้วในรอบ 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 – 2550 ซึ่งได้ทำการทบทวนงานวิจัย ดำเนินการขยายการสืบค้น การรวบรวม และจัดการข้อมูลงานวิจัยที่มีอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายหลักในการพัฒนาฐานข้อมูลการวิจัย และใช้ประโยชน์ฐานข้อมูลการรวบรวม สังเคราะห์สรุปผล และจัดระบบเชื่อมโยงงานวิจัยร่วมกับสถาบันวิชาการในแต่ละภูมิภาคเพื่อให้เกิดข้อมูลเพื่อการพัฒนาทั้งในระดับภูมิภาคและส่วนกลาง

จากการคัดเลือกงานวิจัยจำนวน 6 เรื่อง ที่ฐานหลักเป็นวิทยานิพนธ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อทบทวน ได้แก่ 1) แนวคิดสังคมศาสตร์กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง 2) ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้ และทิศทางการวิจัย 3) แนวคิดความอ่อนแอและการจัดการของคนไทย 4) ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคเบาหวาน 5) ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคความดันโลหิตสูง และ 6) การดูแลระยะยาวสำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน : กรณีผู้สูงอายุ

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงาน เรื่อง ระบบสุขภาพประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้ และทิศทางการวิจัย ฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ไม่ใช่ว่าแต่คณะทำงานแต่หวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยบริการองค์กรและผู้คนที่สนใจต้องการศึกษาต่อไป

คณะผู้จัดทำ

เกี่ยวกับ สพข.

สปข. เดิมคือ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน เป็นหน่วยงานภายใต้สำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (สบพป.) กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันได้โอนมาภายใต้สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล และได้เปลี่ยนชื่อเป็น สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน มีที่ตั้งสำนักงานอยู่ที่สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน เลขที่ 25/25 ถนนพุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

สปข. มีพันธกิจเป็นหน่วยจัดการความรู้และงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนที่สามารถพึ่งตนเองได้และมีความยั่งยืน ด้วยการพัฒนาองค์ความรู้ที่จำเป็น และการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมแบบสหสาขาของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในภูมิภาค ท้องถิ่น องค์กรชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	6
Abstract	7
บทสรุปผู้บริหาร	8
บทที่ 1 แนวคิดสังคมศาสตร์กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง	11
โดย มัลลิกา มัติโก	
บทที่ 2 ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้ และทิศทางการวิจัย	21
โดย เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์	
บทที่ 3 แนวคิดความอ้วนและการจัดการของคนไทย	29
โดย จุติพร ผลเกิด	
บทที่ 4 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคเบาหวาน	71
โดย ยาวเรศ วิสูตรโยธิน	
บทที่ 5 ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคความดันโลหิตสูง	91
โดย สุชีพ เณรนนท์	
บทที่ 6 การดูแลระยะยาวสำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน: กรณีผู้สูงอายุ	119
โดย วชิรินทร์ สินธวานนท์	

บทคัดย่อ

ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาของระบบสุขภาพ ระบบสังคม และระบบครอบครัวที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพราะเกี่ยวพันกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและ พฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังเป็นบทบาทใหม่ที่ระบบการแพทย์ต้องเข้ามาจัดการ นอกเหนือจากการนิยามโรคในมุมมองชีวการแพทย์แล้ว บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนรายงานชิ้นนี้ เป็นการเสนอแนวคิดทางสังคมศาสตร์ และการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดความเจ็บป่วย ประสบการณ์ชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการดูแลอย่างมี ประสิทธิภาพ รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบแนวคิดความเจ็บป่วยของภาคประชาชน และกระบวนการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวในความเจ็บป่วยเรื้อรัง อันได้แก่ ความ ดันโลหิตสูง และเบาหวาน รวมทั้งปัญหาโรคอ้วน และการดูแลระยะยาวของประชาชนในการดูแลปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าประชาชนมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความอ้วนที่แตกต่างจากชุดคำอธิบายของบุคลากรสาธารณสุขที่อธิบายไว้คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ประชาชนเน้นให้ความสำคัญที่การรับรู้ในอาการที่ส่งผลต่อการทำงาน แม้รับรู้ว่ามีน้ำตาลในเลือดสูง แต่ให้ความหมายว่าเป็นอาการปกติเพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรง อาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อย หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นประจำ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น หน้ามืด เป็นลม อันเนื่องมาจากการทำงาน ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงประชาชนมิได้รับรู้ว่าเป็นปัญหา เมื่อการให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะธรรมดา หรือมองว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามวัย ในด้านปัญหา"อ้วน" ประชาชนได้รับรู้ โดยเฉพาะผู้หญิงว่าเป็นสิ่ง "ไม่ดี" ทั้งในแง่เป็นโรคและการถูกตีตราจากสังคม แต่การลุกขึ้นมาใส่ใจดูแลร่างกายส่วนใหญ่มักพบว่าไม่ใช่เหตุผล "เพื่อสุขภาพ" อย่างที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวังกลับมามอง "ความสวยงาม" เป็นหลัก

แบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มีลักษณะชุดประสบการณ์ (collective experiences) คือมีทั้งวิธีคิดและวิธีการรักษา และมีกลไกการจัดการหลายอย่างประกอบกัน กลไกการดูแลสุขภาพที่เด่นชัดและมีความสำคัญมากคือ กลไกการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับอำนาจตัวตนและอัตลักษณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังเห็นบทบาทของการแพทย์ทางเลือกที่อยู่ควบคู่ในกระบวนการแสวงหาบริการอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงทางออกของผู้ป่วยที่แสดงอำนาจในตัวตนที่อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจในการรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาบางคนจะมีกรอบการรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เน้นเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการกินยาตามสั่ง และการมาตรวจตามนัด

สถานการณ์ความรู้ดังกล่าวบ่งชี้ว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างและจัดการความรู้ในทิศทางใหม่เพื่อทำให้มีความเท่าทันกับปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ความรู้ในการเข้าใจชีวิตของคน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของคน และชุมชนที่จะรับมือกับสุขภาพของตน ในขณะเดียวกันความรู้นั้นก็ต้องเชื่อมโยงกับปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจทางพฤติกรรมและสังคมวัฒนธรรมของประชาชนด้วย

Abstract

Popular Health Care and Chronic illness: State of the Art Reviews and Research Directions

Chronic illness is a health and social problem, regarded as a crisis in today's health services. Health promotion to prevent chronic illness is a new role of health practitioners. Except for giving the disease definitions in term of biological point of view, the health practitioner should understand illness experiences including the interactions between patients, family, and communities.

This research report includes social theory of chronic illness and literature reviews on selective chronic illness issues. This literature review paper deals with diabetes, hypertension, and obesity Thai patients' explanations, experiences of their illness, and long term care for chronic illness.

Previous reviewed literature indicated that the patients have different explanations on the symptoms of diabetes, hypertension, and obesity from health practitioners'. Patients' responses to diagnosis differed depending on their understanding of the disease. The existence of diabetes or hypertension by patients is generally explained in terms of the visibility or invisibility of the disease. Patients regarded their illness not in terms of symptoms, but in relation to the potential impact of the disease on their life. People living with diabetes or hypertension make sense of their disease in relation to their cultural and social reality. With regard to obesity, though people, particularly females, perceive that it is not good for health, their efforts to control their weights is not for health purposes, but for beauty ones. The pattern of illness behavior of chronic patients show collective illness experiences in term of disease etiology and health care systems, including varieties of mechanism to deal with chronic problem. Popular care is the main strategy to deal with chronic illness. However, the role of alternative medicine is evitable along with health seeking behavior. This shows that the patients have their own agency to choose medical systems when they are not satisfied with biomedical treatment.

The results of this literature review will contribute to the development of proper policies for initiating effective prevention and treatment programs for chronic illness. Our review suggests that it is necessary to create a knowledge base in a new direction that will help to effectively ease the problem. This knowledge base should focus on illness experiences of people living with chronic illness, including human suffering from these long term illnesses. Encouraging and empowering people and community resources to be involved in the treatment of chronic illness is needed.

บทสรุปผู้บริหาร

ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาของระบบสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ และระบบครอบครัวที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต เพราะเกี่ยวข้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังเป็นบทบาทใหม่ที่ระบบการแพทย์ต้องเข้ามาจัดการ นอกเหนือจากการนิยามโรคในมุมมองชีวการแพทย์แล้ว บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ กับความเจ็บป่วยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ซึ่งแนวโน้มความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั้งในระดับบุคคล และระดับโครงสร้าง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความอ้วน และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว

การศึกษาแนวคิดความเจ็บป่วย ประสบการณ์ชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการศึกษาด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ เพื่อสืบค้นความจริงและนำมาสู่การตั้งคำถามการวิจัยพร้อมกับเปิดเผยให้เห็นตัวตนของผู้ป่วยให้สังคม เกิดความตระหนักตลอดจนตัวกำหนดต่างๆ ทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องร่างกาย ตัวตน และอัตลักษณ์ ที่ต้องสะดุดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉพะอย่างยิ่งกระบวนการจัดการปัญหาด้วยตนเองในการเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและระบบสุขภาพภาคประชาชนในปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสำคัญยิ่งต่อการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาพแทนการซ่อมสุขภาพ การเปิดเผยมุมมองแนวคิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งวิธีการจัดการของภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญ รายงานนี้ เป็นการทบทวนองค์ความรู้ด้านวิจัยที่มีอยู่ เพื่อทราบแนวคิดในปัญหาโรคเรื้อรังของภาคประชาชนและกระบวนการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ด้วยกัน ส่วนแรกว่าด้วยเรื่องระบบสุขภาพภาคประชาชนกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ทบทวนให้เห็นแนวคิดวัฒนธรรมสุขภาพของประชาชน และข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้ รวมทั้งส่วนที่สองเป็นเรื่องแนวคิดทางสังคมศาสตร์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนที่สาม สืบหา และทบทวนองค์ความรู้เรื่องแนวคิดและการจัดการเรื่องความอ้วนกับการเจ็บป่วยของคนไทย แนวคิดประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกลวิธีการจัดการตนเอง (self management) กรณีผู้ป่วยเบาหวาน และกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการทบทวนระบบการดูแลระยะยาวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน : กรณีผู้สูงอายุ ตามลำดับ

ผลการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าประชาชนมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความอ้วนที่แตกต่างจากชุดคำอธิบายของบุคลากรสาธารณสุขที่อธิบายว่าเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ประชาชนเน้นให้ความสำคัญกับการรับรู้ในอาการที่ส่งผลต่อการทำงาน แม้รับรู้ว่ามีน้ำตาลในเลือดสูงแต่ให้ความหมายว่าเป็นอาการปกติ เพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรง อาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อย หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นประจำ หรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น หน้ามืด เป็นลม อันเนื่องมาจากการทำงาน ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงประชาชนมิได้รับรู้ว่าเป็นปัญหาเมื่อการให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนิน ชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะธรรมดา หรือมองว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามวัย ในด้านปัญหา “อ้วน” ประชาชนได้รับรู้ โดยเฉพาะผู้หญิงว่าเป็นสิ่ง “ไม่ดี” ทั้งในแง่เป็นโรคและการถูกตีตราจากสังคม แต่การถูกตีตรามาใส่ใจดูแลร่างกายส่วนใหญ่กลับพบว่าไม่ใช่ เหตุผล “เพื่อสุขภาพ” อย่างที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวัง กลับมอง “ความสวยงาม” เป็นหลัก

ชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยของประชาชนว่าด้วยเรื่อง ความอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงดังกล่าวสะท้อนได้อย่างชัดเจนว่า ประชาชนให้ความหมายผ่านภาพร่างทางวัฒนธรรม (cultural representation) (Klienman, 1997) ซึ่งก็คือชุดแบบแผนของความหมายคำอธิบายว่าอะไรคือสิ่งที่เรียกว่าโรคความเจ็บป่วย หรือความปกติ กับความผิดปกติ ซึ่งชุดคำอธิบายนี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับคำอธิบายทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามประชาชนก็ได้รับอิทธิพลของวาทกรรมทางการแพทย์ ในการให้ความหมายว่าคือโรคที่รุนแรงอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้คิดว่าตนจะมีความเสี่ยงที่จะตกอยู่ในภาวะที่รุนแรงดังกล่าวแต่อย่างใด เพราะไม่ปรากฏอาการและยังดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

แบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มีลักษณะชุดประสบการณ์ (collective experiences) คือมีทั้งวิธีคิดและวิธีการรักษา และมีกลไกการจัดการหลายอย่างประกอบกัน กลไกการดูแลสุขภาพที่เด่นชัดและมีความสำคัญมากคือ กลไกการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับอำนาจตัวตนและอัตลักษณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังเห็นบทบาทของการแพทย์ทางเลือกที่อยู่ควบคู่ในกระบวนการแสวงหาบริการอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงทางออกของผู้ป่วยที่แสดงอำนาจในตัวตนที่อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจในการรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาบางคนจะมีกรอบการรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เน้นเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกินยาตามสั่ง และการมาตรวจตามนัด

สถานการณ์ความรู้ดังกล่าวบ่งชี้ว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างและจัดการความรู้ ในทิศทางใหม่เพื่อทำให้มีความเท่าทันกับปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ความรู้ในการเข้าใจชีวิต ของคน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของคน และชุมชนที่จะรับมือกับสุขภาพของตน ในขณะที่เดียวกันความรู้นั้นก็ต้องเชื่อมโยงกับปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ พหุวัฒนธรรมและสังคมวัฒนธรรมของประชาชนด้วย

ข้อเสนอประเด็นการวิจัยในอนาคต

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการรวมกลุ่มแบบ กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Support/Self-help Group) ซึ่งเป็นทางออกที่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นหนทางในการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็นหนทางที่ตอบสนองต่อปัญหา ทั้งกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณที่ดีกว่าเป็นการหันกลับไปสู่การยืนอยู่บนขาของตนเองด้วยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง ตั้งแต่การค้นหาความรู้ จนถึงการสร้างกลไกในการรับมือกับปัญหา

2. การศึกษาเพื่อการพัฒนากระบวนทัศน์และจิตสำนึกใหม่ด้านสุขภาพ

การจะก้าวข้ามปัญหาการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ต้องให้ความสำคัญกับการศักยภาพ และอำนาจในการดูแลตนเองของประชาชน (agency) แนวคิดสุขภาพนิยมวางจุดเน้นไว้ที่การพัฒนาตัวเอง (self-development) การมีจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองในการมี “หน้าที่ที่จะต้องมีสุขภาพดี” (duty to be healthy) ที่มาพร้อมกับแนวทางที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ควบคุมตนเองและปลดปล่อยตนเองเพื่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจภายใต้สังคมความรู้ที่ไร้พรมแดน ทั้งนี้ด้านหนึ่งคือการต่อต้านการครอบงำด้านสุขภาพของสังคม อันได้แก่ กระแสบริโภคนิยม ทั้งที่ครอบงำด้วยแบบแผนของอาหาร และการบริโภครวมทั้งกับร่างกายของปัจเจก การตระหนักในปัญหาของสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบตัวที่คุกคามต่อสุขภาพ อีกด้านหนึ่งคือการจัดการกับตนเอง การหันกลับมาในสิ่งที่ตนควบคุมได้ซึ่งก็คือตนเองการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ปลอดภัย รวมทั้งกลับไปยกรากเหง้าของธรรมชาติและวัฒนธรรมสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาความเคลื่อนไหวทางสังคม และมุมมองชีวิตและสุขภาพของประชาชน

3. การศึกษาที่ว่าด้วยชีวิตและความทุกข์ยากของผู้ป่วย (human suffering) ซึ่งถือเป็นใจกลางของการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนอกจากทำให้เกิดความทุกข์ยากต่อปัจเจกแล้ว ความเจ็บป่วยยังได้ก่อวนปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับ ครอบครัวและการทำงานซึ่งเป็นปัญหาที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน การจัดการกับปัญหาเหล่านี้ ปัจเจกต้องมีกลวิธี (strategies) และทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา เช่น วิธีการรักษา กลุ่มช่วยเหลือ (self help group) ต่างๆ ตั้งแต่การกลายเป็นคนป่วย (becoming ill) และเมื่อเป็นผู้ป่วย (being ill) ที่ถูกจำกัดกิจกรรม ถูกตีตรา (stigmatized) โดยมีจุดยืนอยู่ที่มุมมองและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งชุดความรู้จะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการภาคสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4. การวิจัยเพื่อนำไปสู่การสื่อสารเพื่อสุขภาพ เน้นการทำความเข้าใจชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยและบริบททางสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

5. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกกับโรคเรื้อรัง ระบบการแพทย์ทางเลือกมีความสอดคล้องและใกล้ชิดกับวัฒนธรรมสุขภาพที่ประชาชนมีอยู่ ในขณะเดียวกันก็เติบโตอย่างรวดเร็วและเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรมีการศึกษาความนิยม ประสิทธิภาพ และแนวนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้ต่อไป

6. ประเด็นเรื่องระบบการดูแลในชุมชนและครอบครัว ควรให้ความสำคัญในการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่ก้าวพินาศคติที่เหมาะสมตายตัวให้ผู้มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ควรศึกษาวิจัยแนวคิดปัญหา และผลกระทบของบทบาทผู้หึ่งในการดูแลและพัฒนา

แนวคิดสังคมศาสตร์ กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

1

บทที่

โดย

มัลลิกา มติโก รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

แนวคิดสังคมศาสตร์กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

โดย มัลลิกา มัติโก รองศาสตราจารย์ประจำหลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาประวัติศาสตร์สังคม เพื่อสืบค้นความเป็นมาของสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในแต่ละช่วงเวลา ล้วนแต่ท้าทายมุมมองทางสังคมวิทยาการแพทย์ให้เปิดประเด็นในการอธิบายและวิเคราะห์ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีจุดเริ่มต้นเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ (Pescosolido and Kronenfeld, 1995: 7) คือ ในช่วงกลางคริสต์ศตวรรษที่ 18 สังคมยกย่องและยอมรับนักวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ให้เป็นกลุ่มที่มีอำนาจมากที่สุดในการจัดการกับโรคและความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันสังคมได้เปิดโอกาสให้สามัญชนเข้ามาลงทุนในการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล การให้ทุนการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาองค์ประกอบทางเคมีในการทดลองยาและสร้างเทคโนโลยีใหม่ๆ จนกลายเป็นอุตสาหกรรมทางการแพทย์ที่มาพร้อมกับการสร้างอำนาจให้กับระบบการแพทย์เหนือระบบสังคมอื่นๆ ในสังคม ซึ่งการมุ่งเน้นการวิจัยในด้านเคมีภัณฑ์เพื่อการค้า ทำให้ระบบการบริการไม่ได้ตระหนักในด้านการจัดเตรียมสถานที่และบุคลากรไว้สำหรับให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเมื่อถึงช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 19 การแพทย์สมัยใหม่สั่งการจำกัดและความบกพร่องในการดูแลสุขภาพ สาธารณชนลดความเชื่อมั่นในระบบการแพทย์สมัยใหม่ลง เมื่อทฤษฎีเชื้อโรคกลายมนต์ขลังลงเนื่องจากมุ่งเน้นการอธิบายโรคเฉียบพลันด้วยวิธีการรักษาที่มุ่งกำจัดโรคมากกว่าจะคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดโรคได้เช่นกัน ปรากฏการณ์ในยุคนี้เรียกว่า “ยุคจุดจบของทฤษฎีเชื้อโรค” การวิพากษ์ระบบการแพทย์ขาดประสิทธิภาพในการให้บริการ การไม่ใส่ใจต่อความรู้สึกของผู้ป่วย ค่าบริการมีราคาแพง การรักษาที่ผิดพลาด รวมถึงข้อจำกัดของแนวคิดชีวการแพทย์ในการอธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ชัดเจน

มุมมองทางประวัติศาสตร์กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากประวัติศาสตร์ทางสังคมวัฒนธรรมได้บันทึกไว้ว่า ผู้ป่วยและผู้ไร้ความสามารถ (disability) คือ บุคคลที่ไม่ได้รับการเอาใจใส่หรือการดูแลเป็นพิเศษ ในบางกรณี การไร้ความสามารถจะหมายถึงการถอดถอนสิทธิทางสังคม ในทางตรงข้าม บางสังคมให้ความหมายการไร้ความสามารถคือการได้รับความกรุณาเป็นพิเศษภายใต้คำบัญชาของพระเจ้าที่มอบให้กับบุคคลที่ไร้ความสามารถเหล่านั้น ซาฟลิออส-รอชชายด์ (Safilios-Rothschild, 1970) อธิบายองค์ประกอบทางสังคมวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการสร้างความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งด้านบวกและด้านลบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำรงอยู่และการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

องค์ประกอบแรกที่เราคุ้นกันดีคือความเชื่อของสังคม ความเชื่อทางประวัติศาสตร์ในวัฒนธรรมฮีบรูเชื่อกันว่า บุคคลที่ไร้ความสามารถอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย มีสาเหตุมาจากความเชื่อเรื่องบาปกรรมที่บุคคลและสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ก่อขึ้น ในสังคมกรีกยุคต้น กล่าวถึงบุคคลที่มีกำลังวังชาลดลง เกิดจากความต่ำต้อยของตนเองและการขาดโอกาสทางสังคม ในทั้งสองกรณี บุคคลที่ประสบภาวะดังกล่าว จะถูกขับไล่ออกไปจากสังคมพร้อมกับการถูกปิดป้าย (label) ว่าเป็นพวกสังคมทอดทิ้ง (outcast) หรือเป็นคนชายขอบ (marginal) ต่อมาเมื่อวิถีคิดทางคริสต์ศาสนาแพร่ความคิดเกี่ยวกับความเมตตา สงสารและการดูแลผู้ป่วยควรเป็นความรับผิดชอบของสังคม

องค์ประกอบที่สอง มีอิทธิพลต่อการให้ความหมายการไร้ความสามารถ โดยพิจารณาในขอบข่ายของการพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมของประเทศและอัตราการว่างงาน ในสังคมเกษตรกรรมการไร้ความสามารถเชื่อมโยงกับความสามารถของร่างกายและความแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังย่อมหมายถึงการไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้และไม่สามารถอยู่รอดในสังคม ในทางกลับกันความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในสังคมที่แวดล้อมด้วยความเจริญทางเทคโนโลยีและมีความหลากหลายในวิธีการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถดำรงอยู่ในสังคมและได้รับสวัสดิการทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจุบันอุตสาหกรรมการฟื้นฟูร่างกายที่ไร้ความสามารถทั้งร่างกายจิตใจ และเรื่องเพศ กลายเป็นกิจการธุรกิจหลายพันล้านเหรียญสหรัฐ ที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ไร้ความสามารถมีส่วนร่วมในรูปแบบการผลิตของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมด้วยการสมัครเป็นสมาชิกขององค์กรธุรกิจ เช่น ธุรกิจสปา health club หรือ sport club เป็นต้น เพื่อการฟื้นฟูและการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างทุนกับสุขภาพ

องค์ประกอบที่สาม เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการสังคมในการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้พิการหรือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รัฐต้องใช้เงินภาษีส่วนหนึ่งมาสนับสนุนการสงเคราะห์และประโยชน์ทดแทน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม หากมุมมองสังคมเป็นแบบฝ่ายขวา ก็จะเชื่อว่าต้นตอของความยากจนเกิดจากความเกียจคร้าน การกระทำผิดศีลธรรม หรือการขาดแรงกระตุ้น และหากคนกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลือย่อมนำไปสู่ความเฉื่อยเนือยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่อยากหางานทำเพราะเชื่อว่ารัฐต้องให้การดูแลตามหลักสิทธิมนุษยชน ในทางตรงข้ามความช่วยเหลือของรัฐที่มีต่อบุคคลไร้ความสามารถและพิการกลับได้รับการสงเคราะห์น้อยกว่า ในทำนองเดียวกันบุคคลที่ประสบกับความเจ็บป่วยเรื้อรังก็ต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมากเพื่อการฟื้นฟูร่างกายและจิตใจให้คืนกลับสภาพเดิมตามลำพัง ในที่สุดบุคคลเหล่านี้จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มผู้ยากไร้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สังคมตีตราว่าเป็นคนเกียจคร้าน ขณะที่บทบาทรัฐคือการบรรเทาความยากจนให้ทุเลาลง วิธีการแก้ไขหรือทางออกของรัฐคือ การทอดทิ้งให้คนยากจนและผู้ป่วยเรื้อรังที่ตกอยู่ในสถานะเดียวกันคือต้องช่วยตัวเอง หรือการที่ต้องถูกกวาดต้อนให้เข้าไปอยู่ในสถาบันที่รัฐให้ทุน เพื่อการท้าววิจัยและฝึกอบรมในฐานะวัตถุทดลอง ซึ่งการปฏิบัติในลักษณะเช่นนี้เคยเกิดขึ้นมาแล้วในศตวรรษที่ 17 และ 18

องค์ประกอบที่สี่ คือ การตีตรา (stigma) ระดับของการตีตราทางสังคมขึ้นอยู่กับความผิดปกติของส่วนต่างๆ ของร่างกายรวมทั้งอารมณ์ ความผิดปกติทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น รักษาหายหรือรักษาไม่หาย การตีตราความเจ็บป่วยเรื้อรังจะสร้างความอึดอัดหรือความไม่สะดวกสลายตลอดจนการเป็นภาระให้กับผู้อื่น ทั้งนี้การตีตราทางสังคมในบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังให้เขาต้องกลายเป็นผู้เปราะบางทางสังคมซึ่งไม่แตกต่างกับการเป็นนักโทษผู้กระทำผิด

องค์ประกอบที่ห้า คือ สถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้รับโอกาสและสิทธิพิเศษในการให้ความหมายของโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการไร้ความสามารถ เพื่อให้ประชาชนรับรู้ว่ามีโรคตามการนิยามทางการแพทย์นั้น จะไม่ถูกสังคมตำหนิ โรคแรกคือ โปลิโอ ที่การแพทย์นิยามว่าเป็นโรคที่ไม่ถูกสังคมตีตราแม้ว่าจะมีความพิการตลอดชีวิต

ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างรวดเร็วหรือค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอาการของโรคแสดงนัยของความเสื่อมลง มีการกลับเป็นซ้ำ การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัดเป็นเพียงการทุเลาอาการหรือลดความรุนแรงของโรคเท่านั้น พยาธิสภาพของความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจพยากรณ์ได้ไม่ชัดเจนผู้ป่วยจะเลิกการรักษา และมักเกิดการเสียสมดุลของการทำหน้าที่ตามปกติทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่ง The National Commission on Chronic illness ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1949 ให้ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เป็นการเสียหน้าที่หรือภาวะที่เปราะบางจากสภาพปกติ มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่างที่เปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนเหมือนเดิมได้ ต้องการการฝึกฝนเป็นพิเศษเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย หรือต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน (จรัรัตน์ มิตรทองแท้, 2532: 11)

1

แนวคิดสังคมศาสตร์
ในการศึกษาภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronically ill patient) หมายถึง ผู้ที่มีความเปราะบางหรือสูญเสียความปกติของร่างกาย หรือจิตใจอย่างถาวร มีความพิการเกิดขึ้น มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นพิเศษ ต้องการความช่วยเหลือเป็นระยะเวลานาน (วิจิตร ศรีสุพรรณ และชวพรพรรณ สอนง่าย, 2528: 714)

การเจ็บป่วยระยะยาว (Long-term illness) หมายถึง ผู้ที่ทุกข์ทรมานจากโรคเรื้อรังหรือความด้อยสมรรถภาพ ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 30 วันในโรงพยาบาลทั่วไป หรือการดูแลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือนในสถานพยาบาลอื่นๆ หรือที่บ้าน ทั้งนี้ในการดูแลจะรวมถึงการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยหรือทั้งสองอย่าง ความสำเร็จของการดูแล คือ ความสามารถเพิ่มระดับการดูแลตนเองและการที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นให้มากขึ้น (Culver, 1969: 494)

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน จากภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกิดขึ้นติดต่อกันมากกว่า 3 เดือนในรอบ 1 ปี หรือมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือนในรอบ 1 ปี การเจ็บป่วยนั้นอาจมีการยืดเยื้อรุนแรงจนเสียชีวิตได้ในที่สุดหรืออาจทำให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอย่างปกติได้ (โรส ภัคติโต, 2540: 10)

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อเกิดขึ้นแล้ว มีผลให้ร่างกายมีรูปร่างหรือการทำงานของอวัยวะเสียหายเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการดำรงชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคม การเจ็บป่วยนั้นต้องมีอาการของโรค หรืออาจมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ และต้องการรักษาระยะยาวนาน การพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันไปตั้งแต่การมีชีวิตอยู่เหมือนปกติ หรืออาจเสียชีวิตได้ในเวลารวดเร็ว โรคเรื้อรังบางชนิดอาจมีอาการกำเริบเป็นพักๆ การเจ็บป่วยนั้นบางครั้งจะรักษาให้หายได้

จากความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังในมิติทางการแพทย์กับแนวคิดทางสังคมต่างมีมุมมองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความเกี่ยวข้องกับการไร้ความสามารถ หมายถึงการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติ และการเสียเปรียบในสังคม หมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการไร้ความสามารถ กล่าวคือ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง “เป็นความผิดปกติ ทั้งหมดหรือการเปราะบางจากการทำหน้าที่ตามปกติ มีลักษณะถาวร ปรากฏร่องรอยของความบกพร่องให้เห็น มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถคืนกลับสภาพปกติได้อีก มีการฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ปกติ หรือมีการคาดหวัง ตรวจตราการเฝ้าสังเกต หรือการดูแลระยะยาว” ขณะที่บิวรี (Bury, 1982: 169) มองว่าความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นโลกประสบการณ์ของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน ที่ซึ่งโครงสร้างของชีวิตประจำวันและรูปแบบของความรู้สึกดุเดือดหรือหยุดชะงัก

ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการไร้ความสามารถ

ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรัง มิได้ถูกจำกัดเฉพาะความผิดปกติทางการแพทย์ หรือเกี่ยวข้องกับความชราเท่านั้น การจำกัดพื้นที่ของความเจ็บป่วยเรื้อรังอยู่กับการควบคุมด้วยบทบาทผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตลอดชีวิตอาจเป็นไปยาก โดยข้อเท็จจริงแล้วบทบาทผู้ป่วยเป็นเพียงเศษเสี้ยวหนึ่งของประสบการณ์ของตัวตนที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้ประสบความเจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตทั้งชีวิตหรือตัวตนทั้งหมด ทั้งในยามที่ดูเหมือนปกติ การเริ่มต้นของอาการเล็กๆ น้อยๆ อาการกำเริบ และการเข้าสู่ภาวะใกล้ตายที่ไม่รู้ว่าคุณจะกลายเข้ามามีชีวิตเมื่อไร หรือเรียกว่า “ความเจ็บป่วยที่รอความตาย” (Conrad, 1987: 24)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1980) ให้ความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังสัมพันธ์กับการไร้ความสามารถ (disability) ตามการนิยามของ International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH) ซึ่งส่งผลกระทบต่อนโยบาย

ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง ให้ขยายอาณาเขตกว้างขวางมากขึ้น การวางภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังควบคู่กับการไร้ความสามารถและความพิการภายใต้คำจำกัดความของความหมาย “สุขภาพ” เป็นการสร้างความแตกต่างความไม่เท่าเทียมกัน และการขาดโอกาสสำหรับบุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การจำกัดความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังขององค์การอนามัยโลก ยังคงยึดติดกับความรู้ทางการแพทย์ที่นำมาเป็นฐานความคิดในการสร้างความหมาย

ให้กับบุคคลต่างๆ ที่มีความด้อยแฝงอยู่ในตัวเองอยู่แล้วให้มีความแตกต่างแยกย่อยออกไป ด้วยการเริ่มนิยามจากคำว่าโรคไปสู่การเสียไป การไร้ความสามารถและความพิการ ตามลำดับ ขณะเดียวกัน เวอbrugge กับเจตต์ (Verbrugge and Jette, 1994:2) ได้นำคำนิยามการไร้ความสามารถขององค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบกับนิยามของนาจี (Nagi scheme) ในสถาบันทางการแพทย์ที่นิยามความเจ็บป่วยเรื้อรังสัมพันธ์กับการทำงานทางชีวอินทรีย์ถูกรบกวนหรือถูกทำลาย นำไปสู่ความผิดปกติด้านกายวิภาค ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ทำให้เกิดความจำกัดในระดับการเคลื่อนไหวของร่างกายส่งผลต่อการไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ในบริบททางสังคมวัฒนธรรม

การให้ความหมายของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการไร้ความสามารถของสองสถาบันระหว่างองค์การอนามัยโลกกับสถาบันทางการแพทย์ (Bury, 2000: 175) พบว่ามีความแตกต่างระหว่างความหมายของการไร้ความสามารถ

การขยายความของความหมายความเจ็บป่วยเรื้อรังตามองค์การอนามัยโลก ได้มีนักวิชาการที่ให้ความสนใจศึกษาประเด็นทางสังคมกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้้นำแนวคิดดังกล่าวมาอธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความหมายแรก คือ การทำให้เสียไป (Impairment) เป็นคำที่นำมานิยามความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาหรือทางกายวิภาควิทยา รอสและบรอดสกี (Ruesch and Brodsky, 1968) นิยามการทำให้เสียไปหรือการถูกทำลาย (Impairment) ว่าเป็นความแตกต่างกันระหว่างร่างกาย จิต และสังคม เมื่อนำความหมายนี้มาอธิบายกับร่างกายจะเห็นความชัดเจนมากกว่าการเสียไปทางจิตและทางสังคม เนื่องจากมีตัวแปรอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการของความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สภาพทางภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรม เป็นต้น ทำให้การแปลความหมายค่อนข้างยุ่งยาก เช่น physical impairment มีความหมายว่ากระบวนการของความเจ็บป่วย เป็นผลมาจากเนื้อเยื่อของอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายถูกทำลายหรือเสื่อมลง การหดตัวของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวลดลง อาการบวม น้ำ กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก แผลกดทับ เป็นต้น ซึ่งการนิยาม Impairment เป็นประเด็นที่สามารถนำมาศึกษาอาการความเจ็บป่วยระยะยาวได้

Functional limitations เป็นอีกความหมายหนึ่งที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการแสดงถึงการลดความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมประจำวันและบทบาทที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นผลมาจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ ส่วนความหมายความเสียเปรียบหรือพิการ (Handicap) เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากความหมายการเสียไปหรือการถูกทำลาย (Impairment) นำไปสู่ความพยายามในการฟื้นฟู หรือชะลอแต่ไม่ได้ขจัดความเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ในร่างกายให้หมดไป ทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมบางอย่าง ซึ่งความหมายการเสียเปรียบหรือพิการนี้กำลังอยู่ในช่วงของการหาบรรทัดฐานทางสังคมและการแพทย์ที่สำคัญ เพื่อนำมาเป็นตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการด้านการฟื้นฟู และการส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายสุดท้ายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ การไร้ความสามารถ (disability) คำนี้มีนิยามในความหมายที่หลากหลาย มาลวินและนาจี (Malvin and Nagi อ้างใน Dimond and Jones, 1983) อธิบายว่า การไร้ความสามารถเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เป็นผลมาจาก impairments และ functional limitations ซึ่งแตกต่างจากการให้ความหมายขององค์การอนามัยโลก การไร้ความสามารถจะสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเรื้อรังตลอดชีวิต ดังนั้น การนำแนวคิดการไร้ความสามารถมาสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยเรื้อรังจะช่วยขบออกพฤติกรรมความเจ็บป่วยของบุคคล ได้โดยไม่ต้องระบุว่าเป็นโรคอะไร ซึ่งความหมายของการไร้ความสามารถจะเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง 3 ประการ คือ ประการแรก เพื่อสร้างความเข้าใจต่อ “การแทรกแซงจากอาการ” ของโรคเรื้อรังแต่ละโรค ประการที่สอง แสดงถึง “แบบแผนพฤติกรรม” ที่มีต่อการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจกลับมาเป็นอีก ประการที่สาม แสดงถึง “การคาดหวังพฤติกรรม” เป็นการคาดหวังซึ่งอาจเกิดจากตัวเองและจากผู้อื่นที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยเรื้อรัง และตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้อื่นด้วย ฉะนั้นพฤติกรรมใดๆ ที่มีผลจากการไร้ความสามารถ อาจจัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางสังคมที่บุคคลพยายามที่จะปรับตัว โดยผ่านการเจรจาตกลงกับผู้อื่น หรืออีกนัยหนึ่งคือ การไร้ความสามารถเป็นสัญลักษณ์ที่บ่งบอกถึงการเสียเปรียบทางสังคม

แนวคิดสังคมศาสตร์กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

การศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังทางสังคมศาสตร์ แบ่งออกเป็น 2 ยุค คือ

1. ยุคทฤษฎีเชื้อโรค

หากย้อนกลับไปที่เมื่อปี ค.ศ. 1951 Parsons (1951) ได้สร้างทฤษฎีระบบสังคม เพื่ออธิบายว่าระบบการแพทย์เป็นระบบที่ทำหน้าที่ควบคุมความเจ็บป่วย เป็นระบบที่สร้างความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ และมีความสามารถด้านการรักษาเพียงระบบเดียว พร้อมกับสร้างแนวคิดบทบาทผู้ป่วยและบทบาทวิชาชีพขึ้นเพื่อให้ระบบการแพทย์ดำเนินไปได้อย่างสมดุล วิชาชีพแพทย์สามารถกำจัดความเจ็บป่วยที่เกิดจากเชื้อโรคให้หมดไป ทั้งนี้ด้วยความรู้ความสามารถของแพทย์และความร่วมมือของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ระบบการแพทย์จะเป็นแรงบีบและสร้างข้อจำกัดให้ผู้ป่วยกระทำตามสิ่งที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้ว กล่าวคือ เมื่อบุคคลไม่สบายจะต้องมาพบแพทย์เพื่อกลับไปทำงานตามปกติ

การกำหนดบทบาทวิชาชีพแพทย์เพื่อควบคุมความเจ็บป่วยในความหมายความเบี่ยงเบน ที่อาจนำมาซึ่งผลเสียต่อสังคมโดยรวม ได้เพิ่มอำนาจให้กับองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในมุมมองทฤษฎีเชื้อโรคครอบงำเหนือความรู้แบบพื้นบ้าน การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยในยุคนี้จึงพยายามค้นหาความเจ็บป่วยในความคิดแบบสามัญชนว่า เมื่อเกิดความรู้สึกว่าไม่สบายแล้ว พวกเขามีขั้นตอนการให้ความหมายอาการ และการจัดการกับความเจ็บป่วยก่อนที่จะมาพบแพทย์อย่างไรบ้าง เช่น การศึกษาการรับรู้อาการของบุคคลที่เป็นกระบวนการแสวงหาความช่วยเหลือ ของ Mechemic และการศึกษาขั้นตอนประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการดูแลทางการแพทย์ของ Suchman รวมถึง Fabrega, Igun, Young และ Alonzo เป็นต้น (พิมพวลย์ ปรีดาสวัสดิ์ เทียนศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุณณัน, 2530: 47-116) การศึกษาขั้นตอนประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยในยุคนี้ให้คำตอบที่ชัดเจนว่า ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบสุขภาพผู้ป่วยมีการจัดการความเจ็บป่วยในบริบทวัฒนธรรมแบบสามัญชนที่โยงใยตัวผู้ป่วยอยู่ ความผูกพันทางสังคมนี้จะกำหนดเส้นทางความเจ็บป่วยให้บุคคลแต่ละคนมีทางเลือกในการรักษามากกว่า 1 ระบบ

การอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วยในมุมมองสังคมศาสตร์การแพทย์ช่วงเวลาดังกล่าว พบว่ายังไม่ได้แยกชัดเจนระหว่างความเจ็บป่วยเฉียบพลันออกจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง จะมีเพียงการศึกษาเชิงคลินิกที่เน้นการศึกษาในห้องปฏิบัติการ ผลของการรักษาด้วยยา และการหารูปแบบการบริบาลผู้ป่วย ความสนใจศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังปรากฏให้เห็นชัดเจนในช่วง ค.ศ. 1970 - 1975 ที่ยังเป็นการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังในโรงพยาบาลและคลินิก ที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้ป่วย เพื่อการจัดบริการให้ตรงกับความต้องการตามแนวคิดสิทธิผู้ป่วย และเพื่อให้ความรู้ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ความสามารถในการปรับตัวที่จะมีชีวิตร่วมกับความเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดจิตวิทยาสังคมเป็นกรอบในการศึกษา ต่อมานักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาเริ่มสนใจศึกษาในเรื่องการอดทนต่อความเจ็บปวดในกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ และการศึกษาของ Bury (Bury, 1982:169 อ้างในมัลลิกา มัดโก, 2546:13) ศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังกับชีวิตที่หยุดชะงัก ส่วน Charamaz (Chamaz,1983) ศึกษาตัวตนที่ด้อยคุณค่าลง เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และต่อมา Charmaz ได้ศึกษาเรื่องการดิ้นรนเพื่อตัวตนจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Charmaz,1987 : 284-288) ที่อธิบายว่าสิ่งที่บุคคลที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังตระหนักมากที่สุด คือการปกป้องตนเอง ไม่ให้ตัวตนด้อยค่า สูญเสียความมั่นใจ และเป็นที่ยอมรับในสังคม บุคคลจะพัฒนาขั้นตอนการดิ้นรนต่อสู้เพื่อซ่อมสร้างตัวตน ด้วยการสร้างตัวตนและอัตลักษณ์ในสองลักษณะที่เชื่อมต่อกันคือ อัตลักษณ์ที่ได้เลือกแล้ว (preferred identities) สิ่งมีการใช้แนวคิดตัวตนส่วนการศึกษาในมุมมองทางสังคมจิตวิทยาในประเด็นตัวตนอัตลักษณ์

การตีความพฤติกรรมความเจ็บป่วยในยุคทฤษฎีเชื้อโรค ยังเป็นการวิเคราะห์ภายใต้วิธีคิดทฤษฎีโครงสร้าง หน้าที่ที่เชื่อว่าหากทุกๆ ระบบมีการทำหน้าที่ตามบทบาทที่สังคมกำหนดแล้ว ระบบสามารถควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้

2. ยุคหลังทฤษฎีเชื้อโรค

การเข้าสู่ยุคหลังทฤษฎีเชื้อโรคเกิดขึ้นในช่วงการเปลี่ยนแปลงสังคมเป็นโลกาภิวัตน์ ภายใต้วิธีการผลิตแบบทุนนิยม แนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ที่อธิบายปรากฏการณ์ทางสุขภาพที่เป็นแบบแผนเดียวกันไม่ใช่คำตอบสากลอีกต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากนักสังคมศาสตร์บางกลุ่มได้นำทฤษฎีแนวมาร์กซิสต์ มาอธิบายความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในสังคมนั้น เป็นผลมาจากวิธีการผลิตแบบทุนนิยม เช่น ในยุคสมัยแห่งความรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจ สังคม และ การเมืองในยุโรป มีการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรม โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในองค์ประกอบของวิธีการผลิต ซึ่งมีการนำเครื่องจักรและเทคโนโลยีมาใช้แทนแรงงานคน อันนำมาซึ่งความเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม คนจากสังคมศักดินามาเป็นสังคมทุนนิยมของคน 2 กลุ่มชนชั้น (นายทุนกับแรงงาน) ทั้งนี้ในระบบการผลิตแบบใหม่ ทำให้เกิดการแบ่งงานกันทำตามความเชี่ยวชาญเฉพาะ และผู้ที่ครอบครองปัจจัยในการผลิตและอุดมการณ์การผลิตทั้งหมดคือนายทุนและชนชั้นปกครอง ร่วมกับชนชั้นใหม่ที่ขยายฐานมาจากชนชั้นกลางซึ่งเป็นเจ้าของกิจการและโรงงานต่างๆ ทำให้มีความต้องการแรงงานมาเพื่อสร้างผลผลิตจำนวนมาก แรงงานเหล่านี้จะได้รับค่าจ้างเพื่อแลกเปลี่ยนกับกำลังแรงงานของตน กลุ่มแรงงานเหล่านี้ต้องทำงานมากกว่า 16 ชั่วโมง ในสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยฝุ่นผงจากใยหิน ฝุ่นฝ้ายและ สารเคมี รวมถึงการทำงานที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของร่างกายบางส่วนในลักษณะเดิมกับการไม่มีเวลาพักผ่อนและไม่มีเวลา

ปรัชญาพื้นฐานของ Marx คือความห่วงใยในชะตากรรมอันทรมานทุกข์ยาก รวมถึงความเจ็บป่วยของมนุษย์ที่เกิดจากระบบทุนนิยม กตัญญู จงจำ ครอบงำ และสร้างความแปลกแยกให้กับแรงงาน โดยแรงงานส่วนใหญ่เป็นคนจน ชาวนา คนว่างงาน อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด เป็นกลุ่มคนที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีรายได้ โดยเขาเชื่อว่า ศักยภาพของมนุษย์ (human potential) ถูกบดบังปิดกั้นจากโครงสร้างสังคมส่วนบนที่เต็มไปด้วยอุดมการณ์หรือผลประโยชน์สูงสุด ดังนั้นกระบวนการความเคลื่อนไหวของประชาชนเพื่อล้มล้างสภาวะที่ไร้มนุษยธรรมและการเอาเปรียบนี้ จะต้องดำเนินต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด จนกว่าสังคมจะปราศจากความแปลกแยก แม้ว่าแนวคิดความขัดแย้งทางสังคมจะไม่ได้กล่าวถึงความเจ็บป่วยโดยตรง แต่นักสังคมวิทยาสามารถนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ได้ว่า ความเจ็บป่วยเกิดมาจากชนชั้นหนึ่งที่มีปัจจัยการผลิตดึงกำลังแรงงานส่วนเกินของอีกชนชั้นหนึ่งที่ไม่มีปัจจัยการผลิต มาใช้สร้างอำนาจและความมั่งคั่งให้กับชนชั้นที่มีปัจจัยการผลิต และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับแรงงานนั้นเป็นผลผลิตมาจากโครงสร้างการผลิตแบบทุนนิยมนั่นเอง

เนื่องจากการอธิบายประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกี่ยวข้องกับความเป็นปัจเจกมากขึ้น นักสังคมวิทยาสำนึก ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ จึงให้ความสนใจที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับการกระทำ เน้นความสามารถทางความคิดของคนที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสื่อสารความคิดออกมาด้วยการใช้สัญลักษณ์ เช่น ภาษา กิริยา ท่าทาง เป็นต้น ทฤษฎีการปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เป็นทฤษฎีที่มุ่งศึกษาความสามารถทางความคิด (mental capacity) ของคนที่กำลังมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนหรือผู้อื่น การที่มนุษย์มีการกระทำทางสังคมเกิดขึ้นในกระบวนการที่ผสมผสานกันระหว่างกระบวนการทางความคิดกับกระบวนการทางสังคมที่แสดงออกในรูปของการระลึกรู้ (consciousness) ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบตัว ความสามารถในการตีความ และสร้างความหมายจากภาษาท่าทางที่เป็นสัญลักษณ์เพื่อตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่บอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกที่แตกต่างกันอันเกิดจากการขัดเกลาทางสังคมที่ต่างกัน นอกจากนี้มนุษย์ยังมีความสามารถในการสร้าง inner dialogue ให้กับตัวเองก่อนที่จะแสดงออกมาเป็นคำพูดหรือกิริยาท่าทาง ในกรณีนี้ Mead เห็นว่า การสร้างความหมายเชิงสัญลักษณ์เป็นความสามารถในกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นไปพร้อมๆ กับกระบวนการทางสังคม ที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการปฏิสัมพันธ์ Thinking process คือความสามารถที่จะหยุดยั้งการกระทำได้ชั่วขณะหนึ่ง และเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น คนเราจะตัดสินใจว่าควรทำอะไรและพยายามหาทางออกหลายวิธีอยู่ในใจก่อนที่จะตัดสินใจกระทำอย่างไรในสถานการณ์นั้นๆ การที่มนุษย์มีทางออกจำนวนหนึ่งอยู่ในใจ ทำให้มนุษย์มีความสามารถในการใช้ความเฉลียวฉลาดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นไปเรื่อยๆ

1

แนวคิดสังคมศาสตร์
กับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เชื่อว่าปัจเจกบุคคลแต่ละคนมีตัวตน (self) ที่มีความสามารถในการตีความหมายสิ่งที่เกิดขึ้นรอบตัวอยู่ตลอดเวลา แสดงให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างความคิดกับสังคมที่ส่งผลต่อการกระทำทางสังคมกับบุคคลอื่น หรือเป็นการต่อรองระหว่างตัวตนและเอกลักษณ์กับผู้อื่นเมื่อมีความเจ็บป่วยโดยเฉพาะ ความเจ็บป่วยที่ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน กล่าวคือ เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลจะสร้างความหมายตีความหมายในการสื่อสาร การต่อรอง และการใช้สัญลักษณ์ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป

แนวคิดเรื่องการตีตราทางสังคม (social stigmatization) ของ Erving Goffman (1963) จึงถูกนำมาใช้อธิบายบุคคลที่มีความเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มถูกตีตรา คือ (1) บุคคลที่มีลักษณะปรากฏให้เห็นทางร่างกายที่ชัดเจน เช่น ความพิการของอวัยวะ (2) บุคคลที่มีลักษณะปะเจี๊ยงความด้อยกว่าทางวัฒนธรรมหรือเบี่ยงเบนไปจากกฎเกณฑ์มาตรฐานของสังคม เช่น ความเจ็บป่วยทางจิต ผู้ที่ติดคุก ติดยาเสพติด รักร่วมเพศ เป็นต้น (3) บุคคลที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกับเผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา ชนชั้น เช่น ชนกลุ่มน้อย คนจน ผู้หญิง เป็นต้น ในบางสังคมอาจตีตราความเบี่ยงเบนแตกต่างกัน ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราถูกแยกออกจากโลกของความปกติ (World of Normality) เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังบางโรค สังคมสร้างความหมายการตีตราแตกต่างกัน เช่น บุคคลที่เป็นโรคเอดส์ มีโอกาสการถูกสังคมตีตราว่ารุนแรงกว่าบุคคลที่ป่วยทางจิต ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วความเจ็บป่วยจากโรคต่างๆ เป็นเพียงเส้นทางเล็กๆ ที่ประกอบสร้างอยู่ในความหมายความเบี่ยงเบนที่สังคมกำหนดหรือจัดกลุ่มว่าเป็นความเจ็บป่วยอันตราย น่ารังเกียจ และความตายไว้วางหน้าแล้ว ดังนั้นบุคคลที่มีความเจ็บป่วยในโรคที่ถูกจัดประเภทว่ามีความน่ากลัว น่ารังเกียจ ความตาย ทำให้ให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัวตนให้ผู้อื่นทราบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผลกระทบมวลผลลัพธ์ที่ผิดพลาด ความกลัวต่อการถูกตีตราจึงเป็นการ dialogue ระหว่างตัวตนกับสังคม โดยบุคคลจะจินตนาการว่าเราไม่ต้องการเป็นส่วนเกินของสังคม ตัวเราไม่สมควรที่จะถูกกำจัดออกไป ความคิดและการกระทำของสังคมพยายามกำจัดความเจ็บป่วยออกจากสังคมเหมือนกำจัดอาชญากร หรือเหมือนจัดการกับคนจน หรือเหมือนตัดก้อนเนื้อร้ายออกไป

ทฤษฎีหลังสมัยใหม่และการสร้างทางสังคมกับการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

ทฤษฎีอำนาจและความรู้ของ Foucault นักสังคมวิทยาชาวฝรั่งเศส เป็นแนวคิดที่นักสังคมศาสตร์การแพทย์ในยุค 1990-2000 นำมาเปิดประเด็นในเชิงวิพากษ์กับระบบสุขภาพ โดยตั้งคำถามว่า ทำไมระบบสุขภาพจึงเข้ามาจัดการกับอุดมการณ์ของชีวิตและสุขภาพ ด้วยวาทกรรมแบบวิทยาศาสตร์โดยใช้เทคโนโลยีและความสัมพันธ์ทางวิชาชีพเป็นเครื่องมือในการครอบงำความคิดคนในสังคม Foucault ยกตัวอย่างการศึกษาการแพทย์และการรักษาพยาบาลในคลินิก ได้แก่ ความรู้ทางกรวิทยาการแพทย์ ทำให้วิชาชีพแพทย์มีอำนาจจัดการกับความเจ็บป่วย อำนาจต่อการเข้าไปแทรกแซงการดูแลรักษาร่างกายของบุคคล อำนาจที่ได้มาจากความรู้เช่นนี้ทำให้เกิดการควบคุมทางสังคมแบบหนึ่ง ดังที่ Foucault เรียกว่า panopticism เช่น โรงพยาบาล สถานบำบัดโรคจิต กองทัพ และทัณฑสถาน เป็นต้น สถาบันเหล่านี้จะสร้างความหมายให้กับสังคม โดยบุคคลจะปฏิบัติตามโดยไม่เคยตั้งคำถาม บุคคลจะเข้าใจว่าสิ่งที่สังคมนิยามความหมายนั้นคือความจริง เช่น โรคเอดส์ คือ การสร้างตัวตนของเชื้อโรคนิดหนึ่งที่มีปฏิกิริยาต่อเซลล์ ให้เป็นจริงขึ้นมาด้วยผลการวิจัยหรือความรู้ทางการแพทย์ ด้วยเหตุนี้เขาจึงสรุปว่าตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 19 เป็นต้นมา ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ทำให้แพทย์ได้รับการยกย่องจากสังคมมากกว่าวิชาชีพอื่น และขยายอำนาจทางความคิดไปสู่แนวคิดทางการเมืองและเศรษฐกิจ อำนาจที่เกิดจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์จะสร้างอำนาจจักรให้วิชาชีพแพทย์ขยายออกไปอย่างกว้างขวาง สามารถเปลี่ยนแปลงการให้ความหมายพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางสังคมเป็นความปกติได้ (เช่น เกย์ รักร่วมเพศ อัลกอฮอล์เรื้อรัง หรือแม้แต่ความบ้าคลั่ง เป็นต้น) และครอบงำความคิดของสังคมในที่สุด ซึ่งจะเห็นได้ชัดถึงการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของคนในสังคมสมัยใหม่ ที่การกระทำต้องอยู่ในกฎระเบียบที่เป็นบรรทัดฐานเดียวกัน เช่น การกินอาหารวันละ 3 มื้อ การออกกำลังกาย การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น

ทฤษฎีพื้นที่สาธารณะกับสุขภาพแบบประชาธิปไตย

พื้นที่สาธารณะเป็นทฤษฎีของ Habermas (1989) นักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน ที่นักสังคมศาสตร์เมืองไทยโดยเฉพาะ นักวิชาการสายนิเทศศาสตร์ นำมาอธิบายเกี่ยวกับบทบาทของสื่อมวลชนและบทบาทของรัฐที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางการเมือง

สำหรับนักสังคมศาสตร์การแพทย์ การนำแนวคิดพื้นที่สาธารณะ ระบบ โลกชีวิต และการสื่อสารของ Habermas ประยุกต์กับสุขภาพ คือ Scambler (2001) นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอังกฤษ โดยเขาตั้งข้อสังเกตว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง แพทย์กับคนไข้ในสังคมสมัยใหม่ หากแต่ละฝ่ายต่างให้เหตุผลเพื่ออธิบายการกระทำของตน อาจนำมาซึ่งความบาดหมาง และความไม่เข้าใจกันมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างสังคมมีการจัดระเบียบตามลำดับชั้นอย่างไม่เท่าเทียมกัน อำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันนี้ส่งผลให้เกิดปฏิบัติการการสื่อสารที่บิดเบือนได้ ฉะนั้นตัวแบบของสังคม สุขภาพ ควรเป็นสุขภาพแบบ ประชาธิปไตย ที่มีพื้นที่สาธารณะเข้ามาเป็นกัณฑ์กลางระหว่างระบบกับโลกชีวิต บทบาท ของพื้นที่สาธารณะส่วนนี้ต้องเป็น neutral zone ที่ปลอดจากการครอบงำจากอำนาจรัฐ เป็นพื้นที่ที่ไม่มีผลประโยชน์ และเปิดเสรีที่ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการ สื่อสารเรื่องสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน

สรุป

การศึกษาประสบการณ์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและเกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวการได้มาซึ่ง ข้อมูลของผู้ป่วยแต่ละคนผ่านเรื่องเล่า นอกจากจะเป็นการให้บุคคลรู้จักตัวเองและพูดคุยกับตัวเองแล้ว ยังเป็นการเปิดมิติ ตัวตน อารมณ์ความรู้สึกให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ดูแลได้รับรู้และสามารถเรียนรู้และเข้าใจชีวิตจริงของผู้ป่วยใน มุมมองสังคมวัฒนธรรมดีขึ้น งานศึกษาจำนวนมากพยายามหาคำตอบในมุมมองแตกต่างกันไปตามสาขาวิชาและความ เชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น วิชาชีพแพทยศึกษาผู้ป่วยด้วยการซักประวัติเพื่อเป้าหมายด้านการรักษา ส่วนวิชาชีพพยาบาลเป็นสาขา วิชาที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลและมีการวิจัยและวิทยานิพนธ์เป็นจำนวนมากแต่กลับมีเป้าหมายเพื่อมุ่งสร้างองค์ความรู้ที่จะ ไปให้ถึงการดูแลแบบองค์รวม ขณะที่การศึกษาทางสังคมวิทยาก็พยายามค้นหาความต้องการที่แท้จริงของความสัมพันธ ะระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัวและชุมชน แนวคิดจิตวิทยาก็แสวงหาคำตอบในระดับบุคคล แนวคิดเศรษฐศาสตร์ก็ตกอยู่ใน กรอบการวิเคราะห์แบบ demand กับ supply ส่วนแนวคิดมานุษยวิทยาก็พยายามสืบค้นหาความเชื่อและความหมายในรูป แบบการอธิบาย (explanatory model) การศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งมิติทางชีวการแพทย์ มิติสังคมวัฒนธรรม จิตวิทยา และเศรษฐศาสตร์ ซึ่งผลการศึกษาจากหลากหลายสาขาวิชา อาจจะดูว่าเพียงพอในการประกอบสร้างผู้ที่มีความเจ็บป่วย เรื้อรังมีความเป็นคนสมบูรณ์ หากแต่ในโลกชีวิตของผู้ที่ประสบความเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจพบว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา มากกว่า 2 ทศวรรษ กลับมีพลังไม่มากพอที่จะผลักดันนโยบายสุขภาพเพื่อคนเหล่านี้ให้เคลื่อนตัวได้รวดเร็วเท่าทันกับ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ถีบตัวทะยานสูงขึ้นๆ นอกจากนี้การให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพก็ยังให้การดูแลผู้ป่วย เฉกเช่นเดียวกับการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน การพูดคุยระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยในช่วงเวลาอันสั้น เป็นการยากที่จะค้นหาตัวตนและจิตวิญญาณของความเป็นมนุษย์ที่ซ่อนเร้นอยู่ในความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ หากอุปสรรค ทั้งมวลได้รับการแก้ไขได้ด้วยพื้นที่สาธารณะ ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ที่กำลังจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรังตามมาจากจะเริ่มขีดเขียน อดีตชีวิตของตัวเองเสียใหม่อย่างงดงาม

1

แนวคิดสังคมศาสตร์
ในการศึกษาความเจ็บป่วยเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- พิมพ์วิทย์ ปรีดาวัลดี เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรรฎา ปุณณัน. (บรรณาธิการ). 2530. การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. นครชัยศรี: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มลิโก สังคมวิทยาความเจ็บป่วยเรื้อรัง สาขาสังคมศาสตร์ภาวะแพทย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา . 2546
- Boeije R. Hennie. , Mia S.H. Duijnste, Mieke H.F. Grypdonck and Aart Pool. Encoutering the downward phase : biological work in people with multiple sclerosis living at home . 55 (2002) ; 881-893 .
- Burton Christopher R. Re-thinking stroke rehabilitation : the Corbin and Strauss chronic illness contrajectory framework . 2000 ; 32 (3), 595-602.
- Cockerham C. William. Medical sociology. Prentice Hall. New Jersey. 2001.
- Charmaz Kathy. Loss of self : a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of Health and Illness . vol. 5 (2) 1983 ; 168-195 .
- Charmaz Kathy. Stories and silences : disclosures and self in chronic illness. Sociology of Health and Illness. (1) 1993
- Charmaz Kathy. The body, identity and self : adapting to impairment. Sociology of Health and Illness. July 1983 (5) ; 168.
- Conrad Peter. The Experience and Management of Chronic Illness. Research in Sociology of Health Care.1987(6),1-31.
- Corbin Juliet, Anselm L. Strauss. Accompaniments of the chronic illness : changes in body, self, biography and biographical time. Research in Sociology of Health Care.1987(6).
- Rogers S. Wendy. Explaining health and illness : An exploration of diversity. Harvest Weatsheaf, New York, 1991.
- Scambler, G. 2001. Habermas, critical theory and health. London: Routledge.
- Yoshida K, Karen . Reshaping of self : a pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. Sociology of Health and Illness. 1993 vol 15 (2) ; 217-245.

ระบบสุขภาพภาคประชาชน กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

2

บทที่

โดย
เพ็ญจันทร์ เฮอร์เรอร์ อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : สถานะความรู้และทิศทางการวิจัย

โดย เพ็ญจันทร์ เซอร์เวอร์ อาจารย์ประจำหลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาของระบบสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ และระบบครอบครัวที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ด้วยสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแบบโลกาภิวัตน์ ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ยืนยาว ในขณะที่เดียวกันแบบแผนวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่ความทันสมัยเน้นบริโภคนิยมส่งผลให้เกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านอาหาร ความเครียด การดื่มสุรา และไม่ออกกำลังกาย จนนำไปสู่ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่ามีคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้ตัวมากถึง 18 ล้านคน หรือกล่าวอีกอย่างคือ คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในทุกๆ 100 คนจะพบความผิดปกติที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 36 คน ในผู้ป่วยโรคเบาหวานก็เพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2528 เป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2546 ทั้งนี้ มีเพียงครึ่งเดียวที่รู้ตัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกจากปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ยืดอายุผู้คนดังกล่าวข้างต้นแล้ว ปัญหาสำคัญอีกประการยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางวัฒนธรรมสุขภาพ โดยข้อมูลชี้ชัดว่า ในจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงดังกล่าวส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย รองลงมา เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วควบคุมไม่ได้ วัฒนธรรมสุขภาพเกี่ยวข้องกับชุดคำอธิบายของประชาชนว่าจะโรคี้อะไรป่วยเป็นโรคเบาหวาน แบบไหนที่เรียกว่าโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร รุนแรงแค่ไหน ซึ่งชุดคำอธิบายนี้จะมีความสำคัญต่อการป้องกัน การตรวจวินิจฉัย และดูแลสุขภาพของประชาชน

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรังมีความซับซ้อน จึงเป็นบทบาทใหม่ที่ระบบการแพทย์ต้องเข้ามาจัดการ นอกเหนือจากการนิยามโรคในมุมมองชีวการแพทย์แล้ว บุคลากรทางการแพทย์จะต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยและปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ซึ่งแนวโน้มความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นปัญหาทั้งในระดับโครงสร้างและระดับบุคคล คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความอ้วน และการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและผู้สูงอายุ

การศึกษาแนวคิดความเจ็บป่วย ประสบการณ์ชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลเป็นประเด็นสำคัญของการศึกษาด้านสังคมศาสตร์การแพทย์เพื่อสืบค้นความจริงและนำมาสู่การตั้งคำถามการวิจัย พร้อมกับเปิดเผยให้เห็นตัวตนของผู้ป่วยให้สังคมเกิดความตระหนัก ตลอดจนตัวกำหนดต่าง ๆ ทางสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องร่างกาย ตัวตน และอัตลักษณ์ ที่ต้องสะดุดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรัง และเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการจัดการปัญหาด้วยตนเองในการเผชิญความเจ็บป่วยเรื้อรังดังกล่าว

โครงการสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข หลักสูตรวิชาชีพบัณฑิต สาขาวิชาเอกความเจ็บป่วยเรื้อรัง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเปิดเผยมุมมอง แนวคิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมทั้งวิธีการจัดการของภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและพัฒนากระบวนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้เริ่มต้น

สถานะความรู้ด้านการวิจัย

ความสนใจในปัญหาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงมีมากกว่า 20 ปีแล้ว แต่แนวคิดการทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ยังเป็นคำอธิบายภายใต้แนวคิดทางการแพทย์ สาธารณสุขและการพยาบาล กล่าวคือ งานวิจัยเกี่ยวกับ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ยังคงใช้คำอธิบายด้านการแพทย์เพื่อทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การศึกษาทดลองใช้กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบในการศึกษาการใช้รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การศึกษาปัจจัยที่มีผล หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด การควบคุมโรค การศึกษาตัวแปรทางด้านสังคม ได้แก่ ความเชื่อและเจตคติต่อโรคของผู้ป่วย การควบคุมด้านเมตาบอลิซึม การดูแลสุขภาพตัวเองโดยใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพทางด้านการพยาบาล การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความร่วมมือในการรักษา, ระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อน, ปัจจัยหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง การให้โปรแกรมสุขภาพศึกษา โปรแกรมการสอน การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการลดพฤติกรรมเสี่ยงกับความดันโลหิตสูง รวมทั้งการศึกษาด้านการไม่ยอมตาม หรือการไม่ให้ความร่วมมือในด้านการรักษา ทั้งนี้ยังคงใช้มุมมองของผู้ให้บริการเป็นหลัก

การศึกษาในประเด็นเรื่องความอ้วน เริ่มมีการศึกษามาไม่ถึง 20 ปีนี้เอง จากการทบทวนจำนวน 22 เรื่อง ภาพรวมการศึกษาเกี่ยวกับความอ้วนทั้งหมดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณมีการศึกษาทั้งกับเด็กและผู้ปกครอง วัยรุ่นในสถานศึกษา และวัยผู้ใหญ่ในชุมชน โดยงานวิจัยส่วนใหญ่ด้านสาธารณสุขให้ความสนใจที่ปัญหาเด็กอ้วนคือพบ 10 เรื่อง บนฐานแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ (วัดค่า BMI, ตรวจเลือด) และอีก 6 เรื่องเป็นความสนใจในประเด็นเรื่องการลดความอ้วนของวัยรุ่น และการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมลดความอ้วนรูปแบบต่างๆ ในผู้ใหญ่ ภายใต้กรอบการปรับพฤติกรรมความรู้ การรับรู้ ฯลฯ งานวิจัยด้านสังคมศาสตร์

สถานการณ์ความรู้ดังกล่าวบ่งชี้ว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างและจัดการความรู้ในทิศทางใหม่เพื่อทำให้มีความเท่าทันกับปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งใช้ความรู้ในการเข้าใจชีวิตของคน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของคนและชุมชนที่จะรับมือกับสุขภาพของตน ในขณะที่ความรู้นั้นก็ต้องเชื่อมโยงกับปัญหาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพสังคม เศรษฐกิจทางพฤติกรรมและสังคมวัฒนธรรมของประชาชนด้วย

ความเจ็บป่วยเรื้อรัง : มุมมองของประชาชน

สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นความจริงทางสังคม (social reality) ที่ถูกสร้างขึ้น (constructed) ถูกให้คำจำกัดความและให้ความหมายซึ่งขึ้นอยู่กับการนิยาม วัฒนธรรม การตีความของสังคมนั้นๆ ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละสังคมวัฒนธรรม การเจ็บป่วยซึ่งถูกกำหนดโดยปัจจัยทางวัฒนธรรมอันมีผลต่อการรับรู้ การตีความ ตีตรา การอธิบาย และการให้คุณค่าของประสบการณ์ไม่สายนั่น สังคมและวัฒนธรรมที่เราเติบโตขึ้นมาสอนเรา ให้เรารับรู้ ตีความ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของเรา หรือของคนอื่น มนุษย์สามารถแยกแยะได้ระหว่างคนหนุ่มสาวและคนแก่ คนป่วย คนพิการกับคนปกติ ระหว่างการเจ็บปวดกับการเป็นไข้ ความรู้สึกวิตก

ระบบการแพทย์แบบชีวการแพทย์ มีธรรมชาติของการบำบัดรักษาแบบแยกส่วนและลดส่วน กล่าวคือมองปัญหาความเจ็บป่วย โดยให้ความสำคัญและผูกโยงไปเฉพาะมิติเรื่องโรค และความเจ็บป่วย มุ่งเน้นการรักษา การพึ่งพาเทคโนโลยีผู้เชี่ยวชาญ และสถาบันทางการแพทย์ หรืออีกนัยหนึ่งคือเน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่า การสร้างหรือส่งเสริมสุขภาพ การแพทย์แบบชีวการแพทย์จึงเน้นกิจกรรมที่การตั้งรับ คือเกิดความเจ็บป่วยก่อนจึงรักษา นอกจากนั้นภายใต้แนวคิดแบบชีวภาพ (biomedicine) ซึ่งถือว่าร่างกายมนุษย์ประกอบขึ้นจากเซลล์ต่างๆ ที่รวมกันเป็นเนื้อเยื่อ และอวัยวะ การเจ็บป่วยมาจากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งทำงานผิดปกติ การเยียวยาจึงมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหาลเฉพาะส่วนเฉพาะที่ที่ผิดปกตินั้น การบำบัดจึงมีแนวโน้มที่จะมุ่งไปที่การรักษากาย เฉพาะที่ เช่น การใช้ยา การผ่าตัด การฉายแสง โดยไม่ได้ให้ความสำคัญหรือเชื่อมโยงไป

2

ระบบสุขภาพภาคประชาชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง :
สถานะความรู้และทัศนคติทางวิชาชีพ

สมมติทางสังคม จิตวิทยาของความเจ็บป่วยและการเยียวยา ในอีกด้านหนึ่งความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาใน

ระบบการแพทย์ตะวันตก ก็มีลักษณะพึ่งพิงขึ้นต่อผู้รักษา เพราะชุดความรู้ทางการแพทย์อยู่นอกเหนือความสามารถของประชาชนคนธรรมดา (lay persons) เพราะเน้นความเชี่ยวชาญและเทคนิคเฉพาะ ผู้ป่วยจึงขาดการมีส่วนร่วม มีความอัดอั้นตันใจเพราะไม่มีอำนาจจัดการใดๆ ในขณะที่เดียวกัน การหายจากการเจ็บไข้ได้ป่วย เทคโนโลยี และยาเป็นเพียงส่วยหนึ่งของกระบวนการบำบัดเท่านั้น ขณะที่เหลืออีกกว่าร้อยละ 80 หายป่วยเพราะเหตุอื่นๆ เช่น หายเอง หายเพราะ “placebo” (ยาที่ไม่ได้มีฤทธิ์ตรงกับโรค) หรือแม้กระทั่งหายเพราะได้รับการเอาใจใส่ หรือกล่าวอีกอย่างได้ว่า พื้นที่ทางสุขภาพของชีวิตการแพทย์ ตั้งอยู่บนปริมาตรของสุขภาพเพียงส่วนเล็กๆ ส่วนเดียว คือ “โรค” ในขณะที่พื้นที่ที่เหลืออีกส่วนมาก เป็นพื้นที่ของความเจ็บป่วยที่นิยามไม่ได้ชัดเจน หรือโรคที่ไม่รู้สาเหตุ ตลอดจนพื้นที่ของการมีสุขภาพดีรวมอยู่ด้วย ดังนั้น พื้นที่ทางสุขภาพที่ถูกกำหนดโดยนิยามของโรคจึงมีขนาดเล็กมาก

ระบบสุขภาพภาคประชาชน ให้ความหมายสุขภาพในมิติทางวัฒนธรรม ในฐานะที่เป็นระบบหรือมีลักษณะเป็น “องค์รวม” สุขภาพไม่ได้หมายความว่าแค่เพียงการกำจัดโรคให้สิ้นไปเท่านั้น สุขภาพถูกนิยามในความหมายของสุขภาพภาวะ (well-being) ที่อย่างน้อยจะต้องมีสุขภาพะทางกาย สุขภาวะทางใจ และสุขภาพะทางจิตวิญญาณ ความเจ็บป่วยเกี่ยวพันกับมิติทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคล ไม่เฉพาะวัดเพียงความบกพร่อง หรือค้นพบร่องรอยของโรคเท่านั้น

การทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าประชาชนมีชุดคำอธิบายเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และความอ้วนที่แตกต่างจากชุดคำอธิบายของบุคลากรสาธารณสุขที่อธิบายไว้คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ แต่ประชาชนเน้นให้ความสำคัญกับการรับรู้ในอาการที่ส่งผลต่อการทำงาน เช่น แม้มีน้ำตาลในเลือดสูง แต่ให้ความหมายว่าเป็นอาการปกติ เพราะสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาตลอด อาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อยหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นประจำหรือเป็นอาการที่สัมพันธ์กับการดำเนินชีวิต เช่น หน้ามืด เป็นลมอันเนื่องมาจากการทำงาน นอกจากนั้นบางอาการก็ให้ความหมายว่าไม่ใช่โรคเบาหวาน หรือเป็นความผิดปกติอันเนื่องมาจากโรคอื่น เช่น อาการคันช่องคลอด มีตกขาวผิดปกติบ่อยๆ

ผู้ป่วยที่แม้จะรู้ว่าตนป่วยและได้รับการรักษาโรคเบาหวาน งานวิจัยที่ผ่านมาเผยให้เห็นอีกว่า ผู้ป่วยที่แม้จะได้รับการรักษาที่มีทั้งกลุ่มที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ โดยประชาชนในกลุ่มหลังนี้จะมองว่าอาการเบาหวานเป็นเพียงอาการเล็กน้อย และยังค่อยเป็นค่อยไป และไม่ส่งผลต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ทำให้การปฏิบัติตัวต่อการดูแลสุขภาพเป็นเหมือนปกติ รับประทานยาตามที่แพทย์ให้มา การควบคุมอาหารและการปฏิบัติตัวส่วนอื่นเป็นไปตามปกติเหมือนขณะที่ยังไม่มีการเจ็บป่วย มีเพียงจำนวนไม่มากที่ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนองค์ความรู้แนวคิดความเจ็บป่วยว่าด้วยเรื่องโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนพบว่าประชาชนมิได้รับรู้ว่าเป็นปัญหาเนื่องจากให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นโดย สัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะธรรมดาหรือมองว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามวัย หรือตามสังขาร เช่น เรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “โรคคนแก่” เนื่องจากบางคนมีความเชื่อว่าโรคนี้จะเกิดกับบุคคลที่มีอายุ 50 - 60 ปีขึ้นไปแล้ว นอกจากนั้นยังได้ให้ความหมายตามการรับรู้ที่สัมพันธ์กับความรู้พื้นบ้านเรื่อง ความสมดุลย์ กล่าวคือความดันโลหิตสูงเป็นการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ “เลือด” และ “ประสาท” กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเลือด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเลือดที่ร้อนขึ้น เลือดข้นขึ้น เลือดไหลเวียน เลือดวิ่งเร็วแรง ซึ่งเลือดที่อัดแรงกระทบเส้นเลือดที่สมอง และกระทบต่อหัวใจ เป็นผลให้ความดันเลือดสูงขึ้น

อย่างไรก็ตามอีกด้านหนึ่งของการรับรู้ พบว่าประชาชนได้รับอิทธิพลของวาทกรรมการแพทย์ด้วย โดยประชาชนยังให้ความหมายโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรัง มีความรุนแรง และง่ายต่อการมีโรคแทรกซ้อน และภาพลักษณ์ที่สร้างความวิตกให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก คือ การต้องถูกตัดแขนขาจนพิการ ไปตลอดชีวิต ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูง

ประชาชนก็รับรู้ความรุนแรง ว่าอาจนำไปสู่ ความพิการ อัมพาต อัมพฤติ เช่น เส้นโลหิตในสมองแตก และเสียชีวิตได้ในที่สุด จากการศึกษาเรื่อง “ความอ้วน” ซึ่งเป็นดัชนีบ่งบอกอันตรายที่จะทำให้เจ็บป่วยหรือ “เป็นโรค” ในทางการแพทย์ ในวัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ให้ความหมายความอ้วนที่สัมพันธ์ต่อสุขภาพว่า ความอ้วนนั้นเป็นภาวะเสี่ยงต่อโรคเป็นภาวะที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังเป็นโรคได้อย่างถูกต้อง แต่ในทางสังคมวัฒนธรรม ความอ้วนเกี่ยวพันอย่างแนบแน่นกับคตินิยมเรื่องร่างกายและความงามแล้ว ความอ้วนจึงเป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่น่ากลัวเป็นสิ่งที่น่าเกลียด เป็นปมด้อย เป็นสิ่งน่าอาย เป็นส่วนเกิน เป็นคนสุขภาพไม่ดี เป็นสิ่งเลวร้าย เป็นตัวอันตรายและยังเป็นปัญหาต่อการคบหาสมาคมกับผู้อื่น จนนำไปสู่การจัดการควบคุมและลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม และไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าวันนี้ ความอ้วนได้ถูกรับรู้ และขานรับจากคนกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะผู้หญิงว่า “ไม่ดี” ทั้งในแง่เป็นโรคและการถูกตีตราจากสังคม แต่การลุกขึ้นมาใส่ใจ ดูแลร่างกายส่วนใหญกลับพบว่าไม่ใช่เหตุผล “เพื่อสุขภาพ” อย่างที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวัง กลับมอง “ความสวยงาม” เป็นหลัก

ในทางตรงกันข้าม งานวิจัยอีกชุดหนึ่งคือการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนในเด็ก พบว่าประเด็นสำคัญ คือประชาชนไม่ได้คิดว่าเด็กอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพ แต่กลับมอง มองว่าความอ้วนเป็นความน่ารัก และเมื่อสาวลึกลงไปถึงแนวคิดการเลี้ยงดูเด็ก การรับรู้และยอมรับร่างกายของเด็กอ้วนดังกล่าว ก็พบว่าเด็กถูกเลี้ยงให้อ้วน

ชุดคำอธิบายความเจ็บป่วยของประชาชนว่าด้วยเรื่อง ความอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ดังกล่าว สะท้อนได้อย่างชัดเจนว่า ประชาชนให้ความหมายผ่านภาพร่างทางวัฒนธรรม (cultural representation) (Klienman, 1997) ซึ่งก็คือชุดแบบแผนของความหมายคำอธิบายว่าอะไรคือสิ่งที่เรียกว่าโรค ความเจ็บป่วย หรือความปกติ กับความผิดปกติ ซึ่งชุดคำอธิบายนี้แตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับคำอธิบายทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามประชาชนก็ได้รับอิทธิพลของวาทกรรมทางการแพทย์ในการให้ความหมายว่าคือโรคที่รุนแรง อาจพิการหรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้คิดว่าตนจะมีความเสี่ยงที่จะตกอยู่ในภาวะที่รุนแรงดังกล่าวแต่อย่างใด เพราะไม่ปรากฏอาการและยังดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

กลไกการจัดการปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังในระบบสุขภาพภาคประชาชน

ปรากฏการณ์ของปัญหาการดูแลและการจัดการกับโรคเรื้อรังในสังคมทั่วโลกและสังคมไทยปัจจุบัน แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการจัดการสาธารณสุขภายใต้ระบบการแพทย์แผนตะวันตกมีข้อจำกัด ห่างไกลจากความต้องการและตอบสนองต่อปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนน้อยลงทุกที เหตุเพราะปัญหาสุขภาพที่มีความเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ เป็นภาวะของความทุกข์ทั้งกายใจ ทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว และญาติ พี่น้องที่ยาวนานต่อเนื่อง และยากที่ระบบบริการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งมีธรรมชาติเพื่อการรักษาโรคติดเชื้อ จะมีความละเอียดอ่อนเพียงพอที่จะดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ

การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในมือของการแพทย์ภาคประชาชน หรือส่วนสามัญชน (Popular sector) ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัวญาติ พี่น้อง ชุมชน ส่วนของการแพทย์ของสามัญชนจะเป็น ส่วนที่อาการความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยครั้งแรก พร้อมทั้งมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วยวิถีคิด และวิธีการแบบชาวบ้าน ธรรมดาไม่ใช่แบบวิชาชีพ ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยแก้ปัญหา อาการต่างๆ ที่สำคัญตามที่ผู้ป่วยอธิบาย ความคิด ความเชื่อ และการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้จะเป็นระบบความคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้านที่เลือกทิศทางการรักษาไว้หลายทาง และผู้ป่วยอาจตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เขารู้จัก หรืออาจหันหน้าเข้าสู่การเลือกระบบการดูแลสุขภาพในส่วนของวิชาชีพ (Professional Sector) หรือส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) หรือการแพทย์ทางเลือกต่อไป

แบบแผนพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แสดงให้เห็นประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่มีลักษณะชุดประสบการณ์ (collective experiences) คือมีทั้งวิถีคิดและวิธีการรักษา และมีกลไกการจัดการหลายอย่างประกอบกัน กลไกการดูแลสุขภาพที่เด่นชัดและมีความสำคัญมากคือ กลไกการดูแลตนเอง ที่สัมพันธ์กับอำนาจตัวตนและอัตลักษณ์ที่

2

ระบบคุณภาพภาคประชาชนกับกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง :
สถาบันงานบูรณาการทางสาธารณสุข

สัมพันธ์กับความเจ็บป่วย นอกจากนั้นยังเห็นบทบาทของการแพทย์ทางเลือกที่อยู่ควบคู่ในกระบวนการแสวงหาบริการอย่างชัดเจน ซึ่งแสดงถึงทางเลือกของผู้ป่วยที่แสดงอำนาจในตัวตนที่อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจในการรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาบางคนจะมีกรอบการรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยที่เน้นเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การกินยาตามสั่ง และการมาตรวจตามนัด

การทบทวนระบบการดูแลในชุมชน กรณีศึกษาการจัดดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการสะท้อนภาพลักษณะ ที่ถดถอยของการเป็นผู้ป่วย ผู้เสื่อมสภาพ หรือการเป็นผู้สูงอายุมากกว่าภาพลักษณ์ทางบวก ซึ่งเป็นการบดบังแนวทางเตรียมสังคมให้พร้อมกับการเป็นผู้ป่วยเสื่อมสภาพ หรือการเป็นผู้สูงอายุ คือ การยึดศักยภาพ

ข้อเสนอประเด็นการวิจัยในอนาคต

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการรวมกลุ่มแบบกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (Support Self-help Group) ซึ่งเป็นทางออกที่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นหนทางในการแก้ปัญหา เนื่องจากเป็นหนทางที่ตอบสนองต่อปัญหา ทั้งกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณที่ดีกว่า เป็นการหันกลับไปสู่การยืนอยู่บนขาของตนเอง ด้วยการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองตั้งแต่การค้นหาความรู้จนถึงการสร้างกลไกในการรับมือกับปัญหา

2. การศึกษาเพื่อการพัฒนากระบวนการทัศน์และจิตสำนึกใหม่ด้านสุขภาพ

การจะก้าวข้ามปัญหาการดูแลรักษาความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ ต้องให้ความสำคัญกับการศักยภาพ และอำนาจในการดูแลตนเองของประชาชน (agency) แนวคิดสุขภาพนิยามวางจุดเน้นไว้ที่การพัฒนาตัวเอง (self-development) การมีจิตสำนึกของความเป็นพลเมืองในการมี “หน้าที่ที่จะต้องดีมีสุขภาพดี” (duty to be healthy) ที่มาพร้อมกับแนวทางที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ควบคุมตนเอง และ ปลดปล่อยตนเองเพื่อให้เกิดความสุขความพึงพอใจ ภายใต้สังคมความรู้ที่ไร้พรมแดน ทั้งนี้ด้านหนึ่งคือการต่อต้านการครอบงำด้านสุขภาพของสังคม อันได้แก่ กระแสบริโภคนิยม ทั้งที่ครอบงำด้วยแบบแผนของอาหาร และการบริโภค รวมทั้งกับร่างกายของปัจเจก การตระหนักในปัญหาของสิ่งแวดล้อมและสิ่งรอบตัวที่คุกคามต่อสุขภาพ อีกด้านหนึ่งคือการจัดการกับตนเอง การหันกลับมาในสิ่งที่ตนควบคุมได้ซึ่งก็คือตนเอง การดูแลรักษาตนเองให้แข็งแรง ปลดปล่อย รวมทั้งกลับไปยังรากเหง้าของธรรมชาติและวัฒนธรรมสุขภาพ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาความเคลื่อนไหวทางสังคม และมุมมองชีวิตและสุขภาพของประชาชน

3. การศึกษาที่ว่าด้วยชีวิตและความทุกข์ยากของผู้ป่วย (human suffering) ซึ่งถือเป็นใจกลางของการพัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุขความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนอกจากทำให้เกิดความทุกข์ยากต่อปัจเจกแล้ว ความเจ็บป่วยยังได้ก่อวนปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับครอบครัวและการทำงานซึ่งเป็นปัญหาที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน การจัดการกับปัญหาเหล่านี้ปัจเจกต้องมีกลวิธี (strategies) และทรัพยากรที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา เช่น วิธีการรักษา กลุ่มช่วยเหลือ (self help group) ต่างๆ ตั้งแต่การกลายเป็นคนป่วย (becoming ill)

4. การวิจัยเพื่อนำไปสู่การสื่อสารเพื่อสุขภาพ เน้นการทำความเข้าใจชุดคำอธิบายความเจ็บป่วย และบริบททางสังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย

5. การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ทางเลือกกับโรคเรื้อรัง ระบบการแพทย์ทางเลือกมีความสอดคล้องและใกล้ชิดกับวัฒนธรรมสุขภาพที่ประชาชนมีอยู่ ในขณะเดียวกันก็เติบโตอย่างรวดเร็วและเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรมีการศึกษาความนิยม ประสิทธิภาพ และแนวโน้มในการส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้ต่อไป

6. ประเด็นเรื่องระบบการดูแลในชุมชนและครอบครัว ควรให้ความสำคัญในการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่ก้าวพินมายาคติที่เหมาะสมตายตัวให้ผู้หญิงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ควรศึกษาวิจัย แนวคิด ปัญหา และผลกระทบของบทบาทผู้หญิงในการดูแล และพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

เพ็ญจันทร์ ประดับบุษ (๒๕๔๒) ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในหนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพฯ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และยงค์ศักดิ์ ตันติปัญญ (2007) สุขภาพไทย วัฒนธรรมไทย สำนักงานวิจัยสังคมศาสตร์และสุขภาพ กรุงเทพฯ

พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรรณพ ปุณณัน. (บรรณาธิการ). 2530. การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศทางสังคมวัฒนธรรม. นครชัยศรี : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัลลิกา มัติโก. สังคมวิทยาความเจ็บป่วยเรื้อรัง. สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา. 2546

Helman, C. G (2001) Caring and Curing : the Sectors of Health Care in Culture Health and Illness, Arnold, London

Klienman, A. (1997) "Everything that really matters" Social suffering, subjectivity, and the remaking of human experiences in a disordering world" Harvard Theological Review, 90, 315-35

แนวคิดความอ่อน และการจัดการของคนไทย

3

บทที่

โดย

จุติพร พลเกิด นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3

แนวคิดความอ่อนแอและการจัดการของคนไทย

แนวคิดความอ่อนแอและการจัดการของคนไทย

โดย จุติพร ผลเกิด นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การทบทวนวรรณกรรมประเด็น “ความอ่อนแอ” ในงานวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยต่างๆ ตำราและบทความวิชาการในประเทศไทย เพื่อให้ทราบสถานะองค์ความรู้ว่าด้วยความอ่อนแอ ซึ่งจากการทบทวนพบสรุปปัญหาความอ่อนแอใน 2 กลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มเด็กประถมศึกษา และกลุ่มวัยรุ่น/วัยผู้ใหญ่ ดังนี้

1. สถานการณ์ปัญหา

องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ล่าสุดว่า ปัจจุบันมีพลโลกที่อ่อนแอมากถึง 300 ล้านคน และอาจเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน 20 ปีข้างหน้า สาเหตุเนื่องจากการปรับเปลี่ยนนิสัยการกินอยู่วิถีชีวิต และการงาน ถือเป็นโรคภัยใหญ่ที่สุดของศตวรรษ และเมื่อหันกลับมาดูสถานการณ์ความอ่อนแอในคนไทยบ้าง ก็พบว่าพลเมืองไทยกำลังถูก “ความอ่อนแอ” รุกรานอยู่ในสองกลุ่มวัยใหญ่ๆ ดังนี้

ความอ่อนแอในเด็ก:

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติระบุว่า ในช่วง 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา หลายประเทศมีปัญหาลูกอ่อนแอเพิ่มมากขึ้น 2 - 3 เท่า จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2006 พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีทั่วโลก 22 ล้านคนที่มีน้ำหนักเกิน สำหรับประเทศไทย ในอดีตเด็กไทยต้องเผชิญกับปัญหาผอมแห้งแฉะแกร็นอันเกิดจากโรคขาดสารอาหาร แต่ในปัจจุบันเด็กไทยกลับมีปัญหามะเร็งโภชนาการล้นเกินเป็นจำนวนมาก ผลการสำรวจเด็กไทยระดับประเทศ 2 ครั้งห่างกัน 5 ปี พบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี อ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ในปี 2539 - 2540 เป็นร้อยละ 7.9 ในปี 2544¹ ส่วนผลการสำรวจภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียนอนุบาลถึงประถมศึกษาของกรมอนามัยเมื่อปี 2544, 2545 และ 2546 พบเด็กมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 12.3, 12.8 และ 13.45 ผลการสำรวจโรงเรียนของเครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2548 พบว่า เด็กไทยที่อยู่ในเกณฑ์อ้วนมีมากถึงร้อยละ 12 ห้ามร้อยละ 5 ซึ่งผลที่ตามมาจากเด็กอ้วน คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจอุดตัน และหยุดหายใจ โรคกระดูกและข้อเสื่อม โรคเบาหวาน และโรคอื่นๆ รวมทั้งปัญหาด้านจิตใจและสังคม 30 - 80 เปอร์เซ็นต์ของเด็กเหล่านี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ยังคงอ้วนและป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ

ปัจจุบันเด็กอ้วนกำลังระบาดไปทั่วโลกอย่างน่าวิตก เพราะการอ้วนตั้งแต่เด็กจะทำให้เด็กมีปัญหาเรื่องสุขภาพในหลายโรค ตั้งแต่มีปัญหาด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันแพทย์พบว่า เด็กอายุแค่ 2 ขวบ มีไขมันเกาะผนังหลอดเลือด มีปัญหาไขมันเกาะในตับหัวใจบริเวณช่องอก ช่องท้อง กระบังลมและเนื้อเยื่อ ทางเดินหายใจ ส่งผลให้เด็กมีปัญหาในระบบหายใจ เด็กอ้วน 30% มีความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ และมีเด็กอ้วน 5.7 - 7% เป็นมากถึงขั้นหยุดหายใจและเสียชีวิต นอกจากนี้เด็กอ้วนยังมีปัญหาในเรื่องกระดูก และข้อกระดูก แพทย์มักจะพบความผิดปกติที่ข้อเข่าของเด็กอ้วน

¹ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. <http://www.thainhf.org>

ทำให้เด็กขาโก่งหรือขาโก่งผิดปกติ ซึ่งเป็นอันตรายต่อหัวใจกระดูกโคนขา เพราะน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นจะไปกดแผ่นเนื้อเยื่อเจริญของกระดูกที่ยังไม่เชื่อมสนิทกับกระดูก ทำให้ขาเด็กทั้งสองข้างยาวไม่เท่ากัน มีปัญหาเรื่องนิ้วในถุงน้ำดี จากการศึกษาของแพทย์พบว่า เด็กและวัยรุ่นที่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเป็นนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่าคนปกติ 4.2 เท่า มีปัญหาเกิดภาวะดื้ออินซูลิน

นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ภาวะอ้วนยังเป็นผลกระทบต่อเด็กทางจิตใจอย่างมาก จากการที่ร่างกายอ้วนทำให้การมีภาพลักษณ์ (self image) เสียไป เด็กมักถูกล้อเลียนจากเพื่อน เด็กอ้วนอาจกลายเป็นเด็กที่มีปมด้อย มีความรู้สึกว่าตนเองต่างไปจากเพื่อนฝูง มองดูไม่สวยงาม การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากเพื่อนๆ เนื่องจากถูกมองว่าเชื่องช้า รุ่มร่าม เพื่อนไม่เลือกหรือไม่เต็มใจให้เป็นสมาชิกกลุ่มในทีมกีฬาหรือกิจกรรมอื่นๆ ยิ่งทำให้เด็กเกิดปมด้อย กลายเป็นเด็กเหงา แยกตัว มีสมาธิในการเรียนน้อย ผลคือ อาจทำให้การเรียนด้อยกว่าเพื่อนๆ มีความคับข้องใจ ถ้าปัญหานี้ไม่ได้รับการแก้ไขความรู้สึกในด้านลบนี้จะติดฝังแน่นไปจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่²

ความอ้วนในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ :

“เผยคนไทยที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีเส้นรอบพุงเกินประมาณ 9.3 ล้านคน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย ระบุในรอบ 7 ปีที่ผ่านมามีคนไทยเป็นโรคอ้วนลงพุงเพิ่มเป็น 1.3 เท่าในเขตเมืองเพิ่มถึง 3 - 5 เท่า ก่อให้เกิดแนวโน้มของโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา”

ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขพบว่า โรคหัวใจและหลอดเลือดติดอันดับ 1 ใน 3 สาเหตุหลักของการป่วยและการตายของคนไทย โดยในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาผู้ป่วยที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 3 - 17 เท่าตัว เฉพาะในปี 2546 พบว่า มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้สูงถึง 40,092 ราย ปัจจัยสำคัญที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ โรคอ้วน

จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการแห่งชาติ ปี 2546 - 2547 ของกรมอนามัย พบว่า คนไทยอายุ 19 - 74 ปี มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานสูงถึงร้อยละ 28.3 และข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนชาวไทยล่าสุด ปี 2547 พบว่า ประชากรไทยที่มีอายุมากกว่า 35 ปี มีเส้นรอบพุงเกินประมาณ 9.3 ล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ เพศหญิงอ้วนลงพุงร้อยละ 52 เพศชาย ร้อยละ 22 และ ในรอบ 7 ปี ที่ผ่านมามีคนไทยเป็นโรคอ้วนลงพุงเพิ่มเป็น 1.3 เท่าในเขตเมืองเพิ่มถึง 3-5 เท่า³

นอกจากนี้เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ระบุว่า มีข้อมูลค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของหลายประเทศในโลกล้วนบ่งชี้ว่า การดูแลรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากการเป็นโรคอ้วนไม่เพียงได้แย่งชิงสัดส่วนทรัพยากรที่ควรถูกนำไปใช้ในการพัฒนาประเทศ หากยังก่อภาระต้นทุนให้กับสังคม⁴

² อังในทวี รักวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

³ http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idhot_new=5093 / http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=5093

⁴ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

3

แนวคิดความอ้วน
และการจัดการของประเทศไทย

2. สถานการณ์ด้านงานวิจัย

"ความอ้วน"ปรากฏการณ์ที่ต้องการคำอธิบายและการแก้ไขในสังคมไทย : การขยายตัวของปัญหา "ความอ้วน" ในสังคมไทย เป็นปรากฏการณ์ร่วมที่เกิดขึ้นทั่วโลกในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา และได้ส่งผลกระทบต่อแวดวงด้านวิชาการ นักสาธารณสุข ตลอดจนวงการแพทย์ต่างถูกดึงดูดให้สนใจในการศึกษาในแง่มุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายหรือทำความเข้าใจถึงสาเหตุ และผลที่ตามมาจาก "ความอ้วน" การดูแลตนเองของผู้ที่อ้วนและผู้ที่ไม่ต้องการจะอ้วน ตลอดจนการบำบัดรักษา จากการศึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ศึกษาประเด็น "ความอ้วน" ใน 3 สาขา คือ สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ โดยได้แบ่งเป็นกลุ่มที่ศึกษาในกลุ่มเด็ก และกลุ่มวัยรุ่น/วัยผู้ใหญ่ พบว่าได้มีการศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้

การศึกษาในกลุ่มเด็ก:

ปัญหาภาวะโภชนาการเกิน หรือภาวะอ้วนในเด็ก ได้รับความสนใจและทำการศึกษาวิจัยจากสาขาสารณศาสตร์ (โภชนศาสตร์) และสาขาการพยาบาลศาสตร์ นับแต่ปี 2536 เป็นต้นมา จำนวน 10 เรื่อง พื้นที่ของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และอยู่ในขอบเขตโรงเรียน เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ

โดยการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งประเด็น ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของเด็ก การเลี้ยงดูของผู้ปกครอง และมุมมองด้านจิตวิทยา คือ การรับรู้ทั้งในเด็กและผู้ปกครองเกี่ยวกับความอ้วน ตลอดจนการศึกษาทดลองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือการควบคุมและลดน้ำหนักเด็กอ้วน ภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน

เริ่มจากงานเรื่องแรกซึ่งได้ทำการศึกษา แบบแผนการบริโภคอาหารว่างของเด็กอ้วนและเด็กปกติ อายุ 7 - 9 ปี โรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร 2536 ของศิริพร หาญ ศึกษาแบบแผนการบริโภคอาหารว่างและเปรียบเทียบปริมาณพลังงานสารอาหารที่ได้รับจากอาหารว่าง และอาหารมื้อหลักของเด็กอ้วนกับเด็กปกติ อายุ 7 - 9 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 3, 4 ของโรงเรียนเบญจมินทร์และโรงเรียนศรีวิกรม์ จำนวน 178 คน ประกอบด้วยเด็กอ้วน 45 คน และเด็กปกติ 133 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลอาหารบริโภคศึกษา โดยวิธีการจดบันทึกอาหารบริโภค 3 วันร่วมกับการสัมภาษณ์ ผลการศึกษา สรุปได้ว่า การบริโภคอาหารว่างไม่ได้เป็นสาเหตุทำให้อ้วน แต่เด็กอ้วนบริโภคอาหารมื้อหลักในปริมาณและคุณภาพที่แตกต่างกัน ถัดมาคือศึกษาเรื่อง การศึกษาระดับไขมัน กลูโคสในซีรัม ความดันโลหิต และพลังงานที่ได้รับในเด็กวันเรียนที่มีภาวะอ้วน (รัชนีบุลย์ เงินวิสัย, 2539) โดยศึกษาระดับไขมัน ระดับกลูโคสในซีรัม ความดันโลหิต และพลังงานที่ได้รับในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนและภาวะโภชนาการปกติและศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมบางประการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษาของ บิดามารดา รายได้ครอบครัวต่อเดือน ค่าใช้จ่ายประจำวัน ในการบริโภคอาหารของเด็กต่อวัน โดยการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายประจำวันในการบริโภคอาหารของเด็กต่อวันของกลุ่มเด็กอ้วนมีค่ามากกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะมีผลกระทบถึงปริมาณการบริโภคอาหารทำให้สารอาหารและพลังงานที่ได้รับทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน และน่าจะมีผลต่อระดับไขมัน และซีรัมกลูโคสด้วย โดยผลการศึกษาพบว่า ระดับซีรัม triglyceride ของเด็กอ้วนสูงกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วน LDL-C, HDL-C และระดับกลูโคสของเด็กที่มีภาวะอ้วนและเด็กปกติไม่มีความแตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่า ความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic รวมทั้งปริมาณสารอาหารไขมัน คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และพลังงานที่ได้รับของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนมากกว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคอ้วนในเด็กนักเรียนประถมศึกษา (ป.1-6 ,6-12 ปี) จ.นครพนม 2545 ของ Yunimar Usman ซึ่งศึกษาความชุกของโรคอ้วนในเด็กประถมศึกษา ในอำเภอเมือง จังหวัดนครพนมโดย Cross sectional study ผลการศึกษาความชุกโรคอ้วนในเด็กนักเรียนเท่ากับ 26% ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนของเด็กได้แก่ กลุ่มที่อายุสูงกว่าเด็กชาย พ่ออ้วน กินอาหารบ่อยกว่า และกินอาหารประเภททอดดีกว่า ส่วนแม่อ้วนสมาชิกในบ้านอ้วน นิยงการกิน การออกกำลังกาย

การมีกิจกรรมประจำวัน อาชีพและระดับการศึกษาของผู้ปกครองรายได้ครอบคลุมทั่ว ความรู้และการปฏิบัติของแม่เกี่ยวกับการให้อาหารเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนของเด็ก เด็กส่วนใหญ่ (86%) ไปโรงเรียนโดยรถผู้ปกครอง เด็กครึ่งหนึ่งดูโทรทัศน์น้อยกว่า 2 ชม. ทุกวัน (52%) และใช้เวลา 2 - 3 ชม. ต่อวัน เล่นอยู่ในบ้าน มีเด็กเพียง 9% ที่ใช้เวลามากกว่า 3 ชม. เล่นกลางแจ้ง และเด็กมากกว่าครึ่งหนึ่งพอใจที่จะใช้เงินที่มีอยู่ซื้อขนมกรุบกรอบ

ศึกษาอิทธิพลการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนเด็กนักเรียนในชุมชนเมืองกรุงเทพฯ 2546 ของปฏิมา พรพจมาน ทำการศึกษาอิทธิพลของการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนภายใต้เงื่อนไขปัจจัยด้าน เศรษฐกิจสังคม BMI ของพ่อแม่ การบริโภคของเด็ก (ความถี่การกินอาหาร ชนิด และความถี่ของการกินขนมกรุบกรอบ) ความถี่ในการออกกำลังกาย (activity) ของเด็ก โดย Cross Sectional Survey เด็ก 9 - 12 ปี ชั้น ป.4 - 6 ใน รร. 2 sampling gr. (กลุ่มอ้วน (+2SD) และปกติ (-1.5SD and +1.5SD) และผู้ปกครอง ผลการศึกษา บิดามารดาที่มีการเลี้ยงดูแบบบังคับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) บิดามารดาที่มี BMI > 25 กก./ม² รวมทั้งเด็กที่ดูโทรทัศน์และเล่นเกม > 5 ชม./วันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเกิดโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และ การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในเด็กที่มีมารดาในภาวะโภชนาการต่างๆ (ของอุรุวรรณ แยมบริสุทธิ, 2548)

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะและสิ่งแวดล้อมของครอบครัวที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเด็ก และเปรียบเทียบวิธีการเลี้ยงดูของมารดาที่มีต่อลูกที่มีภาวะโภชนาการต่างๆ โดย Cross Sectional Study ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นด้วย Univariate logistic regression ซึ่งให้เห็นว่าการเลี้ยงดูด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเด็กและเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.002$) การเลี้ยงดูในวัยเด็กพบว่าในทุกกลุ่มมารดาส่วนใหญ่ไม่ได้ควบคุมปริมาณอาหารที่เด็กกิน ยกเว้นแม่ที่มีน้ำหนักปกติ ร้อยละ 57 มีแนวโน้มที่จะควบคุมการกินอาหารพลังงานสูงและขนมขบเคี้ยวในลูกที่อ้วน กลุ่มมารดาอ้วนที่ลูกผอมก็มีแนวโน้มที่จะควบคุมให้ลูกที่ผอมกินมากขึ้น พบว่าเด็กผอมส่วนใหญ่จะบริโภคขนมขบเคี้ยวในเวลาที่มากกว่าเด็กอ้วนหรือเด็กปกติ ผลการวิเคราะห์ด้วย Multivariate logistic regression แสดงให้เห็นว่ามารดาที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปก่อนการตั้งครรภ์ บิดาอ้วน น้ำหนักแรกเกิดของเด็กที่ > 3,500 กรัม การควบคุมของมารดาในเรื่องการกินอาหารที่ให้พลังงานสูง ปริมาณอาหารที่เด็กบริโภค และพลังงานที่ได้มากเกินไปจากอาหาร เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในเด็ก

มุมมองด้านจิตวิทยากับความอ้วนในเด็ก ได้มีการศึกษาถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก ทศนคติ และการรับรู้ของบิดามารดาในครอบครัวที่ชอบเด็กอ้วน และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) ของตัวเด็ก ดังนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก: การศึกษาปัจจัยด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกับภาวะอ้วนของเด็กในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน (เทวี รักวานิช, 2537) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 8 - 13 ปี กำลังศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร จำนวน 400 ราย ผลการศึกษา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงว่าเด็กรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องมากมีภาวะอ้วน ในทางตรงข้ามเด็กที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องน้อย ไม่มีภาวะอ้วน

ส่วนทัศนคติและการรับรู้ของบิดามารดาในครอบครัวที่ชอบเด็กอ้วนนั้น จากการศึกษาของวรรณวิมล กิตติดิลกุล (2536 : 48) ทำการศึกษาทัศนคติของผู้ปกครองต่อการมองรูปร่างของบุตรตนเอง พบว่ายังมีผู้ปกครองของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 14 - 23 ที่เห็นว่าบุตรของตนมีรูปร่างพอดีแล้วหรือเพียงแต่ท้วมเท่านั้น สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องของผู้ปกครองอันจะเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กมีการลดและควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานต่อไป และในการศึกษายังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้องนั้นเด็กเข้าใจว่าคนทั่วไปชอบเด็กอ้วน

3

แนวคิดทวนเวียน
และการพิจารณาของกบฏไทย

เด็กอ่อนเป็นคนที่ร่างกายแข็งแรง เด็กอ่อนจะยอมได้เองเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ ร้อยละ 31.5 , 30.5 และ 29.5 ตามลำดับ⁵

สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (self esteem) จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร⁶ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเองของเด็กวัยเรียนประถมศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนแต่อย่างใด

นอกจากนี้ก็ได้มีการศึกษาทดลองโปรแกรมเพื่อการควบคุมและลดน้ำหนักเด็กอ่อน ได้แก่

- การศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการในการควบคุมและลดน้ำหนักเด็กวัยเรียน โดย นริสรา แสงเทียน⁷ โดยการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการที่เน้นเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กและพ่อแม่/ผู้ปกครองในการควบคุมน้ำหนักของเด็กวัยเรียน (อายุ 6 - 9 ปี) เป็น เวลา 6 เดือน ทั้งสองกลุ่มได้รับการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการเหมือนกันในตอนเริ่มต้นศึกษา เด็กและผู้ปกครองในกลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาทางด้านโภชนาการทุก 6 สัปดาห์ เด็กทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินสัดส่วนร่างกายทุก 6 สัปดาห์และได้รับการประเมินอาหารที่บริโภคพร้อมพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายทุก 3 เดือน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการ (กลุ่มทดลอง) มีการเปลี่ยนแปลงค่า Z-scores ของน้ำหนัก ตามเกณฑ์ส่วนสูงลดลง เมื่อสิ้นสุดการศึกษาเทียบกับตอนเริ่มต้นของการศึกษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้

- ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นรายบุคคลแก่เด็กอ่อนที่มีความผิดปกติในการทดสอบความทนต่อกลูโคส⁸

⁵ แหล่งเดิม

⁶ นพวรรณ บัวคง. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร.วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาเอกโภชนาการ). มหาวิทยาลัยมหิดล : 2549

⁷ นริสรา แสงเทียน. ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการในการควบคุมน้ำหนักเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.

⁸ ธิดารัตน์ โชติกอนุชิต.ประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นรายบุคคลแก่เด็กอ่อนที่มีความผิดปกติในการทดสอบความทนต่อกลูโคส. วิทยานิพนธ์, 2545

สรุปผลการทดลอง ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเหมือนกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการ และสุขภาพขั้นพื้นฐาน เนื่องจากวิธีการให้คำปรึกษาอาจทำให้เด็กเครียดและไม่เหมาะสมเหมือนกับการจัดเป็นกลุ่ม หรือในผู้ใหญ่ และการดูแลจากพ่อแม่เป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความเชื่อมั่นในการดูแลน้ำหนักของตนเอง

- การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่

"ความอ่อน" ในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่นั้นได้มีผู้สนใจศึกษามากกว่า 18 ปี เริ่มตั้งแต่ปี 2532 ก่อนที่องค์การอนามัยโลกจะประกาศ "ความอ่อน" ว่าเป็นโรค ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ (โภชนศาสตร์) และการพยาบาลศาสตร์ และภายหลัง "ความอ่อน" จึงเริ่มได้รับความสนใจจากสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ (6 เรื่อง) รายละเอียดดังนี้

การศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ (โภชนศาสตร์) และการพยาบาลศาสตร์

งานชิ้นแรกที่ปรากฏในปี 2532 คือการศึกษาในสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เรื่อง ประสิทธิภาพโปรแกรมลด น้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 2532 ของพินดา มีต้องปัน ที่ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมลดน้ำหนัก ด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของกลุ่มทดลอง โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Thorndike นำมาประยุกต์ใช้กับการจัดโปรแกรมการลดน้ำหนัก และทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของแมคเคลแลนด์ (Mc Clelland) โดย Quasi - Experimental Research กลุ่มตัวอย่างคือเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 อายุ 11 - 14 ปี จำนวน 100 คน กลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน ผลการศึกษา โปรแกรมลดน้ำหนักทำให้นักเรียนหญิง ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 มีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการลดน้ำหนักได้ถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดน้ำหนักลงได้

จากนั้นก็ได้มีการศึกษาต่อๆ มาจนถึงปี 2543 โดยส่วนใหญ่มุ่งศึกษาความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก และแบบแผนอาหารบริโภค ตลอดจนปัจจัยด้านจิตวิทยาเรื่องการรับรู้ขนาดร่างกาย อิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกต่อผลสำเร็จในการลดน้ำหนักของกลุ่มวัยรุ่น/ผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิง

มีการศึกษาทดลองค้นหาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหานี้ ได้แก่ โปรแกรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเอง การรักษาโรคอ้วนในผู้หญิงด้วยเมลิตแมงลักสกัด โครงการโภชนศึกษาเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนชายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ โปรแกรมโภชนศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลในการลดน้ำหนักและลดระดับไขมันในเลือด โปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง โปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมน้ำหนัก

และมีการศึกษาด้านชีวิตความอ่อน : ดัชนีมวลกาย สัดส่วนของรอบเอวต่อรอบสะโพก เพื่อทำนายระดับไขมันในเลือด และศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารบริโภคกับปัจจัยทางชีว เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด และความดันโลหิต

ซึ่งพื้นที่ศึกษายังคงอยู่ในเขตเมือง เช่น ในกรุงเทพฯ ที่เป็นทั้งในสถานศึกษาในชุมชน และในคลินิก เช่น แผนกโภชนวิทยาและโภชนบำบัด รพ.จุฬาลงกรณ์

นับจากปี 2545 เป็นต้นมาจนถึง 2547 ประเด็นพฤติกรรมการควบคุมและการลดน้ำหนักในวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ถูกหยิบเป็นประเด็นสำคัญมาทำการศึกษาเป็นจำนวนมาก ได้แก่ การศึกษาความชุก ผลแทรกซ้อน และการบำบัดรักษาโรค อ้วนด้วยยา (ของธีรพันธ์ นาคทองรูป, 2545) เพื่อหาความชุกของโรคอ้วน ค่าใช้จ่ายในการรักษา โรคอ้วนและโรคที่เป็นผลสืบเนื่องและการศึกษาติดตามอันตรายจากการใช้ยาลดความอ้วนที่มีจำหน่ายในประเทศไทย โดย Cross sectional survey กลุ่มตัวอย่างอายุ 18 ปีขึ้นไป 1,598 คน ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมีค่าร้อยละ 14.5 และ 24.5 ตามลำดับ มีความแตกต่างบ้างระหว่างกลุ่มประชากรย่อยในด้านที่เกี่ยวข้องกับ เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนได้ถูกคำนวณโดยใช้โรค 5 โรค ที่มีสาเหตุสืบเนื่องมาจาก

3

แนวคิดทวนเวียน
และการพิจารณาของกบฏ

ความอ้วน (เบาหวานชนิดที่ 2 ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด ชัมพฤษ์อัมพาต และโรคหลอดเลือดหัวใจ) ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 1 ปี ประมาณ 2,890 ล้านบาท การเปรียบเทียบผลของ sibutramine 15 mg. phentermine 15 mg. และยาหลอกต่อระบบประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวและระบบไหลเวียนโลหิตในอาสาสมัครสุขภาพปกติ 20 คนพบว่า phentermine 15 mg. เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และลดเวลาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้มากกว่า sibutramine 15 mg. และยาหลอก ผลในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าความอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

การศึกษาผลของการรับประทานอาหารวันละ 1,000 กิโลแคลอรีต่อภาวะไขมันในโรคอ้วน ของ จิรภา ประคองภักดิ์ ประเมินผลของการรับประทานอาหารวันละ 1,000 กิโลแคลอรีต่อระดับไขมันในพลาสมา ระดับ apoprotein ในซีรัม ความดันโลหิต กรดไขมันในซีรัม ระดับกลูโคสในเลือดและระดับกลูโคสในเลือดภายหลังรับประทานกลูโคส 75 กรัม 2 ชม. และระดับไฟบริโนเจนในพลาสมา โดยการทดลองในคลินิก (Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง ชาย 5 คน หญิง 15 คน อายุ 20 - 65 ปี BMI > 25 กก./ม² ผลการศึกษา 4 สัปดาห์แรก ของการบริโภคอาหาร 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน น้ำหนักลดลงในผู้ชาย 6.08 กก. ประกอบด้วยไขมันในร่างกาย 91.28% และมวลไร้ไขมัน 8.72% ส่วนในผู้หญิงน้ำหนักที่ลดลง 4.38 กก. ประสิทธิภาพของอาหาร 1,000 กิโลแคลอรี พบว่ามีการลดลงของเส้นรอบเอวและความหนาของรอยพับผิวหนังบริเวณ triceps อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างการศึกษาความดันโลหิตระดับ total cholesterol LDL - C, Triglyceride และ Apo B ลดลงแต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับกลูโคส และไฟบริโนเจนในเลือด

โปรแกรมลดน้ำหนักสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนโดยใช้กำหนดการเชิงเส้น กรณีศึกษา กรุงเทพฯ 2547 ของ ปวีณา ปางทิพย์อำไพ โดย Experimental Research เพื่อสร้างโปรแกรมลดน้ำหนักซึ่งได้มาจากคำตอบที่ดีที่สุดของกำหนดการเชิงเส้น โดยใช้โปรแกรม QSB for Win ผลการศึกษา การวิจัยใช้วิธี simplex เพื่อหาคำตอบที่ดีที่สุดที่ได้รายการอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการตามกำหนดครบถ้วนในแต่ละวันมีราคาต่ำ และช่วยในการลดน้ำหนัก แต่โปรแกรมนี้อาจไม่ประสบความสำเร็จถ้าไม่มีการออกกำลังกาย หรือไม่เปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารร่วมด้วย

การศึกษาการให้บริการของสถานบริการลดน้ำหนักในกรุงเทพฯ ของปิยธิดา จุลละปิย ศึกษาในผู้ให้บริการลดน้ำหนัก 60 คน จากคลินิกแพทย์ 12 คน สถานเสริมความงาม 30 คน และศูนย์ออกกำลังกาย 18 คน การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพฯ ของ สมทรง สมควรเหตุ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินและลดน้ำหนักด้วยตัวเอง จำนวน 200 คน (ชาย/หญิง เท่ากัน) อายุ 15 - 59 ปี โดยสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 53.5 ไม่ทราบความหมายของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 50 รับรู้ภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหารร้อยละ 84.5, การไม่ออกกำลังกายร้อยละ 35, ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เสียความงามและบุคลิกภาพร้อยละ 49, ใช้ความสัมพันธ์ของน้ำหนักส่วนสูงเป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 55.5

วิธีการลดน้ำหนักที่กลุ่มตัวอย่างใช้คือ การควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย ร้อยละ 39.5 น้ำหนักลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2-4 กก. ต่อเดือนร้อยละ 59 และไม่พบอาการผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย, เหตุผลในการลดน้ำหนัก ร้อยละ 43 ลดน้ำหนักเพื่อความสวยงามของรูปร่าง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีกำลังใจในการลดน้ำหนักจากตนเอง ศึกษาการรับรู้รูปร่างและพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง ของฉัตรชนก บุญไชย โดยทำ Cross sectional study กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 อายุ 20 - 22 ปี ถ้ามการรับรู้รูปร่าง ที่ตนคิดต่อรูปร่างผอมเพรียว พฤติกรรมลดน้ำหนัก และความรู้ด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนัก

ผลการศึกษา นักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีรูปร่างอ้วน และมีความต้องการลดน้ำหนัก นักศึกษาที่มี BMI ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีรูปร่างดี นักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองจะมีรูปร่างที่สวยงามและสวมใส่เสื้อผ้าได้สวยงามเมื่อมี น้ำหนักน้อยกว่าที่เป็นอยู่

นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับการลดน้ำหนักระดับปานกลาง และมีทัศนคติต่อรูปร่างผอมเพรียว แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้รูปร่าง คนรอบข้างที่มีอิทธิพลทำให้นักศึกษาลดน้ำหนักส่วนใหญ่คือ เพื่อน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้รูปร่าง พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่นักศึกษาส่วนใหญ่นิยมใช้คือ อดอาหารมื้อเย็น ลดปริมาณอาหารหลักเลี้ยงอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผักผลไม้ ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ และควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย และการรับรู้รูปร่างของนักศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง ของน้ำฝน ทองตันไตรย์ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่าง นักเรียน ม. 4 - 6 ในโรงเรียน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่าวัยรุ่นหญิงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนระดับปานกลาง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนระดับปานกลาง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน (ดรุณี ดลรัตนภัทร, 2545) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ ในเขตเทศบาล เมือง จ.เชียงใหม่ 200 ราย โดยการสำรวจ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมในระดับสูง, การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และการรับรู้สมรรถนะในตนเองของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก และศึกษาความพึงพอใจในภาพลักษณ์ และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและยาเพื่อควบคุมน้ำหนักในสตรี วัยรุ่น โดย อนุสรณ์ กันธา กลุ่มตัวอย่าง นักเรียนชั้น ม.4 - 6 อายุ 15 - 17 ปี ในโรงเรียนในเขตเมือง จ.เชียงใหม่ จำนวน 380 คน ผลการศึกษา สตรีวัยรุ่นมีความพึงพอใจในภาพลักษณ์อยู่ในระดับปานกลาง สตรีวัยรุ่นมีการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและ/หรือยาเพื่อควบคุมน้ำหนักร้อยละ 12.4 โดยในกลุ่มผู้ที่ใช้นี้ มีการใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักร้อยละ 72.3 ใช้ยาร่วมกับผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักร้อยละ 17.0 สตรีวัยรุ่นกลุ่มที่ใช้ยาเพื่อควบคุมน้ำหนัก มีความพึงพอใจในภาพลักษณ์น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้ทั้งผลิตภัณฑ์อาหารและยาเพื่อควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนสตรีวัยรุ่นที่ใช้เฉพาะผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก มีความพึงพอใจในภาพลักษณ์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดน้ำหนัก ของวัยรุ่นหญิง (นภมาศ ศรีขวัญ, 2547) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การ ควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นหญิง จำนวน 90 คน ผลการศึกษาวัยรุ่นหญิงโดยเฉลี่ยมีพฤติกรรมการลด น้ำหนักถูกต้องระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 41.10 เท่ากัน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงไทยไม่ได้อ้วนแตลดน้ำหนัก

การศึกษาดูการลดน้ำหนักตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนัก ของ ศิวพร อุดมสิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการลดน้ำหนักที่มารับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนักในกรุงเทพฯ 180 คน ในคลินิกแพทย์ 90 คน สถานเสริมความงาม 30 คน และศูนย์ออกกำลังกาย 60 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา ผู้รับบริการลดน้ำหนักเป็นผู้หญิง ร้อยละ 92.2 มีอายุ 20 - 24 ปี ร้อยละ 28.3 มี BMI อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 64.7 เหตุผลของการลดน้ำหนักส่วนใหญ่มีความต้องการด้านบุคลิกภาพ ร้อยละ 83.3 วิธีการที่ใช้ในการลดน้ำหนักพบว่า คลินิกแพทย์ใช้ยาลดน้ำหนักร้อยละ 43.8 อาหารลดน้ำหนักร้อยละ 5.0 และดูดไขมันร้อยละ 1.1

สรุปภาพรวมการศึกษาทั้งหมดที่ผ่านมาเกี่ยวกับความอ่อน ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ทำการศึกษาทั้งกับเด็กและผู้ปกครอง วัยรุ่นในสถานศึกษา และผู้ใหญ่ในชุมชน ได้พยายามค้นหา "เหตุ และผล" ที่ก่อให้เกิดความอ่อน และ

3

แนวคิดความอ้วน
และการจัดการของประเทศไทย

อธิบายเหตุผลอื่น “อาจเนื่องจาก หรืออาจจะ” ซึ่งผู้วิจัย “คาดว่าจะเป็น” และได้ค้นหาวิธีการแก้ไขเพื่อให้เกิด “มรรค และ ผลลัพธ์” ที่มีประสิทธิภาพบนฐานแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ (วัดค่า BMI, ตรวจเลือด) ภายใต้กรอบการปรับพฤติกรรม ความรู้ การรับรู้ ฯลฯ

แต่ด้วยปรากฏการณ์ “ความอ้วน” ที่ไม่บรรเทาเบาบางลงนานวันยิ่งทวีความรุนแรง จำนวนพลเมืองไทยอ้วนมีเพิ่มมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสูงขึ้นทั้ง โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการรักษาในการแพทย์ที่ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ได้ผลอย่างเด็ดขาด จึงดูเหมือนความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ที่พิสูจน์ทราบได้ วัดได้อย่างตรงไปตรงมา ยังไม่สามารถตอบโจทย์ “ความอ้วน” ได้ ขณะเดียวกันธุรกิจความงาม (ลดอ้วน) ยาลดความอ้วนกลับมีความเฟื่องฟู ทั้งที่มีข่าวการเสียชีวิตจากการลดน้ำหนักของวัยรุ่นและเกิดการปฏิเสธรับคนอ้วนเข้าเป็นนักศึกษาพยาบาล จึงเกิดคำถามว่าเหตุใดสังคมไทย (โดยเฉพาะผู้หญิง) จึงให้ความสำคัญกับความอ้วนและรูปร่าง จนนำไปสู่การลดน้ำหนักและการใช้ยาลดความอ้วนจนเกิดอันตรายเช่นนั้น

การศึกษาสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ เริ่มขึ้น โดยศึกษาปัญหาความอ้วนครั้งแรกเรื่อง ภาพลักษณ์ ขนาด รูปร่างที่คาดหวัง และพฤติกรรมการกินของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหิดล 2544 ด้วย วิธีการศึกษาเชิงปริมาณ ต่อด้วยเรื่อง กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง : วากรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค 2545, ความหมายของความอ้วนกับการใช้ยาของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา 2545, อ้วนอ้วน เป็นอื่น : อธิษฐานว่าด้วย “อ้วน” กับกระบวนการความรู้และการศึกษา 2547, ภาพลักษณ์ร่างกายกับพฤติกรรมกรควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง : กรณีศึกษานักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย 2549 และอำนาจ และกิจกรรม พิถีพิถัน : กระบวนการจัดการร่างกาย 2550

ซึ่งได้ช่วยอธิบายให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ดังกล่าว เมื่อเข้าใจการให้ความหมาย “ความอ้วน” และ “ความงาม” ของวัยรุ่นและวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่มีต่อร่างกายที่ถูกสังคมสร้างขึ้น และเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความอ้วนในมุมมองใหม่ รวมไปถึงการตัดสินใจการจัดการกับความอ้วนของร่างกายได้เพิ่มขึ้น

3. องค์ความรู้เกี่ยวกับความอ้วน

ความอ้วนของร่างกายมนุษย์มีความเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม สถานะความอ้วนเต็มไปด้วยความหมายที่หลากหลายไม่ได้เกิดขึ้นเองโดยบังเอิญ หรือเป็นธรรมชาติสร้างเพียงฝ่ายเดียว แต่มีที่มาที่ไปที่น่าสนใจ และอาจทำให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นว่าเหตุใดความอ้วนจึงเป็นปัญหาหาได้ศึกษาเชิงประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ก. แนวคิดเชิงประวัติศาสตร์ : โรคอ้วน มายาคติรูปร่าง ความงาม อาหารและการบริโภคของคนไทย

1) ประวัติศาสตร์โรคอ้วน

กฤษดา ศิรามพุท (2548) เล่าถึงเรื่องราวในสมัยโบราณว่า ความอ้วนถือเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสมบูรณ์พูนสุข โดยเฉพาะในสตรีเพศที่รูปร่างอวบอ้วน จะถือว่าเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นแม่ที่สมบูรณ์ ดังเช่นในสมัยกลาง หรือสมัยเรเนซองส์ที่ศิลปินจะวาดรูปเทพธิดาหรือเทวีต่างๆ เป็นลักษณะเจ้าเนื้อเห็นไขมันเป็นชั้น ผิดกับในปัจจุบันซึ่งเราเริ่มตระหนักถึงปัญหาต่างๆ จากโรคอ้วน นอกจากทำให้รูปร่างไม่สวยงามแล้ว จะเห็นว่าแนวคิดต่างกันไปจากหน้ามือเป็นหลังมือทีเดียว ดังนั้นในสมัยก่อนงานตีพิมพ์หรือหนังสือเกี่ยวกับความอ้วนมีน้อยมาก เรื่องราว และแนวคิดของคนโบราณเกี่ยวกับความอ้วนในประวัติศาสตร์โลกจึงหาได้ค่อนข้างยาก

พบว่าเริ่มมีหลักฐานที่เป็นขึ้นเป็นอันที่เกี่ยวเนื่องกับความอุดมสมบูรณ์ของร่างกายมนุษย์ครั้งแรกตั้งแต่สมัยยุคก่อนประวัติศาสตร์ เมื่อย้อนเวลาไปประมาณ 20,000 ปีก่อนคริสตกาลนั้นมีการวาดรูปบนผนังถ้ำและบันรูป ลอยตัว เป็นรูปผู้หญิงที่มีรูปร่างอวบอ้วน เต้านมขนาดใหญ่ สะโพกผาย หน้าท้องหนาเด่นออกมา เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์มั่งคั่ง มีการพบรูปปั้นเหล่านี้ตามที่ต่างๆ ทั้งในยุโรปและเอเชีย ส่วนในอียิปต์โบราณมีการพบรูปวาดของหญิงและชายที่มีลักษณะ

รูปร่างอ้วนรวมอยู่กับรูปร่างของความผิดปกติจากโรคอื่นๆ ซึ่งแสดงว่าชาวอียิปต์ก็จัดว่าความอ้วนเป็นโรคเช่นเดียวกัน ในจีนนั้นก็มีบันทึกไว้ตั้งแต่ 3,000 ปีก่อนคริสตกาลในหนังสืออาซูราศาสตร์ โบราณของจีนนั้นได้กล่าวถึงความสัมพันธ์อันเป็นหนึ่งเดียวกันของร่างกายมนุษย์กับโลกนี้ รวมถึงการป้องกันไม่ให้โรคต่างๆ เพื่อนำไปสู่การมีอายุยืนนาน หลักการนี้ต่อมาได้ผสมกับความเชื่อของลัทธิเต๋าซึ่งเน้นการกินอยู่เรียบง่าย การออกกำลังกายจึงถือเป็นรากฐานของวัฒนธรรมจีนมาจนถึงทุกวันนี้ ส่วนในศตวรรษที่ 17 ได้มีบันทึกของจีน กล่าวถึงโรคอ้วนและวิธีการรักษาโรคอ้วนโดยใช้ดอกถั่วหรือขนและหนังของสุนัขป่า

ช่วงสมัยกรีกและโรมันเรื่องอำนาจ ตำราแพทย์ซึ่งเขียนโดยฮิปโปเครติสบิดาแห่งการแพทย์ได้กล่าวไว้เมื่อ 500 ปีก่อนคริสตกาลว่า "การตายอย่างปัจจุบันทันด่วนมักพบบ่อยในผู้ที่มีรูปร่างอ้วนมากกว่าคนผอม"

ในประเทศอังกฤษ ศตวรรษที่ 14 กวีเอกชอเซอร์ ได้เขียนวิธีรักษาสิ่งที่เรียกว่า "โรคตะกะละ" โดยการห้ามใจงดเว้นการรับประทานอาหาร ซึ่งถือว่าเป็นหนึ่งในหลักการลดความอ้วนที่มีประสิทธิภาพจนถึงทุกวันนี้ ต่อมาในสมัยเรอเนซองส์ราวศตวรรษที่ 16 - 17 ถือว่าเป็นช่วงการปฏิวัติโภชนาการอย่างมากในยุโรปเนื่องจากมีการนำเข้าอาหารและเครื่องเทศมากมายจากดินแดนอาณานิคมต่างๆ เช่น เครื่องเทศจากเอเชียหรือข้าวโพดและมันฝรั่งจากอเมริกาได้รวมถึงวัฒนธรรมของเครื่องดื่มของชาวยุโรปได้มีสิ่งใหม่เข้ามา คือ ชา กาแฟและช็อกโกแลต ซึ่งอาหารเหล่านี้ล้วนแต่มีแคลอรีสูงเมื่อเทียบกับอาหารประจำวันเดิมพวกข้าวสาลีและธัญพืช ดังนั้นช่วงนี้จึงเริ่มมีบันทึกเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการกินมากขึ้น อย่างไรก็ตามการกล่าวถึงโรคอ้วนอย่างจริงจังตามหลักวิชาการก็ยังไม่พบบeginning ในศตวรรษที่ 18 จึงมีผู้ตั้งทฤษฎีสาเหตุของความอ้วนว่าเกิดจากเหตุดังนี้ คือ เกิดจากอุณหภูมิในร่างกายของแต่ละบุคคล ส่วนประกอบที่เป็นแป้งและน้ำตาลในอาหารที่มากเกินไปจนถึงการออกกำลังกายน้อยเมื่อเทียบกับอาหารที่ดื่มกินเข้าไป

ในปี ค.ศ. 1863 วิลเลียม แบนดิงได้ตีพิมพ์หนังสือที่โด่งดังมากเกี่ยวกับอาหารที่ช่วยควบคุมน้ำหนัก และได้มีการพิมพ์ซ้ำหลายครั้ง จำหน่ายทั่วโลก ทำให้ชื่อของผู้เขียนได้รับการเรียกแทนวิธีควบคุมน้ำหนักด้วยอาหารว่า "วิธีของแบนดิง" จากนั้นเริ่มเข้าสู่ยุควิคตอเรียที่ผู้คนนิยมที่จะมีรูปร่างผอมสะอิดสะเอ้งโดยเฉพาะสุภาพสตรีถ้ายังมี เอวเล็กเท่าใดก็ยิ่งสวย ซึ่งต้องใส่คอร์เซ็ท (corset) รัดเอวซึ่งมีลักษณะเหมือนกับสเคียในปัจจุบัน จากนั้นเป็นต้นมาค่านิยมในรูปร่างผอมก็แพร่หลายจากยุโรปไปทั่วโลก⁹

สำหรับสังคมไทยในสมัยก่อน การให้ความหมายและทัศนคติที่มีต่อความอ้วนของสังคมไทยก็คงไม่แตกต่างหรือแยกเด็ดขาดจากส่วนอื่นๆ ของโลก หรืออาจกล่าวได้ว่าสังคมไทยก็เป็นเหมือนส่วนย่อยเล็กๆ ที่มีความเชื่อมโยงผูกพันกับระบบสังคมใหญ่ระดับโลก เพราะในอดีตนั้นคนไทยก็มีมุมมองต่อความอ้วนในลักษณะเดียวกัน คือภาพคนอ้วนของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ในสังคมไทยที่ได้รับค่านิยมมาจากวัฒนธรรมจีน จะถูกให้ความหมายในเชิงบวกจากคนรอบข้างว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า เป็นสัญลักษณ์ของความร่ำรวยอิมมอร์ตาลิตี้ เป็นเสวย และเจ้าแค้นเนี่ย ถ้าเป็นเด็กอ้วนดูจะเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์และมีพละนาถัย มองดูน่ารัก ใครๆ ก็ชื่นชมกับความอ้วนของเด็ก นอกจากนั้นคนส่วนมากมักมีความเชื่อคิดว่าเด็กอ้วน คือเด็กที่แข็งแรง (อารี วลัยเสวี, 2530)¹⁰

⁹ กฤษดา ศิรามพุท. ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากโรคอ้วน. กรุงเทพฯ : โคสโมส, 2548.

¹⁰ อ้วนในเทววิทยา. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

2) บริบททางประวัติศาสตร์ เกี่ยวกับมายาคติรูปร่างของคนไทย

ตำนานเกี่ยวกับความงามของรูปร่างคนไทย มีมาตั้งแต่สมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราชเมื่อ พ.ศ. 2230 โดย ซีมอง เดอ ลา ลูแบร์ (Simon de La Loubere) ซึ่งเป็นราชทูตฝรั่งเศสพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 ได้ทรงส่งเข้ามา เพื่อเจริญทางพระราชไมตรีกับไทย ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับประเทศไทยไว้ และส่วนหนึ่งได้พูดถึงลักษณะรูปร่างของคนไทยที่มีความงามไว้ดังนี้ (ลา ลูแบร์, 2510:121 แปลโดย สันต์ ท. โกมลบุตร)

“ชาวสยามนั้นค่อนข้างย่อมมากกว่าจะใหญ่โต แต่รูปร่างของเขาก็ได้สัดส่วนดี ถึงแม้พันวียสาวรุ่นแล้ว แต่รูปทรงร่างกายนั้นยังกะทัดรัดดีอยู่”

จากการวิเคราะห์วรรณกรรมดังกล่าว จะเห็นได้ว่าค่านิยมของผู้หญิงไทยในสมัยนั้นนิยมที่จะมีรูปร่างได้สัดส่วนไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป ถึงแม้ว่าอายุจะมากขึ้นเท่าใดก็ตามหญิงไทยก็ยังคงรักษารูปร่างไว้ให้ดูดีอยู่เสมอในเอกสารของจอห์น ครอว์ฟอร์ด (John Crawford) ซึ่งเป็นทูตชาวอังกฤษที่เข้ามาเจริญทางพระราชไมตรี และติดต่อขอเข้าทำการค้ากับไทย โดยเดินทางเข้ามาเมืองไทยในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธเลิศหล้านภาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2364 ท่านได้เขียนบันทึกเล่มหนึ่งเกี่ยวกับเรื่องราวของประเทศไทยที่ได้พบเห็น โดยมีข้อความตอนหนึ่งที่กล่าวไว้ เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของคนไทย ซึ่งสอดคล้องกับลา ลูแบร์ ไว้ดังนี้ (วริยา ศิวะศรียานนท์ และทวีวัฒน์ ปุณทริก วิวัฒน์, 2522:16 อ้างใน ศิริบริงกษ ดาวดวง, 2545)

จากบันทึกที่ได้กล่าวไว้ทำให้ได้ทราบถึงรูปร่างลักษณะของคนไทยในสายตาของชาวตะวันตกที่มีต่อคนไทย เพราะเป็นสิ่งที่ชาวตะวันตกได้เห็นก่อนสิ่งอื่น และสามารถสะท้อนให้เห็นภาพของคนไทยในสมัยนั้น ออกมาให้คนรุ่นหลังได้รับรู้ แต่สำหรับคนไทยเองก็ได้เขียนชื่นชมความงามของรูปร่างหญิงไทยไว้ในบทกวีนิพนธ์ และวรรณกรรมหลายเรื่อง ดังเช่น

ในหนังสือไตรภูมิพระร่วง ซึ่งเป็นพระราชนิพนธ์ของพระมหากษัตริย์ราชธานี ซึ่งได้ทรงพระราชนิพนธ์ขึ้นเมื่อประมาณ พ.ศ. 1888 ได้กล่าวถึงความงามของกุลสตรีในอุดมคติสมัยกรุงสุโขทัย ในหน้า 86 - 87, 136 - 137 ดังนี้ (สภาสตรีแห่งชาติ, 2518:8, อ้างในศิริบริงกษ ดาวดวง, 2545)

“อันมีฝูงผู้หญิงอันอยู่ในแผ่นดินนั้นงามทุกคน รูปทรงเขานั้นบมิต่ำ บมิสูงบมิพื้บมิผอม บมิขาวบมิดำ สีสมนุรณงามดังทองอันสูงเหลือเงา เป็นที่พอใจฝูงชายทุกคนแล”

ข้อความที่กล่าวมานี้ อาจเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่า หญิงไทยในสมัยนั้นจะต้องเป็นผู้ที่รักสวยรักงาม และดูแล รูปร่างตนเองให้ดูดีอยู่เสมอ ไม่อ้วนและผอมจนเกินไป และปลูกแต่งร่างกายให้เป็นที่พอใจอยู่ตลอดเวลาและชายใน สมัยนั้นก็มองหญิงด้วยความชื่นชมยกย่อง

จากพระราชนิพนธ์ของพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลก เรื่องรามเกียรติ์ ตอนหนุมานเห็น นางบุษมาลี มีดังนี้ (รามเกียรติ์, 2507 :110 อ้างในศิริบริงกษ ดาวดวง, 2545)

“เห็นนางทรงลักษณะวิไลวรรณ

พักตร์ผ่องดังดวงศศิธร

ขนงก่งค้อมดั่งवाद

นัยเนตรเพียงเนตรมฤดี

ลำคอตั้งคอรราชหงส์

สองกรตั้งงวงเอราวัน

ผิวพรรณเพียงเทพอัปสร

แน่น้อยอรชรทั้งอินทรี

โอษฐ์เอี่ยมดั่งชาติเฉลิมศรี

ปรางเปรียบมณีพรางพรรณ

เอาจดั่งกนิวีศวรค์

ดวงถนัดดั่งดวงปทุมทอง

ในบทหนึ่งของรามเกียรติ์ ซึ่งกล่าวถึงลักษณะของนางสีดา ว่า

“อรชรอันอันทั้งอินทรี

มีศิริวิลาสประหลาดนัก

งามล้ำนารีในไตรจักร

ผิวพักตร์ผ่องเพียงจันทร์

ในภาพยนตร์โคลงนิราศธารโศก

"เขวอร์ช่อนทวย สะอาดสวยรวยรูปจริง นื่องอ่ากว่าฝูงหญิง งามแต่เจ้าเล่าฤาโฉม
เขวอร์ช่อนพี่หย่อม แอบอิง
สมสลดสวยรวยจริงจึงเล่า
นื่องอ่ากว่าฝูงหญิง ในโลก
รูปร่างงามแต่เจ้า เลื่องหล้าฤาโฉม
(หน้า 54)

3) ประวัติศาสตร์เกี่ยวกับความงาม

ค่านิยมของความงามในเรือนร่างมิเคยได้เลือนหายไป ยังคงไว้ซึ่งคุณค่าของความงาม จนมิผู้เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ได้จัดการประกวดความงามของผู้หญิง โดยที่รูปร่างสมส่วนก็ยังเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาที่สำคัญ ในประวัติศาสตร์ของการประกวดนางงามเริ่มต้นเป็นครั้งแรกในโลกเมื่อ 1184 ก่อนคริสต์ศักราช เมื่อเจ้าชายปารีสมอบแอปเปิลทองคำให้แก่เทพธิดาวิโนส ผู้ได้รับการตัดสินให้เป็นสตรีที่งามที่สุดในโลก (ชลธิชา พันธุ์พานิช, 2537: 27, 96) ต่อมามีการประกวดนางงามขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2359 (ค.ศ. 1816) ที่ประเทศเบลเยียม จนมาถึงการประกวดนางงามในประเทศไทยในเวลาต่อมา (ศิริบงกช ดาวดวง, 2545)

“สำหรับผู้หญิง ความงามต้องมาก่อนเสมอ”¹¹ คำกล่าวนี้ดูจะเป็นที่ยอมรับและรู้สึกกันว่า “เป็นธรรมชาติ” ของผู้หญิงที่ต้องรักษารูปร่าง ในขณะที่ไม่ใช่ “ธรรมชาติของผู้ชาย” สังคมไทยมีคำพูดที่ชินหู คือ ผู้หญิงมีรูปเป็นทรัพย์ ซึ่งมาจากโคลงโลกนิติบทที่ว่า

“เปนชายความรู้อยู่ เปนทรัพย์ ตกประเทศบมีผู้นับ อานอ้าง สตรีรูปงามสรรพ เปนทรัพย์ ตนน่า แมตักยากไว้ร้าง ห่อนไร้สามี”

ถ้าพิจารณาจากนางในวรรณคดี ที่กล่าวมา ก็พบว่ามีความงามเป็นเลิศทั้งสิ้น (ยกเว้นนางประต๊ะจากเรื่อง ระเบิดนัลด) ถ้าไม่งามโดยกำเนิดก็ถูกทำให้งาม และด้วยความงามนี้ทำให้ชายผู้สูงศักดิ์มาลุ่มหลง ถ้าไม่สวยแม้เก่งเพียงใดก็ไม่มีประโยชน์ เช่น ในเรื่องอรุณ เจ้าหญิงจิตราไม่คอยสวยแต่มีความสามารถในการรบ เกิดหลงรักพระอรุณ แต่พระอรุณไม่สนใจ เจ้าหญิงจิตราจึงต้องขอให้เทพช่วยแปลงโฉมตนจนงาม พระอรุณจึงมาหลงรัก เช่นเดียวกับเรื่องแก้วหน้าม้า ซึ่งไม่สวยเช่นกันแต่มีความสามารถพิเศษในการรู้ล่วงหน้าเหตุการณ์ต่างๆ เช่นเมื่อไรจะมีภัยพิบัติ เป็นต้น แต่พระปิ่นทองไม่รัก ต้องร่อนถึงเทพ ซึ่งส่วนใหญ่คือพระอินทร์มาช่วยถอดหน้าม้าออก จึงได้สมรัก

ผู้หญิงถูกคาดหวังให้ต้องงดงามผ่านทางวรรณกรรมต่างๆ โดยเฉพาะในสตรีผู้สูงศักดิ์ ความงามต้องคู่กับหญิงผู้สูงศักดิ์ จำนวนภรรยาเป็นตัวบ่งบอกถึงฐานะและบารมีของผู้ชาย ความงามของภรรยาก็จัดว่าเป็นส่วนประกอบของบารมี จากไตรภูมิพิภพ (อ้างใน สุพัตรา หน้า 42)¹² นางงามถือเป็นหนึ่งในองค์ประกอบเจ็ดประการที่ช่วยเสริมบารมีฐานะความเป็นเกียรติยศ ในขณะที่มีความงามสำหรับหญิงสามัญชนไม่ได้ถูกกล่าวถึง และในความเป็นจริงคงไม่มีความสำคัญนัก

ปทุมกันของหญิงชาวสยามมิแต่งตั้งอยู่ได้เมื่อพ้นวัยสาวรุ่นแล้ว และยานย่อย ลงมาเกือบถึงท้องน้อยใน เวลาไม่ช้านาน...[แต่]มิได้เป็นที่รำคาญตาสามีของนางแต่ประการใด....พวกผู้หญิงชาวสยามมิใช้ขาดทาปาก ทาแก้ม หรือแต้มผิวนวล (ลาลูแบร์ หน้า 121-122)¹³

นี่คือหญิงในชนบทเมื่อประมาณ 50 - 60 ปีก่อน จะมีผ้าชิ้นที่ทอเป็นพิเศษเพื่อใช้ใส่ไปวัดในงานบุญเพียงตัวเดียว เมื่อใส่ในวันนั้นแล้วต้องรีบเก็บไว้ใช้ในครั้งต่อไป (วารุณีและเบญญา)¹⁴ ซึ่งการต้องดูดีเป็นพิเศษในการไปงาน บุญคงเป็นจริงทั้งหญิงและชาย จากภาพถ่ายเก่าๆ จะพบว่าผู้หญิงไทยโดยทั่วๆ ไป ไม่ได้ให้ความสำคัญกับความสวยความงามมากนัก

การรับรู้และคาดหวังว่าความงามควรเป็นคุณสมบัติที่สำคัญของผู้หญิงทุกคนถูกทำให้ปรากฏในสมัย จอมพล ป. พิบูลสงคราม ผู้หญิงทุกคนกลายเป็น “ดอกไม้ของชาติ” และผู้หญิงถูกบอกให้ต้องรู้จักแต่งกายให้สวยงาม ทันสมัยอยู่เสมอ จอมพล ป. พิบูลสงคราม ดำเนินนโยบายในการสร้างชาติ และกำหนดนโยบายว่าผู้หญิงควรจะ ปฏิบัติตัวอย่างไร นโยบายของจอมพล ป. ได้สร้างความคาดหวังต่อ “ความเป็นผู้หญิงไทย” ขึ้นใหม่ นอกจากเป็น “ดอกไม้ของชาติ” แล้ว “เมีย (ยัง) เปนเพศที่อ่อนแอ” ผู้หญิงเป็นเพศที่อ่อนหวาน “หญิงไทย 9 ล้านคนนี่เปนเพศ อ่อนหวานน่าถนอมไว้มากกว่าจะใช้แบกหามหรือทำสิ่งหนัก” (จอมพล ป. อ้างในนันทิรา, หน้า 71)¹⁵

¹¹ <http://www.midnightuniv.org/finartcmu2001/newpage17.htm>

¹² อ้างใน <http://www.midnightuniv.org/finartcmu2001/newpage17.htm>

¹³ อ้างใน <http://www.midnightuniv.org/finartcmu2001/newpage17.htm>

¹⁴ แหล่งเดิม

¹⁵ แหล่งเดิม

การประกวดนางงาม (นางสาวสยาม) ถูกจัดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2477 ในงานวันฉลองรัฐธรรมนูญโดย กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้จัด และใช้เวทีประกวดเพื่อสนับสนุนนโยบายบริหารงานของรัฐ การประกวดนี้ถือเป็นนโยบายของรัฐและได้พยายามจัดให้มีการประกวดในทุกจังหวัด การจัดให้มีการประกวดในระยะแรกเป็นไปอย่างไม่ค่อยราบรื่นเพราะไม่ค่อยมีผู้หญิงเข้ามาร่วมประกวดมากนัก สะท้อนให้เห็นจากคำกล่าวของพระยาสุนทรพิพิธ ประธานจัดประกวดนางสาวไทย 2479 (อ้างในสุพัตรา 2531 หน้า 260)¹⁶ ที่ว่า

การประกวดนางงามในประเทศเรา...ได้เริ่มมาแล้ว 2 ปีมาเป็นที่ยินดีอยู่ว่า กิจกรรมเรื่องนี้ได้แพร่หลายไปตามหัวเมืองชนบทเกือบทั่วถึงแล้ว [แต่] ความรู้สึกที่ว่ากิจกรรมนี้เป็นเกียรติยศของชาติและเป็นประเพณีอันมีมาแต่โบราณนั้นยังมิได้คิดเห็นกันโดยทั่วถึง จึงบางท่านก็ยังไม่มีความละเอียดอยู่ และบางท่านก็เห็นเป็นการเสื่อมเสียเกียรติยศ จึงยังมิได้มีการร่วมมือโดยพร้อมเพรียง

กระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายไม่ส่งเสริมให้ครูหรือนักเรียนเข้าประกวดนางสาวไทย การประกวดในช่วงแรกหยุดไปในปี 2497 และได้กลับมาจัดขึ้นอีกครั้งในช่วงปี 2507 - 2515 พร้อมกับการเฟื่องฟูของเศรษฐกิจ ทุนนิยมและการเติบโตอย่างสูงของธุรกิจการท่องเที่ยวในประเทศไทย การประกวดนางสาวไทยมีขึ้นในครั้งหลังนี้เพื่อหาสาวงามไปประกวดที่ต่างประเทศ มีจุดมุ่งหมายเพื่อประชาสัมพันธ์ประเทศไทยดึงดูดนักท่องเที่ยว และในช่วงนั้นก็เป็ยุคเฟื่องฟูของกิจกรรมด้านบันเทิงและความงาม (สุพัตรา, 2531)¹⁷ และสืบทอดมาถึงปัจจุบันนี้

ความงามของผู้หญิงกลายเป็นเครื่องมือนำมาซึ่งรายได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ ความงามของผู้หญิงขายได้ในสังคมทุนนิยม ในขณะที่เดียวกันการสร้างความงามให้กับผู้หญิงก็กลายเป็นธุรกิจจำนวมนมหาศาลเช่นกัน ดังนั้น "สำหรับผู้หญิง ความงามต้องมาก่อน" ดูจะเป็นวาทกรรมแห่งยุคทุนนิยมโดยแท้

4) อดีตสู่ปัจจุบัน...ประวัติศาสตร์อาหาร และการบริโภคอาหารของคนไทย

จากการศึกษาเรื่องอาหารการกิน หรือการบริโภคในสังคมต่างๆ ทั่วโลกนั้น นักสังคมศาสตร์ นักมานุษยวิทยาและนักประวัติศาสตร์ต่างก็ยอมรับกันว่าเป็นเรื่องวัฒนธรรมของมนุษย์โดยแท้¹⁸ และได้เปลี่ยนแปลงมาโดยตลอดในประวัติศาสตร์ของสังคมมนุษย์ การบริโภคหาใช่เป็นการเติมเอาสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างเดียว ดังในมุมมองของการแพทย์ไม่และพบว่าวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของคนไทยที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมด้วย

ความสำคัญของอาหาร¹⁹ อาหารไม่ได้หมายถึงกินเข้าไปเพื่ออร่อยลิ้น หรือสิ่งที่เรากินเข้าไปแล้วไม่ตาย อาหารมีความหมายมากกว่านั้น ดังคำกล่าวที่ว่า "อาหารคือชีวิต" แม้กระทั่งฮิปปોકเรติส บิดาแห่งการแพทย์ตะวันตก เองก็ได้สร้างคำว่า "อาหาร" ขึ้นใหม่ว่า "diaita หมายถึงวิถีของชีวิต" หรือแม้แต่ในตำรานิกรายเซนของญี่ปุ่นก็ยังถือว่า "การกินเป็นศิลปะสูงสุดของชีวิต"

อาหารเป็นสิ่งสำคัญที่สุดสำหรับสุขภาพ ทุกอย่างที่เรากินเข้าไปล้วนส่งผลต่อร่างกายทั้งสิ้น การเลือกกินอย่างเหมาะสมจึงเป็นหน้าที่สูงสุดอย่างหนึ่งที่มนุษย์ควรกระทำ การกินตามใจปากมีผลกระทบมากกว่าความอ้วนหรือผอม อาหารมีผลต่อสุขภาพของเราโดยตรงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว สุขภาพกายและจิตจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับวิธีการกินเป็นสำคัญ เรากินอาหารเพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต เพื่อให้ร่างกายมีวัตถุดิบสำหรับสร้างเสริมฟื้นฟูตนเอง อาหารจึงมีมากกว่าความอร่อย

¹⁶ แหล่งเดิม

¹⁷ อ้างใน htm <http://www.midnightuniv.org/lineartcmu2001/newpage17.htm>

¹⁸ Mintz, Sidney W., Sweetness and Power: A Place of Sugar in Modern History, New York: Penguin Book, 1986, p 4.; Warde, Alan, Consumption, Food and Taste . London: Sage, 1997.; Pasi Falk. The Consuming Body. London: Sage, 1994.

¹⁹ ศรีสุตา ชมพันธ์ และคณะ. ธรรมชาติบำบัด : ศิลปะการเยียวยาร่างกายและจิตใจเพื่อสมดุลของชีวิต. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา. 2547

กล่าวได้ว่าอาหารและโภชนาการที่ดีจะเป็นรากฐานของชีวิต และเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ความต้องการอาหารโภชนาการจึงมีความสำคัญอันดับแรกในวงชีวิตของคนทุกคน ร่างกายจะเจริญเติบโตสุขภาพอนามัยแข็งแรงสมบูรณ์ เมื่อได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน ปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ปรากฏการณ์การปนเปื้อนเชื้อปนของสาร สารปลอมปนหรือพิษในอาหาร ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “กินอย่างไรได้อย่างนั้น (you are what you eat) หรือตัวเราที่เป็นอยู่ เป็นไปตามอาหารที่เรากิน อาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพตลอดช่วงอายุขัยของมนุษย์ ลักษณะ ของความสัมพันธ์จะเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงชีวิต²⁰

นอกจากอาหารกับสุขภาพแล้ว อาหารยังจัดว่าเป็นเรื่องใหญ่มากสำหรับการดำรงชีวิตสังคมของมนุษย์ชาติ ซึ่งเราจะพบว่าเรื่องอาหารได้กลายเป็นปัญหาในหลายส่วนของโลก ในหลาย 10 ปีที่ผ่านมา พิจารณาจากการปรากฏในสื่อและรายงานประจำปีที่มีการตีพิมพ์ หนังสือคู่มือการทำอาหาร และใกล้เคียงกับภัยพิบัติจำนวนมาก ตลอดจนอยู่ในวงสนทนาในกลุ่มเพื่อนแทบจะเป็นหัวข้อแรกของการสนทนาก็ว่าได้²¹ จนเป็นประเด็นที่ถูกหยิบยกมาศึกษาวิจัยทางมานุษยวิทยา เกี่ยวกับประวัติศาสตร์อันยาวนานเรื่องอาหารและการกิน ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 19

จากประวัติศาสตร์มนุษย์ดำรงชีพได้ด้วยพลังงานจากอาหาร วิถีชีวิตจึงล้วนดำเนินไป เพื่อการหาอาหารบริโภค เรียกว่า “การทำมาหากิน” เมื่อวันเวลาผ่านไป แนววิถีชีวิตได้ถูกสั่งสมก่อเกิดเป็นอารยธรรมนานา “อาหาร” ก็ยังคงเป็นกระแสหลักแห่งเหตุและผลในเนื้อหาทุกอารยธรรม รวมถึงวัฒนธรรม นอกจากประเพณี พิธีกรรม ความเชื่อที่เกิดขึ้นเพื่อผลแห่งความอุดมสมบูรณ์ของธัญญาหารแล้ว องค์ความรู้ในการผลิต และปรุงแต่งอาหารก็นับเป็นหนึ่งในรูปธรรมของวัฒนธรรมที่บรรพบุรุษได้สังเกต ทดลอง คัดสรร สิ่งที่เหมาะสมที่สุดต่อชีวิต และสภาพแวดล้อม ถ่ายทอดเป็นภูมิปัญญา ส่งต่อถึงลูกหลานมาหลายชั่วอายุ²² การกินจึงเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมโดยตรง เพราะมนุษย์ย่อมคิดค้นวิธีการกินต่างๆ กันไปเพื่อให้ “กินดี กินอร่อย” ซึ่งมนุษย์แต่ละกลุ่มต่างก็มีวัฒนธรรม การกินที่แตกต่างกันออกไป เช่น คนไทยเราอยู่กับวัฒนธรรมข้าว เราจะกินข้าวเป็นอาหารหลัก ฝรั่งเศสส่วนมากมีวัฒนธรรมขนมปังก็ประดิษฐ์คิดค้นขนมปังหลากหลายรูปแบบต่างๆ กันไปเพื่อเป็นอาหารหลัก เป็นต้น

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของคนไทยจากข้อความในศิลาจารึกของพ่อขุนรามคำแหงมหาราชที่ระบุว่าข้าวและปลาเป็นอาหารหลักของคนไทยในอดีต ประเทศไทยได้รับสมญาว่าเป็นอู่ข้าวอู่น้ำ จึงถือได้ว่าประเทศไทย อุดมสมบูรณ์ด้วยอาหารหลากหลายชนิด โดยเฉพาะพืชผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์โดยเฉพาะปลาและสัตว์น้ำอื่นๆ อาหารไทยเป็นอาหารที่ประกอบด้วยเครื่องเทศ สมุนไพรที่แตกต่างจากอาหารประจำชาติของประเทศในแถบเอเชียด้วยกัน เนื่องจากเครื่องเทศของไทยส่วนใหญ่เป็นเครื่องเทศสดมากกว่าเครื่องเทศแห้ง และยังใช้พืชชนิดต่างๆ มาช่วยแต่งกลิ่นและรสชาติของอาหาร คนไทยในอดีตนิยมบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ อาหารไทยดั้งเดิมมีไขมันต่ำ และการประกอบอาหารส่วนใหญ่ใช้วิธีต้ม ต้ม ย่าง อาหารประเภทผัดได้รับอิทธิพลมาจากประเทศจีน คนไทยไม่นิยมบริโภคเนื้อชิ้นใหญ่ มักนิยมหันเนื้อสัตว์เป็นชิ้นพอคำในการประกอบอาหารจานต่างๆ จึงลดโอกาสการได้รับโปรตีน จากเนื้อสัตว์เกินความต้องการและช่วยลดโอกาสการได้รับไขมันจากสัตว์มากเกินไป คนไทยกินอาหารเป็นสำหรับ²³

²⁰ กฤตกรณ์ ประทุม, เอกสารสอนวิชาโภชนาการสาธารณสุขเบื้องต้น, ภาควิชาสุขศึกษา, คณะพลศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2547

²¹ Mintz Sidney W. and Du Bois Christine M. The Anthropology of Food and Eating.

²² html <http://www.nectec.or.th/courseware/siamculture/foods/food-culture.html>

²³ วงสาวท โกศลวัฒน์, สถานการณ์ของปัญหาโรคติดต่อในประเทศกำลังพัฒนา, เอกสารการประชุมวิชาการโภชนาการ 44 เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโอกาสครบรอบ 25 ปีแห่งการก่อตั้งสถาบันวิจัยโภชนาการ 21-23 มกราคม 2545, สถาบันวิจัยโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545

ยศ สันตสมบัติ (2537)²⁴ อาหารไทยท้องถิ่นหรืออาหารไทยดั้งเดิมนั้น จะไม่ใช้น้ำมันสัตว์ใหญ่มารับประทาน แต่คนไทยมักกินปลา หรือสัตว์เล็กๆ เช่น หอย ปู กุ้ง แมลงต่างๆ และพืชผักเป็นส่วนใหญ่ จึงปรากฏถ้อยคำในศิลาจารึกสมัยสุโขทัยว่า “ในน้ำมีปลาในนามีข้าว” เรามักใช้สัตว์ใหญ่ประกอบอาหารเวลาในงานพิธีกรรม สำคัญเท่านั้นเพราะต้องเลี้ยงแขกหรือมากรๆ และแสดงโอกาสพิเศษจนเกิดคำพูดว่า “ล้มวัว ล้มควาย ล้มหมู”

จดหมายเหตุของเดอ ลาลูแบร์ ราชทูตฝรั่งเศสที่เข้ามาเจริญพระราชไมตรีสมัยกรุงศรีอยุธยา ได้บันทึกวิถีชีวิตคนไทยไว้อย่างน่าสนใจคือ “สำหรับกับข้าวของชาวสยามนั้น ไม่สู้จะพุ่มเฟิยเฟุ้ง ที่พวกเขาบริโภคอาหารกันน้อย ในฤดูร้อนกว่าฤดูหนาวนั้น ชาวสยามยังบริโภคน้อยกว่าพวกเราลงไปเสียอีก เนื่องด้วยมีฤดูร้อนติดต่อกันอยู่ตลอดกาลนั่นเอง อาหารหลักของเขาคือ ข้าวกับปลา ท้องทะเลได้ให้หอยนางรมเล็กๆ มีรสชาติดีมาก แล้วก็เต้าหูนาคอย่อม เนื้อสัตว์ กุ้งทุกขนาด และปลาเนื้อดีอีกเป็นอันมาก ซึ่งพวกเราไม่ทราบว่าเป็นพันธุ์ไร แม่น้ำลำคลองก็อุดมสมบูรณ์ไปด้วยปลา ส่วนใหญ่เป็นปลาไหลตัวงามๆ แต่ชาวสยามไม่ใช้นิยมบริโภคปลาสดกันนัก” (สันต์ ท. โกมลบุตร (แปล), 2510:157)

จึงเป็นที่น่าสังเกตว่า อาหารไทยในทุกท้องถิ่นจะมีสัตว์เล็กกับพืชผักพื้นบ้านเป็นส่วนประกอบสำคัญ ผักพื้นบ้านเหล่านี้ มักเติบโตตามธรรมชาติ เช่น ผักหวาน ใบแต้ว ลูกเนียง ใบย่านาง ฯลฯ กิจกรรมของชาวบ้านคือ เช้าๆ เมื่อออกไปปฏิบัติกิจวัตรตามทุ่งก็มักเก็บผักตบถกลับมาปรุงอาหาร นอกจากนี้ในบริเวณบ้านก็มักปลูกพืชสวนครัว เช่น พริก มะเขือ กะเพรา โหระพา สะระแหน่ ฯลฯ ซึ่งพืชผักเหล่านี้มีประโยชน์ต่อร่างกายโดยตรง และไม่ต้องกังวลสารตกค้าง เนื่องจากพืชผักสมุนไพรเหล่านี้จะมีตัวยาอยู่ในตัวที่สามารถป้องกันศัตรู พืชโดยวิถีธรรมชาติและกระบวนการบริโภคผักมากๆ ทำให้ร่างกายได้รับเยื่ออาหารซึ่งทำให้ลำไส้ทำงานได้สะดวก เป็นการระบายท้องไปในตัว คนทางภาคอีสานมีคำผญาเกี่ยวกับเรื่องนี้ คือ

“ปकिनผัก ปมีเยื่อท้อง ปเอาที่เอน้อง เสียหน่อเสียแนว” หมายถึง ถ้าไม่กินผักก็จะมีแก๊สในท้อง ถ้า ไม่เอาญาติพี่น้องก็จะสูญพันธุ์ เสียเชื้อวงศ์ไป

เช่นเดียวกับงานของเสมียนทิพย์ ศิริจารุกุล (2548)²⁵ ได้ระบุว่ากระบวนการบริโภคอาหารของคนไทยเดิมนั้นจากบันทึกของชาวต่างชาติที่เข้ามาในสมัยอยุธยาส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า คนไทยรับประทานอาหารอย่างอดออมอาหารส่วนใหญ่เป็นข้าวกับปลาเป็นหลัก เช่น นิโคลัส แรแวล ชาวฝรั่งเศสผู้อยู่ในคณะทูตของพระเจ้าหลุยส์ที่ 14 แห่งฝรั่งเศสที่เข้ามาเจริญทางพระราชไมตรีในสมัยพระนารายณ์มหาราชและได้พำนักในกรุงศรีอยุธยาเป็นเวลา 4 ปี กล่าวไว้ว่า

“ไม่มีชนชาติใดที่จะบริโภคอาหารอดออมเท่าคนสยาม สามัญชนดื่มแต่น้ำเท่านั้น แล้วก็กินข้าวหุง ผลไม้ ปลาแห้งบ้างเพียงเล็กน้อย แล้วยังกินไม่ค่อยอิ่มท้องเสียด้วย ชนชั้นสูงก็ได้บริโภคดีไปกว่านี้ ทั้งที่สามารถจะซื้อหาตามบริโภคได้ตามปรารถนา ด้วยว่าในประเทศก็มีสัตว์ให้เนื้อมากล่าได้ตลอดเวลาและทุกสถานที่ ที่ห้ามก็เฉพาะภายในบริเวณกำแพงเมืองกับในบริเวณวัดวาอารามเท่านั้น”²⁶

นอกจากชาวต่างชาติที่เป็นชาวตะวันตกแล้ว อาลักษณ์ (ผู้ทำหน้าที่เสมียนจดบันทึกเหตุการณ์และเรื่องราวต่างๆ) ที่เดินทางมากับราชทูตจากเปอร์เซีย (อิหร่าน) ในสมัยสมเด็จพระนารายณ์มหาราช ได้บันทึกเรื่องอาหารการกินของชาวกรุงศรีอยุธยาไว้ว่า “ชาวสยามกินข้าวเป็นอาหารหลัก ไม่เติมเกลือ เนื้อหรือเครื่องเทศ แต่เขากินกับหัวปลา ต้ม แทบทุกชั้นมีอาหารเช่นนี้เป็นหลัก ถ้าพบสัตว์ที่ตายเอง ไม่ว่าจะเป็นชนิดใด แม้แต่วัวแก่ตายแล้วหลายวัน เขาก็จะ พากันแกละเนื้อเอาไปกิน เขาจะไม่ฆ่าสัตว์เพื่อปรุงอาหารเพราะถือเป็นบาปหนัก...”²⁷

²⁴ อ่างในแสงอรุณ กนกพงศ์ชัย. วัฒนธรรมในสังคมไทย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548; 181-182

²⁵ เสมียนทิพย์ ศิริจารุกุล. การเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารของคนไทยในเขตเมืองหลวงระหว่าง พ.ศ. 2349-2534. ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (ประวัติศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548

²⁶ แรแวล, นิโคลัส. ประวัติศาสตร์ธรรมชาติและการเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม. กรุงเทพฯ : ก้าวหน้า. 2506; 95.

²⁷ ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์(แปล). สำเนาจากษัตริย์สุลต่าน(ฉบับย่อ). ศิลปวัฒนธรรมฉบับพิเศษ. กรุงเทพฯ : มติชน. 2545 ; 86

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า อาหารของคนไทยทั่วไปจะเป็นข้าวกับปลาเป็นหลัก และจะไม่ฆ่าสัตว์ใหญ่เพื่อนำมาเป็นอาหาร เนื่องจากเห็นว่าการฆ่าสัตว์เป็นบาปตามหลักพุทธศาสนา และน่าจะเกี่ยวกับความเชื่อว่า จิว ควายเป็นสัตว์มีพระคุณ ช่วยในการทำนาปลูกข้าวอันเป็นอาหารหลักของคนทั้งประเทศ

ซึ่งจากการวิจัยของนักโภชนาการและผู้สนใจในสุขภาพที่ได้ศึกษา วิจัย ค้นพบสิ่งใหม่ๆ มากยิ่งขึ้นในตำรับอาหารไทย เป็นต้นว่า อาหารตำรับไทยนั้นมักมีส่วนประกอบของอาหารครบ 5 หมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมอย่างยิ่ง กล่าวคือ มีโปรตีนในปริมาณที่พอเหมาะและเป็นโปรตีนคุณภาพดี เช่น เนื้อปลา กุ้ง ไข่ เป็นต้น มีไขมันปริมาณต่ำ พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายและไม่เพิ่มความเสี่ยงของการมีไขมันในเลือดสูง การเป็นความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีข้าวและอาหารหมู่คาร์โบไฮเดรตที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนมากมายหลายหลายชนิด และยังเต็มไปด้วยผักนานาพรรณที่ประกอบกันเป็นอาหารแต่ละจานซึ่งมีปริมาณของเกลือแร่และวิตามินที่ทำให้ร่างกายลดความเสี่ยงในการขาดสารอาหารต่างๆ และยังเป็นแหล่งของใยอาหารที่ช่วยลดการดูดซึมไขมัน และลดการดูดซึมสารพิษต่างๆ ที่อาจเจือปนเข้ามาให้ลดน้อยลงจนหมดไป เสน่ห์ของอาหารไทยอีกอย่างหนึ่งคือบรรดาพืช ผักที่ใช้ประกอบอาหารนั้นหลายสิบชนิดเป็นพืชสมุนไพร ซึ่งนอกจากเพิ่มรสชาติ กลิ่นหอม และสีสันทัดอาหารแล้ว ยังมีสรรพคุณทางยา ช่วยย่อย ช่วยขับลม ช่วยการขับถ่าย ตลอดจนช่วยลดพิษภัยที่แฝงมาในรูปอนุมูลอิสระหลายชนิด โดยเชื่อว่าลดความเสี่ยงจากการเป็นมะเร็งชนิดต่างๆ ได้ไม่มากนักน้อย ยังไม่นับเครื่องเทศและเครื่องปรุงรสอื่นๆ อีกหลายชนิด²⁸

แต่ในปลายทศวรรษ 2530 กระแสการเดินตามวัฒนธรรมการกินแบบตะวันตก โดยเฉพาะในหมู่คนเมืองที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเลือกบริโภคอาหารแบบฝรั่งกันกลับเกิดขึ้นอย่างมาก ดังที่อรวิทย์ ทรอกี²⁹ เขียนสะท้อนเอาไว้ว่า ผู้ที่มีเงินพอจะเลือกกินได้ อาจเลือกกินอาหารฝรั่ง บางคนติดใจ ความสะดวกและง่ายตายของการทำกินแบบฝรั่ง บางคนชอบเพราะ อยากรแสดงความรู้ร่ำรวย หรืออวดรสนิยมตะวันตก บางคนทำใจให้ชอบ เพราะเข้าใจว่าอาหารฝรั่งล้วนแต่เป็นของดีมีประโยชน์ ก่อนที่จะยอมรับอาหารฝรั่งอย่างเต็มที่ควรรับรู้ว่ามีข้อบกพร่องหลายอย่าง นักโภชนาการอเมริกันตระหนักในข้อบกพร่องของอาหารของสหรัฐ ถึงกับต้องใช้นโยบายโภชนาการแห่งชาติแก้ไข มีเป้าหมายให้ลดปริมาณพลังงานไขมัน น้ำตาล และเกลือ และเพิ่มอาหารคาร์โบไฮเดรตประเภทแป้ง และเพิ่มใยพืช เรียกว่า ต้องปรับอาหารฝรั่งให้ใกล้เคียงอาหารตะวันออกมากขึ้นนั่นเอง (โทรกิรัตน์, 2525:119)

การกินตามวัฒนธรรมตะวันตกที่ปรากฏในรูปแบบของการกินอาหารฟาสต์ฟู้ดได้เกิดขึ้นอย่างมากในทศวรรษ 2530 ซึ่งเกิดร้านอาหารฟาสต์ฟู้ดขึ้นขนานใหญ่ในศูนย์การค้าและห้างสรรพสินค้า ตามที่ อรวิทย์ ทรอกี นักวิชาการด้านโภชนาการได้กล่าวถึงแนวโน้มการกินของคนไทยในยุคนั้นเอาไว้ว่า คนไทยเริ่มมีปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากปัญหาการกินอาหารไขมันสูง โดยเฉพาะอาหารฟาสต์ฟู้ดมากขึ้น ปัจจุบันนิสัยการกินเปลี่ยนไปมากแล้ว ด้วยหลงกินฟาสต์ฟู้ดอาหารไขมันสูงกันมาก" (อรวิทย์, 2535:119) และมีบางคนเรียกปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการกินอาหารฟาสต์ฟู้ดนี้ว่า "ปัญหาอาหารขยะ" ที่เกิดจากปัญหาการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ทางโภชนาการหรืออาหารขยะหรือ "จังก์ฟู้ด" ซึ่งนอกจากอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดแล้ว ยังครอบคลุมไปถึงอาหารประเภทที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการอีกด้วย ดังที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยได้ออกมาย้ำแจ้งว่า

²⁸ กฤตกรณ์ ประทุมวงศ์. โภชนาการสาธารณสุขเบื้องต้น. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2547

²⁹ โทรกิรัตน์.(นามแฝง-อรวิทย์ ทรอกี).(2533).น้ำมันปาล์ม.สตรีสาร 42:11(11 มีนาคม 2533).

อาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการหรืออาหารประเภท “จังก์ฟู้ด” ผลิตจากโรงงานเล็กๆ ไม่มีการรักษาความสะอาด ตีพ้อ หรือผลิตภายในบ้านแล้วนำไปขายตามถนนข้างโรงเรียนจากการสำรวจผลิตภัณฑ์ขนมเด็กบริเวณโรงเรียนอนุบาลใน เขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง พบว่าผลิตภัณฑ์ขนมที่เด็กนิยมบริโภค ได้แก่ ขนมบิงกกรอบ ลูกกวาด ขนมเยลลี่ รสต่างๆ ปลาหมึกปรุงรส ถั่วเคลือบปรุงรส เม็ดแตงโม เป็นต้น ส่วนใหญ่เหล่านี้จะมีส่วนผสมที่ประกอบ ด้วย แป้ง ไขมัน และ น้ำตาล เมื่อรับประทานเข้าไปมาก เด็กจะรู้สึกเบื่อกับที่จะรับประทานอาหารมีอุปถัมภ์ จึงทำให้เกิดโรคขาดสารอาหาร (สตรีสาร, 14 มีนาคม 2536:15)

นอกจากนี้ในด้านรสชาติอาหารของคนไทยซึ่งปรากฏในงานการศึกษาเปลี่ยนแปลงรสชาติอาหารท้องถิ่นในงานของ ชาติชาย มุกสง (2548)³⁰ ระบุว่า จากการศึกษาตัวรับกับข้าวซึ่งถือเป็นภาพตัวแทนของสำรับชาวบ้านและท้องถิ่น คือตัวรับ “อาหารรสพิเศษของคนโบราณ” พบว่าเดิมอาหารคาวที่ชาวบ้านกินกันนั้นมักไม่เติมน้ำตาลโดยเฉพาะอาหารรสเผ็ดจัด ถ้าตัด รสด้วยน้ำตาลถือว่าเสียของเลยทีเดียว หรือกระทั่งในปัจจุบันการทำอาหารของชาวบ้านก็ยังถือสูตร “เผ็ดอย่าใส่หวาน” แต่ในตำราแม่ครัวหัวป่าก์ กลับพบว่ามีการใส่น้ำตาลในอาหารคาวเกือบทุกสำรับ ต่อมาเมื่อตัวรับอาหารเหล่านี้เป็นที่ยอมรับ ในสังคม การตัดรสด้วยน้ำตาลในอาหารคาวจึงกลายเป็นสิ่งที่ทำกันโดยทั่วไป

และได้ระบุว่าชนชั้นสูงพยายามประดิษฐ์วัฒนธรรมการบริโภคให้ดูดีมีรสนิยมตามอย่างวัฒนธรรมชาติ ตะวันตก ตั้งแต่เมื่อครั้งที่สยามอยู่ในช่วงการล่าอาณานิคมของตะวันตกในคริสต์ศตวรรษที่ 19 ซึ่งมีการแบ่งพื้นที่สำหรับรับประทาน อาหาร เป็นห้องอาหารคาว ห้องอาหารหวาน และห้องครัว ซึ่งต้องทำความสะอาดอยู่เสมอ ชนชั้นสูงแบ่งการกินอาหารแต่ละ มื้อออกเป็นอาหารคาวและอาหารหวาน โดยจะกินอาหารหวานหลังอาหารคาว “เพื่อล้างปาก” ในขณะที่การกินของชาว บ้านไม่ได้แยกอาหารหวานออกจากอาหารคาวอย่างเด็ดขาด

สอดคล้องกับผลการศึกษาของเสมียนทิพย์ ศิริจารุกุล³¹ ซึ่งได้ข้อสรุปว่า มีการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารเกิดขึ้น ในช่วงเวลาดังกล่าว (พ.ศ.2394-2534) โดยมีประเด็นสำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงค่านิยมและพฤติกรรมกรบริโภค การ เปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารของคนไทย ได้แก่ รูปแบบของอาหาร ประเภทของอาหาร ธรรมเนียมการบริโภค การ เปลี่ยนแปลงองค์ประกอบในการบริโภคอาหารได้แก่ อุปกรณ์และภาชนะในการประกอบอาหาร เครื่องครัวและเครื่องใช้บน โต๊ะอาหาร เครื่องปรุงอาหาร รวมถึงสถานที่ประกอบอาหาร

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารที่มีต่อสังคมไทย ทั้งในกรุงเทพมหานครและทั่วประเทศ ได้แก่ ผล กระทบด้านเศรษฐกิจ เกิดการขยายตัวของร้านจำหน่ายอาหารในรูปแบบต่างๆ เช่น ภัตตาคาร ร้านอาหาร³²

นอกจากจะมีของหวานของคาวในแต่ละมื้อแล้ว ยังมีอาหารที่กินระหว่างมื้อด้วยเรียกว่า “ของว่าง” หรือ “เครื่องว่าง” ซึ่งผู้เขียนตำราแม่ครัวหัวป่าก์อธิบายไว้ว่า

“เครื่องว่างนี้เป็นของใช้รับประทานกลางวัน บ่าย ฤๅค่ำ ระหว่างเวลาอาหารเช้า ฤๅเย็น มีทั้งอาหารคาวแลหวาน หลายอย่างต่างชนิดที่แผดถ่ายจากของต่างประเทศ”

³⁰ เสมียนทิพย์ ศิริจารุกุล. การเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารของคนไทยในเขตเมืองหลวงระหว่าง พ.ศ. 2349-2534. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร ศึกษามหาบัณฑิต(ประวัติศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548

³¹ ชาติชาย มุกสง. ล้นกับพื้น (เพียง) : การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การรับรสและความทรงจำเกี่ยวกับ “ความหวาน” จากน้ำตาลพื้นบ้านสู่อุตสาหกรรม. ภูมิปัญญาสุขภาพ : ปฏิบัติการต่อของของความรู้ท้องถิ่น. ศูนย์ มานุษยวิทยาสรีนธร(องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ.ศูนย์ฯ, 2548.

³² อังโน เทวี รักวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

3

แนวคิดความอ้วน
และการจัดการของประเทศไทย

ส่วนใหญ่แล้วการกินของว่างจะนิยมกินกับเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ ซึ่งเป็นที่นิยม กันในอังกฤษ มาตั้งแต่คริสต์ศตวรรษที่ 18 และเผยแพร่เป็นวัฒนธรรมชั้นสูงไปยังส่วนอื่นๆ ของโลก ในเวลาต่อมาชน ชั้นสูงของไทยก็รับเอา มาเป็นวัฒนธรรมการกินของราชสำนัก ถึงกับต้องมีการปรับเปลี่ยนอาหารอย่างที่มีมาแต่เดิมให้ สามารถกินเป็นของว่างได้ ดังกรณีของขนมค้างคาว และขนมจีบที่มีมาตั้งแต่สมัยกรุงธนบุรี

และในท้ายที่สุด การกินอาหารที่ไม่ใช่มือหลักที่เรียกว่า “อาหารว่าง” นี้ก็ได้กลายมาเป็นแบบแผนการกินของคนไทย ในเมืองหรือในสำนักงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ การจัด “ของว่าง” หรือ “คอฟฟี่เบรก” ในช่วงพัก การประชุมที่เหล่านักวิชาการคุ้นเคยกันดี

นอกจากนี้ยังเกิดการแพร่หลายของตำรับอาหารของชนชั้นสูงจากในวัง ซึ่งติดตัวพ่อครัวแม่ครัวที่ต้องออกจากวัง มาเปิดร้านขายอาหารเลี้ยงชีพเนื่องจากความตกต่ำของระบบการอุปถัมภ์ในระบบศักดินาที่เกิดขึ้นภายหลัง

การกินรสหวานที่มีพลวัตอย่างมากในบริบทสังคมไทย ดังความเปลี่ยนแปลงของการกินในพิธีกรรม และชีวิตประจำวัน ที่จากเดิมที่จะเน้นความสำคัญของพิธีกรรมทางศาสนา ในแง่ที่เป็นโอกาสพิเศษของชุมชนทำพิธีร่วมกัน โดยเฉพาะในพิธีการ เลี้ยงพระซึ่งมักจะมีสำหรับหวานหลังสวดด้วยเสมอไม่ว่าจะเป็นชนชั้นสูงหรือ ชาวบ้านธรรมดาก็ตามทั้งที่ชาวบ้านธรรมดา ไม่ได้แบ่งแยกอาหารหวานอาหารคาวชัดเจนเหมือนชนชั้นสูง ในสังคมสมัยใหม่ โอกาสในการกินอาหารร่วมกันในพิธีกรรม ได้ลดลงไปทั้งในพิธีกรรมทางศาสนาหรืองาน ของชุมชน แต่การกินอาหารร่วมกันในพิธีกรรมที่เป็นส่วนบุคคลมีมากขึ้น และมี แนวโน้มเช่นนี้ปรากฏให้เห็นในหลาย สังคม เช่น งานเลี้ยงวันเกิดที่มีของหวานจำพวกเค้ก ช็อกโกแลต ไอศกรีม และทอฟฟี่เป็น สัญลักษณ์ หรืองานแต่งงาน ที่มีเค้กแต่งงานและของหวานเป็นสัญลักษณ์ของความหวานชื่น รวมทั้งชื่อของฝากและการ ให้ของขวัญที่มักจะเป็น ของหวานด้วย

การเกิดขึ้นของกระแสการท่องเที่ยวได้กลายเป็นตัวเร่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดการขยายตัวของการทำงาน หวานหรือขนม ให้กลายเป็นของฝากประจำจังหวัด เช่น ขนมหวานเลื่องชื่อจังหวัดเพชรบุรี ขนมสาลี่จังหวัดสุพรรณ มีการสร้าง สรรค์ให้เป็นขนมขึ้นชื่อของจังหวัด หรือเกิดเป็นแหล่งชุมชนที่ขายขนมเป็นสินค้าหลัก เช่น ตลาดหนองมน จังหวัดชลบุรี ตลาด ดอนหวาย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

เนื่องจากอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวมีลูกค้ามากขึ้น ความต้องการซื้อของฝากเมื่อไปเที่ยวยังสถานที่ต่างๆ ก็เพิ่มขึ้น ทำให้ขนมพื้นบ้านที่เคยผลิตเพื่อตอบสนองตลาดท้องถิ่น โดยอาศัยวัสดุเครื่องปรุงที่หาได้ในท้องถิ่น อย่าง ขนมหม้อแกงเมือง เพชรที่ขึ้นชื่อลือชาเพราะใช้น้ำตาลโตนดจากเมืองเพชรและช่างขนมมีกรรมวิธีการเลือกน้ำตาลที่มีรสหวานแหลมจากตำบล โรงเข้ แต่เมื่อต้องมาผลิตเพื่อขายให้นักท่องเที่ยวที่มีกำลังซื้อมากก็ต้องเปลี่ยนไปผลิตแบบอุตสาหกรรม ทำให้ต้องใช้น้ำตาล ทราวยจากโรงงานอุตสาหกรรมเป็นวัตถุดิบเพื่อให้สามารถป้องกันการผลิตอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่น้ำตาลโตนดขาดแคลน ไม่มีคนทำอีกแล้ว

ข. การให้ความหมายต่อ “ความอ้วน”

การให้ความหมายของความอ้วนนั้นมีแนวคิดที่เกี่ยวข้อง 3 แนวคิด ซึ่งจะแตกต่างกันโดยสิ้นเชิง ดังนี้

แนวคิดที่ 1 ความหมายความอ้วน : วาทกรรมทางการแพทย์

ความอ้วนเป็นสภาพอย่างหนึ่งของร่างกายที่รู้จักกันดี คำว่า “อ้วน” นั้นตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Obesity” ซึ่งมา จากภาษาละตินว่า “obesus” ซึ่งหมายถึง สภาพของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงไปโดยการสะสม

โดยแนวคิดทางด้านการแพทย์ ได้ให้ความหมายของความอ้วนจำกัดเฉพาะสาเหตุทางชีวภาพเท่านั้น กล่าวคือ ความ อ้วนเกิดจากสภาพการทำงานของอวัยวะหรือส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายซึ่งเบี่ยงเบนจากสภาวะการทำงานปกติ ซึ่ง เป็นพื้นฐานสำคัญที่แพทย์ใช้ในการวินิจฉัยสาเหตุของความอ้วน โดยหาสมมุติฐานของโรคหรืออาการเบี่ยงเบนด้วย ดังนั้น

ปัจจัยสำคัญในการให้ความหมายของความอ้วนในทางการแพทย์ จึงเน้นการค้นหาสาเหตุของความอ้วนเป็นสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่า ความอ้วนเป็นโรคชนิดหนึ่งซึ่งเกิดจากการสะสมของ ไขมันในร่างกายที่มีมากเกินไป ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เนื่องจากพบว่าความอ้วนเป็นแหล่งสะสมโรค (WHO. 1998) โดยนิยามโรคอ้วนว่าเป็นความผิดปกติเชิงซ้อนที่เกิดขึ้นจากร่างกายมีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ เนื่องจากร่างกายได้รับสารอาหาร โดยเฉพาะพลังงานเข้าไปมากกว่าร่างกายจะใช้ได้หมด (overnutrition) หรือเป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการรับ

พลังงาน (Energy intake) หรือการบริโภคอาหารกับการใช้พลังงาน (Energy Expenditure) หรือการเคลื่อนไหว³³ ร่างกาย หรือ คือการสะสมไขมันส่วนเกินในเซลล์ไขมัน (adipose tissue) ในร่างกาย จนทำให้มีพยาธิสภาพหรือ โรคมากกว่าคนปกติ คนที่เป็นโรคอ้วนมีโอกาสเป็นโรคภัยไข้เจ็บได้มากกว่าคนปกติ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคไขมันในเลือดสูง ข้ออักเสบ ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ฯลฯ จนเป็นที่ รับรู้ในความหมายโดยทั่วไปว่า “อ้วน” หมายถึงการมีรูปร่างใหญ่ มีไขมันมาก และเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในระบบต่างๆ ของร่างกาย (สมทรง สมควรเหตุ :2541)³⁴

นอกจาก “ความอ้วน” จะกลายเป็น “โรค” แล้ว ความอ้วนยังถูกเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วย ดังที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเล่าประสบการณ์ว่า “สังเกตนะ ถ้าอ้วนขึ้นความดันจะขึ้น มันจะปวดหัวหน่อยๆ สังเกตรู้เลย” หรือ “สังเกตดูถ้าน้ำหนักลง ความดันมันจะลงด้วยนะ ถ้าน้ำหนักขึ้นความดันมันจะขึ้นด้วย” (อรสา พันธักดี : 2542)³⁵

ทั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์ในการตัดสินโรคอ้วนไว้หลายวิธี คือ วินิจฉัย การตัดสินด้วยตา การชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง การคำนวณหาดัชนีมวลกาย (เกณฑ์ปกติ BMI = 20 -24.9 กก.ม.2) การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และการวัดเส้นรอบเอวและสะโพก

ส่วนในเด็กเกณฑ์ในการตัดสินโรคอ้วน หรือ การประเมินภาวะน้ำหนักเกิน หรือ ภาวะอ้วนในเด็กใช้เกณฑ์มาตรฐานน้ำหนักต่อส่วนสูงของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2530) แล้วอยู่ระหว่าง Percentile ที่ 90 - 97 คือ ภาวะน้ำหนักเกิน และถ้าน้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ใน Percentile ตั้งแต่ 97 ขึ้นไปถือว่าเป็นภาวะอ้วน

แนวคิดที่ 2 ภาพลักษณ์ทางสังคม : ร่างกายที่ถูกให้ความหมาย

การนำความหมายความอ้วนมาสัมพันธ์กับร่างกาย ดังปรากฏในงานของ ศิริบริงข ขาวดวง³⁶ (2545) ที่ศึกษาการให้ความหมายความอ้วนของวัยรุ่นหญิงในสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษา พบว่าวัยรุ่นหญิงมองร่างกายแบบแยกส่วนออกเป็น 3 ลักษณะ คือมองร่างกายเหมือนเครื่องจักร โดยอธิบายว่าผู้ที่มีรูปร่างดีจะต้องมีลักษณะลำตัวเล็กและยาว สูงประมาณ 160 -168 ซม. มีสัดส่วนที่พอเหมาะกับความสูงและสมดุลกับหน้าอก เอว และสะโพก มีส่วนเว้าส่วนโค้ง มีหน้าอกเล็กน้อย เอวคอดหรือเอวเล็ก สะโพกผายเล็กน้อย ขาและแขนดูแล้วพอดี ไม่ใหญ่ คือ แขนเล็ก ขาเรียว ไม่มีหน้าท้อง และมีเนื้อไม่มากเกินไป ลักษณะที่สองคือ มองร่างกายแบบคู่ตรงข้าม อ้วน - ผอม

³³ www.thaihealth.or.th/ www.thaihealth.or.th

³⁴ สมทรง สมควรเหตุ. การลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

³⁵ อรสา พันธักดี. กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

³⁶ ศิริบริงข ขาวดวง. ความหมายของความอ้วนกับการใช้ยาของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

โดยอธิบายว่าผู้ที่มีรูปร่างอ้วนและผอมเกินไป มองดูแล้วไม่สวยงาม กรณีรูปร่างอ้วนจะเป็นปัญหาต่อการแต่งกายค่อนข้างมาก ส่วนรูปร่างผอม เนื้อหนังจะเหี่ยว ดูแล้วน่ากลัว ไม่สดชื่น ลักษณะสุดท้ายมองร่างกายกับดัชนีทางสังคม ผู้ที่มีรูปร่างดีจะมีดัชนีชี้วัด 2 ประการ คือ ดัชนีทางการแพทย์ และดัชนีจากสื่อมวลชน เช่นเดียวกับผลการศึกษากายลักษณะร่างกายกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง : กรณีศึกษา นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (สุภัทรา มังคละไชยา: 2549)³⁷ พบว่าวัยรุ่นหญิงได้ให้ความหมายภาพลักษณ์ร่างกายตนเองไว้ 3 ประเด็นดังนี้ ประเด็นแรกมองร่างกายตนเองแบบแยกส่วน พิจารณารูปร่างของร่างกายออกเป็นส่วนๆ ตามอวัยวะต่างๆ เช่น แขน ขา ออก สะโพก หน้าท้อง เป็นต้น ประเด็นที่สองให้ความหมายภาพลักษณ์ร่างกายตนเองเป็นแบบแยกคู่ตรงข้าม กล่าวคือรูปร่างแบบที่วัยรุ่นหญิงปรารถนานั้น เป็นสิ่งที่ตรงกันข้ามกับร่างกายของตนเองที่มีอยู่ในปัจจุบัน เช่น คนที่คิดว่าตนเองเตี้ยก็อยากสูงขึ้น หรือคนที่คิดว่าตนเองอ้วนก็อยากผอมลง ส่วนประเด็นที่สามคือให้ความหมายภาพลักษณ์ร่างกายตนเองโดยการมองร่างกายเชิงเปรียบเทียบ โดยเปรียบเทียบร่างกายตนเองที่มีในปัจจุบันกับร่างกายที่เคยเป็นในอดีต การเปรียบเทียบร่างกายตนเองกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นเปรียบเทียบกับกลุ่มเพื่อน บุคคลในครอบครัว แม้กระทั่งบุคคลที่ตนเองชื่นชอบ หรือพบเห็นตามสถานที่หรือในสื่อต่างๆ ซึ่งงานของมนทยา สุนันทิวัฒน์ (2550)³⁸ ระบุว่า “หนึ่ง” หนึ่งในผู้ให้ข้อมูลที่เข้ารับบริการฟิตเนส ด้วยเหตุผลเพราะต้องการลดต้นขา ที่เธอเองคิดว่าใหญ่มากเมื่อเทียบกับส่วนอื่นๆ ของร่างกายของเธอเอง

แนวคิดที่ 3 ความหมายความอ่อน : การให้ความหมายของร่างกายในทางวัฒนธรรม

การให้ความหมายของความอ่อนในทางวัฒนธรรมนั้นมิได้มีรูปแบบที่แน่นอนขึ้นอยู่กับการรับรู้ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง และการปฏิสัมพันธ์กันในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่ม กระบวนการความคิดความเชื่อเหล่านี้ ปังบอกถึงพื้นฐานของความรู้และการรับรู้ในเรื่องของความอ่อนที่หล่อหลอมโดยวัฒนธรรม

ในการศึกษา ของศิริบังกช ดาวดวง³⁹ พบว่า ในการให้ความหมายความอ่อนของวัยรุ่นหญิง มองว่าความอ่อนเป็นสิ่งที่ไม่มีใครชอบ เป็นตัวที่ทำให้ขาดความมั่นใจ เป็นปัญหาต่อการแต่งกาย การเคลื่อนไหว ความสวยงาม เป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นปัญหาต่อการมีแฟน เป็นสิ่งที่น่าเกลียด เป็นปมด้อย การมีสัดส่วนรูปร่างที่ไม่เหมาะสม นอกจากนั้นยังมองว่าความอ่อนเป็นสิ่งที่น่าอาย เป็นส่วนเกิน เป็นคนสุขภาพไม่ดี เป็นสิ่งเลวร้าย เป็นตัวอันตราย และยังเป็นปัญหาต่อการคบหาสมาคมกับผู้อื่นอีกด้วย ที่แตกต่างไปจากนี้คือ มองว่าความอ่อนเป็นความน่ารัก จะพบว่าวัยรุ่นเกือบทั้งหมดจะนิยามความหมายความอ่อนในเชิงลบ กล่าวคือ ความหมายเชิงลบต่อความอ่อน ในสัญญาเปรียบเทียบกับวัตถุสิ่งของที่มีลักษณะกลม และเปรียบเทียบกับรูปร่างสัตว์ที่มีลักษณะตัวใหญ่ กินจุ ความหมายในเชิงบวกเป็นคนอารมณ์ดี น่ารัก สมบูรณ์

วัยรุ่นหญิงให้ความหมายต่อความอ่อนของวัยรุ่นหญิงในเชิงลบมากกว่าการให้ความหมายเชิงบวก ความอ่อนนั้นส่งผลภาพลบต่อตัววัยรุ่นหญิง คือ ความอ่อนนั้นเปรียบเสมือนความทึบทึก ความเกียจคร้าน ตัวตลก เป็นตัวปัญหาและเป็นศัตรูของผู้หญิง อีกด้านหนึ่งวัยรุ่นหญิงได้ให้ความหมายเชิงบวกของความอ่อนไว้คือ ความอ่อนคือ ความน่ารัก อ่อนนุ⁴⁰

³⁷ สุภัทรา มังคละไชยา. ภาพลักษณ์ร่างกายกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง : กรณีศึกษานักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และ สาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.

³⁸ มนทยา สุนันทิวัฒน์. อานาจ และ ปฏิบัติการฟิตเนส : กระบวนการจัดการร่างกาย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

³⁹ ศิริบังกช ดาวดวง. ความหมายของความอ่อนกับการใช้ยาของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

⁴⁰ ศิวพร อุตมสิน. การศึกษาบริการลดน้ำหนักตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนักใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลอนามัยชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย . มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

นอกจากนี้วัยรุ่นหญิงยังให้ความหมายความอ้วนที่สัมพันธ์ต่อสุขภาพคือ ความอ้วนนั้นเป็นภาวะเสี่ยงต่อ โรคเป็นภาวะที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังเป็นโรค⁴¹

ทั้งนี้การตัดสินว่าใครอ้วนหรือไม่อ้วน ในงานของศิริราช ดาวดวงพบว่า วัยรุ่นหญิงทุกคนมีความเห็นตรงกันว่าความอ้วนเป็นเรื่องของคนในสังคมมากกว่าที่จะอยู่ใกล้ชิดกับแพทย์ สำหรับวัยรุ่น กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมากที่สุด จะไม่ถามจากแพทย์และยังมีการเปรียบเทียบรูปร่างของตนเองกับคนอื่นว่าตัวใหญ่กว่าหรือไม่ สำหรับผู้ที่มิคุ้น คุ้นจะเป็นผู้มีอิทธิพลในเรื่องความอ้วนมากที่สุด ส่วนพ่อแม่ และคนอื่นๆ จะมีอิทธิพลรองลงมา ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่าคนในสังคมจะมองเห็นความอ้วนจากรูปร่างภายนอกได้อย่างชัดเจนมากกว่าการประเมินตนเอง สังคมส่วนใหญ่มีการประเมินความอ้วนโดยการมองว่ารูปร่าง ของบุคคลนั้นมีส่วนเกินหรือไม่ หรือมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มองแล้วหนาหรือใหญ่กว่าปกติ เช่น มีเอวหนา และแขนใหญ่ ขาใหญ่ เป็นต้น อีกประการหนึ่งคือ ประเมินจากกระแสนิยมทั่วไปว่าขณะนั้นผู้หญิงส่วนใหญ่นิยมรูปร่างอย่างไร ถ้าหากมีรูปร่างที่แตกต่างไปจากนั้นก็จะได้ว่าอ้วน

การประเมิน "ความอ้วน" ที่ผู้หญิงพูดถึง จึงไม่ใช่เฉพาะที่มองเห็นว่า "อ้วนต้วมเตี้ย" หรือใหญ่จริงๆ ด้วย สายตาจากการสังเกต หรือดูที่ "ดัชนีมวลกาย (BMI) 25 กก.ม.2 ขึ้นไป" ตามที่ได้จากการวัด/คำนวณตามวิธีการแพทย์ ดังที่เข้าใจเท่านั้น ในการที่ผู้หญิงจะตัดสินว่าตนเองอ้วนหรือไม่อ้วน เพราะมักพบเห็นได้บ่อยครั้งว่าคนไม่อ้วน หรือคนผอมอยากผอมมากกว่าเดิม หรือมองว่าตัวเองอ้วนทั้งที่ไม่อ้วน ดังผลการศึกษาบริการลดน้ำหนักตามการรับรู้

งานของศิริราช ดาวดวงพบว่า การประเมินความอ้วนที่วัยรุ่นทั่วไปใช้ คือ สวมใส่เสื้อผ้าและไม่สวยเหมือนเมื่อก่อน คือ ใส่แล้วคับแน่น หรือพิด เมื่อใส่กระโปรงติดตะขอแล้วรู้สึกตึงที่เอว รูดซิปไม่ขึ้น หากใส่กางเกงยีนส์ จะเห็นหน้าขาออกมาชัดเจน และถ้าใส่เสื้อจะพิดและตึงที่หน้าอกเมื่อติดกระดุมเสื้อ วัยรุ่นหญิงบางกลุ่มกล่าวว่า ทราบได้จากการมีส่วนเกินที่เพิ่มขึ้นตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะเห็นไขมันเริ่มหนาขึ้น เช่น มีหน้าท้องหรือพุงยื่น เอวใหญ่ขึ้น สะโพกขยายออกมากจะมีเนื้อเป็นก้อนและมีลักษณะคล้ายฟองน้ำเป็นเม็ดกลมๆ หน้าอกใหญ่ขึ้น ต้นขาจะใหญ่ขึ้นและขยายมากเวลาเดินจะเสียดสีกัน แขนใหญ่ขึ้นเมื่อใส่เสื้อแขนเสื้อจะตึงมากๆ มีแก้มเยอะขึ้น และหน้าจะบานออกอีกด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทราบได้จากการสังเกตรูปร่างของตนเองหรือมองดูจากกระจก นอกจากนั้น ทราบจากคนใกล้ชิดบอกหรือทักซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นเพื่อนมากกว่าแม่หรือคนรัก หากซึ่งน้ำหนักจะพบว่าน้ำหนักเพิ่ม และในงานของสมทรง สมควรเหตุ กลุ่มตัวอย่างกล่าวถึงประสบการณ์ของตนเองว่า "รู้สึกนั่งแล้วอึดอัด เสื้อผ้าที่มีอยู่ใส่ไม่ได้แล้วต้องตัดใหม่" เมื่ออ้วนขึ้น

ส่วนการประเมินทางการแพทย์นั้นวัยรุ่นหญิงมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่าเกณฑ์ของแพทย์นั้นสูงมาก เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับรูปร่างของคนทั่วไปในสังคมที่ยอมรับกันเมื่อประเมินจากสายตา ทำให้มองรูปร่างอ้วนกว่าคนปกติ จึงไม่ยึดถือเกณฑ์ของแพทย์เป็นหลัก ทำให้เกณฑ์ของแพทย์มีอิทธิพลน้อยกว่าสังคมที่จะกำหนดว่าใครอ้วนหรือไม่⁴²

⁴¹ อนุสรณ์ กันธา. ความพอใจในภาพลักษณ์และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและยาเพื่อควบคุมน้ำหนักในสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลศาสตร์) .มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

⁴² นภมาศ ศรีขวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะ พยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

นอกจากนี้การใช้เกณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ค่าดัชนีมวลกายก็ค่อนข้างยุ่งยากสำหรับประชาชน ซึ่งจากการศึกษาของสมทรง สมควรเหตุเรื่องการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะน้ำหนักของตนเองไม่ถูกต้อง และร้อยละ 50.0 ไม่ทราบความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน⁴³

แต่ถ้าเป็นเด็กอ้วนสำหรับคนไทยถ้าถามถึง “เด็กอ้วน” เกือบร้อยละร้อย ความรู้สึกของผู้ใหญ่มักจะเอนเอียงไปทาง “ช่างน่ารัก น่าเอ็นดู” ยิ่งคนเป็นพ่อแม่ พอเห็นใครชมลูกตัวเองว่าน่ารัก ความปลื้มก็จะปรากฏออกมาข้างนอกหน้า พ่อแม่บางท่านเชื่อด้วยซ้ำไปว่าเด็กอ้วนเป็นสัญลักษณ์ของการได้รับการเลี้ยงดูที่ดี อยู่ดีกินดี อุดมสมบูรณ์ ดังนั้นภาวะอ้วนจึงไม่ใช่โรค และอาจคิดว่า “นี่พวกหมอ พวกนักโภชนาการคิดจะสร้างกรอบเกณฑ์เพื่อควบคุมผู้คน ไม่เว้นแม้กระทั่งเด็กกันเลยหรอ” (หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ ฉบับวันที่ 17 กรกฎาคม 2549)

นับตั้งแต่อดีตมาจนถึงปัจจุบัน เด็กอ้วนจะเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์และมีพละกำลังมองดูน่ารักกว่าเด็กที่มีร่างกายผอม ใครๆ ก็ชื่นชมกับความอ้วนของเด็ก พยายามให้รับประทานอาหารมากๆ เพื่อให้เด็กอ้วน เพราะเห็นว่าย่างอ้วนยิ่งดูน่ารัก นอกจากนั้นคนส่วนมากมักมีความเชื่อ ความเข้าใจผิด คิดว่าเด็กอ้วน คือเด็กแข็งแรง⁴⁴ ถึงแม้จะมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ว่า “อ้วน” คือโรค ก็ยังไม่สามารถจะแทนที่ความเชื่อเดิมที่มีอยู่ในสังคมไทยได้ (ในความเห็นของผู้เขียน)

ค. สาเหตุสำคัญที่มีผลต่อความอ้วน

ผลจากการศึกษานั้น พบสาเหตุที่ทำให้เกิดความอ้วน โดยแยกพิจารณาตามกลุ่มวัย คือกลุ่มเด็ก และกลุ่ม วัยรุ่น/วัยผู้ใหญ่ แล้วมีรายละเอียดดังนี้

สาเหตุที่พบในกลุ่มเด็ก

“ความอ้วนในเด็ก” เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดา เกิดจากพันธุกรรม การขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายหรือใช้พลังงานในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และหลายๆ ปัจจัยรวมกัน ส่วนปัจจัยที่พบบ่อยมากคือผลข้างเคียงจากการใช้ยากับโรคต่อมไทรอยด์ผิดปกติ โดยเฉพาะเรื่องการมีกิจกรรมหรือออกกำลังกายของเด็ก ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ คือ 1) สาเหตุเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ด้านครอบครัว และสื่อโฆษณา และ 2) สาเหตุด้านปัจเจกบุคคล เกี่ยวกับวิถีชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหาร และการเคลื่อนไหวร่างกาย/การออกกำลังกาย ซึ่งสาเหตุเหล่านี้เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเด็กอยู่ตลอดเวลา โดยเด็กอาจไม่รู้ตัวเลย ดังนี้

1) สาเหตุเชิงโครงสร้าง

1.1 ด้านครอบครัว

มีสาเหตุสำคัญคือ การอบรมเลี้ยงดูเด็กของบิดามารดา ซึ่งเป็นกระบวนการขัดเกลาที่มีส่วนสำคัญในการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมของเด็กที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ การพัฒนาความสามารถและบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งจากการศึกษาอิทธิพลการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนเด็กวัยเรียนในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร⁴⁵

⁴³ ชัดชนก บุญไชย. การรับรู้รูปร่างและพฤติกรรมการลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์ (สาขาโภชนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

⁴⁴ อารี วลัยเสวี : อ้างในทวี ภัทวนิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

⁴⁵ ปริญญา พรพจนาน. อิทธิพลการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนเด็กวัยเรียนในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาโภชนาการ). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.

1.2 สื่อโฆษณา : การขี้ขี้และสร้างกระแสวิพากษ์...กินตามเทรน

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ⁴⁶ ระบุว่าสำหรับเด็กแล้ว สภาพที่ถูกโอบล้อมไปด้วยอาหารที่เพิ่มขึ้นไขมัน จำพวกขนมกรุบกรอบ ของทอด น้ำอัดลม และการขี้ขี้ด้วยโฆษณาที่เข้าไปตั้งประชิดทั้งที่บ้านและบริเวณสถานศึกษา ตั้งแต่เด็กตื่นนอน จนถึงเข้านอน ได้สร้างข้อมูลบิดเบือนในเรื่องของการบริโภคให้แก่เด็ก จนกลายเป็นกระแสของความอินเทรนมากกว่าการตระหนักถึงโภชนาการที่สมบูรณ์

นาถฤดี เต็นดวง⁴⁷ กล่าวว่าทุกวันนี้การโฆษณาได้สร้างวัฒนธรรมของการบริโภคหรือสร้างความต้องการบริโภคขึ้นมาใหม่ด้วยอาหารฟาสต์ฟู้ดได้รับการโฆษณาอย่างหนัก ทำให้สามารถสร้างความต้องการขึ้นอย่างมาก โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่น ความสะดวกรวดเร็ว รวดเร็ว นำรับประทานล้วนเป็นมิติที่หยิบยืมมาจากกระบวนการวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้ได้รับการตอบสนองจากลูกค้าเป็นอย่างดี ซึ่งได้มีการสอดแทรกภาพผลิตภัณฑ์ในหนังซึ่งเป็นอีกหนึ่งวิธีการที่ได้รับความนิยมอย่างสม่ำเสมอ ปลาย ดังเช่นเบอร์เกอร์คิงใน 'Scooby Doo II' และโคคา - โคล่าใน 'Madagascar'⁴⁸ ผ่านสื่อโทรทัศน์อันเป็นสื่อที่เข้าถึงเด็กได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาของโครงการเด็กไทยรู้ทัน (2545) พบว่า รายการโทรทัศน์ที่เด็กชอบดูมากที่สุดก็คือช่อง 9 การ์ตูน โดยโฆษณาที่เด็กเห็นบ่อย ได้แก่ เป๊ปซี่ แพนด้า ได้เกย์ และฮอลล์ ตามลำดับ และขนมยอดนิยมของเด็ก เรียงตามลำดับ ได้แก่ เลย์ ซีโดส ปาปริก้า ไดริทอส⁴⁹ และทวิสดี และจากการศึกษาของดำรง อารงเลาะห์พันธุ์ (2547) ที่ศึกษาสถานการณ์ภาพยนตร์โฆษณาอาหารว่างทางโทรทัศน์ในระหว่างรายการสำหรับเด็ก พบว่า สถานีโทรทัศน์ ช่อง 3, 7, 9 และ ไอทีวี มีการนำเสนอรายการเด็กและมีภาพยนตร์โฆษณาสินค้าคั่นระหว่างรายการ โดยมีการโฆษณา ทั้งหมด 693 ครั้ง วันเสาร์ 357 ครั้ง วันอาทิตย์ 336 ครั้ง ซึ่งใน 1 ชั่วโมงสถานีโทรทัศน์ช่อง 9 ซึ่งเด็กส่วนใหญ่ชอบดู⁵⁰

ซึ่ง Kellner (1993)⁵¹ มองรายการโทรทัศน์เป็นเสมือน “พิธีกรรม” ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งข้อมูลข่าวสาร และภาพลักษณ์ถูกนำเสนอผู้ชมในลักษณะซึ่งอาจเล็ดลอดเหมือนไม่ได้ตั้งใจตกย่ำหรือพรวดพราด แต่กลับเกิดประสิทธิผลได้เป็นอย่างดี ดังนั้น เด็กจึงตกอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงต่อภาวะอ้วน

⁴⁶ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. HYPERLINK <http://www.thainhf.org/> <http://www.thainhf.org/>

⁴⁷ นาถฤดี เต็นดวง. อาหารกับโรคหัวใจ. เอกสารประกอบการสอนวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ (SHMS 501), หน้า 61-63

⁴⁸ <http://www.foodandbakery.com/home/newsshow.asp?newsid=90>

⁴⁹ เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. การปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง โดยมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

⁵⁰ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. <http://www.thainhf.org/>

⁵¹ อังโน จามะรี เชียงทอง ฝั ฟ่างกายผู้หญิง และโลกาภิวัตน์. ใน อยู่ชายขอบ มองลวดความรู้ รวมบทความเนื่องในวาระครบรอบ 60 ปี จลาตชาย รมิตานนท์. สำนักพิมพ์มติชน. กรุงเทพฯ, 2459 : 300

2) ด้านปัจเจกบุคคล เกี่ยวกับวิถีชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกาย

2.1 การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารของเด็กนั้นจากการศึกษาของเทวี รักวานิช (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กินอาหารที่มีแคลอรีสูงอาหารที่มีรสหวาน อาหารประเภททอด และอาหารพวกแป้ง โดยกินเป็นประจำและเป็นบางครั้ง มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 25 ที่ไม่กินเลย สอดคล้องกับมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติที่ระบุว่าสำหรับเด็กแล้วสภาพที่ถูกโอบล้อมไปด้วยอาหารที่เพิ่มขึ้นไขมัน จำพวกขนมกรุบกรอบ ของทอด น้ำอัดลม และพบว่าเด็กอ้วนบริโภคขนมปรุงรสบรรจุถุงสำเร็จ น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ชา กาแฟ นมและผลิตภัณฑ์จากนม ลูกกวาด ขนมหวาน ซ็อกโกแลตบ่อยครั้งกว่าและมีปริมาณมากกว่าเด็กที่ไม่อ้วน⁵² และการให้เงินเด็ก ๆ ก็จะมีความสามารถในการเลือกซื้ออาหารตามความชอบตามที่ได้ฟังได้เห็นในโฆษณา หรือจากเพื่อนๆ ก่อให้มีพฤติกรรมการกินที่ไม่เหมาะสม เช่น ฟาสฟู๊ดขนมขบเคี้ยว ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า เด็กไทย 90% บริโภค อาหารขยะ⁵³ และจากการศึกษาเด็กไทยรู้ทัน พบเงินค่าขนมเด็กเฉลี่ย 13 บาท/วัน ขนมนยอดนิยม ได้แก่ ขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน/ไอศกรีมหวานเย็น ขนมปังมีไส้ น้ำอัดลม ซึ่งมีปริมาณน้ำตาลสูง

สำหรับการศึกษาที่เด็กชอบ “กินหวาน” ในงานของชาติชาย มุกสง (2548)⁵⁴ ได้อธิบายว่า รส และชาติ การเกิดขึ้นของรสชาติในสังคม :รสหวานกับการเป็นสิ่งโปรดปรานของมนุษย์นั้น มักเป็นกรณีที่จะถกเถียงกันเกี่ยวกับความหวานก็คือ การชอบรสหวานของมนุษย์นั้นเป็นเรื่องธรรมชาติหรือเป็นวัฒนธรรม ซึ่งกรณีนี้ พอล โรซิน (Paul Rozin) ได้อธิบายไว้ดังนี้

มนุษย์เราและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด รวมทั้งสัตว์กินทั้งพืชและสัตว์ เป็นพวกที่ชอบกินสิ่งที่มีรสหวานมาตั้งแต่เกิดจนหากินที่มีต่อรสชาติดังกล่าว อาจมีพื้นฐานมาจากข้อเท็จจริงที่ว่ารสหวานอย่างน้ำตาลนั้น มีคุณลักษณะเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานมากกว่าแหล่งอื่น โดยเฉพาะความหวานที่ได้จากผลไม้ตามธรรมชาติ

ข้อความดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การชอบความหวานจากแหล่งอาหารชนิดใดนั้นเป็นผลมาจากการรู้จัก เลือกอาหารที่ถ่ายทอดมาอุ่นแล้วอุ่นเล่าในสังคม มากกว่าจะเป็นไปตามธรรมชาติดังที่เคยเข้าใจกัน ทั้งนี้ผลจากการวิจัยเกี่ยวกับเด็กเกิดใหม่พบว่า “การชอบอาหารหวานของทารกสัมพันธ์กันอย่างมากกับการได้รับรู้รสของน้ำหวานที่อยู่ในนมแม่ก่อนจะขยายไปสู่ความหวานแบบอื่นที่รสชาติคล้ายกัน” นอกจากนี้ผลการวิจัยของนายแพทย์ สุริยเดช ทริปัติ ภูมิรแพทย์ประจำสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ หนึ่งในเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานก็แสดงให้เห็นว่าการติดหวานของเด็กทารกนั้น เป็นผลมาจากการกินหวานของแม่ ที่ทำให้เด็กได้ลิ้มรสหวานในน้ำคร่ำทำให้เป็นอาหารมาตั้งแต่อยู่ในท้อง เมื่อเด็กหย่านมพ่อแม่มักให้นมผงดัดแปลงสำหรับทารกที่ผสมน้ำตาลอีก

ในกรณีของเด็กทารกภาคอีสาน ก็ปรากฏว่าได้รับการฝึกฝนให้รู้จักรสหวานผ่านการบ้อน “ข้าวยา” ดังที่ พิษณุ อุดมมะเวทิน อธิบายไว้ว่า “แม่จะเคี้ยวข้าวเหนียวจนออกรสหวาน จากนั้นจึงนำมาห่อด้วยใบตองกล้วย หรือ ใบสบู่ดำ นำไปหมกไฟที่ปรุงอาหารจนใบไม้ห่อเหี่ยวก็นำขึ้นมาจากไฟ และบีบน้ำนมใส่ทิ้งให้เย็น จากนั้นจึงนำมาบ้อนเด็ก และมักให้นมมือเข้าแม่จะให้ตั้งแต่อยู่ไฟเลยทีเดียว”

⁵² มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. <http://www.thainhf.org/>

⁵³ กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.moph.go.th/>

⁵⁴ ชาติชาย มุกสง. ล้นกับพิน (เฟื่อง) : การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การรับรสและความทรงจำเกี่ยวกับ “ความหวาน” จากน้ำตาลพื้นบ้านสู่อุตสาหกรรม. ภูมิปัญญาสุขภาพ : ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ. ศูนย์ฯ, 2548.

ข้อถกเถียงเรื่องขอบรสบรหวนของทารกแสดงให้เห็นว่าการรับรู้รสของมนุษย์เป็นผลมาจากประสบการณ์และความทรงจำที่ฝังอยู่ในเรือนร่างของมนุษย์อย่างซับซ้อน ข้อโต้แย้งดังกล่าวได้แย้งกับข้อเสนอของนักชีวสังคมวิทยา เชื่อว่าทารกขอบรสบรหวนมาตั้งแต่เกิด โดยเป็นผลจากการกำหนดทางพันธุกรรม แต่การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของทารกในระยะหลังกลับแสดงให้เห็นว่าประสบการณ์การรับรสของทารกนั้น เป็นผลจากความใกล้ชิดกับการสัมผัสของมนุษย์ผู้ให้อาหารไม่ว่าจะเป็นความอบอุ่นของร่างกาย การสัมผัสที่แนบชิด กลิ่นและเสียง ซึ่งทำให้อารมณ์และความรู้สึกถูกกระตุ้นด้วยประสบการณ์เหล่านี้ ความหวานของนมมีความหมายว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีรสที่น่าพึงพอใจ ซึ่ง ไม่ได้เป็นเพราะรสชาติปกติของนมเท่านั้น แต่เป็นเพราะความน่าพึงพอใจที่สัมพันธ์กับนมที่ต่างหาก

การเลี้ยงดูเด็กในปัจจุบัน ภายในสังคมที่ยังเชื่อว่าเด็กขอบรสบรหวน อาหารและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับเด็กก็ จะถูกทำให้มีรสหวาน แม้แต่ยาเด็กก็ถูกทำให้มีรสหวาน แม้แต่ยาเด็กก็ถูกทำให้หวานจากมายาคติดังกล่าว

2.2 การเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เอื้ออำนวยต่อความสะดวกสบายต่างๆ ในสังคมยุคไอทีก็เป็นที่ทำให้เด็กอ้วนขึ้น เพราะการดำเนินชีวิตในแต่ละวันมีเครื่องทุ่นแรง เช่น แทนที่จะรีดจักรยานก็เปลี่ยนมานั่งรถยนต์แทน จากที่เคยขึ้นบันไดก็เปลี่ยนไปขึ้นลิฟท์แทน จึงทำให้เด็กออกกำลังกายไม่เพียงพอ นอกจากนี้เด็กยังไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะเด็ก ๆ ที่อาศัยอยู่ในเมืองที่ต้องเผชิญกับสภาพรถติดเกือบทุกวัน หลังเลิกเรียนยังต้องไปเรียนพิเศษ ทำให้โอกาสที่จะไปวิ่งเล่น รีดจักรยาน หรือออกกำลังกายเหมือนเด็กสมัยก่อนลดลง⁵⁵ กิจกรรมยามว่างของเด็กจึงเป็นการนั่งดูโทรทัศน์ ดังผลการสำรวจผลกระทบของสื่อโทรทัศน์ที่มีต่อเด็กและเยาวชนปี 2546 ของมหาวิทยาลัยอีสต์แฮมป์ตัน มุลินนิเพื่อเครือข่ายครอบครัว มุลินนิเพื่อการพัฒนาเด็กและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าเด็กส่วนใหญ่ใช้เวลาว่างดูโทรทัศน์มากที่สุด การนั่งชมโทรทัศน์เป็นกิจกรรมครอบครัวที่ได้รับความนิยมสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 98 โดยระหว่างวันจันทร์ถึงวันศุกร์เด็กใช้เวลาดูโทรทัศน์เฉลี่ย 3.49 ชั่วโมงต่อวัน และเพิ่มเป็น 5.51 ชั่วโมงในวันเสาร์-อาทิตย์⁵⁶ เช่นเดียวกับงานของดาร์จ อารงเลาะห์พันธุ์ ซึ่งพบว่าในวันธรรมดาเด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 1 ชั่วโมง 53 นาที แต่ในวันหยุดเด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 43 นาที แต่มีถึงร้อยละ 45.4 ที่ดูโทรทัศน์มากกว่า 6 ชั่วโมง เด็กที่ดูโทรทัศน์นานที่สุด คือ 14 ชั่วโมง 8 นาที นอกจากนี้เด็กยังนิยมเล่นเกมสคอมพิวเตอร์ที่มีอยู่อย่างแพร่หลายทั่วไป

สาเหตุของ “ความอ่อน” ที่พบในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่เองต่างรับรู้ด้วยตัวเองถึงสาเหตุของความอ่อนที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ดังปรากฏในงานศิริราชกุมารเวช (2545) พบว่าเกี่ยวกับสาเหตุสำคัญของความอ่อนนั้น วัยรุ่นหญิงโดยส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะเกิดจากพฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง เช่น กินอาหารในปริมาณที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย กินอาหารประเภทไขมัน และขนมหวานต่างๆ ซึ่งอาหารประเภทนี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ถ้าไม่มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและเพียงพอแล้ว จะเกิดการสะสมในรูปของไขมัน หากปล่อยไว้นานเข้าจะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของสมทรง สมควรเหตุ ร้อยละ 84.5 คิดว่าภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารจำนวนมาก รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง รองลงมาร้อยละ 35.0 คิดว่าเกิดจากการไม่ได้ออกกำลังกาย โดยกล่าวว่า “ชอบรับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา” หรือ “ภายหลังจบการศึกษามาทำงาน ทำให้เวลาในการออกกำลังกายน้อยลง งานที่ทำส่วนใหญ่เป็นงานที่ต้องใช้ความคิด น้ำหนักจึงเพิ่มขึ้นมากกว่าวัยเรียน”

⁵⁵ <http://www.childthai.org/cic/c1499.htm>

⁵⁶ ชื่นฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ, สุขภาพคนไทย 2549, พิมพ์ครั้งที่ 1, นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ, 2549:47

ซึ่งในเชิงพุทธศาสนา: พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต) ได้วิเคราะห์ มองลึกลงไปว่า “ปมปัญหาความอ้วน” ไม่ใช่แค่เรื่องวัตถุกับพฤติกรรมเท่านั้น ไม่ใช่แค่ว่ามีมากกินมาก และสะดวก ง่าย ทันใจ ทันที เลยกินดื่มไปเรื่อย อันนั้นก็เป็นปัจจัยด้วย

ส่วนผลที่จะเกิดตามมาเนื่องจากความอ้วน กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญอันดับแรก คือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันอุดตันในเส้นเลือด และโรคเกี่ยวกับข้อต่างๆ เช่น โรคเก๊าท์ ปวดเมื่อยตามข้อ ขา และเข่า นอกจากนั้นยังรับรู้ว่าคุณอ้วนส่วนใหญ่จะมีสุขภาพไม่แข็งแรง เนื่องจากการแบกรับน้ำหนักค่อนข้างมาก ทำให้เป็นปัญหาต่อการเคลื่อนไหวร่างกายและการประกอบกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย เพราะจะทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆ ได้ง่ายกว่าคนที่น้ำหนักปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องบริการลดน้ำหนักตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนักในกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน (ศิริพร อุดมสิน, 2541) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างบอกว่าน้ำหนักเกินทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 72.22) ซึ่งโรคต่างๆ คือ หัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 48.9) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.8)

ผลกระทบที่มีต่อจิตใจ คนที่มีรูปร่างอ้วนส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลต่อการมีรูปร่างที่แตกต่างจากบุคคลอื่นอยู่แล้ว แม้กระทั่งบางรายถึงแม้ว่าจะอ้วนไม่มากก็ตามเพียงแต่มีหน้าท้องเล็กน้อยเท่านั้นก็บ่นว่าอ้วนแล้ว และความรู้สึก “อยากผอม” จะมีอยู่ตลอดเวลาทำให้เป็นคนคิดมากจนเกิดความไม่สบายใจเมื่อมีคนมองหรือต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะมีความรู้สึกไม่มั่นใจในตัวเอง

ง. ปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงระหว่างความอ้วนกับรูปร่าง

ในงานศิริบริบท ดาวดวง (2545) ระบุว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ การถ่ายทอดข้อมูลต่อๆ กันมาตั้งแต่โบราณ สื่อโฆษณาแฟชั่น เพื่อน ครอบครัวและอาหาร ทั้งหมดนี้เป็นองค์ประกอบที่เป็นพื้นฐานความคิดต่อการให้ความหมายของความอ้วน จนนำไปสู่การจัดการกับร่างกาย ทั้งในแง่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการแต่งกาย

1) การถ่ายทอดข้อมูลต่อๆ กันมา วัยรุ่นหญิงอธิบายว่าการให้ความหมายของความอ้วนในลักษณะคำพูดที่แตกต่างกันนั้น ส่วนใหญ่เป็นคำพูดที่เคยได้ยินจากบุคคลในครอบครัว หรือจากเพื่อนที่วิพากษ์วิจารณ์รูปร่างของตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งมีรูปร่างที่แตกต่างไปจากเดิม เช่น มีหน้าท้องยื่นออกมามากเกินไป มีเอวที่หนาหรือมอธแล้วเป็นคนไม่มีเอว มีแก้มเยอะหรือแก้มป่อง นอกจากนั้นวัยรุ่นหญิงรับรู้จากการถูกล้อเลียน หรือการถูกแซว ทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น ในขณะเดียวกันก็เคยได้ยินจากคำเปรียบเปรยในลักษณะอุปมาอุปไมยโดยเปรียบเทียบคนที่มีรูปร่างอ้วนกับชื่อของสัตว์หรือสิ่งของต่างๆ ซึ่งมักจะได้อินปอยและหลายคน มักจะพูดกันโดยทั่วไปในสังคม บางครั้งได้แนวคิดจากการอ่านนิตยสารทั่วไป จากการเรียนการสอน รวมถึงการ โฆษณาต่างๆ ทำให้เกิดจินตนาการที่นำมาอธิบายรูปร่างที่เบี่ยงเบนไปจากความนิยมในสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มวัยรุ่น ทั่วไป

2) สื่อโฆษณาและแฟชั่นการให้คำนิยามผ่านสื่อเหล่านั้นสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของสื่อที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้ความหมายความอ้วนของวัยรุ่นหญิง สื่อต่างๆ ที่แพร่ภาพ นางแบบ ดารา นักร้องหรือ นางงามทางโทรทัศน์ หรือแม้แต่ในนิตยสาร สำหรับผู้หญิงในหมวดสุขภาพที่ประกอบไปด้วยเรื่องราวต่างๆ ที่ผู้หญิง สนใจ เช่น วิธีการลดความอ้วนหรือลดไขมัน การควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง หรือเคล็ดลับความงาม ฯลฯ หรือหนังสือประเภทแฟชั่นต่างๆ ที่นำเสนอภาพของกลุ่มบุคคลดังกล่าวสวมใส่เสื้อผ้าที่ทันสมัย ทำให้วัยรุ่นเกิดภาพลักษณ์ของรูปร่างที่ตนเองต้องการ จากการสัมภาษณ์ถึงรูปร่างที่วัยรุ่นหญิงต้องการเป็นอย่างไร ส่วนใหญ่จะตอบว่าต้องการมีรูปร่างเหมือนนางแบบ ดารา หรือนางสาวไทย โดยยกตัวอย่างรูปร่างที่ชื่นชอบมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ เมทนี กิ่งโพยม บางกลุ่มบอกว่าอยากมีรูปร่างที่สูงกว่าปัจจุบัน รูปร่างที่ได้สัดส่วน รูปร่างที่ผอมๆ หรือเอวบางร่างน้อย รูปร่างที่มีกล้ามเนื้อกระชับ หรือตะมัดตะแมงเหมือนนักกีฬา

โดยสรุปแล้ววัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ชื่นชอบรูปร่างสูงเพียวสมส่วน แขนเล็ก หรือแขนยาวไม่มีเนื้อตรงต้นแขนขาเรียวยาว มีสะโพกสวยงามไม่ผายจนเกินไป มีหน้าอกบ้าง มีเอวที่คอด และที่สำคัญคือจะต้องเป็นคนที่บุคลิกดีมองดูแล้วสง่า เมื่อสวมใส่ชุดต่างๆ จะสวยงาม วัยรุ่นหญิงอีกส่วนหนึ่งจะชื่นชอบสาวที่มีรูปร่างแบบสปอร์ตดูแข็งแรงทะมัดทะแมงไม่อ่อนแอ และให้เหตุผลว่าสาเหตุที่ไม่ชอบคนที่รูปร่างผอมเกินไปเพราะดูอ่อนแอเหมือนคนขี้โรค

ทัศนคติต่อการแต่งกาย วัยรุ่นหญิงจำนวนครึ่งต่อครึ่งเห็นว่าแฟชั่นในปัจจุบันเป็นตัวกำหนดค่านิยมในเรื่องรูปร่างของวัยรุ่น ซึ่งส่วนใหญ่จะนิยมเสื้อผ้าวัยรุ่นตัวเล็กๆ กระโปรงสั้น ถ้าคนๆ นั้นรูปร่างไม่ดีหรืออ้วนแล้วจะทำให้ดูน่าเกลียด ไม่น่ามอง แต่ถ้ารูปร่างดีเมื่อใส่เสื้อผ้าวัยรุ่นหรือพอดีตัวจะทำให้เห็นสัดส่วนที่ชัดเจนมองดูแล้วสวยงาม ไม่มีส่วนเกินให้เห็นออกมา

เมื่อสอบถามในเรื่องการแต่งกาย วัยรุ่นหญิงครึ่งต่อครึ่งตอบว่าชอบและไม่ชอบแต่งกายตามแฟชั่น

3) กลุ่มอ้างอิง กลุ่มอ้างอิงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการให้ความหมายของรูปร่าง นั่นคือกลุ่มเพื่อนและคนรอบข้างซึ่งมีอิทธิพลค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการได้รับคำชมหรือวิพากษ์วิจารณ์รูปร่างของตนเองจากกลุ่มดังกล่าว ผลการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อคำชมว่ามรูปร่างดีหรือสวยงามนั้น ในแง่บวกคือ มีความรู้สึกดีใจ ภูมิใจ ปลื้ม ชอบ และพอใจมากที่สุด จะยอมรับฟังความคิดเห็นถึงแม้ว่าบางคนรู้สึกว่ารูปร่างของตนไม่ดีตามที่คนชมก็ตาม ส่วนผลในทางลบคือยังมีบางกลุ่มเกิดความรู้สึกไม่เชื่อ ระแวง ไม่แน่ใจ ในคำชมเหล่านั้นว่าเป็นจริงหรือไม่ แต่มีบางรายที่คำชมไม่มีผลอะไรจะเชื่อส่ายตาตัวเองมากกว่า

ในทางกลับกันเมื่อมีคนมาติรูปร่างว่าอ้วนขึ้นหรืออวบ คำตอบส่วนมากจะเป็นในแง่ลบมากกว่า โดยบอกว่ารู้สึกโกรธ ไม่พอใจ ขุ่นเคืองใจ ไม่สบายใจ และรู้สึกไม่ดี เมื่อมีคนมาติรูปร่างของตนถึงแม้จะรับรู้ว่าเป็นเช่นนั้นก็ตาม แต่ท้ายที่สุดแล้วก็จะนำคำตินั้นไปปรับปรุงทั้งสิ้น

ทั้งนี้เพราะไม่อยากให้ตัวเองดูไม่ดีในสายตาของเพื่อน หรือคนรอบข้างและประการสำคัญ คือ ต้องการเอาชนะคำพูดเหล่านั้นให้ได้ จะเห็นได้ว่าวัยรุ่นหญิงจะมีการสอบถามจากคนรอบข้างอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น และยังเชื่อว่าบุคคลเหล่านั้นจะมองเห็นภาพรวมของรูปร่างตนเองได้ดีกว่าที่มองตนเอง บุคคลที่มีอิทธิพลมากที่สุดในเรื่องการดูแลรูปร่างคือ เพื่อนสนิท รองลงมาคือ คนในครอบครัว ได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่าเป็นผู้ใกล้ชิดมากที่สุด

4) อาหาร นับว่าอาหารมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้ความหมายความอ่อนของวัยรุ่นหญิงอีกประเด็นหนึ่ง จากการศึกษาพบว่าวิธีการแรกที่วัยรุ่นหญิงจะจัดการกับร่างกายเพื่อลดความอ้วนคือ การลดอาหารบางมื้อ การงดกินอาหารบางประเภท หรือการลดปริมาณอาหาร นั้นแสดงถึงวัยรุ่นหญิงมีความรู้ความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุของความอ้วน แต่เมื่อมองภาพรวมของการปฏิบัติแล้วพบว่าสาเหตุที่แท้จริงของความอ้วนนั้นมียปัจจัยประกอบที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารหลายอย่าง ที่มีผลต่อการให้ความหมายความอ่อน ได้แก่ พฤติกรรมการกินที่ไม่ถูกต้อง เช่น กินปริมาณมากและเกินความต้องการของร่างกาย อิ่มแล้วยังกินได้เรื่อยๆ กินจุบจิบ ส่วนมากกินตามใจปากหรือความอยากมากกว่าเพราะความหิว และกินอาหารที่มีแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภทไขมัน จำพวกทอด อาหาร ประเภทแป้ง น้ำตาล ขนมหวาน ฯลฯ นอกจากนี้สาเหตุของความอ้วนมาจากการกินแล้วกินนอนโดยเฉพาะมื้อเย็น ไม่ชอบออกกำลังกาย สิ่งเหล่านี้เมื่อสะสมไปนานๆ ทำให้อ้วนได้ เมื่อสอบถามถึง การปฏิบัติในเรื่องการกินอาหารพบว่า วัยรุ่นหญิงเกือบทั้งหมดกินอาหารโดยไม่จำกัดปริมาณ โดยให้เหตุผลว่ากลัวจะหิว ขึ้นอยู่กับความหิว ความอยากอาหาร ความชอบอาหาร สถานที่ที่กินอาหาร และบุคคลที่กินอาหารด้วยกัน เช่น กินในครอบครัว หลายๆ คนพร้อม กัน หรือกลุ่มเพื่อนสนิทและชอบกินอาหารก็จะทำให้กินได้มากขึ้น นอกจากนั้นให้เหตุผลว่า เสียเวลาอาหารที่เลือกก็จะกินจนหมด หรือกลัวมีผลต่อสมรรถภาพจากถ้าอดอาหารกลัวอ่านหนังสือไม่รู้เรื่องเพราะใกล้สอบ บางรายบอกว่าจำกัดเฉพาะข้าวเท่านั้น มื้อเย็นจะกินข้าวน้อย หากวันไหนกินอาหารมาก วันรุ่งขึ้นจำกัดปริมาณอาหารให้น้อยลง

คุณค่าที่ตกต่ำ...เมื่อความหมาย "ความอ่อน" เปลี่ยนไป

เมื่อความอ่อนในปัจจุบัน ไม่ได้หมายถึงความกินดีอยู่ดี มีฐานะ ความแข็งแรงหรือความน่ารักเพราะความอ่อนถูก

ให้ความหมายว่าเป็น "โรค" และ "ความอ้วน" ก็ไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคมอีกต่อไป

ประวัติศาสตร์ของความอ้วน⁵⁷ ไม่ว่าจะยุคใดสมัยใดล้วนเป็นเรื่องของการใช้อำนาจกับร่างกายของคนโดยเฉพาะร่างกายของผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจาก "อำนาจ" ของสังคมและวัฒนธรรมมาโดยตลอด ภาพความอ้วนที่ถูกประกอบสร้างเปรียบได้ดั่งอัตลักษณ์แห่งตัวตนที่ความหมายจากการสร้างเลื่อนไหลไปมา ดังเช่นในสมัยก่อนภาพคนอ้วนของทั้งผู้หญิงและผู้ชายในสังคมไทยที่ได้รับค่านิยมมาจากวัฒนธรรมจีน จะถูกให้ความหมายในเชิงบวกจากคนรอบข้างว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า เป็นสัญลักษณ์ของความร่ำรวยอันมีหน้าสำหรับสำคัญ เป็นเสียและเก่าแก่ดังกล่าวข้างต้น แต่ในปัจจุบันตัวตนของคนอ้วนถูกสร้างความหมายใหม่จากอิทธิพลของสังคมตะวันตก

กว่าครึ่งของคำเรียกคนอ้วนในสื่อต่างๆ ทั้งในเกมส์ วิทยุ โทรทัศน์ รายการละคร ไม่เคยพ้นไปจาก ตู๋นยู่ ตุ่ม ตุ่มสามโคก ไก่กระเทียมต่อขา พังแป้น ช้างน้ำ ฮิปโป หมูอ้วน ฯลฯ

กว่าร้อยละเก้าสิบของภาพของคนอ้วนในโทรทัศน์คือการเป็นคนใช้ เป็นตัวประกอบเพื่อช่วย นางเอก พระเอก หรือบางทีก็เป็นสมุนของตัวโกงหรือนางอิจฉา เป็นตัวตลก เพาะพะ เพื่อเรียกเสียงหัวเราะและความบันเทิงจากท่านผู้ชม ไม่เคยมีภาพของคนอ้วนที่จะได้ตำแหน่งผู้บริหารในละคร แต่ถ้ามีคนอ้วน คนนั้นก็จะเป็นเจ้าพ่อหรือเจ้าแม่ของแก๊งอันธพาล

ทั้งหมดนี้สามารถอ่านนัยยะของสื่อมวลชนได้ว่า "ความอ้วนเป็น สิ่งเลวร้ายแปลกปลอมที่ผู้หญิงควรหลีกเลี่ยง ความอ้วนได้กลายเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจเนื้อไขมันกลายเป็นส่วนเกินที่น่ารังเกียจ คนอ้วนถูกเปรียบเทียบเป็น "ตุ่ม" หรือตัวตลกที่น่าขัน มุมมองเหล่านี้ได้ส่งผลต่อคนอ้วนที่กลายเป็น "ความเป็นอื่น" (Other) และ "ความอ้วน" ต้องกำจัดออกไป

จ. การจัดการกับความอ้วนของร่างกาย

การจัดการกับร่างกายในเรื่องการควบคุมน้ำหนัก วิทยุผู้หญิงส่วนใหญ่เมื่อรู้สึกอ้วนขึ้นจะไม่ควบคุมน้ำหนักทันที จะผลัดวันที่เริ่มต้นลดน้ำหนักไปเรื่อยๆ โดยหาเหตุผลมาอธิบายว่า ไม่อยากงดอาหารที่ชอบ ตัดใจเรื่องการกินอาหารยังไม่ได้ หากจะลดความอ้วนจริงจะต้องมีสิ่งมากระตุ้นมากๆ เช่น เพื่อนชวนไปลดน้ำหนัก สถาบันการศึกษา มีงานนิทรรศการหรือการแสดงซึ่งต้องพบปะผู้คนมากมาย หรือไปพบเห็นรูปร่างของนางงามที่ตนชื่นชอบเป็นพิเศษ หรือเริ่มต้นลดน้ำหนักก็ต่อเมื่อใส่เสื้อผ้าและรู้สึกผิด หรือคับแน่นจนดูน่าเกลียด (ศิริภงกช ดาวดวง: 2545) อาหาร การออกกำลังกาย และยาลดความอ้วน สูตรสำเร็จในการดูแลและการจัดการร่างกาย

ปัญหาที่พบบ่อยและเป็นปัญหาที่ละเอียดอ่อนสำหรับวิทยุผู้หญิงและผู้ฟังทั่วไป การที่ร่างกายอ้วนนั้นทำให้มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผลกระทบด้านจิตใจและสังคม คือ การสูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียความภูมิใจในตัวเอง มีปัญหาทางอารมณ์ เก็บกด แยกตัว มีปัญหาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ทำให้ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง และพยายามควบคุมน้ำหนักของตนตลอดเวลา ในทางตรงข้ามถ้าเป็นผู้ที่มีน้ำหนักน้อยการลดน้ำหนักนั้นก็อาจเป็นผลเสียต่อร่างกาย ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ วิธีการลดน้ำหนักที่ใช้ในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี เช่น ควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การซื้อยาลดน้ำหนักมารับประทาน การดูดไขมัน และการผ่าตัด เป็นต้น (สมทรง สมควรเหตุ, 2541) การเลือกใช้วิธีการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง หรือไม่ควรใช้ในการลดน้ำหนัก เช่น การทำให้อาเจียนหลังการรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การรับประทานยาขับปัสสาวะ การอดอาหาร การออกกำลังกายอย่างหักโหม วิธีการดังกล่าว ถ้าปฏิบัติเป็นประจำทำให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพ

⁵⁷ <http://www.midnightuniv.org/midnight2545/document9783.html>

การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย

การศึกษาของศิริบริงกษ ดาวดวง (2545)⁵⁸ พบว่า วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ทราบว่ามีวิธีการลดความอ้วนหลายวิธีด้วยกัน แต่ที่ตอบมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย รองลงมาคือ การกินยาลดความอ้วน การควบคุมอาหาร ผังเข้ม ลดอาหาร ลดอาหาร และงดไขมัน นอกจากนั้นยังมีการงดอาหารบางประเภท ล้างคออาเจียน อบชาวน้ำ อบไอน้ำ อบสมุนไพร เข้าคอร์สลดความอ้วนในสถานบริการเสริมความงาม กินยาถ่าย คัลยกรรมผ่าตัดลูกโป่งใน กระเพาะอาหาร และกินผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

สำหรับวิธีการจัดการกับร่างกาย เพื่อแก้ปัญหาของวัยรุ่นคือ ทำอย่างไรที่จะให้ตนเองมีรูปร่างผอมได้ วิธีการที่ง่ายที่สุดอันดับแรกคือ การควบคุมอาหารโดยไม่กินอาหารตามใจปากตนเอง ซึ่งการควบคุมอาหารนั้นจะเน้นในเรื่องการกินอาหารให้ครบทุกมื้อในปริมาณที่พอเหมาะพอดี กินแค่พออิ่ม ลดอาหารหวาน และอาหารประเภทไขมัน บางครั้งไม่กินข้าวแต่กินอย่างอื่นแทน เช่น เกาเหลา ประเภทต้มยำอื่นๆ มากขึ้น สอดคล้องกับงานของ ฉัตรชนก บุญไชย ที่กลุ่มนักศึกษาส่วนใหญ่นิยมการลดน้ำหนักกันมากด้วยการลดอาหารมื้อเย็น ลดปริมาณอาหาร หลีกเลี่ยง อาหารที่มีปริมาณไขมันสูง รับประทานผักและผลไม้ และควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย

ในงานของมนทิยา สุนันท์วัฒน์ (2550)⁵⁹ เล่าว่า “แมว” เริ่มควบคุมอาหารตั้งแต่อายุ 12 ปี (กินเพียงขนมปังแผ่นเป็นอาหารและจำกัดน้ำ) โดยไม่ออกกำลังกาย จนเหลือน้ำหนัก 50 กก.เธออ้วนมาตั้งแต่ยังเด็กจนวัยรุ่น และน้ำหนักเพิ่มจาก 62 กก. จนถึง 85 กก. ในช่วงเรียนในมหาวิทยาลัย หลังจากจบการศึกษาระดับมหาวิทยาลัย เธอสามารถลดน้ำหนักลงได้ถึง 3 ครั้ง โดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายแบบแอโรบิค และทุกครั้งจะ สามารถลดได้ประมาณ 30 กก. ภายใน 8 เดือน แต่ทั้งสามครั้งก็จะกลับมามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเหมือนเดิมและเพิ่มกว่าเดิม อีก 5 - 7 กก. เพราะไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ตลอด จนปัจจุบันก็ยังต้องเริ่มกระบวนการลดน้ำหนักและควบคุมตัวเองเช่นเดิมๆ ซ้ำแล้วซ้ำอีก สิ่งต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจและความรู้สึกค่อนข้างมาก เพราะต้องหักห้ามใจไม่กินอาหารที่ตนเองชอบ ทำให้เกิดสุขภาพจิตที่ไม่ดีที่ไม่สามารถกินอะไรได้ตามใจปากของตนเองต้องการ เพราะกลัวว่าหากยังคงกินอาหารเหมือนเดิมก็จะทำให้มีรูปร่างอ้วนยิ่งขึ้นไปอีก

นอกจากนี้ยังวิธีการจัดการกับร่างกายเพื่อไม่ให้อ้วนอีกวิธีหนึ่ง คือ การควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ตนเองต้องการ วัยรุ่นหญิงจำนวนกว่าครึ่งมีความสนใจเป็นพิเศษที่จะชั่งน้ำหนักเป็นประจำทุกวันหรืออย่างน้อยเฉลี่ยไม่น้อยกว่าอาทิตย์ละ 3 ครั้ง เพื่อจะตรวจสอบว่าตนเองมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือลดลงมากน้อยเพียงไร หากพบว่าน้ำหนักเพิ่มขึ้นก็จะเตรียมตัวลดน้ำหนัก โดยการควบคุมปริมาณการกินอาหารให้น้อยลงหรือไม่ก็อดอาหารในมื้อถัดไป วัยรุ่น หญิง 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างบอกว่าตนเองไม่ได้ชั่งน้ำหนักเป็นประจำ แต่หากจะชั่งน้ำหนักบ่อยก็ในช่วงที่อยากผอมเท่านั้น หรือไม่ก็คิดว่าช่วงไหนจะต้องพบปะผู้คนมากหรือไม่ คนกลุ่มสุดท้ายซึ่งมีจำนวน 1 ใน 4 จะไม่สนใจชั่ง น้ำหนักเลย เนื่องจากว่าเมื่อชั่งแล้วพบว่าตนเองมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจะทำให้คิดมาก

⁵⁸ ศิริบริงกษ ดาวดวง, ความหมายของความอ้วนกับการใช้ยาของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา, วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข), คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

⁵⁹ มนทิยา สุนันท์วัฒน์, อานาจ และ ปฏิบัติการพิตเนส : กระบวนการจัดการร่างกาย, วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์ดุสิตบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การ แพทย์และสาธารณสุข), คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะผู้หญิงส่วนใหญ่สนใจการควบคุมน้ำหนัก ดังในงานของ ดรุณี ดลรัตน์ ภัทร (2545)⁶⁰ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน 200 ราย ในเทศบาลเมือง เชียงใหม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักระดับสูงและสูงมากถึงร้อยละ 84 พฤติกรรมที่ปฏิบัติคือ ควบคุมการบริโภค และการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน

อย่างไรก็ตาม ปิยรัตน์ บัณเฑาะ (2545)⁶¹ ได้วิเคราะห์ว่า การชั่งน้ำหนักเป็นวัตรปฏิบัติที่ผู้หญิงที่ลดความอ้วน ทุกคนทำเหมือนกัน การชั่งน้ำหนักถือเป็นกิจวัตรที่ขาดไม่ได้ เว้นเสียแต่ยามที่เธอไม่อยากจะรับรู้ข้อมูลตัวเลขที่ทำให้ไม่สบายใจนั้น ผลของการชั่งน้ำหนัก โดยเฉพาะระบบตัวเลข (digital) ที่มีความละเอียดถึงสองตำแหน่งหรือสามตำแหน่ง ทำให้ผู้หญิงมีความอ่อนไหวแม้การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ตัวเลขในระบบวิทยาศาสตร์จึงมีผลอย่างมากต่อการรับรู้ของผู้หญิง จึงอาจกล่าวได้ว่านอกจากผู้หญิงจะต้องตกอยู่ภายใต้การกดขี่ด้วยความผอม (tyranny of the slenderness) แล้วยังตกอยู่ภายใต้การกดขี่ของระบบตัวเลขอีกด้วย

ด้านการใช้ยาลดความอ้วน

ในงานของ ศิริบังกช ดาวดวง พบว่า การใช้ยาลดความอ้วนเป็นทางเลือกของวัยรุ่นหญิงที่ต้องการเห็นผลรวดเร็ว มากกว่าการงดอาหารบางประเภท การงดบางมื้อ และการออกกำลังกาย การใช้ยาลดความอ้วนเป็นการแสดงให้เห็นถึงการยอมจำนนต่อความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะเกิดอาการข้างเคียงมากมาย และเมื่อไหร่ก็ตามที่เริ่มอ้วนขึ้นอีกวัยรุ่นก็จะกลับไปใช้ซ้ำอีก เพราะได้เคยสร้างความพึงพอใจกับรูปร่างที่ตนต้องการมาแล้ว หลายรายที่กลับไปใช้ซ้ำอีก 2 - 3 ครั้ง เมื่อรู้สึกอ้วนขึ้น จากการสัมภาษณ์ถึงแนวโน้มของการใช้ยาในอนาคตสำหรับผู้ที่เลิกใช้ยาแล้วมีอัตราส่วนค่อนข้างสูงถึง 3 ใน 4 โดยพบว่าหากวัยรุ่นหญิงใช้วิธีการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายแล้วไม่ได้ผล ก็จะกลับไปใช้ยาลดความอ้วนอย่างแน่นอน ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้ว่าวัยรุ่นหญิงรับรู้ว่าการใช้ยาจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อร่างกายอย่างไร ก็ยังจะกลับไปใช้ยาอีก สอดคล้องกับงานของมนทิยา สุนันท์วิวัฒน์ (2550) ที่ "แมว" เล่าว่าเพื่อที่จะลดน้ำหนักและมีรูปร่างพอดีโดยไม่ให้กลับมาอ้วนอีก สิ่งที่เป็นวัตรปฏิบัติคือ ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายด้วยแอโรบิคอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 4 ครั้ง ด้วยความต้องการจะลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็วในเวลาสั้นๆ เธอได้ว่ายน้ำ หรือปั่นจักรยานที่บ้าน รวมทั้งจำกัดอาหารต่อมาก็เริ่มใช้ยาลดน้ำหนักเพื่อไม่ให้รู้สึกหิวและยาระบายเพื่อระบายสิ่งที่กินเข้าไปออกมาให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ตามปกติเธอจะปฏิบัติตามตารางอย่างเข้มงวด แต่เมื่อไปงานเลี้ยงและเธอคิดว่าตัวเองกินอาหารมาก ก็จะตำหนิตัวเองว่า "ขาดวินัย" ไม่ควบคุมตนเอง และทำโทษตัวเองด้วยการอดอาหารใน 2-3 มื้อถัดไป ออกกำลังกายอย่างหนัก และกินยาระบายด้วยปริมาณที่มากเพื่อกำจัดอาหารส่วนเกินที่กินเข้าไป เมื่อไหร่ก็ตามที่คิดว่าตนเองกินมากต่อเนื่องกัน (มากกว่า 4-5 วัน) ก็จะตัดสินใจใช้ยาลดความอ้วน แม้เธอรู้ว่าจะมีอาการปวดศีรษะทั้งวันจากผลข้างเคียงของยา และมีผลกระทบคุกคามต่อชีวิตก็ตาม เพียงเพื่อต้องการหยุดความหิว/ความอยากอาหาร

เช่นเดียวกับงานของ อนุสรณ์ กันธา (2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นหญิงใช้ยาเพื่อควบคุมน้ำหนัก ร้อยละ 10.7 โดยใช้ยาชุดสำหรับลดน้ำหนัก ซึ่งไม่ทราบประเภทหรือชื่อยาที่ใช้

⁶⁰ ดรุณี ดลรัตน์ภัทร.ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาพยาบาลอาชีวศาสตร์และสัตวศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.

⁶¹ ปิยรัตน์ บัณเฑาะ.กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง : วัตรกรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค. วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยามหาบัณฑิต (สาขาวิชามานุษยวิทยา) ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. คณะ รัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.

จ. ปัจจัยที่มีผลต่อตัดสินใจในการลดความอ่อน

จากข้อมูลตั้งที่กล่าวมา ทำให้เห็นว่าชีวิตที่เกี่ยวข้องกับในส่วนร่างกายอันเนื่องจาก "ความอ่อน" ของผู้หญิง นั้นไม่ราบรื่นถึงขั้น "ทนทุกข์" ตั้งแต่เริ่มรู้สึกว่ายอ่อนเป็นต้นมา ทุกคนต่างผ่านกระบวนการลดความอ่อนด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งนี้มูลเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้พวกเขารู้สึกเช่นนั้นจำเป็นต้องลดความอ่อนมีหลายๆ ปัจจัยดังนี้

จากการศึกษาของปิยรัตน์ บัณลี้ (2545)⁶² เกี่ยวกับกระบวนการลดความอ่อนของผู้หญิง : วาทกรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค ผ่านข้อมูลทางเอกสารและประวัติชีวิตของผู้หญิงจำนวน 10 คน ที่เคยลดความอ่อน กล่าวโดยสรุปว่าสาเหตุที่ทำให้พวกเขารู้สึกตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการลดความอ่อนนั้นมีหลากหลาย โดยที่พวกเขารู้สึกให้เหตุผลว่าเป็นเพราะการอยาก "ดูดี" ความรู้สึกไม่สบายตัวและอึดอัดกับร่างกายที่อ่อน เห็นว่าเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของร่างกายเกี่ยวกับระบบอาหารจะทำงานน้อยลงจึงต้องลดการที่อยากดูเป็น "ผู้หญิง" ความพอใจส่วนตัวลักษณะชุดทำงาน ลักษณะของงานและองค์กรที่ต้องการภาพลักษณ์ผู้หญิงผอมบาง ต้องการสมัครงาน โดนล้อหรือแซว เกิดการเปรียบเทียบกับพี่สาว น้องสาวหรือเพื่อนมีปัญหาเรื่องเสื้อผ้า เช่น ใส่เสื้อผ้าตามแฟชั่นแล้วไม่สวยหาซื้อเสื้อผ้าลำบาก ไม่อยากซื้อเสื้อผ้าใหม่ ครอบครัวยึดติดให้ลด เห็นเพื่อนๆ ลดจึงอยากลดบ้าง เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของการใช้เวลากับเพื่อน ไม่มั่นใจในการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมใหม่ๆ และสุดท้ายกลายเป็นโรคเช่นเดียวกับ

มนทิยา สุนันทิวัฒน์ (2550) ที่ระบุว่าวัตถุประสงค์สำคัญที่ตัดสินใจลดน้ำหนักเพื่อสุขภาพ คือ ป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและกระดูกข้อเท้าซ้ายแตกต่างจากการเดินสะดุดซึ่งมักเกิดขึ้นบ่อยๆ และจากการข้อมูลของแพทย์ ทำให้เธอเชื่อและตัดสินใจลดน้ำหนักเพื่อลดความเสี่ยงของสุขภาพ

นอกจากนี้ ผลการศึกษาอิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน -ภายนอกต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนัก (กรรณา ศิริบุญมา : 2535)⁶³ ในกลุ่มสตรีวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกินและเข้ารับบริการที่สถานบริหารร่างกาย เวลด์คลับ จำนวน 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รู้สึกไม่พอใจในรูปร่างของตนเองก่อนเข้ารับบริการ และสาเหตุที่สำคัญอีกประการก็คือ การหลุดพ้นจากการถูกตีตราจากสังคม ดังปรากฏในงานของ มนทิยา สุนันทิวัฒน์ (2550) ว่าเงื่อนไขที่ทำให้เธอต้องเข้าโปรแกรมลดน้ำหนัก เพราะได้รับทราบการนิยามความหมายและข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความอ่อนจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ (แพทย์ เภสัชกร และผู้ให้คำปรึกษาทางโภชนาการ) ว่าความอ่อน คือ พยาธิสภาพอย่างหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดโรคตามมา เช่น มะเร็งลำไส้ ตับแข็ง เบาหวาน และหยุดหายใจขณะนอนหลับ ซึ่งในระหว่างนั้นเธอเกิดคำถามผุดขึ้นมากมาย เช่น ทำไมความอ่อนถึงกลายมาเป็นโรค?

ปิยรัตน์ บัณลี้ (2545) ได้สรุปว่า จากลักษณะร่วมหลายประการที่กล่าวมา พอจะสรุปได้ว่ามูลเหตุที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการลดความอ่อน คือ เป็นไปเพื่อการยอมรับของสังคม เป็นประเด็นสุขภาพ ต้องการมีภาพลักษณ์ร่างกายที่สวยงาม ทั้งนี้เกิดจากการแทรกแซงของสังคม

⁶² ปิยรัตน์ บัณลี้, กระบวนการลดความอ่อนของผู้หญิง : วาทกรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค, วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (สาขาวิชา มานุษยวิทยา) ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, คณะ รัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

⁶³ กรรณา ศิริบุญมา, อิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกต่อความสำเร็จในการลดน้ำหนัก, วิทยานิพนธ์สาขาสังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขา โภชนาวิทยา), บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

ข. มุมมองความอ่อนภายใต้แนวคิดวาทกรรม แนวคิดร่างกายกับต้นทุนทางกายภาพ และแนวคิด สตรีนิยมว่าด้วยเรื่อง
ร่างกาย (Body)

แนวคิดวาทกรรมความอ่อน :

งานของ ปิยรัตน์ บัณเฑาะว์ ได้มองเห็นคุณูปการของกระแสความคิดสายหลังสมัยใหม่ (postmodernism) ต่อการเรียกร้องให้ตั้งคำถามกับ “ความรู้ ความจริง และสัจยะ” ของสิ่งต่างๆ ที่เคยรับรู้กันมาว่ามีจริงเป็นจริงมาตลอดนั้น สิ่งเหล่านี้เป็นเพียง “มายาคติ” ชุดหนึ่งที่เป็นเพียงเครือข่ายของกฎเกณฑ์ค่านิยม การรับรู้และเข้าใจร่วมกันเป็นมาตรฐานความเชื่อในเรื่องต่างๆ ของชีวิตที่เกิดจากการแสดงออกและการสื่อความกันเท่านั้น ในเมื่อมีการดำรงอยู่ของมายาคติหนึ่งๆ ย่อมหมายถึงว่ามีมายาคติอื่นๆ ที่เพียงแตกต่างไปจนถึงตรงข้ามกับมายาคติที่เป็นหลักนั้น ซึ่งนำมาสู่การแก่งแย่งพื้นที่ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมทุกชนิดจึงเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่ในความขัดแย้งของมายาคติชุดต่างๆ โดยที่มายาคติที่มีอำนาจจะใช้อำนาจนั้นกดดัน กดให้มายาคติอื่นกลายเป็นความไม่ถูกต้อง ผิดปกติและไม่จริงไปในที่สุด ความรู้ ความจริง และมาตรฐานทางสังคมต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่ควรจะถูกสงสัย รวมทั้งมายาคติเรื่องความสวยของร่างกายผู้หญิงที่ถูกดอกล้มลึกในจิตสำนึกของผู้หญิงอย่างแยบยลจนเป็นที่ยอมรับโดยคุชชีว่าควรเป็นไปตามมาตรฐานนั้น ขณะที่ “ความอ่อน” ที่เคยเป็นสัญลักษณ์ของความสมบูรณ์ดังวลีที่ว่า “อ่อนท้วนสมบูรณ์” กลับถูกมองว่าเป็นร่างกายหรือสภาพที่เป็น “ปัญหา” โดยนิยามความอ่อนได้ถูกผลิตซ้ำในรูปแบบต่างๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ ตลอดจนแวดวงทางการแพทย์อยู่ตลอดเวลา และ “ความจริง” ก็ได้ถูกเปิดโปงออกมาจากงานของ ปิยรัตน์ บัณเฑาะว์ (2545) ซึ่งได้วิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับวาทกรรมกับการลดน้ำหนักของผู้หญิง ผ่านประสบการณ์ของผู้หญิงที่เคยลดน้ำหนัก จำนวน 10 คน โดยตั้งข้อสังเกตว่า สถาบันการศึกษาที่มีผลต่อ ความรู้สึกภาพลักษณ์ร่างกายของผู้หญิงอย่างมาก จนนำไปสู่การตัดสินใจลดความอ้วนนั้นไม่ใช่สถาบันการศึกษาในแบบสหศึกษาอย่างที่มักเข้าใจกัน กลับเป็นสถาบันการศึกษาที่มีลักษณะเป็นสถาบันสำหรับเพศเดียว หรือเรียกว่า โรงเรียนสตรี อีกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถาบันการศึกษาคือ ผู้หญิงหลายคนรู้สึกท้อใจในรั้วมหาวิทยาลัยมีผลอย่างมากต่อภาพลักษณ์ร่างกายและแบบแผนการกินของเธอ หลายคนน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวคล้ายกับงาน มนทิยา สุนนทวัฒน์ (2550)⁶⁴ เล่าว่า “แม่ว” อ้วนมาตั้งแต่ยังเด็ก จนวัยรุ่น และน้ำหนักเพิ่มจาก 62 กก. จนถึง 85 กก. ในช่วงเรียนในมหาวิทยาลัย และคล้ายกับการศึกษาของ Hesse-Biber ที่เรียก freshmen 10 หรือนักใหม่ที่เพิ่มขึ้นในช่วงของการเป็นนิสิตใหม่ (อ่านในปิยรัตน์ บัณเฑาะว์, 2545) และเห็นว่าการ พยายามใช้อำนาจควบคุมเหนือเนื้อตัวร่างกายผู้หญิงจากสถาบันทางสังคมต่างๆ นั้นมีหลากหลายแหล่งที่มา และเกมส์นี้ผู้หญิงก็ยังคงเป็นผู้เล่นที่เสียแต่มีอยู่คนเดียว กล่าวคือ แม้ไม่เต็มใจแต่ผู้หญิงก็ถูกแรงผลักดันให้ต้องปฏิบัติตาม

⁶⁴ มนทิยา สุนนทวัฒน์. อำนาจ และ ปฏิบัติการพิชิตเนส : กระบวนการจัดการร่างกาย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

ความรู้สึกหนึ่งที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงหลายๆ คนที่ลดความอ้วนคือ ความรู้สึกผิด ไม่ว่าจะเป็นผิดจากที่ได้กระทำ เช่น กินของหวาน กินมื่อตึก หรือผิดจากที่ไม่ได้กระทำ เช่น ไม่ได้ออกกำลังกาย ไม่ได้ไปรักษาลดความอ้วนตามกำหนด พฤติกรรมใดๆ ก็ตามที่อาจขัดขวางหรือทำให้การลดความอ้วนไม่ประสบความสำเร็จ และไม่ว่าพฤติกรรมเหล่านี้จะมีที่มาอย่างไรก็ตาม แต่ท้ายที่สุดแล้ว สิ่งสุดท้ายที่ปรากฏอยู่ในความคิดของพวกเขา คือ “เรามัน ผิดเองที่...” และนี่คือสิ่งที่วาทกรรมความอ้วนได้กระทำการกำกับลึกลงไปถึงจิตใจของผู้หญิง

เมื่อวาทกรรมของการแพทย์และสังคมบอกว่า “การลดความอ้วนที่ถูกต้อง คือ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย” แต่มันยากสำหรับพวกเขา การลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่นไม่จำเป็นจะเป็นการเทอาหารทิ้ง การกินยาลดความอ้วน หรือแม้กระทั่งการทำให้อาเจียนที่ล้นแล้วแต่ถูกมองว่าผิด จึงต้องทำเป็นความลับ ในขณะที่ผู้หญิงจะได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง บนข้อแม้ของวิธีการลดความอ้วนที่เธอเลือก หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งคือ หากเธอเลือกวิธีลดความอ้วนที่ได้รับความเห็นชอบจากสังคม เช่น การกินอาหารเพื่อสุขภาพประเภทชีวจิตหรือ อาหารล้างพิษ เธอก็จะสามารถทำได้โดยไม่ต้องปกปิด และยังคงจะได้รับความช่วยเหลือจากสังคมด้วย

นอกจากวาทกรรมทางการแพทย์แล้ว ยังมีวาทกรรมของผู้เชี่ยวชาญที่คอยสอนวิธีการ (how to) ด้านอื่นๆ ด้วยพบว่าผู้เชี่ยวชาญ เช่น พนักงานนวดตัวในสถานเสริมความงาม ตัวแทนจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารเสริม หรือแม้กระทั่งแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาลดความอ้วน เหล่านี้เป็นผู้มีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้หญิงในกลุ่มตัวอย่างด้วยเช่นกัน โดยต่างเป็นผู้ถ่ายทอด “ชุดของภาษา” และ “แนวทางปฏิบัติ” ที่อ้างว่าถูกต้องให้กับผู้หญิงและต่างก็ซึ่งความเป็นผู้รอบรู้ที่แท้จริง ซึ่งพวกเขานหลายคนยอมรับในข้อแนะนำวิธีนั้นและได้นำมาทดลองใช้ หากแต่สภาพการณ์เช่นนี้ไม่ได้เกิดกับ ผู้หญิงในกลุ่มตัวอย่างทุกคน ดังนั้นการให้เหตุผลกับวิธีที่เลือกน่าจะบ่งบอกถึงความเป็นตัวเธอและการต่อสู้ให้ได้มาด้วยคุณค่าของอัตลักษณ์ร่างกายที่พวกเขาเลือก

สำหรับคำตอบของคำถามที่ว่าทำไมผู้หญิงต้องผอมกว่าค่ามาตรฐาน อาจจะอธิบายได้ว่าเนื่องจากทุกวันนี้ เราอยู่ในโลกของวิทยาศาสตร์ โลกของค่ามาตรฐาน มนุษย์อยู่กับค่าเฉลี่ยในทุกส่วนของชีวิตประจำวัน เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับคลอเรสเตอรอล ซึ่งเกิดจากการ ชั่ง ตวง วัด ด้วยอุปกรณ์/เครื่องมือที่มีตัวเลขกำหนด แล้วใช้สูตรคำนวณออกมาเป็นร่างกายที่พึงประสงค์ในทางสถิติ แต่สำหรับผู้หญิง การที่ร่างกายนั้นกลับไม่เป็นที่พึงประสงค์ ก็เพราะเกณฑ์ที่ไว้วัด/คำนวณร่างกายของพวกเขา หากใช้กราฟหรือตารางเหล่านั้น แต่กลับเป็นมาตรฐานทางวัฒนธรรมหรือที่เรียกว่า “ค่านิยม” นั่นเอง ในขณะที่คู่ของความสัมพันธ์ที่ช่วยให้เห็นความหมายชัดเจนที่สุด คือ ความสัมพันธ์แบบคู่ตรงข้าม ดังนั้นวิทยาศาสตร์ผู้ทุนไม่ได้กับความคลุมเครือ จึงเลือกใช้การอธิบายแบบนี้ และการที่ผู้หญิงต้องสวยได้มาตรฐานตามระบบค่าตัวเลขแบบวิทยาศาสตร์ ซึ่งความเป็นวิทยาศาสตร์คือ ผู้ชายทำได้ยาก และเนื่องจากทุกวันนี้เราอยู่ในโลกของวิทยาศาสตร์ อย่างที่กล่าวข้างต้น แต่เรื่องความสวยความงามมันเป็นเรื่องของความรู้สึก เป็นเรื่อง “รสนิยม” ไม่สามารถใช้วิทยาศาสตร์มาวัดหรือตัดสินใจได้ จึงกลายเป็นเรื่อง “ไม่มีเหตุผล” ไป

ส่วน งานของ จุฬารัตน์ มาเสถียรวงศ์⁶⁵ ระบุว่า ได้เห็นกระบวนการขัดเกลากายทางสังคมที่ได้พยายามชู “ความรู้” ชุดใหม่ว่าความอ้วนเป็นความจริงที่อันตราย “อ้วนไป ตายเร็ว” และวาทกรรมชุด “ไร้มัน” ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตแบบสองชั่วอายุได้นิยาม “ความงามแบบใหม่” ในบางประการ อาทิ “กลัว อ้วน” จนทำให้ใครก็ตามที่ไม่ผอม จะต้องเร่งหันมาปรับพฤติกรรมตนเองก่อนที่จะกลายเป็นผู้ “ไร้ที่ยืน” หรือกลายเป็นสิ่งแปลกปลอมที่อาจ จะไม่สามารถ “ปรากฏกาย” ได้ในสังคม ก่อให้เกิดคำถามว่า กระบวนการสร้างความรู้ใหม่ที่ทำให้คนอ้วนกลายเป็น “ความเป็นอื่น” เช่นนี้เป็นชุดความรู้ที่ถูกต้องแล้วหรือ ขำร้ายกว่านั้นมันนำไปสู่ปรากฏการณ์และวัฒนธรรม “คลังผอม” ที่ต้องคอยรีด

⁶⁵ <http://www.midnightuniv.org/midnight2545/document9783.html>

ไขมัน และยอมทนเป็นไม้เสียมี พร้อมกับสร้างความเชื่อ “สวยแบบเรียบๆ แบบๆ” คือสุดยอดแห่งความงามที่ทันสมัยในยุคนี้ จนเกิดคำถามว่า สุขภาพที่ดีคือไม่อ้วน หรือต้องสุดผอมกันแน่ และความผอมคือ “ความงาม” ที่แท้จริงหรือไร้จริงที่ลวงโลก

ปรากฏการณ์ชัดขึ้น...ไม่สยบยอมต่อกระแสหลัก เป็นอีกด้านหนึ่งของบุคคลที่ถูกเรียกว่า “คนอ้วน” เมื่อ จุฬารัตน์ มาเสถียรวงศ์ ได้ระบุวาระที่กระบวนการขัดเกลาทางสังคมที่ได้พยายามชู “ความรู้” ชุดใหม่อยู่นั้น ในทางตรงข้ามเราก็จะเห็นปรากฏการณ์ต่อต้านหักล้างค่านิยมดังกล่าวแบบสุดขีดด้วยการค่านิยมใหม่ที่ว่า “ไม่เกรง อ้วน” คือไม่เกรงที่จะอ้วน แถมด้วยการยอมรับความอ้วนเป็นสภาพชีวิตที่มีอาจเปลี่ยนได้ จนนำไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหว “สิทธิคนอ้วน” ซึ่งแม้มันได้สร้างความรู้ในแง่การมองเห็นในศักดิ์ศรีคุณค่าแห่งมนุษย์ทุกคน แต่ในอีกทางหนึ่งมันได้ซ่อนนัยภาพที่เสนอว่า ความอ้วนก็ “เป็นเอก” ได้ หรือเสมือนว่า “อ้วนก็สวยได้” ใครจะทำไม ดังเช่นที่ ปรากฏกิจกรรมการจัดประกวดธิดาช้าง การถ่ายภาพนู้ดคนอ้วน “ลืมห้วน (รักอ้วน)” ผลกระทบต่อเนื่องจากความ เชื่อมั่นในความ “อ้วนอวบ สวยอิม” นำไปสู่ปล่อยปละละเลยร่างกายไม่สนใจไขมันส่วนเกิน หรือไม่เช่นนั้นก็รักที่ขุนตัวให้อ้วน โดยไม่กังวลจะเป็น “ชายขอบ” เพราะมีการรองรับความชอบธรรมด้วย “สมาคมคนอ้วน” จนเกิดคำถามต่อมาว่า นั่นคือทางออกที่ดีของคนอ้วนอย่างนั้นหรือ

จึงได้เสนอการเรียนรู้เท่าทัน “ความอ้วน” ด้วยกระบวนการทางปัญญาที่เรียนรู้ทำความเข้าใจในความอ้วน รู้ถึงรู้ทันภาวะอ้วน การบริโภค ค่านิยมและผลกระทบต่อสุขภาพและปัญญาที่การศึกษาจะต้องนำไปให้ถึง และนั่นก็หมายความว่าการศึกษาจำต้องหรือสร้างชุดความรู้ใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ระหว่างเรื่องอ้วนกับชีวิตจริงให้มากยิ่งขึ้น ซึ่งเรียนรู้ได้ในหลายมิติ เช่น

- การเรียนรู้/กระบวนการศึกษาที่มากกว่าการสอนให้เด็กหรือประชาชน “รับรู้” เรื่องโภชนาการ หรือ “รู้จัก สุขบัญญัติ” ไตๆ (Nutrition Education / Health Education)
- กระบวนการศึกษาที่สร้างการเข้าใจความจริง และใส่ใจดูแลหรือป้องกันรักษาตนเองมากกว่าการเยียวยา ปลายทางแบบต้อง “พึ่งหมอ รอยาช่วย” (Safety Education)
- กระบวนการเรียนรู้ในเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับสมอง การศึกษาเรื่องของสมอง ภาวะความอ้วนกับผลกระทบต่อ “การเจริญเติบโตของสมอง” และพัฒนาการทางปัญญา (Brain-based Education / Brain-based Learning)
- กระบวนการเข้าใจและเท่าทันความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารสร้าง “การทันรู้” สื่อข่าวสารโฆษณาทั้งหลาย เรียนรู้ที่จะ “รู้เลือก/บริโภคเป็น” มากกว่าปล่อยตัวไปกับกระแสบริโภคแบบ “บุฟเฟ้” ไม่เลือกกินหรือกินไม่เลือก (Media Education / Consumer Education)
- การศึกษาที่มากกว่าความรู้แต่สอนให้ “รู้ทัน” โลกาภิวัตน์ แทนที่จะต้องอินเทรนในกระแส “อ้วน/ผอม ยอมหลง” แต่สามารถตั้งหลักหรือเผชิญหน้าในการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมได้อย่างดี (Global Education)
- การเรียนรู้ในคุณค่าหรือสิทธิมนุษยชน ที่มีให้แค่ให้การเรียนรู้รักษาสีผิวขาวอ้วนขาวผอม เรียกกรองแต่เพื่อปลดแอกอคติชนต่างกลุ่ม (Human right Education) และยังสามารถปรากฏได้ในอีกหลายรูปแบบวิชาที่มากกว่านั้นเป็นต้น กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือว่า การศึกษาที่จะขัดต่อวิชาในเรื่องความอ้วน (ผอม) นี้ มีให้แค่การเรียนรู้ ส่วนเสียของความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และค่านิยมทางสังคมอย่างที่เคยเข้าใจ หากแต่รวมไปถึงการบูรณาการวิชาอย่างเป็นองค์รวมในทุกๆ เรื่องที่กล่าวมารวมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต - กาย - ชีวิต สุขภาวะทางปัญญาและสุขภาพของสังคม รวมถึงค่านิยม /คุณค่าในชีวิต (Value) ตลอดจนความรู้ความสามารถที่จะ “รู้แจ้ง” ในแก่นแท้ของการมีชีวิตอย่างมี “คุณภาพ” ทั้งในตนเองและในสังคม หรือกล่าวในอีกทางก็คือ ถึงเวลาแล้วที่การศึกษาจะพูดถึงความรู้ว่าด้วย “อ้วน” อย่างจริงจังและต้องแก้ไขที่ ที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบโรงเรียนก็ดี นอกกระบวนโรงเรียนก็ดี หรือตามอัยยาคัยก็ควรหันมาใส่ใจในเรื่องนี้แบบที่เป็น “ความรู้หรือวิชาแบบองค์รวม” ด้วยใจทยสำคัญในขณะนี้ คือทำอย่างไรจะให้คนในสังคมเข้าใจในสังคมนี้นี้ได้ โดยไม่สร้างความเป็นอื่นอันใดมาดบัง “ปัญญา”

แนวคิดเรื่องร่างกาย (Body) กับต้นทุนทางกายภาพ :

พบในงานของปิยรัตน์ ปันลี (2545)⁶⁶ โดยสรุปว่า สาเหตุที่ทำให้พวกเธอ (ผู้หญิง) ตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการลดความอ้วนนั้นมีหลากหลาย โดยที่พวกเธอให้เหตุผลว่าเป็นเพราะการอยาก “ดูดี” การที่อยากดูเป็น “ผู้หญิง” ลักษณะของงานและองค์กรที่ต้องการภาพลักษณ์ผู้หญิงผอมบาง และต้องการสมัครงาน

และในงานของจริยา ทรัพย์ชาตอนันต์ (2548)⁶⁷ ที่ศึกษาความหมายและการสร้างร่างกายในการเรียนบัลเล่ต์ในสังคมไทย รูปร่างเป็นสิ่งส่งผลโดยตรงต่อการเดินนักเรียนบัลเล่ต์จะถูกเตือนจากครูในชั้นทันทีที่เห็นว่าเริ่มอ้วนขึ้น น้องคนหนึ่งรูปร่างอ้วนจึงถูกครูตำหนิเรื่องน้ำหนักในชั้นเรียนเสมอ มีครั้งหนึ่งพอเลิกเรียนแล้วครูออกมาคุยกับคุณแม่ว่าที่น้องดูอยู่น่าห่อว่าน้องเดินได้ดีแต่ควรลดน้ำหนักจะทำให้ดูสวยยิ่งขึ้น เมื่อเข้าเรียนครั้งต่อไปผู้เขียนเห็นน้องค่อนข้างกังวลกับรูปร่างจัดชุดแล้วจัดชุดอีก พักหลังเธอเริ่มผอมลงแต่ดูเชื่องซึมและเหมือนมีอาการเครียดเล็กน้อยเพราะถูกจำกัดอาหาร

สาเหตุที่ครูเข้มงวดเรื่องน้ำหนัก เพราะมันเกี่ยวข้องกับเทคนิค และพัฒนาการของการเดินนักเรียนบัลเล่ต์ที่มีน้ำหนักตัวมากจะต้องใช้แรงมากกว่าคนที่น้ำหนักตัวน้อย ทำให้เหนื่อยง่ายกว่า ซ้ำยังสร้างกล้ามเนื้อให้ใหญ่ขึ้นโดยไม่จำเป็น อีกทั้งช่วงข้อต่อโดยเฉพาะหัวเข่าและข้อเท้าก็ต้องรับน้ำหนักมาก ในเวลาเดินหรือกระโดดด้วย ในขณะที่คนผอมจะสามารถแสดงให้เห็น “ลายน้” (line หรือเส้นภาพที่ปรากฏผ่านริ้วแขน ลำตัว และขา) ซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อนสำหรับบัลเล่ต์

ท่าทางการเคลื่อนไหวของนักเรียนบัลเล่ต์มักดูสง่า เพราะถูกฝึกให้หลังตรง เช่น นกบอกว่า “คิดว่าคนปกติ จะไม่รู้ว่ายืดตัวตรงเป็นยังไง แต่บัลเล่ต์ train มาให้กระดูกสันหลังตรง...” นุ่มก็บอกว่า “บุคลิกภาพดี เดินดูสง่า” การเรียนทำให้แจ่มบุคลิกดี เดินหลังตรง การเคลื่อนไหวร่างกายดูดีและมีคนชมบ่อยๆ ซึ่งท่าทางการเคลื่อนไหวที่ดี เนื่องจากนักเรียนบัลเล่ต์ถูกฝึก

ร่างกายของนักเรียนบัลเล่ต์จึงถูกมองว่าเป็น “ทุน” ที่ไม่ได้อยู่ในรูปของตัวเงิน โดยแท้จริงคนเราลงทุนในหลายๆ ด้าน และด้านหนึ่งก็คือร่างกาย อย่างเช่นการสวมเสื้อผ้า โดยพื้นฐานเสื้อผ้าเป็นเพียงเครื่องปกปิดร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยสี่ของมนุษย์ แต่เสื้อผ้าก็สามารถบ่งบอกถึงรสนิยม ฐานะ หรือชนชั้นของผู้สวมใส่ได้ด้วย ในทำนองเดียวกัน รูปร่าง ท่วงท่า การเคลื่อนไหว และการแสดงออกก็อาจเปรียบได้กับเสื้อผ้าที่ติดอยู่ในร่างกาย เพราะมันบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นได้รับการอบรมมาอย่างไร มีภูมิหลัง บริบทแวดล้อมทางสังคม หรือชนชั้นแบบไหน สิ่งที่ดีติดอยู่ในร่างกายจึงอาจมองในรูปของ “ทุน” หรือที่บุรดิเยอเรียกว่า “ทุนทางกายภาพ”

ร่างกายของนักเรียนบัลเล่ต์อาจตีความได้หลายอย่างในเชิงชีวะ ร่างกายของพวกเธอ/เขามีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ในเชิงเศรษฐกิจความสามารถด้านบัลเล่ต์ก็สามารถแปรรูปเป็นตัวเงินหรือผลประโยชน์บางอย่างได้ และในเชิงสังคมร่างกายนี้ก็แสดงถึงตัวตน เช่น ความรู้สึกต่อตนเองว่ามีความพิเศษเหนือกว่าร่างกายทั่วไป แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าร่างเหล่านี้เป็นคนละร่าง แต่เป็นร่างเดียวกันที่เจ้าของร่างเลือกใช้ตามความพอใจ

⁶⁶ ปิยรัตน์ ปันลี, กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง : วาทกรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค, วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยามหาบัณฑิต (สาขาวิชา มานุษยวิทยา) ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, คณะ รัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

⁶⁷ จริยา ทรัพย์ชาตอนันต์, ความหมายและการสร้างร่างกายในการเรียนบัลเล่ต์ในสังคมไทย, วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต (มานุษยวิทยา), คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.

ซึ่งในวรรณกรรมของผู้ปกครอง มองการเรียนรู้บัลเล่ต์ในมุมมอง "ทุนทางกายภาพ" สืบเนื่องจากความคาดหวังกับบัลเล่ต์ในการสร้าง "บุคลิกที่ดี" "ความรู้ตัว" หรือ "ความสามารถพิเศษ" สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตในภายภาคหน้าโดยเฉพาะสังคมที่มีการแข่งขันสูง ตามแนวคิดเรื่องทุนทางกายภาพเห็นว่าทุนนี้สามารถแปรรูปเป็นทุนอื่นๆ คือ ทุนทางเศรษฐกิจ (สร้างอาชีพและรายได้) ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรม (ช่วงนี้แสดงถึงตัวตน บุคลิกโดดเด่น การมีความสามารถพิเศษเหนือร่างกายทั่วไป)

ส่วนงานที่ศึกษาโดยใช้แนวคิดร่างกาย (Body) กับต้นทุนทางกายภาพ ในประเด็นอื่นที่ไม่ใช่ "ความอ่อนแอ" เช่น งานของรัตนา อรุณศรี (2547)⁶⁸ ระบุว่าผู้หญิงที่มีรอยสักมีสิทธิในการเป็นเจ้าของในเนื้อตัวร่างกายของตน ฉะนั้นจึงมีนัยยะในการเป็นเจ้าของทุน คือมองร่างกายเป็นแรงงาน ร่างกายเป็นสินค้า ดังนั้นร่างกายจึงเป็นรูปแบบหนึ่งของต้นทุนทางกายภาพที่ร่างกายเป็นเจ้าของอำนาจ และสามารถเปลี่ยนแปลงมูลค่าจากการสร้างนิยมหรือ สร้างความหมายให้แก่ร่างกายของตนเอง ซึ่งในงานวิจัยพบว่าการสักตามร่างกายนั้นสามารถสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับเจ้าของทุนได้ โดย "พีดาว" ซึ่งมีอาชีพสวามัถย์คนโกลีไรระบุว่า "นอกจากความสวยที่พีดาวบอกว่าเธอมีเพิ่มมากขึ้นทุกวันอยู่แล้ว พีดาวยังมีสิ่งอื่นที่ปรากฏอยู่บนเรือนร่างของเธอเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งก็คือ "รอยสัก" นั่นเอง ทั้งนี้รอยสักบนร่างกายได้ทำให้ "พีดาว" ผู้เป็นเจ้าของมีความแตกต่าง และดูเด่นจากเพื่อนคนอื่น ๆ อย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ "พีดาว" ยังมีรอยสักรูปผีเสื้อกำลังโฉบบินที่บริเวณอวัยวะเพศด้านใน ซึ่งเธอเชื่อว่ารอยสักของเธอจะสามารถเรียกแขกได้เยอะขึ้น "พีดาว" เล่าว่ารอยสักนี้สร้างแรงกระตุ้นทางเพศได้มาก ลูกค้าส่วนใหญ่ตกใจ ตะลึง และชอบใจกับรอยสักนี้ บางรายก็กลายเป็นขาประจำ ซึ่ง "พีดาว" มองว่ารอยสักของเธอนั้นมีเสน่ห์ดึงดูดลูกค้า และรายได้ของเธอก็เพิ่มขึ้นมากหลังจากที่เธอมีรอยสักนี้ จนทำให้เพื่อนนักเต้นบางคนอยากจะไปสักตามบ้าง

แนวคิดสตรีนิยมว่าด้วยเรื่องร่างกาย (Body) :

ในงานของรัตนา อรุณศรี (2547) ระบุว่านักสตรีนิยมส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวคิดที่มองว่าอำนาจของผู้ชายที่อยู่เหนือผู้หญิงทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เนื่องจากผู้หญิงมีอำนาจในการควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศน้อยกว่าผู้ชาย และร่างกายของผู้หญิงถูกครอบงำโดยมาตรฐานแห่งเรื่องทางเพศที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ชาย (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2545:89)⁶⁹ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากแนวคิดสตรีนิยมสำนักสุดขั้ว (Radical Feminism) ที่ให้ความสำคัญกับร่างกายของผู้หญิงกับเรื่องทางเพศ เนื่องจากเป็นหัวใจสำคัญในการครอบงำของผู้ชาย สตรีนิยมสาย Radical เชื่อว่าการครอบงำเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมผู้หญิง ดังนั้น การควบคุมผู้หญิงจึงอยู่ที่การควบคุมร่างกาย และคงไว้ซึ่งอำนาจของผู้ชายที่มีอยู่เหนือผู้หญิง ซึ่งความสัมพันธ์ทางเพศเป็นทั้งสิ่งที่สะท้อนความสัมพันธ์ในเชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของผู้ชายที่มีอยู่เหนือผู้หญิงที่กระทำโดยผ่านร่างกาย และยังส่งเสริมความเป็นรองของผู้หญิงอีกด้วย

แต่ในงานของ ปิยรัตน์ บัณลี้ (2545) เกี่ยวกับ "ความอ่อนแอ" ของผู้หญิง ได้วิเคราะห์ว่าการที่สตรีนิยมตะวันตกบางคนกล่าวว่า การอดคือการสมยอม การกินเยอะเกินไปคือการต่อต้าน เป็นคำอธิบายซึ่งอาจใช้ไม่ได้ในบริบทแบบที่ "ไม่ใช่ตะวันตก" คือคำอธิบายนี้ไม่น่าจะใช่ "เรื่องจริงเรื่องเดียว" เกี่ยวกับกระบวนการลดความอ่อนแอของผู้หญิง โดยจากการศึกษาพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับมิติจิตวิทยาอย่างมากในแง่ของปัจเจก ซึ่งแม้ว่าจะมีกระแสบางด้านที่แย้งว่า การนำเอาเรื่อง

⁶⁸ รัตนา อรุณศรี, ประวัติศาสตร์สังคมสังเขปเรื่องการสักร่างกายมองในมิติของความสัมพันธ์ทางเพศสภาพ, วิทยาลัยศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สตรีศึกษา), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.

⁶⁹ วารุณี ภูริสินสิทธิ์, สตรีนิยม ขบวนการอุดมคติแห่งศตวรรษที่ 20, กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2545:89.

จิตวิทยาหรือเรื่องความพอใจมาใช้ ก็เป็นการหลอกผู้หญิงในอีกรูปแบบหนึ่งก็ตาม และเราก็มีอาจปฏิเสธความเป็นจริงที่ว่าปีศาจปีโดยและทุนนิยมทำร้ายผู้หญิงโดยใช้สื่อเป็นเครื่องมือ แต่ก็สามารถพูดอย่างเต็มปากได้ว่า ผู้หญิงก็ไม่ใช่เหยื่อที่จะรอให้นอนให้ทำร้ายโดยไม่สู้ หากแต่เราควรให้ความสำคัญแก่ความสามารถของผู้หญิงที่จะเลือกให้ตัวเองเป็นไปตามทิศทางที่เธอต้องการ หรืออีกนัยหนึ่งพวกเธอไม่ได้ยอมที่จะเป็นผู้ถูกกระทำ คือ ยอมให้สังคมกำหนด “กรอบ/กำหนด” มาตรฐานความงามแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่กลับมีความพยายามเล็กๆ อันยิ่งใหญ่บนโลกของผู้ชายนี้ ในการที่จะอธิบาย/ให้ความหมายของตัวตนของเธอในฐานะผู้กระทำ (active) เช่นกัน หรือพูดอีกนัยหนึ่งก็คือ เธอยังคงให้คุณค่ากับความสวยงามของร่างกายเช่นเดิม แต่ได้สร้างมาตรฐานของความงามขึ้นใหม่เอง หรืออาจเลยไปถึงการที่จะพูดได้ว่าผู้หญิงก้าวเข้าสู่กรอบ/มาตรฐานนั้นๆ ด้วยการยอมรับอย่างสมัครใจ ภายใต “การรับรู้” ว่าสังคมได้วางกรอบอย่างไร โดยรู้ถึงวิธีที่จะขยายหรือจัดการกับกรอบนั้นๆ ด้วย

4. อภิปรายผล

ความตื่นตัวเรื่อง “ความอ่อน” มีมาเป็นเวลายาวนานกว่า 18 ปี เป็นที่ประจักษ์ว่าความอ่อนนั้นไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์เท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาทางสังคม วัฒนธรรมอย่างชัดเจน จะเห็นได้ว่า “ความจริงว่าด้วยความอ่อน” นั้นมีหลายชุดแต่ละชุดก็ได้ให้มุมมองที่แตกต่างกันไป และจากการศึกษาด้วยเลนส์ที่หลากหลายของแต่ละสาขาวิชา ทำให้มองเห็นด้านต่างๆ ของเรื่องราวเกี่ยวกับความอ่อน ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจต่อปัญหา เพื่อแสวงหาทางออกที่ปลอดภัยให้กับสังคมไทย

ภาพรวมการศึกษาเกี่ยวกับความอ่อน ทั้งหมดที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ มีการศึกษาทั้งกับเด็กและผู้ปกครอง วัยรุ่นในสถานศึกษา และวัยรุ่นในชุมชน บนฐานแนวคิดเชิงชีวการแพทย์ (วัดค่า BMI, ตรวจเลือด) ภายใตกรอบการปรับพฤติกรรม ความรู้ การรับรู้ ฯลฯ

จากการศึกษา “ความอ่อน” เป็นดัชนีบ่งบอกอันตรายที่จะทำให้เจ็บป่วยหรือ “เป็นโรค” ในทางการแพทย์ซึ่งวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ให้ความหมายความอ่อนที่สัมพันธ์ต่อสุขภาพว่า ความอ่อนนั้นเป็นภาวะเสี่ยงต่อโรค เป็นภาวะที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าร่างกายกำลังเป็นโรคได้อย่างถูกต้อง แต่ในทางสังคมวัฒนธรรมที่มีสายธารเชื่อมโยงกับประวัติศาสตร์ เกี่ยวกับมายาคติร่างกายและความงามแล้ว ความอ่อนจึงเป็นสิ่งที่ไม่ดี เป็นสิ่งที่น่ากลัว เป็นสิ่งที่น่าเกลียด เป็นปมด้อย เป็นสิ่งน่าอาย เป็นส่วนเกิน เป็นคนสุขภาพไม่ดี เป็นสิ่งเลวร้าย เป็นตัวอันตราย และยังเป็นปัญหาต่อการคบหาสมาคมกับผู้อื่น จนนำไปสู่การจัดการควบคุมและลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าวันนี้ความอ่อนได้ถูกรับรู้และขานรับจากคนกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะผู้หญิงว่า “ไม่ดี” ทั้งในแง่เป็นโรคและการถูกตีตราจากสังคม แต่การลุกขึ้นมาใส่ใจดูแลร่างกายส่วนใหญกลับพบว่าไม่ใช่เหตุผล “เพื่อสุขภาพ” อย่างที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งหวัง กลับมอง “ความสวยงาม” เป็นหลัก โดยใช้เกณฑ์การตัดสินจาก “ค่านิยม” จึงมีทั้งที่ “อ่อนจริงและอ่อนปลอม” ซึ่งหากสืบค้นต่อไปก็อาจพบคนอีกจำนวนหนึ่งที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคกลัวอ่อนอย่างรุนแรง ที่เรียกว่าบูลิเมีย แอบซุกซ่อนตัวอยู่ในสังคมแห่งยุคแพ้นี้ เพราะวิธีการ/พฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักของพวกเธอขัดแย้งกับบรรทัดฐานที่การแพทย์ และสังคมทั่วไปยอมรับ ทำไมพวกเธอต้องทำเช่นนั้น? และทางออกที่ถูกนำมาใช้ในการจัดการกับร่างกายของพวกเธอเป็นอย่างไร ก็ยังไม่เคยมีผู้ศึกษาไว้ หรือต้องเก็บซ่อนพวกเธอเอาไว้ต่อไป?

3

แนวคิดความอ้วน
และการจัดการของประเทศไทย

และที่แตกต่างออกไปคือ มองว่าความอ้วนเป็นความรัก โดยเฉพาะในเด็ก ร่างกายของเด็กถูกใช้เป็นเครื่องยืนยัน บอกเล่าเรื่องราวถึงการเลี้ยงดูอย่างเอาใจใส่ของพ่อแม่ บอกถึงสถานะของครอบครัว เด็กจึงถูกเลี้ยงให้อ้วน “ตั้งใจ” ของพ่อแม่ โดยเด็กไม่มีโอกาสได้เลือกเองเลย และเมื่อพิจารณารายละเอียดในการศึกษาความอ้วน จะพบว่างานที่จะสะท้อนตัวตน การตอบโต้ และแสดงค่านิยม ซึ่งเป็นเสียงของผู้กระทำ/ผู้ถูกกระทำโดยตรง จากเด็กนั้นยังไม่มีส่วนใหญ่มักเกิดจากความสนใจของผู้ศึกษาและความรู้ถอดมาจากแนวคิดทฤษฎีเป็นหลัก

พื้นที่ของการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง เช่น กรุงเทพฯ เชียงใหม่ นครพนม มักเป็นกลุ่มเด็ก/กลุ่มวัยรุ่น ในโรงเรียน และกลุ่มผู้ใหญ่ในคลินิก/สถานบริการเอกชน ซึ่งคนเหล่านี้มักเป็นกลุ่มชนชั้นกลางหรือมีฐานะค่อนข้างดี เป็นกลุ่มที่อยู่ในระบบซึ่งมีความตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับความอ้วนและการดูแลสุขภาพน้ำหนักสูงอยู่แล้ว แต่คนในชุมชนทั่วไปและคนในเขตชนบทที่ฐานะแตกต่างออกไป ซึ่งไม่ได้เข้าระบบนี้ ทั้งที่ซื้อยากินเอง กินอาหารเสริม หรือการทำศัลยกรรมลดไขมัน รวมทั้งกลุ่มที่อ้วนแล้วไม่ทำอะไรเลย และ“กลุ่มอ้วนสวย” ก็ยังไม่ได้มีการศึกษาเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาเฉพาะในผู้หญิง แต่ปัจจุบันค่านิยม “รักสวยรักงาม” “กลัวอ้วน รักผอม” ไม่ได้จำกัดแต่ในกลุ่มผู้หญิงเท่านั้น ดังนั้นควรศึกษาการให้ความหมายกับร่างกายและการควบคุมหรือลดน้ำหนักในกลุ่มต่างๆ เช่น ในผู้ชาย, กระเทยทั้งที่แปลงเพศ/ยังไม่แปลงเพศ เพื่อจะได้ทราบความเหมือน/ความต่างระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย และผู้หญิงในทางชีววิทยากับผู้หญิงในทางสังคม

บรรณานุกรม

- กรุณา ศิริบุญมา. อิทธิพลของความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกต่องานสำเร็จในการลดน้ำหนัก. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาโภชนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- กฤตกรณ์ ประทุม. เอกสารสอนวิชาโภชนาการสาธารณสุขเบื้องต้น. ภาควิชาสุขศึกษา. คณะพลศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2547.
- กฤษดา ศิรามพุท. ทำอย่างไรให้ห่างไกลจากโรคอ้วน. กรุงเทพฯ : ไกลหมอ, 2548. เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สกว. การปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยง. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- จริยา ทรัพย์ชาตอนันต์. ความหมายและการสร้างร่างกายในการเรียนบัลเล่ต์ในสังคมไทย. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัย (มานุษยวิทยา). คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548.
- จามะรี เชียงทอง. ฝึกร่างกายผู้หญิง และโลกาภิวัตน์. ใน อยู่ชายขอบ มองโลกตามจริง รวมบทความเนื่องในวาระครบรอบ 60 ปี จลาตชาย รมิตานนท์. สำนักพิมพ์มติชน. กรุงเทพฯ, 2459 : 300
- จัตพรนุก บุญไชย. การรับรู้รูปร่างและพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร (สาขาโภชนาการ). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,.....
- ชาติชาย มุกสง. ลีนกับพัน (เฟื่อง) : การเปลี่ยนแปลงประสบการณ์การรับรสและความทรงจำเกี่ยวกับ "ความหวาน" จากน้ำตาลพื้นบ้านสู่อุตสาหกรรม. ภูมิปัญญาสุขภาพ : ปฏิบัติการต่อรองของความรู้ท้องถิ่น. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร(องค์การมหาชน). กรุงเทพฯ. ศูนย์ฯ, 2548.
- แซนแวนส, นิโคลาส. ประวัติศาสตร์ธรรมชาติและเมืองแห่งราชอาณาจักรสยาม. กรุงเทพฯ : ก้าวหน้า. 2506; 95.
- ชื่นฤทัย กาญจนจิตราและคณะ. สุขภาพคนไทย 2549. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ภายใต้แผนพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2549:47
- ดุริณี ดลรัตนภัทร. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาศาสตร์และสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- ดิเรก กุลสิริสวัสดิ์(แปล). ลำบากชีวิตวัยสุลยมาน(ฉบับย่อ). ศิลปวัฒนธรรมฉบับพิเศษ. กรุงเทพฯ : มติชน. 2545 ; 86
- เทวี รักวานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร).มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537.
- โทเรกิต. (นามแฝง - อรุณทิพย์ ทอทิ). (2533). น้ำมันปลา. สดสาร 42:11(11 มีนาคม 2533).
- ธิดารัตน์ ไรติกอนอุต. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นรายบุคคลแก่เด็กอ้วนที่มีความผิดปกติในการทดสอบความทนต่อกลูโคส. วิทยานิพนธ์, 2545
- นิรธรา แสงเทียน. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางด้านโภชนาการในการควบคุมน้ำหนักเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการ คณะสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
- นภมาศ ศรีขวัญ. ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม และพฤติกรรมการลดน้ำหนักของผู้หญิง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.
- นาถฤดี เตนดวง. อาหารกับโรคหัวใจ. เอกสารประกอบการสอนวิชาสังคมวิทยาการแพทย์ (SHMS 501), หน้า 61-63.
- น้ำฝน ทองตันไธรย์. การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นหญิงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก). มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- นพวรรณ บัวคง. ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาเอก โภชนาการ). มหาวิทยาลัยมหิดล : 2549
- ปัทมา พรพจมาน. อิทธิพลการอบรมเลี้ยงดูของบิดามารดาต่อการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยเรียนในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาโภชนาการ). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546.
- ปิยรัตน์ บัณเฑาะ. กระบวนการลดความอ้วนของผู้หญิง : วาที่กรรมการสร้างอัตลักษณ์ในวัฒนธรรมบริโภค. วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยา มหาวิทยาลัย (สาขาวิชามานุษยวิทยา) ภาควิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา. คณะรัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545.

3

แนวคิดความอ่อนแอ
และการจัดการของประเทศไทย

- พนิดา มีต้องปัน. ประสิทธิภาพลประกรรมลดน้ำหนักด้วยวิธีควบคุมตนเองในเด็กนักเรียนหญิงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น.วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- มนทิยา สุภินันท์วัฒน. อำนาจ และ ปฏิบัติการพิชิตเนต : กระบวนการจัดการร่างกาย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- รัตนดา อรุณศรี. ประวัติศาสตร์สังคมเชิงเปรียบเทียบเรื่องการสร้างกายของในมิติของความสัมพันธ์ทางเพศสภาพ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สตรีศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2547.
- ลาอุแบร์. ราชอาณาจักรสยาม (จดหมายเหตุลาอุแบร์ฉบับสมบูรณ์ เล่ม 1.). สันต์ ท. โกมลบุตร (แปล). พระนคร : ก้าวหน้า. 2510.
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. สถิตินิยม ขบวนการอุดมคติแห่งศตวรรษที่ 20.กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2545:89.
- วงสวาท โกศลวัฒน์. สถานการณ์ของปัญหาโรคติดต่อในประเทศกำลังพัฒนา. เอกสารการประชุมวิชาการโภชนาการ 44 เรื่องอาหารและโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในโอกาสครบรอบ 25 ปีแห่งการก่อตั้ง สถาบันวิจัยโภชนาการ 21-23 มกราคม 2545. สถาบันวิจัยโภชนาการ และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545
- ศิริบังกช ดาวดวง. ความหมายของความอ่อนแอกับการใช้ยาของวัยรุ่นหญิงในสถาบันอุดมศึกษา. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.
- ศิวพร อุดมสิน. การศึกษาบริการลดน้ำหนักตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนักในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลอนามัยชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- ศรีสุดา ชมพันธ์ และคณะ. ธรรมชาติบำบัด : ศิลปะการเยียวยาร่างกายและจิตใจเพื่อสมดุลของชีวิต. กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์สวนเงินมีมา. 2547
- เสมือนทิพย์ ศิริจารุกุล. การเปลี่ยนแปลงการบริโภคอาหารของคนไทยในเขตเมืองหลวงระหว่าง พ.ศ. 2349-2534. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(ประวัติศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2548.
- สุภัทรา มังคละไชยา. ภาพลักษณ์ร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นหญิง : กรณีศึกษานักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
- แสงอรุณ กนกพงศ์ชัย. วัฒนธรรมในสังคมไทย. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2548; 181-182.
- สมทรง สมควรเหตุ. การลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินอายุ 15-59 ปีในเขตปทุมวันกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
- อนุสรณ์ กันธา. ความพอใจในภาพลักษณ์และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและยาเพื่อควบคุมน้ำหนักในสตรีวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547. อรสา พันธุ์ภักดี. กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
- Mintz, Sidney W., Sweetness and Power: A Place of Sugar in Modern History. New York: Penguin Book, 1986, p 4.; Warde, Alan. Consumption, Food and Taste . London: Sage, 1997.; Pasi Falk. The Consuming Body. London: Sage, 1994.
- Mintz Sidney W. and Du Bois Christine M. The Anthropology of Food and Eating.
- บทความจากเว็บไซต์
- <http://www.thainhf.org/>
- <http://www.moph.go.th/>
- <http://www.thaihealth.or.th>
- <http://www.foodandbakery.com/home/newsshow.asp?newsid=90>
- <http://www.childthai.org/cic/c1499.htm>
- <http://www.midnightuniv.org/midnight2545/document9783.html>.
- <http://www.midnightuniv.org/fineartcmu2001/newpage17.htm>
- <http://www.nectec.or.th/courseware/siamculture/foods/food-culture.html>

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและ กลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคเบาหวาน

4

บทที่

โดย

เยาวเรศ วัสดุธรโยธิน นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และกลวิธีการจัดการของคนไทย
กรณีโรคเบาหวาน

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคเบาหวาน

โดย เยาวเรศ วิสูตรโยธิน นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เบาหวานเป็นโรคชนิดหนึ่ง ที่พบเห็นบ่อยมาก เป็นโรคอาชรรรมของคนที่มีชีวิตอยู่ดี กินดี แต่ออกกำลังกายน้อย โรคนี้เกิดจากตับอ่อนขับอินซูลินออกมาไม่พอ หรืออินซูลินปกติแต่ไม่สามารถใช้ได้เต็มที่ ความน่ากลัวของโรคนี้อยู่ที่โรคแทรกซ้อนถ้าน้ำตาลในเลือดสูงติดกันหลายปี ไม่สามารถคุมให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายสับสนไม่เพียงแต่ร่างกายเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นพลังงานไม่ได้เท่านั้น การเผาผลาญโปรตีนและไขมันจะถูกกระทบไปด้วยกระทบไปถึงเส้นเลือด เส้นประสาท ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง เส้นเลือดแข็งจนเป็นอัมพฤกษ์ หรือประสาทตาเสื่อมไตอักเสบ เป็นต้น

สถานการณ์ของโรคเบาหวาน

องค์การอนามัยโลก ได้พยากรณ์จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี 2000 จะมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 171,000,000 คน และในปี 2030 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 366,000,000 คน และเบาหวานเป็นสาเหตุการตาย ร้อยละ 5 และร้อยละ 80 ประชาชนที่มีชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำถึงระดับกลาง เป็นกลุ่มวัยกลางคน อายุระหว่าง 45 - 64 ปี อัตราตายเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 (WHO, 2007)

จากหลักฐานของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2528 - 2546 ประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 33.3 ต่อประชากร 100,000 คน เป็น 380.7 ต่อประชากร 100,000 คน เป็นจำนวน 11 เท่า โดยไม่มีแนวโน้มจะลดลงเลย และมักจะพบในกลุ่มผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย จำนวนผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่กำลังเสี่ยงจะเป็นเบาหวาน จะมีแนวโน้มที่สูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และพบจำนวนมากในประชาชนเขตเมืองที่มีความเป็นอยู่ที่ดีกว่านอกเขตเมือง ในประเทศไทยจะพบจำนวนของผู้ป่วยเบาหวานในเขตกรุงเทพมหานครสูงที่สุดมากกว่าภาคอื่นๆ ในจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในประเทศไทยจะประกอบด้วย 1. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วไม่ได้รับการรักษา 3. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วควบคุมไม่ได้ 4. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วควบคุมได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ในจำนวนทั้ง 4 กลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 56.6 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 29.4 และส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

จากการสำรวจพบว่าคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปล่าสุดพบว่าในรอบ 5 - 6 ปีมานี้ พบว่าอ้วนลงพุงเกือบร้อยละ 30 หรือประมาณ 12 ล้านคน โดยผู้หญิงพบสูงถึงร้อยละ 50 ส่วนชายพบร้อยละ 21 โดยในกลุ่มคนไทยวัยนี้ ทุก 3 คน จะมีคนอ้วนลงพุง 1 คน พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ลูกหลานมักให้พักผ่อน อยู่บ้าน ไม่ให้ทำงาน โดยการอ้วนลงพุงจะเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดตีบตัน เนื่องจากเซลล์ไขมันส่วนเกิน จะทำให้ร่างกายหลังฮอร์โมนต่างๆ เข้าสู่กระแสเลือดผิดปกติ ส่งผลให้การทำงานของ อวัยวะผิดปกติ (Website : <http://www.moph.go.th>)

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน มีการเจ็บป่วยโดยรวมของคนไทย 1,878.9 ต่อประชากรพันคนในปี 2548 แนวโน้มการใช้บริการสาธารณสุขมีสัดส่วนการใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอและสถานีนามัย หรือหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นในปี 2548 เป็นร้อยละ 42.8 และ 33.3 ตามลำดับด้วยการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จากผลการเจ็บป่วยของคนไทยทางระบาดวิทยาช่วงที่สอง เกิดมีภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น โดยปัจจัยหนึ่งของค่าใช้จ่าย ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งประเทศไทยได้พยายามสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ประชาชนคนไทยเข้าถึงการบริการได้อย่างครอบคลุม ในขณะที่เดียวกันสถานการณ์ผู้ใช้แรงงานปรากฏมีการเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างชาติที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งแรงงานนอกระบบโดยเฉพาะแรงงานภาคเกษตร หาบเร่ แผงลอยที่กว่าร้อยละ 70 ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสังคม โดยมีแรงงานที่ประกันตนภายใต้ระบบประกันสังคมจำนวน 8.2 ล้านคน ในปี 2548 คิดเป็นสัดส่วนแรงงานที่ประกันตนต่อกำลังแรงงานร้อยละ 22.73 แรงงานเหล่านี้ไม่เพียงแต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ สุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งในแง่ที่ต้องทำงานในสภาพที่ไม่ถูกหลักอาชีวอนามัย และเสี่ยงต่อโรคที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

สถานการณ์การศึกษาโรคเบาหวานในมุมมองของการแพทย์แผนไทย ได้อธิบายว่า โรคนี้พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย 69 โดยเฉพาะผู้ที่พื้นฐานดีแต่ไม่ออกกำลังกาย (วิไล วิวัฒน์ชาญกิจ, 2539)

สถานการณ์การศึกษาวิจัยโรคเบาหวาน

การศึกษาสถานการณ์ของโรคเบาหวานในอดีตที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2520 - 2540 การศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทางด้านชีวการแพทย์ (Biomedicine) ประกอบด้วยทางด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุขการแพทย์พื้นบ้าน เพื่ออธิบายการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้ความหมายทางด้านการแพทย์ ด้วยวิธีการศึกษา ได้แก่ การศึกษาทดลองใช้กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาการใช้รูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการศึกษาปัจจัยที่มีผลหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิด การควบคุมโรคเบาหวาน ความเชื่อและเจตคติต่อโรคของผู้ป่วยการควบคุมด้านเมตาบอลิซึม การดูแลสุขภาพตัวเองโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) มากที่สุด กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกเพศ ทุกวัย (สินีนางู ลิขิตรัตน์เจริญ, 2543) โดยในแต่ละการศึกษา จะมีการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่สั้นระหว่าง 1-6 เดือน แล้วประเมินผลการศึกษา (output) ไม่มีการประเมินผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง (outcome) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในมุมมองของผู้ให้บริการ สถานบริการ และส่วนใหญ่เป็นศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่ตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก ไม่มีการติดตามการศึกษาของพฤติกรรมในระยะยาวว่า ประชาชนหรือผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองได้ในระยะยาวหรือไม่

จากการศึกษาวิจัยที่มีทิศทางเป็นชีวการแพทย์ (Biomedicine) เพื่ออธิบายการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานก็พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานก็ยังเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้นในทุกๆ ปี และสอดคล้องกับสังคม

นอกจากนั้น การศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจ (2539) ได้อธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย โดยแนวคิดทฤษฎีนี้เป็นการแพทย์แบบธรรมชาติ ที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยที่เป็นชาวพุทธ อธิบายหลักการทางพุทธศาสนา ยึดหลักความสมดุลของธาตุทั้ง 4 ที่อยู่ภายในร่างกายได้แก่ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลม ธาตุไฟ มิได้แยกกันตามธาตุใดธาตุหนึ่งโดยเฉพาะ มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันตลอดเวลาได้มีอธิบายความหมายของโรคเบาหวานมีการอธิบายจากทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแรกเป็นผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์แผนไทยที่มีใบประกอบโรคศิลปะแผนโบราณ อธิบายว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของธาตุน้ำ โดยดูจากความผิดปกติของปัสสาวะ เพราะมีการนำความรู้การแพทย์แผนปัจจุบันมาประยุกต์ใช้ในการอธิบายและ รักษาโรค กลุ่มที่สอง เป็นหมอพื้นบ้าน ได้อธิบายโรคเบาหวานจากประสบการณ์ที่สั่งสมมาเป็นเวลานาน และรับตกทอดมาจากบรรพบุรุษ ผลผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน มีการทดลองใช้สมุนไพรต่างๆ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญและได้รับการยอมรับจากชาวบ้านทั่วไป ซึ่งจะเห็นว่าการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาเบื้องต้นที่ผู้ป่วยเบาหวานเลือกใช้

การให้ความหมาย

โตมอนด์และโจนส์ แบ่งการนิยามความเจ็บป่วยเรื่องออกเป็นสามมุมมอง คือ 1) การนิยามทางคลินิก เป็นการใช้ความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน 2) การนิยามส่วนบุคคล เป็นการให้ความหมายความเจ็บป่วยเรื่องในระดับบุคคล ที่สามารถกำหนดว่าตัวเขากำลังได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วย 3) การนิยามทางสังคม จะสัมพันธ์กับการนิยามทางคลินิก และการนิยามส่วนบุคคล ในสถานการณ์ของความเจ็บป่วยระยะยาว ซึ่งการนิยามเกิดขึ้นจากกระบวนการยอมรับขัดเกลาทางสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลต้องปฏิบัติตาม ความคาดหวังทางสังคม (Diamond and Jones, 1983 อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2549)

ความหมายของโรคเบาหวานทางประวัติศาสตร์ มีหลักฐานปรากฏในกระดาษปาปิรุสของอียิปต์ ซึ่งเป็นหลักฐานลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่มากที่สุดชิ้นหนึ่ง จากการตรวจพิสูจน์หลักฐานทางโบราณคดี พบว่ากระดาษที่บันทึกเกี่ยวกับเรื่องนี้ มีอายุประมาณ 1,500 ปี ก่อนคริสตกาล นั้นแสดงว่า “เบาหวาน” เป็นโรคที่เก่าแก่มาก

ต่อมาเมื่อประมาณคริสต์ศตวรรษที่ 1 มีการพบบันทึกของแพทย์ชาวกรีก ชื่อ “อารีอุส” ซึ่งได้บันทึกอาการของโรคที่มีลักษณะของการก่อกินเนื้อหนังและมีการถ่ายปัสสาวะจำนวนมากในแต่ละครั้ง โดย “อารีอุส” ได้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า diabetes insipidus ซึ่งปัจจุบันชื่อเรียกนี้หมายถึงโรค “เบาจืด”

เวลาผ่านไปอีกเกือบ 1,700 ปีได้มีคำว่า mellitus เกิดขึ้น mellitus เป็นภาษาละติน แปลว่า น้ำผึ้ง ซึ่งนำมา ใช้เรียกโรคที่มีอาการแบบเดียวกับ diabetes แต่ปัสสาวะที่มีรสหวานว่า “diabetes mellitus” แปลความหมายตามตัวว่า ปัสสาวะหวาน ต่อมาจึงเรียกเพียงสั้นๆ ว่า diabetes โดยหมายถึง “เบาหวาน”

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายโรคเบาหวาน “โรคเบาหวาน หมายถึง โรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นเมื่อตับอ่อนไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินเพียงพอหรืออีกความหมายหนึ่ง หมายถึง การที่ร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินที่ผลิตได้ โดยอินซูลินเป็นฮอร์โมนที่ควบคุมน้ำตาลในเลือด น้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น (Hyperglycaemia) เป็นผลของเบาหวานที่ไม่

การให้ความหมายจากคำนิยามทางการแพทย์ โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือด ซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ ร่างกายของคนเราจำเป็นต้องใช้พลังงานในการดำรงชีวิต พลังงานเหล่านี้ได้มาจากอาหารต่างๆ ที่รับประทานเข้าไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารประเภทแป้ง ซึ่งจะถูกลย่อยสลายกลายเป็นน้ำตาลกลูโคสในกระแสอาหาร และถูกดูดซึมเข้าไปในกระแสเลือดเพื่อส่งผ่านไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย แต่การที่ร่างกายจะนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้พลังงานได้นั้นมีความจำเป็นต้องอาศัยฮอร์โมนจากตับอ่อน ชื่อ อินซูลิน เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ หากขาดฮอร์โมนอินซูลินแล้วก็จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ และจะมีน้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากกว่าปกติ ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินออกมาได้อย่างเพียงพอ หรือสร้างไม่ได้เลยหรือสร้างได้แต่อินซูลินนั้นออกฤทธิ์ได้ไม่ดี ความผิดปกติเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสาเหตุที่ทำให้ร่างกายนำน้ำตาลไปใช้ได้ไม่ดีส่งผลให้น้ำตาลในเลือดเหลือค้างอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ เมื่อในเลือดมีระดับน้ำตาลสูงมากไตจะกรองน้ำตาล ออกมากับน้ำปัสสาวะทำให้ปัสสาวะมีรสหวาน จึงเรียกภาวะนี้ว่า เบาหวาน (เบา อีกนัยหนึ่งหมายถึง การถ่ายปัสสาวะเบาหวานจึงหมายถึงปัสสาวะหวานนั่นเอง)

การให้ความหมายโรคเบาหวานตามลักษณะการแพทย์แผนไทย ส่วนใหญ่ไม่สามารถความหมายของโรคได้ชัดเจน แต่ให้ความหมายว่าเป็น “โบราณโรค” หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นครั้งแรกๆ ไม่แสดงอาการ ทำให้ไม่ได้ทำการรักษาแต่แรกหรือรักษาแล้วไม่หายขาดเพียงแต่คุมโรคไว้ได้เท่านั้น เมื่อได้รับของแสลงก็จะทำให้โรคกำเริบมากขึ้น นับว่าเป็นโรคที่ใช้เวลาในการรักษายาวนาน (วิไล วิวัฒน์ชาญกิจ, 2539)

การให้ความหมายโรคเบาหวานของประชาชน ซึ่งเป็นการนิยามส่วนบุคคล ได้ให้ความหมายตามอาการที่เกิดขึ้นเป็นสามกลุ่ม คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความหมายว่าเป็น อาการปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีลักษณะของสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาตลอด

อาการที่เกิดขึ้นเป็นเพียงเล็กน้อยหรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นประจำ กลุ่มที่สอง ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความหมายว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติที่ไม่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้ป่วยคิดว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นความผิดปกติ ของโรคอื่นที่ผู้ป่วยกำลังเป็นอยู่ กลุ่มที่สาม ผู้ป่วยเบาหวานที่ให้ความหมายว่า อาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะผิดปกติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วย กลุ่มนี้ บางรายมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน หรือเคยได้รับทราบเกี่ยวกับอาการเริ่มแรก ของโรคเบาหวานมาก่อน บางรายมีประวัติ ครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เมื่อมีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน หรือบางรายมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (นุศรา นิ่มน้อย, 2539) นอกจากนั้นยังมีการให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถให้ความหมายของอาการได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเกิดขึ้นแล้ว และรับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติ ไม่ทราบอาการที่เกิดขึ้นว่าเป็นอาการของโรคอะไร “ในครอบครัวก็ไม่เคยมีใครเป็นแบบนี้มาก่อน เลยไม่รู้ว่าเป็นอะไร” เช่น ปัสสาวะบ่อย คอแห้ง กระหายน้ำ อ่อนเพลีย ฯลฯ อาจเนื่องจากการมีอายุมาก การศึกษาน้อยของผู้ป่วย ไม่รู้จักโรคเบาหวานมาก่อน ประกอบกับอาการเกิดขึ้น ซ้ำๆ จึงทำให้ไม่ทราบว่าเป็นอะไร 2) ให้ความหมายว่าไม่ใช่โรคเบาหวาน เช่น อาการคันช่องคลอด มีตกขาวผิดปกติบ่อยๆ จึงให้ความหมายถึงโรคทาง เพศสัมพันธ์ “เมื่อก่อนสามีทำงานก่อสร้างชอบเที่ยวผู้หญิง คงติดโรคจากสามีถึงได้คันช่องคลอด” หรือมีอาการคันตาม ผิวหนัง ก็จะให้ความหมายตามอาการที่เกิดขึ้น “ก็เป็นโรคคันนี่แหละ มันถึงได้คันทั้งตัว” 3) ให้ความหมายว่าเป็นโรคเบาหวาน ตนเองน่าจะเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากมีญาติพี่น้องป่วยเป็น รวมทั้งมีความรู้ว่าเป็นอาการของโรคเบาหวาน ได้รับทราบจากการบอกเล่าของเพื่อนบ้านจากสื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ อาการที่แสดงว่าเป็นโรคเบาหวาน

นอกจากนั้น การให้ความหมายโรคเบาหวานของประชาชน ตามลักษณะอาการแสดงของโรคและสิ่งที่ปรากฏ ภายใต้วงกายของตนเอง มีการอธิบายความหมายของการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ว่าสังเกตจากปัสสาวะจะมีสีเหลืองเข้ม มีคราบ มีกลิ่นฉาวคล้ายเกลือ และยังพบความผิดปกติที่เกิดขึ้นตามร่างกาย เช่น ตามัว ตาฝ้าฟาง ชา หรือสังเกตได้จากความ กระฉับกระเฉงในการทำงาน เช่น รู้สึกขี้เกียจเอาแต่อยากนอน ส่วนการมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่จะรับรู้ว่าจะมีอาการเป็นลม รู้สึกอ่อนเพลีย ใจสั่น เวียนศีรษะ ถ้าน้ำตาลต่ำมากๆ อาจซึบได้ และผู้ป่วยรับรู้ว่าถ้าน้ำตาลต่ำให้อมน้ำตาล ถ้าน้ำตาลสูงเกิดจากการรับประทานไม่ระมัดระวัง ตามใจตัวเอง ก็จะพยายามควบคุมตัวเอง (ลิอชัย ศรีเงินยวงและคณะ, 2534) และประชาชนบางกลุ่ม ได้มีการอธิบายอาการและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในลักษณะที่ผสมผสานกัน ว่าเป็น “โรคแทรก” หรือเป็น “อาการที่ผู้ป่วยคาดว่าจะปรากฏในช่วงท้ายของความเจ็บป่วย” (นุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534) ประชาชนยังให้ความหมายโรคเบาหวานว่าเป็นโรคเรื้อรัง ไม่มีทางรักษาให้หาย การรักษาเป็นเพียงเพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรง ขึ้น หรือมีโรคแทรกซ้อน เพราะนั่นคือ ความรุนแรงที่ยิ่งกว่าการเป็นโรคเบาหวานเสียอีก ผู้ป่วยบางรายให้ความหมายโรคเรื้อรัง และง่ายต่อการมีโรคแทรกซ้อนว่า เป็นโรคที่มีระดับความรุนแรงรองจากโรคเอดส์ โรคมะเร็ง และภาพลักษณ์ที่สร้างความวิตกให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอย่างมาก คือ การต้องถูกตัดแขน ขา จนพิการไปตลอดชีวิต (ลิอ ชัยและคณะ, 2534)

สาเหตุปัจจัย อาการ การดูแล การแสวงหาบริการ

การอธิบายสาเหตุและปัจจัย

ระบบวิธีคิดของผู้ป่วยที่มีต่อโรคเบาหวาน สัมมาจากประสบการณ์ความเจ็บป่วย การถ่ายทอดบอกเล่าสืบต่อมาจนพัฒนาเป็นแนวคิด และการปฏิบัติบนพื้นฐานของระบบคิดนั้น การรับรู้ ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจะสัมพันธ์โดยตรงกับ พฤติกรรมการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์ หัวใจสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาของแพทย์นั้น เป็นเรื่องของสื่อสารและให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น โดยเป็นปัญหาที่สืบเนื่อง มาจากรากฐานความคิดหรือระบบความคิด ความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้อารมณ์ของแต่ละฝ่าย นำไปสู่การบอกอธิบายและแนวปฏิบัติที่แตกต่างกัน ความคาดหวังต่อการรักษาและผลของการดูแลตนเองของผู้ป่วยก็แตกต่างกันไปด้วย (Kleinman, 1980 : 83-118 อ้างใน นุศรา เกิดพึงบุญประชา)

4

ประสบการณ์กับความเจ็บป่วย
และวิถีการพิจารณาของคนไทย
กรณีโรคเบาหวาน

การอธิบายสาเหตุ การเกิดโรคเบาหวานในทางการแพทย์แบ่งออกเป็น 2 อย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพของบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยด้านอายุ และปัจจัยเสี่ยงทางด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรม การดำรงชีวิตของบุคคล ที่อยู่ในสังคมนั้นๆ เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ความคิด ความเห็นของประชาชน ต่อการรับรู้อาการที่เกิดขึ้นครั้งแรกในลักษณะทางการแพทย์ ก่อนที่จะได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน มีสองลักษณะ คือ 1) ตรวจพบโดยบังเอิญไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จากการที่ผู้ป่วยมารับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือมาตรวจโรคอื่นแล้วพบโรคเบาหวาน 2) มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นชัดเจน

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้อธิบายการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันไปในแต่ละราย อาการที่รับรู้มากที่สุด คือ อาการปัสสาวะบ่อย อธิบายทางการแพทย์เป็นความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอินซูลิน มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนเกินความสามารถที่ไตจะกักเก็บไว้ได้ จึงมีการกรองน้ำตาลในเลือดออกมาทางปัสสาวะ ในขณะที่เดียวกันน้ำตาลที่ถูกกรองจะดึงเอาน้ำออกมาด้วย จึงทำให้มีจำนวนปัสสาวะมากและปัสสาวะบ่อย อาการคอแห้งกระหายน้ำ เกิดขึ้นเนื่องจากการสูญเสียน้ำทางปัสสาวะมาก อาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด เป็นอาการที่ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลที่ได้จากเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงมีการสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาใช้เป็นพลังงานทดแทน ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับการขาดน้ำจึงมี อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้อฝ่อลีบ น้ำหนักตัวลดลงมากทั้งๆ ที่รับประทานอาหาร (นริสา ศรีลาชัย, 2540)

ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน จะพยายามคิดทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรคของตนเองตามการรับรู้จากประสบการณ์เดิม จากพฤติกรรมส่วนตัวในเรื่องการบริโภค การทำงาน จากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น เช่นญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะพิจารณาตัดสิน ไตร่ตรอง และแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมตลอดเวลา แล้วนำเหตุผลมาวิเคราะห์เพื่ออธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานของตนเอง ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคแตกต่างกันเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก ไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานได้ ภายหลังจากการได้รับการวินิจฉัยแล้วพยายามทบทวน พิจารณา และวิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดโรค กลุ่มที่สองเป็นกลุ่มที่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคเบาหวานได้ จากการได้รับความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ จากความคิดความเชื่อของตนเอง จากประสบการณ์ส่วนตัว จากการสังเกตการปรึกษาบุคคลอื่น ได้อธิบายออกมาเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ เบาหวานที่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภค, จากความผิดปกติของร่างกาย, กรรมพันธุ์ และเบาหวานที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนั้นประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ยังมีการกำหนดความรุนแรง ของโรคจากสิ่งที่ตนเองเคยประสบร่วมกับผลกระทบจากอาการที่เกิดขึ้นของโรค เช่น การเกิดแผลแล้วหายช้า การเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หรือจากประสบการณ์ที่ตนเองรับรู้จากบุคคลใกล้ชิด จำแนกเป็น 4 ลักษณะ ดังนี้โรคเบาหวานที่ไม่มีความรุนแรง เป็นลักษณะอาการที่ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เมื่อสังเกตร่างกายตนเองขณะเป็นแผลแล้วหายตามปกติ โรคเบาหวานที่มีความรุนแรงปานกลาง เป็นการรับรู้ว่าเป็นโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายขาดจำเป็นต้องป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นสิ่งสำคัญ ความรุนแรงมากขึ้นหรือน้อยลงขึ้นกับการดูแลสุขภาพตนเองโรคเบาหวานที่มีความรุนแรงมาก เป็นอาการที่ผู้ป่วยตัดสินใจตัดสินใจความรุนแรงโดยอาศัยประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยพบเห็นผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานอื่นที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เป็นอย่างดี ถูกตัดขาเสียชีวิต จึงนำเหตุการณ์เหล่านี้มาพิจารณาไตร่ตรองเป็นอาการที่มีความรุนแรงมาก โรคเบาหวานที่ไม่สามารถประเิน ความรุนแรงได้ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความเห็นต่ออาการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้คงที่ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ที่พอใจก็ถือว่าไม่มีความรุนแรง แต่ถ้าระดับน้ำตาลไม่สามารถควบคุมได้ จะมีความรู้สึกกลัวร่วมด้วย จะถือว่าโรคเบาหวานมีความรุนแรง

จากการศึกษา ความเชื่อ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานเมื่อมีอาการปรากฏชัดแจ้ง โดยผู้ป่วยเหล่านั้นได้ปล่อยให้อาการผิดปกติเกิดขึ้น และ

เมื่อสังเกตนานเกือบเดือนจึงไปหาแพทย์ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปรักษาโรคอื่น

ความคิดความเห็นของประชาชน ต่อการรับรู้อาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นครั้งแรกในลักษณะองค์ประกอบของชีวิต ตัวตน

ผู้ป่วยเบาหวานมีการสูญเสียความเป็นตัวตน (Loss of Self) จากภาวะความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง มีความทุกข์ทรมานจากความไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ ได้รับอันตรายจากกระบวนการรักษาทางการแพทย์ มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว สูญเสียความสามารถในการผลิต (Loss of productive function) มีความกดดัน ตึงเครียดในครอบครัว ถูกตีตรา การดำรงชีวิตมีข้อจำกัด ส่งผลให้บุคคลสูญเสียความเป็นตัวเอง และความเป็นอัตลักษณ์ตัวตนลดลง (Loss of Self-Esteem, Self Identity) ประสบการณ์ความทุกข์จากความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ประชาชนมีข้อจำกัดในชีวิต (Restricted Life) ทำให้โอกาสการสร้างคุณค่าตัวเอง (Valued Self) ลดลง มีการแยกตัวออกจากสังคม (Social Isolation) สูญเสียเพื่อน มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมาก ไม่สามารถมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว (Loneliness) มีความไม่น่าเชื่อถือ (discrediting) ไปด้วยความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยกับโรคเรื้อรังทำให้ ผู้ป่วยมีการปรับตัว โดยการสร้างตัวตนใหม่ด้วยการใช้เวลาในอนาคต (Future time) ทำให้ผู้ป่วยจะกล้าเผชิญกับภาวะ discrediting ทั้งที่แสดงเป็นคำพูด (Verbal) และไม่ใช่ (Non-verbal) จะพยายามสร้างคุณค่าให้กับตนเองและอยู่อย่างมีความสุขกับภาวะความเจ็บป่วย (Charmaz, 1983) จากการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานมีการอธิบายการรับรู้ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของชีวิต เมื่อเป็นเบาหวาน โดยอธิบายการเปลี่ยนแปลงชีวิตว่า ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ กลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต จะมีปัญหาภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าชีวิตเปลี่ยนไปมาก เนื่องจากมีผลกระทบกับการดำรงชีวิต 2) การรับรู้สาเหตุของความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากพฤติกรรมและวิถีชีวิต, กรรมพันธุ์ และความผิดปกติของอวัยวะ เนื่องจากผู้ป่วยมีการทบทวนการดำเนินชีวิตของตนเองที่ผ่านมา แล้วเชื่อมโยงกับสภาพการเจ็บป่วย จึงเกิดเป็นความเชื่อ ขึ้น 3) การรับรู้ผลกระทบการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ว่ามีผลกระทบต่อร่างกาย โดยอธิบายว่าภาวะเบาหวานส่งผลกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงตามมาอย่างมาก เช่น อาการอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ปัสสาวะบ่อย คันตามผิวหนัง ความรู้สึกทางเพศลดลง ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ป่วยให้เหตุผลว่า โรคเบาหวานทำให้เกิดความหงุดหงิด ความเครียดมากขึ้น อาจเกิดภาวะซึมเศร้า จากความล้มเหลวของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือผู้ป่วยบางคนอธิบายว่า การเป็นเบาหวานทำให้เป็นคนใจเย็นขึ้นในกลุ่มที่สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตได้อย่าง

ผู้ป่วยโรคเบาหวานเมื่อสามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคได้ หรือไม่ได้นั้น ก็จะพยายามบอกถึงระดับของความรุนแรงตามลักษณะอาการของตนเอง และอธิบายผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงดังกล่าวว่า มีผลโดยตรงต่อตัวเองและครอบครัวอะไรบ้าง โดยผู้ป่วยอธิบายผลกระทบของโรคเบาหวานออกเป็น 3 ลักษณะ 1) ผลกระทบต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน เห็นว่า ความสามารถในการปฏิบัติงานลดลงจากอาการของโรคเบาหวาน เช่น มือเท้าชา อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน บางคนถึงกับเลิกทำงาน ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัว เช่น ทำงานน้อยลง ระวังระดับการบริโภคอาหารมากขึ้น (ผู้เขียน) อาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเป็นความไม่แน่นอน (uncertainty) ที่ส่งผลให้ชีวิตผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวกับอาการที่เกิดขึ้นทุกวันเป็นอาการที่มีความแตกต่างกัน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมาก หรือความเจ็บป่วยที่แทรกเข้ามาชนิดที่คาดไม่ถึง สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงชีวิต ที่อาจประสบกับการถูกตีตราจากสังคมรอบตัวโดยเฉพาะครอบครัว ผู้ป่วยอาจจะสูญเสียความสัมพันธ์ในสังคมจากสิ่งเหล่านี้ Corbin and Strauss (1985) ได้อธิบายว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยเหล่านี้ (illness experience) จะมีผลกระทบในชีวิตของผู้ป่วย ที่ก่อให้เกิดงาน 3 กลุ่ม ได้แก่ งานในวงจรการเจ็บป่วย (illness trajectory work) งานในชีวิต

ประจำวัน (Everyday life work) งานตามชีวิตของแต่ละคน (Biographical work) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ จะยิ่งเกิดความรู้สึกมั่นใจในการควบคุมชีวิตตนเอง มีความกระตือรือร้น ไม่สิ้นหวังหรือมองว่าตนเองไร้ค่าและเป็นภาระของครอบครัว (จิรนุช สมโชค, 2540) 2) มีผลกระทบต่อด้านค่าใช้จ่าย เมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยกับร่างกายตนเอง นั้นหมายถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษา เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ฯลฯ เมื่อไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจะต้องใช้จ่ายเพื่อให้เกิดงานแก่ตนเองและงานแก่ครอบครัว บางครั้งความเจ็บป่วยทำให้มีผลกระทบต่อยาได้ของตนเอง Conrad (1985) ได้อธิบายว่าสิ่งสำคัญที่เป็นประสบการณ์ความเจ็บป่วย คือ เงิน (ค่าใช้จ่าย) เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากการไม่มีงานทำ มีค่าใช้จ่าย และเป็นสิ่งที่ทำให้แต่ละบุคคลและครอบครัว ต้องรับผิดชอบ เมื่อมีการเจ็บป่วย 3) ไม่มีผลกระทบต่อด้านตนเองและครอบครัว เนื่องจากปัจจุบันยังมีสุขภาพแข็งแรง คืออยู่สามารถทำงานได้ตามปกติแม้จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน แต่ส่วนใหญ่ความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมักจะมีผลกระทบต่อการทำงานหรือกิจวัตรประจำวัน มากที่สุดเนื่องจากอาการที่แสดงออกมาความคิด ความเห็นของประชาชน ต่อการรับรู้อาการของโรคเบาหวานที่เกิดขึ้นครั้งแรกในลักษณะขององค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการเกิดโรค

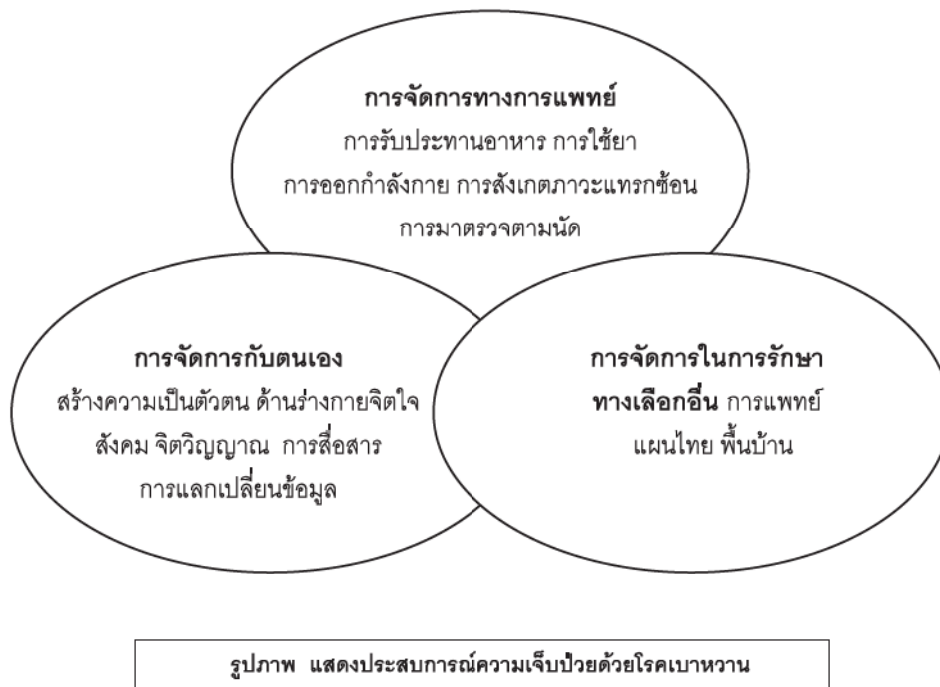
จากการศึกษาความรุนแรงของโรคเบาหวานในผู้หญิงภาคตะวันออกของประเทศไทย ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น 1) วัฒนธรรมการบริโภค โดยเฉพาะวัฒนธรรมแบบชาวตะวันตก ซึ่งลักษณะของผู้หญิงภาคตะวันออกส่วนใหญ่อพยพมาเป็นแรงงาน การรับประทานอาหารไม่ได้เกิดจากการปรุงอาหารเอง เนื่องจากความเร่งรีบในการทำงานที่ต้องแข่งขันกับเวลา จะซื้ออาหารปรุงสำเร็จมารับประทานมากขึ้น อาหารส่วนมากเป็นอาหารประเภทให้พลังงานมีส่วนประกอบของแป้ง น้ำตาล โซเดียม โคลเลสเตอรอลในปริมาณที่สูง และปรุงเป็นอาหารจานด่วน (fast food) ซึ่งควบคุมพลังงานได้ยาก

การรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ผู้ป่วยเบาหวานจะรู้ดีที่สุดว่าการคุมอาหารเกี่ยวข้องกับการทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้นทั้งสิ้น ปัญหาการคุมอาหารของผู้ป่วย คือ การลดข้าว หรือเปลี่ยนข้าวเหนียวเป็นข้าวเจ้า “ข้าว” ในความรู้สึกของชาวบ้านทำให้มีแรง อิ่มทน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทำงานหนัก “เวลายามหน้าดึกา ลงไปดำพอทันสี่ ห้าโมงก็หิวแล้วต้องหยุดไปกิน” “กินอะไรอื่นแทนก็ไม่เหมือนกินข้าว มันหิวไม่อยู่ท้อง เราต้องทำงานไม่มีอาหารกินจบบอกอยู่ไม่ได้” (ลือชัย ศรีเงินวง และคณะ, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bhensri Naemiratch (2006) พบว่า ผู้ป่วยรู้ว่าจะต้องมีการปรับอาหารที่รับประทาน ซึ่งเป็นสิ่งที่ยาก เช่น ข้าว มีความสำคัญสำหรับคนไทย เป็นทั้งสินค้าและมีความหมายในด้านวัฒนธรรม การที่หมอแนะนำให้ลดจำนวนข้าวลง มันคงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานผู้ป่วยกล่าวว่า “เราโตมากับข้าว เราเป็นคนจน แม่บอกให้กินข้าวเยอะๆ เพราะเราไม่มีเงินไปซื้ออาหารอื่น สิ่งที่จะทำให้เราอึด คือ ข้าว ฉันจำได้ว่า ฉันกินข้าวจำนวนมากมาเป็นเวลานาน ฉันจะทำตามคำแนะนำของหมอได้อย่างไรที่จะไม่กินข้าวจำนวนมาก ?” นอกจากนั้น ผู้ป่วยยังรับรู้ว่าอาหารแสดงของคนเป็นเบาหวานคืออะไร บางรายจะงดหรือหากจะกินก็น้อยที่เคยกิน เช่น พุเรียน ของหวาน ลำไย และการรับรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายของผู้ป่วย จะหมายถึง การทำงานที่กระทำอยู่ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกายตามที่หมอแนะนำ จะหมายถึง การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกายบริหาร ซึ่งบางคนรู้สึกอึดต่อเพื่อนบ้านหรือลูก หลาน เมื่อต้องออกกำลังกายตามหมอสั่ง 2) ภาระงานและการเปลี่ยนแปลง 76 วิถีการดำรงชีวิต ผู้หญิงภาคตะวันออกที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในปัจจุบัน ก็ยังคงรับผิดชอบงานทั้งในบ้านตามบทบาทต่อครอบครัว และพยายามทำงานนอกบ้านเพื่อให้มีรายได้มาจุนเจือครอบครัวมากขึ้น เวลาในการพักผ่อนลดลง ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง แม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่อาจส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สร้างความเครียดแก่ตนเองมากขึ้น ซึ่งความเครียดทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนที่ต่อต้านฤทธิ์ของอินซูลิน ได้แก่ กลูคาγον (Glucagon) คอร์ติโคสเตรอยด์ (Corticosteroid) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น 3) ขาดการออกกำลังกาย 4) ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบให้ผู้หญิงที่ป่วยเหล่านี้ ไม่สามารถแสวงหาบริการ สุขภาพ หรือความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้ รวมถึงการได้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง มีโอกาสแสวงหาความรู้จากสื่อสุขภาพได้น้อย 5) การรับประทานยาบางชนิด ที่มีผลด้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ได้แก่ ยาคุมกำเนิด ยาขับปัสสาวะ

ยาประเภทเตียรอยด์ (มานี จ่านองผล, 2540)

นอกจากนั้น ยังมีผู้ป่วยอธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานว่า ผู้ป่วยจำนวนมากไม่รู้จักโรคนี้มาก่อน แต่เริ่มรู้จักเมื่อตนเองมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งเชื่อว่าโรคนี้เกิดจากพฤติกรรมการกิน เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่จะชอบกินอาหารที่ก่อให้เกิดโรคได้ง่าย เช่น อาหารที่มีรสหวาน อาหารที่มีไขมันมาก ความเชื่อของผู้ป่วยต่อมาเชื่อว่าโรคเบาหวานเกิดจากกรรมพันธุ์ เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบุคคลที่ใกล้ชิดในครอบครัวป่วยด้วยโรคนี้มาก่อน และได้มีการอธิบายความรุนแรงของโรคเบาหวานจากประสบการณ์ที่เคยพบเห็นคนที่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ว่าจะเป็นคนใน ครอบครัว ญาติ มาเป็นตัวจักรสำคัญที่จะทำให้เชื่อว่าโรคนี้มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด สิ่งที่เคยพบเห็นคนใกล้ชิดมีอาการมากบ้างน้อยบ้าง อาการที่ปรากฏชัด คือ การสูญเสียอวัยวะและตายในที่สุด (บุศรา เกิดพึงบุญประชา, 2534)

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน มีรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์ว่า เกิดจากการรับประทานอาหารหวานทุกชนิดในปริมาณมาก (รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540)



อาการและการดูแลรักษา

ในการดูแลรักษา Kleinman ได้เสนอแบบที่อธิบายระบบบริการสาธารณสุขของสังคมหนึ่งๆ ประกอบด้วย ระบบย่อย ได้แก่ 1) ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Health Sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด 2) ระบบการแพทย์แบบตะวันตก (Professional Health Sector) 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector of care) การรักษาเยี่ยงวาระเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วย ครอบครัวและเครือข่ายสังคมที่มีการรับรู้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยร่วมกันในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยเบาหวานจะมีการเลือกใช้ระบบการแพทย์ทั้ง 3 ระบบ เนื่องจากอาการบางอย่างไม่มีความชัดเจนประชาชนจึงคิดว่าตัวเองไม่เจ็บป่วย เพียงแต่คิดว่าเป็นความผิดปกติเล็กน้อยก็จะใช้บริการระบบการแพทย์ของสามัญชนมากกว่าระบบการแพทย์แบบตะวันตกและ

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคเบาหวาน

ระบบการแพทย์พื้นบ้าน

จากข้อมูลสถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในประเทศไทย จะพบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยมีจำนวนมากที่สุด ซึ่งเป็นเหตุผลอย่างหนึ่งที่อธิบายได้ว่า ตัวผู้ป่วยไม่รู้ว่าตัวเองมีอาการของโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทั่วไป เช่น บัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ เวียนศีรษะ เป็นต้น จึงทำให้มีการพยายามเสาะแสวงหาการรักษาเบื้องต้นตามอาการก่อน ถ้าอาการดีขึ้นก็คิดว่าตัวเองไม่เป็นอะไร หรือบางอย่างก็สอถามจากเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน เพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้น จนกว่าอาการที่พบเกิดกับตัวเองซ้ำๆ การดูแลรักษาแบบเดิมไม่ได้ผล จึงตัดสินใจไปพบแพทย์ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการของชาวอเมริกันในสลัมใจกลางเมืองนิวยอร์ก ซึ่งมีประชาชนที่เจ็บป่วย ประมาณ 2 ใน 3 ไม่ได้ไปหาแพทย์เพียงแต่รักษาเยียวยาตนเองโดยยาสมุนไพร หรือไปหาหมอไสยศาสตร์ เรียกว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยสามัญชน (Lay Referral System) โดยมีบุคคลที่มีความสัมพันธ์และแวดล้อมผู้ป่วย ได้แก่ ญาติพี่น้อง

ในทางการแพทย์ ได้อธิบายอาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มักพบบ่อยๆ ได้แก่ 1) อาการบัสสาวะบ่อยมีปริมาณมาก เนื่องจากกระบวนการกรองน้ำตาลในเลือดที่สูงมากออกมาทางบัสสาวะ โดยไตนี้จำเป็นต้องดึงน้ำตาลออกมาด้วย ดังนั้นผู้ป่วยยังมีระดับน้ำตาลสูงมากเท่าใดก็ยิ่งบัสสาวะบ่อยและมากขึ้นเท่านั้น ทำให้ต้องตื่นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนหลายครั้ง 2) อาการคอแห้ง กระหายน้ำและดื่ม น้ำมากเป็นผลจากการที่ร่างกายเสียน้ำไปจากการบัสสาวะบ่อยและมาก ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำจึงต้องชดเชยด้วยการดื่มน้ำบ่อยๆ 3) อาการน้ำหนักลด ผอมลง เนื่องจากในภาวะที่ขาดอินซูลินร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดไปใช้เป็นพลังงานได้ ร่วมกับการขาดน้ำจากการบัสสาวะบ่อย ร่างกายจึงจำเป็นต้องนำเอาโปรตีนและไขมันที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อมาใช้แทน จึงทำให้รู้สึกอ่อนเพลียและน้ำหนักตัว ลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ 4) อาการหิวบ่อยและรับประทาน เนื่องจากร่างกายขาดพลังงานจึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยและ รับประทาน ซึ่งอาการทางการแพทย์เหล่านี้มีหลายๆ อาการที่มีลักษณะตรงกับอาการที่ผู้ป่วยเบาหวานในระยะเริ่มแรก เป็นแต่ไม่ได้อธิบายว่าเป็นความผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย แต่เป็นเพียงอาการที่พบได้ทั่วไป ทำให้การดูแลรักษาของแต่ละคนมีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ในแต่ละสังคม ขึ้นกับประสบการณ์ในการรับรู้ของตนเอง หรือได้รับการบอกกล่าวจากครอบครัว เพื่อนบ้าน

ระบบการดูแลสุขภาพในภาคประชาชน (Popular Sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วย การรอสั่งเกตอาการ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยปล่อยให้อาการดำเนินต่อไป โดยไม่ทำอะไรเลยจนถึงระยะเวลาหนึ่ง มีการปรึกษา ขอคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและช่วยในการตัดสินใจรักษาอาการที่เกิดขึ้น การรักษาตัวเองตามอาการ เป็นอาการเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นภาวะผิดปกติ จะเริ่มรักษาตนเองหรือขอคำปรึกษาสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อขอคำแนะนำแล้วจะเริ่มรักษาตนเอง เช่น การซื้อยารับประทานเอง (ยาหอม ยาแก้หวัด ยารักษาภายนอก: ยาหยอดตา) รวมทั้งการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น เช่น การนอนพัก ดื่มน้ำหวานหรือน้ำอัดลม โดยระบบการดูแลสุขภาพในภาคประชาชน จะเป็นระบบที่ถูกเลือกใช้จัดการกับอาการที่เกิดขึ้นในครั้งแรก ซึ่งจะมีปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมที่แสวงหาการดูแลสุขภาพลักษณะนี้ คือ อัตราค่ารักษา, ความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ องค์ประกอบอื่นที่สนับสนุนการเลือกใช้ระบบบริการภาคประชาชนได้แก่ การให้ความรู้ คำแนะนำ การโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ของผู้ให้บริการ ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเลือกของผู้ป่วย และปัจจัยที่สนับสนุนด้านผู้รับบริการได้แก่ คำแนะนำจากเพื่อนบ้านและเครือข่ายสังคม, การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว, ความเชื่อ/ค่านิยมต่อการรักษา, ประสบการณ์การรักษาของบุคคลใกล้ชิด, เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่ต้องให้รับภาระต่างๆ ในการจัดหา

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk Sector) เป็นระบบการดูแลสุขภาพที่ไม่มีองค์กร ไม่รูปแบบของวิชาชีพทางตะวันตก มีทั้งถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย ประกอบด้วย กลุ่มที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ ไสยศาสตร์ ใช้วิธีการรดประพรมน้ำมันต์ เวทมนต์คาถา และกลุ่มที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษาด้วยหมอยาพื้นบ้าน ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ซับซ้อนกว่าการรักษาตนเองของชาวบ้าน มีการใช้สมุนไพรเป็นวิธีการรักษา ระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นระบบการ

แพทย์ย่อยๆ ที่สังคมไทย ได้สังเคราะห์ขึ้นและได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ เช่น หมอแผนโบราณ หมอยา หมอไสยศาสตร์ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ในทิวทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่นๆ, บรรณานุกรม, 2533 : 92-110) เมื่อรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยบางคนมักจะทำการทดลองการรักษาแบบต่างๆ ตามที่มีผู้แนะนำวิธีการทดลองมีหลากหลายวิธี เช่น การทดลองดื่มน้ำปัสสาวะตัวเอง การใช้ยาสมุนไพร การใช้ยาพื้นบ้าน

นอกจากนั้น ผู้ป่วยเบาหวานยังมีการเลือกใช้สมุนไพรในการรักษาร่วมกับการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วย 3 ลักษณะ ในกลุ่มแรก ผู้ป่วยเคยใช้ยาสมุนไพรในอดีตและปัจจุบันยังคงใช้อยู่ควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน โดยมีความเชื่อว่า ยาสมุนไพรแม้จะไม่รักษาให้หายขาดได้ แต่ยังพอคุมไม่ให้น้ำตาลในเลือดขึ้นสูงมากผิดปกติ กลุ่มที่สอง ผู้ป่วยเคยใช้ยาสมุนไพรในอดีตและปัจจุบันเลิกใช้แล้ว ผู้ป่วยจะใช้ยาสมุนไพรในระยะแรกเพราะคิดว่าจะทำให้หายขาด หลังจากนั้นจะรู้สึกถึงขั้นตอนที่ยุ่งยากและรสชาติที่เผ็ดของยาสมุนไพร และไม่เห็นผลของการลดระดับน้ำตาลในเลือด ให้หายขาดได้ จึงตัดสินใจเลิกใช้ยาสมุนไพร คงเหลือแต่การใช้ยาโรงพยาบาลเท่านั้น กลุ่มที่สาม ผู้ป่วยไม่เคยลองใช้ยาสมุนไพรเลย ด้วยเหตุผลว่าไม่เชื่อผลของยาสมุนไพร หรือจากประสบการณ์ที่เคยเห็นบุคคลใกล้ชิดใช้แล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีการใช้สมุนไพร จากการแนะนำของเพื่อนบ้าน การประเมินผลการรักษายังคงใช้การวัดระดับน้ำตาลในเลือดเป็นส่วนใหญ่ บางรายใช้การสังเกตอาการของตนเองร่วมกับระดับน้ำตาลในเลือด (นุสรา นิมน้อย, 2543)

ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional Sector) เป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีรูปแบบวิชาชีพในลักษณะที่มีวิทยาการขั้นสูงแบบตะวันตก มีการจัดองค์กรที่เป็นทางการ เช่น สถานือนามัย โรงพยาบาล คลินิกแพทย์ ตามแนวคิดทางด้านชีวการแพทย์ (Biomedical Model) ในการรักษา ในการดูแลสุขภาพในส่วนของประเทศชน มีการเชื่อมโยงระบบการดูแลสุขภาพในส่วนอื่นเข้าด้วยกัน

ผู้ป่วยแต่ละคนที่รับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย จะเลือกใช้การดูแลสุขภาพด้วยวิธีที่แตกต่างกัน ผู้ที่รับรู้ว่าเป็นอาการปกติ ก็จะมีการรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ เป็นอันดับแรก ส่วนผู้ที่รับรู้ว่าเป็นอาการผิดปกติ ก็จะอธิบายอาการที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ ติความ วิจัยผ่านประสบการณ์ของตนเอง หรือปรึกษาจากบุคคลใกล้ชิด และเริ่มเข้ารับการรักษาอาการผิดปกติตามระบบ ผู้ป่วยเบาหวานจะตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการเฉียบพลัน เช่น อาการหมดสติ ใจสั่น สถานที่ที่เลือกใช้เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และมีปัจจัยที่เป็นตัวกำหนด การเลือกใช้บริการระบบการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์ ได้แก่ ระยะทางจากแหล่งบริการสุขภาพ, สวัสดิการ การรักษาพยาบาล, อัตราค่ารักษาพยาบาล, ความสะดวกรวดเร็วในบริการ เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านผู้ให้บริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตามระบบทางการแพทย์ของผู้ป่วย ได้แก่ ทัศนคติ ความเป็นกันเอง และความเอาใจใส่, การให้ความรู้และคำแนะนำ, ความมีชื่อเสียงของผู้รักษา ซึ่งเหตุผลหนึ่งของการเปลี่ยนแพทย์และเปลี่ยนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับความไม่สะดวกของการให้บริการการดูแล ในรูปแบบต่างๆ ของแพทย์ และผู้ป่วยจะมีแนวคิดในการปรับตัวแก้ไขโดยวิธีเปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนโรงพยาบาล ที่รับการรักษา โดยเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่พอใจในบริการของแพทย์นั้น และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ที่ไม่ดี จะประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ทั้งที่เป็นลักษณะของคำพูด และไม่ใช้ลักษณะของคำพูด เช่น การกระทำสีหน้า กิริยาท่าทาง น้ำเสียง คำพูด

ด้านผู้รับบริการ ปัจจัยที่มีส่วนสนับสนุนการให้บริการ ได้แก่ ประสบการณ์การรักษาของตนเองและบุคคลใกล้ชิด, คำแนะนำของเพื่อนบ้าน/เครือข่ายสังคม, การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัว, การประเมินความรุนแรงของโรค, ความเชื่อถือในผลการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการรับรู้ว่าการผิดปกติของโรค จะมีวิธีการดูแล จัดการสุขภาพของตนเองด้วยวิธีหรือสังเกตอาการ รักษาตนเอง ไปพบแพทย์จากการตัดสินใจด้วยตนเอง หรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการจัดการรักษาด้วยตนเองก่อน เพราะเชื่อว่าเป็นความเจ็บป่วย และมีประสบการณ์ต่ออาการเจ็บป่วยจึงใช้วิธีการรักษาดังกล่าว (Igoun อ้างใน พิมพ์พลย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530, 73 : เมื่อบุคคลประสบกับโรคภัยถ้าสามารถ

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของศูนย์
การนิเวศน์ปทุมวัน

ตระหนัก ถึงความผิดปกติที่นั่นเป็นอาการของโรคใด ก็จะทำให้การรักษาตนเองหรือทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอาการที่ผู้ป่วยรับรู้และให้ความหมายนั้น) ไม่ว่าผู้ป่วยจะให้ความหมายของอาการผิดปกติว่าอะไร ส่วนใหญ่จะรอสังเกตอาการอย่างน้อยตั้งแต่ น้อยกว่า 1 เดือนถึง 5 ปี เนื่องจากเห็นว่าลักษณะอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน เป็นการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป ทำให้สังเกตอาการผิดปกติได้ยาก ไม่มีความรุนแรง ยังสามารถปฏิบัติงานในชีวิตประจำวันได้ (นริสา ศรีลาชัย, 2540) โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบมากทั้งบทบาทในครอบครัว และบทบาทผู้ป่วย ทำให้ไม่ได้จัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแต่อย่างใดจึงสังเกตอาการหรือรออาการไปก่อน ซึ่งจินตนา ยูนิพันธ์ (2539 : 7) ได้อธิบายการศึกษาว่า โดยทั่วไปผู้หญิงจะยอมรับว่าตนเองมีสุขภาพดี ตราบเท่าที่เธอยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามสังคมกำหนดอย่างเต็มที่ ทั้งๆ ที่ผู้หญิงอาจจะอยู่ในสภาวะของการมีปัญหาสุขภาพ และด้วยวิถีการเลี้ยงดูของผู้หญิงในสังคมไทย ได้ปลูกฝังให้ผู้หญิงยอมรับภาระหน้าที่ของสังคมกำหนด ครอบครัวคาดหวัง อาจทำให้ผู้หญิงไม่ได้ใส่ใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และวาทกรรมที่กล่าวว่า "เพศหญิงเป็นกลุ่มที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด" (ผู้เขียนเห็นว่า) เป็นการตอกย้ำตีตราว่าเป็นผู้ที่ไม่ใส่ใจดูแลสุขภาพ โดยไม่เข้าใจว่าผู้หญิงเป็นเพศที่ต้องพึ่งพา การควบคุมการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นธรรมชาติทางสรีรวิทยา เช่น การเข้ายาคูมกำเนิด ที่ส่งผลให้การทำงานของตัวยามีผลทำให้การออกฤทธิ์ของยาที่รักษาเบาหวานไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้การรักษาเยี่ยงยาโรคเบาหวานต้องมีปัญหา หรือไม่สามารถทำการรักษาดูแลตนเองให้เป็นไปตามสภาพปกติที่แพทย์ต้องการคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต้องการ ซึ่งแพทย์จะไม่มีการสอบถามจากผู้หญิงว่ามีเงื่อนไขใดบ้างที่ทำให้เธอไม่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นพบว่าผู้หญิงที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน แม้จะทำหน้าที่เตรียมอาหารให้กับสมาชิกในครอบครัวที่มีสุขภาพดีกว่าอยู่แล้ว แต่ผู้หญิงเหล่านี้ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารเพื่อการควบคุมโรคของตนเองแยกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ได้ (ศิริอร ลิณสุ, 2542) และการที่ต้องรับผิดชอบทั้งสุขภาพตัวเอง รับผิดชอบต่อครอบครัวทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียด วิตกกังวล มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี ภาวะแทรกซ้อนอาจกำเริบและรุนแรง จากการศึกษาพบว่าผู้หญิงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ 40 เท่านั้น (พรพิศ ชีวะคำนวณ, 2535)

"สุขภาพผู้หญิง หมายถึง สุขภาพของคนทุกคนทั้งในบ้านและนอกบ้าน" ผู้หญิง เป็นผู้ให้บริการของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด ไม่ว่าในบทบาทของลูก แม่ หรือเมีย และรับผิดชอบต่อสุขภาพของคนอื่นๆ ในบ้าน (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2542) เนื่องจากผู้หญิงเป็นกลุ่มที่ได้รับการศึกษามากผู้ชาย (อุมาภรณ์ ภัทรวณิชย์และคณะ, 2548) หากพิจารณาบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และภาวะสุขภาพอื่น ควรต้องให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผ่านผู้หญิง

การศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองในการควบคุมอาหารแตกต่างกันมีทั้งการควบคุมอาหารที่เคร่งครัดและไม่เคร่งครัด ซึ่งอธิบายได้จากการรับรู้และประสบการณ์ที่แตกต่างกันของหญิงตั้งครรภ์ในเรื่องความรุนแรงของโรคเบาหวาน ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด จะมีการรับรู้โรคเบาหวานมีความรุนแรงก่อให้เกิดอันตรายต่อบุตรในครรภ์และต่อตนเอง การรับรู้ดังกล่าวจึงเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจต่อการมีพฤติกรรมควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ควบคุมอาหารไม่เคร่งครัด จะมีการรับรู้โรคเบาหวานเกิดขึ้นเฉพาะในช่วงตั้งครรภ์ และไม่รุนแรง (รัชณี กลิ่นศรีสุข, 2540) และการศึกษาของเกดนิ์ ไชนิล (2536) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมีการรับรู้ว่า การเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุตรในครรภ์ จึงสนใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนแสดงถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี จะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงนอกจากนั้นพฤติกรรมดูแลตนเอง ขึ้นกับความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานรับรู้โรคเบาหวานในขณะตั้งครรภ์จะมีความรุนแรงมากกว่าปกติ เนื่องจากในขณะตั้งครรภ์จะมีการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนต่างๆ ในร่างกาย มีผลยับยั้งการทำงานของอินซูลินส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากขึ้น จึงทำให้หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

หากพิจารณาแนวทางการดูแลสุขภาพที่เป็นทางเลือกของผู้ป่วย การเลือกใช้สมุนไพรร่วมกับการรักษาแพทย์แผนปัจจุบัน อาจจะเป็นทางเลือกของผู้ป่วยที่แสดงอำนาจในตัวตนที่อาจจะไม่ได้รับความพึงพอใจในการรักษา เนื่องจากแพทย์ที่ทำการรักษาบางคนจะมีกรอบการรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ที่เน้นเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดการกินยาตามสั่ง และการมาตรวจตามนัด ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็จะได้รับการดำเนินโดยไม่ได้อตามความคิดเห็นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhensri Naemiratch (2006) พบว่า การตอบสนอง ต่อการปรับตัวและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยผู้ป่วยเบาหวานจะมีความกังวลเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือดก่อนที่จะไปพบแพทย์ หวาดกลัวว่าหมอจะดำเนินและต่อว่าถ้าระดับน้ำตาลสูง ดังนั้นผู้ป่วยจะพยายามควบคุมเป็นสิ่งสำคัญ โดยหยุดและปรับการรับประทานอาหาร ต้องออกกำลังกาย 2-3 วันก่อนถึงวันนัด ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานบางคนใน 1 สัปดาห์ ก่อนที่จะตรวจเลือด จะพยายามไม่กินอะไรที่ไม่เพิ่มระดับน้ำตาล เพราะกลัวว่าจะมีผลทำให้น้ำตาลสูงแล้วจะถูกแพทย์ดำเนิน ทั้งๆ ที่รู้ว่าเป็นการปฏิบัติแบบนี้ เป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง และรู้สึกว่าเป็นผู้ป่วยที่ไม่ดี ก่อนหน้าที่จะมีการตรวจเลือดก็จะไม่ทำการควบคุมจนกว่าจะใกล้วันนัดหมาย และพบว่า การดำเนิน ว่ากล่าวของแพทย์จะมีผลต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยทำให้นอนไม่หลับในคืนก่อนจะถึงวันนัด จะรู้สึกวิตกกังวลก่อนจะตรวจระดับน้ำตาลในเลือด สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับวาทกรรมทางการแพทย์ของการควบคุมเบาหวาน โดยแพทย์เหล่านี้จะไม่ได้รับรู้ความยากในการปรับตัว แต่ผู้ป่วยเบาหวานจะพยายามต่อสู้เพื่อจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและปรับรูปแบบการกินเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละคน จะเห็นว่าในบริบทสังคม วัฒนธรรมไทย มีการประกอบสร้างระบบการปกครองตามระดับชั้น (Hierarchically constructed) ผู้ป่วยจะอยู่ในสถานะทางสังคมที่ต่ำกว่าแพทย์ โดยถือว่าการกระทำของแพทย์เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ ผู้ป่วยจะพยายามที่จะหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง และการเผชิญหน้าต่อกัน

การศึกษาของภาวนา กิริยิตยวงศ์ (2537) เรื่อง การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน คือ แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ภาวะภายในครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ชีวิต และพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว แต่เป็นกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่เป็น

ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ เมื่อต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยของต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะดูแลตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานกล่าวว่า “คุณหมอมักจะบอกวิธีตายตัว ในการควบคุมโรค เช่น ให้งดกินของหวาน ของมัน ให้ออกกำลังกาย วันละ 15 - 30 นาที แต่ไม่ได้เสนอทางเลือกให้แก่ผู้ป่วยแต่ที่จริง การควบคุมอาหารผู้ป่วย เบาหวานสามารถกินได้ทุกอย่างแต่ต้องสังเกตว่า สิ่งใดกินแล้วมันส่งผลให้อาการไม่ดีก็ให้ทานให้น้อยหรืองด เพราะการบอกให้งดหรือห้ามจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถมีชีวิตอย่างคนอื่นได้” และเห็นว่าการใช้กระบวนการกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพร่วมกัน จะทำให้มีความเท่าเทียมทางด้านความคิด มีการเคารพในความคิดเห็นและการปฏิบัติของกันและกัน และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองนำไปปรับใช้กับตนเองอย่างได้ผล ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การดูแลสุขภาพ และการควบคุมความเครียด เพราะผู้ป่วยกล่าวว่า “ไม่มีใครเข้าอกเข้าใจผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับผู้ป่วยเบาหวานเอง” และเสนอว่า การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ต้องมีการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการ และผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางด้านสุขภาพ ในการกำหนดรูปแบบที่สอดคล้องตามความต้องการของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ภายใต้ความเป็นไปได้ของศักยภาพของหน่วยบริการ (สุพัฒน์ สมจิตรสกุลและคณะ, 2544)

การศึกษาประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยมีวิถีจัดการกับความเจ็บป่วย เป็น 3 แนวทาง คือ 1) การจัดการเชิงวิชาการ ได้แก่ การใช้ยา การปรับตัวด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพความสะอาดและการตรวจสภาพตนเอง (การตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง และการสังเกตตนเอง) 2) การจัดการเชิงพื้นบ้าน ได้แก่ การยอมรับแรง

4

ประสบการณ์กับความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคเบาหวาน

สนับสนุนทางสังคม และการใช้การรักษาเสริม (การใช้สมุนไพร) 3) วิธีการจัดการเชิงพุทธ ได้แก่ การจัดการความเครียด (การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ ทำงานอดิเรก การแลกเปลี่ยนความรู้กับเพื่อนบ้าน) (นางนุช โอบะ และคณะ, 2545) นอกจากนั้นพบว่า ระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะการให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอ รวมถึงบทบาทของเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการเป็นลักษณะการปฏิบัติตามมากกว่าส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีผลทำให้ลดพลังอำนาจของผู้ป่วย (disempowerment) ทำให้ผู้รับบริการอยู่ในสภาพของการพึ่งพา โดยไม่มีโอกาสได้พัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

การแสวงหาบริการ

การแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคล เป็นการปฏิบัติเพื่อตอบสนองอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ที่เขาเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย การแสวงหาบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ควรเป็นการแสวงหาบริการสุขภาพตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติ หรือควรแสวงหาเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถดำรงสภาวะสุขภาพเบาหวานที่จะก่อให้เกิดความลำบากแก่คนเหล่านี้ในการต้องการการดูแลที่มากขึ้น เพราะการดูแลโรคเบาหวานต้องใช้ เวลานาน ชีวิตต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องสูญเสียเวลาหรือต้องออกจากงาน

การแสวงหาสถานพยาบาลของผู้ป่วย มักจะประมวลจากสถานการณ์ด้านการเงินของตนเองเป็นลำดับแรก แต่ในปัจจุบันมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการบริการการรักษาพยาบาลฟรี แต่ก็ยังมีค่าใช้จ่ายหลายอย่างเข้ามาประกอบ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าใช้จ่ายอื่นที่ทดแทนเมื่อตัวเองเจ็บป่วย ฯลฯ และยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เข้ามาประกอบการตัดสินใจเลือกใช้สถานพยาบาล เช่น ประสบการณ์การเจ็บป่วย ภาพลักษณ์ของสถานพยาบาล ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (สันทัต เสริมศรีและคณะ, 2546)

การแสวงหาบริการในส่วนของผู้ป่วย (Popular Sector) จากการศึกษา ผู้ป่วยเบาหวานมีการแสวงหาวิธีการรักษาวิธีการดูแลตนเอง และการประเมินอาการเพื่อความปลอดภัยในสุขภาพ และความอยู่รอดโดยธรรมชาติ การรักษาโดยยาสมุนไพรเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้ป่วยแสวงหาในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมักไม่ได้รับการยอมรับจากระบบการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบัน ผู้ป่วยจึงปกปิดการรักษาตนเองด้วยวิธีนี้แก่ทีมสุขภาพที่รักษาโรคเบาหวาน การรักษาด้วยสมุนไพรเป็นที่นิยมในสังคมไทยมานาน จึงยากที่จะห้ามไม่ให้ผู้ป่วยใช้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพควรทำความเข้าใจและยอมรับวิธีการรักษาพื้นบ้านของผู้ป่วย และทำหน้าที่ในการให้ข้อมูล ให้การปรึกษา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด และปลอดภัยสำหรับตนเอง (ภาวนา กิริยัตวงศ์, 2537) ผู้ป่วยโรคเบาหวานแม้ว่าจะรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีความหวังผลให้หายขาดจากโรค จึงมีการปฏิบัติตัวในด้านการรักษา 3 ลักษณะ คือ การเลือกสถานบริการ การใช้สมุนไพร และการใช้ยาของโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้พยายามปฏิบัติตัวในแต่ละด้านแล้วจะพบภาพการเปลี่ยนแปลง 2 ลักษณะ คือ 1) ผู้ที่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเอง โดยในระยะแรกผู้ป่วยพยายามเลือกสถานบริการ หรือเปลี่ยนสถานบริการบ่อยๆ เพราะสถานบริการเดิมมีคนไปรับบริการมาก หมออยู่ ต้องเสียเวลารอตรวจนาน หรือต้องเสียเวลาเดินทางมาก เพื่อหาทางรักษาโรคให้หายขาด เมื่อไม่มีสถานบริการใดรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะหันมาสนใจการใช้สมุนไพรควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ พฤติกรรมนี้ยังทำควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารของตนเอง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการมาก เมื่อพบว่าได้มีความพยายามแล้วไม่สามารถทำให้หายขาดได้ ผู้ป่วยก็จะเริ่มมุ่งหาสถานบริการที่ตนเองพึงพอใจ ซึ่งมักจะเป็นสถานบริการใกล้บ้าน และพยายามเลี่ยง สถานบริการที่ “หมออยู่ รอนาน เดินทางไกล” “เสียเวลามากตอนนั้น คิดดูเสียเงินก็มากกว่ารอนานกว่าคนไข้มาก บางทีจะไปยังต้องมีคนที่บ้านไปเป็นเพื่อน แต่เมื่อไปพบหมอก็แทบจะไม่มีเวลาเลยหน้ามาดูเรา สั่งยาเสร็จก็ให้ออกมาจากห้อง บางครั้งไบน้ำตาลขึ้นก็ดูเรา ว่าอยากตายหรือไง เลยกลับมารักษาที่นี่ดีกว่าใกล้บ้านไม่ต้องทรมานตัวเอง” 2) ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามข้อแนะนำของแพทย์ในการดูแลตนเอง ก็จะมีลักษณะเลือกสถานบริการ ควบคุมอาหาร เพื่อหวังผลการหายขาดของโรค แต่ถ้าพบว่าไม่ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะลดความเคร่งครัดใน

การปฏิบัติตัว จนถึงบางรายจะไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัวเลย โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร “4 - 5 มื้อในแต่ละวัน” หรือมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร “ตามใจปากตนเองในบางมื้อ” หรือ มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารที่ชัดเจนในช่วงก่อนที่จะ มาโรงพยาบาล 1 - 2 วัน

จากการศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นผู้หญิง และอยู่ในเขตเมืองแหล่งบริการที่เลือกใช้มากที่สุด คือ คลินิก เนื่องจากจำนวนคลินิกที่กระจายอยู่ในสังคมมีเป็นจำนวนมาก กระจายอยู่ทั่วไป การเดินทางไปใช้บริการสะดวก ใช้เวลาไม่นาน อยู่ใกล้บ้าน บริการที่มีความรวดเร็ว

การแสวงหาบริการส่วนใหญ่ในระยะแรกของการมีอาการผิดปกติของประชาชน มักเริ่มต้นด้วยการรักษาตนเอง โดยการซื้อยาที่หามาได้จากรอบครัว ญาติ หรือ ซื้อยามาเองจากร้านค้าใกล้บ้านที่ตัวเองพอที่จะมีความรู้หรือ ถามไถ่จากคนขายยา และการรักษาตนเองโดยการให้สมุนไพร การรักษาตนเองเป็นพฤติกรรมที่พบได้ในกลุ่มประชาชนมากที่สุดเพราะเป็นการแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในภาวะปกติของชาวบ้าน ที่มักใช้เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และสามารถหายเองหรือรักษาให้หายได้ด้วยวิธีการที่ไม่ซับซ้อน (เป็นการรักษาที่หายได้เพียงครั้งเดียว หรือแม้แต่ไม่ได้ทำอะไรเลย) ซึ่งแนวทางการรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์และการสาธารณสุข ปัจจุบันเกือบจะสวนทางกับแนวทางการดูแลตนเองของประชาชน ที่ไม่ได้ให้ความสนใจกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนทั้งๆ ที่แนวทางนี้เป็นรากฐาน (พื้นฐาน) ของชีวิตจริงของประชาชนที่เขาใช้มาตลอดตั้งแต่บรรพบุรุษ และเป็นวิถีธรรมชาติที่มนุษย์พึ่งพามากที่สุด ในแนวทางนี้ระบบการแพทย์ที่ถูกครอบงำด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ การเมือง เศรษฐกิจที่ทันสมัย มองข้ามความสำคัญและให้คำอธิบายว่าเป็นแนวทางที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีผลทำให้ความรุนแรงของโรคเป็นมากขึ้น ในที่สุดเป็นการทำลายภูมิปัญญาและความสามารถในการช่วยตนเองของชาวบ้าน อย่างไรก็ตามวิถีการของชาวบ้านหรือของผู้ป่วยในปัจจุบันที่มีความเจริญทางด้านวัตถุ ความรู้ เทคโนโลยีอย่างมากนี้ การดูแลตนเองของชาวบ้านก็อาจเปลี่ยนแปลงไปโดยอาศัยข้อมูลจากภายนอกเพื่อนำมาปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตในปัจจุบันด้วยราคาถูก หามาได้ด้วยความสะดวกในท้องถิ่นของตนเอง ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐควรได้หันมามองความสามารถเหล่านี้ นำไปส่งเสริมเผยแพร่ให้กว้างขวาง และประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ที่จะทำการดูแลรักษาทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ง่ายสำหรับประชาชน อยู่ในวิสัยที่ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็นเรื่องที่ยากและกลายเป็นเหยื่อของระบบบริการที่อยู่ภายใต้การแพทย์พาณิชย์อีกต่อไป

ระบบสนับสนุน ครอบครัว ชุมชน

การดูแลสุขภาพ โดยครอบครัวและชุมชน เพื่อรักษาอาการเจ็บไข้ได้ป่วยตามความหมายที่รับรู้ร่วมกัน และตามความหมายของวัฒนธรรมการเจ็บป่วย กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะร่วมกันตัดสินใจว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการผิดปกติ หรือเป็นการเจ็บป่วยหรือไม่ และจะต้องมีการตอบสนองอย่างไร การดูแลสุขภาพของกลุ่มบุคคลเหล่านี้เป็นการแพทย์ของ สามัญชน (Popular sector) ที่ประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน เป็นส่วนที่ความเจ็บป่วยถูกรับรู้ ตีความ และวินิจฉัยครั้งแรก พร้อมทั้งมีกิจกรรมการรักษาเกิดขึ้นเป็นแห่งแรกด้วยวิธีคิด และวิธีการแบบชาวบ้านธรรมดาไม่ใช่แบบ วิชาชีพ ครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นในการแก้ปัญหาที่สำคัญ ความคิด ความเชื่อ และการตัดสินใจที่ผู้ป่วยและครอบครัวใช้จะเป็นระบบความคิดแบบวัฒนธรรมชาวบ้านมักเลือกทิศทางการรักษาไว้หลายทาง และอาจตัดสินใจเลือกวิธีการ รักษาที่เขารู้จัก หรือขอคำปรึกษาจากเพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง หรืออาจหันหน้าเข้าสู่การเลือกระบบการดูแลสุขภาพในส่วน of วิชาชีพ (Professional Sector) หรือส่วนของการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) โดยสรุปผลการศึกษจากวิทยานิพนธ์ที่มีจำนวนไม่มาก จะพบการช่วยเหลือดูแลการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในส่วนของประชาชน ครอบครัว เป็นเครือข่ายสังคมที่ผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด เป็นที่พึ่งพิงที่ไว้วางใจได้มีศักยภาพทั้งในเชิงความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของศูนย์ไทย
กรณีโรคเบาหวาน

จากการศึกษาจำนวนมากพบว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในครอบครัวและเครือข่ายสังคม ทำให้ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นกลายเป็นปกติได้ไม่ยากนัก และยังพบว่า การได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพดีกว่าการได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล (อัจฉราพร บุญยืน, 2541) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นการเชื่อมโยงการดูแลจากสถานบริการสู่ชุมชน โดยมีแกนนำสุขภาพภายในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกการบอกกล่าวด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานจากเจ้าหน้าที่เป็นการเฉพาะ และมีเจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินอาการ พบปะ เห็นสถานะการดำรงอยู่ของผู้ป่วยในการปรับตัวเพื่อตอบสนองอิทธิพลของกลุ่มชีวิตการแพทย์ ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเป็นให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง เปิดช่องทางให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงความรู้ การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยเบาหวาน จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนในครอบครัว ด้วยการให้ความช่วยเหลือในการพามาตรวจตามนัด การสนับสนุนในด้านอารมณ์และจิตใจ การให้กำลังใจคอยช่วยเหลือและดูแลในระหว่างการเจ็บป่วยเป็นอย่างดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องนโยบายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ต้องการสร้างสังคมส่วนรวมที่ดีโดยการระดมพลังทั้งสังคมในทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงสังคมและระบบสุขภาพให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ด้วยการมีส่วนร่วมปฏิบัติการและร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายการพัฒนาทั้งภาครัฐองค์กรท้องถิ่น ภาคเอกชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กร ชุมชน ภาคประชาสังคมและประชาชน ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาคและระดับโลก ที่มีเอกภาพ เข้มแข็งและจริงจัง อันเป็นรากฐานของสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

ในระดับโครงสร้างของภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ให้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงของประชาชนได้อย่างเท่าเทียมและเสมอภาค นอกจากนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังได้ทำให้เกิดการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่ทำงานสุขภาพเชิงรุกและให้บริการใกล้บ้าน เน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ใส่ใจต่อความทุกข์ยากและความลำบากใจทั้งในส่วนของผู้ป่วย และการให้บริการ โดยการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเฉพาะในสถานบริการไม่เพียงพอต่อการที่จะดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม การจัดการสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานจำเป็นต้องให้ครอบครัว หรือผู้ที่มีศักยภาพในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

นอกจากนั้น แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 รัฐยังต้องการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพ โดยเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุกเพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวันทั้งด้านอาหาร โภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัว ชุมชนและภาคประชาสังคม ในการสร้างวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพที่ดีและสร้างสวัสดิสังคมที่มีความสุขในทุกระดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนที่มีจำนวนมากขึ้น ด้วยการมีกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน ทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมสุขภาพในสถานศึกษา สถานประกอบการและในชุมชน การพัฒนาความรู้และทักษะสุขภาพและการปรับระบบบริการสุขภาพให้รองรับการสร้างเสริมสุขภาพ การขยายบทบาทขององค์กรสาธารณะและประชาสังคมสุขภาพในภาคประชาชนมีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ และการเพิ่มขึ้นทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพของการดูแลตนเอง ครอบครัวจนถึงพัฒนาอาสาสมัครด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้อาสาสมัครเพื่อสุขภาพต่อฐานครอบครัว/ประชากร และมีเวลาของการทำงานอาสาสมัครตามความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ สร้างชุมชนเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชุมชนควรมีพื้นที่สำหรับประชาชนกลุ่มนี้ ในการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน เช่น การรื้อฟื้นรูปแบบการดูแลตนเองที่เหมาะสม การให้ครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด พร้อมทั้งส่งเสริมให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยกัน

เนื่องจากค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพยายามให้เป็นรูปแบบการใช้การร่วมจ่าย (Co-payment) และระบบการจ่ายล่วงหน้า (Pre-paid System) หรือจ่ายเงินตามขีดความสามารถในการจ่ายได้ โดยให้คนวัยมีส่วนร่วมรับผิดชอบมากขึ้นเพื่อเกื้อกูลแก่กลุ่มที่ยากจนกว่า และใช้ทางเลือกแหล่งงบประมาณอื่น เช่น ภาษีจากเหล้า บุหรี่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ตามความเหมาะสมการเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเข้ามาเป็นภาคีสุขภาพในการร่วมใจต่อต้านการบริโภคที่ส่งเสริมให้เกิดโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้นหรือ ขยายพื้นที่ให้มีโอกาสประชาสัมพันธ์แนวทางการดูแล ส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มากที่สุด เช่น สำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ชมรมเบาหวานโรงพยาบาลเทพารินทร์ หน่วยงานเอกชนต่างๆ กลุ่มประชาชนที่สนใจ ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนวิธีการการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสร้างกระบวนการจัดการองค์ความรู้เรื่องเบาหวาน (Knowledge Management) และขยายผลสร้างเครือข่ายในแก่ประชาชนกลุ่มนี้มากที่สุด

นอกจากนั้น การพัฒนาระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากแหล่งต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ เช่น ข้อมูลการสำรวจ ข้อมูลระบบสถิติชีพ ข้อมูลรายงานโรค ข้อมูลระบบทะเบียนโรค ซึ่งมีหลายหน่วยงานดำเนินการเก็บข้อมูล อาจทำให้มีความซ้ำซ้อน ควรรวบรวมเพื่อประมวลผล วิเคราะห์ และเรียบเรียง เพื่อใช้ประโยชน์ในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนั้น ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานจะขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้ ปัจจัยภายใน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระยะเวลาในการเป็นโรค นิสัยประจำตัว และภาวะสุขภาพ และขึ้นกับปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้เกิดจากตัว ผู้ป่วยโดยตรงแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เช่น ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว สภาพสังคม และทัศนคติของคนในสังคมต่อโรคเบาหวาน

นโยบายสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรมุ่งไปในทิศทางใด ?

แม้ว่านโยบายของรัฐจะพยายามให้รัฐสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่คนไทยอย่างครอบคลุม สถานการณ์โรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน มีประชาชนที่เสี่ยง เริ่มป่วย ป่วยแล้ว จนกระทั่งมีอาการทุพพลภาพจากภาวะของโรค ที่ทำให้รัฐต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น การกำหนดนโยบายดูแลประชาชนกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องให้ประชาชนดูแลตนเอง ร่วมกับการดูแลทางการแพทย์ ที่ไม่เพียงแต่มองเห็นผู้ป่วยแค่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นที่พอใจกับแนวทางการรักษาเท่านั้น การเปิดพื้นที่สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นสิ่งสำคัญ

นโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพ กำลังประสบปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่เน้นการรักษาเป็นแนวทางหลัก นอกจากจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นมากแล้ว พบว่า บางครั้งผลของการให้การรักษาที่เน้นทางด้านทางการแพทย์ข้างเดียวเป็นเวลานานๆ ส่งผลข้างเคียงที่ค่อยๆ แทรกซึม ลูกหลานจนกลายเป็นความพิการตามมา การจัดบริการในสถานบริการอย่างเหมาะสมให้กับผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นกลุ่มสูงอายุ กลุ่มที่มีความพิการที่เกิดขึ้นหลังจากเป็นโรคเบาหวาน ที่อาจสร้างความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและสังคม รวมถึงการจัดบริการที่มองความแตกต่างของความเป็นชายความเป็นหญิง (Gender)

แนวทางการรักษาพยาบาลในระบบการแพทย์และการสาธารณสุขปัจจุบัน เกือบจะสวนทางกับแนวทางการดูแลตนเองของประชาชน ที่ไม่ได้ให้ความสนใจกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของประชาชนต่างๆ ที่แนวทางนี้เป็นพื้นฐานของชีวิตจริงของประชาชน การกำหนดนโยบายควรส่งเสริมภูมิปัญญาและความสามารถในการดูแลตนเองของชาวบ้านให้สอดคล้องกับความเจริญทางด้านวัตถุ ความรู้ เทคโนโลยีในปัจจุบัน ผู้ป่วยจะอาศัยข้อมูลจากภายนอก เพื่อนำความรู้ แนวทางมาปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตด้วยราคาถูก หามาได้ด้วยความสะดวกในท้องถิ่นของตนเอง ระบบบริการ สาธารณสุขของรัฐควรยอมรับและหันมามองความสามารถเหล่านี้ พร้อมทั้งนำไปส่งเสริม เผยแพร่ให้กว้างขวาง และประยุกต์ใช้ในทางการแพทย์ที่จะทำให้การดูแลสุขภาพทางการแพทย์เป็นเรื่องที่ง่ายสำหรับประชาชน อยู่ในวิสัยที่ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็น

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคเบาหวาน

เรื่องที่ยากและกลายเป็นเหยื่อของระบบบริการที่อยู่ภายใต้การแพทย์พาณิชย์อีกต่อไป

นโยบายการสร้างเครือข่ายของผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่เสี่ยงจะป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพื่อร่วมแก้ไขปัญหายภายในกลุ่มด้วยกันเอง และให้ญาติพี่น้องมีส่วนผลักดัน สนับสนุน สร้างกำลังใจ ให้มีกิจกรรมแก้ไขปัญหายอย่างต่อเนื่อง มีการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานเข้ามาเป็นภาคีสุขภาพในการร่วมใจ ส่งเสริมการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสมไม่ให้เกิดโรคเบาหวานมากยิ่งขึ้น หรือขยายพื้นที่ให้มีโอกาสประชาสัมพันธ์แนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนให้มากที่สุด เช่น สำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ชมรมเบาหวาน โรงพยาบาลเทพธารินทร์ หน่วยงานเอกชนต่างๆ กลุ่มประชาชนที่สนใจ ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนวิธีการการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสร้างกระบวนการจัดการองค์ความรู้เรื่องเบาหวาน (Knowledge Management) และขยายผลสร้างเครือข่ายให้แก่ประชาชนกลุ่มนี้มากที่สุด

จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ชีวิต ตัวตนของคนน้ำตาลในเลือดสูง จะพบการให้ความหมายการดูแลตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนทำให้เห็นทิศทางของงานวิจัยที่มีการศึกษามาตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นประเด็นงานวิจัยเกี่ยวกับเบาหวานจะเป็นการศึกษาในสาขาทางการแพทย์พยาบาล สาธารณสุข ซึ่งเป็นการศึกษาในพื้นที่ของการให้บริการจากภาครัฐ ประเด็นที่เป็นส่วนขาดยังมีการศึกษาได้แก่

1. ประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันความเสี่ยงในเชิงสังคม วัฒนธรรมที่มีส่วนให้การดำเนินชีวิตอย่างก้าวเข้าสู่การป่วยด้วยโรคเบาหวานในที่สุด
2. การประเมินผลการดูแลต่อเนื่องจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง
3. ประเด็นงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเบาหวานที่นำความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender) มาใช้อธิบายการดูแลสุขภาพของประชาชนที่มีความไม่เท่าเทียมกัน
4. ประเด็นงานวิจัยโดยใช้ทฤษฎีทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยา มาอธิบายความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ยังมีจำนวนไม่มาก เช่น การอธิบายปัญหาความไม่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงานดูแลโรคเบาหวานในสังคม บุคคลที่อยู่ภายใต้โครงสร้างทางสังคมในประเทศไทย อธิบายบทบาทโครงสร้างของรัฐ (structure) บทบาทของหน่วยงานหรือบุคคล (Agency)

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย ๒๕๔๔-๒๕๔๗. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2548
- กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การส่งตรวจทางวิทยาศาสตร์, 2548.
- เกศินี ไชนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ เบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. ในทวีทอง หงส์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, จริยา สุทธิสุนันท์ (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ (หน้า 92-110). กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, พิมพ์วัลย์ บุญมงคล. รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เจนเดอร์เพรส, 2542.
- จินตนา ยูนิพันธ์. "ผู้หญิงกับความมั่นคงทางสุขภาพ." เอกสารประกอบการประชุมวิชาการผู้หญิงกับสุขภาพ เรื่อง รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ วันที่ 13-14 มิถุนายน 2539. เครือข่ายผู้หญิงกับสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- จิรนุช สมโชค. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- นงนุช โอเบและคณะ. ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. รายงานการวิจัย, 2545. นุสรา นิ่มน้อย. พฤติกรรมและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- นริสา ศรีลาชัย. การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง" ในการดูแลสุขภาพตนเอง: ทิศทางสังคม วัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : แสงแดด, 2530.
- พรพิศ ชีวะคำวน. 2535. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเร่งสนับสนุนทางสังคมภาวะสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ภาวนา กิริยัตวงศ์. การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- มานี จำนผล. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- มัลลิกา มัติโก. เอกสารคำสอนวิชาทฤษฎีสังคมศาสตร์ความเจ็บป่วยเรื้อรัง เรื่อง ความเจ็บป่วยเรื้อรัง : จากบทบาทของผู้ป่วยถึงอำนาจแห่งตัวตน คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.
- รัชนี กลันศิริสุข. พฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- รวมพร คงกำเนิด. แบบแผนแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงส์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ลือชัย ศรีเงินยวงและคณะ. ความเชื่อ พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและสถานการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์, ปีที่ 9 ฉบับที่ 1, พฤศจิกายน 2539.
- วรรณภา ศรีบุญรัตน์. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน : a ground theory study. วารสารวิจัยทางการแพทย์, (1), 2540, หน้า 71-91.
- วิลโลว์ วิวัฒน์ชาญกิจ. โรคเบาหวานในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาวัฒนธรรมศึกษา)

4

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของศูนย์
กรณีโรคเบาหวาน

- สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบทมหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- ศิริอร สีนสุ. ผู้หญิงกับการเจ็บป่วยเนื่องโร. ใน รื้อสร้างองค์ความรู้คิดผู้หญิงกับสุขภาพ , พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์เจนเคอร์เพรส, 2542.
- สันศักดิ์ เสริมศรีและคณะ. การใช้สถานพยาบาลของรัฐของคนจนในชนบท. รายงานการวิจัย , 2546.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุลและคณะ. การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลปลาดุก จังหวัดนครพนม. รายงานการวิจัย, 2544.
- สิทธิชัย พัฒนสุวรรณ. ผลของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้ต่อการรักษาเบาหวาน กรณีศึกษาที่ โรงพยาบาลสามพราน อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544
- สินีนฏ ลิขิตรัตน์เจริญ. การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในประเทศไทยด้วยการวิเคราะห์การอภิमान. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- อาทร รุ่งไพบูลย์และวัชรวิ รุ่งไพบูลย์. ผู้ป่วยเบาหวานทางเลือกในการรักษา ในยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2533.
- อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, ปัทมา อมรศิริสมบุญ. ความไม่เท่าเทียมกันด้านการศึกษา : เมืองและชนบท. ในนคราภิวัฒน์ และวิถีชีวิตเมือง, เอกสารประกอบการประชุมประชากรและสังคม 2550. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bhensri Naemiratch, Lenore Manderson. Control and adherence : Living with diabetes in Bangkok , Thailand. Social Science & Medicine, 2006, p 1147-1157.
- Charmaz, K. (1983). Loss of Self :a fundamental form of suffering in the chronically ill. Sociology of Health and Illness. Vol.5, No.2 : 168-191.
- Conrad, Peter. "The Meaning of Medications: Another Look of Compliance." Social Science and Medicine 20 : 29-37,1985.
- Corbin, Juliet and Anselm L. Strauss. "Managing Chronic Illness at Home." Qualitative Sociology 8 : 224-47 ,1985.
- http://www.moph.go.th/show_hotnew.php?idHot_new=1011
- <http://sportsci.swu.ac.th/EXP/diabetes/2.htm>
- <http://www.who.int/diabetes/en/>
- Kleinman ,A. (1980). Patient and Healers in the Context of Culture. London : University of California Press.

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและ กลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคความดันโลหิตสูง

5

บทที่

โดย

สุชีพ เณรานนท์ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และกลวิธีการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย และกลวิธีการจัดการของคนไทย กรณีโรคความดันโลหิตสูง

โดย สุชีพ เณรานนท์ นักศึกษาระดับปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

จากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งทางเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิต การทำงานประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ พฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การสื่อสาร ประกอบกับบริบทที่สลับซับซ้อน มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตสุขภาพ ได้ก้าวสู่ยุคแห่งการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา (Epidemiological transition) มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบปัญหาการเจ็บป่วยจากเดิมปัญหาโรคติดต่อ สู่ปัญหาโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable disease) และมีปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเจ็บป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรในประเทศไทย รวมทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อน มีการเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นเพชฌฆาตเงียบ (Silent Killing) เนื่องจากระยะแรกของโรคไม่แสดงอาการชัดเจน เมื่อรู้ตัวตนเองเป็นโรคก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว ซึ่งต้องเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นอันเกิดจากภาวะแทรกซ้อน และทำให้เกิดอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง

ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย หรือหลอดเลือดในสมองแตก ซึ่งอันตรายรุนแรงทำให้เสียชีวิต การศึกษาของวงเดือน บัณฑิต (2539) พบว่า ความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุด ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวกับหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการตายด้วยโรคเหล่านี้มีอัตราที่สูงที่สุด และมีภาวะแทรกซ้อนอีกกรณีหนึ่ง คือ จากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หวะ เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือหลอดเลือดแดงในไตตีบมากขึ้นถึงขั้นไตวาย ทำให้เกิดโรคเรื้อรังซ้ำซ้อนเพิ่มขึ้น และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรัง 5 - 10 %

ทั้งนี้ จากการสำรวจสุขภาพคนไทยล่าสุดในปี 2547 คาดว่ามีคนไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่รู้ตัว มากถึง 18 ล้านคน โดยจากการตรวจผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุก 100 คน จะพบผู้ที่มีความดันโลหิตสูงผิดปกติมากถึง 36 คน แสดงให้เห็นความชุกของโรคที่มีขนาดปัญหาที่ใหญ่มาก และยังมีมิติที่สะท้อนให้เห็นความรุนแรง คือสาเหตุ การตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทย (สถิติสาธารณสุข 2547 : กระทรวง สาธารณสุข) ผลกระทบที่ตามมาเมื่อเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ก็ส่งผลทำให้ ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ตามปกติ รวมทั้งครอบครัวขาดรายได้ เพราะต้องเฝ้าดูแลปรนนิบัติผู้ป่วยอีกด้วย เป็นภาระที่ฟุ้งฟิง ทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิต สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และนอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่า โรคความดันโลหิตสูงยังพบในกลุ่มเด็ก หรือพบผู้ป่วยในกลุ่มอายุน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการบริโภค มีค่านิยมในการรับประทานอาหารจานด่วน ขนมหกปรกกรอบ อาหารกึ่งสำเร็จรูปทั้งหลายที่มีส่วนประกอบของไขมันและ โซเดียมที่สูง เป็นการส่งผลให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงเร็วขึ้น

ความเจ็บป่วยเรื้อรังของโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งกระบวนการวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือการแพทย์ชีวภาพ (Biomedicine) ซึ่งได้ลดทอนปรากฏการณ์การเจ็บป่วยเหลือแต่เป็นความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ที่มองหาความเป็นตรรกะทางวิทยาศาสตร์ จากการสังเกต หรือการวัดและทดสอบอย่างเป็นภาวะวิสัย (Objective) ประกอบกับมีค่าใช้จ่าย ค่ายา ที่สูงขึ้นในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง และมีปัญหาความร่วมมือในการรักษา Noncompliance หรือ

การไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เพราะขาดการคำนึงถึงสิ่งที่เป็นอารมณ์ ความรู้สึก (Subjectivity) ความคิด ความเชื่อ และบริบทที่ซับซ้อนทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้ไม่สามารถที่จะเข้าไปจัดการ ตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างเบ็ดเสร็จ จึงจำเป็นต้องอาศัยระบบการดูแลตนเอง การพึ่งพาตนเองในระบบสุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector) หรือระบบดูแลสุขภาพพื้นบ้าน (Folk Sector) เพื่อเป็นการเสริมกันที่จะเป็นหนทางในการแก้ไขปัญหาความดันโลหิตสูงได้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

เพราะฉะนั้นบททวนองค์ความรู้ เอกสารงานการศึกษาวิจัยโดยทั่วไป และโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางมิติสังคม วัฒนธรรม ของความเจ็บป่วย เช่น การรับรู้ ความคิด ความเชื่อ โลกประสบการณ์ของความเจ็บป่วย และความหมายที่ผู้ป่วยสร้างขึ้น ตลอดจนพฤติกรรมตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นกระบวนการในเเยียวารึกษา เป็นการที่ช่วยกันในการหามาตรการ นโยบาย หรือกลวิธีแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สถานภาพทั่วไปของงานวิจัยความดันโลหิตสูง

จากการทบทวนจากรายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นการวิจัยจาก เอกสาร (Documentary Research) ในประเทศไทย ในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 - จนถึงปัจจุบัน (ปี พ.ศ.2550) ที่ค้นได้ จำนวนประมาณ 200 เล่ม และเมื่อจำแนกเนื้อหาของเอกสารรายงานตามกลุ่ม สามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่ม วิทยาศาสตร์สุขภาพและกลุ่มสังคมศาสตร์ สำหรับเนื้อหาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ กลุ่มงานวิจัยด้านการแพทย์ พยาบาล และสาธารณสุข (การรักษาพยาบาลกับความดันโลหิตสูง การดูแลตนเอง ในมิติทางการพยาบาล การปฏิบัติตามคำแนะนำ ความร่วมมือในการรักษา, ระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อน, ปัจจัย หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง การให้โปรแกรมสุขภาพ โปรแกรมการสอน การให้คำแนะนำ การให้ความรู้ เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการลดพฤติกรรมเสี่ยงกับความดันโลหิตสูง) ร้อยละ 85 สำหรับกลุ่มงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์ (จิตวิทยาและจิตวิทยาสังคม ปัจจัยทางความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความดันโลหิตสูง, การดูแลตนเอง (Self-care) บทบาทการสนับสนุนของครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ตามมุมมองทางด้านสังคมและวัฒนธรรม) พบเพียงร้อยละ 15 รูปแบบวิธีการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเชิงปริมาณ กว่าร้อยละ 90 สำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 10 และบางชิ้นที่ รูปแบบการวิจัยเป็นการผสมผสานที่เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เนื่องจากมีงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นทางการแพทย์ ทางการพยาบาล และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ จึงมีอีกประเด็นหนึ่ง คือที่ทำการการศึกษาในเรื่อง ความร่วมมือในการรักษา (Compliance) ซึ่งทางการแพทยวิทยาศาสตร์ ได้ให้ความสำคัญกับเรื่อง การรับประทานยาในการรักษา ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรสุขภาพ และมีมุมมองว่าประชาชน (ผู้ป่วย) มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพและการดูแลตนเองสำเร็จต้องอาศัยคำแนะนำและการควบคุมจากทางการแพทย์ ซึ่งจะต่างจากประชาชนมองการดูแลตนเองเป็นการพึ่งพาตนเอง การได้ตัดสินใจเลือกกระทำเอง และรับผิดชอบควบคุมสถานการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของเขาเอง (Northrup, 1993 ; Crawford, 1980 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล) ฉะนั้นจะเห็นได้ว่างานศึกษาในเรื่อง การดูแลตนเองก็ดี เป็นมุมมองจากคนนอกสู่คนใน ไม่ค่อยมีงานวิจัยที่สะท้อนมุมมองจากคนใน จากผู้ป่วยโดยตรง

จำนวนงานวิจัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง จำแนกตามรายปีตั้งแต่ก่อน ปี 2530 - 2540 พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงในเรื่องแรกๆ เมื่อปี 2526 เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของอัตรการให้คำปรึกษาร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวนรายงานการวิจัยที่สำรวจพบ จำนวนตั้งแต่ก่อนและ จนถึงปี 2530 มีประมาณ 9 ชิ้น มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หลังจากนั้น และพบว่าในปี 2540 - 2545 มีจำนวน รายงานวิจัยที่มากที่สุด และรายงานวิจัยในช่วงนั้น ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมทางด้านสุขภาพที่ประยุกต์ทฤษฎีต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง ในการให้ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนแรงสนับสนุนทางสังคม ต่างจากครอบครัวที่เป็นการวิจัยแบบ

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

กึ่งทดลอง (Quasi-Experimental) และการวิจัยเชิงสำรวจ และพรรณนา (Descriptive Research) ในการหาปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูง

จำนวนรายงานการวิจัยความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 เป็นวิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา และตามจำนวนดังกล่าว เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทเกือบทั้งหมด มีการศึกษาวิจัยวิทยานิพนธ์ในระดับปริญญาเอก จำนวน 5 เรื่อง นอกจากนั้นเป็นงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องความดันโลหิตสูง จำนวนประมาณ 15 ชิ้น ซึ่งดำเนินวิจัยโดยสถาบัน หรือหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามากที่สุด พบว่ากลุ่มประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและมารับบริการที่คลินิก Setting ต่างๆ มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ กลุ่มวัยทำงาน ทหาร/ตำรวจ เฉพาะกลุ่มผู้หญิง กลุ่มพนักงานธนาคาร และในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพที่ถูกศึกษาถึงความพร้อมในการให้บริการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามลำดับ

และเมื่อพิจารณาจากกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยแล้วเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิจัยผลกระทบ ลดความพิการ หรือเสียชีวิต มากกว่าการศึกษาในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพในภาวะที่ไม่เจ็บป่วย การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งยังมีงานที่น้อยมาก

สถานภาพงานวิจัยที่เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง เมื่อจำแนกตามแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ (Concept and Theory) แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เป็นแนวคิดทางด้านการแพทย์ พยาบาลและสาธารณสุข สำหรับทฤษฎีแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์ ไม่ว่าจะเป็นแนวทางด้านสังคมวิทยา (Sociology), มนุษยวิทยา (Anthropology) แนวคิดทางจิตวิทยา (Psychology) ทางด้านเศรษฐศาสตร์ (Economic) ยังมีจำนวนน้อยมาก

สรุป จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการวิจัยในมุมมองทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุข (Medical and Public Health Sector) สำหรับทางด้านสังคมวัฒนธรรมกับความดันโลหิตสูงที่เชื่อมโยงระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มีมุมมองของประชาชน (People view) ที่มีกลไกการจัดการปัญหาสุขภาพด้วย เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง บทบาทของครอบครัว ชุมชน เครือข่ายสังคม ตามบริบทสังคม วัฒนธรรม นั้นยังมีจำนวนงานวิจัยที่พบยังมีจำนวนน้อยมาก

สถานภาพงานวิจัยความดันโลหิตสูงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

รายงานการศึกษาวิจัย วรรณกรรมและวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับแนวความคิดความเจ็บป่วยของประชาชน เป็นชุดความคิดความเชื่อเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงออกให้เห็นได้จากการให้ความหมายและอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย พฤติกรรมในการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย การดูแลรักษาและเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผล การให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยที่เป็นมุมมองของประชาชนหรือบุคคลทั่วไป (lay person) และรวมถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วย (ความรู้สึก ความนึกคิด ความเชื่อ ความคาดหวัง) และกลวิธีการจัดการตนเอง (self management) เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และควบคุมโรคได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในมุมมองที่มาจากประชาชน (Lay Concept) หรือเป็นมุมมองที่มาจากคนที่ป่วย (Emic View) ตามลักษณะสังคมวัฒนธรรมที่เขาเหล่านั้นอาศัยอยู่ แต่งานการวิจัยเหล่านี้ยังมีจำนวนน้อยมาก

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีเนื้อหาที่เกี่ยวกับศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตที่อยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรัง และกระบวนการจัดการปัญหาของผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน หรือเครือข่ายทางสังคมใดๆ รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแล พร้อมกับเปิดเผยให้เห็นตัวตนของผู้ป่วยให้สังคมเกิดความตระหนัก ตลอดจนตัวกำหนดต่างๆ ทางสังคมวัฒนธรรม ที่เกี่ยวข้องร่างกาย ตัวตน และอัตลักษณ์ ที่ต้องสะดุดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ความดันโลหิตสูง ที่จะเป็นการขยายพื้นที่ภาคประชาชนในนโยบายของการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อการวางแผนจัดการกับ

การดูแลปัญหาโรคเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพ ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และสุขภาพชุมชน อย่างแท้จริง โดยสถานภาพงานวิจัยความดันโลหิตสูงทางด้านสังคมศาสตร์ ที่พบผู้มีสาขามนุษยวิทยาประยุกต์ จำนวน 2 เรื่อง สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 เรื่อง เกี่ยวกับการ กระบวนการดูแลตนเอง พฤติกรรมความเจ็บป่วย ในการตอบสนองและการแสวงหาบริการสุขภาพ พบรายงานวิจัย จำนวน 1 เรื่อง เกี่ยวกับวัฒนธรรมศึกษา จำนวน 1 เรื่อง

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า สาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงนั้น เกิดจากวิถีการดำเนินชีวิต (Life style) กับบริบทที่ซับซ้อนทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น อันเป็นการนำไปสู่ความเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง เพราะฉะนั้น การดำเนินวิถีชีวิต การทำงาน หรือการประกอบอาชีพ เพราะฉะนั้น การทำการศึกษาวิจัยสิ่งเกี่ยวกับข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นในระดับบุคคล (Individual) หรือระดับโครงสร้างทางสังคมความสัมพันธ์ทางสังคม การทำงานหรือการประกอบอาชีพ เป็นประเด็นที่ท้าทาย ที่น่าสนใจในการศึกษาวิจัย นำไปสู่การหากลวิธีในการป้องกันและแก้ปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อไป

แนวคิดทางสังคมศาสตร์กับโรคความดันโลหิตสูง

แนวคิดทางการแพทย์และสาธารณสุข มองโรคความดันโลหิตสูงเป็นเพียงแค่ความจำเป็นป่วยทางด้านร่างกาย ความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น การผิดปกติของการหดตัวของเส้นเลือด ไม่ยืดหยุ่น ความเข้มข้นของเลือดที่เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจทำงานหนักขึ้น แรงดันโลหิตก็เพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้น การรักษาทำได้โดยให้ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งเป็นระบบวิธีคิดเดิมทางการแพทย์ที่เน้นอวัยวะและโรค (Biomedical paradigm) ที่มองสุขภาพแบบแยกส่วน โดยถือว่า สุขภาพ คือผลลัพธ์ของอวัยวะแต่ละส่วนที่ทำงานปกติ เป็นการให้ความสำคัญแต่เฉพาะมิติทางกาย ขาดมิติทางสังคมและวัฒนธรรม จริงๆ แล้วยังมีผลมาจากปัจจัยสังคมและวัฒนธรรมร่วมด้วยเพราะฉะนั้น การนำแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์ มาอธิบาย ช่วยทำให้มีความเข้าใจต่อปรากฏการณ์สุขภาพ ความเจ็บป่วยบนมุมมองทางสังคมและวัฒนธรรมแต่ละชุมชนมากขึ้น ทำให้การดูแลรักษาพยาบาลมีความเป็นองค์รวมและตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยได้มากขึ้น และช่วยให้ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

แนวคิดด้วยสังคมเป็นตัวผลิตโรคและความเจ็บป่วย และแนวทางระบาดวิทยาสังคม (Social Epidemiology)

แนวคิดที่เรียกว่า Social Production of Disease หรือสังคมเป็นตัวผลิตโรคและความเจ็บป่วย เป็นวิธีการอธิบายการเกิดโรคว่าเป็นผลมาจากระบบสังคม (อ้างใน มธุรส ศิริสถิตย์กุล, 2550) องค์ความรู้ที่มีอยู่ชี้ชัดว่า ความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากวิถีชีวิต ความเครียด และเกิดกับคนที่ใช้แรงงาน โดยแนวทางวิเคราะห์นี้ถือว่า การเกิดขึ้นและการกระจายตัวของโรคมิได้เกิดจากความบังเอิญ แต่เป็นไปโดยมีเหตุปัจจัยในเชิงโครงสร้างหรือกระบวนการสังคมที่เป็นตัวแปรสำคัญ โรคภัยไข้เจ็บจำนวนมากเกิดขึ้นจากสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม หรือ การเมือง การดำเนินชีวิต หรือวิถีชีวิต (Life style) การทำงานและงานก็ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างหรือสถาบัน ทางสังคม โรคต่างๆ จึงกระจายตัวตามโครงสร้างชนชั้นทางสังคม ถึงแม้ว่าโรคหลายอย่างจะมีวิธีป้องกันหรือสามารถ รักษาให้หายด้วยความรู้ทางการแพทย์ แต่ก็ยังจะพบเห็นได้ในหมู่คนจน ผู้หญิง กลุ่มกรรมกรแรงงาน กลุ่มชาติพันธุ์ หรือคนชายขอบต่างๆ เพราะโครงสร้างและลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเกิดขึ้น และกระจายอย่างมีแบบแผนตามแนวทางระบาดวิทยาทางสังคม

ปัญหาจากพัฒนาที่ไม่เท่าเทียมในยุคโลกาภิวัตน์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเป็นเมือง (Urbanization) การขยายตัวของเขตเมือง การอพยพย้ายถิ่นเพื่อขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการ มีการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาหางานทำ ทอดทิ้งภาคเกษตรกรรมมาสู่อุตสาหกรรม มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ อาทิ ก่อให้เกิดปัญหาความแออัดภายในเมือง มลพิษทั้งทางน้ำและทางอากาศ และปัญหาราจรถ่วงผลให้สภาพแวดล้อมภายในเมืองเสื่อมโทรมเกิดชุมชนแออัด

5

ประสบการณ์กับความเจ็บป่วย
และวิธีการจัดการของชุมชนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

โดยเฉพาะในพื้นที่สลัมในเมืองใหญ่ เกิดสภาพคนจนในเขตเมือง ซึ่งเป็นกลุ่มชายขอบ (Marginalized) ซึ่งพบสภาพปัญหาที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น การอยู่กับสิ่งแวดล้อมสภาพที่สกปรก อาศัยไม่ได้มาตรฐานมีเหตุรำคาญเรื่องเสียงดัง สภาพอากาศที่ร้อน สัมผัสทางด้านสภาพเคมี กลุ่มก๊าซควันพิษ คาร์บอนมอนอกไซด์ ปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

ความทันสมัย (Modernity) เกิดการแพร่กระจายของวัฒนธรรมและค่านิยมความทันสมัย ตามรูปแบบประเทศที่พัฒนาแล้ว ประกอบมีการพัฒนาและแข่งขันทางด้านวัตถุ จึงทำให้วิถีชีวิต (Life style) ของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากรับเอารูปแบบการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมต่างชาติมาเป็นค่านิยม โดยปราศจากการเปลี่ยนแปลงและดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพสังคมไทย เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่านิยมของวัยรุ่นที่ชอบเที่ยวสถานบันเทิง บาร์ ดิสโก้เธค ซึ่งมีควันบุหรี่ ทำให้เกิดทั้ง Passive Smoking ซึ่งในสถานที่ที่ประกอบเหล่านี้ ได้มีกลุ่มคนทำงานแผนกบริการอยู่มากมาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค

และมีตัวอย่างกรณีศึกษาจากโครงการพัฒนาองค์ความรู้สู่ปฏิบัติงานปฐมภูมิ (PCU) เรื่องแสงเทียนส่องทาง เป็นเรื่องราวของสมพงษ์ หนู่มใหญ่วัย 47 ปี ชาวลำปาง ผู้เคยเป็นแรงงานข้ามชาติไปตะวันออกกลาง ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคเมะเร็งโพรงจมูกระยะสุดท้าย ซึ่งเกิดจากการทำงานที่ต้องสัมผัสกับฝุ่นละอองในเหมืองแร่ ชำรายภรรยาซึ่งนอกใจนำเงินที่เขาหามาได้ไปจ่ายในทางที่ไม่ถูกไม่ควร สุดท้ายเขาต้องออกจากบ้านและแทบไม่มีโอกาสได้พบหน้าลูกเมียอีกเลย สมพงษ์กลายเป็นคนชายขอบของชุมชน เนื่องจากขาดรายได้และต้องกลับมาอาศัยอยู่กับยายคำแก้วผู้เป็นแม่ ซึ่งเป็นความทุกข์ทรมาน จากความเครียดซึมเศร้า และความเจ็บปวดจากการโรค (โกมาตร และ คณะ บรรณาธิการ 2549 :19-32)

เรื่องราวของสมพงษ์ฯ แสดงให้เห็นว่าสภาพเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนผลักดันให้สมพงษ์ต้องไปขายแรงงาน ในต่างประเทศ และประกอบอาชีพที่เสี่ยงภัยต่อสุขภาพ ทำให้คนในชนชั้นผู้ใช้แรงงานอย่างสมพงษ์ต้องป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ ที่กลายเป็นมะเร็งในโพรงจมูกในที่สุด และต้องตกอยู่ในภาวะที่เครียดจัด อันเป็นการอ่อนแอทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สะท้อนให้เห็นว่าความเป็นไปในสังคมยุคทุนนิยมของไทยได้ผลิตโรคความเจ็บป่วยให้ผู้ใช้แรงงาน ซึ่งผันแปรเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสสังคมแต่ละช่วงเวลา

ตัวอย่างจากการศึกษาของนักมานุษยวิทยาสาขาวิพากษ์ (Critical anthropology) เคลือบแคลงสงสัยต่ออำนาจได้วิเคราะห์วัฒนธรรมในแง่ของการเอาวัดเอาเปรียบ โดยได้ศึกษาถึงความรุนแรง การกดขี่ และภาวะสุขภาพในชุมชนแออัดของบราซิล (Scheper-Huge 1992) พบว่าปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นผลลัพธ์ของความไม่เป็นธรรมและโครงสร้าง ที่เอาวัดเอาเปรียบของสังคมบราซิลเองที่ทำให้คนจำนวนมากต้องตกอยู่ในสภาวะอดอยาก ไม่มีอาหารกิน มีความเครียดสูง รวมทั้งอัตราการป่วยและตายของประชากรโดยทั่วไปอยู่ในระดับที่สูงกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งรากเหง้าของปัญหาอยู่ที่โครงสร้างรัฐที่ไม่เป็นธรรมและการกดขี่ขูดรีดทางชนชั้นที่มีอยู่ในสังคมบราซิล เมื่อชาวบราซิลเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตซึ่งเกิดจากภาวะบีบคั้นทางสังคมอย่างรุนแรง สิ่งทีสถาบันทางการแพทย์หยิบยื่นให้กลับกลายเป็นยาหล่อมประสาทที่คนทุกชนชั้นเหล่านั้นต้องรับประทานลงไปในการเพาะอาหารที่ว่างเปล่า จึงเห็นได้ว่าสถาบันทางการแพทย์ได้ตีตราความอดอยากยากแค้นและการเอาวัดเอาเปรียบว่าเป็นโรคจิตที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ปรากฏการณ์ที่ปัญหาโดยรากฐานแล้วไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์นี้ แต่เป็นปัญหาของสังคม

เช่นเดียวกับสังคมจีน ยุคปฏิวัติวัฒนธรรม (The Cultural Revolution) มีผลกระทบถึงประชาชนในชุมชน ชนบทต้องถูกลดทอนความภาคภูมิใจในตนเอง ถูกปิดกั้นพฤติกรรมที่แตกต่าง จำกัดการเข้าถึงทรัพยากรในระดับปัจเจกบุคคล สร้างความตึงเครียดในความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ทำให้ศีลธรรมตกต่ำ ก่อให้เกิดความสิ้นหวัง ชีวิตการแต่งงานไม่เป็นสุข หรือความสัมพันธ์ที่ถูกกดขี่ จากผู้มีอำนาจที่เหนือกว่าความขัดแย้งภายในโรงเรียน ความรู้สึกแปลกแยกจากชุมชน ทำให้ปัญหาโรคหูดุซึมเศร้าเกิดขึ้นได้กับคนเป็นจำนวนมากในยุคนั้น (Klienman 1986: 167-168 อ้างใน มรุณ สิริสถิตย์กุล, 2550)

แนวคิดระบาดวิทยาสังคม (Social Epidemiology)

Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi (2000:6) ช้างในนัฐพงษ์ ราชสุวรรณ. 2549 ได้กล่าวว่า ระบาดวิทยาสังคมเป็นหนึ่งในสาขาระบาดวิทยา เป็นการศึกษาจำแนกส่วนประกอบของสังคม และปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสถานะสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อหาความสัมพันธ์ที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อร่างกายจิตใจ โดยการสังเกต สืบสวนเฉพาะโรคที่เกิดจากปัจจัย หรือปรากฏการณ์ทางสังคม เช่น ภาวะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นทางสังคม เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม การทำงาน ผลกระทบที่เกิดจากโรค รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติของการเกิดโรค

ในลักษณะทางสังคมวิทยาสุขภาพ : ตามแนวคิดของ พันธุ์ทิพย์ รวมสูตร (2540: 14 - 15) กล่าวว่าระบาดวิทยาทางสังคมต้องการอธิบายเกี่ยวกับลำดับเหตุการณ์ ความสัมพันธ์ที่คลุมเครือ ที่มีต่อลักษณะสภาพร่างกายพฤติกรรมให้มีความชัดเจน อันเป็นการศึกษาถึงการกระจายของโรคความบกพร่องของสุขภาพ ตลอดจนสภาวะสุขภาพ ทุกอย่างในสังคมต่างๆ ค้นหาลักษณะเฉพาะสถานการณ์ เช่น บุคคล สถานที่ และเวลา มีขอบเขตที่ลึกซึ้ง โดยมีลักษณะของ Host (ทางชีววิทยา พันธุกรรม จิตวิทยา คุณลักษณะและสมรรถภาพทางสังคม) รวมทั้งลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มีอยู่ในสุขภาพของบุคคล ซึ่งเป็นการขยายขอบเขตทางระบาดวิทยา

แนวคิดระบาดวิทยาสังคม มองว่าปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ การเกิดโรคและความเจ็บป่วย เช่น ลักษณะสังคมของบุคคล (Social identity) โครงสร้างทางสังคม (Social Structure) การจัดระเบียบทางสังคม (Social Organization) สถาบันทางสังคม (Social Institution) และกระบวนการทางสังคม (Social Process) โดยปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพ การเกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ คือ

1) ปัจจัยด้านบุคคล หรือลักษณะทางประชากรมีหลักเกณฑ์ที่ใช้ประเมินภาวะทางสุขภาพกำหนดโดยแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการเกิดโรคที่มีอยู่ในแต่ละวัฒนธรรม ซึ่งมีความผันแปรไปตามวัฒนธรรม อาจมีความแตกต่างตามลักษณะของประชากรและความแตกต่างของการกระจายของโรคตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนาและลีลาชีวิต ตลอดจนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ รวมทั้งลักษณะทางจิตสังคมของบุคคล เช่น บุคลิกภาพ อึดทนในทัศนคติ แรงจูงใจ เป็นต้น ซึ่งจะแสดงถึงอัตราอุบัติการณ์และอัตราความชุกของโรค (พิมพิวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์และคณะ, 2530)

2) ปัจจัยด้านสถานที่หรือบริบทขององค์กร (Organizational Context) บริบทขององค์กรด้านการจัด ระเบียบชุมชนมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วย สุขภาพจะผันแปรไปตามบริบทของการจัดระเบียบทางสังคมของบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย

2.1 โครงสร้างทางสังคม (Social Structure) คือ ลักษณะของสังคมทั้งทางด้านกายภาพ และด้านการงาน ได้แก่ องค์กรต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม ภาวะความเป็นเมือง จะมีผลต่อการเกิดและการควบคุมโรคอย่างมาก

2.2 การเป็นสมาชิกกลุ่มในสังคม (Group membership)

2.3 การจัดระเบียบสังคม (Social organization) คือ กลวิธีที่สังคมใช้ในการควบคุมความเป็นระเบียบในการอยู่ร่วมกัน และเป็นตัวกำหนดความคิด ความเชื่อ ปรัชญาและการปฏิบัติตัวทางสุขภาพของบุคคล

2.4 สถาบันทางสังคม (Social institution) หมายถึง โครงสร้างและการทำงานของสถาบันหลักในสังคม ทั้ง 6 สถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันทางศาสนา สถาบันการศึกษา สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันสันติภาพ และการประยุตติศึกษา ซึ่งการจัดรูปแบบและการทำหน้าที่ของสถาบันทั้ง 6 สถาบันมีผลต่อสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การ ควบคุมและการป้องกันโรคของสมาชิกในสังคม

2.5 กระบวนการทางสังคม (Social Process) ได้แก่ การเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเพิ่มประชากร การย้ายถิ่น การเลื่อนชั้นทางสังคม การเปลี่ยนเป็นเมือง การคมนาคม การสื่อสารเหล่านี้ล้วนมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชากร เช่น การก่อให้เกิดความเครียด เกิดภาวะวิกฤติในชีวิต อันเป็นตัวกำหนดโรค

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

2.6 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม และภาวะเสี่ยงของสุขภาพ การเคลื่อนไหวของมนุษย์ตามแนวทาง ดำเนินชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนย้ายในเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ

2.7 การสนับสนุนทางสังคมกับการเกิดโรคและสุขภาพ ลักษณะพลวัตของสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยเฉพาะในสังคมเมือง และสังคมอุตสาหกรรม ที่เกี่ยวกับกระบวนการทางสังคม วัฒนธรรม และจิตวิทยา มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงตามชนิดของโรค

2.8 การอพยพและการโยกย้าย หรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการ ของเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงในสังคมและโครงสร้างของความสัมพันธ์ในสังคมเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรค

2.9 บทบาท คือ การที่บุคคลปฏิบัติตามหน้าที่และสถานภาพของตน คนที่มีหลายสถานภาพก็ต้องมีบทบาทที่ต้องปฏิบัติเพิ่มขึ้นและอาจนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างบทบาทต่างๆ ดังนั้นความขัดแย้งในบทบาทที่ขัดกัน เนื่องจากมีหลายสถานภาพที่ครองอยู่ อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยหรือความขัดแย้งดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพ ประสิทธิภาพของสังคมจึงขึ้นอยู่กับ การลดความขัดแย้งระหว่างสถานภาพและบทบาทดังกล่าว สำหรับประเด็นนี้พบว่า มีความสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องจำนวน บทบาทและความพึงพอใจในบทบาทมีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วย

2.10 กระบวนการเปลี่ยนแปลงในชีวิตและเหตุการณ์ในชีวิต (Life change event)

2.11 ภาวะความเป็นเมืองกับสุขภาพ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2540: 84 - 111)

สำหรับโรคความดันโลหิตสูง ตามมุมมองความทางระบาดวิทยาสังคม เป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) จะเห็นว่าปัจจัยทางด้านสังคมทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น สล้าชีวิต (Life Style) วิธีการใช้ชีวิตขึ้นอยู่กับแบบแผนพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งกำหนดโดยตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกัน ได้แก่บุคลิกภาพเฉพาะตัว ปัจเจกบุคคล ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพเป็นอยู่ทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม เกี่ยวการย้ายถิ่นของแรงงาน มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แออัด ภาวะวิตกกังวล ความเครียด ปัญหาการทำงาน คนที่มีรายได้ไม่สมดุลกับภาระ ค่าใช้จ่าย จะมีความดันโลหิตสูง กว่าคนที่มียาชีพที่ได้รายได้สมดุลกับภาระค่าใช้จ่าย (Wood and Lancaster 1996 :558 อ้างในวงเดือน บันดี, 2539, 61) ความเป็นชนชั้นทางสังคม ความสัมพันธ์ที่ถูกกดขี่ เอาัดเอาเปรียบ ปัจจัยหรือตัวแปรเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เข้าไปสู่ความเจ็บป่วยความดันโลหิตสูง

มุมมองในทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ (Structural Functional) กับการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

การดำเนินชีวิต วิถีชีวิต (Life Style) การทำงาน การประกอบอาชีพของคน เป็นการทำตามบทบาทหน้าที่ตามสถานะของตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ในการเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ในครอบครัวก็เป็นบทบาทหน้าที่ (Role) ตามสถานภาพ (Status) ตามสถานภาพหรือชนชั้นในสังคม (Social class) และตามบรรทัดฐาน (Norms) ของสังคม วัฒนธรรมที่ตนเองดำรงอยู่ที่ว่า เมื่อโตขึ้นถึงวัยทำงานก็จะต้องทำงานประกอบอาชีพ ต้องรับผิดชอบต่อตนเอง และครอบครัว เช่น บทบาทสามี ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว ถ้าคนใดฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตาม Norm ก็จะถูกคน ตีฉินนินทาว่าเป็นการเกียจคร้าน จะพาครอบครัวและสังคมไม่รอดขณะเดียวกันสังคมก็จะขัดเกลา (Socialization) ให้สมาชิก ต้องทำงาน อดทน ยอมรับ และรับผิดชอบหน้าที่ที่ตนเองนั้น ถึงแม้ตนเองไม่ชอบต้องทำงานหนักก็ตาม เพื่อให้สังคมนั้นดำรง อยู่ได้ ในที่สุดก็เกิดความเครียดสูง ก็นำไปสู่การเจ็บป่วยความดันโลหิตสูง และการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็น โรคเรื้อรัง ทำให้มีการรักษาที่ยาวนาน สังคมถือว่าเป็นความเบี่ยงเบน (Deviance) ไม่สามารถกลับเข้าสู่บทบาท (Role) เดิมตามบรรทัดฐาน (Norm) ที่สังคมคาดหวังตามสถานภาพ (Status) นั้นๆ ได้ตามปกติ เช่น การมีบทบาทเป็นสามี หัวหน้า

ครอบครัว เป็นต้น และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมักมีปัญหาเรื่องการไม่กินยาตามแพทย์สั่งในทางสังคมศาสตร์ไม่สามารถปฏิบัติตัวตามหน้าที่ของการสวมบทบาทผู้ป่วย (Sick role) และการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยความดันโลหิตมีผลกระทบต่อความสุข การทำหน้าที่การงาน และเศรษฐกิจ มีงานการศึกษาของจอห์นสันและคณะ อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2542: 27 พบการได้รับ วินิจฉัยว่าป่วยเป็นความดันโลหิตสูงทำให้รายได้ลดลง ในปีที่ 4 และ ปีที่ 5 จากการติดตามผู้ป่วย ในระยะเวลา 5 ปี ส่วนการขาดงาน พบว่าในปีที่ 1 และปีที่ 2 หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง คนงานที่เกี่ยวข้อง กับความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับ การขาดงานในปีก่อนได้รับการวินิจฉัยโรค การที่ผู้ป่วยมีรายได้ลดลง อาจเนื่องมาจากแพทย์บอกว่าทำตัวให้สบายๆ อย่าเครียด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้ทำงานล่วงเวลา และไม่ได้รับการเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน เพราะหัวหน้างานเห็นว่าเขาสุขภาพไม่แข็งแรงเท่ากับคนที่ไม่ได้เป็นความดันโลหิตสูง

มุมมองในทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political Economic)กับการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

คาร์ล มาร์กซ (Karl Marx) มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของทุกสังคมจะมีขั้นตอนของการพัฒนาทางประวัติศาสตร์ 5 ขั้น โดยแต่ละขั้นจะมีวิธีการผลิต (Mode of Production) ที่เกิดจากความสัมพันธ์ของ อำนาจของการผลิต (Forces of production) ซึ่งได้แก่ การจัดการด้านแรงงาน ที่ดิน ทุน และเทคโนโลยีกับความสัมพันธ์ทางสังคมของการผลิต (Social relation of production) ซึ่งได้แก่ เจ้าของปัจจัยการผลิต และคนงานที่ทำหน้าที่ผลิต แต่ในระบบการผลิตแต่ละระบบจะมีความขัดแย้งระหว่างชนชั้นผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตกับผู้ใช้แรงงานในการผลิตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่เป็นโครงสร้างส่วนล่างของสังคม (Substructure) และเมื่อโครงสร้างส่วนล่างมีการเปลี่ยนแปลงจะมีผลทำให้เกิดการผันแปรและเปลี่ยนแปลงต่อโครงสร้างส่วนบนของสังคม (Superstructure) ซึ่งเป็นสถาบันทางสังคม เช่น รัฐบาล ครอบครัว การศึกษา ศาสนา และรวมถึงค่านิยม ทัศนคติ และบรรทัดฐานของสังคม

ระบบเศรษฐกิจทุนนิยมโลกกับภาวะสุขภาพของสังคม จากประวัติศาสตร์การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมระบบทุนนิยมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ระบบทุนนิยมนั้น นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมอย่างมากเช่นกัน อาทิ การมีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เร่งรัด การเกิดวิกฤติการณ์ทางสิ่งแวดล้อม อันเนื่องมาจากการแย่งชิงทรัพยากรที่จำกัด การผลิตสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสังคมและมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ความขัดแย้งทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศทุนนิยมกับประเทศด้อยพัฒนา และระหว่างชนชั้นร่ำรวยและชนชั้นยากจนซึ่งเป็นคนส่วนใหญ่ของโลก ความไม่เท่าเทียมทางสังคมมีมากขึ้น

นอกจากนี้แล้วระบบทุนนิยมโลก ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการระบาดของโรคเรื้อรังแบบใหม่ เช่นกัน เช่น 1) กลุ่มโรคที่เกิดจากความมั่งคั่งหรือเกี่ยวข้องกับการพัฒนา ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมเร็ง ภาวะโภชนาการเกิน (สืบเนื่องถึงโรคหัวใจ) โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้จะเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตแบบบริโภคนิยมของชนชั้นกลาง 2) กลุ่มโรคที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคมภายใต้วิถีการผลิตแบบทุนนิยม 3) โรคจากการประกอบอาชีพ ทั้งภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม โดยเฉพาะความเครียดจากงานการบาดเจ็บและพิการจากการประกอบอาชีพ พิษจากสารเคมี ตะกั่วและโลหะอื่นๆ เป็นต้น มีตัวอย่างที่เกี่ยวข้อง เช่น การทนต่อสภาพแวดล้อมที่เป็นมีเหตุ เรื่องกลิ่นเสียง ฝุ่นละออง และสารเคมี ดังการศึกษาของ จากการศึกษารายงานของ ญัฐพงษ์ ราชสุวรรณ. 2549:89 พบว่าฝุ่นละอองของถนนลูกรัง ที่ฟุ้งกระจายเกือบตลอดทั้งปี โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน มัน ดัดอ้อย ดัดสับปะรด จะมีกรดสัจจรไปมากกว่าปกติ ส่งผลให้บ้านเรือนสกปรกมาก ต้องทำความสะอาด เช็ดถู

การที่ชนชั้นกรรมกรถูกเอารัดเอาเปรียบ กดขี่ ขูดรีด การต่อสู้ระหว่างชนชั้นนายทุนกับชนชั้นกรรมกร อันนำไปสู่ความแปลกแยก (Alienation) เกิดความเครียด เก็บกด (Stress) นำไปสู่การเจ็บป่วย ความแตกต่างชั้นทางสังคม (Social Class) โดยพื้นฐานของชนชั้นกรรมกร ซึ่งชนชั้นกรรมกรตกลงไปอยู่ในสถานภาพชนชั้นต่ำ ต้องใช้แรงงานเช่นนี้เป็นเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วย กล่าวคือโดยปกติมนุษย์พยายามหาช่องทาง ซึ่งมีมากมายในการแบ่งชนชั้นทางสังคม (Social Class) เช่น ความ

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคลินิก
โรคจิตเวชความดันโลหิตสูง

ร่ำรวย อำนาจ ความมีหน้ามีตา ความสามารถ การศึกษา หรืออาชีพ เป็นต้น เช่นเดียวกันคนทำงานในระดับชนชั้นกรรมกร มีความแตกต่างกันทางชนชั้นทางสังคม ซึ่งมีตำแหน่ง และสถานภาพที่ต่างกัน กับชนชั้นนายทุนอย่างเห็นได้ชัด ในความเป็นนายจ้าง และลูกจ้าง และการที่ชนชั้นทางสังคมนั้นไม่ได้เป็นคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลเท่านั้น แต่มีตัวแปรที่เป็นบริบท (Context) ทำให้มีผลต่อทัศนคติ และแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพของชนชั้นกรรมกร ซึ่งมี class ที่ต่ำกว่าอยู่แล้ว มีความด้อยโอกาสในช่องทางเลือกที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหาร การมีเวลาว่าง หรืองานอดิเรก เขาต้องทำงานอย่างหนัก ความยากจน รายได้น้อย ไม่มีเพียงพอค่าใช้จ่าย ขาดสภาพแวดล้อมที่สมบูรณ์เหมาะสมในการ เลี้ยงดูบุตรหลาน ไม่มีโอกาสในการส่งบุตรหลานให้ได้รับการศึกษาชั้นสูง การมีที่พักอาศัยที่ไม่มั่นคง อากาศร้อนอบอ้าว ไม่ถูกหลักสุขาภิบาลที่พักอาศัย ทำงานใช้แรงงานอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม และเป็นอันตราย มีโอกาสสัมผัสกับสารอันตรายในกระบวนการทำงานหรือที่ทำงาน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์เมื่อจำเป็นก็ไม่ดีพอ สภาพอันขมขื่นในชีวิตจริงที่เขาได้รับและเป็นอยู่นั้น นำไปสู่ความเครียด ความเครียดสะสม บางครั้งจำเป็นต้องพึ่งพาสิ่งเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ดื่มเหล้า ฯลฯ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และเกิดการเจ็บป่วยในที่สุด

เป็นเหตุผลที่ต่อเนื่อง เมื่อชนชั้นกรรมกรถูกบีบบังคับให้ทำงานมากกว่าที่จะให้การดำเนินงานไปเองอย่างเป็นธรรมชาติ และสร้างสรรค์ จากชนชั้นนายทุน โดยให้ทำงานเพื่อให้ได้ผลงานหรือผลิตให้มากที่สุด และทำให้เกิดรายได้และกำไรสูงสุดของชนชั้นนายทุน ถ้าทำงานไม่ได้ตามปริมาณที่กำหนดก็ถูกขู่ให้ออกจากงาน ทำให้เกิดความเครียด ภาวะที่กดดัน ซึ่งจากประสบการณ์ที่เคยพบปะ พูดคุยกับกรรมกรหรือผู้ใช้แรงงานบอกว่าไม่มีความสุขเหมือนการทำนา ทำสวน ในภาคเกษตร เมื่อทำเสร็จแล้วเขาสามารถพักผ่อนได้ และลักษณะงานของกรรมกรใน โรงงานเป็นลักษณะงานที่ทำให้ในลักษณะที่ซ้ำๆ ในหน้าที่นั้นเพียงอย่างเดียว เกิดความจำเจ ซ้ำซาก เบื่อหน่ายและทำให้เมื่อยล้า รู้สึกเหมือนไม่มีคุณค่า แต่จำเป็นต้องทำ และบางครั้งนายทุนต้องการลดต้นทุนทางอ้อม ก็ให้ทำงานโดยไม่มีอุปกรณ์เครื่องป้องกันอันตรายในการทำงาน มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ได้มาตรฐานในการทำงาน เช่น ในเรื่องฝุ่นละออง แสงสว่าง เสียงดัง การสัมผัสแปดเปื้อนสารเคมี รังสีคลื่นหรือเหตุรำคาญอื่นๆ ซึ่งเป็นการบั่นทอนสุขภาพ ซึ่งโดยแท้ที่จริงแล้วกรรมกรไม่ยอมเสี่ยงแต่สภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม บีบบังคับโดยอ้อมในการที่จะต้องทำ และบางครั้งในโรงงานยังโดนการบริหารจัดการแบบใช้มายาเล่ห์เหลี่ยม มีการแข่งขันชิงดีชิงเด่นกันเพื่อให้กรรมกรทำงานได้มากขึ้น ทำให้เกิดความคับแค้นใจแก่ผู้ใช้แรงงานที่รู้เท่าทัน แต่เขามีความจำเป็นต้องทำงาน เพราะไม่ค่อยมีทางเลือกหรือมีทางเลือกน้อยมาก นี่ก็ก่อให้เกิดความตึงเครียด วิตกกังวล ความกลัว ภาวะ กังวล (stress) ซึ่งทำให้ต่อมไร้ท่อในร่างกายทำงานหลังฮอร์โมนในร่างกายเสียสมดุล ทำให้บั่นทอนความสามารถในการต้านทานโรค

และอีกทั้งชนชั้นกรรมกร มีความรู้สึกในภาวะที่มีความแปลกแยก (Alienation) ซึ่งเป็นภาวะของความรู้สึกที่แปลกหรือแยกจากสภาพแวดล้อม, งาน, ผลของงาน เช่น ความไร้อำนาจ (Powerlessness) ชนชั้นกรรมกรเขาไม่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ ในการควบคุมกระบวนการผลิต บังคับการผลิตซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นของชนชั้นนายทุน เป็นความรู้สึกว่าชะตากรรมของเขาไม่ได้ควบคุมด้วยตนเอง แล้วแต่องค์กรหรือนายทุนจะจัดการหรือรู้สึกที่ตนเองความไร้ความหมาย (Meaninglessness) ความรู้สึกไม่มีคุณค่า หรือความรู้สึกที่ไม่มีเป้าหมายของชีวิต หรือชนชั้นกรรมกรมีความรู้สึกความโดดเดี่ยวทางสังคม (Social isolation) ความรู้สึกเหงาและอยู่เพียงลำพังหรือถูกกีดกันความสัมพันธ์ในสังคม ชนชั้นนายทุนพยายามทำให้ชนชั้นกรรมกรไม่ให้รวมตัวกัน และให้ยอมรับสถานภาพในการทำงานที่เป็นอยู่ซึ่งนายทุนสามารถควบคุมได้ง่าย สถานการณ์ความรู้สึกแปลกแยก หรือความผิดปกติของสัมพันธ์ทางสังคมเหล่านี้ ทำให้ชนชั้นกรรมกรเกิดความกดดัน บางครั้งอยู่ในสภาพที่หดหู่ใจ กลายเป็นความเครียดสะสมแก่ชนชั้นแรงงาน มีการใช้ยาบรรเทาปวดและสิ่งเสพติด เช่น บุหรี่ เหล้า ซึ่งเป็นเหตุนำไปสู่ความผิดปกติ ความไม่สมดุลทางชีวภาพในร่างกาย ก็ทำให้เกิดการเจ็บป่วยโดยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นภัยเงียบที่คุกคามสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคน ทำให้เจ็บป่วยเรื้อรัง และมีอัตราความชุกในการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ที่สูงขึ้นมาก อันเป็นการสะท้อนสภาพปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน

Karl Mark เป็นนักสังคมวิทยาชาวเยอรมัน ได้ศึกษาและกล่าวถึงความแปลกแยกของแรงงานที่มีต่อแรงงานที่เขากระทำ (Alienated Labour) ภายใต้ระบบเศรษฐกิจสังคมแบบทุนนิยม โดยเน้นหนักไปในเรื่องสภาวะไร้อำนาจอันเกิดจากการควบคุมมากเกินไป การที่แรงงานซึ่งเป็นกรรมสิทธิ์ที่มีค่าของคณงานได้ถูกแปรเปลี่ยนสภาพให้กลายเป็นสินค้าภายใต้ระบบค่าจ้างเงินเดือน จนแรงงานนั้นต้องตกมาเป็นกรรมสิทธิ์ของนายทุน สภาวะที่คณงานจำต้องทำงานหนักภายใต้การบังคับควบคุมของนายทุนหรือเครื่องจักรโดยที่เขาไม่สมัครใจ ย่อมนำมาซึ่งความทุกข์ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยปรากฏออกมาในรูปของความเหนื่อยล้า ท้อแท้ ขาดความกระตือรือร้นที่จะทำงานด้วยและไม่เห็นคุณค่าของงานอีกต่อไป ทั้งยังทำลายความรู้สึกภาคภูมิใจในตน รับรู้ว่าตนเองเป็นคนไร้ความหมาย ซึ่งสภาวะที่คณงานถูกลดทอนคุณค่าหรือถูกแยกจากกันแท้ความเป็นมนุษย์ของตนเองในลักษณะเช่นนี้

เมื่อกิจกรรมการผลิตถูกแยกห่างจากคณงานด้วยการผลิตสินค้าตามความต้องการของนายจ้างเพื่อให้ได้ประโยชน์หรือกำไรสูงสุดที่จะกลับมาเป็นทุนก้อนใหม่ในการผลิตซ้ำสร้างความร่ำรวยและอำนาจให้แก่นายทุนต่อไปโดยไม่มีที่สิ้นสุด โดยคณงานคงได้รับแต่ค่าจ้างเงินเดือนในอัตราที่นายทุนกำหนดเพียงให้พอยังชีพ แต่ไม่มากพอที่จะสะสมเป็นทุนเพื่อช่วยให้ตัวเองหลุดพ้นจากอำนาจการครอบงำนี้ได้ ผลสะท้อนก็คือยิ่งคณงานอุทิศตนอุทิศเวลาให้กับกิจกรรมการผลิตเปรียบเสมือนเขาคือเครื่องจักรตัวหนึ่งที่ไร้อารมณ์ หรือความรู้สึกใดๆ สภาวะที่มนุษย์ถูกลดทอนคุณค่า (Dehumanization) ให้กลายเป็นเพียงปัจจัยการผลิตในรูปแบบหนึ่งที่ถูกตีค่า ไม่ต่างไปจากวัตถุสิ่งของเหล่านี้เอง จนทำให้ตัวไม่มีความเป็นอิสระส่วนตัว และเวลาพักผ่อนก็ยิ่งน้อยลง ก็ทำให้เขาเกิดความเครียด สุขภาพไม่ดีทำให้เกิดการเจ็บป่วย

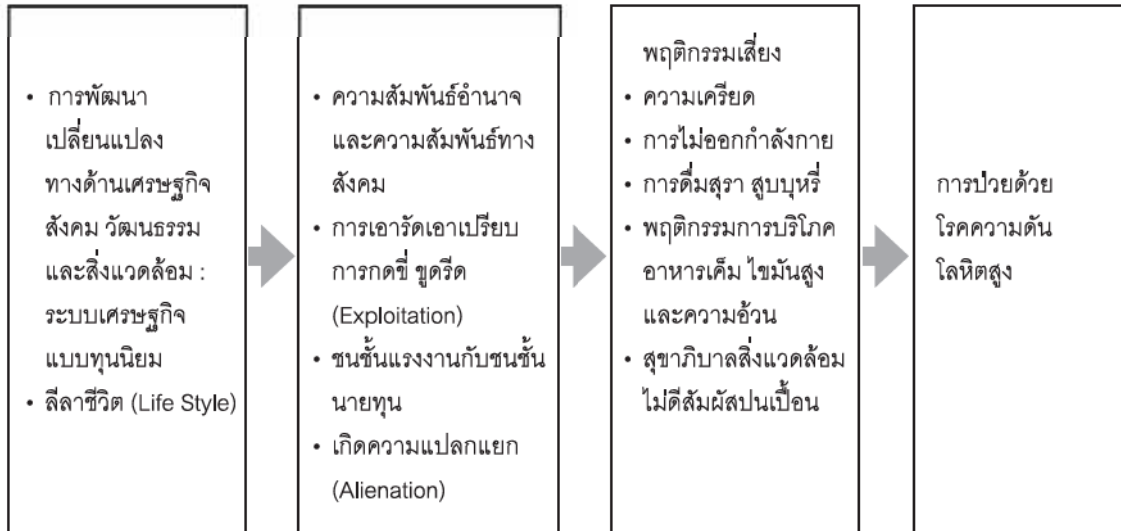
กรอบแนวคิดในการมองความแปลกแยกของมนุษย์ Max Weber (Quoted in Parelius and Parelius, 1978: 101-143) ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์สังคม ชาวเยอรมัน ได้กล่าวถึงมูลเหตุที่ทำให้ปัจเจกบุคคลเกิดความแปลกแยกว่า เกี่ยวพันกับลักษณะโครงสร้างองค์กรแบบราชการ (Bureaucracy) ที่ต้องการธำรงภาพลักษณ์ของการมีระเบียบวินัย และความสงบเรียบร้อยขององค์กรเอาไว้ จึงกำหนดกฎระเบียบต่างๆ ไว้ตายตัวเพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตามในแนวทาง

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

กรอบแนวคิดตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง

อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change) นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยงและการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง



แนวคิดทางมนุษยวิทยาว่าด้วย วัฒนธรรมสุขภาพ

การดูแลสุขภาพในแต่ละสังคมอยู่บนพื้นฐานทางวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยวิถีคิด ความเชื่อ และวิถีพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพ หรือที่เรียกว่าวัฒนธรรมสุขภาพ (Health Culture) ในเรื่องของการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ระบบสุขภาพ (Health care systems) เป็นวัฒนธรรมที่สังคม Construct ขึ้น เพื่อเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บ หรือ จัดการกับความเจ็บป่วยต่างที่มนุษย์เผชิญ มนุษย์ Respond กับมัน ความเจ็บไข้ได้ป่วยระบบสุขภาพ (Health care systems เป็นระบบทางวัฒนธรรม นับได้ว่าเป็นความจริงทางสังคม ผ่านการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความผิดปกติของร่างกาย บุคคลจะเลือกใช้วิธีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ การรับรู้ ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีแนวทางในการเยียวยารักษาอย่างไร ใครเป็นผู้มีความรู้ในการรักษาพยาบาล บางคนอาจขอความช่วยเหลือเยียวยาและขอคำแนะนำและคำปรึกษาจากผู้อื่น ตั้งแต่ครอบครัว เครือญาติ เพื่อน พระ หมอพื้นบ้าน หรือผู้อื่นๆ จนถึงปรึกษาแพทย์โดยตรง มีการ Conceptual ผ่านตัวกลางการกระทำ สะท้อนพฤติกรรมความเชื่อ เป็นแบบแผนความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและถ่ายทอดกันมาตั้งแต่อดีต ซึ่งไคลน์แมน (Klienman) กล่าวว่าในแต่ละสังคมต่างมีระบบดูแลสุขภาพที่มีความเหลื่อมล้ำและเชื่อมโยงกันและกันอยู่ 3 ประเภท ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพภาคประชาชน (Population Sector) อันเป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดเป็นวิถีชีวิตแบบชาวบ้าน ชุดความคิดแบบชาวบ้าน ชุดวัฒนธรรมประเพณีแบบพื้นบ้าน (Folk Sector) และแบบวิชาชีพ (Professional Sectors) สิ่งเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่ถูกกำหนดโดยการอาศัยการตีความทางวัฒนธรรม เป็นแบบแผนที่แตกต่างกันตามแต่ละสังคม อาจกล่าวได้ว่าการดูแลสุขภาพเป็นผลผลิตทางวัฒนธรรมเช่นเดียวกับระบบอื่นๆ ในสังคม โดยทุกระบบต่างมีความสัมพันธ์กัน จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงก็เช่นกัน จะเกี่ยวข้องกับความคิด ความเชื่อ การให้ความหมายของการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการเจ็บป่วยตลอดจนการแสวงหาบริการสุขภาพ ก็เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมทางด้านสุขภาพ

**ประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness Experience): พฤติกรรมการเจ็บป่วย การตอบสนอง และการแสวงหาการ
เยียวยารักษา ความดันโลหิตสูง ในมิติทางสังคมและวัฒนธรรม**

ด้วยภาวะความดันโลหิตสูงได้มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แต่การควบคุมความดันโลหิตสูงยังคงมีปัญหามาก โดยการสำรวจ
ทางการแพทย์พบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงตระหนักว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว และในจำนวนผู้ที่ตระหนักว่า
ตนเองมีภาวะดังกล่าวและในจำนวนผู้ที่ตระหนักว่าตนเองมีความดันโลหิตสูงนั้น มีไม่ถึงร้อยละ 10 ที่สามารถควบคุมระดับ
ความดันโลหิตสูงให้อยู่ในภาวะปกติได้ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาพรรณ: 2547 อ้างใน เทพินทร์ พัทธนาธิกุล 2547) ประกอบกับ
โดยธรรมชาติของโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่มีความจำเป็นต้องอาศัยการดูแลปฏิบัติตนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการ
รักษาของแพทย์ ซึ่งในภาวะปกติของโรค การดูแลปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเหมาะสมจะส่งผลดีต่ออาการของโรคมากกว่า
การรักษาจากแพทย์ นอกจากนั้นหากผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าว สามารถป้องกันตนเองจากการเกิดโรค ได้นับว่าเป็นสิ่งที่
ดีที่สุด

พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) โรคความดันโลหิตสูง เป็นการตอบสนองของบุคคลต่อความเจ็บป่วย
ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ การรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ของอาการความเจ็บป่วย ซึ่งแสดงออกตั้งแต่การ
ให้ความหมายความเจ็บป่วย รูปแบบของพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ (Health Seeking Behavior) ที่สามารถ
แสดงออกได้หลายลักษณะ เช่น การไปขอข้อมูลความช่วยเหลือในลักษณะการขอคำปรึกษาจากเพื่อน คนในครอบครัว หรือ
การไปตรวจรักษาจากบุคคลต่างๆ ทั้งหมอกกลางบ้าน ร้านขายยา หรือการไปพบเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์หรือสาธารณสุข และ
มีการประเมินอาการเจ็บป่วย และรวมถึงการไม่ทำอะไรแต่เฝ้าดูอาการว่าจะดีขึ้นหรือแย่ลง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือ
พฤติกรรมการรักษาตนเอง (Self care) ก็เป็นพฤติกรรมเจ็บป่วยอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยก็จะถูก
ขัดเกลาและรับการถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษในอดีต และนำไปสู่การแสวงหาแหล่งบริการสุขภาพ (Health Seeking Care)

การตอบสนองของผู้ป่วยต่อโรคความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิต
สูงครั้งแรกอาจจะประเมินตัดสินว่า เป็นอันตรายหรือสูญเสียการมีสุขภาพดี หรืออาจจะประเมินตัดสินว่าชีวิตตนถูกคุกคาม
มีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เกิดความพิการ เป็นอัมพาตสูญเสียความสามารถทางร่างกาย หรืออาจจะ
ประเมินว่าเป็นความดันโลหิตสูงตอนนี้ยังดี ยังสามารถหรือแก้ไขควบคุมได้ ทำให้ขวัญและกำลังใจดี และจะมีการประเมิน
ตัดสินใหม่ (Reappraisal) ตลอดเวลาเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ คือการให้ความหมายของ เหตุการณ์ใหม่เพื่อลดความเครียดลง
ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม มีผลทำให้เกิดการปรับตัว (Coping Outcome)
3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ นำไปสู่พฤติกรรมการเจ็บป่วยอื่นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล,
2539 :108)

การแสวงหาบริการสุขภาพเริ่มต้นตั้งแต่บุคคลรับรู้ว่ามีอาการผิดปกติปรากฏขึ้น และพยายามอธิบายหรือให้ความ
หมายต่ออาการนั้นว่า คือการเจ็บป่วยหรือไม่มีสาเหตุจากอะไร ควรตัดสินใจกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งกับอาการ เช่น รอดู
อาการหรือให้การรักษาเยียวยา โดยบุคคลจะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาหรือแหล่งรักษาที่เหมาะสมตามประสบการณ์ที่
ผ่านมาของตนเอง หรือการรับรู้มาจากบุคคลรอบข้างเมื่อเข้าไปรับการรักษามักจะประเมินถึงผลการรักษา และอาจเปลี่ยน
ไปรับการรักษาจากแหล่งรักษาใหม่ ทั้งนี้ เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วยหรือกลับคืนสู่สภาพปกติ

การทบทวนองค์ความรู้ในมิติสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย พฤติกรรมการเจ็บป่วย และ
กระบวนการจัดการปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว จะเป็นการขยายพื้นที่ภาคประชาชนในนโยบายของการพัฒนาระบบ
สุขภาพ เพื่อการวางแผนจัดการกับการดูแลปัญหาโรคเรื้อรังในระบบบริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับความต้องการของ
ผู้ป่วย ครอบครัว และสุขภาพชุมชนอย่างแท้จริง

การนิยามความหมายความดันโลหิตสูงในมิติทางสังคมวัฒนธรรม

การให้ความหมายความเจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปตามประสบการณ์การเจ็บป่วย (illness Experience) ที่เกิดจากการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ของบุคคลที่มีต่อตัวเอง จากครอบครัว หรือจากเครือข่ายทางสังคม ตามลักษณะสังคมและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมเหล่านั้น โดยผ่านกระบวนการวัดเลา และถ่ายทอดความรู้มาจากรอคิด

อันเป็นการสะท้อนวิถีคิด การให้ความหมายตามความเชื่อของประชาชน ต่อโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัย 5 ฉบับ สามารถนำมาจัดกลุ่มความหมาย ได้ 7 กลุ่ม ดังนี้

1. ความหมายความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับอาการ

การให้ความหมายเกี่ยวกับสาเหตุของโรค มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดพฤติกรรมการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้น เนื่องจากไม่ได้คิดว่าตนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการทบทวนองค์ความรู้พบว่าบุคคลที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนหนึ่งบุคคลจะให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้นโดยสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อาการปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะธรรมดา จากการศึกษาของ ปฏิญญา พรณราย (2540) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก และหอผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความหมายของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นว่าเป็นการปวดศีรษะหรือเวียนศีรษะธรรมดา ดังที่กล่าวว่า

“ก็คิดว่าเจ็บหัวธรรมดา เป็นๆ หายๆ อยู่บ่อย” “สงสัยเวียนศีรษะมาจากการเมารถ นอนพักเดี๋ยวก็หาย”

“ไม่เป็นอะไรมาก แค่มีน้ำต้อ สักสัปดาห์น้อย เลี้ยงหลานจนเมื่อย”

รองลงมาให้ความหมายสัมพันธ์กับความเครียดในชีวิตประจำวัน เช่น เพราะเครียด คิดมาก วิตกกังวลหรือเหมือนจะเป็นโรคประสาท และนำความรู้สึกดังกล่าว ไปเชื่อมโยงกับภาระงานที่รับผิดชอบ เช่น ต้องเลี้ยงดูบุตร และที่เหลือธิบายโดยสัมพันธ์กับอาการปวดกล้ามเนื้อ เช่นที่ว่า “เข็ดเมื่อยต้นคอธรรมดา ไม่มีอะไรมาก” “ปวดเอวเมื่อยตัว ทำงานมากอย่างนั้นแหละ” และอาการผิดปกติทางระบบประสาท คือ อาการชาปลายมือ หรือปลายเท้าเสียววูบตามตัว

การศึกษาของอรสา พันธภักดี, 2542 : 47 ได้อ้างงาน ของเฮอร์ติน-รอบเบิร์ต (Heurtin-Roberts, 1990) ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนหนึ่งที่เชื่อว่าเป็นโรคของประสาท (Of the nerve) มีสาเหตุจากบุคลิกภาพที่มีความเครียด และวิตกกังวล ผู้ป่วยเชื่อว่าแรงดันสูงนี้เปลี่ยนง่าย และเป็นอยู่ชั่วคราว ถ้ามีอารมณ์ตื่นเต้นโลหิตจะพุ่งขึ้นอย่างรวดเร็วไปที่ หัวแล้วจะตกกลับอย่างรวดเร็ว

จากการศึกษา ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2534, 198) อ้างใน กมลภักค สำราญจิตร์ 2533 หน้า 15 พบว่า ความเชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโรคที่ว่าความดันโลหิตสูงนั้นเป็นโรคที่ไม่ปรากฏอาการให้เห็น แต่ผู้ป่วยอาจคิดว่าเมื่อมีความดันโลหิตสูงจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง ดังนั้น เขาจะรับประทายารักษาโรคความดันโลหิตสูงเฉพาะเมื่อเขาปวดศีรษะ มึนงง หรือบางคนเชื่อว่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นไม่มากหรือเป็นครั้งคราวหรือจากความเครียดเล็กๆ น้อยๆ ไม่จำเป็นจะต้องสนใจถ้าขาดความเครียด และความวิตกกังวลได้ก็สามารถลดความดันโลหิตได้

2. ความหมายความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับเลือดและหลอดเลือด

การให้ความหมายเกี่ยวกับสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง ที่พบอีกกลุ่มคือ การเชื่อมโยงกับระบบเลือดและหลอดเลือดในร่างกาย โดยการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เกิดจากการที่ไขมันเกาะที่ผนังโลหิต ทำให้หลอดเลือดตีบแคบลง หัวใจต้องบีบตัวแรงขึ้นเพื่อให้โลหิตผ่านได้ กลุ่มตัวอย่างบางคนได้เปรียบเทียบหลอดเลือดที่มีความดันโลหิตสูงกับท่อน้ำที่มีสนิมเกาะ ทำให้ท่อน้ำมีเส้นผ่าศูนย์กลางน้อยลง เลือดจึงไหลผ่านลำบากและต้องใช้แรงดันมากกว่าปกติและเมื่อท่อน้ำฝุดก็อาจแตกได้ เช่นเดียวกับหลอดเลือดซึ่งสามารถแตกได้โดยไม่รู้ตัว (กมลภักค สำราญจิตร์ 2538:33)

ทั้งนี้ การศึกษาของ อรสา พันธภักดี (2542) พบว่า ผู้ป่วยได้ให้ความหมายตามการรับรู้ ว่าความดันโลหิตสูงเป็นการ

เปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับ "เลือด" และ "ประสาท" กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเลือด หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเลือดที่ร้อนขึ้น เลือดข้นขึ้น เลือดไหลเวียน เลือดวิ่งเร็วแรง ซึ่งเลือดที่ฉีดแรงกระทบเส้นเลือดที่สมอง และกระทบต่อหัวใจ เป็นผลให้ความดันเลือดสูงขึ้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับประสาท หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับประสาท เส้นประสาท และสมอง ซึ่งคิดว่า รวมอยู่ที่หัว ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ความรู้สึกของความดันโลหิตสูงขึ้นจากการมีอาการเกิดขึ้นที่หัว และรับรู้ว่าจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อีกทั้งรับรู้ถึงความเครียดหรือการใช้ความคิดเป็นสาเหตุ สำคัญที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นกระทบต่อประสาท สมอง และทำให้เส้นประสาทแตกได้

เช่นเดียวกับการศึกษาของเฮอร์ติน-ร็อบเบิร์ต (Heurtin-Roberts, 1990 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542 : 47) พบว่า ผู้หญิงแอฟริกัน-อเมริกัน อายุ 45 - 70 ปี เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 54 คน ที่มารักษา ณ คลินิกของโรงพยาบาลในรัฐ นิวออลีน เชื่อว่าผู้โรคของตนคือ ความดันถูกรบกวน (Pressure trouble) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งเชื่อตามความรู้ทางการแพทย์ อีกกลุ่มหนึ่งเชื่อกันตามพื้นบ้าน คือ "โลหิตมาก" (High blood) กับ "แรงดันสูง" (High - pertension) โดยความเชื่อโลหิตมาก หมายถึงเป็นโรคทางร่างกาย โลหิตกับหัวใจ ซึ่งในโลหิตนั้น ร้อน (Hot) มีมาก (Rich) หรือหนา (thick) ระดับโลหิตสูงขึ้นช้าๆ ในร่างกายและสูงอยู่อย่างนั้น คนที่เชื่อโลหิตมากคิดว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ รับประทานอาหารไม่ดี และมีความร้อนจากภายในร่างกายหรือจากสิ่งแวดล้อม สามารถคาดการณ์ได้และควบคุมได้ ทำให้เจ็บป่วยหรือตายได้ ส่วนความเชื่อแรงดันสูง คือ ผู้ป่วยเชื่อว่าเป็นโรคของประสาท (Of the nerve) มีสาเหตุจากบุคลิกภาพที่มีความเครียด และวิตกกังวล ผู้ป่วยเชื่อว่าแรงดันสูงนี้เปลี่ยนง่าย และเป็นอยู่ชั่วคราว ถ้ามีอาการตื่นเต้นโลหิตจะพุ่งขึ้นอย่างรวดเร็วไปที่หัวแล้วจะตกกลับอย่างรวดเร็ว

3. ความหมายความดันโลหิตสูงกับร่างกาย

ในแนวคิดคำอธิบายของชาวบ้านที่ต่อสาเหตุของโรค พบว่าความดันโลหิตสูงสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกาย ในที่นี้หมายถึง ความชรา บางคนเรียก โรคความดันโลหิตสูงว่าเกิดขึ้นเป็นโรคคนแก่

ในเรื่องความชราภาพ (ความแก่) กลุ่มตัวอย่างการศึกษาของ กมลภักดิ์ สำราญจิตร 2538:34) เรียกโรค ความดันโลหิตสูงว่า "โรคคนแก่" เนื่องจากบางคนมีความเชื่อว่าโรคนี้จะเกิดกับบุคคลที่มีอายุ 50 - 60 ปี ขึ้นไปแล้ว เพราะบุคคลวัยนี้มีความต้านทานต่อโรคต่างๆ ลดน้อยลง ประกอบกับอวัยวะต่างๆ ในร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานเสื่อมลงหรือเรียกว่า "กำลังตก" ซึ่งหมายถึงสมรรถภาพการทำงานของร่างกายอ่อนกำลังลง เหตุผลอีกประการหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นโรคคนแก่ คือ สังเกตจากวัยของผู้ป่วยที่เคยพบเห็น และวัยของผู้มารับบริการในคลินิก ความดันโลหิตสูงด้วยกันจะเป็นคนในกลุ่มสูงอายุ สอดคล้องเป็นไปตามความเชื่อว่าเป็นโรคคนแก่ ซึ่งเป็นผลของการเกิดโรคมาจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เสื่อมไปตามอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของปญญา พรณราย (2540) ที่ว่าผู้ป่วยก็ให้ความหมายของอาการที่เกิดขึ้น ว่าเป็น "โรคลม/โรคคนแก่" เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการเป็นลม หน้ามืด เวียนศีรษะ และอาจมีอาการใจสั่น แน่นหน้าอก หรือคลื่นไส้ร่วมด้วยซึ่งอาการเหล่านี้มัก เกิดขึ้นโดยมีสาเหตุจากการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน ดังคำกล่าวที่ว่า "โรคลม โรคคนแก่ ธรรมชาติของคน แก่แล้วเดี่ยวแบบนั้น แบบนี้" และการศึกษา ของสุจินดา สุขก่าเน็ดและคณะ (2544:110) ที่พบว่า ผู้ป่วยให้ความหมายโรคความดันโลหิตสูง คือ ความเสื่อมของร่างกายสังขาร เลือดลมไม่ดี และการศึกษาของณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ (2549 : 77) ที่ว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบมากในวัยผู้สูงอายุ เป็นโรคเรื้อรัง และสามารถควบคุมอาการได้ และเกิดจากกรรมพันธุ์ โดยให้เหตุผลว่ามีพ่อแม่ หรือพี่น้องหรือมีญาติเป็นความดันโลหิตสูง ทำให้ตนเป็นความดันโลหิตสูงได้ เช่นเดียวกับ เพศ มีคนทั่วไปเชื่อว่า เพศหญิงเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย ดังคำกล่าวไว้ ดังนี้

"ผู้หญิงเราอายุมากขึ้น ก็เจ็บป่วยมากกว่าผู้ชายอยู่แล้ว โดยเฉพาะช่วงหมดประจำเดือน ผู้หญิงเราจะเจ็บป่วยได้ง่ายเป็นอะไรต่างๆ นานา อย่างที่ช่วงจะหมดประจำเดือน จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย อารมณ์แปรปรวน ใครทำอะไรให้นิดหนึ่งก็ก็มี

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และวิธีการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

อารมณ์แล้ว ที่ตำหนิตัวทั้งตัว แต่เขาก็รับเราได้นะ เขายังคอยหาให้เรากินเลย พี่ว่าส่วนหนึ่งที่เป็นโรคความดันเนี่ย เกี่ยวข้องกับการหมกหมิ่นประจำเดือน เพราะหมอบอกพี่ว่า เวลาหมกประจำเดือนทำให้ฮอร์โมนในร่างกายของเราจะหมดไปด้วย ซึ่งฮอร์โมนมันทำให้ร่างกายสมบูรณ์ ถ้าเราไม่มีฮอร์โมนในร่างกายเราก็ไม่สมบูรณ์จะเจ็บป่วยได้ง่าย อารมณ์แปรปรวน บางครั้งอารมณ์ขึ้นมากก็อยู่ตัวเองว่าความดันเราขึ้น"

4. ความหมายความดันโลหิตสูงกับวิถีชีวิต (Life style) และพฤติกรรมเสี่ยง

ปัจจุบันการศึกษา ความดันโลหิตสูง มีการนำประเด็นเรื่องวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง มาอธิบายกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง กล่าวคือ พฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ขณะที่วิถีชีวิตจะหมายถึง การทำงาน การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การศึกษาของณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ (2549 : 76) โรคความดันโลหิตสูงกับความซับซ้อนของบริบทที่เกี่ยวข้อง : กรณีศึกษา จังหวัดกาญจนบุรี มีผลการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง จากมุมมองของผู้ป่วยเอง ของผู้ที่ประสบกับภาวะโรคนี้ บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ระดับลึก (Indepth Interview) การบอกเล่า (Narrative) และวิธีการสังเกต (Observation) โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ใน 5 หมู่บ้านตัวอย่างในพื้นที่แต่ละประเภทจำนวน 25 คน

ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง แยกได้เป็นประเด็นได้ เช่น การทำงาน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารเสริม การออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ

เช่นเดียวกับ ลักษณะการทำงาน นอกจากจะส่งผลต่อความเครียดแล้ว ยังส่งผลโดยตรงต่อการเจ็บป่วย เช่น งานเกษตรกรรม ต้องทำงานทุกอย่างไม่ว่าจะเป็นการยก ลาก แบก หาม ฯลฯ ต้องทำงานตั้งแต่เช้าเวลาประมาณ 7 โมง จนถึงช่วงเย็นเวลาประมาณ 6 โมงเย็นเกือบทุกวัน นอกจากนี้ การทำงานในสำนักงาน การทำงานที่ต้องนั่ง อยู่กับเอกสารนานๆ การมีปริมาณงานที่มากและต้องการทำงานนั้นให้เสร็จในระยะเวลาที่จำกัด จึงทำให้เกิดความเครียด และการทำงานหนักเพื่อต้องการเพิ่มรายได้ของครัวเรือน หลายครัวเรือนพยายามหาอาชีพเสริม เช่น การ รับจ้างทั่วไป การเก็บขยะ เผาถ่าน เป็นต้น ซึ่งล้วนมีผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้มีอาการปวดศีรษะ วิงเวียน ซึ่งอาการ ดังกล่าวมักจะเชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง (ณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ, 2549)

การใช้ชีวิตของคนส่วนใหญ่ ทั้งในเมืองและชนบท ล้วนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการนำไปสู่การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการกินอาหารได้แก่ การรับประทานอาหารไขมัน ทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่ม มีผลต่อการเกิดของโรค คือ อาการปวดศีรษะบ่อย จึงกลัวว่าถ้าไขมันในโลหิตสูง อาจเกิดเส้นโลหิตในสมองอุดตัน และเชื่อว่าการรับประทานอาหารเจ เป็นวิธีหนึ่งในการเลี่ยงรับประทานอาหารไขมัน และยังช่วยลดปริมาณอาหารไขมันที่รับประทานได้ด้วย (กมลศักดิ์ สำราญจิตร 2538:43) การรับประทานอาหารเสริม เปรี้ยวและเผ็ด และการพักผ่อนไม่เพียงพอก็เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง (ณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ .2549:98)

5. การให้ความหมายความดันโลหิตสูงกับความเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ

จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยหญิง จำนวน 200 คน มีการให้ความหมายความดันโลหิตสูง สัมพันธ์กับโรคต่างๆ ได้แก่ แพ้ท้อง โรคอ้วน โรคทางหู โรคทางสายตา และโรคหัวใจ เนื่องด้วยโรคและอาการดังกล่าว เกี่ยวข้องกับอาการปวดศีรษะ วิงเวียน หูอื้อ สายตามืดปกติ และการเต้นของหัวใจ หรืออาจเกี่ยวข้องกับโรคประจำตัว เช่น หอบหืด โลหิตจาง เป็นต้น (ปริญญญา พรณราย 2540) และมีอีกกรณีหนึ่ง จากการศึกษาของอรสา พันธภักดี 2542 ที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลเชื่อมโยง เชื่อว่าความดันโลหิตสูงของตนเกิดจากเชื้อโรคที่แฝง (จากการติดเชื้อ) เข้าไปในร่างกายทำให้เกิดความดันโลหิตสูงตามมา

6. ความหมายความดันโลหิตสูงเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาของ ณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ. 2549 : 98) พบว่า ฝุ่นละอองของถนนลูกรัง ที่ฟุ้งกระจายเกือบตลอดทั้งปี

โดยเฉพาะในช่วงฤดูขึ้นมัน ตัดอ้อย ตัดสับประรด จะมีรถสัญจรไปมามากกว่าปกติ ส่งผลให้บ้านเรือน สกปรกมาก ต้องทำความสะอาด เช็ดถู เกือบทุกวัน จากสภาพแวดล้อมดังกล่าว ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า รำคาญ และก่อให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ การใช้สารเคมีของเกษตรกรก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรสา พันธักดี (2542 : 88) พบว่า ความดันโลหิตสูงมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ซึ่งเชื่อว่าการสูดดมกลิ่นแก๊สที่เกิดจากน้ำเน่ารอบๆ ห้องพักอาศัยทำให้เขาเกิดความดันโลหิตสูง

7. การนิยามความดันโลหิตสูง

การศึกษาบางชิ้น ได้นิยามความหมายที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง ดังนี้

7.1 เพชรฆาตเงียบ (Silent Killer) เปรียบว่า โรคความดันโลหิตสูงว่า เพชรฆาตเงียบ (Silent Killing) (ชมพูนุช ช่องจรีต, 2527 : 127 อ้างในวรลักษณ์ คงหนู, 2542) เนื่องจากระยะแรกของโรคไม่แสดงอาการชัดเจน เมื่อรู้ว่าเป็นโรคก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว โดยก่อให้เกิดการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันหรือเกิดความพิการเรื้อรัง ซึ่งจะมีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันต่อไป

7.2 เปรียบว่ากับความพิการ อัมพาต การศึกษาของณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ (2549) และการศึกษาของอรสา พันธักดี (2542) พบว่าประชาชน มีความเห็นว่าเป็นโรคที่มีความร้ายแรงทำให้เป็นอัมพาต อันตรายถึงชีวิต ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย คือ การเปลี่ยนแปลงของเลือด และประสาทมีผลต่อการรับรู้ถึงอันตรายที่มีโอกาสเกิดขึ้น ทำให้เป็นอัมพาต เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องนอนให้คนดูแล เป็นภาระแก่ครอบครัว และการเป็นอัมพาต ถ้าเกิดขึ้นจะกระทบต่อความสามารถของผู้ให้ข้อมูลในการทำหน้าที่ต่อบทบาททางสังคมที่ตนรับผิดชอบ และมีประสบการณ์ที่เคยเห็นคนเป็นความดันโลหิตสูงเป็นอัมพาต กลัวตนเองจะเป็น เลยให้ความหมายกับการเป็นอัมพาต เพราะกลัวตนเองเป็น

7.3 รักษายาวนาน เป็นโรคที่รักษาต้องการต้องการดูแลรักษาระยะยาวหรืออาจตลอดชีวิตของผู้ป่วย (เกษม วัฒนชัย, 2532 : 21 อ้างใน วรลักษณ์ คงหนู, 2542)

7.4 ความตาย มีความเชื่อการนิยามด้วยการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จะมีความเสี่ยงต่อความตายมากกว่า ดังคำกล่าวขวัญถึงขององค์การอนามัยโลก ที่ตั้งคำขวัญวันอนามัยโลกประจำปี 2521 ว่า "อายุจะสั้นถ้า ความดันโลหิตสูง" (กระทรวงสาธารณสุข 2531:154)

จากการทบทวน สามารถประมวลได้ว่า คนไทยมองความดันโลหิตสูง มี 2 กรณี กรณีที่ 1 ให้ความหมายที่ไม่รุนแรง ได้แก่ การปวดศีรษะธรรมดา ปวดตึงกล้ามเนื้อต้นคอ จากการทำงานในชีวิตประจำวัน การเป็นโรคคนแก่ จึงไม่สนใจ ตั้งแต่แรกในการที่ป้องกัน ทำให้ไปสถานบริการช้า ชุดความคิดการให้ความหมายความดันโลหิตสูง (Explanatory Model : EM) ชุดแรกนี้ไม่ตรงกับทางการแพทย์ ซึ่งมองว่าความดันโลหิตสูงมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจ การรับรู้ความรุนแรง (Perceive Severity) และประสบการณ์การเจ็บป่วย กรณีที่ 2 ให้ความหมายว่ารุนแรง ได้แก่ นิยามความตาย ความพิการ อัมพาต อัมพฤติ เช่น เส้นโลหิตในสมองแตก เสียชีวิต ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะไปที่ระบบวิชาชีพทันที

และเมื่อได้มารับวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิต ก็จะถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วย ในการทำงานเขาก็จะไม่ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้างาน เขาไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ และเห็นว่าเขาสุขภาพไม่แข็งแรงเท่ากับคนที่ไม่ได้เป็นความดันสูง นอกจากนี้ตัวคนที่เป็นความดันโลหิตสูงเองก็คิดว่าตนเองมีโรคทำให้ทัศนคติต่อการทำงานเปลี่ยนไป หรือการบทบาทอื่นๆ ตามสถานภาพตนเองก็เปลี่ยนไปด้วย

พฤติกรรมและการแสวงหาบริการสุขภาพ

ความคิด ความเชื่อ การรับรู้ ต่อความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อการปฏิบัติตนการดูแลตนเอง ดังเช่น การศึกษาของ กมลภักดิ์ สำราญจิตร (2538:86) ประชาชนเชื่อว่า โรคนี้เป็นโรคคนแก่จึงไม่สนใจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

5

ประสบการณ์กับความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

มาแต่แรกภาวะแทรกซ้อนของโรคมีผลในทางบวกต่อทัศนคติในการควบคุมอาหารเค็มและอาหารไขมันพอสมควร พฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพมากนัก เนื่องจากการชอบรับประทานอาหารตามใจปาก ความเกรงใจเมื่อมีเพื่อนชวนไปรับประทานอาหารและความเชื่อว่าถ้าลดรับประทานอาหาร ทำให้น้ำหนักตัวลดลงหรือตัวเล็กลงจะทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง ไม่มีแรงทำงาน นอกจากนั้นยังไม่มีความรู้ในการประเมินน้ำหนักตัว หรือความอ้วนว่าแค่ไหนจึงจะมีผลเสียต่อสุขภาพหรือเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง เป้าหมายในการปรับเปลี่ยน

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่นำมาใช้เป็นในการศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค และทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา แนวคิดของทฤษฎีนี้ คือ บุคคลตัดสินใจกระทำพฤติกรรมเมื่อรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) รับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงคุกคามชีวิต มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Perceived Severity) และก่อนลงมือปฏิบัติจะมีการชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบผลประโยชน์ (Perceived benefit) ที่จะได้รับจากการกระทำกับการรับรู้อุปสรรค (Perceived barrier)

ได้มีการศึกษาเรื่อง ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพในการศึกษาเช่นกัน โดย สุภาพ ไบแก้ว (2528) หน้า 47 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษา และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 100 คน พบว่า แรงจูงใจโดยทั่วไปเพียง ด้านเดียวที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา และความร่วมมือในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของจริยวัตร คมพัยค์ (2532) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ รับรู้ต่อโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนได้รับการให้คำแนะนำปรึกษา แก้ไขปัญหาเป็นรายบุคคล และเมื่อได้รับคำแนะนำปรึกษาแก้ปัญหาแล้ว ความเชื่อด้านสุขภาพยังคงมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษา

สำหรับการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงในภาคใต้ โดยปริญญพรพรนราย 2540 พบว่า กระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรับรู้ ให้ความหมาย และการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น เมื่อรับรู้อาการ มีนศีรษะ ปวดศีรษะ และหน้ามืดหน้ามืด ซึ่งผู้หญิงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ความหมายอาการที่เกิดขึ้นว่า เป็นโรคคนแก่ ปวดศีรษะ ธรรมดา และเครียดหรือเป็นโรคประสาท สำหรับการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาตนเอง มีระยะเวลารอสังเกตอาการ และรักษาตนเองอยู่ในช่วง 1 - 6 เดือน และส่วนใหญ่ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และเพื่อนข้างบ้านที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขก่อน แล้วจึงไปแหล่งบริการสุขภาพหรือพบแพทย์

ขั้นตอนที่ 2 การเลือกแหล่งและการเข้ารับบริการสุขภาพ แหล่งที่ไปเลือกบริการก่อนมาโรงพยาบาลที่ศึกษา ได้แก่ คลินิกโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งสถานอนามัย/ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน แหล่งรักษาแผนโบราณ และร้านขายยา ซึ่งมีเหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ ใกล้ที่พักเดินทางสะดวก ขณะที่เหตุผลสำคัญของการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือ สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล และการเปลี่ยนแหล่งรักษา ผู้หญิงที่ไปเข้ารับบริการจากแหล่งบริการ สุขภาพต่างๆ ก่อนมารับบริการในโรงพยาบาลที่ศึกษา มีการรับรู้ต่ออาการหลังเข้ารับบริการว่าดีขึ้นปานกลาง และให้เหตุผลของการเปลี่ยนแปลงแหล่งบริการสุขภาพว่า ค่ารักษาแพง/ใช้สวัสดิการการรักษาพยาบาลไม่ได้ รองลงมา คือ รักษาไม่ได้ผลหรืออาการรุนแรงขึ้นจึงเปลี่ยนมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาล

การศึกษาของณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ (2549 :108) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงจะใช้วิธีการหรือรูปแบบต่างในการรักษา ดังนี้

1. การให้การรักษาดังประเภท โดยจำแนกประเภทภาวะความดันโลหิตสูงตามระดับความรุนแรงออกเป็นกลุ่มต่างๆ ดังนี้

1.1 ภาวะความดันโลหิตสูงที่จัดว่าเป็นเพียงอาการ (Symptom) กลุ่มนี้จัดว่าเป็นการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงผิดปกติไปจากเดิมเพียงเล็กน้อย และใช้วิธีการนอนหลับพักผ่อน เมื่อมีอาการก็สามารถหายได้เองโดยไม่ต้องรักษา หรือบางท่านอาจให้การดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมมากขึ้น เพื่อป้องกันความรุนแรงที่มากขึ้น

1.2 ภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่จัดว่าเป็นความเจ็บป่วย (Illness) ในกลุ่มนี้จัดว่าการเกิดภาวะโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มแสดงอาการในข้อ 1.1 ฉะนั้นกลุ่มนี้จะดูแลตนเอง โดยการหาซื้อยาแผนปัจจุบันที่หาซื้อได้สะดวกจากร้าน หากไม่หายก็จะไปรักษาที่คลินิก สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาล เป็นต้น

1.3 ภาวะโรคความดันโลหิตสูงที่จัดว่าเป็นโรค (Disease) กลุ่มนี้มองว่าการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีความรุนแรงมากที่สุด ส่วนใหญ่แล้วจะมีโรคแทรกซ้อน เช่น อัมพาต อัมพฤกษ์ ฉะนั้น การรักษามีทั้งในครอบครัว (Home treatment) และการรักษาเป็นทางการที่มีบุคลากรทางวิชาชีพ เช่น คลินิก สถานีอนามัย โรงพยาบาล เป็นต้น ขณะที่ บางคนจะรักษาแบบพื้นบ้านตามความเชื่อของตนเองร่วมด้วย

2. วิธีการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงแบบต่างๆ แบ่งออกเป็น 3 รายการ ดังนี้

2.1 การรักษาด้วยระบบการแพทย์ของครอบครัว ยังแบ่งออกเป็นการรักษาภายในครอบครัว เป็นการรักษาแบบพื้นบ้านที่สืบทอดกันมาจากบรรพบุรุษ วิธีการรักษาบางท่านมีการใช้สมุนไพรที่ใช้อยู่ในชีวิตประจำวันและหาได้ง่าย เช่น ใบเตย กระเจี๊ยบ กล้วยหนวดแมว ชาดอกคำฝอย เป็นต้น และบางคนใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นยาชุดที่รู้จัก มักซื้อจากร้านค้าเพียงแค่ออกว่าขอซื้อยาแก้ความดัน

2.2 การรักษาด้วยระบบการแพทย์พื้นบ้าน เป็นการรักษาด้วยน้ำมนต์พระ ที่เชื่อว่าความดันโลหิตสูงเกิดจากเวรกรรมจากชาติปางก่อน โดยการใช้สถานที่วัดและให้พระภิกษุทำเป็นผู้ให้การรักษา

2.3 การรักษาด้วยระบบการแพทย์แบบวิชาชีพ และการให้ความหมายต่อการหายของโรคความดันโลหิตสูง การให้ความหมายต่อการให้จากโรค มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา โดยให้ความหมาย ดังนี้ คือ หายปวดศีรษะ การหายจากอาการปวดศีรษะ ค่าความดันโลหิตสูงลดลงอยู่ในค่าปกติ รวมถึงไม่มีอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น หน้ามืด วิงเวียน นอนไม่หลับ เป็นต้น

การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และบทบาทการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและเครือข่ายทางสังคม ในการดูแลเยียวยารักษาและการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลตนเองของประชาชนไทย การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัยในประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ยาวนาน มีระบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน ซึ่งถ่ายทอดกันมาอย่างสืบเนื่อง ในระบบวัฒนธรรมของประชาชน โดยความเจ็บป่วยถูกตีความสมมูลฐานได้รับการวินิจฉัย การดูแลและเยียวยาที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วย ครอบครัว ญาติมิตร เครือข่ายทางสังคมตลอดจนชุมชน กระทั่งเมื่อจำเป็นจึงแสวงหาบริการของแพทย์ไม่ว่าแบบตะวันตกหรือแบบโบราณ ซึ่งการไปแสวงหาบริการจะเกิดขึ้นหลังจากการรักษาเยียวยาตนเองไม่ได้ผล (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 :20) แนวคิดการดูแลตนเองในทางสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะทางสังคมวิทยา (Sociology) สนใจในการดูแลตนเองในความสัมพันธ์ทั้ง 3 แบบ คือระบบบุคคล ระบบกลุ่มย่อย และระบบชุมชน และมุ่งเน้นที่สังคม กฎหมาย นโยบาย และองค์กรที่สนับสนุนและส่งเสริมการดูแลตนเอง ดีฟรีย์ส (Defries อ้างใน gantz, 1990 อ้างใน อรสา พันธักดิ์, 2542: 33) ให้ทัศนะว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของแผนการรักษา ชุมชน กับการส่งเสริม สุขภาพผู้ป่วยเข้าใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์แต่จะปฏิบัติตามทั้งหมดหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเอง

ซึ่งแม้แต่นำความคิดการดูแลตนเองของบุคคลากรสุขภาพกับของผู้ป่วยแตกต่างกัน บุคลากรสุขภาพมองการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม การกระทำ การปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งบุคลากรสุขภาพกำหนดให้บุคคลกลับไปปฏิบัติ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2542 หน้า 5 แต่ผู้ป่วยมองว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการและเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่นในบริบทของเขา โดยเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การประเมินอาการ เจ็บป่วย การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนั้นๆว่าจะรักษาด้วยตนเองอย่างมีอติวินิจฉัย หรือจะแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่น การปรึกษาหารือในเครือข่ายสังคมของผู้ป่วยเอง เครือข่ายบริการจากวิชาชีพสุขภาพ เครือข่ายทางเลือกบริการรักษาอื่นๆ ตลอดจนการประเมินและตัดสินใจ เพื่อกำหนดการปฏิบัติตนบนพื้นฐานของข้อเสนอนี้ที่ได้รับจากการปรึกษาหารือดังกล่าว คอนเนลลี (Connelly, 1993) อ้างในสมจิต หนูเจริญกุลและ อรสา พันธภักดี, 2542 หน้า 46 ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในกลุ่มตัวอย่างด้วย โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวทำนาย และเพิ่มปัจจัยด้านอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการสนับสนุนทางจิตใจร่วมเป็นตัวทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา และการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่ทำนาย การดูแลตนเองโดยทั่วไป การสนับสนุนด้านจิตใจและการรับรู้ความรุนแรงของโรคทำนาย การดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ค่ายารักษาและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำนายการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหาร

จากการศึกษา ของสุจินดา สุขกำเนิด และคณะ (2544:110) ระบบการดูแลตนเองระดับครอบครัว ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเด็นการช่วยเหลือในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังความดันโลหิตสูง (กลุ่มอาการปวดศีรษะ/วิงเวียน ศีรษะ) ในการดูแลตนเองและรักษาของผู้ป่วย ญาติ ผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสะท้อนถึงวิธีการนำบัตรรักษา อาการเจ็บป่วย มี 2 แนวทาง คือ

- 1) การรักษาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่รักษาโดยการซื้อยาเม็ด จากร้านขายยา เช่น พาราเซตามอล ไทโอซิล บูรา ทัมใจ ทิฟี่ ยาชุด ยานวด ได้แก่ ยาหม่อง ยานวดทิพย์โอสถ ยาต้ม ยาประดงเบอร์หัว และยาแก้วิงเวียน เป็นต้น นอกจากนี้มีการไปหาหมอที่สถานีนอนามัย โรงพยาบาล คลินิกเอกชน โดยหมอให้ยาแก้ปวดพาราและยานวดแต่ไม่ทราบชื่อ ยานวดที่รู้จัก คือน้ำมันระกำ และพบว่าผู้ป่วย 1 รายที่ปวดศีรษะมากไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โดยวิธีเจาะน้ำไขสันหลังเพื่อการรักษาพบว่าหายขาด

- 2) การรักษาแบบแพทย์แผนไทย โดยการใช้สมุนไพร ยาฝนรากไม้ จากหมอสุมไพรในหมู่บ้าน หรือใช้ยานวด ได้แก่ ยานวดทิพย์โอสถ ยาหม่อง นอกจากนี้ ยังมีการนวดให้กันตามบ้าน แต่ไม่มีความรู้ด้านการนวดเลย ในผู้ป่วยบางรายใช้การรักษาโดยวิธีการเป่า

จิราภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามารับดี 100 คน พบว่า รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่เพศและระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และเมื่อนำปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดเข้าสมการทำนาย พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้น ในการศึกษาพบว่า แหล่งข้อมูลที่ได้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงจากแพทย์ รองลงมาจากสื่อการสอน ต่างๆ จากเพื่อนร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว และจากพยาบาลตามลำดับ

และยังมีการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการการรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 100 ราย เพื่อสำรวจการดูแลตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน สุขภาพอนามัยทั่วไป ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.4 ปี

เป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานเฉลี่ย 11.7 ปี ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้ดีเกือบทุกด้านยกเว้นเรื่อง การดื่มน้ำชา กาแฟ เครื่องหนึ่งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และมีความรู้ การปฏิบัติตน เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (กรณีการ พงษ์สนธิ์ และคณะ, 2538 ช่างโน สมจิต หนูเจริญกุล และ อรสา พันธภักดี, 2542)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงและความร่วมมือในการรักษา โดยใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณร่วมกับวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาของเฮอร์ติน-รอบเบิร์ต (Heurtin-Roberts, 1990 อ้างใน อรสา พันธภักดี, 2542 : 47) คนที่เชื่อว่า “โลหิตมาก” นี้สามารถรักษาได้ โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เช่น ละเว้นการรับประทานเนื้อหมู อาหารที่ร้อน หรือเผ็ด และอาหารไขมัน ยาพื้นบ้านที่ใช้ คือ น้ำมะนาว น้ำส้ม หรือน้ำกระเทียม ผู้ป่วยที่เชื่อแรงดันสูง เชื่อว่าเป็นโรคของประสาท (Of the nerve) มีสาเหตุจากบุคลิกภาพที่มีความเครียด และวิตกกังวล ผู้ป่วยเชื่อว่าแรงดันสูงนี้เปลี่ยนง่าย และเป็นอยู่ชั่วคราว ถ้ามีอาการมันตึ้นดันโลหิตจะพุ่งขึ้นอย่างรวดเร็วไปที่หัวแล้วจะตกกลับอย่างรวดเร็ว การรักษานอกจากใช้ยาและอาหารแล้ว ยังต้องรักษาด้วยวิธีบรรเทาความเครียด และลดอารมณ์มันตึ้นดัน โดยการควบคุมอารมณ์ แลการควบคุมสิ่งแวดล้อม

เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษา พบว่าคนที่มีความเชื่อความดันโลหิตสูงตามแบบชาวบ้านอย่างใดอย่างหนึ่งมีความร่วมมือในการรักษาน้อย (27%) กว่าคนที่เชื่อความดันสูง ตามแบบแผนการแพทย์ (63%) คนที่เชื่อ “แรงดันสูง” มีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าคนที่เชื่อความดันสูงตามแบบแผนการแพทย์ 3.3 เท่า คนที่เชื่อว่า “โลหิตมาก” มีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าคนที่เชื่อความดันโลหิตสูงตามแบบแผนแพทย์ 0.5 เท่า และคนที่เชื่อตามแบบชาวบ้านทั้งสองอย่าง มีความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าคนที่เชื่อความดันโลหิตสูงตามแบบแผนการแพทย์ 2.4 เท่า

จากการศึกษา ของอรสา พันธภักดี 2542 การจัดการดูแลตนเองเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง ในประเด็นการเลิกพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตัวเอง

การเลิกดื่มสุรา ในระยะแรกที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลที่มีประวัติดื่มสุรามามาก และรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงของตนเองอยู่ในระดับที่สูงมาก แพทย์แนะนำให้เลิกดื่มสุราโดยชี้ให้เห็นถึงอันตรายของการดื่มสุราเมื่อเป็นความดันโลหิตสูง มีผู้ให้ข้อมูลผู้ชาย 4 ราย จาก 4 ราย ที่ดื่มสุร่ายกก่อนรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง ปฏิบัติตามแผนการรักษา คือเลิกดื่มสุราทันที ลักษณะผู้ให้ข้อมูลที่เลิกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราได้ คือกลัวเส้นเลือดในสมองแตกเป็นอัมพาต และกลัวเสียชีวิตถ้ายังดื่มสุราต่อไป และการเป็นอัมพาตทำให้กระทบต่อบทบาทการทำหน้าที่รับผิดชอบ ประเมินว่าร่างกายทนต่อการมีแอลกอฮอล์ต่อไปไม่ได้ และเชื่อว่าสุราทำให้ฤทธิ์ของยาเสื่อมลง การรักษาความดันโลหิตสูงโดยการให้ยาจะไม่ได้ผล ลักษณะดังกล่าวเป็นแรงจูงใจให้ผู้ให้ข้อมูลเลิกดื่มสุราได้

การเลิกสูบบุหรี่ แม้ว่าการสูบบุหรี่ไม่มีผลโดยตรงต่อการทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น แต่การสูบบุหรี่มีผลต่อการอุดตันของหลอดเลือดในสมองและหลอดเลือดหัวใจ ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงและสูบบุหรี่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเลือด และโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น แพทย์จึงแนะนำให้ข้อมูลผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลผู้ชาย 3 ราย จากทั้งหมด 6 ราย ที่เลิกสูบบุหรี่ได้หลังจากได้รับคำแนะนำจากแพทย์ โดยเลิกได้พร้อมกับการเลิกดื่มสุรา ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเลิกได้พร้อมกับการเลิกดื่มสุรา ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจที่รุนแรง โดยเฉพาะผู้ให้ข้อมูลที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจโต

การจัดการดูแลตนเอง (Self management) ในระยะที่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูงหายได้ มีผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาของอรสา พันธภักดี 2542 : 107 ได้มีการปรับแผนการรักษาด้วยตนเอง โดยการรับประทานยาเป็นครั้งคราวและ เลิกรับประทานยาแล้วผู้ให้ข้อมูลยังใช้วิธีการนำบัดทางเลือกอื่น เป็นการทดลองใช้การรักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลได้รับคำแนะนำจากเพื่อนญาติ สมาชิกในครอบครัว หมอแผนโบราณ และคนขายยา ผู้ให้ข้อมูลลองใช้การนำบัดทางเลือกอื่น เพราะเชื่อคำแนะนำเกี่ยวกับสรรพคุณที่จะทำให้หายจากการเป็นความดันโลหิตสูง การทดลองใช้การนำบัดทางเลือกอื่น ได้แก่

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

การใช้สมุนไพร ฟังทะลายใจ ดอกคำฝอย ลูกใต้ใบ ขี้เหล็กทั้งห้า เห็ดหลินจือ และกระเทียม การใช้ยาจีน ยาลูกกลอน การวิ่งออกกำลังกาย และการทำวิปัสสนา การทดลองใช้การบำบัดทางเลือกอื่น ผู้ให้ข้อมูลที่เลือกแบบนี้เชื่อว่ามี 2 แบบ คือ

- 1) ทดลองใช้เฉพาะการบำบัดทางเลือกอื่น ผู้ให้ข้อมูลที่เลือกแบบนี้เชื่อว่าวิธีที่ตนเลือก นั้นจะรักษาให้ความดันโลหิตสูงหายได้
- 2) ทดลองใช้การบำบัดทางเลือกร่วมกับการใช้ยาแผนปัจจุบัน ซึ่งพบในผู้ให้ข้อมูลที่ยังไม่แน่ใจว่าวิธีการบำบัดนั้นจะให้ผลดีทั้งหมด

เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้ ความอ้วน การมีไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด เป็นสาเหตุที่ทำให้มีความดันโลหิตสูง และทำให้เกิดอันตรายที่จะตามมา คือมีโอกาสเป็นอัมพาตและโรคหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลจึงปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อลดความอ้วน และลดไขมันในเลือด ออกกำลังกายเพื่อลดความอ้วน และเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความเครียด เพื่อป้องกันไม่ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเชื่อว่าความเครียดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดในสมองแตก และเกิดอัมพาตได้

การจัดการกับความเครียด ความเครียดตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล คือสิ่งที่กระตุ้นทำให้เกิดความยุ่งยากใจ กลุ้มใจ โกรธ หรือโมโหและการใช้สองคิด เช่น การทำงานที่เร่งรีบ การทำงานที่ใช้ความคิด และปัญหาในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลจัดการกับความเครียด โดยการปรับภาวะอารมณ์ นอกจากนี้การรับรู้เป็นความดันโลหิตสูง ทำให้ชีวิตเสี่ยงอันตรายที่จะตามมา การมีอาการของความดันโลหิตสูงขึ้นรบกวนการทำงานหรือการประกอบอาชีพของตน และการต้องการรับประทานยาระยะยาว ผู้ให้ข้อมูลคำนึงถึงค่ารักษาที่สูงทำให้เกิดความเครียด ผู้ให้ข้อมูลจึงจัดการความเครียดโดยใช้วิธีแก้ปัญหา

การปรับภาวะอารมณ์ ผู้ให้ข้อมูลระวังตัวไม่ให้โกรธ หรือโมโห และใช้ความคิดมาก เนื่องจากเชื่อว่าจะไปทำให้ความดันสูงขึ้นไปอีก จนทำให้เส้นโลหิตในสมองแตกเป็นอัมพาตได้ ดังนั้นเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นที่ผู้ให้ข้อมูล จะใช้วิธีการปรับภาวะอารมณ์ในการจัดการความเครียด โดยใช้การหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดเครียด การปล่อยไม่ให้เกิดถึงสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ และการใช้วิธีการทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ภาวนา และการทำละหมาด

ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่ง นับถือศาสนาอิสลาม มีความเครียดจากปัญหาครอบครัว ภรรยาเจ็บป่วยมีอาการทางจิต และคิดว่าการที่ภรรยาป่วยเป็นเพราะตนดื่มสุราซึ่งฝ่าฝืน หลักศาสนา จึงได้รับการลงโทษ ทำให้ตนเองไม่มีความสุข จากการมีอาการทางจิตของภรรยา จึงใช้วิธีการทำละหมาดเพื่อทำให้สภาวะทางจิตใจรู้สึกเป็นทุกข์ดีขึ้น

การลดบทบาท ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ยังคงทำงานประกอบอาชีพได้ตามปกติ แต่มีผู้ให้ข้อมูลผู้หญิง 2 รายที่ทำงานอยู่ เมื่อเกิดมีอาการรุนแรง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งทำงานอยู่ในที่สูง และเดินทางไปทำงานทางเรือ คิดว่าชีวิตไม่ปลอดภัยถ้าเกิดมีอาการความดันโลหิตสูงขณะทำงาน จึงแก้ปัญหาโดยการลาออกจากงาน ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่ง มีอาการของความดันโลหิตสูงรุนแรงน้อย เนื่องจากคิดว่าเป็นเพราะทำงานเย็บเสื้อผ้าต้องใช้สมองคิดมาก เกิดความเครียดบ่อย ไปรักษากับแพทย์ที่คลินิกเสียเงินมาก มาโรงพยาบาลก็เสียเวลามาก

การแพทย์ทางเลือกอื่น เรื่องการสมุนไพร การศึกษาของอรสา พันธภักดี 2542: 157 พบว่า การจัดการกับ อาการความดันโลหิตสูงโดยการใช้สมุนไพร ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับสมุนไพรรักษาความดันโลหิตสูง และต้องใช้ควบคู่ไปกับการรับประทานแผนปัจจุบันด้วย ในระยะที่รับรู้ว่ามีโรคประจำตัว มีการใช้สมุนไพรอีกแต่ใช้เพื่อเสริมการรักษา และบรรเทาอาการ สมุนไพรที่ใช้คือผักขึ้นฉ่าย

ผู้ให้ข้อมูลผู้หญิงรายหนึ่งเป็นคนจีน เชื่อว่า ความดันโลหิตสูงเกี่ยวข้องกับความร้อนในร่างกายที่สูงขึ้น เมื่อมีอาการจึงรับประทานสมุนไพร เพื่อลดความอ้วนจะทำให้อาการของความดันโลหิตสูงลดลง

"สมัยก่อนคนจีนเขาต้องกินยาจีน (สมุนไพร) แก้อร้อนใน เพราะกินแล้วมันเย็น... กินเข้าไปเพื่อระบาย (ความร้อน) ให้มันเย็น คนสมัยก่อนเขาถึงไม่เป็นความดันนะ เขามียาพวกนี้ เสี้ยมจับเสี้ยม....แซ่เขา...ต้มกิน....เราปวดหัว เราก็กินยาบางที่เรา ก็กินแก้ฮวยแก้ร้อนใน...ห่อฮักก้วย....ต้มกินบางครั้ง กินแล้วข้างในจะเย็น มันรู้สึกไม่ร้อน มันรู้สึกโล่งๆ ไปร่งๆ ดีเหมือนกัน

มันใช้ได้"

การสร้าง ความมั่นคงด้านจิตใจ การรับรู้ว่าตนเองเป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่หายขาด เป็นโรคประจำตัว และการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้มีโอกาสพิการ มีโรคแทรกซ้อนที่ตามมาได้ และต้องดูแลตนเองกิจกรรมการดูแล ตนเองกระทบต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ และเกิดความกังวลถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลจึงสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจ โดยปรับวิธีคิดซึ่งเป็นการจัดการดูแลตนเอง เมื่อเผชิญกับความเป็นจริงที่ต้องตกอยู่กับโรคประจำตัว เพื่อรักษาความมั่นคงทางจิตใจไม่ให้เกิดความทุกข์ใจมากเกินไป การสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ประกอบด้วย 1) การทำใจยอมรับ เป็นการยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนนั้นหลีกเลี่ยงไม่ได้แต่ตนเองก็ได้แต่จัดการดูแลตนเองได้อย่างดีที่สุดแล้ว ถ้ามันจะเกิดเป็นอะไรไปก็คิดว่ามันถึงเวลาที่ต้องเกิด ก็ต้องปล่อยไป คิดว่าทุกคนหนีความตายไม่พ้น 2) การปรับเป้าหมาย เป็นการยอมรับว่าเป้าหมายการรักษาความดันโลหิตสูงนั้นไม่ใช่ให้หายขาด แต่เพื่อไม่ให้อาการ ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ 3) การมองสถานการณ์ ไม่รุนแรง เป็นการเปรียบเทียบความเจ็บป่วยของตนกับคนอื่นแล้วคิดว่าความเจ็บป่วยของตนไม่รุนแรง ความดันโลหิตสูงเป็นโรคธรรมดามีคนเป็นโรคนี้กันเยอะ

การปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมความดันโลหิตตามแนวทางการปฏิบัติตามหลักการทางการแพทย์ สาธารณสุข เป็นการศึกษาของ (สมจิต หนูเจริญกุล และอรสาพันธ์ภักดี, 2542)

1.) การลดและควบคุมน้ำหนัก 2.) การลดอาหารเค็ม เป็นการจำกัดปริมาณโซเดียมที่รับประทานมีผลดีต่อ ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีความดันสูงเฉพาะซิสโตลิก การจำกัดอาหารเค็มจะช่วยลดความดันโลหิตสูงได้ ปริมาณโซเดียมที่รับประทานในวันหนึ่งๆ ให้ประมาณ 2000 มิลลิกรัม หรือต่ำกว่า ซึ่งในทางปฏิบัติทำได้ยากเนื่องจากอาหารส่วนใหญ่จะมีโซเดียมอยู่มาก 3.) การลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในโลหิต การมีโคเลสเตอรอลสูงในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดในหัวใจ 4.) ลดการดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูง คนที่ดื่มสุรามากจะทำให้ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกสูงขึ้น และถ้าดื่มเป็นประจำทำให้ยาลดความดันไม่มีประสิทธิภาพ การดื่มสุรามากในคนที่มีความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต (stroke) ได้มากขึ้น 5.) การเลิกสูบบุหรี่ ผู้ป่วยที่เป็นความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตมากอยู่แล้ว เมื่อสูบบุหรี่ด้วยยิ่งทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาตสูงถึง 20 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่สูบบุหรี่และไม่เป็นความดันโลหิตสูง 6.) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลทำให้ลดความดันโลหิตสูงระดับน้อยถึงปานกลางที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถลดความดันโลหิตได้ในระยะยาว

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม ของวรลักษณ์ คงหนู (2540:19) นักสังคมวิทยาและนักมนุษยวิทยา มองว่าผลพวงจากการพัฒนาประเทศเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรมใหม่ ทำให้วิถีชีวิตของมนุษย์มีความซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะวิถีชีวิตดั้งเดิมที่มีปัจจัยพื้นฐานด้านการใช้ชีวิต การกินอยู่ และการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยเด่นในการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกทำลายลงอย่างสิ้นเชิงเกิดวิถีชีวิตใหม่ที่มีแต่ความเคร่งเครียด ความเร่งรีบ การแข่งขัน การตกเป็นทาสของเทคโนโลยีและเครื่องอำนวยความสะดวก การจัดสรรเวลาไม่สมดุล (Joseph, Eyer, 1975: 539- 554 ; James, et al., 1991:45 อ้างในวรลักษณ์ คงหนู, 2540) เนื่องจากคนยุคใหม่จะให้ความสำคัญกับการทำงานเพื่อแลกกับเงิน ซึ่งเชื่อว่าสามารถบันดาลความสุขทางวัตถุได้ทุกชนิด จึงขาดการพักผ่อน และการออกกำลังกาย มีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะมีค่านิยมในการบริโภคอาหารขยะมากขึ้น อาทิเช่น เบะหมี่สำเร็จรูป เคเอฟซี และแมคโดนัลด์ ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เพราะมีส่วนผสมของเกลือและไขมันสูง มีใยอาหารต่ำ นอกจากนี้การพัฒนายุคใหม่จะเน้นการพัฒนาเฉพาะด้านการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อด้านสังคม วัฒนธรรม การใช้ชีวิต การกินอยู่ รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่ตามมา จึงทำให้อัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2540 : 5-8)

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และแนวทางการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

จากปรากฏการณ์ดังกล่าว เชื่อว่า ลักษณะโครงสร้างทางสังคมมีผลต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะ สังคมที่มีโครงสร้างสลับซับซ้อน มีความแตกแยก หรือสังคมที่เริ่มเปลี่ยนแปลงที่ยังไม่ลงตัว จะทำให้สมาชิกในสังคมมีความดันโลหิตสูงกว่าสังคมที่มีลักษณะวัฒนธรรมที่มั่นคงและอยู่ตัว อย่างเช่น สังคมของคนในเมืองที่มีความเร่งรีบ ความขัดแย้ง และการแข่งขันสูง คนในเมืองจึงมีภาวะกดดันและมีความเครียดสูงทำให้พบอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท (Epstein & Eckoff, 1967 :155 ; Cruz - Coke, et al., 1973 :55 ; James, et al., 1991 :45 ; Jenkins, 1976: 987 อ้างในวรลักษณ์ คงหนู) ทั้งนี้อาจเนื่องจากแบบแผนชีวิต (Lifestyle) ของคนในเขตเมืองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนในชนบท

และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงษ์ ราชสุวรรณ (2549) ที่ศึกษาโรคความดันโลหิตสูงกับความสลับซับซ้อนของบริบทที่เกี่ยวข้อง ที่พบว่า บริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมเสี่ยง และลีลาชีวิต มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตใจซึ่งส่งผลต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

ประเด็นทางด้านนโยบาย

นโยบายในการป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูง ยังมีประสิทธิผล และประสิทธิภาพในการดำเนินงานยังต่ำอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนโยบายทางด้านการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นเป้าหมายการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีนโยบายกลวิธีหลัก ดังนี้ คือ

1. การคัดกรองโรคและรักษาอย่างทันที่ เพื่อลดความรุนแรงและการป่วยตายจากโรคเป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราตาย
2. การส่งเสริมเพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันปรับปรุงวิถีชีวิตและพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมและเพื่อลดการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค

ส่วนใหญ่นโยบาย ยังเป็นการมุ่งเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการแก้ปัญหาในระดับบุคคล ซึ่งทำให้การควบคุมโรคยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ยังขาดนโยบายทางด้านสังคมในเชิงสถาบันหรือโครงสร้างทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเจ็บป่วยในการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

สรุปในการตอบคำถาม ความรู้หลักที่ค้นพบคืออะไร และอะไรคือช่องว่างของความรู้ที่แตกต่างในการนำไปสู่การพัฒนากระบวนการสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลปัญหาโรคเรื้อรัง

ด้วยปัญหาความดันโลหิตสูง เป็นโรคหรือภาวะที่เกิดขึ้นไม่ได้มีสาเหตุการเจ็บป่วยไม่เพียงแต่เหตุทางด้านปัจเจกบุคคล (Individual) หรือทางชีววิทยาเท่านั้น แต่เป็นผลกระทบของการพัฒนาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมการเปลี่ยนแปลงลักษณะโครงสร้างทางสังคมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลชนชั้นอำนาจโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วยองค์การทางสังคม เช่น กลุ่มสังคม ครอบครัว ชนชั้น ชุมชน และ สถาบันทางสังคม การทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์ทางการผลิต ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Life Style) ที่มีผลเป็นตัวกำหนด (Determinant) เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยง นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

ในการให้ความหมายที่เป็นมุมมองของผู้ป่วย มีผู้ที่ให้ความหมายว่า รับรู้ว่าการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นธรรมดาไม่ร้ายแรง บางคนถือว่าร่างกายแข็งแรงปกติ ซึ่งเป็นชุดความคิดที่ให้ความหมายแตกต่างไปจากทางการแพทย์ที่มองว่าอันตรายต่อชีวิต ซึ่งทำให้มีผลต่อการทำพฤติกรรมควบคุมตนเองตามการให้ความหมาย เช่น การจัดการเรื่องอาหาร ความเครียด การที่คิดและเชื่อว่าเป็นโรคคนแก่จึงไม่สนใจตั้งแต่แรก ในการที่ป้องกัน หรือ ดูแลตนเอง ทำให้การไปตรวจร่างกาย ช้าลงอาจทำให้เกิดอันตรายร้ายแรงขึ้นได้

และพฤติกรรมการรักษา ความร่วมมือในการรักษา การดูแลตนเอง การปรับตัวต่อความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค วิธีการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เป็นการประเมินจากคนนอก คือ เอาแนวคิดที่บุคคลภายนอกมองผู้ป่วยไปประเมินผู้ป่วย ทำให้ผลการวิจัยที่ได้รับมีทั้งที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกับความคิด จึงทำให้ไม่เข้าใจความคิด ความเชื่อที่เป็นพื้นฐานของพฤติกรรมของคนที่เป็นความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด ฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงการศึกษา ให้เป็นมุมมองจากคนในมองตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลที่ทำให้เข้าใจ ความคิดความเชื่อของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้น การดำเนินการแทรกแซง (Intervention) ด้วยโปรแกรมกิจกรรมต่างๆ ในการให้ความรู้ปรับทัศนคติเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดพฤติกรรมเสี่ยงในระดับบุคคล เป็นการแก้ปัญหาได้เพียงระดับหนึ่งซึ่งมีจุดอ่อนและข้อจำกัด จึงจำเป็นต้องอาศัยมุมมองจากส่วนของสังคมในระดับมหภาค (Macro) ในระดับโครงสร้างหรือสถาบันที่จะร่วมเสนอเป็นนโยบาย มาตรการ ในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง งานวิจัยเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และศึกษาเกี่ยวกับด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข มุ่งเน้นหาคำตอบ การวิจัยว่ามีปัจจัยเสี่ยงอะไรบ้าง มีความสัมพันธ์กันอย่างไร ไม่ได้ตอบคำถามการวิจัยว่า “ทำไม” หรือ “อย่างไร” และเป็นการศึกษาความดันโลหิตสูงช่วงระยะที่ป่วยแล้วเป็นการศึกษาในดูแลรักษา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ไม่ค่อยมีการศึกษาสิ่งที่เป็นมาตรการทางสังคมหรือมาตรการอื่นใดในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย

ฉะนั้น แนวทางการแก้ปัญหาต้องพิจารณาในลักษณะที่เป็นองค์รวมทั้งมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และประสานความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องกันทุกฝ่าย และควรดำเนินการบนพื้นฐานความรู้แบบสหสาขาวิชาหรือสหวิชาชีพ และต้องมีการเน้นหรือเสริมสร้างความเข้มแข็งของบทบาทประชาชน โดยครอบครัวและชุมชน ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์และเกี่ยวพันกันอย่างตามธรรมชาติ และสอดคล้องตามสถานการณ์ชีวิตทางสังคมวัฒนธรรม การจัดการบริการการดูแลสุขภาพ โดยทีมสุขภาพต้องร่วมมือกับชุมชน ในการให้บริการแบบผสมผสานครอบคลุมทั้ง 4 มิติที่ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ กับระบบสุขภาพภาคประชาชน (Popular Sector) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Folk Sector) ในการเสริมสร้างสุขภาพจะสร้างความเข้าใจถึงการมีสุขภาพที่ดีหรือมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดทางด้านสังคมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อมีการศึกษาอธิบายปรากฏการณ์ปัญหาสุขภาพความเรื้อรังของความดันโลหิตสูง ด้วยมิติทางด้านสังคมศาสตร์ไม่ว่าจะเป็นทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยาสุขภาพ มนุษยวิทยาการแพทย์ จิตวิทยาสุขภาพ และทางด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ทำให้เราได้พบเห็นอีกแง่มุมหนึ่ง และนำมาประยุกต์ การศึกษารูปแบบในการแก้ปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย เช่น รูปแบบเครือข่ายทางสังคม ที่มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นบางครั้งต้องอาศัยประสบการณ์และการให้กำลังใจจากกลุ่มที่ประสบปัญหาเดียวกันอยู่ด้วยเพื่อช่วยเหลือกันเอง เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกันเอง (Self help group) และควรเน้นการเสริมสร้างประชาสังคมด้านสุขภาพ (Civil Society in Health) เน้นให้ชุมชนตระหนักในปัญหา เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การใช้ระบบอาสาสมัคร เป็นต้น นำไปสู่นโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชนในการดูแลความดันโลหิตสูง และพัฒนาระบบพหุลักษณะทางการแพทย์ให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และการจัดการของบุคคลไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

บรรณานุกรม

- กมลภัก ส้าราญจิตร. (2538). การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง : วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชามนุษยวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กิตติไชยลาภ (2547) แนวคิดเกี่ยวกับสังคมวิทยาการแพทย์ เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาการแพทย์หน่วยที่ ๑ สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- จริยวัตร คมพยัศม์. (2532). ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาการพยาบาล สาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรภา หงส์ตระกูล ; 2532 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จุฑาทิพย์ ซื่อสัตย์ (Suesat, J.,1994) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับ ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชวนพิศ ทำนอง (2541) ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลลดา เวชศาสตร์ และคณะ, (2547) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มี ภาวะหัวใจล้มเหลวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช ปี พ.ศ. 2544-2546
- ชุดิมา อัดถการโกวิท, (2534) ความสัมพันธ์ระหว่างการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ และภาวะความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกโรงพยาบาลศิริราช วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ดวงกมล จันทร์นิมิต. (2538). อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตต์ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงพล ต่อนี้ และคณะ. (2542). การศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของประชาชน : กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก (รายงานการวิจัย) ทุนอุดหนุนตามโครงการวิจัยและพัฒนาโครงการชนบท ศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2553). การดูแลสุขภาพตนเอง พรมแดนความรู้. ในลือชัย ศรีเงินยวง, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2553) ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เทพินทร์ พชรานุรักษ์. (2546). ความสำคัญของการในการควบคุมความดันโลหิตสูง ในวารสาร สังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 มีนาคม 2547 โครงการจัดตั้งสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธิดาทิพย์ ชัยศรี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุ (The study of health promoting behaviors of the patients with essential hypertension) วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นันทยา แก้วรัตนปัทมา. (2536). ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ : กรณีศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศิริราช วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เนตรนภา ตั้งหมาย. (2541). การปรับตัวด้านบทบาทในครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพศชาย = Family role adaptation in male hypertensive patients วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- บพิตร บัวมูล. (2530). ความสัมพันธ์ระหว่างความแปลกแยกกับผลปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ ตำบลในจังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัญญัติสิทธิ์ วรรณจันทร์. (2530). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความกังวลและความดันโลหิต ในสลิ้มกรุงเทพมหานคร.

- วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ คำธวัชระ. (2544). พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษาของผู้ป่วยมะเร็ง ในวารสาร สังคมศาสตร์การแพทย์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 โครงการจัดตั้งสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- เบญจวรรณ เอกะสิงห์. (2541). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของหญิง ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขากาย พยาบาลมารดาและทารก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ปริญญา พรณราย. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูงใน ภาคใต้ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การทบทวนองค์ ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในหนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ที่ โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพฯ
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). ระบาดวิทยาสังคม . นครปฐม : สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาวินี โกลสินจำรูญ (2538) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิง ตั้งครรภ์ ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ (The relationship between health belief and self-care behavior in the Thai muslim pregnant women with pregnancy induced hypertension) วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลตนเอง. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง: ทิศทางสังคมและวัฒนธรรม ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะ สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- รุ่งทิพย์ ไชยฉัตรเขาวกุล. (2538). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะควบคุมโรคของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิด ไม่ทราบสาเหตุในคลินิก โรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.(ระบาดวิทยา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วงเดือน บัณฑิต. (2539). ระบาดวิทยาและภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ : Epidemiology of essential Hypertension and its complication วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาการระบาด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ คงหนู. (2542). มิติทางสังคมวัฒนธรรมในการบริโภคเกลือที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงของ บุคคลวัยทำงาน จังหวัดสระบุรี (Socio-cultural aspects of salt consumption risk behavior and hypertension among workers in Saraburi province) วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วาสนา ปุณณณวีวัฒน์. (2532). เปรียบเทียบแบบแผนชีวิตระหว่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีความดัน โลหิตปกติ (The comparative study of lifestyle between hypertensive and normotensive subjects) วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. (2542). การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง : การทบทวนองค์ความรู้สถานการณ์ และปัจจัยสนับสนุนในการดูแลตนเอง ในหนังสือชุดการดูแลและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ที่โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด กรุงเทพฯ
- สมทรง ยิบอินซอย. (2542). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ในชุมชนแออัดของ. หาดใหญ่ จ.สงขลา
- สมสุข สิงห์ปัญจนะ. (2540). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ(Quality of life in the elderly with essential hypertension วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ. (2549). บทความ สังคมวัฒนธรรมกับสุขภาพ แบบจำลองคำอธิบายโรค ระหว่าง หมอกับคนไข้ ในวารสารหมออนามัย ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 เดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2549 กระทรวงสาธารณสุข
- สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ. (กันยายน 2544). รายงานการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว ในชุมชนภาคตะวันออก เชียงเหนือ โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา จังหวัดขอนแก่น
- สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ และคณะ. (2535). รายงานการวิจัย การศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารทางด้าน การแพทย์ และสาธารณสุข ในกลุ่ม

5

ประสบการณ์ความเจ็บป่วย
และวิธีการจัดการของคนไทย
กรณีโรคความดันโลหิตสูง

- บุคคลที่มีความเสี่ยง/ กลุ่มบุคคลที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ศูนย์ทุนมหาวิทยาลัยมหิดล ฝ่ายเผยแพร่และสื่อสาร สถาบันวิจัยและโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุนีย์ วนิชชานุกร. (2536). ปัจจัยทางจิตวิทยาและเงื่อนไขเอื้ออำนวยที่สัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดราชบุรี (The relationship among psychological factors and facilitating conditions on drug regimen compliance of hypertensive patients in Ratchaburi General Hospitals) วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุภาพ ใบแก้ว. (2528). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- หทัยรัตน์ อิตติศักดิ์. (2540). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในกรุงเทพมหานคร วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อนุชา นิลอยู่. (2542). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุระหว่าง 40-59 ปี อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อรสา พันธักดิ์. (2542). กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bury,M.(1997). Health and Illness in a changing Society,London:Routledge

Morse,J.M.,& Johnson,J.C.(1991),Understanding the illness experience.In Morse,J.M.,& Johnson,(Eds), The illness Experience, Dimension of Suffering,Newburg Park :Sage

Richard Edwards (1979). Contested terrains : The Transformation of the workplace in the Twentieth Century Basic Books,Inc., Publishers , New York ,United stated.

Roth,J.and Conrad,P.(1987).Research in the Sociology of Health Care,Vol.6.London:JAI press inc.

Schnall,Belkic,Landbergis and Baker(2000). Occupational Medicine ; The workplace and Cardiovascular Disease ,Vol 15/Number 1 : Hanley&Belifus, INC.

Sujitra Tudtheang (2004) The experience of heart disease illness : self, meaning, and self management (ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจ : อัตตะ ความหมาย และการจัดการอัตตะ) (Ph.D. (Medical and Health Social Sciences))--Mahidol University.

Thapin Patcharanuruk (2001) Thai people's responses to high blood pressure: Beliefs and constraints. Thesis submitted to University of Nottingham for the degree of Doctor of Philosophy, March, 2001

Thaval Poblal , (2001) Job strain and hypertension : testing relationship model in Nakornpathom policemen = ความเครียดในการทำงานและความดันโลหิตสูง : ทดสอบตัวแบบความสัมพันธ์ในตำรวจภูธรจังหวัด นครปฐม วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข . บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

การดูแลระยะยาว สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน : กรณีผู้สูงอายุ

6

บทที่

โดย

วัชรินทร์ สีนธวานนท์ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้สูงอายุ

การดูแลระยะยาวสำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน : กรณีผู้สูงอายุ

โดย วัชริน สินธวานนท์ นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข
คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะยาว อาจแบ่งได้ตามกลุ่มที่อาจมีความจำเป็นต้องมีการดูแลระยะยาวซึ่งมี ลักษณะต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อการวางแผนการดูแลในระยะยาว ดังนี้

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ เช่น โรคเอดส์ โรคเรื้อรังที่พิการ อัมพาต โรคหัวใจ เป็นต้น
2. การเจ็บป่วยกะทันหัน เช่น อุบัติเหตุ, การเกิดโรคบางอย่างที่ทำให้ร่างกายเสียหายที่ได
3. การสูงอายุ การที่สภาพทางร่างกายที่เสื่อมลงตามธรรมชาติ ทำให้ร่างกายค่อยสูญเสียหน้าที่การทำงานลง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ส่วนใหญ่เน้นที่การดูแลในผู้ป่วยสูงอายุที่ครอบคลุมโรคเรื้อรังที่มักเกิดในผู้สูงอายุ และบริบทของการดูแลระยะยาวในสภาวะอื่น เช่น โรคเอดส์ ย่อมมีบริบทแตกต่างจากกันไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ร่วมกันได้ ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้จึงมุ่งสืบค้นในประเด็น ผู้สูงอายุ ภาวะโรคเรื้อรัง และการดูแลในระยะยาว

การทบทวนองค์ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลระยะยาวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนชิ้นนี้ ได้ทำการรวบรวมจากงานวิจัย วิทยานิพนธ์ในประเทศไทย และงานวิจัยในต่างประเทศบางส่วน ที่ได้ตีพิมพ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2548 โดยมีแนวโน้มของประเด็นที่สนใจศึกษาเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ดังนี้ ในช่วงปลายของทศวรรษ 2530 ต่อเนื่องถึงช่วงต้นของทศวรรษ 2540 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ที่มุ่งศึกษาเชิงสำรวจถึงสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สภาวะพึ่งพา ภาวะทุพพลภาพ และพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งประเด็นสุขภาพทางกาย เป็นการใช้ medical model เป็นฐานในการสำรวจโรคหรืออาการผิดปกติ การสำรวจภาวะโภชนาการ การสำรวจสุขอนามัย เป็นต้น ส่วนสุขภาพทางใจ ตัวแปรที่สนใจ ได้แก่ ความว่าเหว และการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ มีการศึกษาส่วนหนึ่งที่พยายามหาปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือ ความสามารถในการดูแลตนเอง ในช่วงพ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ลักษณะของการศึกษาวิจัย เริ่มมีมิติหลากหลายมากขึ้น โดยมีงานวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้น มีการศึกษามิติทางสังคมมากขึ้น โดยนำมุมมองปฏิสัมพันธ์ในสังคมมากขึ้นได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลเกี่ยวกับความพร้อม ความเครียด และความต้องการของผู้ดูแล, การศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยสนใจตัวแปรเรื่องสภาพแวดล้อม ผู้ดูแล คนชราในสถานสงเคราะห์และตัวตน การศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุเอง เริ่มมี ความสนใจในประเด็นการรับรู้และการปรับตัวของผู้สูงอายุ มากกว่าแค่เป็นการสำรวจสภาวะ นอกจากมิติทางสังคมที่หลากหลาย มิติทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเริ่มพบมากขึ้น เช่น ประเด็นการจัดสวัสดิการทั้งทางสังคมและสุขภาพการศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน ค่าใช้จ่ายในการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์จากจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษามากกว่า 60 ปี โดยทั่วไป การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ไม่มีการแยกกลุ่มให้ชัดเจน ว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองได้หรือทำงานได้ กับกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

เหตุผลที่ต้องมีการดูแลผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดว่าบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ เป็นผู้สูงอายุ รายงานในประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในสังคมไทยมีจำนวนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเมื่อ พ.ศ. 2533 ประชากรผู้สูงอายุมีประมาณ 4 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 7 ของพลเมืองทั้งประเทศ พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุมีประมาณ 5.8 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 10 ของ พลเมืองทั้งประเทศ พ.ศ. 2563 คาดว่าจำนวนผู้สูงอายุจะมีประมาณ 11 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 17 (ปีพม่า ว่าพัฒนพงศ์, 2549) ที่สำคัญ คือ การที่จำนวนประชากรเด็กลดลง เนื่องจากการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ร่วมกับสภาวะเศรษฐกิจสังคมที่ทำให้คนไทยนิยมมีลูกน้อย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมอย่างรวดเร็ว

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมนี้ มีผลกระทบอย่างร้ายแรง องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นเป็น ร้อยละ 11.4 ซึ่งจะทำให้มี elderly support ratio และ parent support ratio สูงขึ้นเป็น ร้อยละ 18.2 และ 8.8 ตามลำดับ ซึ่งหมายความว่า การดำเนินการทางเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยคนวัยทำงาน อาจไม่เพียงพอสำหรับการเลี้ยงดูกลุ่มคนสูงอายุ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่สร้างภาระผูกพันต่อสังคมอย่างมาก มีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย ซึ่งหมายความว่าสังคมต้องแบกรับการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะเป็นเงินมากมายมหาศาล (WHO, 2002) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง จะเสียค่าใช้จ่ายทางการบริการสุขภาพสูงกว่าคนวัยทำงาน 25 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการโดยมีนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับแรก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2529 (2529-2544) แต่แผนการดำเนินงานไม่ชัดเจน ผลการดำเนินงานจึงเป็นในรูปแบบการจัดสถานสงเคราะห์ ทำให้เกิดบ้านคนชรา จำนวน 20 แห่ง และศูนย์ดูแลคนชรากลางวันจำนวน 13 แห่ง สถานที่พักพิงฉุกเฉิน และกิจกรรมหย่อนใจ มีมูลนิธิเอกชน เช่น มูลนิธิดวงประทีป สภาภชาชาติ ที่ช่วยสนับสนุนงานผู้สูงอายุ การประกาศสิทธิแก่ผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ทำให้ผู้สูงอายุมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล และเมื่อองค์การอนามัยโลกเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกจัดทำ แผนการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ (WHO, 20002) ประเทศไทยจึงมีนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่สอง (พ.ศ. 2545-2564) ที่มีแผนงานชัดเจนมากขึ้น โดยเน้นความรับผิดชอบของบุคคล ครอบครัว และชุมชนต่อการสูงอายุ, การเตรียมพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยชรา ทั้งในด้านรายได้ที่มั่นคง ความแข็งแรงของกายใจ การมีบ้านอยู่อาศัย ความมั่นคงของช่วงการพึ่งพิง การเตรียมพร้อมด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร

จากการทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์การจัดการดูแลผู้สูงอายุภายใต้นโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ อาจแบ่งเป็นการดูแลในชุมชน การดูแลโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม การดูแลในครอบครัว การดูแลโดยสถาบัน และการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลโดยชุมชน

การศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ได้ให้ภาพการดูแลในชุมชน ดังนี้ 'การประยุกต์แนวคิดนี้สู่บริการผู้สูงอายุในชุมชน มักเป็นการริเริ่มของผู้นำชุมชน ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานองค์การบริหารส่วนตำบล, ประธานกลุ่มแม่บ้าน, อาสาสมัคร, แพทย์ประจำตำบล, ประธานกองทุนหมู่บ้าน, คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน ฯลฯ ส่วนผู้นำที่ไม่เป็นทางการนั้น ส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ที่เคยรับตำแหน่งผู้นำที่เป็นทางการก่อน เช่น อดีตผู้ใหญ่บ้าน อดีตกำนัน หรือบางรายเคยประกอบอาชีพครู หรือข้าราชการที่เกษียณแล้ว ผู้นำส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 35 - 70 ปี โดยเกือบทั้งหมดเป็นคนในพื้นที่ คือ "เกิดและโตที่นี่" มีเพียงบางคนที่มาจากที่อื่น แต่มาตั้งถิ่นฐานหรือสร้างครอบครัวอยู่ในชุมชนเป็นเวลานาน จนเป็นที่รู้จักนับถือของคนในชุมชน ผู้นำเหล่านี้ได้เป็นแกนสำคัญในการกำหนดแผนงานและบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุซึ่งอาจมีมากบ้างน้อยบ้างตามแต่ความรู้

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้ป่วยอายุ

ความสามารถ และสภาพปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน' ผู้นำชุมชนได้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น (อบจ./ อบต.) ร้อยละ 32.2, อาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 28, ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้ช่วย/กำนัน ร้อยละ 15.3 ความเห็นของผู้เฒ่าเกี่ยวกับปัญหาของการดูแล คือ การขาดผู้ดูแล (ลูกหลาน) ทั้งแบบขาดในช่วงกลางวัน ขาดเป็นบางช่วงเวลา ขาดเป็นช่วงฤดู และขาดอย่างถาวร นอกจากปัญหาผู้ดูแลแล้ว ปัญหารองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่มีโรค ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหา เนื่องจากไม่นิยมไปพบแพทย์ จึงไม่ทราบว่าเป็นโรคอะไร นอกจากนี้หากเป็นโรคก็มักจะไม่มีความเครียดเนื่องจากไม่มีเงินเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาและกลุ่มที่ต้องพึ่งพาซึ่งกลุ่มนี้กลับไม่มีปัญหาเนื่องจากได้รับการดูแลจากญาติและเพื่อนบ้าน ปัญหาเรื่องที่สาม คือ 'ผู้สูงอายุเกือบทุกรายมีปัญหาด้านรายได้ ถึงแม้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ ยังคงต้องประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ เพื่อเลี้ยงตนเอง ลักษณะงานที่ทำจึงทำตามสภาพร่างกายหรือสุขภาพของตน เช่น ปลูกผักสวนครัว, รับจ้างเก็บขยะ คายหญ้าเพื่อหารายได้ ผู้นำให้ความเห็นว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีฐานะยากจนแต่อยู่อาศัยไปวันๆ หนึ่งจากการปลูกผัก เก็บผักและสัตว์ตามบริเวณชุมชนรับประทาน บางครอบครัวไม่เคยมีรายได้เป็นเงินเลยแต่อาศัยอยู่ได้เนื่องจากมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติมาเกื้อกูล นอกจากนั้นปัญหาด้านการเงินของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง เกิดจากหลายรายมีหนี้สินโดยเป็นหนี้ธนาคารเพื่อการเกษตรและกองทุนหมู่บ้านไม่สามารถใช้คืนทั้งเงินต้นและดอกเบี้ยผู้สูงอายุบางรายได้เงินจากลูกหลานบ้าง แต่จำนวนไม่มากนัก ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน'

ความต้องการของชุมชนต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในมุมมองของชุมชนยังเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นหน้าที่ของครอบครัวเป็นหลัก แต่ก็มีความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ดังนี้ ต้องการการสนับสนุนในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการออกกำลังกายและจัดกิจกรรมร่วมกับชุมชนอื่น การมีเจ้าหน้าที่แนะนำทางด้านสุขภาพ, ต้องการให้มีแพทย์ประจำสถานีนอมา้ย ผู้นำชุมชนมีความฝันที่จะให้สถานีนอมา้ย เป็นสถานีสืบบริการทางสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งด้านเครื่องมือและบุคลากรและสถานบริการเบื้องต้นที่สมบูรณ์ การให้บริการที่มีคุณภาพ มีแพทย์และพยาบาลประจำ, ต้องการการบริการส่งต่อผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล เพราะชุมชนไม่มีพยานะนำส่ง, มีการจัดบริการให้เจ้าหน้าที่ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์, เจ้าหน้าที่การแพทย์เข้าไปเยี่ยมในชุมชนเพื่อพูดคุยให้คำแนะนำในเรื่องต่างๆ รวมถึงการไปเยี่ยมให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ, มีโรคเรื้อรัง และอยู่ในภาวะพึ่งพาหรือถูกทอดทิ้ง, ต้องการให้มีการสนับสนุนการตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชน ได้ทำกิจกรรมร่วมกันช่วยในการคลายความเหงา โดยส่วนใหญ่ชมรมผู้สูงอายุมักจัดตั้งตามโรงพยาบาล

โดยสรุป การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและบ้านน่าจะเป็นสิ่งที่พึงประสงค์ เนื่องจากสอดคล้องกับนโยบายและความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน ซึ่งมีความพยายามในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมาระยะหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากจะทำให้การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้ดีขึ้นและผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพมากขึ้น ควรมีการจัดการช่วยเหลือในมิติต่างๆ ดังนี้ มิติทางสุขภาพ ควรมีการจัดให้สถานีนอมา้ยให้การดูแลทางสุขภาพได้มากขึ้น และจัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้สูงอายุติดตามที่ป่วยผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และส่งเสริมสุขภาพ และจัดระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยซึ่งเดิมการขึ้นย้ายผู้ป่วย ญาติหรือผู้นำมักต้องติดหนี้ยืมสินเพื่อเช่ารถนำผู้สูงอายุที่ป่วยไปโรงพยาบาล ซึ่งอาจต้องมีการพัฒนาระบบการสื่อสารในชุมชนกับศูนย์ช่วยเหลือ (ซึ่งอยู่ตามโรงพยาบาลอำเภอ) ซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการจัดบริการฟรีจากภาครัฐ

2. การจัดการดูแลโดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วม

ได้มีความพยายามจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ซึ่งมักเป็นการจัดชมรมต่างๆ ที่ ดำเนินกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่า ยังมีปัญหาการดำเนินการบางประการ ดังมีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่แสดงให้เห็นปัญหา ดังนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพเรื่อง การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร (วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา, 2544) เป็นการศึกษาประเภทสวัสดิการ ผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชนและวิธีการบริหารและการจัดการบริการสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งตามนโยบายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 สนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการและการให้บริการ ผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อสร้างสายใย ความสัมพันธ์ และช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากรณี ชุมชน 12 แห่ง ที่มีการจัดสวัสดิการ ผู้สูงอายุในชุมชน ใช้การสัมภาษณ์ สังเกตการณ์ และสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้นำ คณะกรรมการผู้สูงอายุ และบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้อง อาทิ พี่เลี้ยง นักสังคมสงเคราะห์ โดยอาศัยกรอบแนวคิดทฤษฎีสวัสดิการผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วม และการพึ่งพาตนเองในชุมชน การศึกษาพบว่าชุมชนสามารถจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ 6 ประเภท คือ กองทุนกิจกรรมผู้สูงอายุ งานประเพณีและกิจกรรม กองทุนออมทรัพย์ เงินเจ็บป่วยฉุกเฉิน/ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง กองทุนฌาปนกิจ และอาชีพ และพบว่าประเภทสวัสดิการผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากภายนอก คือ สวัสดิการประเภทเงินอุดหนุนรายเดือน การตรวจสุขภาพ และ ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ ในด้านกิจกรรมที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสวัสดิการผู้สูงอายุ และการสวัสดิการและกิจกรรมที่เกี่ยวกับสวัสดิการของผู้สูงอายุในชุมชน กิจกรรมบันเทิงและการละเล่นพิเศษ กิจกรรมทัศนศึกษา กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมตั้งชมรมผู้สูงอายุ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ทำให้ชุมชนสามารถจัดสวัสดิการผู้สูงอายุได้ คือ ขนาดของชุมชน ลักษณะผู้นำดำรงตำแหน่งมากกว่า 1 บทบาท จำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่ในชุมชน การได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกงบประมาณ วิธีการบริหารและการจัดการ รวมทั้งการรวมกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาและอุปสรรคสำหรับการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ตลอดจนศักยภาพของชุมชน ซึ่งมีผลมาจากผู้นำขาดวิสัยทัศน์ ไม่มีทักษะการประสานงาน และความสามารถในการรวมกลุ่ม มีผลต่อการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ส่วนแนวโน้มและทิศทางสนับสนุนด้วยกองทุนของชุมชนเอง

การจัดการศึกษาเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ปัญหา อุปสรรค รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่เอื้อต่อการประสบความสำเร็จของการดำเนินงานของแกนนำผู้สูงอายุ ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน (อรวี รมยะสมิต, 2543) รวมทั้งสิ้น 50 จังหวัด ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ลักษณะทางประชากร สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การร่วมกิจกรรมของชุมชนและการเผยแพร่ความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้ค่าสถิติร้อยละ สัดส่วนของแกนนำผู้สูงอายุชายมีสูงกว่าหญิง และประมาณ 2 ใน 3 เป็นผู้ที่มิใช่คนข้างมาก ส่วนใหญ่แกนนำผู้สูงอายุยังคงสถานภาพสมรส และพักอาศัยอยู่กับคู่สมรส แกนนำผู้สูงอายุมีการศึกษาไม่สูงนัก และเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพในรอบปีที่ผ่านมา สำหรับผู้ที่ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร โดยภาพรวมแล้วแกนนำผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพค่อนข้างดี ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี มีการออกกำลังกายเป็นประจำ บริโภคอาหารโปรตีน ผักผลไม้ และดื่มน้ำตามเกณฑ์ที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันดี แต่ยังคงมีปัญหาในเรื่องการนอนหลับ เมื่อศึกษาในเรื่องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของชุมชนพบว่า อยู่ในระดับสูง แต่ความถี่ของการเข้าร่วมกิจกรรมจะแปรผันไปตามอายุ เพศ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปัญหา และอุปสรรคสำคัญของการถ่ายทอดความรู้คือ ผู้ฟังไม่เชื่อถือ ปัญหาในเรื่องความจำ และการขาดความเข้าใจอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับเรื่องที่ได้รับการอบรมมา การมีภาระการงานมากเกินไป ปัญหาสุขภาพ และปัญหาในเรื่องการเดินทาง

โดยสรุป การที่ผู้สูงอายุดำเนินการในรูปแบบดูแลตนเองในชุมชน มีปัญหาที่สำคัญคือผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำ ซึ่งมีปัญหาในเรื่องสุขภาพ ความจำ และวิสัยทัศน์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับทักษะการรวมกลุ่ม การประสานงาน การบริหารจัดการ และงบประมาณซึ่งต้องมีความช่วยเหลือจากภายนอกกลุ่ม

3. การจัดการดูแลโดยครอบครัว

จากการศึกษาของศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549) ผู้สูงอายุส่วนมากมักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร โดยร้อยละ 67.8 ของผู้สูงอายุ มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค แต่ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมร้อยละ 93.1 ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระดับมาก สมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ และมักเป็นบุตรสาว

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับคนเป็นป่วยในระบบ :
กรณีผู้ป่วย

มากกว่าบุตรชาย รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในประเด็นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดเป็นหลัก ซึ่งเกิดจากการอยู่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีเหตุผลด้านสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องคือเป็นเรื่องของการทำหน้าที่ทางสังคมและการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดา ไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจเข้ารับบทบาท แต่มีลักษณะเป็นธรรมชาติแบบค่อยเป็นค่อยไป เพราะมีการซึมซับบทบาทมาตั้งแต่ในวัยเด็กในด้านเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ยังมีบุคคลอื่นได้แก่ นักวิชาชีพ ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากญาติมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และกลุ่มนักวิชาชีพตามลำดับ

การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป, การจัดสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุ การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการติดต่อ หรือการเป็นธุระในการดำเนินการเรื่องต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ

ส่วนปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีทั้งปัญหาที่เกิดจากผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ปัญหาที่เกิดจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีปัญหาสำคัญ คือ ปัญหาด้านรายได้ นอกจากนั้นยังมีปัญหาการขาดความรู้ในการดูแล ปัญหาด้านผู้ช่วยเหลือและสิ่งช่วยเหลือ ปัญหาเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการดูแลในครอบครัว ทำให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุไม่ดีเท่าที่ควร เมื่อศึกษาถึงความคาดหวังของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่าผู้สูงอายุต่างมีความคาดหวังต่อการพึ่งพิงบุตร เรื่องการได้รับการดูแลจากบุตร ความคาดหวังด้านการเงิน กำลังใจจากทั้งบุตรหลานของตน เครือญาติและเพื่อนบ้าน ท้ายที่สุดคือมีความคาดหวังต่อบริการของชุมชน และรัฐ ในขณะที่ครอบครัวของผู้สูงอายุมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด โดยเฉพาะในประเด็นการมีรายได้เพิ่มขึ้น รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและโรคของผู้สูงอายุ ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ความต้องการด้านความช่วยเหลือในการดูแล โดยต้องการให้ชุมชนมีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ มีบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่บ้าน ความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้มีที่พึ่งและคอยปลอบใจ เมื่อเกิดความกลัวต่อการดูแลผู้สูงอายุ และความต้องการทางด้านเวลา ตามลำดับ และมีข้อสังเกตว่าครอบครัวต้องการเวลาสำหรับดูแลผู้สูงอายุให้เต็มที่ มากกว่าความต้องการเวลาที่เป็นส่วนตัว จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแล โดยใช้การวิเคราะห์พหุคูณถอย พบว่า การทำหน้าที่ในการดูแลของสมาชิกครอบครัว สามารถอธิบายปัญหาของผู้ดูแลและความต้องการของผู้ดูแลได้มากที่สุด ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของผู้ดูแลคือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนั้นจะเห็นว่า บทบาทการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ควรได้รับการพิจารณา เพื่อทำให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวประสบผลสำเร็จ

ปัญหาของการดูแลในครอบครัว พบว่ามีปัญหาหลากหลาย ตั้งแต่การที่ลูกหลานมีความจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549; Trungta poolpalamnuay, 2002) ผู้ดูแลมักเป็นลูกหลานที่ไม่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ขาดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก (เพ็ญแข ชีวยะพันธ์, 2545) ปัญหาการเกิดความเครียดในผู้ดูแล ปัญหาทางเศรษฐกิจ (ศุทธิยา รัตนวิมล, 2547) การดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม กระทั่งการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (วรรณิภา สมานวรรณ, 2547)

โดยสรุป การดูแลโดยครอบครัว เป็นรูปแบบการดูแลที่ยังคงคู่กับสังคมไทย เนื่องจากเป็นความเชื่อทางสังคม และวัฒนธรรม ถึงแม้ว่าการดูแลในรูปแบบนี้อาจเปลี่ยนแปลงไปบ้าง เช่น ในชนบทผู้ที่เป็นลูกทั้งหญิงและชายซึ่งอยู่ในวัยทำงาน อาจมีความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่ต้องออกไปทำงานต่างถิ่น ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของญาติ ส่วนในเมือง รูปแบบการดูแลโดยครอบครัวอาจเป็นการจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุ สำหรับครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี อาจเป็นรูปแบบที่ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองอย่างมาก หรือให้อยู่ในสถานพักพิงต่างๆ สำหรับครอบครัวที่มีฐานะไม่ดี

4. การจัดการดูแลโดยสถาบัน

การจัดการดูแลโดยสถาบัน ได้แก่การจัดการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ จากผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง เป็นการจัดการดูแลตามภาระหน้าที่ ซึ่งอาจแบ่งเป็นสถาบันของรัฐ และองค์กรอิสระหรือภาคเอกชน และแบ่งเป็นการจัดในสถานที่และนอกสถานที่ ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันส่วนใหญ่เป็นภาครัฐ มากกว่าภาคเอกชน/องค์กรอิสระเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย และเป็นรูปแบบในสถาบันมากกว่าการจัดบริการนอกสถาบัน ซึ่งแตกต่างจากการดูแลระยะยาวในผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่การจัดการดูแลส่วนใหญ่มาจากภาคองค์กรอิสระ ในรูปแบบของมูลนิธิต่างๆ ซึ่งความแตกต่างนี้มาจากฐานแนวคิดทางสังคมและวัฒนธรรมต่อชนิดของความเจ็บป่วย ซึ่งคนไทยเห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุ เป็นหน้าที่ของบุตรหลานที่ควรแสดงความกตัญญูแก่บิดามารดา ดังนั้นการส่งผู้สูงอายุให้รับการดูแลภายนอกครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่สังคมไทยยังเห็นว่าไม่ถูกต้อง ทำให้การพัฒนาการดูแลโดยสถาบันไม่ว่าของภาครัฐหรือเอกชนจึงไม่ก้าวหน้า ในประเทศไทยมีการดูแลผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล, คลินิกผู้สูงอายุ, โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งทำหน้าที่เหมือน nursing home, สถานพยาบาลผู้สูงอายุ ให้การพยาบาลเป็นหลัก, ศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวันซึ่งให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรการพยาบาล การจัดหาอาหาร, ศูนย์บริการชุมชนแบบเบ็ดเสร็จที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและภาครัฐ ในเขตชุมชนเมือง ใช้บ้านของผู้สูงอายุเป็นหลัก ปัญหาคือการขาดแคลนและคุณภาพของบุคลากร และการคำนวณค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจริง, การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ซึ่งมักมีรูปแบบการดูแลภายหลังเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ในมิติทางสังคม ได้แก่ สถานสงเคราะห์คนชรา, ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุ, ศูนย์บริการผู้สูงอายุในชุมชนวัด เป็นต้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2547) ซึ่งต่างจากต่างประเทศ ที่มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่หลากหลาย อาทิเช่น โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง โรงพยาบาลฟื้นฟูสภาพ บ้านพักสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น (เขาลักษณ์ ประภัศรขาม, 2550) หรือการจัดการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ ได้แก่ สถานบริการกลางวันแบบ social day center ที่บริการในชุมชน, แบบ senior activity center ที่ดำเนินการที่พลตของผู้สูงอายุ, day rehabilitation center ที่ดำเนินการช่วยเหลือตามบ้าน, การบริการอาหารฟรีหรือขายในราคาถูกถึงสถานที่อยู่อาศัย, การควบคุมคุณภาพที่กำหนดโปรแกรมโดยสภาควบคุม คอยตรวจสอบการดูแลต่างๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐาน (วรรณภา ศรีธัญรัตน์, 2547) ซึ่งการจัดบริการหลายรูปแบบ อาจมีข้อดีในการเติมเต็มส่วนของการดูแลที่ยังขาดอยู่ให้สมบูรณ์มากขึ้น เช่น กรณีที่ครอบครัวผู้สูงอายุมีเศรษฐกิจต่ำ อาศัยอยู่ในเมืองไม่ได้อาศัยใกล้ญาติพี่น้อง ซึ่งลูกหลานต้องเดินทางไปหารายได้ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านจะทำได้มากนักน้อยเพียงใด และผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์มากกว่าหรือน้อยกว่าในทางเลือกอื่น และทางเลือกของการดูแลผู้สูงอายุในเมืองอาจมีแค่เพียงสองทางเลือก คือการอยู่กับครอบครัวตามยถากรรม หรือการอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีรูปแบบการดูแลอื่นหรือไม่ที่จะประสานความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว

การจัดการดูแลแบบสถาบันในประเทศไทยที่ผ่านมา อาจเป็นในรูปแบบของการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น สถานสงเคราะห์คนชราเกิดมาจากแนวคิดการสร้างชาติวัฒนธรรมในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ปัจจุบันร้อยละ 70 ของผู้อาศัยมาจากสถานสงเคราะห์ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่มีผู้อุปการะ (เรืองรอง ชาญวุฒิธรรม, 2548) การครองเตียงในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่ญาติไม่รับกลับ โรงพยาบาลจึงเป็นสถานที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคโดยปริยาย และสถานบริการแบบ nursing home เป็นสถานบริการภาคเอกชน ที่ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาสำหรับครอบครัวที่มีเศรษฐกิจปานกลาง และมีความพยายามแก้ไขปัญหาคารครองเตียงของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อาจไปดูแลต่อที่บ้านได้ แต่ยังคงต้องการการบริการทางแพทย์และพยาบาลอีกในระยะหนึ่ง โดยมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการการจัดตั้ง

โดยสรุป การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบของสถาบัน เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลระยะยาว แต่การจัดบริการส่วนใหญ่เป็นจากภาครัฐ และเป็นการบริการในสถาบันมากกว่า รูปแบบการจัดบริการแบบสถาบันยังไม่สามารถเติมเต็มความต้องการของสังคม เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจไม่ดีและต้องพึ่งพา ส่วนสถาบันการดูแลผู้สูงอายุภาคเอกชน เป็นส่วนที่มาเติมเต็มเฉพาะสำหรับครอบครัวที่มีเศรษฐกิจเท่านั้น นอกจากนี้การพัฒนาการดูแลรูปแบบสถาบันใน สังคมไทย

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับผู้ป่วยในชุมชน :
กรณีผู้ป่วยอายุ

ไม่ได้พัฒนาไปมาก ซึ่งอาจเกิดจากสังคมและวัฒนธรรมที่ไม่เห็นด้วยกับการที่ลูกหลานไม่ดูแลผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การจัดดูแลในแบบสถาบันอาจมีรูปแบบที่สอดคล้อง ส่งเสริม และเข้ากับวัฒนธรรมไทยได้ ซึ่งต้องการความคิดริเริ่ม และการพัฒนาไปสู่รูปแบบที่เหมาะสมกับสังคมไทย

5. การจัดการดูแลทางสุขภาพ

การจัดการดูแลทางด้านสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ เป็นการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมได้ชัดเจน เนื่องจากการจัดประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งพบว่าความครอบคลุมผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดี แต่มีการคาดการณ์ว่าจำนวนเงินต่อหัวของผู้สูงอายุอาจไม่เพียงพอในอนาคต เนื่องจากปัญหาโรคเรื้อรัง (กระทรวงสาธารณสุข 2547), กระทรวงสาธารณสุขมีแผนการส่งเสริมสุขภาพโดยมีแผนการป้องกันโรค/ส่งเสริมสุขภาพซึ่งอยู่ในนโยบายหลักของประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแผนการดูแลความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เน้นการฟื้นฟูสุขภาพภายหลังเจ็บป่วยและภายหลังการพิการ จากการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้มีการดูแลแบบปฐมภูมิในชุมชน ซึ่งมีการจัดทีมแพทย์และพยาบาลไปให้บริการที่สถานีนอามัย ร่วมกับมีการจัดทีมเยี่ยมบ้านเพื่องานส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาการจัดการดูแลระดับชุมชน มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การ ออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพ (พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์, 2547; สายใจ ชัยสงคราม, 2545; กัญญา ชื่นอารมณ, 2548) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงดี มีการศึกษาหาปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) ที่มักมีความสัมพันธ์กับปัจจัยการศึกษา, รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปการจัดการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่เน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าการฟื้นฟูสุขภาพ

6. ปัญหาอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุ

จากการรวบรวมวรรณกรรมทำให้ประเมินได้ว่า ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่

ปัญหาทางการเงินของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุเกือบทุกรายมีปัญหาด้านรายได้ ถึงแม้ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงต้องประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ เพื่อเลี้ยงตนเอง ลักษณะงานที่ทำจึงทำตามสภาพร่างกายหรือสุขภาพของตน เช่น ปลูกผักสวนครัว, รับจ้างเก็บขี้ยาง ดายหญ้า เพื่อหารายได้ ผู้สูงอายุในชุมชนมีฐานะยากจนแต่อยู่อาศัยไปวันๆ เนื่องจากการปลูกผัก เก็บผักและสัตว์ตามบริเวณชุมชนรับประทาน บางครอบครัวไม่เคยมีรายได้เป็นเงินเลยแต่อาศัยอยู่ได้ เนื่องจากมีแหล่งอาหารตามธรรมชาติมาเกื้อกูล นอกจากนั้นปัญหาด้านการเงินของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง เกิดจากหลายรายมีหนี้สิน โดยเป็นหนี้ธนาคารเพื่อการเกษตรและกองทุนหมู่บ้านไม่สามารถใช้คืนทั้งเงินต้นและดอกเบี้ย ผู้สูงอายุบางรายได้เงินจากลูกหลานบ้าง แต่จำนวนไม่มากนัก ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) มุมมองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องรายได้ รายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากการรับบริจาคซึ่งไม่แน่นอน รองลงมาคือจากลูกหลาน ผู้สูงอายุให้ทัศนะต่อการดำรงชีวิตว่า ทุกอย่างต้องซื้อ หาเงินได้เท่าไรต้องจ่าย ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือลูกหลาน (เรื่องรอง ชาญวุฒิธรรม, 2548) และสอดคล้องกับการศึกษาความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุไทยยังไม่มีดี ส่วนใหญ่ขาดหลักประกันรายได้ (วรรณภา ศรีธีรัตน์, 2545)

ปัญหาการบริการในชุมชน การบริการในชุมชนเป็นการจัดการดูแลที่คาดหวัง เนื่องจากมีการศึกษาที่คาดคะเนว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาต่อผู้ดูแลที่ไม่ใช่ญาติจะสูงมากขึ้น จึงมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการดูแลในชุมชน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540) อย่างไรก็ตามหากวิเคราะห์จากวรรณกรรม จะพบว่าการดูแลที่ชุมชนในชนบท มีการดำเนินไปตามปกติอยู่แล้วในรูปแบบของญาติและเพื่อนบ้านช่วยเหลือกัน ทางภาครัฐมีส่วนช่วยเหลือผลักดัน

ปัญหาการจัดบริการโดยผู้นำชุมชนหรือผู้สูงอายุด้วยกันเอง ผู้นำชุมชนมีความสามารถในการจัดทำโครงการบริการสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์ การเขียนแผนโครงการ และการดำเนินงานตามโครงการได้สูงกว่าการปฏิบัติลักษณะอื่นๆ แต่สิ่งที่ผู้นำชุมชนมีความสามารถน้อยคือ การจัดหาทรัพยากร ซึ่งรวมทั้งงบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการ

ดำเนินงาน เช่นเดียวกับการดำเนินงานด้วยผู้สูงอายุ

ปัญหาของครอบครัวผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้พิจารณาปัญหาจากคำตอบของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลหลักในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด และให้ความสนใจต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าผู้อื่นเป็นผู้ให้คำตอบ พบว่า ปัญหาสำคัญที่สุดคือ ปัญหาด้านการเงิน โดยร้อยละ 37.0 ระบุว่ามีปัญหาในระดับมาก เกี่ยวกับการหาเงินในการดูแล และร้อยละ 32.6 มีปัญหาในระดับมากในด้านไม่มีเงินเพียงพอในการดูแล ปัญหาการไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการดูแลพบว่า ร้อยละ 34.8 มีปัญหาในระดับมาก เกี่ยวกับการขาดพาหนะในการเดินทาง และร้อยละ 30.5 มีปัญหาในระดับมากเรื่องการขาดอุปกรณ์เสริม เช่น ไม้เท้า, รถเข็น ฯลฯ ในการดูแล ความต้องการด้านเศรษฐกิจนับเป็นความต้องการระดับต้นๆ ของครอบครัวผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ครอบครัวประสบ คือการขาดเงินในการอุปการะเลี้ยงดู ดังนั้นร้อยละ 58.7 ของครอบครัว มีความต้องการรายได้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 43.5 ต้องการเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และร้อยละ 41.3 ต้องการเงินเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดเช่นกัน สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้น สิ่งที่ครอบครัวต้องการมากที่สุด ร้อยละ 52.2 คือ แหล่งบริการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริการทางสุขภาพและสังคมในชุมชน นอกจากนี้ ยังมีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุในระดับมาก ร้อยละ 50.0 และยังมีความต้องการอุปกรณ์ที่ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมซึ่งได้แก่ ทางลาด ทางเดินสำหรับผู้สูงอายุ รถเข็นและอุปกรณ์ช่วยในการดูแล เช่น Walker, กระโถนนอนตลอดจนอุปกรณ์ช่วยดูแลอื่นๆ ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 47.8 ครอบครัวผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความต้องการข้อมูลข่าวสารในด้านต่างๆ ในระดับมากที่สุดคือ ร้อยละ 32.6 เป็นความต้องการเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

สถานการณ์ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุภายใต้การจัดการดูแล

1) ประสบการณ์ การปรับตัวและความต้องการของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ผู้สูงอายุไทยจะยอมรับความแก่และความเจ็บป่วย แต่ก็ต้องมีการปรับตัว โดยมีการปรับตัว 3 ด้านคือ ทางด้านร่างกาย ที่ปรับตัวโดยการเพิ่มการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และเพื่อป้องกันการเกิด โรค ด้านที่สองคือด้านอารมณ์ จิตใจ ผู้สูงอายุนิยมใช้การพึ่งพาอาศัยสถาน การใช้ธรรมชาติจิตใจ การสร้างความภูมิใจ และเห็นคุณค่าของตนเอง และด้านที่สามคือ ด้านสังคม การปรับตัวคือการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การช่วยเหลือ ระวังญาติพี่น้อง และการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งโดยการระงับอารมณ์ให้หนึ่งเฉย (อารีย์ สุวรรณคำ, 2542) การปรับตัวของผู้สูงอายุไทยในชนบทค่อนข้างมีรูปแบบใกล้เคียงกัน คือ การพยายามทำให้ตนเองมีความสุขโดยการรักษาสุขภาพ การทำบุญปฏิบัติธรรม และการมีระบบเครือญาติใกล้ชิดกัน (พิรศักดิ์ ศรีฤทธา, 2545) ปัจจัยอีกปัจจัยที่มีผลต่อความสุข ของผู้สูงอายุ คือ การรับรู้หรือการอยากมีคุณค่าของตน ซึ่งอาจแสดงออกในพฤติกรรมและความต้องการในการทำงานอยู่ ความพอใจในการถ่ายทอดประสบการณ์แก่ลูกหลาน การทำประโยชน์แก่ส่วนรวม เป็นต้น (Wipawee Kongin, 1998; กฤษณา นูระพงษ์, 2540, โสภานอยสังข์, 2541) มีการศึกษาพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การยังคงทำงานอยู่ โดยเชื่อว่าการการทำงานทำให้มีสุขภาพดี, การออกกำลังกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเมือง การออกกำลังกายส่วนใหญ่คือการเดิน (พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์, 2547), การศึกษาว่าการได้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ (พิทักษ์ ศิริวัฒน์เมธานนท์, 2540) การสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชนเป็นมาตรการหนึ่งของหน่วยงานราชการที่ผลักดันการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในชนบทมีความคาดหวังต่อการพึ่งพิงบุตร เรื่องการได้รับการดูแลจากบุตร ความคาดหวังด้านการเงิน กำลังใจจากทั้งบุตรหลานของตน เครือญาติและเพื่อนบ้าน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) มีการศึกษาถึงความต้องการข้อมูลทาง

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในระบบ :
กรณีผู้สูงอายุ

สุขภาพ ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความต้องการให้มีการจัดกิจกรรมการรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมี การร่วมมือกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งมีการถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาสุขภาพ (เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, 2544)

จากการรวบรวมงานวิจัย พบว่าผู้สูงอายุไทย รับรู้การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายว่าเป็นไปตามธรรมชาติ และพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยกลไกต่างๆ เช่น การพยายามสร้างคุณค่าในตนเอง ได้แก่ การยังแสวงหาการทำงาน เพื่อให้มีรายได้และเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ไม่ต้องพึ่งพาในกลุ่มที่ยังไม่ต้องพึ่งพา, การพยายามทำตนให้มีประโยชน์ เช่น การเป็นสมาชิกชมรม การช่วยดูแลบ้าน กลไกการใช้หลักธรรม ในกลุ่มที่ต้องพึ่งพาได้แก่ การข่มจิตใจ การประนีประนอมเมื่อมีข้อขัดแย้ง เป็นต้น กลไกการเข้าศาสนสถานเพื่อแสวงบุญ หรือปฏิบัติตามประเพณีตามความเชื่อทางพุทธศาสนา สำหรับกลุ่มที่ต้องพึ่งพา มีความต้องการให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นบุตรหลาน ปฏิบัติต่อตนด้วยความเข้าใจ เต็มใจ เคารพและผูกพัน อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเข้าใจถึงความลำบากทางเศรษฐกิจของลูกหลาน จึงมีความต้องการให้มีผู้ดูแลเฉพาะช่วงที่ไม่สบาย ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะรักษาตนอยู่บ้าน เพื่อใกล้ชิดญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านมากกว่าการอยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือโรงพยาบาล

2. ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

สภาพความเป็นอยู่ จากการศึกษารายการ พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทประมาณร้อยละ 70 - 80 ผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 ที่อาศัยอยู่ในสถาบัน เช่น วัด สถานสงเคราะห์ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 4 ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 87 ได้รับการเกื้อหนุนด้านการเงินหรือวัตถุจากบุตร, ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงทำงาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานออกไปทำงานต่างถิ่นและฝากบุตรให้ดูแล (วรรณภา ศรีธีรัตน์, 2545) สถานที่อยู่อาศัยในประเด็นกรรมสิทธิ์ในบ้านและลักษณะบ้าน จากการรายงานของกระทรวงสาธารณสุข (2546 - 2547) เป็นดังนี้

ลักษณะบ้านผู้สูงอายุ (ร้อยละ)

	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	กทม.
ชั้นเดียว	54.5%	65.7%	34.3%	65%	26.1%
สองชั้นขึ้นไป	39.8%	28.7%	61.6%	24.4%	67.6%
มีการดัดแปลงบ้านเพื่อผู้สูงอายุ	37.5%	41.5%	51.6%	26.7%	52.9%
กรรมสิทธิ์ในบ้าน					
เจ้าของ	78.9%	84.6%	85.1%	85.6%	56.2%
บุตร/ญาติ	10.9%	15.9%	24.6%	14.9%	7.0%
บ้านเช่า	2.2%	0.6%	0.6%	1.6%	13.6%
ไม่มีบ้าน	3.8%	4.1%	4.4%	1.9%	

ประเด็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยระดับประเทศที่ทำการศึกษาคู่มือผู้สูงอายุในครอบครัว ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ และมักเป็นบุตรสาวมากกว่าบุตรชาย รูปแบบ

การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ในประเด็นการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลนั้น มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือดเป็นหลัก ซึ่งเกิดจากการอยู่อาศัยในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีเหตุผลด้านสังคมและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องคือ เป็นเรื่องของการทำหน้าที่ทางสังคมและการแสดงความกตัญญูต่อบิดา มารดา ไม่มีการเตรียมตัวเตรียมใจเข้ารับบทบาท แต่มีลักษณะเป็นธรรมชาติแบบค่อยเป็นค่อยไป เพราะมีการซึมซับบทบาทมาตั้งแต่ในวัยเด็ก ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากญาติมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และกลุ่มนักวิชาชีพตามลำดับ การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป, การจัดสภาพแวดล้อมให้แก่ผู้สูงอายุ การทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการติดต่อ หรือการเป็นธุระในการดำเนินการเรื่องต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุแต่ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ส่วนปัญหาของผู้ดูแล พบจากงานวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาถึงงานขาดแคลนผู้ดูแลเนื่องจากการทำงานนอกภาคเกษตรกรรมมากขึ้น

ประเด็นการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายผู้สูงอายุ มีการศึกษาที่จังหวัดสระบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพมีเครือข่ายทางสังคมต่ำ (Khwasupa Wongba, 2001) และการศึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วยเรื้อรังในด้านต่างๆ เช่น การสนับสนุนทางด้านอารมณ์, ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ, ด้านวัตถุ และด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง (จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) ส่วนการศึกษาที่สำรวจในระดับประเทศ ในด้านเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ มีบุคคลอื่นได้แก่ นักวิชาชีพ ญาติ เพื่อน และเพื่อนบ้านที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุด้วย

ประเด็นสิ่งสาธารณะและอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้ทุพพลภาพ แทบไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เลย มีเพียงการศึกษาอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพที่จำเป็น ได้แก่ ไม่เท้า และรถเข็น (Khwasupa Wongba, 2001)

ประเด็นการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ ซึ่งมีการศึกษาอยู่น้อยเพียง 2 งาน และไม่ครอบคลุมทั้งประเทศ ได้แก่ การศึกษาผู้สูงอายุผู้หญิงที่จังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 48.5 ถูกครอบครัวกระทำรุนแรง (Pattarin Boonserm, 2005) และการวิจัยเพื่อศึกษาความชุก ความสัมพันธ์ และปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุ พบการทารุณกรรมด้านจิตใจมากที่สุด จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 53.6) และพบว่า สถานะทางการเงินของผู้สูงอายุและครอบครัวและประวัติการดื่มเหล้าและ/หรือ ยาเสพติดของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถทำนายได้ถูกต้องร้อยละ 73.6 (เกศกัญญา จิรดิถิตกุล, 2548)

ประเด็นทางเศรษฐศาสตร์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดรายได้ โดยมีการศึกษานับสนุน ดังนี้ ความมั่นคงทางการเงินของผู้สูงอายุไทยยังไม่ดี ส่วนใหญ่ขาดหลักประกันรายได้ (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์, 2545), ความต้องการด้านเศรษฐกิจนับเป็นความต้องการระดับต้นๆ ของครอบครัวผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่ครอบครัวประสบ คือการขาดเงินในการอุปการะเลี้ยงดู ดังนั้นร้อยละ 58.7 ของครอบครัว มีความต้องการรายได้เพิ่มขึ้นในระดับมากที่สุด โดยร้อยละ 43.5 ต้องการเงินเป็นค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และร้อยละ 41.3 ต้องการเงินเป็นค่าใช้จ่ายทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดเช่นกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

ประเด็นการจัดบ้านและสภาพแวดล้อม มีการศึกษาถึงกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องการการช่วยเหลือมากที่สุด คือ การขึ้นบันได รองลงมาคือ การลุกจากเตียง และการเข้าใช้ห้องสุขา (นิสกร กรุงไกรเพชร, 2542) จากรายงานของ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เช่น บ้าน

ประเด็นทางวัฒนธรรม ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป ซึ่งกระบวนการปรับตัวนั้นจะดำเนินไปได้ดีหรือไม่ ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรม โดยมีกลไกทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ค่านิยมการเคารพผู้อาวุโส เป็นกลไกที่ผู้สูงอายุใช้ด้วยวิธีการพูดคุยแลกเปลี่ยน พูดคุยปรึกษา การให้คำแนะนำ การใช้หลักธรรมะ การใช้ประสบการณ์ชีวิตในการแก้ปัญหา เป็นต้น 2) ค่านิยมการเคารพบุพการี เป็นกลไกที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากลูกหลาน 3) กลไกภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นกลไกที่ช่วยแก้ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ได้แก่ การใช้ สมุนไพร

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้สูงอายุ

พิธีกรรม ไสยศาสตร์ และหมอดู 4) กลไกบทบาทภาวะผู้นำ ที่ยังมีอยู่อย่างแน่นแฟ้นในชุมชนชนบท เช่น เจ้า อาวาสเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ หมอพื้นบ้านเป็นผู้นำการช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการ ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่ถ่ายทอดข้อมูล ข่าวสาร เป็นต้น 5) กลไกความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รอบไปวัด เพื่อทำบุญทำกุศล ซึ่งอาจเป็นการช่วยด้วยแรงงาน การบริจาคเงิน การพึ่งเทศน์ฟังธรรม หรือการรู้สึกสงบเมื่อเข้าวัด การที่คนหนุ่มสาวให้เงินหรือสิ่งของแก่ผู้สูงอายุมักจะได้รับศีลหรือพร ให้โชคดีมีความสุข ซึ่งทำให้ความสัมพันธ์แบบนี้ดำรงอยู่ได้ การทำบุญเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจมาก โดยมีความเชื่อว่าการทำบุญเมื่อปางก่อน ทำให้ได้รับผลบุญในวันนี้ จึงต้องทำบุญไว้เพื่อหวังผลภายภาคหน้า เช่น “บุญกุศลนี้มีจริง เขาทำบุญอยู่ทุกวันนี้ เขามีความสุข เงินทองเขาก็มีใช้จ่าย ทุกวันนี้ยายตื่นเจ้าใส่บาตรทุกวัน” “ก็เอี้ยกะ ทำบุญกุศลไป ชีวิตก็ยาวไป” และ 6) กลไกองค์กร เครือข่ายชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น เป็นกลไกที่ช่วยสนับสนุนทั้งทางร่างกาย จิตใจ ข้อมูล ข่าวสารแก่ผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น “การเจ็บไข้ได้ป่วยก็ไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจกัน มีผัก มีผลไม้ ก็นำไปเยี่ยม” มีพิธีการดูแลทางจิตใจ ได้แก่ พิธีอ้อนขวัญ สืบชะตา ตามเทียนเคราะห์ เป็นต้น ความสัมพันธ์ทางสังคมที่พอจะยึดโยงให้คนสูงอายุผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น คือการออกงานทางสังคม โดยเฉพาะงานศพ ซึ่งเป็นงานเดียวที่คนสูงอายุไปร่วมไม่เคยขาด (พิทักษณา สุภาณูสร, 2546; ลัทพร เพียรขอ, 2544)

ความต้องการในช่วงสูงวัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับความสุขทางกาย ซึ่งได้แก่ การไม่มีโรค และความสุขทางใจ ได้แก่ การทำบุญ การไม่พึ่งพาผู้อื่น มีการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้สูงอายุทางภาคเหนือที่ให้ภาพดังกล่าว ดังนี้ “การอยู่อย่างสบายกาย ใจปกติไม่ป่วย มีความสุขตามสมควร ไม่เดือดร้อนเรื่องเงินทอง” “มีอายุยืนยาวไม่ป่วยไข้” “ให้ชีวิตมีความสุข ไม่เจ็บไข้ได้ป่วย อยู่ดีสบาย มีเพื่อนฝูงให้คบหามาก มีอะไรให้ปรึกษากันได้และเข้าใจกัน” (พิทักษณา สุภาณูสร, 2546)

การพึ่งตนเอง ในสังคมชนบทมีลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่พึ่งตนเองได้ ขึ้นอยู่กับกระแสทุนนิยมว่ารุกเข้าไปถึงชนบทมากน้อยเพียงใด ปัจจัยที่ทำให้พึ่งตนเองได้ ได้แก่ ระบบเครือญาติ ระบบเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน ค่านิยม ความเชื่อ และประเพณีของชาวบ้าน โดยผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองด้วยการมีกิจวัตรทำงานเล็กๆ น้อยๆ เพื่อให้มีรายได้ หาอาหารจากการเก็บผักผลไม้ นำสมุนไพรมาชงใส่น้ำ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุรู้ว่าต้องรักษาสุขภาพของตน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจดูแลตนเองตั้งแต่เรื่องการอาบน้ำ การประพรมด้วยสมุนไพร อดเกลือ เคี้ยวหมากสับดาห้ละครึ่งเพื่อให้ฟัน และเหงือกแข็งแรง ส่วนหนึ่งรักษาสุขภาพโดยการออกกำลังกาย โดยการเดินเล่นทุกเช้า หรือเป็นการปั่นจักรยานไปวัด การช่วยงานตามประเพณีต่างๆ หรือหากิจกรรมอื่นๆ ทำได้แก่ การถางหญ้า ตัดต้นไม้ กวาดบ้าน การหลับพักผ่อนในตอนกลางวัน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรมาทำเป็นยา จึงใช้สมุนไพรเพื่อเสริมสุขภาพเป็นประจำ เช่น การรับประทานน้ำใบบัวบก ใบยอ เป็นต้น และเพื่อรักษาความเจ็บป่วยบางอย่าง การเจ็บปวดเล็กๆ น้อยๆ

สรุปสถานการณ์ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุยังมีความต้องการรายได้อยู่ และพยายามทำงานเพื่อได้รายได้หากยังมีความสามารถทำได้
2. ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งได้รับและต้องการการสนับสนุนทางการเงินจากลูกหลาน
3. ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นกรรมสิทธิ์ของตนเอง (กรรมสิทธิ์ในบ้านเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ) และสภาพที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัยหลายชั้น
4. ผู้สูงอายุมักได้รับการสนับสนุนจากญาติ ส่วนการสนับสนุนจากสังคมมีน้อย และผู้สูงอายุขาดเครือข่าย ผู้สูงอายุการได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น
5. มีการกระทำรุนแรงต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะจากคนในครอบครัว แต่การศึกษาในประเด็นนี้ยังมีน้อย
6. ขาดการจัดการหรือการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบ้าน สภาพแวดล้อม และการมีอุปกรณ์ช่วยเหลือผู้สูงอายุ

7. กลไกทางวัฒนธรรม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชนบทพึ่งพาตนเองได้

3. สุขภาวะของผู้สูงอายุ

อาจแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็นกลุ่มที่หนึ่งคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มที่สอง ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่พอพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งมีการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2538 ตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชากรอายุ 60 ปี และมากกว่า จำนวน 4,486 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไทยมีจำนวนโรคโดยเฉลี่ยที่เป็นประมาณคนละ 2 โรค (นิรมล อธิธิสกุลชัย, 2541), ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรัง โดยเฉลี่ยมีโรคเรื้อรังประมาณ $2.01 + 1.07$ และ $2.25 + 1.03$ โรคในผู้สูงอายุ ชายและหญิงตามลำดับ จำนวนโรคต่ำสุดและสูงสุด คือ 1 และ 6-7 โรค และกลุ่มที่สาม คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

3.1. กลุ่มที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังแต่พอพึ่งพาตนเองได้

ลักษณะความเจ็บป่วยทางกาย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุในเขตชนบท 2 หมู่บ้าน ของจังหวัดสงขลา จำนวน 95 คน ปัญหาสุขภาพที่พบมาก 3 ลำดับแรก คือ 1) ปวดข้อเข่า เหว หลัง 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจ/หอบเหนื่อย (เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, 2544), การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในเขตภาคกลาง พบความพิการที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพพลภาพระยะยาวได้แก่ ข้ออักเสบ โรคตา หูตึง อัมพาต และเบาหวาน (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2542), การศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการสำรวจทางจดหมาย จำนวน 1,801 ราย ในช่วงพ.ศ. 2542 ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยได้แก่ อาการเจ็บข้อร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.9, เบาหวานพบร้อยละ 13.2, เหนื่อยขณะทำกิจกรรมพบร้อยละ 14, นอนไม่หลับพบร้อยละ 14 และความจำไม่ดีพบร้อยละ 11.5 (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2549)

การเกิดอุบัติเหตุ มีการศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการสำรวจทางจดหมาย จำนวน 1,801 ราย ในช่วง พ.ศ. 2542 สาเหตุที่นำไปสู่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 อันดับ

ภาวะทุพพลภาพ การศึกษาภาวะผู้สูงอายุและภาวะทุพพลภาพในประเทศไทยทั้งงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา ดังนี้ การศึกษา functional disability ของผู้สูงอายุในบ้านธรรมปารกณ์ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 161 คน ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของ basic activity of daily living (BADL) เท่ากับร้อยละ 27 และ instrumental activity of daily living (IADL) เท่ากับ ร้อยละ 69 มีภาวะต้องพึ่งพาอย่างน้อยหนึ่งข้อใน basic activity และ instrument activity พบร้อยละ 11 และ 16 ตามลำดับ (ธัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ, 2537), การศึกษาภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตภาคกลาง จำนวน 723 คน ด้วยแบบสอบถาม พบภาวะทุพพลภาพระยะยาวร้อยละ 26.4 (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2542), ผู้สูงอายุไทย (มากกว่า 60 ปี) มีภาวะ long term disability ร้อยละ 17.4 และร้อยละ 20.2 ในผู้สูงอายุชายและหญิงตามลำดับ (Jitapunhui, 1999), การศึกษาแบบสำรวจในชุมชนระดับประเทศเป็นครั้งแรก โดยสุ่มตัวอย่างจากประชาชนวัย 60 ปีขึ้นไปจาก 33 จังหวัด พบว่าสัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีภาวะทุพพลภาพ เท่ากับร้อยละ 24 - 40 สัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว เท่ากับร้อยละ 20 - 36 สัดส่วนของชีวิตคาดหวังที่มีกลุ่มอาการสมองเสื่อม เท่ากับร้อยละ 4 - 14 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) รายงานจาก UNFPA Country Technical Service Team for East and South-East Asia, 2006 แสดงให้เห็นภาพภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุไทย ณ พ.ศ. 2542 ดังนี้ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60 - 69 ปี มีภาวะทุพพลภาพประมาณร้อยละ 14.6 (ชาย) และ 14.9 (หญิง) อายุระหว่าง 70 - 79 ปีมีภาวะทุพพลภาพประมาณร้อยละ 19.4 (ชาย) และ 23.4 (หญิง) และผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 80 ปีขึ้นไป มีภาวะทุพพลภาพประมาณร้อยละ 27.6 (ชาย) และ 36 (หญิง)

สุขภาพทางจิต มีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพทางกาย (दनัย ทิพยกนก, 2544), มีการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบประมาณร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่าง การมีปัญหาดังกล่าวเป็นสาเหตุหลักของการคิดอยากตาย รองลงมาคือการทุกข์ทรมานทางกาย (ศิริรัตน์ คุปวุฒิ, 2541), มีการศึกษา

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับการว่าเหวในผู้สูงอายุซึ่งความว่าเหวในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองหรือชนบทไม่แตกต่างกัน ความว่าเหวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกาย (สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์, 2540)

3.2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอย่างมาก

ตัวบ่งชี้และจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาอย่างมาก ภาวะต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน มักใช้ Barthel ADL (Activity of daily living) เป็นตัวบ่งชี้หรือตัววัดในงานวิจัย (โดยคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 20 ถ้าต่ำกว่า 12 คะแนนแสดงว่ามี ความต้องการพึ่งพาในระดับสูง วัดด้วยสองกลุ่มกิจกรรม ได้แก่ กิจวัตรพื้นฐาน 6 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากที่นอนมานั่ง การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การใช้ห้องสุขา การขึ้นลงบันได การสวมเสื้อผ้า การอาบน้ำ ให้คะแนน 0 = ทำไม่ได้, 1 = ใช้อุปกรณ์ช่วย 2 = ทำได้เอง และกิจวัตรการขับถ่าย 2 กิจกรรม

สุขภาพของกลุ่มที่ต้องพึ่งพาอย่างมาก ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพามักเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางด้านสมองการศึกษาส่วนใหญ่จึงไม่มุ่งเน้นภาวะสุขภาพ แต่เน้นเรื่องคุณภาพของการดูแลและผู้ดูแล ดังนี้ 'การวิจัยเพื่อสำรวจภาวะ ของครอบครัวในการดูแลอันเกิดจากการของผู้สูงอายุสมองเสื่อม ปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน และภาวะความเครียดของผู้ดูแล โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลใน ครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จำนวน 29 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแลในหลายด้าน ตามอาการดังนี้ คือ ความจำบกพร่อง ความผิดปกติของความคิด การสนทนาและการสื่อสาร การทำความสะอาดร่างกายและแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย การเคลื่อนไหว การนอนและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยด้านการสนทนาสื่อสาร และปัญหาในการขับถ่ายเป็นด้านที่มีจำนวนผู้ดูแลเห็นว่าเป็นภาระมากที่สุด ส่วนปัญหาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้สูงอายุสมองเสื่อม ไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล แต่เกิดปัญหาทางสังคม โดยส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ทั้งนี้ผู้ดูแลได้ใช้วิธีการแก้ไขแตกต่างกันไป แต่ยังมีผู้ดูแลหลายรายที่ไม่สามารถจัดการกับปัญหานี้ได้นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังยอมรับว่าเป็นภาวะความเครียด เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจ และมีความไม่สบายกายเกิดขึ้น' (วรรณิภา สมนาวรรณ, 2547) และ 'การศึกษาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพา จำนวน 102 ครอบครัว ที่จังหวัดราชบุรี ด้วยการใช้แบบสอบถาม พบว่า คุณภาพของการดูแลโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ 1) อุปสรรคของผู้ดูแล ได้แก่ ความไม่มั่นใจของผู้ดูแล และสุขภาพของผู้ดูแล 2) อุปสรรคส่วนผู้สูงอายุ ได้แก่ การไม่ให้ความร่วมมือ การที่ผู้สูงอายุขี้โมโห เอาแต่ใจตนเอง เป็นต้น 3) อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ และ 4) อุปสรรคขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแล เช่น ขาดพาหนะในการเดินทาง เป็นต้น (เพ็ญแข ชีวะยะพันธุ์, 2545)

สรุปสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. มีหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุไทย จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตและจะเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม
2. ภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะที่มีแนวโน้มจะสูงขึ้น ถึงแม้ว่าดัชนีที่ใช้วัดในการศึกษาแต่ละการศึกษาอาจไม่ เหมือนกัน แต่จากการพิจารณาผลการศึกษามาตามระยะเวลา ตัวเลขภาวะทุพพลภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น
3. ภาวะทุพพลภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และรูปแบบความเจ็บป่วยเรื้อรังแทบไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา ความเจ็บป่วยที่พบบ่อย คือ เกี่ยวกับกล้ามเนื้อและข้อ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน
4. ภาวะพึ่งพาพบมากกว่าในผู้สูงอายุหญิง และอายุที่มากขึ้น ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย อย่างไรก็ตามอาจสรุปได้ว่า ภาวะพึ่งพาอย่างมาก พบประมาณร้อยละ 3 - 7 ของผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้ระบุสาเหตุที่ต้องพึ่งพาอย่างมากให้ชัดเจน

5. การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยที่สุดคือ การล้ม ซึ่งพบอุบัติการณ์ระหว่าง ร้อยละ 30 - 50 และพบบ่อยขึ้นในผู้สูงอายุที่มากขึ้น และจำนวนครั้งที่เกิดการหกล้มมีขึ้นเพียงครั้งเดียว มักเกิดขึ้นซ้ำอีก สภาพแวดล้อมอาจไม่เอื้อต่อการทำกิจวัตรของผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยแก่งกิจวัตรของผู้สูงอายุ และการไม่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือ

6. สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุไทย อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิต ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพทางกาย

บทวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและการดูแลระยะยาว

ความเจริญก้าวหน้าทางสาธารณสุขและเศรษฐกิจ ส่งผลให้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งทำให้นุชนชาติต้องเผชิญกับปัญหาใหม่มากมาย อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงลักษณะความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง การมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในสังคม เป็นต้น ประเด็นที่ทำนายสังคมอย่างมาก คือการที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงานจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นในสังคม เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสังคมในหลากหลายมิติ มิติที่ได้รับผลกระทบถึงมากที่สุดคือมิติทางเศรษฐศาสตร์ คือการใช้มุมมองทางเศรษฐศาสตร์ ที่เห็นว่าผู้สูงอายุเป็นหน่วยการผลิตที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการลงทุนในผู้สูงอายุ จึงเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่ต้องมีค่าใช้จ่ายมาก เนื่องจากมักมีภาวะความเจ็บป่วย มุมมองดังกล่าวทำให้เกิดแนวคิดการลดค่าใช้จ่ายของสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งแนวทางที่เห็นชัดว่าเป็นไปได้คือ การจัดการทางด้านสุขภาพ (WHO, 2002) นอกจากความท้าทายทางมิติเศรษฐศาสตร์แล้ว ความเป็นมนุษย์ทำให้ประเด็นในมิติทางสังคมวัฒนธรรมไม่สามารถแยกออกจากมิติอื่นๆ ได้ เช่น ค่านิยม การที่ลูกหลานต้องมีความกตัญญูต่อบิดามารดา, การต้องรู้จักทดแทนบุญคุณบุพการี, การที่ผู้สูงอายุเป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของลูกหลาน, การเคารพยกย่องเชื้อพระวงศ์ และอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ และให้ความสำคัญกับการที่ลูกหลานต้องดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงของสังคมเป็นสังคมทุนนิยม ที่แทรกซึมเข้าสู่ทุกหน่วยของสังคม ทำให้การให้คุณค่าต่อปรากฏการณ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ทำให้เกิดความสับสน และความไม่ลงตัวในวิถีชีวิต โดยเฉพาะวิถีชีวิตในชนบท ยกตัวอย่างเช่น การที่หนุ่มสาวชนบทต้องเข้าไปทำงานในเมือง ทำให้ภาระดูแลผู้สูงอายุตกอยู่กับญาติซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุ หรือเป็นเด็ก (หลาน) ที่บุตรฝากให้บิดามารดาช่วยดูแล (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) แทนที่จะเป็นบทบาทอันพึงกระทำของบุตร การจัดการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวตามนโยบายผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้มีแนวทางผลักดันให้มีการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนมาในระยะหนึ่ง แต่ยังมีปัญหาอุปสรรคใหญ่ คือ ความขัดสนทางการเงิน มีความพยายามช่วยเหลือจากภาครัฐด้วยสวัสดิการทางสังคมให้เบียดบัง ซึ่งไม่เพียงพอมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ความพยายามจัดบริการทางสุขภาพด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้จะครอบคลุมผู้สูงอายุได้ดี แต่ไม่ได้แก้ปัญหาการเข้าถึงสถานพยาบาล การจัดบริการที่มิสุขภาพเยี่ยมบ้านดูเป็นแนวทางที่น่าสนใจ และเป็นสิ่งที่พึงพอใจของผู้สูงอายุ แต่ยังคงขาดการศึกษาความเหมาะสมของลักษณะการจัด เช่น ความถี่บ่อย รวมทั้งการประเมินผลที่ได้ ปัญหาอุปสรรคที่พบ การจัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนด้วยแกนนำผู้สูงอายุหรือคนในชุมชนเอง เป็นรูปแบบที่ภาครัฐพยายามส่งเสริม แต่ยังมีปัญหาหลายประการ หากวิเคราะห์ให้ตื้นนั้นก็คือ การขาดศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

จะเห็นว่าการจัดการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ไม่สามารถดำเนินการได้สำเร็จด้วยเพียงมิติใดมิติหนึ่ง จึงควรต้องกลับมาพิจารณาใหม่ว่า ทำไมต้องมีการจัดการดูแลผู้สูงอายุ? คำตอบคือ เพราะว่าการก้าวล่วงเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น

โดยสรุปในภาครวมการจัดการดูแลผู้สูงอายุ การที่ผลการจัดดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุไม่เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน เป็นเพราะ

- 1) การมีมุมมองการลดภาพลักษณ์ที่ถดถอยเพียงอย่างเดียว (ตารางที่ 1) 2) การขาดการสื่อสารแบบสองทางและการเห็นพ้องต้องกันระหว่างผู้สูงอายุ และกลุ่มสังคมต่างๆ โดยเฉพาะภาครัฐ ในการดูแลในชุมชนชนบท ทำให้ผู้สูงอายุว่าควรมีภาพลักษณ์ที่ต้องพึ่งพา 3) การยึดติดกับค่านิยม 'การฝากผี ฝากไข้' กับบุตรในอดีต ซึ่งอุดมคติทางทุนนิยมเข้ามาแทรกแซงในปัจจุบัน วิถีชีวิตไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกแยก 4) การยึดติดกับการจัดบริการดูแล

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในระบบ :
กรณีผู้สูงอายุ

ในชุมชนว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียว กลับยิ่งตอกย้ำชีวิตที่แปลกแยกของผู้สูงอายุในชนบท 5) ภาครัฐเน้นการจัดบริการทางสุขภาพมากกว่า มิติอื่น และเน้นรูปแบบการดูแลเป็นการดูแลที่บ้าน ทำให้ไม่พิจารณารูปแบบอื่นของการดูแล เช่น การจัดเตรียมที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุรวมในแต่ละชุมชน ที่ไม่ใช่แบบสงเคราะห์ เป็นต้น 6) ภาครัฐ ส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นค่านิยม วัฒนธรรมของสังคมไทย อีกส่วนหนึ่งมาจากวาทกรรมทางการแพทย์ทำให้หวาดกลัวกับค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2540) ซึ่งมีได้เป็นการไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา เป็นภาระหนักแก่ผู้ดูแลที่ใกล้ชิด (ภาพที่ 1)

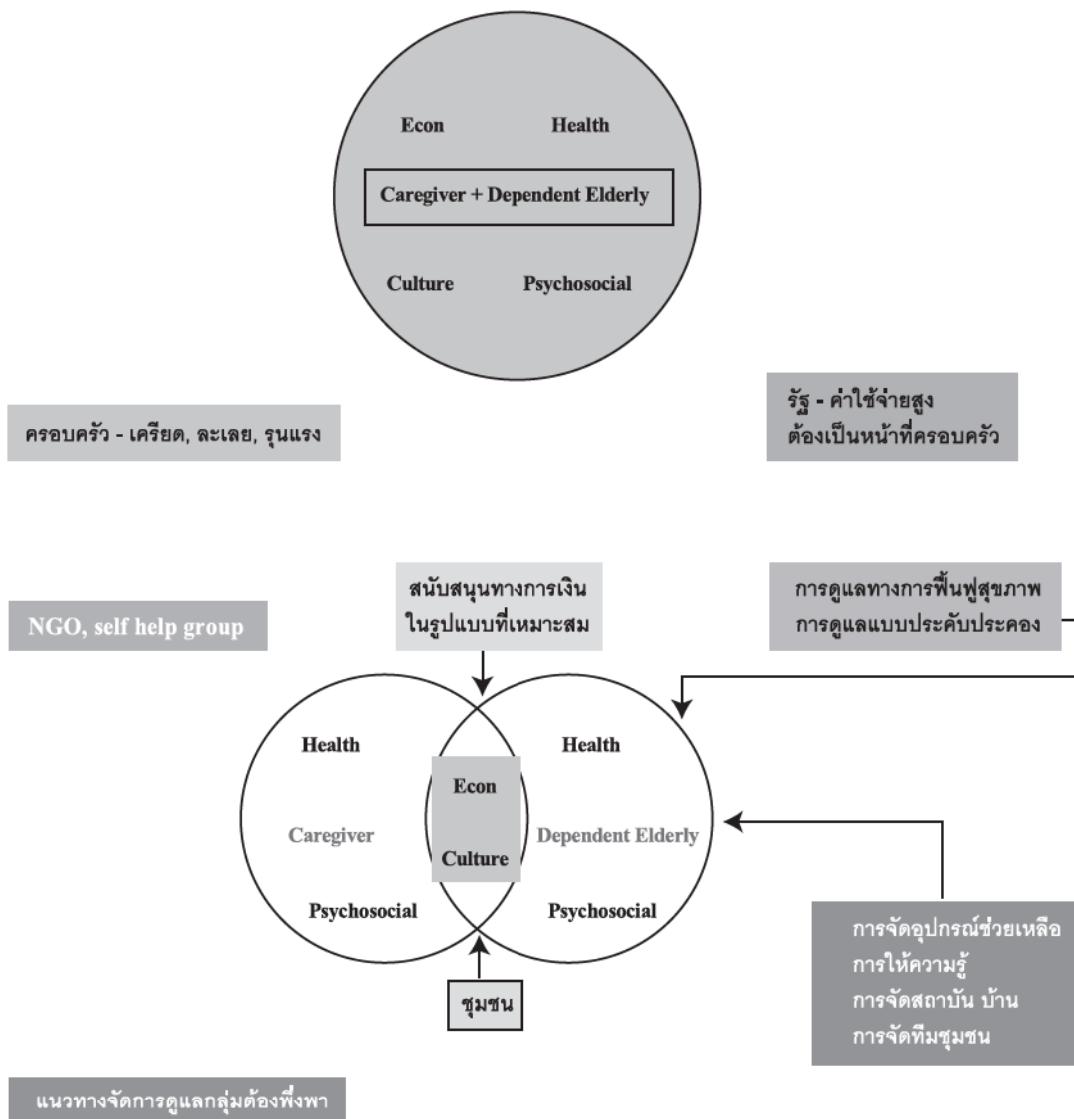
ตารางที่ 1 ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุที่นำไปสู่การวางแผนการดูแลระยะยาว

	ภาพลักษณ์ที่ถดถอย	ภาพลักษณ์ทางบวก
Medical model	ความสามารถในการทำงานลดลง มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง อยู่ในภาวะต้องพึ่งพาจากสภาพร่างกาย	อายุยืนขึ้นพร้อมการมีสุขภาพดีได้
Cultural value	ลูกหลานให้ความสำคัญเลี้ยงดูบิดามารดา	เป็นร่วมโพธิ์ร่วมไทรของลูกหลาน เป็นผู้ทรงประสบการณ์
Economic interest	ไม่สามารถให้ผลผลิตได้ สังคมต้องรับภาระค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะทางสุขภาพ	ให้ผลผลิตได้ ทั้งในการประกอบอาชีพ และเรื่องภูมิปัญญา
Psychosocial model	เป็นผู้ที่ไม่มีคุณค่า ต้องพึ่งพาสังคมอย่างเดียว	เป็นผู้มีคุณค่า สามารถช่วยเหลือตนเองได้
↓		
การจัดการดูแล	เน้นการช่วยเหลือจากผู้อื่น เช่น ลูกหลาน ญาติ ชุมชน ภาครัฐ	เน้นการช่วยเหลือตนเอง เน้นการสร้างสังคมที่มีผู้สูงอายุขับเคลื่อน
ชุมชน	1. เศรษฐกิจ - เน้นสวัสดิการ และการสร้างกองทุน 2. สุขภาพ - เน้นการส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดกิจกรรม ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ บางอย่าง	1. สนใจความแตกต่างบริบทเมืองและชนบท สนใจทั้ง 4 มิติ 2. ชุมชนสร้างงาน สะสมภูมิปัญญา 3. ดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น สืบค้นข้อมูลการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง 4. จัดระบบสิ่งแวดล้อมให้อื้ออามวยต่อการดำเนินชีวิต เช่น อุปกรณ์ช่วย การเดินทาง 5. ส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพมากขึ้น 6. สนใจการจัดดูแลกลุ่มต้องพึ่งพา

ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาทั้งด้านสุขภาพ จิตวิทยาสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐศาสตร์ (ภาพบน) และรูปแบบการดูแลที่ควรพิจารณา (ภาพล่าง)

การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา ปัจจุบัน

การขึ้นทะเบียนของกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ = การรับภาระการดูแลของผู้ดูแลทุกด้านของผู้สูงอายุ



6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กัญญา ชื่นอารมณ์. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พ.ศ.2543 วารสารวิชาการสาธารณสุข. 9 (4): 544-50.
- กชกร สังขชาติ. (2545). ความต้องการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. ภาควิชาการศึกษานอกระบบ. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กฤษฎา บุรณะพงศ์. (2540). ผู้สูงอายุกับการขัดเกลาทางสังคมในครอบครัวในการสืบทอดคุณธรรมแก่เยาวชนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สังคมวิทยา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศกัญญา จิรัตติกุล. (2548). ความชุกและปัจจัยทำนายการถูกทารุณกรรมของผู้สูงอายุไทยในจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศุทธิยา รัตนวิมล. (2547). Role strain of family caregivers of dependent elderly a case study of the municipality of Sukhothai province. Thesis (M. N. s). Chulalongkorn University.
- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). Relationships between personal factors, family support, and community health services with quality of life of the elderly in slum area, Bangkok Metropolis. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิตติมา วุฒิอิน. (2548). การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). Relationships between personal factors and social support with self-care abilities at home of chronically ill patients, hospitals under the jurisdiction of Bangkok Metropolitan. Thesis (M.N.S.). Chulalongkorn University.
- ณัฐริชา หนูนวล. (2541). โลกทัศน์ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสารคาม.
- ดนัย ทิพย์กนก. (2544). ภาวะสุขภาพทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรง เบญจศิริ. (2544). การดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิพวรรณ วีระกุล. (2543). การดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธัญลักษณ์ หอบรรลือกิจ. (2537). The functional disability of elderly in Thamprakorn Home for the elderly. Thesis (M.Sc.). Chulalongkorn University.
- นิสกร กรุงไกรเพชร. (2542). Disability status among elderly living in central region of Thailand. Thesis (M.Sc.). Chulalongkorn University.
- นิรมล อิทธิสกุลชัย. (2541). Selected major illnesses among Thai elderly. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). ปัจจัยที่สร้างเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ. กรมอนามัย.
- ประยงค์ นาคปานเอี่ยม. (2541). การประเมินผลการดูแลสุขภาพอนามัยพึงประสงค์ในผู้สูงอายุ. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2549). Factors determining hospital admission of Thai elderly by a mailed survey. J Med Assoc Thai 88 (8); 1051-6.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2549). ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย. (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)
- พิทักษ์ ศิริวัณ เมธานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 6(1): 115-21.
- พิทักษ์ธนา สุภานุสร. (2546). กลไกทางวัฒนธรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุของชุมชนชนบท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พีรยา นพรัตน์. (2547). ทักษะของบุคลากรต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พีรศักดิ์ ศรีฤชา. (2545). ชีวิตที่มีความสุขของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งหนึ่งจังหวัดขอนแก่น : กรณีศึกษากำนัน อำเภอมะนิง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 11 (6): 44-54.
- เพ็ญแข ชีวยะพันธ์. (2545). คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา : กรณีศึกษาในเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตรการแพทย์มหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์. (2547). พฤติกรรมการออกกำลังกายและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่สวนสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2544). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องในการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุกรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ภคินิช ต่วนระเซม. (2545). ผลของกลุ่มระลีกความหลังที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เยาวลักษณ์ ปรีกษ์ขาม. (2550). สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- รสา หมอศรีใจ. (2544). การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนภา อินจันทร์. (2547). ปัญหาเกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนกรณีชราภาพของกองทุนประกันสังคม. (M. Politics). Ramkhamhang University.
- เรืองรอง ชาญวุฒิธรรม. (2548). คนชราในสถานสงเคราะห์: ชีวิตและตัวตน. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมนุษยวิทยามหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลัทธิพร เพียรขอ. (2544). การปฏิบัติตนทางด้านศาสนาของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิริยาภรณ์ สวัสดิ์รักษา. (2544). การจัดสวัสดิการของผู้สูงอายุเพื่อการพึ่งพาตนเอง: ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พัฒนาแรงงานและสวัสดิการมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิไลลักษณ์ ไกรสุวรรณสาร. (2547). Housing preparation for the elderly: a case study of centenarian club. Thesis (M.H.D). Chulalongkorn University.
- วิไลสุดา กันตร. (2544). การประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 งานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมอนามัย.
- วีรยา หัตตากร. (2548). การใช้พื้นที่ภายนอกอาคารในโครงการที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์สถาปัตยกรรมมหาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณภา ศรีบุญรัตน์. (2545). การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทบทวนข้อเสนอ การปฏิรูประบบ บริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย. สถาบันวิจัยพัฒนาระบบ สาธารณสุข.
- วรรณภา สมนาวรรณ. (2547). A survey of family burden to caring for the demented elderly at home. Thesis (M.Sc.), Chulalongkorn University.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). รายงานโครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ. สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- ศิริพร พรพุทธชา. (2541). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร วีระเกียรติ. (2546). คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. (ได้จากระบบฐานข้อมูลวิจัย โรงพยาบาลขอนแก่นราชชนกรินทร์ รหัสวิจัย 547)
- ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ. (2541). การพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากตายในผู้ป่วยสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 43 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม, 39-55.
- ศิวนัน แสนทวี. (2543). Cost of medical check-up in common chronic diseases among the elderly. Thesis (M.Econ.). Chulalongkorn University.
- สมัย พรประดิษฐ์. (2546). ผลการให้คำปรึกษากลุ่มโดยการประยุกต์การติดตามหลักโยนิโส มนสิการของศาสนาพุทธต่อความหวาดหวั่นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สัญญา รักษาดี. (2548). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัย ของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กระทรวงสาธารณสุข.
- สายใจ ชัยสงคราม. (2545). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุข ศาสตร์) สาขา วิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตมหาวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.

6

การดูแลระยะยาว
สำหรับความเจ็บป่วยในชุมชน :
กรณีผู้สูงอายุ

- สมนึก แสงเขียว. (2544). การจัดสวัสดิการสังคมของรัฐเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. (M. Politics). Ramkhamhang University.
- สุทธิชัย จิตพันธ์กุล. (2542) ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารกรมอนามัย. (call number 694)
- สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์. (2540). เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ในภาคเหนือตอนบน. วารสารพยาบาล ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2540).
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2542). การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประโยชน์ของการให้บริการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต . มหาวิทยาลัยบูรพา.
- โสภา หอยสังข์. (2541). ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของ ผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อมร รอดคล้าย.(2542). การศึกษาโครงการวิจัยพัฒนรูปแบบระบบบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง: กรณีศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่. สถาบันวิจัยพัฒนาระบบสาธารณสุข.
- อรวีย์ รมยะสมิต. (2543). การติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยแกนนำผู้สูงอายุ. หนังสือ การประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 8.
- อรวรรณ คำชื่น. (2541). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะถดถอยจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อารีย์ สุวรรณคำ. (2542). อัฒมโนทัศน์และการปรับตัวของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัตนราชธานี. โรงพยาบาลนพรัตนธานี. (ได้จากระบบฐานข้อมูลวิจัย โรงพยาบาล ขอนแก่นราชนครินทร์ รหัสวิจัย 1305)
- Jaruwan Jindanin. (2004). Living condition of elderly in high-rise residential: a case study of Sawangkaniwet Building, Muang District, Samut Prakan Province. Thesis (M.Ed), Chulalongkorn University.
- Jitapulkul, S. (1999). Health Problems of Thai elderly (A National Survey). Bangkok: National Health Foundation and Ministry of Public Health.
- Khwasupa Wongba. (2001). Personal characteristics, health risk behaviors, social support, and social networks related to health status of the handicapped elderly in Suphanburi province. Thesis (Master. Science -Public Health Administration). Mahidol University.
- Kridsana Nadee. (1998). Health-seeking behavior of the elderly receiving first service at King Mongkut Prachomkiao Hospital, Petchaburi Province. Thesis Master. Nursing (Adult Nursing). Chulalongkorn University
- Mayajayawardena, K. (2006). Elder abuse at end of life. Journal of Palliative Medicine; 9 (1): 127-36.
- Pattarin Boonserm. (2004). Family violence against elderly in bankhwao district, Chaiyaphum province. Journal of Mental Health in Thailand: 12: 22-28.
- Putcharin Comin. (2005). Experiences of care of dependence elderly by family caregivers. Thesis (M.N.S). Chulalongkorn University.
- Trungta Poolpalamnuay. (2002). The Effects of Education and Employment of Women on Elderly Care in Thai Families. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 11 (6): 781-91.
- Wathinee Boochalaksii. (1996). Family size and elderly care. Thesis (Ph D. Demography). Mahidol University.
- Wipawee Kongin. (1998). Self-care of the rural Thai elderly. Thesis (D.N.Sc). The Catholic University of America.
- WHO. (2002). A physically active life through everyday transport with a special focus of children and older people.